

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник у чотирьох томах



Том 2

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

Присвячується 100-річному ювілею
кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
ХНМУ

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник

За загальною редакцією
професора В.А. Огнева

У чотирьох томах

Том 2 ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я



Харків
ХНМУ
2023

УДК: 614.1/.2 (075.8)
С69

Авторський колектив

В.А. Огнєв, А.А. Подпрядова, С.Г. Усенко, К.М. Сокол, Т.В. Пересипкіна, О.В. Піонтковська, О.А. Мельниченко, П.О. Трегуб, Н.М. Мартиненко, О.В. М'якина, В.Г. Нестеренко, К.Г. Помогайбо, Л.І. Чумак, І.А. Чухно, Е.О. Гапонова, Я.С. Бєлевцова, О.Є. Вашев, Г.В. Лісова, І.І. Черненко, Т.Д. Алієва, А.С. Галічева, М.М. Григоров, Я.В. Журавель, М.Є. Черняк, В.П. Суворов, А.О. Вашева, Р.О. Іващенко, М.М. Міщенко, О.В. Орел, А.В. Яременко

Рецензенти

В.А. Сміянов — д-р мед. наук, проф. (Сумський державний університет)

Л.В. Крячкова — д-р мед. наук, проф. (Дніпровський державний медичний університет)

Затверджено Вченою радою ХНМУ
(протокол №5 від 25 травня 2023 р.)

С69 **Соціальна медицина, громадське здоров'я.** навч. посіб. : у 4 т. / за заг. ред. В.А. Огнєва. Харків : ХНМУ, 2023. Т. 2. Громадське здоров'я. 324 с.

ISBN 978-966-2094-38-1

ISBN 978-966-2094-52-7

У навчальному посібнику висвітлено основні теоретичні положення та практичні аспекти основ громадського здоров'я (здоров'я населення і його основні детермінанти, соціальне благополуччя та інтегральні індекси його оцінки, медико-соціальні проблеми демографічних процесів, медико-соціальне значення захворюваності та методи її вивчення, надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, візуалізація даних про здоров'я, інформаційно-роз'яснювальна діяльність та комунікація в інтересах здоров'я населення, стреси і конфлікти та методи боротьби з ними).

Для здобувачів вищої медичної освіти.

УДК: 614.1/.2 (075.8)

ISBN 978-966-2094-38-1

ISBN 978-966-2094-52-7

© ХНМУ, 2023

© В.А. Огнєв, А.А. Подпрядова, С.Г. Усенко та ін., 2023

ЗМІСТ

Передмова	5
Розділ 1	
Теоретичні основи громадського здоров'я	7
Тема 1. Громадське здоров'я як наука і предмет викладання	7
Тема 2. Історія становлення і розвитку громадського здоров'я	14
Розділ 2	
Сучасні аспекти формування здоров'я населення	19
Тема 3. Соціальне благополуччя в контексті забезпечення розвитку держави та громадського здоров'я	19
Тема 4. Екологічне громадське здоров'я	30
Тема 5. Надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я. Біотероризм.	52
Тема 6. Стреси і конфлікти. Механізм захисту людей від дії стресу	77
Тема 7. Методологія аналізу причин соціальної нерівності щодо здоров'я населення	89
Тема 8. Життя як цінність. Ставлення до смерті і помирання як моральна проблема.....	101
Розділ 3	
Медико-соціальні проблеми популяційного здоров'я населення	111
Тема 9. Здоров'я населення як стратегічна складова сталого розвитку країни та його основні детермінанти	111
Тема 10. Комплексна оцінка здоров'я населення на основі інтегральних показників.....	119
Розділ 4	
Основні медико-демографічні характеристики здоров'я населення ...	129
Тема 11. Медико-соціальна демографія та система знань про народонаселення.....	129
Тема 12. Демографічна статика, закономірності її формування на основі біологічних, соціальних та географічних факторів.....	132
Тема 13. Вивчення та оцінка основних демографічних показників механічного та природного руху населення.....	140
Тема 14. Сучасні тенденції дитячої смертності	155
Тема 15. Демографічне старіння населення та його виклики	162

Розділ 5.

Захворюваність населення як медико-соціальна проблема 176

Тема 16. Захворюваність населення. Методи вивчення захворюваності. 176

Тема 17. Тенденції та особливості окремих видів захворюваності. 182

Тема 18. Медико-соціальні аспекти найважливіших соціально значущих захворювань у різних країнах світу та в Україні. . . 191

Тема 19. Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям. 212

Розділ 6.

Медико-соціальні аспекти інвалідності та фізичного розвитку населення 223

Тема 20. Актуальні проблеми інвалідності серед населення та шляхи їх вирішення 223

Тема 21. Дитяча інвалідність як медико-соціальна проблема сучасного суспільства 232

Тема 22. Методика вивчення та оцінка фізичного розвитку населення. 235

Розділ 7.

Промоція здоров'я і профілактика захворювань 241

Тема 23. Промоція здоров'я як профілактичний напрямок діяльності системи охорони здоров'я 241

Тема 24. Концепція скринінгу в охороні здоров'я. 257

Тема 25. Візуалізація й ефективне подання даних про здоров'я. Поширення і використання результатів 265

Тема 26. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація) щодо здоров'я населення 277

Тема 27. Комунікація і соціальна мобілізація в забезпеченні здоров'я населення 288

Тема 28. Пресреліз як різновид письмових комунікацій зі зв'язків із громадськістю. 299

Питання для самоконтролю 302

Термінологічний словник. 312

Список використаної літератури. 319

Перелік умовних скорочень 323



ПЕРЕДМОВА

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає «громадське здоров'я» як науку і практику попередження захворювань, подовження тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства. Громадське здоров'я, як наука і предмет викладання, посідає провідне місце в сучасній медичній науці та підготовці фахівців системи охорони здоров'я.

Адже кожен спеціаліст повинен мати достатній набір знань та вмінь з питань громадського здоров'я для того, щоб розуміти, як встановлювати причинно-наслідкові зв'язки між здоров'ям населення та факторами соціального та природного середовища; вміти використовувати свої знання для аналізу та оцінки здоров'я громади та обґрунтовувати і розробляти профілактичні заходи щодо поліпшення ситуації для населення. Це все є запорукою успішного функціонування системи громадського здоров'я.

Метою даного видання є ознайомлення здобувачів вищої освіти з теоретичними і практичними засадами громадського здоров'я.

Навчальний посібник висвітлює питання щодо медико-соціальних аспектів здоров'я та його детермінант, профілактики хвороб та промоції здоров'я, старіння населення, цінності життя та проблеми вмирання, профілактики негативного впливу стресів та конфліктів на здоров'я, інформаційно-роз'яснювальної діяльності (адвокації), комунікації та соціальної мобілізації щодо здоров'я тощо.

Посібник має сім розділів, питання для самоконтролю знань, термінологічний словник, який сприятиме засвоєнню здобувачами вищої освіти основних понять і термінів, список використаної літератури.

Перший розділ «Теоретичні основи громадського здоров'я» містить нарис історії виникнення, становлення та розвитку громадського здоров'я, а також знайомить з методами які використовують у цій сфері.

Другий розділ «Сучасні аспекти формування здоров'я населення» присвячений особливостям соціального благополуччя населення; характеристиці впливу основних чинників довкілля на стан здоров'я населення; висвітлено надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, зокрема, розкрито проблему біотероризму; розглянуто питання стресів і конфліктів; обговорено базові поняття соціальної нерівності в забезпеченні здоров'я населення.

У третьому розділі «Медико-соціальні проблеми популяційного здоров'я населення» висвітлено цільові підходи до визначення поняття



«здоров'я» та концептуальні моделі здоров'я; наведено групи здоров'я для дитячого і дорослого населення; визначено основні детермінанти здоров'я та їх класифікацію; дано комплексну оцінку стану здоров'я на основі інтегральних показників.

У четвертому розділі «Основні медико-демографічні характеристики здоров'я населення» йдеться про демографічні процеси серед населення, зокрема, про чисельність і демографічну структуру; розкривається значення народжуваності та смертності для оцінки стану здоров'я населення та розвитку суспільства в цілому.

У п'ятому розділі «Захворюваність населення як медико-соціальна проблема» розглянуто види захворюваності, методи її вивчення; особлива увага приділяється соціально значущим захворюванням та Міжнародній статистичній класифікації хвороб і проблемам, пов'язаним зі здоров'ям.

Шостий розділ «Медико-соціальні аспекти інвалідності та фізичного розвитку населення» розкриває визначення понять «інвалідність» та «особа з інвалідністю»; групи інвалідності та їх характеристику; генетичні і соціальні умови фізичного розвитку та методи його оцінки.

Сьомий розділ «Промоція здоров'я і профілактика захворювань» присвячений профілактиці, як механізму збереження здоров'я населення, її видам, профілактичним програмам; значенню скринінгових технологій в сучасній системі охорони здоров'я; візуалізації та ефективному представленню даних про здоров'я населення; методиці організації та проведення адвокаційної кампанії; значенню комунікації та соціальної мобілізації щодо збереження здоров'я населення.

Навчальний посібник «Громадське здоров'я» стане в пригоді здобувачам вищої освіти закладів вищої медичної освіти України з підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальностей 222 «Медицина» та 228 «Педіатрія».

*Завідувач кафедри
професор В.А. Огнєв*



РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

ТЕМА 1. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я ЯК НАУКА І ПРЕДМЕТ ВИКЛАДАННЯ

Громадське здоров'я є відбиттям еволюції розвиненого світу, адже турбота про здоров'я є характерною рисою сучасного суспільства. Держави вживають важливих заходів з метою збереження і зміцнення здоров'я як окремих індивідів, так і суспільства в цілому.

В Україні, в процесі реформування національної системи охорони здоров'я, питання громадського здоров'я набувають нового змісту. Реагування на наявні загрози та забезпечення належного рівня громадського здоров'я передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на поліпшення середовища життєдіяльності людини. Окрім того, нагальною потребою є зменшення впливу факторів ризику, які формують захворюваність серед населення, натомість стимулювання факторів, що сприяють зміцненню та збереженню здоров'я.

Директор Європейського регіонального бюро ВООЗ лікар Ханс Ключе (Бельгія) у 2020 році зазначив наступне: «Ми повинні разом закласти основи для загальноєвропейської культури здоров'я, коли рішення, що приймаються державними інститутами та бізнесом, будуть визначатися інтересами здоров'я та благополуччя, і коли кожна людина матиме змогу робити вибір на користь здоров'я».

Важливим елементом забезпечення громадського здоров'я є соціальна справедливість, яка стосується концепції суспільства, в якому справедливості досягнуто в усіх аспектах суспільного життя. Соціальна справедливість забезпечує справедливе ставлення, як до окремих осіб, так і до груп населення, а також чесний розподіл суспільних благ. Громадське здоров'я прагне зменшити вплив таких детермінант здоров'я, які є причинами нерівного (несправедливого) доступу до здоров'я.

ВООЗ вважає, що здоров'я населення має стати найбільшою цінністю для держави, суспільства, громади, сім'ї та безпосередньо людини. У принципах Статуту ВООЗ зазначено, що володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я є одним із основних прав будь-якої люди-



ни не зважаючи на расу, релігію, політичні переконання, економічне чи соціальне становище. Досягнення будь-якої держави в галузі поліпшення та охорони здоров'я є цінністю для всіх. Надання всім народам можливості користуватися всіма досягненнями медицини, психології та споріднених з ними наук є необхідною умовою для забезпечення найвищого рівня здоров'я.

У матеріалах ООН наголошується, що «Здоров'я має відігравати головну роль в соціальному, економічному та політичному порядку денному держави. Гарне здоров'я сприяє соціальному розвитку, економічній продуктивності, політичній стабільності та безпеці. Інвестиції у здоров'я є внеском в економіку та розвиток».

У 2012 році сесія Європейського регіонального комітету ВООЗ ухвалила основні засади нової регіональної політики охорони здоров'я «Здоров'я — 2020», що базувалася на фактичних даних і спиралася на проголошені ВООЗ цінності. Основною метою цієї політики є значне поліпшення індивідуального і громадського здоров'я та підвищення рівня благополуччя населення, скорочення нерівності щодо здоров'я та створення в країнах універсальних, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину.

Програма «Здоров'я — 2020» вважала, що здоров'я — не єдиний аспект у житті, який треба цінувати, оскільки суспільство і людина мають багато інших цілей. Однак здоров'я має виняткове значення, воно є інструментом і засобом досягнення інших цілей. Погане здоров'я змушує людину витратити індивідуальний потенціал на лікування, викликає розпач і виснажує ресурси усіх верств суспільства. У зв'язку з цим стратегічним завданням держави є вдосконалення лідерства та колективного керівництва в інтересах здоров'я на міжсекторальному рівні.

У сучасних умовах Європейське регіональне бюро ВООЗ вважає, що основними пріоритетами європейських держав мають стати: інвестування у здоров'я та розширення прав і можливостей громадян; зменшення тягаря основних неінфекційних та інфекційних захворювань в Європі; зміцнення систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину (пацієнтоорієнтовані системи) та створення сприятливих умов середовища та забезпечення стійкості місцевих спільнот.

ВООЗ у своїх програмних документах, хартіях, деклараціях широко використовує визначення громадського здоров'я (Acheson, 1988, ВООЗ), яке підкреслює роль зусиль громадськості в забезпеченні громадського здоров'я.



Громадське здоров'я (Public Health as Resource) — це наука і мистецтво запобігання хворобам, подовження життя і зміцнення здоров'я за допомогою організованих заходів, що вживаються зусиллями суспільства.

На національному рівні громадське здоров'я часто характеризують як самостійну науку, яка вивчає закономірності формування суспільного здоров'я з метою забезпечення високого потенціалу здоров'я населення як вирішального чинника розвитку суспільства.

Метою громадського здоров'я є забезпечення таких умов, за яких суспільство (населення) може підтримувати і зміцнювати своє здоров'я і благополуччя та попереджати його погіршення.

Відповідно до поставленої мети, **основними завданнями** громадського здоров'я, спрямованими на поліпшення здоров'я і добробуту людей і громад на національному та глобальному рівнях, є:

1. Моніторинг та оцінка стану громадського (популяційного) здоров'я населення, а також процесів його формування і збереження.

2. Всебічне вивчення причинно-наслідкових зв'язків між проблемами здоров'я та їх наслідками, виявлення комплексу чинників і умов, що впливають на здоров'я населення.

3. Обґрунтування і розробка комплексу заходів щодо попередження та усунення несприятливих факторів і умов серед населення з метою збереження і зміцнення його здоров'я.

4. Прогнозування і моделювання стану здоров'я населення.

Виконання зазначених завдань неможливе без досвідчених та кваліфікованих фахівців у цій галузі. На сьогодні спеціалістів для системи громадського здоров'я готують за трьома напрямками: перший — підготовка власне фахівців громадського здоров'я, задіяних у наданні послуг суспільного характеру (для всього населення, певної групи, громади); другий — підготовка медичних кадрів, які надають індивідуальні послуги і співпрацюють із системою ГЗ; третій — підготовка фахівців, залучених до надання послуг громадського здоров'я, які не входять до сектора охорони здоров'я (управлінці, фахівці з міського планування, освіти, транспорту, соціального забезпечення, інформаційної політики та ін.).

Адже кожен фахівець повинен мати певний набір знань та вмінь з питань громадського здоров'я, аби розуміти, як встановлювати причинно-наслідкові зв'язки між здоров'ям населення та факторами соціального, природного середовища тощо; вміти використовувати цей інструментарій для аналізу та оцінки здоров'я громади та обґрунтовувати і розробляти профілактичні заходи.



Для ефективного і раціонального формування системи громадського здоров'я у досягненні конкретних завдань щодо збереження здоров'я, важливе місце належить функціям, які в системі охорони здоров'я дістали назву **«функції громадського здоров'я»**. Основні функції громадського здоров'я — це обов'язковий набір дій, які є основоположними для досягнення мети громадського здоров'я, яка полягає у поліпшенні, зміцненні, захисті та відновленні здоров'я населення через колективні дії. Завдяки оцінці ефективності основних функцій країни можуть визначати сильні та слабкі сторони системи громадського здоров'я і на основі результатів розробляти заходи, спрямовані на підтримку належної практики та подолання прогалин. До **основних функцій громадського здоров'я** належать:

- **захист**: запобігання екологічним небезпекам, контроль інфекційних захворювань, управління надзвичайними ситуаціями, забезпечення робочими місцями зі сприятливими для здоров'я умовами праці тощо;
- **просування**: заохочення здорового способу життя, покращення соціальних детермінант здоров'я, зміна поведінкових детермінант населення тощо;
- **профілактика**: скринінг, вакцинація і т.ін.

Система громадського здоров'я в Україні діє з дотриманням основних **принципів**. Усі принципи засновані на концепціях громадського здоров'я та детермінантах стану здоров'я населення. До них належать:

1. Громадське здоров'я орієнтується на основні причини проблем здоров'я (захворювання, травми тощо) з метою попередження негативних результатів проведених заходів щодо забезпечення здоров'я.

2. Громадське здоров'я має забезпечити досягнення здоров'я спільноти (громади) способом, за якого поважають права окремих її осіб.

3. Політику, програму і пріоритети у сфері громадського здоров'я слід розробляти й оцінювати на основі процесів, які забезпечують можливість обліку внеску членів спільноти (громади).

4. Громадське здоров'я повинно включати інформаційну діяльність і роботу з розширення прав і можливостей членів спільноти (громади), позбавлених громадянських прав, щоб орієнтувати суспільство на забезпечення доступу до базових ресурсів і створенню умов, необхідних для збереження здоров'я.

5. Громадське здоров'я мусить включати пошук інформації, необхідної для продовження ефективної політики і розробку програм, що захищають здоров'я і сприяють його зміцненню.

6. Заклади громадського здоров'я повинні надавати співтовариствам (громадам) інформацію, необхідну для ухвалення рішень щодо політики



або програм, а також отримувати згоду спільноти (громади) на впровадження такої політики чи програми.

7. Заклади громадського здоров'я повинні діяти своєчасно, враховуючи наявну інформацію, і в рамках ресурсів і повноважень, наданих їм громадськістю.

8. Програми і політика у сфері громадського здоров'я повинні включати цілу низку підходів, які передбачають і поважають різні цінності, думку і культуру співтовариства (громади).

9. Програми і політика у сфері громадського здоров'я повинні реалізовуватися так, щоб найліпше сприяти розвитку фізичного та соціального середовища.

10. Заклади громадського здоров'я повинні захищати конфіденційність, щоб не зашкодити особі або спільноті, якщо ця інформація набуде розголосу. Винятком повинні бути випадки, виправдані високою ймовірністю заподіяння шкоди певним особам.

11. Заклади громадського здоров'я мають забезпечити професійну компетентність своїх працівників.

12. Заклади громадського здоров'я та їх працівники мають активно співпрацювати та об'єднувати зусилля з метою зміцнення довіри спільноти (громади) й ефективності роботи установи.

Об'єктом вивчення громадського здоров'я є популяційне здоров'я населення і громадська охорона здоров'я, не дивлячись на те, що в центрі уваги громадського здоров'я знаходиться весь спектр здоров'я і благополуччя на популяційному рівні, а не виділення лише окремих проблем здоров'я. Але багато заходів можуть бути спрямовані на зміцнення здоров'я різних груп населення. До числа послуг громадського здоров'я входять не тільки послуги або заходи на громадському рівні, а й на індивідуальному, коли послуги надаються кожному окремо (вакцинація, консультування з питань поведінки або питань здоров'я тощо).

Громадське здоров'я використовує міжсекторальний підхід в забезпеченні здоров'я, який передбачає роботу з усіма секторами суспільства. Міжсекторальний підхід — це управління за принципом «здоров'я в усіх політиках» і пріоритетність збереження здоров'я населення в усіх напрямках діяльності як публічного сектора (тобто органів державної влади), так і приватного, що передбачає визнання актуальних проблем у сфері охорони здоров'я комплексними та пов'язаними із соціальними детермінантами здоров'я.

У зв'язку з цим, відповідальними за стан громадського здоров'я є усі сектори суспільства: охорона здоров'я (центральна роль), інші галузі дер-



жави, приватний сектор, недержавні організації (громадські організації), міжнародні організації, людина, сім'я та ін. У всіх є одна мета — поліпшення здоров'я людини і суспільства в цілому.

Як предмет викладання громадське здоров'я включає різні напрямки: теоретичні основи громадського здоров'я; сучасні аспекти формування здоров'я населення; медико-соціальні проблеми популяційного здоров'я; соціальне благополуччя в контексті забезпечення соціального розвитку держави та громадського здоров'я; надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я; екологічне громадське здоров'я; основні медико-демографічні характеристики здоров'я населення; захворюваність та інвалідність населення; медико-соціальні аспекти найважливіших соціально значущих захворювань; провідні детермінанти, що впливають на здоров'я населення; промоція здоров'я і профілактика захворювань; аналіз причин соціальної нерівності щодо здоров'я населення; інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація) в інтересах здоров'я населення; комунікація і соціальна мобілізація в забезпеченні здоров'я населення; медичне страхування; міжнародна діяльність в охороні здоров'я; методологія досліджень у сфері громадського здоров'я; візуалізація й ефективне надання даних про здоров'я; поширення і використання результатів та інше.

Теоретичною основою громадського здоров'я є кращі традиції вітчизняної та зарубіжної медичної науки і практики. Зокрема, праці видатних вчених *Миколи Івановича Пирогова (1810–1881), Сергія Петровича Боткіна (1832–1889), Володимира Михайловича Бехтерева (1857–1927)* та ін., які зробили істотний внесок у розвиток профілактичної медицини. Вони обґрунтували вплив навколишнього середовища на здоров'я людини, показавши тим самим, що потрібно лікувати не тільки хворого, але й оздоровлювати умови в яких він проживає.

Навчальна дисципліна «Громадське здоров'я» в різних країнах має різну назву. В англійських країнах цю навчальну дисципліну називають «Громадське здоров'я», «Громадська охорона здоров'я», «Превентивна медицина»; у франкомовних країнах — «Соціальна медицина», «Медична соціологія»; у східноєвропейських країнах — «Організація охорони здоров'я», «Теорія і організація охорони здоров'я», «Соціальна гігієна», «Соціальна гігієна і організація охорони здоров'я». На території України, предмет неодноразово змінював свою назву: «Соціальна гігієна» — 1923 рік, «Організація охорони здоров'я» — 1941 рік, «Соціальна гігієна і організація охорони здоров'я» — 1966 рік, «Соціальна медицина та ор-



ганізація охорони здоров'я» — 1991 рік, «Соціальна медицина, громадське здоров'я» — 2018 рік.

Громадське здоров'я, як наукова дисципліна, використовує різні **методи дослідження**. Завдяки дослідженням фахівці отримують важливу інформацію про поведінку, фактори ризику та тенденції захворювань; сприяють розробці і тестуванню втручань для зміцнення здоров'я та запобігання хворобам; інформація, отримана в результаті дослідження, може бути використана для пропаганди і для обґрунтування державних витрат на охорону здоров'я. До основних **методів дослідження належать**:

1. *Історичний метод* дозволяє оцінювати події, факти, явища у їх зв'язку в просторі і часі. Такий підхід дозволяє уникнути суб'єктивності в судженнях.

2. *Статистичний метод* є провідним методом в оцінці здоров'я населення та організації охорони здоров'я. На ньому заснована вся державна і відомча звітність, а також проводиться перспективне і поточне планування охорони здоров'я.

3. *Демографічний метод* — його дані використовуються охороною здоров'я для визначення потреби населення в амбулаторно-поліклінічній та стаціонарній медичній допомозі.

4. *Метод експертних оцінок* широко застосовується в практичній діяльності закладів охорони здоров'я, зокрема при проведенні медико-соціальної експертизи втрати працездатності людини, оцінки якості та ефективності діагностики і лікування тощо.

5. *Економічний метод* забезпечує більш ефективне і раціональне використання ресурсів охорони здоров'я.

6. *Експериментальний метод* — на основі цього методу визначаються нові, найбільш раціональні форми роботи закладів охорони здоров'я, створюються моделі медичної допомоги, перевіряються гіпотези, проекти і т. ін.

7. *Соціологічний метод* — за його допомогою вивчаються умови життя, праці, виявляються фактори ризику, оцінюється задоволеність населення медичним обслуговуванням, в цілому вивчається здоров'я населення та ін.

Крім цього широко використовуються такі методи, як епідеміологічний, моделювання, прогнозування та інші.

На сьогодні системи охорони здоров'я стикаються з дефіцитом фінансових ресурсів, кадровими та іншими проблемами, що вимагає перегляду



політики, пошуку нових стратегій розвитку, вдосконалення її структури і функціонування. Загалом дослідження ВООЗ демонструють, що інвестиції в охорону здоров'я, зокрема в систему громадського здоров'я, генерують економічно ефективні результати для здоров'я і можуть сприяти більшій стійкості, отримуючи економічні, соціальні й екологічні переваги. Навіть невеликі інвестиції в громадське здоров'я обіцяють значні вигоди для суспільства, економіки та інших секторів, адже система охорони здоров'я, зокрема громадське здоров'я, відіграє ключову роль у зміцненні та збереженні здоров'я населення.

ТЕМА 2. ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ І РОЗВИТКУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Історія відкриває перспективи для розвитку розуміння проблем здоров'я громад та способів їх вирішення. Через призму минулого ми бачимо, як суспільство концептуалізувало хвороби та боролось з ними. Адже для того, щоб розвивати концепції та методи управління хворобами необхідно зіткнутися з реаліями. Ці стратегії подолання є частиною світогляду, пов'язаного з культурними і науковими переконаннями, які допомагають визначити лікувальні та профілактичні підходи до здоров'я.

Історія охорони здоров'я — це історія пошуку ефективних засобів збереження здоров'я та профілактики захворювань в популяції. Епідемічні та ендемічні інфекційні захворювання стимулювали думки та інновації в профілактиці захворювань на прагматичній основі, часто ще до того, як наукою були встановлені причинно-наслідкові зв'язки. Профілактика захворювань серед населення мусить включати визначення захворювань, оцінку причин їх виникнення та пошуку ефективних методів втручання для запобігання цих недуг.

Охорона здоров'я розвивалася методом спроб і помилок, через війни і стихійні лиха, які часто стимулювали розширення наукових медичних знань. Потреба в організованому оздоровленні зростала в рамках розвитку життя громади. Релігійні та суспільні переконання вплинули на підходи до пояснення причин хвороб і спроби контролю інфекційних захворювань, санітарії, містобудування та надання медичної допомоги.

Сучасне суспільство стикається з такими проблемами, як: малярія, холера, чума, а також ожиріння, серцево-судинні захворювання, психічні розлади, травми та злоякісні новоутворення. Поява СНІДу, ГРВІ, пташиного



грипу, COVID-19 та нових мікроорганізмів, стійких до ліків, змушує людство шукати нові способи запобігання їх потенційно небезпечним наслідкам для суспільства.

Прагнення людини поліпшити стан свого здоров'я шляхом проведення різних соціальних заходів сформувалося ще в давнину. Цьому сприяли дослідження вчених усіх часів, справедливих правителів, які створювали умови для збереження здоров'я населення, проводили соціальну політику, ухвалювали законодавчі акти тощо.

У повчаннях і законах давнини знаходимо рекомендації щодо елементарних правил гігієни, облаштування житла та побудови санітарно-гігієнічних споруд, значущості харчування, використання рослин у лікуванні, вибору джерел води. Згодом розробили системи заходів щодо боротьби з інфекцією, почала формуватися медико-соціальна політика держав. За доби Стародавньої Греції та Риму оздоровчі заходи досягли високого рівня розвитку. Це, перш за все, гігієнічні заходи, спрямовані на загартовування організму, виконання фізичних вправ, а також підтримання тіла в чистоті й охайності.

Важливу роль у розвитку соціально-гігієнічних уявлень про природу здоров'я і хвороб мав збірник медичних праць «Кодекс Гіппократа». Є праці в яких Гіппократ обстоював думку, що навколишнє середовище: клімат, ґрунт, вода, відіграють значну роль у виникненні захворювань.

В історії становлення громадського здоров'я мала значення поява так званих громадських (народних) лікарів, які перебували на службі у держави і надавали медичну допомогу простому люду. Вперше вони з'явилися у стародавніх єгиптян, згодом у греків і римлян.

Праці окремих дослідників сприяли розвиткові громадського здоров'я за Модерної доби. У 1700 році виходить друком книга італійського лікаря, професора медицини Падуанського університету Бернардіно Рамацціні «Про хвороби ремісників», яка заклала основи нової наукової і практичної галузі медицини — гігієни праці. У книзі описані умови праці тогочасних ремісників у мануфактурах, причини і перебіг хвороб, викликаних професійною діяльністю робітників, вплив шкідливих речовин, що використовувалися в процесі діяльності, на організм людини.

Термін «соціальна гігієна» вперше був застосований в першій половині XIX століття. Він зустрічається в дисертаціях 1838 і 1844 рр., присвячених професійним захворюванням.

Найбільш швидкими темпами соціальна гігієна формувалася в Німеччині.



У 1870-ті роки там почали проводитись реформи в галузі охорони здоров'я (було запроваджене соціальне страхування за рахунок коштів підприємств, державного бюджету і трудящих, були організовані амбулаторії, окремі диспансери та інше). У 1903 р. в Німеччині почав видаватися журнал з соціальної гігієни.

У 1905 р. *Альфред Гротьян (1869–1931)* заснував «Берлінське товариство соціальної медицини, гігієни та медичної статистики». У 1912 р. А. Гротьян



**Альфред Гротьян
(1869–1931)**

домігся доцентури, вищого ступеня післядипломної освіти, який був необхідним для забезпечення довічної викладацької кар'єри в секторі німецьких університетів. Після здобуття ступеня А. Гротьян кілька років працював доцентом у Шаріте, яка була найбільшою і найпрестижнішою з усіх університетських лікарень Берліна.

У 1920 р. Альфред Гротьян став першим професором соціальної гігієни в Берлінському університеті та організував там першу в світі кафедру цього профілю. Так почалася історія предмета і науки соціальної гігієни, яка перетворилась на самостійну медичну дисципліну.

В Україні кафедри соціальної гігієни з'явилися в другій половині 1923 р. Першу самостійну кафедру соціальної гігієни було створено в Харківському медичному інституті. Вона була організована 27 жовтня 1923 р. Засновником і першим завідувачем кафедри став *Мойсей (Мусій) Григорович Гуревич (1923–1925)*.

У 1923 році аналогічна кафедра була організована в Одеському медичному інституті, її очолив *Лев Васильович Громашевський (1887–1880)*, водночас завідуючи кафедрою епідеміології.

Рішення про створення самостійної кафедри соціальної гігієни у Київському медичному інституті (КМІ) було ухвалене 7 грудня 1923 р. Виконання обов'язків завідувача було доручене старшому асистенту *Соломону Соломоновичу Кагану (1894–1965)*. Обрання його на посаду завідувача та приєднання вченого звання «професор» відбулося у 1926 році.

У 1924 р. кафедру соціальної гігієни було сформовано в Катеринославському (Дніпропетровському) медичному інституті. Очолив кафедру вче-



**Мойсей Григорович Гуревич
(1890–1937)**

ний-гігієніст професор *Михайло Варфоломійович Дониц (1873–1951)*.

У 1920–1930 рр. в Україні склалися два центри розвитку соціальної гігієни, Харківський і Київський. З них вийшли видатні вчені, які збагатили соціальну гігієну значущими дослідженнями.

У Харківському центрі на чолі з *Сергієм Аркадійовичем Томіліним (1877–1952)* працювали: М.Г. Гуревич, З.А. Гуревич, І.А. Арнольдї, А.М. Мерков, П.Т. Петров, С.Е. Екель та ін.

Київський центр очолював С.С. Каган, за його керівництва були підготовлені професори: І.І. Овсієнко, К.Ф. Дупленко, Є.Я. Білицька, Л.Г. Лекарев та ін.

У 1934 р. в Українському демографічному інституті був створений відділ санітарної статистики, згодом ця установа була перейменована на Інститут демографії та санітарної статистики.

У 1939 році в Харкові було зосновано Український державний інститут охорони здоров'я (від 1933 р. — Всеукраїнський інститут соціалістичної охорони здоров'я). Інститут здійснював теоретичне обґрунтування заходів охорони здоров'я, а також перетворився на методичний центр медико-соціальних досліджень в Україні.

У 1930-ті роки виходять друком перші українські підручники, основна частина яких, була підготовлена співробітниками Харківського медичного інституту: «Нариси з теорії соціальної гігієни» С.С. Кагана (1932), «Соціальна гігієна» С.А. Томіліна і А.М. Меркова (1933), «Загальна теорія санітарної статистики» А.М. Меркова (1935), «Практикум з санітарної статистики» Л.А. Абрамовича, М.І. Камінського, П.Т. Петрова (1940) та ін.

У травні 1941 року кафедри соціальної гігієни були перейменовані на кафедри організації охорони здоров'я, що визначило суттєві зміни в програмі цієї навчальної дисципліни і провідне місце в ній посіли проблеми теорії та практики охорони здоров'я.

У 1966 році соціальна гігієна була відновлена, як наука і предмет викладання, а кафедри були перейменовані на кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я.



У 1990 році на 2-му Всеукраїнському з'їзді соціал-гігієністів й організаторів охорони здоров'я було ухвалене рішення про зміну назв кафедр з метою наближення їх до міжнародної термінології. Термін «соціальна гігієна» замінили на термін «соціальна медицина».

У 2018 р. багато кафедр адаптувались до потреб часу і почали використовувати назву «Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я».

Зараз в Україні працює Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, створено 4 спеціалізовані захисні вчені ради за спеціальністю 14.00.03 — соціальна медицина: Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика — 2 ради, по одній раді в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця та у Харківському національному медичному університеті, при закладах вищої медичної освіти працюють кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, в Національному університеті охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика відкрита самостійна кафедра медичної статистики.

В Україні видається 4 спеціалізованих журнали з громадського здоров'я та охорони здоров'я, серед них: від 1999 року дотепер — «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України», від 2001 року до 2007 року — «Охорона здоров'я України», від 2007 року донині — «Україна. Здоров'я нації», від 2008 року до 2016 року — «Східно-Європейський журнал громадського здоров'я».



РОЗДІЛ 2

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

ТЕМА 3. СОЦІАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ В КОНТЕКСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВИ ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

3.1. Термінологія соціального благополуччя та принципи соціальної держави

У світовій практиці питанням соціального благополуччя останнім часом надається все більше уваги. Це обумовлено розвитком сучасної цивілізації та посиленням уваги до підвищення рівня і якості життя населення, створенням умов для соціальної реалізації людей і формування на цій основі потенціалу розвитку як окремих країн, так і людства в цілому. Відповідно до Конституції, Україна є соціальною державою, що передбачає необхідність здійснення державної політики, спрямованої на поступове покращення умов життя населення, зростання добробуту і благополуччя в суспільстві, формування задоволеності населення власним життям. Окрім того зауважимо, що в Україні, від 2016 року, йде процес становлення системи громадського здоров'я, в якій поняття соціального благополуччя та його досягнення посідають значне місце. Зважаючи на це, дослідження проблеми соціального благополуччя, його складових, оцінка його стану в нашій державі та визначення місця України за даним показником серед інших держав є вкрай важливими й актуальними.

Термін «соціальне благополуччя» можна пояснити наступним чином: *соціальне* — те, що «має відношення до людської спільноти», *благополуччя* — «спокійне, щасливе життя в достатку, повна забезпеченість», «спокійний плін життя, який не порушується бідами, невдачами», «достаток, матеріальна забезпеченість», «стан людини або об'єктивна ситуація, коли у людини є все, що сприятливо характеризує її життя в очах оточуючих, близьких і її самої».

В сучасних умовах розвинені країни прагнуть створити моделі соціальних держав. Поняття «соціальна держава» вперше вжив у 1850 році



німецько-австрійський правознавець, економіст і соціолог Лоренц фон Штейн (1815–1890). Він включив до переліку функцій держави «за допомогою влади підтримку абсолютної рівності в правах для всіх суспільних класів, для окремої особистості, що самовизначається». Держава, за Штейном, має сприяти економічному і суспільному прогресу всіх своїх громадян, оскільки зрештою розвиток одного виступає умовою розвитку іншого, і саме в цьому сенсі йдеться про соціальну державу.

У сучасному розумінні **соціальна держава (Welfare state)** — модель держави, політика якої спрямована на перерозподіл матеріальних благ відповідно до принципу соціальної справедливості заради досягнення кожним громадянином гідного рівня життя, згладжування соціальних відмінностей і допомоги нужденним.

Соціальна держава має наступні характеристики: людина, її життя, права, свободи і гідність є найвищою цінністю; внутрішня і зовнішня політика соціальної держави спрямована не на реалізацію загальнонаціональних, корпоративних інтересів, а на захист прав і свобод, законних інтересів і гідних умов життя людини; забезпечується соціальна орієнтованість як державного, так і приватного сектора економіки; кожне управлінське рішення носить соціально справедливий характер; проводиться активна соціальна політика, заснована на взаємній соціальній відповідальності; здійснюється турбота про економічну безпеку людини; гарантується справедливий розподіл національних багатств; розвивається громадянське суспільство, зміцнюється авторитет і значимість кожного його інституту.

В основі соціальної держави є такі **принципи:** соціального добробуту, соціальної справедливості, соціальної рівності, забезпечення соціальних гарантій та ін.

В соціальній державі існує інфраструктура надання соціальних послуг. Безпека у сфері надання соціальних послуг визначає реальну ефективність і дієвість тих організацій та інститутів, які створюються державою для надання послуг. Питання безпеки соціальних послуг (включаючи їх повноту, продуктивність, відсутність негативних наслідків) відіграють важливу роль у забезпеченні соціального благополуччя і підвищенні якості життя людей. Якість послуг соціального обслуговування регламентується державними стандартами.

Сутність соціальної держави піддається переосмисленню: в сучасних умовах вона розглядається не просто як рятівник, підтримуюча сила, але і як «активуючий» механізм, в якому пріоритетом є досягнення рівності можливостей і використання соціальних і особистісних потенціалів. Ме-



тою соціальної держави є створення активного, справедливого і соціально згуртованого суспільства.

Поєднання соціальних, економічних цілей та пріоритетів розвитку завжди було в центрі уваги сучасного європейського суспільства. Економічний розвиток мусить сприяти соціальному вирівнюванню. Водночас, соціальна справедливість і соціальне вирівнювання можуть бути корисними в процесі економічного розвитку. Концепція соціальної згуртованості передбачає наявність фінансових механізмів перерозподілу доходів на користь найменш забезпечених.

Слід зазначити, що з просуванням суспільства цивілізаційним шляхом питання про соціальне благополуччя, якість суспільного та індивідуального добробуту стають гострішими. Цілком ймовірно, що це пов'язано з підвищенням рівня загальної культури людини і суспільства, освіченості, стійкої диверсифікації товарів і послуг.

На жаль, на початку XXI століття, небагато держав можуть бути віднесені до соціальних, а лише ті, де більшість населення досягла високого рівня життя, подушного споживання товарів і послуг, рівності в правах для всього населення, справедливого і соціально згуртованого суспільства. До таких країн можуть бути віднесені Швеція, Норвегія, Японія, Швейцарія, ФРН, Франція та інші.

3.2. Історія і сутність соціального благополуччя

Соціальне благополуччя (Social well-being) — це об'єктивне явище, детерміноване повсякденними умовами життєдіяльності людей, в яких вони задовольняють свої потреби, реалізують життєві плани і соціальні очікування.

В теорії соціальної роботи є фундаментальні категорії до яких належить і соціальне благополуччя. У цій категорії виділяють два аспекти: *соціальний добробут людини і соціальний добробут суспільства*.

Індивідуальне визначення благополуччя людини є досить складним, адже в структурі особистості людини присутні три елементи: фізичний, соціальний і духовний. Їх неможливо відокремити один від одного при вивченні суб'єктивного благополуччя. Саме їх єдність є фактором суб'єктивного благополуччя.

Соціальне благополуччя є складною категорією, яка сформувалася на межі різних наукових дисциплін — філософії, етики, економіки, права, соціології, політології, медицини та ін. Комплексність даного поняття



вимагає системного підходу до його вивчення, що припускає дослідження елементів, які утворюють його структуру і розкриття взаємозв'язків між ними.

Виділяють п'ять аспектів благополуччя людини: фізичне здоров'я, доходи і добробут, соціальні відносини, відсутність депресії, робота і вільний час. Така структура була виділена при підрахунку індекса благополуччя Gallup-Healthways (Gallup-Healthways Well-Being Index).

Джеймс Хартер і Том Рат в книзі «Все відмінно! П'ять елементів благополуччя» аналізуючи елементи благополуччя виділяють професійне, соціальне, фінансове, фізичне і благополуччя в середовищі проживання.

Професійне благополуччя — це задоволення від того, що ми робимо щодня, виконуючи свої професійні обов'язки, незалежно від того працюємо ми на підприємстві, в установі, аудиторії, на заводі тощо.

Соціальне благополуччя — це найвища соціальна цінність, соціальний ідеал, область соціальної оптимальності, з якою пов'язані життєво важливі інтереси людства. Прагнення досягти соціального благополуччя в усі часи було стійкою мотивацією активності соціальних суб'єктів. Сучасне розуміння сутності і змісту соціального благополуччя пов'язується з перебуванням в межах цивілізації, максимально ефективним використанням її благ, оптимальним здійсненням життєдіяльності в умовах високих темпів розвитку постіндустріальної, інформаційно-освітньої епохи.

Фізичне благополуччя — це міцне здоров'я і достатній обсяг сил для того, щоб впоратися з повсякденними справами.

Люди з високим рівнем фізичного благополуччя успішно підтримують своє здоров'я. Вони регулярно виконують фізичні вправи і тому відчувають себе краще. Вони вибирають корисні продукти, які забезпечують їх енергією і сприяють чіткому мисленню. Вони достатньо відпочивають, щоб дати мозку можливість обробити інформацію, отриману за день і вдало розпочати наступний день.

Щастя не купиш за гроші, але бути щасливим непросто, якщо людина не в змозі задовольнити свої базові потреби. Стосовно іншого, кількість грошей впливає на благополуччя менше, ніж фінансова захищеність і вміння розпорядитися своїми коштами.

Люди з високим рівнем фінансового благополуччя раціонально розпоряджаються власними коштами і витрачають гроші розумно. Вони купують враження, не обмежуючись придбанням матеріальних благ, і витрачають гроші не тільки на себе, але й на інших. В основному вони задоволені своїм рівнем життя.



Фізичне благополуччя людини, пов'язане зі станом здоров'я в довгостроковій перспективі. Засвоюючи корисні звички і приймаючи розумні рішення щодо способу життя, режиму харчування, фізичного навантаження і сну, вона відчуває себе здоровішою й енергійнішою, краще виглядає і живе довше.

Благополуччя в середовищі проживання. Людина повинна відчувати себе в безпеці там, де вона живе, не сумніватися в якості води, яку п'є, і повітрі, яким дихає. Крім того, їй потрібен будинок, який відповідає її потребам, і співтовариство, яким вона може пишатися. Коли вона бере участь у житті суспільства, це є корисним не тільки тим, хто її оточує, але і їй самій. Добрі вчинки сприяють тіснішій соціальній взаємодії, роблять її існування більш значущим й осмисленим, а спосіб життя — активнішим. Благополуччя в середовищі проживання — це причетність до життя суспільства і зацікавленість в тому, що відбувається навколо.

Люди з високим рівнем добробуту в середовищі проживання живуть, відчуваючи себе в безпеці. Вони пишаються своїм співтовариством і відчувають, що воно рухається в правильному напрямку. Найчастіше це по-ріджує у них бажання служити суспільству.

Соціальну безпеку в найширшому сенсі можна розуміти, як стан суспільства і соціальних інститутів, за якого забезпечуються гарантований захист національних інтересів, соціально спрямований розвиток країни в цілому, достатній потенціал соціально-економічного та соціально-політичного розвитку навіть в несприятливих умовах протікання внутрішніх і зовнішніх процесів.

Доцільним є виділення в структурі як особистого, так і суспільного соціального благополуччя таких компонент, які б відповідали ключовим сферам життєдіяльності людини і суспільства: економічна, соціальна, політико-правова та культурно-духовна.

До економічної складової соціального благополуччя можна віднести матеріальний добробут і його суб'єктивну оцінку (відсутність або мінімальний рівень як абсолютної, так і відносної депривації будь-яких значущих для індивіда благ), доходи, рівень споживання, житло, безпека і свобода діяльності як підприємця або найманого працівника, праця і зайнятість та ін.

До безпосередньо соціальних компонентів соціального благополуччя відносяться, насамперед, соціальний капітал людини, її соціальні ролі і статуси, суб'єктивна задоволеність ними. Сюди також можна віднести професію людини.



Політико-правові компоненти соціального благополуччя можуть бути представлені політичними правами і свободами, наявністю законодавчого їх закріплення і фактичного виконання, суб'єктивними оцінками власних прав і свобод.

Культурно-духовна складова соціального благополуччя пов'язана з широким спектром явищ: свободою волі, свободою віросповідання, доступністю досягнень світової і національної культури, можливістю духовно-морального розвитку, сферою дозвілля.

3.3. Інтегральні і комплексні індекси оцінки соціального благополуччя

При оцінці соціального благополуччя фахівці різних напрямків використовують у своїй роботі інтегральні, системні, комплексні показники, що відображають всі аспекти соціального благополуччя. Серед них: *Індекс людського розвитку (Human development index)*, *Міжнародний індекс щастя (Happy Planet Index)*, *Індекс кращого життя («OECD Better Life Index»)*, *Індекс благополуччя HALE (Herald / Age Lateral Economics Index of Wellbeing)* та ін.

Найбільш поширеним та популярним серед них є Індекс людського розвитку, що був розроблений та впроваджений ООН в 1990 р. (до 2013 р. мав назву Індекс розвитку людського потенціалу).

Індекс людського розвитку (Human development index) — це інтегральний показник, який розраховується щорічно для міждержавного порівняння та вимірювання рівня життя, грамотності, освіченості та довголіття, як основних характеристик людського потенціалу досліджуваної території. При розрахунку Індексу людського розвитку враховуються 3 види показників: очікувана тривалість життя; рівень грамотності населення країни (середня кількість років, витрачених на навчання) та очікувана тривалість навчання; рівень життя, що оцінюється через ВНД на душу населення за паритетом купівельної спроможності в доларах США.

Базою для вимірювання Індексу людського розвитку, на відміну від попередніх досліджень соціального розвитку суспільства, були не тільки дані щодо валового національного доходу, а й такі важливі показники як досягнення в галузі охорони здоров'я та освіти. Індекс людського розвитку складається за даними офіційної статистики досліджуваної країни, тому отримані результати можна вважати досить об'єктивними і такими, що піддаються перевірці.



Для визначення Індексу людського розвитку необхідно виділити три основні напрями, за якими вимірюються досягнення країни:

- *здоров'я і довголіття* — оцінюються за допомогою показника очікуваної тривалості життя при народженні (скільки років доведеться прожити поколінню, народженому в певний рік, якщо рівень повікової смертності протягом всього життя не змінюватиметься);
- *доступ до знань* — вимірюється за допомогою середньої тривалості навчання (середня кількість років освіти, отриманої особами у віці 26 років і старше протягом усього життя) і очікуваної тривалості навчання (кількість років освіти, яку може отримати дитина, яка досягла офіційно встановленого віку вступу до школи, якщо протягом її життя збережуться домінуючі тенденції щодо показників охоплення населення освітою);
- *рівень життя* — визначається за допомогою показника валового національного доходу на душу населення (сукупний дохід економіки, отриманий в ході виробництва і володіння факторами виробництва розділений на середню чисельність населення країни).

Описані показники несуть детальну і водночас спеціалізовану інформацію, що має суттєве значення при виборі пріоритетних напрямків в програмі соціальної політики сучасної держави, в тому числі враховується при складанні багатьох законопроєктів. Стан системи охорони здоров'я, системи освіти і рівня життя населення не тільки всебічно відображають добробут соціуму, але і впливають на позитивне функціонування цих складових і сприяють успішному розвитку інших суміжних сфер суспільства.

Завдяки об'єктивним оцінкам Індекс людського розвитку є основним індикатором соціального благополуччя людини і суспільства.

Для оцінки соціального благополуччя населення можуть також використовуватись набори індикаторів, що характеризують певні складові благополуччя. Одним із найбільш популярних є *Міжнародний індекс щастя (Happy Planet Index)*, вперше розрахований у 2006 р. серед 178 країн світу.

Міжнародний індекс щастя відображає добробут населення і стан навколишнього середовища в різних країнах світу, і був запропонований Фондом нової економіки. Головне завдання індексу — відобразити «справжній» добробут націй. Для порівняння рівня життя в різних країнах використовуються значення ВВП на душу населення або ІЛР, але ці індекси не завжди можуть відобразити реальний стан речей. Зокрема, порів-



няння значення ВВП вважається недоречним, оскільки кінцева мета більшості людей не бути багатими, а бути щасливими і здоровими.

Індекс щастя включає чотири групи показників:

1. *Суб'єктивне благополуччя* (використовуються результати всевітнього опитування Gallup, питання «Драбина життя» — під час опитування респондентам ставиться питання: «Уявіть собі сходи, де 0 означає гірший з можливих варіантів життя, а 10 означає кращий з можливих варіантів життя. На якій сходинці між 0 і 10 ви зараз перебуваєте?»);

2. *Очікувану тривалість життя*;

3. *Ступінь нерівності населення* однієї країни за тривалістю життя і суб'єктивним оцінкам благополуччя;

4. *Екологічне навантаження / екологічний слід* (вимірюється в гектарах землі в розрахунку на одного жителя країни, необхідної для стійкої підтримки рівня споживання в країні).

Наступним показником може бути **показник соціального благополуччя** за версією Gallup World Poll (Світове опитування Gallup), який включає в себе 16 різних індексів життєдіяльності людини. Серед них: індекс правопорядку, індекс їжі та притулку, індекс особистої економічної ситуації, індекс особистого здоров'я, індекс громадянської залученості, індекси благополуччя (процвітання, труднощів, страждань, позитивних подій, негативних подій), індекс довіри до національних інститутів (армія, правосуддя, система виборів та ін.), індекс корупції, індекс розвитку молоді, індекс базових потреб спільноти, індекс різноманіття, індекс оптимізму, індекс використання респондентами електронних засобів комунікації, індекс насильства, індекс релігійності.

Організація економічного співробітництва і розвитку становить власний **рейтинг «Індексу кращого життя» («OECD Better Life Index»)** за 11 параметрами: житло, дохід, робота, співтовариство, освіта, довкілля, залученість до громадської активності, здоров'я, задоволеність життям, безпека, баланс роботи та відпочинку.

Існують і національні індекси соціального благополуччя (наприклад, Австралійський індекс благополуччя **HALE (Herald / Age Lateral Economics Index of Wellbeing)** та ін.

Соціальне благополуччя, може бути виміряне в **показниках рівня і якості життя**, проте не вичерпується ними, оскільки якість життя включає суб'єктивні оцінки благополуччя людини і суспільства.

Під рівнем життя прийнято розуміти сукупність показників зі сфери економіки та зайнятості, в тому числі: валовий внутрішній продукт на душу



населення, рівень безробіття, рівень інфляції, тривалість людського життя, співвідношення прожиткового мінімуму і середньої величини пенсійних виплат, кількість громадян «за межею бідності», співвідношення мінімальної заробітної плати і прожиткового мінімуму. Рівень життя, таким чином, є об'єктивним показником середовища життєдіяльності людини, її розвитку і комфорту. У той же час, показник рівня життя — є кількісним показником і не відображає багатьох аспектів діяльності людей (так, частка ВВП на душу населення при мінімальних витратах держави на соціальну сферу не впливає на загальне самопочуття окремого громадянина).

Якість життя — є більш широким поняттям, що інтегрує, окрім матеріальної забезпеченості, ще і забезпеченість соціальними послугами, здоров'я, безпеку, екологічну ситуацію в місці проживання та інші показники. Сьогодні в науковому співтоваристві немає єдності думок з приводу визначення поняття «якість життя». Різні підходи до розуміння даної категорії сформовані на межі філософських, соціальних і політичних ідей та теорій, що включають як об'єктивні (якість навколишнього середовища), так і суб'єктивні підходи (сприйняття якості навколишнього середовища через призму особистісних ціннісних установок і переживань).

3.4. Детермінанти, що визначають соціальне благополуччя

Феномен соціального благополуччя є складним і включає багато елементів, що дозволяє розглядати його системно як відкриту самоорганізовану систему, схильну до впливу безлічі факторів різних систем. Існує ряд детермінант, які визначають соціальне благополуччя.

У зв'язку з комплексним, системним характером соціального благополуччя вкрай складно однозначно виділити ті чи інші детермінанти (фактори), що призводять до його досягнення для людини і суспільства. У найбільш загальній класифікації всі чинники досягнення соціального благополуччя можна розділити на зовнішні і внутрішні.

До *зовнішніх факторів* досягнення соціального благополуччя належить інституційне середовище, що включає економічні інститути, які забезпечують гідний рівень задоволення матеріальних потреб, правові інститути, що гарантують права людини і особистості, ефективно функціонуючі інститути праці і зайнятості, що надають людині можливість досягати бажаного рівня соціального благополуччя, інститути соціального захисту і підтримки населення, відкриті і працюючі інститути («ліфти») соціальної мобільності та ін. Від рівня розвитку названих інститутів та їх структур



багато в чому залежить благополуччя конкретної людини і суспільства в цілому.

Внутрішні чинники соціального благополуччя пов'язані з його суб'єктивними характеристиками, відчуттям людиною свого щастя/нещастя, задоволеності/незадоволеності життям. До цих факторів можна віднести як особистісні психологічні характеристики, такі як темперамент і характер людини, так і її соціальні установки, очікування і уявлення. Так, життєрадісна, оптимістично налаштована людина за інших рівних обставин сприймає свій рівень соціального благополуччя як вищий, ніж людина з депресивним або катастрофічним типом мислення. До внутрішніх чинників також можна віднести очікування людини з приводу свого майбутнього. Доведено, що люди, які бажать отримувати дохід, що набагато перевищує їх реальний, значно нещасніші за тих людей, у яких різниця між реальним і бажаним доходом є невеликою.

Крім того, важливим фактором відчуття власного благополуччя є відчуття соціальної значущості (працюючі пенсіонери живуть довше, ніж непрацюючі і незатребувані в соціумі) і позитивна оцінка свого соціального статусу. До внутрішніх факторів соціального благополуччя можна віднести і соціальний капітал людини. Під соціальним капіталом розуміють «сукупність реально і потенційно наявних ресурсів, які людина використовує, користуючись своїм членством в соціальних мережах».

Серед внутрішніх чинників соціального благополуччя слід зазначити такі важливі фактори, як соціальне здоров'я людини і суспільства, соціальна згуртованість, успіх, щастя людини та інші. Це має велике значення для забезпечення соціального благополуччя в соціальній сфері.

Здоров'я є найважливішою характеристикою якості життя людини. Здоров'язберігаюча політика виступає невід'ємною частиною цілісної соціальної політики і спрямована на забезпечення благополуччя людини. Недарма ще стародавні римляни говорили про взаємозв'язок здорового тіла і здорового духу. В аспекті соціального благополуччя ми розглядаємо здоров'я як взаємопов'язаний соціальний феномен індивідуального здоров'я і громадського здоров'я.

Соціальне здоров'я людини розглядається в контексті взаємодії особистості та суспільства і визначається через наявність соціальних контактів і організацію гармонійної взаємодії особистості з соціумом. До соціального здоров'я людини включають її соціальний досвід, в тому числі знання, вміння, навички. Основними механізмами формування соціального



здоров'я особистості є процес соціальної адаптації, процеси соціалізації, інкультурації, соціального виховання.

Соціальний компонент здоров'я розкривається через стан благополуччя, задоволеності соціальними відносинами, адекватне сприйняття соціальної дійсності, прийняття і виконання соціальних норм.

Концепція соціальної згуртованості. Суспільство соціальної згуртованості — це суспільство, де всі переймаються проблемами скорочення розриву між бідними і багатими, де людина з її індивідуальними проблемами і потребами є наріжним каменем розвитку суспільства. У Раді Європи функціонує Департамент соціальної згуртованості, який розглядає питання боротьби з бідністю, захисту прав осіб з інвалідністю, осіб з проблемами психічного здоров'я, осіб похилого віку і дітей, і просуває ідеї національного добробуту.

Успіх — один з найбажаніших станів сучасної людини і соціально позитивна характеристика її діяльності. Успіх — це досягнення певних зовнішніх результатів, які для людини є доволі важливими: фінансовий добробут, становище в суспільстві, створення сім'ї, підтримка здоров'я, володіння різними престижними матеріальними цінностями. Проте успіх не є остаточною метою життя, наявність його ще не гарантує людині досягнення благополуччя. Існує інша мета, до досягнення якої свідомо прагне кожен — це щастя.

Щастя. Представники філософського знання вважають, що уявлення людини про щастя є складовою системи життєвих цінностей і виражають її сутнісне ставлення до світу. У філософії існує поняття *феліцитології* — вчення про досягнення щастя.

Англійський психолог М. Аргайл в роботі «Психологія щастя», що вийшла друком у 1987 році, розглядає благополуччя як щастя. Під благополуччям М. Аргайл розуміє дохід і стан здоров'я і живає цей термін як синонім щастя. У своїй теорії «щастя» він рекомендує шукати джерела щастя. Серед пріоритетних він називає соціальні взаємини, роботу і дозвілля. До соціальних взаємин Аргайл відносить романтичне кохання, шлюб і дружбу, — як головні причини позитивних емоцій і щастя, а також психічного і фізичного здоров'я. Він пише: «... *робота приносить задоволення не тільки тому, що дозволяє отримати винагороду або досягти якихось інших цілей, але також і тому, що служить джерелом внутрішнього задоволення, а відносини з колегами по роботі сприяють соціальній задоволеності*».

Що стосується дозвілля, то його автор розглядає також в контексті соціальних взаємин і уточнює, що дозвілля найбільшою мірою «піддається



індивідуальному контролю» і, отже, може принести відчуття задоволення життям від виконання найпотаємніших бажань.

І.С. Кон визначав щастя як моральне усвідомлення і такий стан людини, який відповідає найбільшій внутрішній задоволеності умовами свого буття, повноті життя, здійсненню свого людського призначення.

Аналіз літератури показує, що в дослідженні щастя людей застосовуються *три підходи*: «психологія щастя» розглядає щастя як переживання, характеристики особистості як «щасливої людини»; «аксіологія щастя» — це «цінність, міра добра в житті людини, ідеал досконалості особистості і буття взагалі»; в «соціологічному підході» щастя розуміють як суспільне благополуччя.

ТЕМА 4. ЕКОЛОГІЧНЕ ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

4.1. Визначення поняття «екологічне здоров'я»

Сфера громадського здоров'я має вирішувати широке коло екологічних проблем, які стоять перед людством. Очевидно, що основними вирішальними факторами, які визначатимуть стан здоров'я у довгостроковій перспективі є екологічні, енергетичні і ресурсні обмеження як в окремих країнах, так і на планеті загалом. Це питання перебуває поза компетенцією медичних працівників. Нагальною потребою часу є усвідомлення відповідальності за майбутні покоління, сприяння проведенню наукових досліджень і діяльності, спрямованої на забезпечення їх виживання.

Очевидно, що здоров'я, довкілля і суспільний розвиток тісно пов'язані, включаючи якість продуктів харчування, сільського господарства, води, використання енергії, розвиток певних галузей промисловості, людські поселення, транскордонні забруднення. В цьому контексті найважливішим є справедливий доступ до ресурсів у країнах і між ними та участь громадян у процесі управління їх розподілом. Все більше визнається зв'язок між станом здоров'я і сталим розвитком на місцевому рівні: існує багато спільного в діяльності тих, хто працює над створенням здорового суспільства, і тих, хто працює над створенням стабільного суспільства. Рівень здоров'я, довкілля й економіка тісно пов'язані між собою.

Існують два головні принципи, покладені в основу екологічного громадського здоров'я — *екологічна поміркованість і соціальна справед-*



ливість. Ці принципи включають як фізичне середовище, так і екосистему, складовою частиною якої є населення та його ставлення до охорони довкілля, економічна діяльність людини, її сталий або несталий розвиток щодо навколишнього середовища.

У цьому контексті особливо важливим є принцип суспільної справедливості. Цей принцип включає такі питання, як визнання прав людини, задоволення основних людських потреб і соціальна справедливість. Першим кроком є соціальна справедливість, яка вимагає пошуку шляхів зменшення нерівності в праві на здоров'я. Адже нерівність у праві на забезпечення здоров'я — це результат нерівних можливостей в доступі до основних передумов здоров'я — забезпечення якісного харчування, житла, освіти, роботи, чистого і безпечного довкілля, достатнього заробітку. Кожному громадянину необхідно забезпечити справедливий доступ до складових, що визначають рівень здоров'я. Працівники громадського здоров'я займаються проблемою справедливості, оскільки їх цікавить питання розподілу національного доходу. Очевидною є залежність між бідністю і рівнем здоров'я людей. Питання не в тому, щоб визнати проблему, а в тому, щоб знайти шляхи, завдяки яким незаможні люди могли б досягти високих стандартів життя. Протягом останніх років стало зрозумілим, що справедливий розподіл національного доходу так само є важливим, як і фактично існуючий рівень добробуту окремих суспільних груп. Іншим важливим завданням екологічного громадського здоров'я є впровадження моралі соціальної справедливості і потреба в застосуванні концепції ринкової справедливості стосовно здоров'я. Мораль ринкової справедливості намагається пояснити причини шкідливих звичок і «не звинувачувати жертву» у розвитку захворювань, пов'язаних зі способом життя, а знаходити причини, що викликають ці хвороби, звинувачувати тих, хто створює рекламу і ринок продуктів, небезпечних для здоров'я.

Основною метою сталого розвитку є збереження здорової та різноманітної екосистеми для теперішніх і майбутніх генерацій людей та інших живих організмів. Отже, нам необхідно зберегти різноманітність біологічних видів, екологічну чистоту та природні багатства. Нині перед системами охорони здоров'я багатьох країн світу постали дві найбільші проблеми: 1) збільшення кількості медичних послуг та підвищення їх вартості, веде до зростання попиту в умовах жорстко обмежених ресурсів; 2) поява нових факторів, пов'язаних з глобальними екологічними ризиками та впливом на здоров'я людей соціально-економічних, політичних



і культурних умов індустріально розвинених суспільств. Ці зміни призвели до з'ясування взаємозв'язку між сталим розвитком суспільства та рівнем здоров'я і виникнення нового поняття — екологічне громадське здоров'я.

Екологічне здоров'я (Environmental health) — це сукупність усіх фізичних, хімічних і біологічних чинників, які впливають на людину ззовні, а також усіх пов'язаних з ними факторів, які впливають на поведінку людини.

Основним завданням практичної системи екологічного громадського здоров'я є інтеграція процесів вирішення проблем довкілля та здоров'я через міжгалузеву кооперацію. Ключовою ідеєю екологічної моделі громадського здоров'я є чіткий взаємозв'язок між людським буттям, фізичним і соціальним оточенням та станом здоров'я.

Для забезпечення екологічного здоров'я необхідно здійснювати оцінку та контроль тих екологічних чинників, які можуть потенційно впливати на здоров'я.

Загальне потепління на планеті — яскравий приклад складності та різноманітності кліматичних ефектів, наслідку руйнування екологічних систем. Прямим впливом парникового ефекту на індивідуальне та популяційне здоров'я можна вважати дію високої температури на населення похилого віку, ослабленого населення, яке працює в умовах гіпертермії. Підвищення температури на 3–4 градуси призводить до подвійного зростання кількості смертей, пов'язаних зі спекою. Серед їх причин виділяють теплові удари, нещасні випадки на виробництві (через дезінтеграцію), збільшення навантаження на серцево-судинну систему. Визначення ризиків для здоров'я, пов'язаних зі специфічними виробничими або індивідуальними поведінковими факторами (тютюнокуріння, надмірне вживання алкоголю, генетичні чинники), є порівняно простим завданням. Набагато складнішим завданням є кількісна оцінка впливу факторів, пов'язаних із забрудненням та деградацією довкілля. Але лише завдяки такому аналізу можна визначити кількісну компоненту ризиків навколишнього середовища.

Сфера громадського здоров'я має вирішувати широке коло екологічних проблем, які стоять перед людством. Очевидно, що основними вирішальними факторами, які будуть визначати стан здоров'я в довгостроковому періоді є екологічні, енергетичні і ресурсні обмеження як в окремих країнах, так і на планеті загалом. Це питання перебуває поза компетенцією медичних працівників. Потрібно усвідомлювати необхідність та відповідальність за майбутні покоління, сприяти проведенню наукових досліджень і діяльності, спрямованої на забезпечення їх виживання.



4.2. Забруднення повітря як екологічна проблема

Приблизно половина населення Землі дихає повітрям, яке офіційно визнане шкідливим для здоров'я. Згідно результатів проведених досліджень забруднення атмосфери є причиною загибелі кожного 17-го та інвалідності кожного 24-го жителя Угорщини, а в Китаї показники смертності від раку легень у міських жителів у шість разів вищі ніж у сільських.

Один з основних видів забруднення атмосфери — автомобільний транспорт. У викидах автомобілів знаходяться такі шкідливі речовини як: чадний газ, окиси азоту, тверді частинки та леткі органічні сполуки. На автотранспорт припадає 90% чадного газу, що взагалі викидається в атмосферу. При високих рівнях вмісту у повітрі він викликає сонливість і навіть призводить до смерті. Максимальна кількість викидів реєструється в години пік, причому всередині автомобіля концентрація шкідливих речовин найбільша. Припускають, що двоокис азоту подразнює легені і викликає загострення астми.

Тверді частинки, що осідають навколо (в тому числі на нашому одязі та шкірі) є складовою частиною забруднень від автотранспорту. Найменші з них (діаметром до 10 мікрометрів, тобто однієї сотієї міліметра) спроможні проникати глибоко в легені, загострюючи респіраторні захворювання. Значну кількість цих частинок викидають у повітря автомобілі з дизельними двигунами та великі вантажівки.

Вихлопні гази дають одну третину вуглекислого газу, що викидається в повітря, сприяють утворенню парникового ефекту, який викликає глобальне потепління. Леткі органічні речовини, такі як поліароматичні вуглеводні та бензол, спричиняють утворення смогів. Викиди вуглеводнів є наслідком неповного згоряння палива. Це можуть бути гази чи тверді частинки. Бензол (що потрапляє в атмосферу з вихлопами та випарами з бензобаків та бензоколонок під час заправки автомобілів) може викликати рак легень та респіраторні захворювання.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, цей газ є настільки небезпечним, що для нього не існує норм гранично допустимої концентрації. Окиси азоту з повітряними масами переміщуються на значні відстані і, з'єднуючись із сіркою, випадають у вигляді кислотних дощів, забруднюючи сільськогосподарські угіддя, водойми, руйнуючи різні будови. Окиси азоту можуть також з'єднуватись з твердими частинками не повністю згорілого палива та чадним газом, утворюючи фотохімічний смог. Спільна реакція вуглеводнів, кисню та окисів азоту на сонячне випромінювання призводить до утворення озону.



Вплив оксиду азоту — NO_2 (двоокис азоту — NO_2 , діоксин азоту — NO , діоксид азоту — NO_2) на організм людини призводить до зниження опірності до захворювань, кисневого голодування тканин. Він легко проникає в легені та кров, а оскільки мало розчинний у воді, проникає і в нижні дихальні шляхи.

Оксид азоту дуже отруйний при вдиханні: сильно подразнює слизові оболонки дихальних шляхів. Високі концентрації оксидів азоту призводять до астматичних нападів та задишки. Одним з симптомів отруєння є набряк легень, який, як правило, з'являється за кілька годин після вдихання низьких, але потенційно небезпечних доз NO . Причому діоксид азоту (NO_2) є більш токсичним, ніж його оксид (NO). Люди, які страждають на захворювання респіраторної системи, похилого віку, діти та люди що мають проблеми з дихальною системою є більш чутливими до наявності оксидів азоту у повітрі. Діоксид азоту викликає сенсорні, функціональні і патологічні ефекти.

Фотохімічний смог (видима неозброєним оком туманність їдких газів, характерна для таких великих міст, як Лос-Анджелес, Мехіко та інші) формується в результаті дії сонячного ультрафіолетового випромінювання на вуглеводні та окиси азоту. Через температурні інверсії (коли біля поверхні землі повітря є більш холодним ніж у верхніх шарах атмосфери) смог висить над містом і не розсіюється. Дослідження в США показали, що під час смогів астматики частіше страждають від нападів і потрапляють до лікарень.

Автотранспорт — не єдина причина забруднення повітря. Головним його джерелом є промислові підприємства. Спалювання, наприклад, вугілля на теплових електростанціях супроводжується викидами диму, який містить двоокис сірки та окис азоту. Окрім згаданих вище наслідків, двоокис сірки може викликати звуження дихальних шляхів та загострює різні хвороби. В процесі виробництва пластмаси в атмосферу потрапляють хлорофторвуглець, який руйнує її озоновий шар. Відрізняючись великою стійкістю, ці гази спроможні накопичуватись і зберігатися в атмосфері до 100 років. Тому, незважаючи на спроби скоротити викиди, ми ще довго будемо відчувати на собі негативний вплив вже того хлорофторвуглецю, який накопичився в атмосфері.

При спалюванні великої кількості побутового сміття, яке постійно накопичується, виникає дим, у якому знаходяться діоксини. Речовини, які використовуються у хімічності, містять перхлоретилен, який було внесено спеціалістами до списку «шкідливих для здоров'я забруднювачів повітря», які мають канцерогенні властивості. Через постійне збільшення



забруднення повітря почастишали випадки госпіталізації хворих з астмою. Збільшується захворюваність астмою та іншими респіраторними захворюваннями серед дітей, погіршується стан людей похилого віку, вагітних жінок, людей із захворюваннями серця і легень. Дійшло навіть до того, що лікарі їм радять інколи не виходити на прогулянки.

4.3. Повітря внутрішніх приміщень

Якість повітря в приміщенні — це якість повітря всередині та навколо будівель та споруд. Відомо, що якість повітря впливає на здоров'я, комфорт і самопочуття мешканців будівлі. Погана якість повітря в приміщенні пов'язана з синдромом хворої будівлі, зниженням продуктивності та погіршенням навчання в школах. Що може бути забруднювачем повітря в приміщеннях? Це насамперед пасивний тютюновий дим, забруднювачі повітря від горіння в приміщенні, це радон, цвіль та інші алергени, чадний газ, леткі органічні сполуки, легіонели та інші бактерії, азбестові волокна, вуглекислий газ, озон, тверді частинки.

Дослідження екологів наочно показують, що забруднення повітря в житлових приміщеннях часто досягають критичної позначки. Так, порівнюючи з вуличним, «квартирне» повітря в 4–5 разів брудніше і в 7–8 разів токсичніше. У ньому міститься величезна кількість мікроскопічних частинок, які ми не бачимо і навіть не відчуваємо. А багато цих домішок є шкідливими і навіть отруйними. Наприклад, разом з пилом ми вдихаємо пилових кліщів і спори грибків. Також в повітрі містяться усілякі гази, які нерідко викликають проблеми з диханням, кисневе голодування і т.ін. Щоб розуміти, як з цим боротися, потрібно спочатку розібратися, які особливості забруднення повітря в приміщеннях, які частинки можуть в ньому міститися і як вони впливають на наш організм.

Враховуючи, що ми проводимо від 80% до 90% часу в приміщенні, ми повинні серйозно ставитись до якості повітря в ньому. Існує два різні типи забруднювачів повітря в приміщеннях, якими може бути небезпечно дихати: частинки та гази.

Це можуть бути: частинки, які можуть перебувати в повітрі в приміщенні, включають пил, спори цвілі, пилових кліщів, пилок, лупу домашніх тварин. Гази: окис вуглецю (чадний газ), двоокис азоту (вихлопні гази автомобілів), радон (радіоактивний газ, продукт розпаду урану), а також леткі органічні хімічні речовини (ЛОС), такі як формальдегід. Деякі забруднювачі



чі повітря всередині приміщень містять як частинки, так і гази, наприклад дим лісових пожеж і тютюновий дим.

Частинки, є наявними у повітрі (також називаються твердими частинками або ТЧ) включають частинки, які є «аерозольними» або досить легкими, щоб переноситися через повітря. Більшість частинок у повітрі настільки малі, що невидимі неозброєним оком. Частинки в повітрі поділяються на три розміри: великі, дрібні та дуже дрібні. Великі частинки являють собою зважені в повітрі частинки діаметром від 2,5 до 10 мікрон. Для порівняння: діаметр одного людського волосся становить від 17 до 181 мкм. Великі частинки складають менш ніж 1% всіх зважених в повітрі частинок і викликають подразнення очей, носа і горла. Приклади великих частинок включають: квітковий пилок, спори цвілі, частини комах. Дрібні частинки менше ніж 2,5 мікрон в діаметрі і іноді називаються РМ 2,5 і складають близько 9% всіх частинок в повітрі. Невеликий розмір РМ 2,5 дає їм змогу потрапляти в тканину легень, викликаючи респіраторні захворювання, такі як астма, бронхіт й емфізема. Частинки РМ 2,5 також були пов'язані зі збільшенням ймовірності серцево-судинних проблем, таких як аритмія та серцеві напади. Їх джерелами є: лупа домашніх тварин, пилові кліщі, побутовий пил, бактерії (включаючи *Legionella* — бактерію, що викликає інфекційне захворювання легень), вихлопні гази автомобілів та інші викиди продуктів згоряння.

Ультратонкі частинки мають діаметр менше ніж 0,1 мікрона. За загальною кількістю, близько 90% всіх частинок в повітрі мають цей розмір. Вони — не тільки найчисленніші частинки в повітрі, але і найбільш небезпечні для здоров'я. Крихітний розмір ультратонких частинок дозволяє легко їх вдихати, депонувати в легенях і звідти вони потрапляють з нашим кровотоком у всі життєво важливі органи, включаючи мозок. Загальні джерела небезпечних дуже дрібних частинок включають: вихлоп автомобіля (особливо дизельного), дим лісової пожежі, тютюновий дим, сажу, що утворюється в результаті неповного згоряння вуглеводнів, наприклад, при спалюванні деревини і вугілля; інші джерела включають нафтопереробні заводи та інші промислові підприємства, віруси.

Газоподібні забруднювачі — це гази, що утворюються при згорянні, а також в результаті виділення газів з таких джерел, як фарби, лаки, чистячі засоби, меблі з пресованого дерева і нові килими. Запахи зазвичай пов'язані з газами.

Двоокис азоту — це газ з різким запахом, який може викликати проблеми з диханням. Діоксид азоту є попередником озону і твердих частинок.



Він утворюється під час грози і в процесі горіння, найчастіше з вихлопних газів автомобілів. Внутрішні джерела діоксиду азоту включають не вентильовані обігрівачі та газові плити. Двоокис азоту може викликати подразнення легень і знизити опірність респіраторним інфекціям.

Окис вуглецю зазвичай утворюється в результаті процесів горіння, таких як спалювання палива (деревини, нафти, вугілля, деревного вугілля, природного газу і пропану). У приміщенні до поширених джерел окису вуглецю відносяться газові плити. Він також виділяється на відкритому повітрі двигунами внутрішнього згоряння легкових, вантажних та інших транспортних засобів. Короткострокові ефекти аналогічні ефектам кисневого голодування: головні болі, запаморочення, втома, прискорене серцебиття, нудота, сплутаність свідомості, порушення зору і м'язові посмикування. Високий рівень окису вуглецю небезпечний, тому що він перешкоджає поглинанню кисню кров'ю, викликаючи недолік надходження кисню в мозок.

Радон — це радіоактивний газ без кольору, запаху і смаку, який утворюється природно. Радон виробляється природним шляхом: уран розпадається на радій, а потім на газоподібний радон. Потім він розпадається на тверді радіоактивні елементи, відомі як «дочірні продукти радону», які прикріплюються до частинок у повітрі і можуть вдихатися. Вплив радону є другою за значимістю причиною раку легень серед людей, які не курять після впливу пасивного куріння. З урахуванням Чорнобильської катастрофи в Україні, а також наявності сховища ядерних відходів в Україні, на цей аспект слід звернути особливу увагу.

Леткі органічні сполуки (ЛОС) також є прикладом газоподібних забруднювачів повітря всередині приміщень, що виділяються твердими або рідкими речовинами. ЛОС леткі, тому що вони легко випаровуються при кімнатній температурі і є органічними сполуками (містять вуглець). ЛОС мають широкий діапазон і різні рівні токсичності. Неповний список помітних токсичних летких органічних сполук включає: ацетон, бензол, формальдегід, стирол, тетрахлоретилен, толуол, ксилол. Загальні внутрішні джерела ЛОС включають: фарби, розріджувачі для фарб і клеї, меблі і килимове покриття, побутова хімія і нові килими, будівельні матеріали.

Синтетична форма формальдегіду виробляється у вигляді хімічної речовини, надходить з матеріалів, що використовуються в нових меблях і будівництві, таких як клеї, плити, покриття, масляні фарби і стінові тканини. Після виробництва продукти, що містять формальдегід, продовжують виділяти в повітря безбарвний (але не без запаху) газ. Усередині



приміщення газ, що виділяється може швидко накопичуватися. Виділення газів збільшується, коли температура піднімається вище 22.2°C і/або рівень вологості піднімається вище 50%. Хоча рівні викидів формальдегіду з часом знижуються, значне виділення газів може тривати протягом місяців і навіть років.

Основних джерел забруднення повітря закритих приміщень досить багато і вони ніколи не зустрічаються окремо. У квартирному повітрі завжди міститься величезна кількість різних частинок і всіляких газів. І в сукупності все це вкрай негативно впливає на самопочуття і шкодить нашому здоров'ю. Тому, враховуючи всі вищезазначені типи забруднювачів, в приміщенні завжди повинна бути вентиляція. Оскільки не всі забруднювачі мають запахи або можуть бути видимими, як дим або пар. Забруднювач явно може бути невідчутним, але тим не менш він довгостроково впливає на самопочуття і здоров'я людини.

4.4. Забруднення ґрунту

Стан ґрунтів впливає на їжу, яку ми їмо, воду, яку ми п'ємо, повітря, яким ми дихаємо, на наше здоров'я і на здоров'я всього живого на Землі. Без здорових ґрунтів ми не зможемо вирощувати продовольство. Адже, за оцінками науковців, 95% того, що ми їмо, прямо або опосередковано отримуємо з ґрунту.

Водночас, щороку все більше людство потерпає від забруднення ґрунтів, адже воно викликає ланцюгову реакцію: позначається на ґрунтовому біорізноманітті, знижує запаси органічної речовини ґрунту і їх фільтруючу здатність. До найбільш поширених забруднювачів ґрунту належать важкі метали, стійкі органічні забруднювачі і нові забруднювачі, а саме: фармацевтичні препарати та засоби особистої гігієни. Забруднення ґрунту є руйнівним для навколишнього середовища і спричиняє негативні наслідки для всіх форм життя, які з ним стикаються. Нестійкі методи ведення сільського господарства, скорочують запаси органічної речовини ґрунту.

Продовольча та сільськогосподарська організація ООН — FAO (Food and Agriculture Organization), яка була заснована в Квебеці 16.10.1945 р. наводить основні причини, за якими проблему забруднення ґрунтів не можна недооцінювати:

1. *Забруднення ґрунтів впливає на все навколо.* Їжа, яку ми їмо, вода, яку ми п'ємо, повітря, яким ми дихаємо — наше здоров'я і здоров'я всього живого на планеті залежить від здоров'я ґрунтів. Вміст поживних речовин в ткани-



нах рослин безпосередньо пов'язаний з їх утриманням у ґрунті і його здатністю обмінюватися поживними речовинами і водою з корінням рослин.

2. *Забруднення ґрунту не видно.* Сьогодні третина ґрунтів планети помірно або сильно деградовані внаслідок ерозії, втрати ґрунтового органічного вуглецю, засолення, ущільнення, закислення і хімічного забруднення. На формування одного сантиметра верхнього шару ґрунту йде близько тисячі років, а це означає, що за своє життя збільшити шар ґрунту нам не вдасться. Є тільки те, що ми бачимо зараз. Незважаючи на все це, масштаби забруднення ґрунтів продовжують рости. Нинішні темпи деградації ґрунтів ставлять під загрозу можливість майбутніх поколінь задовольнити свої нагальні потреби.

3. *Забруднення ґрунтів позначається на їх здатності до фільтрування.* До забруднюючих речовин ґрунт діє як фільтр і буфер. Але можливості ґрунтів, що дозволяють їм справлятися з тиском забруднювачів, не безмежні. Якщо захисний потенціал ґрунтів буде вичерпано, забруднюючі речовини почнуть проникати (і вже проникають) в навколишнє середовище, зокрема, в харчовий ланцюг.

4. *Забруднення ґрунту впливає на продовольчу безпеку, знижуючи врожайність і якість сільськогосподарських культур.* Безпечна, поживна і якісна їжа може бути вирощена тільки на здорових ґрунтах.

5. *Забруднення ґрунтів може бути результатом застосування неналежних методів ведення сільського господарства.* Нераціональні методи ведення сільського господарства зменшують запаси органічної речовини ґрунтів, підриваючи їх здатність до розкладання органічних забруднювачів. Це збільшує ризик потрапляння забруднюючих речовин в навколишнє середовище. У багатьох країнах інтенсивне рослинництво виснажує ґрунти, що ставить під загрозу можливість підтримки виробництва на цих територіях в майбутньому. Тому стійкість методів сільськогосподарського виробництва стала необхідною умовою до уникнення деградації ґрунтів та забезпечення глобальної продовольчої безпеки нинішнього і майбутніх поколінь.

6. *Забруднення ґрунтів може загрожувати нашому здоров'ю.* Значна частина антибіотиків, які застосовуються в сільському господарстві та охороні здоров'я, після виведення з організму тих, хто їх отримує, потрапляє в навколишнє середовище. Ці антибіотики можуть проникати в ґрунт і поширюватися в навколишньому середовищі. В результаті виникають бактерії, стійкі до протимікробних препаратів, що знижує ефективність антибіотиків. Близько 700 тисяч смертей щорічно зумовлені саме такими



бактеріями. Якщо ми не впораємося з цією проблемою, то до 2050 року ці бактерії будуть вбивати більше людей, ніж рак, а світу це обійдеться дорожче, ніж вартість всієї нинішньої глобальної економіки.

Згідно з прогнозами, до 2050 року населення планети перевищить 9 мільярдів чоловік. Тому нинішня і майбутня продовольча безпека залежить від нашої здатності підвищити врожайність і якість продовольства, використовуючи ті ґрунти, які у нас є зараз. Забруднення ґрунтів негативно позначається на всіх нас і вважається однією з головних загроз для функціонування ґрунтів в усьому світі, — наголошують у FAO.

4.5. Причини та наслідки забруднення води

У деяких країнах, наприклад, у Швейцарії, Норвегії і Люксембурзі можна пити воду з-під крану і не переживати з приводу її якості. В Україні це небезпечно. Річ у тім, що згідно з даними ООН наша країна знаходиться на 95 місці рейтингу чистоти питної води. Центральне водопостачання охоплює близько 70% українців. Потреби 20% з них забезпечуються за рахунок підземних прісних вод, інші 80% п'ють з поверхневих вод річок Дніпро і Десна. Але на сьогодні їх складно назвати чистими. Проблема давно набула загальнонаціонального масштабу. 60% води в нашій країні екологи визнають непридатними для пиття. Найгірша ситуація в Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Київській, Херсонській, Одеській областях.

Забруднення води — це серйозна екологічна проблема. Адже вода необхідна для існування всіх живих організмів, в тому числі і людей. Але її забруднення унеможлиблює використання води для пиття. А існуючі способи очищення води аж ніяк не є панацеєю, оскільки в багатьох випадках нічим допомогти не можуть.

Основна причина забруднення річок — це активний ріст і розвиток соціально-економічного життя на берегах водойм. Вперше було встановлено в 1954 році, що причиною захворювань людей стала забруднена вода. Тоді було знайдене джерело поганої води, що стало причиною епідемії холери в Лондоні. В цілому джерел забруднення існує велика кількість. Найбільш небезпечні з них: стічні побутові води населених міст; агрохімія та пестициди; порошки та миючі засоби; побутові відходи та сміття; промислові стічні води; хімічні сполуки; витік нафтопродуктів. Всі вищевказані джерела істотно змінюють хімічний склад води, зменшують кількість кисню. Залежно від різних забруднень, у річках збільшується кількість водоростей, які в свою чергу витісняють тварин і рибу. Це стає причиною



зміни місцеперебування популяцій риб та інших морських мешканців, але багато видів просто вимирають. Брудна вода річок погано очищається, перш ніж потрапляти до водопроводу. Її використовують у якості питної. В результаті збільшуються випадки захворювання людей, тому що вони пили неочищену воду. Регулярне вживання забрудненої води сприяє появі деяких інфекційних і хронічних захворювань. Іноді деякі люди можуть і не знати, що причина проблем зі здоров'ям — це брудна вода або технічні дефекти, через які відбувається просочування нечистих вод до систем постачання питної води.

За даними Міжнародної організації праці, 70% населення земної кулі користується неякісною водою. Ця проблема особливо гостро стоїть в країнах, що розвиваються. Приблизно 90% всіх сільських жителів постійно користуються для пиття і купання забрудненою водою. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я 80% захворювань у світі обумовлені недостатньою якістю та антисанітарним станом води. Через це виникають такі захворювання, як холера, тиф, малярія, паразитичний цироз (глистове захворювання) і проказа. Від захворювань, пов'язаних з антисанітарним станом води, на земній кулі страждає близько 500 млн. людей.

Евтрофікація. У промислових і сільськогосподарських стічних водах, які потрапляють у водні джерела, великий вміст нітратів і фосфатів. Це призводить до пересичених удобрюючими речовинами замкнутих водойм і викликає в них посилений ріст найпростіших мікроорганізмів — водоростей. Особливо сильно розростаються синьо-зелені водорості. Але, на жаль, вони неїстівні для більшості видів риб. Розростання водоростей призводить до поглинання з води більшої кількості кисню, ніж може природно утворюватися в ній. В результаті відбувається збільшення біохімічного використання кисню такої води. Попадання в воду біологічних відходів, наприклад деревної целюлози або необроблених каналізаційних вод, також призводить до підвищення біохімічного використання кисню. Інші рослини і живі істоти не можуть вижити в такому середовищі. Однак в ній сильно розмножуються мікроорганізми, здатні розкласти мертві рослинні і тваринні тканини. Ці мікроорганізми поглинають ще більше кисню і утворюють ще більше нітратів і фосфатів. Поступово в такій водоймі значно зменшується число видів рослин і тварин. Найбільш важливими жертвами процесу, що відбувається, виявляються риби. Зрештою, зменшення концентрації кисню в результаті розростання водоростей і мікроорганізмів, що розкладають мертві тканини, призводить до старіння озер і їх заболочування. Цей процес називається *евтрофікацією*. Класичним прикладом евтрофікації



є озеро Ері в США. За 25 років вміст азоту в цьому озері підвищився на 50%, а вміст фосфору — на 500%. Потрапляння в озеро побутових стічних вод, що містять синтетичні миючі засоби спричинило цю ситуацію. Синтетичні миючі засоби містять багато фосфатів. Очищення стічних вод не дає необхідного ефекту, оскільки дозволяє видаляти з води тільки тверді речовини і лише невелику частку розчинених в ній поживних речовин.

Велике занепокоєння викликає також підвищення рівня нітратів, що спостерігається в питній воді. Висловлюється думка, що високий вміст нітратів у воді може призводити до виникнення раку шлунка і бути причиною підвищеної дитячої смертності.

Забруднення води в наш час вже перетворилося на повсякденність.

4.6. Вплив забруднених харчових продуктів на здоров'я населення

Промислові підприємства своїми стічними водами забруднюють водні басейни, сотні гектарів родючих земель залишаються не використаними, внаслідок чого не одержано багато сільськогосподарської сировини, придатної для харчової та переробної промисловості. Теплові електростанції, заводи, фабрики викидають в атмосферу тонни шкідливих газів. Вміст токсичних речовин у вихлопних газах автомобілів значно перевищує загальноприйняті норми. Ось таким повітрям змушені дихати люди, тварини, рослини. Недбайливе ставлення до землі, води, біосфери в цілому призвело до того, що рослинний і тваринний світ став також небезпечним для людини.

В організм людини з їжею і напоями надходить до 80% шкідливих речовин. До них належать сполуки, що утворилися в процесі технологічної та кулінарної обробки, харчові добавки, а також побічні забруднювачі. Останні поділяють на дві основні групи: екзогенні та ендогенні. До екзогенних належать сполуки, які потрапили в харчові продукти із зовнішнього середовища. Наприклад, у рослинну продукцію — внаслідок застосування понаднормативних доз мінеральних добрив, пестицидів; у тваринницьку — стимуляторів росту тварин, антибіотиків. До цієї ж групи належать екстракти тари, технологічного обладнання, рештки дезінфікуючих або мийних засобів, промислових відходів тощо. До другої групи відносять ендогенні речовини, що утворюються у сировині й продукції під дією хімічних і фізичних факторів, а також внаслідок взаємодії складових частин та екзогенних речовин.



Промислові викиди хімічних та радіоактивних відходів у навколишнє середовище спричиняють забруднення харчових продуктів; неправильне застосування пестицидів та хімічних добрив; використання недосконалої технології та обладнання при виробництві харчових продуктів і, як наслідок, потрапляння шкідливих домішок у кінцевий продукт або утворення шкідливих речовин під час виробничого процесу.

Забруднення харчових продуктів промислового походження — це складні органічні і металоорганічні речовини, які являють собою побічні продукти промислових, хімічних та інших процесів. У інших випадках шкідливі речовини з'являються внаслідок комплексної діяльності людини. Забруднення, що потрапляють із навколишнього середовища, мають різну хімічну структуру. За фізичними властивостями — це стабільні та стійкі у навколишньому середовищі сполуки, здатні до біокумуляції.

У деяких промислових районах поширені такі канцерогенні речовини як багатоядерні ароматичні вуглеводні, антроцен, фенантрон, бензантрацен, пірен, бензопірен та інші сполуки з конденсованими циклами. Вони є в повітрі, воді, копильному димі, вихлопних газах. Хоча ці речовини мають різну канцерогенну активність, проте необхідно повсякденно аналізувати продукцію на наявність у ній багатоядерних ароматичних вуглеводів. При зберіганні сировини, технологічній її обробці утворюються багато шкідливих сполук. Під час виробництва харчових продуктів використовують різні консерванти, барвники, підсолоджувачі, що не завжди є корисним для людини. А при приєднанні до них забруднювачів харчових продуктів — загроза для здоров'я людини збільшується.

Чужорідні забруднювачі, які потрапляють в людський організм з продуктами харчування високотоксичні. До них відносять: металеві забруднення (ртуть, свинець, олово, цинк, мідь тощо); радіонукліди; пестициди; нітрати, нітрити; діоксини; метаболіти мікроорганізмів, які розвиваються у харчових продуктах.

Шляхи міграції чужорідних сполук до продуктів харчування можуть бути різними. Об'єднана комісія FAO/WHO (Об'єднаний експертний комітет з харчових добавок, Женева, 1955) — спільна комісія з харчового кодексу (Codex Alimentarius) включила ртуть, свинець, миш'як, мідь, цинк і залізо в число компонентів, склад яких контролюється в міжнародній торгівлі продуктами харчування.

Ртуть належить до найпоширеніших у природі мікроелементів, вона легко утворює велику кількість органічних і неорганічних сполук, значна частина яких є отруйними. Джерелами забруднення сільськогосподарських



продуктів є пестициди, а морських та річкових — стоки целюлозної і паперової промисловості, а також хімічних підприємств. Якщо в деяких харчових продуктах вміст ртуті менший 60 мкг/кг, то у прісноводній риби з забруднених річок і водоймищ він становить від 100 до 200 мкг/кг маси тіла, а із забруднених — 500–700 мкг/кг. Випадки забруднення харчових продуктів ртуттю являються дуже рідкісними. Постійне окиснення погіршує ситуацію.

Особливо небезпечною для людини є пари ртуті, оскільки вони не мають ані кольору, ані запаху і можуть бути виявлені лише за допомогою спеціальних приладів. Особливістю пари ртуті є також те, що вона досить важка і погано розсіюється, проте відносно легко переноситься повітряними потоками на досить великі відстані. Ртутні потоки можуть поширюватися на декілька поверхів різних будівель і виявлятися в самих несподіваних місцях, створюючи неабияку небезпеку для людей.

Джерелами надходження ртуті до організму людини є харчові продукти, питна вода, лікарські та косметичні препарати, а також атмосферне повітря. В організм людини ртуть може проникати через шлунково-кишковий тракт, а також через шкіру та слизові оболонки. Отруєння ртуттю спричиняє розлади здоров'я, пов'язані з надлишковим надходженням парів чи сполук ртуті до організму, що може призвести до летальних наслідків. При концентрації парів ртуті в повітрі більше 0.2 мг/м^3 , розвивається гостре отруєння організму. Під час вдихання повітря, що містить пари ртуті в концентрації не вище $0,25 \text{ мг/м}^3$, остання затримується і накопичується в легенях. У випадку більш високих концентрацій ртуть всмоктується непошкодженою шкірою.

Залежно від тривалості її надходження в організм людини можливі і хронічні отруєння, а також мікромеркуріалізм. Меркуріалізмом називається загальне отруєння організму за хронічного впливу парів ртуті та її сполук, які незначною мірою перевищують санітарні норми, упродовж кількох місяців чи років. Проявляється залежно від організму і стану нервової системи. Симптоми: підвищена втомлюваність, сонливість, загальна слабкість, головні болі, запаморочення, апатія, а також емоційна нестійкість — невпевненість у собі, сором'язливість, загальна пригніченість, дратівливість. Також спостерігаються: послаблення пам'яті і самоконтролю, зниження уваги та розумових здібностей. Поступово розвивається тремтіння кінчиків пальців під час хвилювання — «ртутний тремор», спочатку пальців рук, потім ніг і всього тіла (губи, вії), позиви до випорожнення, часті позиви до сечовипускання, зниження нюху (очевидно, через пошкодження ферментів, що мають сульфгідрильну групу), шкірної чутли-



вості, смаку. Посилюється пітливість, збільшується щитоподібна залоза, виникають порушення ритму серцевої діяльності, зниження кров'яного тиску. Найбільше до ртутних отруєнь чутливі жінки і діти.

Свинець є однією з найбільш відомих отрут. Практично всі харчові продукти, вода та інші об'єкти навколишнього середовища забруднені свинцем. Основними джерелами забруднення є двигуни внутрішнього згоряння, в яких використовується пальне з присадкою тетраетилсвинцю, як антидетонуючого засобу. З відпрацьованих газів двигунів, свинець потрапляє на поверхню землі у вигляді пилу і забруднює навколишнє середовище. Середня кількість свинцю, який потрапляє в організм з харчовими продуктами, становить 250–300 мкг в день, з повітря надходить 90 мкг. При обробці продуктів основним шляхом потрапляння свинцю є жерстяна банка, в яку зазвичай упаковують харчові вироби. Свинець потрапляє у продукт із свинцевого припою у швах банки. Встановлено, що близько 20% свинцю у щоденному раціоні людей потрапляє з консервованої продукції, в тому числі від 13 до 14% з припою, а 6–7% — з самого продукту. Останнім часом, з уведенням нових методів пайки та закрутки банок, вміст свинцю у консервованій продукції зменшується.

Мідь присутня майже у всіх продуктах харчування. Джерелами забруднення харчових продуктів можуть бути вироби з міді, які використовують у харчовій промисловості. У зв'язку з тим, що мідь каталізує окислення жирів й аскорбінової кислоти, наявність її може негативно впливати на харчову цінність і смак харчових продуктів і напоїв. Сліди міді у харчових продуктах з фруктів і овочів призводять до повного руйнування вітаміну С.

Цинк належить до малотоксичних мікроелементів. Хронічні отруєння та забруднення ним харчових продуктів через побутові речі практично не реєструються. Проте вміст цинку у ґрунті поблизу металургійних підприємств до 4200 мг/кг робить землі непридатними для використання під сільськогосподарські культури. Так, у стручковій квасолі, вирощеній за 10 км від забруднюючого підприємства, вміст цинку становить 6 мг/кг. У зеленій масі — до 56,4 мг/кг. У продуктах харчування основна частина цинку являє собою речовину природного походження, і становить 0–20 мг/кг. Для харчових продуктів рекомендовані такі допустимі величини вмісту цинку: м'яса — до 20 мг/кг, напоїв — до 5 мг/кг, фруктів та овочів — до 100 мг/кг, варення та мармеладу — до 5 мг/кг.

Багато потенційних проблем зі здоров'ям, пов'язаних із забруднюючими речовинами в їжі, тобто з бактеріями, поліциклічними вуглеводородами ароматичного ряду, грибовими токсинами та мутагенами, на поверхні



смаженого м'яса можуть частково бути віднесені до проблем обробки. Поширеність «природних токсинів» у їжі не є власне проблемою довкілля, але може призвести до важких інтоксикацій.

4.7. Шум як несприятливий фізичний фактор навколишнього середовища

Шум — це одна з форм фізичного (хвильового) забруднення навколишнього середовища. Як правило, шум нас дратує: заважає працювати, відпочивати, думати. Негативна дія шуму на життєдіяльність людини відома давно. Від того часу, як існують війни, масові бойові вигуки однієї з ворогуючих сторін, барабанний бій викликали у протилежної сторони стресові явища, бажання втекти, врятуватись. Зараз вчені пояснюють, що гучні звуки, шум, стрілянина з гармат, гуркіт танків і літаків і навіть музика на рок-концертах сприймаються не тільки слуховими органами, а й шкірою, серцем, органами дихання. Вони збуджують людину, є причиною виділення в її кров великої кількості гормонів (наприклад, адреналіну), тим самим сприяють виникненню почуття страху і небезпеки. Встановлено, що молодь витримує шум більш інтенсивний, ніж люди віком більше 30–40 років. Проте згодом, як свідчить статистика, усі молоді люди, що надмірно захоплювалися гучною музикою мали ушкодження органів слуху, хвору нервову систему та інші захворювання.

Що таке шум і як він впливає на організм людини? Шум — це сукупність звуків різноманітної частоти та інтенсивності, що виникають у результаті коливального руху частинок у пружних середовищах (твердих, рідких, газоподібних). Шумове забруднення навколишнього середовища увесь час зростає. Особливо це стосується великих міст. Опитування жителів міст довело, що шум турбує більше 50% опитаних. Причому, в останні десятиліття рівень шуму зріс у 10–15 разів.

У зв'язку зі зростанням кількості автотранспорту (який є найпоширенішим джерелом шуму), індустріалізацією міст, зростанням транспортної рухливості населення, ростом технічного оснащення міського господарства розширюються контакти між техногенним середовищем міста і природним середовищем. Сільські ландшафти і приміські території зазнають активного впливу шосейних доріг і залізниць, аеродромів та річкових портів. До цих джерел шуму відносяться також залізничні вузли і станції, великі автовокзали і автогосподарства, мотелі і кемпінги, трейлерні парки, промислові об'єкти і великі бази будівельної індустрії, енергетичні установки. Спричи-



няти додаткове шумове навантаження може недосконале планування міст, розміщення в їх межах джерел сильного шуму: аеропортів, автомагістралей, підприємств. Для багатьох великих міст перевищувачами шуму є залізничні підприємства, відкриті ділянки метрополітену і міські трамваї. Шумовим забрудненням є гучномовні пристрої, ліфти, телевізори, радіоприймачі, музичні інструменти, юрби людей і окремі особи.

Шум — один з видів звуку, який називають «небажаним» звуком. Як відомо з фізики, процес поширення коливального руху в середовищі називається звуковою хвилею, а область середовища, в якій поширюються звукові хвилі — звуковим полем. Розрізняють такі види шуму: ударний (штамбування, кування); механічний (тертя, биття); аеродинамічний (в апаратах і трубопроводах при великих швидкостях руху повітря).

Зменшення рівня шуму поліпшує самопочуття людини і підвищує продуктивність праці. З шумом необхідно боротися як на виробництві, так і в побуті. Уміння дотримуватися тиші є показником культури людини і її доброзичливого ставлення до оточуючих. Тиша потрібна людям так само, як сонце і свіже повітря.

4.8. Радіація як екологічний чинник

Радіація — це вид випромінювання, який змінює стан ядер або атомів, перетворюючи на електрично заряджені іони і продукти ядерних реакцій. Різні види випромінювання відрізняються різною проникаючою здатністю, тому неоднаково впливають на наш організм.

Радіоактивні елементи можуть давати три види випромінювання: альфа-, бета- і гамма-випромінювання, які можуть призвести до важких захворювань, генетичних порушень та загибелі людини. Іонізуюче випромінювання і виникає разом з ним збудження атомів і молекул є пусковим механізмом процесів, що призводять до процесу променевого ураження біологічних структур — клітин, тканин, органів, систем і всього організму. Як вплине радіація на організм людини, залежить від виду, дози, часу, частоти опромінення. Так, важкі опромінення, які призводять до загибелі, можуть виникнути як при одноразовому масивному опроміненні, так і при постійному зіткненні зі слаборадіоактивними предметами у себе вдома (наприклад, з обробленим радіацією дорогоцінним каменям).

Джерелами радіації є різні ядерно-технічні установки (наприклад, ядерні реактори, рентгенівське обладнання) і радіоактивні речовини. Їх вплив



на організм людини може тривалий час ніяк не виявлятися. Поглинена доза випромінювання визначає вплив різних видів радіоактивного випромінювання на живий організм. Вона вимірюється в радах. Для того, щоб зіставити можливий вплив різних випромінювань на організм введено поняття еквівалентної дози випромінювання, одиницею якої є один мбер, який є біологічним еквівалентом рентгена (рентген — це одиниця виміру радіаційного випромінювання). У природних умовах організм людини піддається постійному впливу космічних променів і випромінювання природних радіоактивних елементів, присутніх у воді, ґрунті та тканинах самого організму. Рівні природного випромінювання відповідають 100 мбер на рік, але в окремих районах доходять до 1000 мбер на рік. Введено також поняття гранично допустимої дози (ГДД) випромінювання на все тіло — яка дорівнює 5 берам на рік.

Під дією іонізуючого випромінювання в організмі людини утворюються речовини з високою хімічною активністю — вільні атоми або радикали, які руйнують клітини організму. Іонізуюче випромінювання може і безпосередньо впливати на біологічні молекули. Ураження клітин значною мірою залежить від того, наскільки інтенсивно в них проходять обмінні процеси: чим вищий рівень обмінних процесів, тим вища їх уражуваність радіоактивним випромінюванням. Найбільш вражає клітини органів кровотворення, кишкового епітелію (в ньому багато імунних клітин), статеві клітини, епітелій шкіри, сумки кришталика ока, сполучну тканину, хрящі, кістки, м'язи, нервову тканину. Ураження деяких видів білків клітин, може призвести до раку, а також генетичних мутацій, що передаються через кілька поколінь. При загальному зовнішньому опроміненні людини дозою 150–400 рад розвивається променева хвороба легкого та середнього ступеня тяжкості, при дозі в 400–600 рад — важка променева хвороба, опромінення понад 600 рад є смертельним.

Опромінення може викликати різноманітні захворювання: інфекції (знижується імунітет), порушення обміну речовин, онкологічні захворювання, безпліддя, катаракту і багато іншого. Особливо гостро радіація впливає на організм, що росте, тому вона дуже небезпечна для дітей і підлітків. Вплив невеликих доз радіації виявити дуже складно, адже дія їх проявляється через десятки років. Навіть незначні дози радіації можуть спричинити необоротні генетичні зміни, які успадкують наступні покоління, призводячи до народження дітей з різними генетичними захворюваннями (наприклад, із синдромом Дауна), епілепсією, порушенням розумового і фізичного розвитку.



Високі дози радіації, отримані за короткий проміжок часу від контакту з радіоактивними матеріалами, призводять до серйозних наслідків — опіків, гострої променевої хвороби (ГПХ), численних патологій, що можуть проявитися протягом тривалого часу, і згодом, навіть смерті.

Однак радіація впливає на нас не лише під час таких масштабних трагедій та їх наслідків. Наприклад в приміщеннях на ґрунтах з високим вмістом радіонуклідів може накопичуватися радіоактивний газ радон. Невеликі дози опромінення протягом тривалого часу так само шкодять клітинам організму. Як правило, цей вплив настільки малий, що клітини встигають відновлюватися. А якщо їм це не вдається, то наслідки опромінення все одно можуть не проявлятися десятиліттями. Та чим вищою є доза опромінення, тим вищий ризик появи хвороб — деяких видів раку (наприклад, лейкемії), генетичних мутацій, проблем з репродуктивною системою. Особливо чутливі до радіації діти, підлітки, вагітні та жінки загалом.

На щастя, природний радіаційний фон зовсім незначний, тому імовірність зазнати від нього шкоди дуже маленька. Вплив радіації на організм прийнято вимірювати у Зівертах — це величина, що враховує не лише кількість випромінювання, а також чутливість тканин та органів живого організму. За даними ВООЗ, гостра променева хвороба з'являється від опромінення приблизно в 1 Зв, а ризик захворіти на рак значно зростає після 50–100 мЗв (1 мЗв = 0,001 Зв). В середньому, з усіх зовнішніх джерел людина отримує 6,2 мЗв радіації на рік. Та все ж варто бути обачними та не зловживати походами до рентгенологічного кабінету. Рентгенівські промені — це також радіоактивне випромінювання, хоча одна флюорографія спричиняє шкоди всього на 20 мкЗв (0,00002 Зв).

В зоні особливого ризику знаходяться люди, що працюють у пов'язаних із радіацією сферах: лікарі, що займаються променевою терапією, екіпажі літаків (вони більше піддаються впливу космічного випромінювання), працівники ядерної галузі. Звісно, для них існують спеціальні заходи безпеки, рівень опромінення постійно вимірюється та після перевищення певної дози їм доводиться робити перерву чи взагалі припиняти роботу. Працівники лікарень, де займаються променевою терапією, за даними Міжнародної агенції з атомної енергетики, дотримуючись усіх пересторог, отримують не більше 1 мЗв/рік. Та інші дані не такі оптимістичні. Різноманітні дослідження в атомній сфері показали, що робота в цій галузі загрожує підвищеною імовірністю померти від раку. Особливо вразливі люди, що займаються видобутком уранової руди — радіоактивної речовини, що є сировиною для ядерного палива. Вони зазнають не лише зовніш-



нього опромінення, а й внутрішнього, вдихаючи радіоактивний газ радон та урановий пил у шахтах.

Внутрішнє опромінення, до речі, відбувається не лише через дихання і не лише із працівниками атомної галузі. Радіонукліди можуть потрапляти в організм із забрудненою їжею чи водою. Наприклад, внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, у довкілля потрапив радіоактивний Цезій-137, який знаходиться тут ще протягом сотні років. Видобування, підняття на поверхню, збагачення і обробка уранової руди так само продукує викиди нуклідів, що можуть переноситись повітрям. Потрапляючи в організм із їжею, водою чи повітрям, вони відкладаються у кістках і м'язах і опромінюють людину зсередини.

4.9. Діяльність регіонального Європейського бюро ВООЗ у сфері екологічного здоров'я

Сьогодні проблема захисту довкілля є важливим питанням зовнішньої політики на міжнародній арені. Охорона навколишнього природного середовища належить до глобальних проблем виживання людської цивілізації. Тому держави та міжнародні урядові й неурядові, в тому числі екологічні організації активно співпрацюють у цьому напрямку і все частіше порушують «екологічні» питання. Україна не є винятком.

Екологічна політика ЄС — сукупність дій і заходів ЄС, спрямованих на забезпечення екологічних потреб населення країн-учасниць, підтримку екологічної безпеки та раціональне використання, охорону і відтворення природних ресурсів.

Європейське регіональне бюро ВООЗ є одним з шести регіональних бюро, яке розташоване у Копенгагені (Данія). Бюро обслуговує Європейський регіон ВООЗ, до якого входять 53 країни, у тому числі й Україна, та охоплює широкий географічний регіон від Атлантичного до Тихого океанів. Держави-члени ВООЗ у Європейському регіоні закликали Європейське регіональне бюро ВООЗ вибудовувати свою подальшу роботу відповідно до зазначених основних пріоритетів. Водночас вони виступили із рішучим закликом до організації спільних дій задля зміцнення здоров'я людей в усьому Регіоні шляхом реалізації Європейської програми роботи на 2020–2025 рр.

Відомо, що Європейський Союз висуває до країн, які претендують на входження до нього, великий перелік вимог якості в різних сферах життєдіяльності, багато з них стосуються і досягнення певного рівня фінансового забезпечення політики щодо охорони довкілля.



Основи для співпраці між Україною і Європейським Союзом у сфері охорони довкілля було закладено ще в 1994 р. відповідно до Угоди про партнерство і співробітництво між ЄС та його державами-членами і Україною. Необхідність тісної співпраці з європейською спільнотою у сфері охорони довкілля обумовлена не тільки визначеними нею екологічними імперативами її стратегії, але й потребами самої України у подоланні того стану, який можна охарактеризувати як кризовий, що формувався протягом тривалого періоду через нехтування об'єктивними законами розвитку і відтворення її природно-ресурсного комплексу.

На міжнародному рівні проблемі вивчення впливу стану довкілля на здоров'я населення було присвячено кілька конференцій та нарад, де значна увага приділялась організації моніторингу результатів діяльності щодо скорочення несприятливих наслідків впливу екологічних загроз для здоров'я населення країн Європейського союзу.

У результаті анкетування у нових незалежних державах та країнах Південно-Східної Європи, обробка отриманих даних дозволила провести оцінку національних стратегій у вирішенні актуальних питань екологічного здоров'я, з'явився інформаційно-довідковий документ «Здоров'я та довкілля у Європі – оцінка прогресу». Джерелом додаткової інформації було опитування в режимі онлайн, присвячене цій проблемі.

У рекомендаціях ВООЗ зазначається, що саме показники здоров'я населення мають бути ключовими критеріями визначення ефективності заходів зі зниження рівнів забруднення довкілля та внесків інвестицій у цій галузі. У вищевказаних документах визначено кілька пріоритетних напрямів дій у сфері екологічного здоров'я та його охорони:

1. Важливою проблемою охорони здоров'я у Європейському регіоні, особливо у сільській місцевості, продовжує залишатися ризик для здоров'я, пов'язаний з обмеженим доступом до якісних систем водопостачання та водовідведення.

2. Вплив забруднювачів повітря на здоров'я в країнах Південно-Східної Європи є одним із найвищих у Європейському регіоні, а саме: близько 95% населення живе у містах, де концентрація шкідливих речовин в атмосферному повітрі у 2–3 рази перевищує граничнодопустимі рівні, рекомендовані ВООЗ. Опосередкована та неповна інформація з ГДК дозволяє припустити, що в цих державах забруднення повітря у містах також суттєво впливає на здоров'я населення.

3. Ризики для здоров'я, пов'язані із забрудненням повітря у приміщеннях, викликані використанням твердих видів палива та оточуючим тютю-



новим димом, також є предметом занепокоєння громадськості. Близько 60% дітей у більшості нових незалежних державах та країнах Південно-Східної Європи перебувають під впливом тютюнового диму як всередині, так і поза приміщеннями, а більш ніж у третині будинків у деяких із цих країн для приготування їжі та опалення використовуються тверді види палива.

4. Поступове припинення використання етилового бензину у більшості нових незалежних державах та країнах Південно-Східної Європи призвело до значного зниження впливу свинцю на здоров'я населення, проте етиловий бензин усе ще застосовується в ряді країн. Інформація стосовно України, Сербії та Македонії свідчить про те, що в цих країнах реєструються високі рівні забруднення довкілля свинцем на територіях, прилеглих до великих промислових підприємств, що викликає занепокоєння відносно впливу цього чинника на здоров'я населення.

ТЕМА 5 НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. БІОТЕРОРИЗМ

5.1. Глобальні загрози міжнародному здоров'ю в XXI столітті

Усесь розвиток земної цивілізації є подоланням великої кількості перепон та негараздів, проте у минулі століття проблеми мали місцевий або локальний характер. Війни, епідемії, голод, екологічні катастрофи стосувалися окремих територій, країн чи регіонів. У другій половині XX ст. перед людством постали проблеми, які науковці визначають як глобальні (всесвітні). Ці проблеми стосуються не лише однієї окремо взятої держави, а всіх країн світу або великої групи. Вони призводять до великих економічних та соціальних збитків. Для подолання глобальних проблем необхідна співпраця в планетарному масштабі.

До глобальних проблем належать ті виклики, що мають загальнопланетарні масштаби і характер; якщо їх не подолати, вони загрожуватимуть усьому людству.

Глобальні загрози здоров'ю у міжнародному сенсі виникли на рубежі XIX і XX століть. Глобальний характер можуть мати загрози, що стосуються взаємин усередині людського суспільства: проблема збереження миру і відвернення загрози війни; ліквідація небезпечних хвороб; міжнародний тероризм; міжнародна злочинність та загрози, що є результатом взає-



мин між суспільством і природою: екологічна; сировинна; продовольча; освоєння Світового океану та освоєння космосу.

Минуле людства перенасичене війнами, а вся його історія значною мірою є історією воєн. Відповідно, за всю історію зафіксовано 15 513 великих і малих воєн, і забрали вони близько 4 млрд. людських життів, за 5 тис. років людської історії лише 292 роки на Землі не було воєн. Число воєнних конфліктів неухильно наростає — у період 1950–2000 років їх було понад 300; і якщо у 1950-х роках в середньому протягом року велося дев'ять війн, то вже до 1970-х їх число подвоїлося, а в другій половині 1990-х на планеті щорічно налічувалося понад 20 «гарячих точок», де виникали гострі політичні, релігійні, етнічні та територіальні розбіжності, що супроводжувалися здебільшого бойовими діями.

Проблема тероризму виникла давно й інколи ставала причиною початку військових конфліктів. Зокрема, Перша світова війна швидко розгорілася внаслідок терористичного акту. Тероризм проявляється у формі окремих терористичних актів: захоплення заручників, організації підпалів, вбивств, тортур, залякування населення та органів влади, погроз з метою досягнення злочинних, з погляду чинного уряду, цілей. Терористи можуть вчиняти злочини із застосуванням зброї масового ураження або шкідливих для здоров'я людей речовин, засобів електромагнітної дії, комп'ютерних систем та комунікаційних мереж, включаючи захоплення, виведення з ладу і руйнування потенційно небезпечних об'єктів.

Виникнення спалахів інфекційних захворювань — це актуальна проблема всіх, без винятку, країн світу в XXI столітті. Інфекційні хвороби становлять величезну загрозу людству, оскільки наносять не лише матеріальні збитки, а і є причиною третини загальної смертності у світі. За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я смертність від інфекційних захворювань посідає друге місце у світі. Багато сучасних хвороб є наслідком погіршення екологічної ситуації, малорухомого способу життя, частих психологічних стресів: виникають нові епідемії — СНІДу, «пташиного грипу», «свинячого грипу».

Потенційне забруднення атмосферного повітря є одним з провідних елементів оцінки якості середовища проживання, що спричиняє шкідливий вплив на здоров'я людини. Сучасний стан забруднення атмосфери є серйозною екологічною проблемою, яка негативно впливає на умови життя на Землі, здоров'я населення, в цілому на екосистеми і розвиток сільськогосподарських культур, призводить до несприятливих екологічних наслідків таких, як закислення ґрунту та води, глобальне потепління, виснаження озонового шару тощо.



Сировинна проблема виражає рівень забезпеченості сировинними ресурсами процесу виробництва і життєдіяльності людей на планеті. Найбільше вразливими ресурсами людства є відновлювані ресурси — вода, повітря, рослинний покрив і тваринний світ планети, зросло їх забруднення. Нині майже всі вони перебувають у стані, коли природні механізми відновлення і відтворення знаходяться на межі розбалансування. Нові ж, які включають людську діяльність, творчою «геологічною» силою ще не стали. Наслідки антропогенної дії на відновлювані ресурси жахливі. Нині під загрозою зникнення перебувають 10% рослин і 30% усіх тварин планети. Біомаса суходолу зменшилась на 7%, а її продуктивність — на 20%. Господарська діяльність у Світовому океані завдала значної шкоди його біологічним і мінеральним ресурсам. Інтенсивність життя у Світовому океані через забруднення впала на 30%. У розвинутих країнах зникло 31 млн. га лісів. Не ліпшою є ситуація щодо забруднення прісних вод. Якщо біологічні потреби людини і тварин у воді становлять 10 т на 1 т живої тканини на рік, виробництва 1 т виробів із бавовни потрібно 200 т води, сталі — 250–270 т, паперу — 1 000 т, синтетичного каучуку — 2 500 т тощо.

Гостро постала проблема невідновлюваних природних ресурсів, до яких належать паливні, рудні і нерудні корисні копалини. Після 1950 р. попит на мінеральну сировину в усіх країнах світу зростав на 5% за рік, а подвоєння світового видобутку корисних копалин відбувалося в середньому за 15 років. Підраховано, якби всі країни, що розвиваються, споживали мінеральну сировину на рівні США (в розрахунку на душу населення), то відомі нині запаси природного газу вичерпалися б через 5 років, нафти — через 4 роки, цинку — через 6 місяців, міді — через 9 років тощо.

Глобальна енергетична проблема полягає в зростаючій складності адекватного, стійкого, екологічного забезпечення всього людства паливом і енергією вже сьогодні і в осяжному майбутньому. Прискорене, нерівномірне, домінуюче зростання споживання непоновлюваного палива стало важливим джерелом енергетичних й економічних труднощів. Тільки в 1960–1980 рр. з надр Землі було вилучено 40% вугілля, майже 75% нафти і близько 80% природного газу, видобутих від початку ХХ ст. Різке виснаження запасів енергоресурсів вимагає прийняття комплексу невідкладних заходів на основі широкого міжнародного співробітництва.

У глобальній економіці загострюється проблема гарантованого, стійкого, надійного забезпечення наростаючих (у міру соціально-економічного прогресу) потреб в енергопостачанні країн, особливо залежних від імпорту енергоносіїв, при їх подорожчанні. Найважливіші традиційні



енергоресурси (нафта, природний газ) розподілені між країнами вкрай нерівномірно і обмежені, не поновлювані, вимагають збільшення витрат на видобуток і доставку.

Світовий океан завжди відігравав важливу роль у зв'язках між країнами і народами. Проте до середини ХХ ст. він практично залишався «економічною цілиною». Але з розвитком НТР усебічне дослідження й освоєння Світового океану набрало інших масштабів. По-перше, загострення глобальних енергетичної та сировинної проблем спричинило виникнення морської гірничодобувної і хімічної промисловості, морської енергетики. Досягнення НТР відкривають перспективи для подальшого збільшення видобутку нафти й газу, залізомарганцевих конкрецій, добування з морської води дейтерію, спорудження припливних електростанцій, використання морських течій, опріснення морської води. По-друге, загострення глобальної продовольчої проблеми підвищило інтерес до біологічних ресурсів океану. Потенційні можливості їх використання без загрози порушення усталеного балансу вчені оцінюють в 150–180 млн. т. Але майбутнє за марикультурою (організоване розширене відтворення біологічних ресурсів). Вважають, що 1 га марикультури здатен відтворити у 8 разів більше риби, ніж 1 га суходолу — м'яса. По-третє, поглиблення міжнародного географічного поділу праці, швидке зростання торгівлі супроводжуються збільшенням морських перевезень. У результаті виробничої та наукової діяльності в межах Світового океану й узбережжя виникла особлива складова частина світового господарства — морське господарство.

Але така діяльність водночас породила глобальну проблему Світового океану. Суть її полягає в забрудненні океану нафтою та нафтопродуктами, важкими металами, комунальними стоками, а також пестицидами і гербіцидами. Неабияку загрозу для Світового океану має захоронення на його дні радіоактивних відходів.

До ключових проблем, без сумніву, належить і продовольча. Адже бурхливий ріст населення веде до того, що потреби зростають швидше, ніж можливості. Від 1950 до 1990 р. кількість населення зростає майже у два рази, а світове виробництво продовольства тільки на 20 %. Темпи світового виробництва зерна сповільнилися, знижується родючість землі. Втрати верхнього родючого шару землі внаслідок деградації в 16–300 разів перевищують здатність ґрунту до природного відновлення в різних регіонах. За даними ООН, нині 830 млн людей потерпають від голоду. Основна маса голодуючих мешкає у країнах «третього» світу: у країнах Африки (південніше Сахари) — 180 млн, Близького Сходу і Північної Африки — 33 млн,



Латинської Америки — 53 млн, в Індії — 204 млн, у Китаї — 164 млн, в інших країнах — 150 млн чоловік. Ще більш виражені регіональні відмінності. Якщо середньостатистичний житель США в 1995 р. споживав 45 кг птиці і 288 л молока, то житель Індії споживав за цей період всього 1 кг яловичини, 0,4 кг свинини, 1 кг домашньої птиці і 34 л молока. Ця ситуація ще більш загостриться у XXI столітті, коли кількість жителів Землі зросте, як передбачають, до 9 мільярдів. Земля спроможна прогодувати нинішнє і перспективне населення: за даними ООН, кількість людей, які голодують, постійно зростає: 1970 р. — 460 млн. осіб, 1990 р. — 550 млн., а в 2000 р. — 650 млн., у 2017 р. — 815 млн.

Загрожують людству і глобальні зміни клімату. Викиди в атмосферу призводять до парникового ефекту і підвищення температури на планеті. Це є причиною танення льодовиків і підняття рівня води у Світовому океані. Особливо шкідливими є викиди в атмосферу газів метану, окису азоту, фреонів і вуглекислого газу, які нищать озоновий шар, що посилює пряму сонячну радіацію. Домовитись про радикальне скорочення викидів газів не вдається, адже 98% усіх викидів вуглекислого газу дає спалювання видобувного палива: вугілля, газу та нафтопродуктів. У 1997 р. прийнято Кіотський протокол, який визначає кількісні показники на обмеження і зниження викидів парникових газів в атмосферу. Але цей протокол підписали лише 40 країн, а інші відмовилися, боячись зниження економічних показників. Від участі у проєкті відмовились США, Росія та ін. Це знижує зусилля щодо зменшення викидів в атмосферу.

Постійно зростає проблема наркоманії, яка вже переросла поріг глобальної наркотизації. Щороку зростає виробництво наркотиків і в Україні. Наркотичну сировину в Україні отримують в основному з маку і коноплі. Крім маку і коноплі, в Україні вирощується ще понад 10 видів рослин із вмістом наркотичних речовин. Зростає виробництво і лабораторних (синтетичних) наркотиків. Число хворих на наркоманію на початок 2000 р. сягнуло 600 тис. осіб, 80% з них — молодь. Щороку в Україні від наркотиків вмирає близько тисячі осіб. Україна відчуває все більший тиск міжнародних наркоділків. Незважаючи на активну боротьбу з постачанням наркотиків з-за кордону, їх завозять все більше і більше.

5.2. Надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я

Надзвичайна ситуація в системі громадського здоров'я — виникнення або безпосередня загроза виникнення небезпечної події, що призводить



чи може призвести до поширення інфекційних або масових неінфекційних хвороб, інших негативних наслідків для здоров'я людей та потребує вжиття відповідних скоординованих заходів (п. 19 ч. 1 ст. 1 Закону України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022 р. № 2573-IX).

Таким чином, до ознак надзвичайної ситуації в системі громадського здоров'я належить:

1. Виникнення або безпосередня загроза виникнення небезпечної події. Відповідно до Кодексу цивільного захисту України під «небезпечною подією» розуміють подію, у тому числі катастрофу, аварію, пожежу, стихійне лихо, епідемію, епізоотію, епіфітотію, яка за своїми наслідками становить загрозу життю або здоров'ю населення чи призводить до завдання матеріальних збитків (п. 25 ч. 1 ст. 2). Надзвичайну ситуацію у сфері громадського здоров'я може зумовити небезпечна подія або безпосередня загроза виникнення небезпечної події, що носить техногенний, природний, соціальний, воєнний чи інший характер (ч. 1 ст. 24 Закону 2573-IX);

2. У результаті виникнення або безпосередньої загрози виникнення небезпечної події настає або може настати поширення інфекційних або масових неінфекційних хвороб, інших негативних наслідків.

Надзвичайна ситуація в системі громадського здоров'я буде наявною, якщо виникнення або безпосередня загроза виникнення небезпечної події призведе/може призвести до поширення: а) інфекційних хвороб — розладів здоров'я людини, викликаних живими збудниками (вірусами, бактеріями, рикетсіями, найпростішими, грибами, гельмінтами, кліщами, іншими патогенними паразитами), продуктами їх життєдіяльності (токсинами), патогенними білками (пріонами), що може передаватися від заражених осіб до здорових і становить ризик масового поширення; б) масових неінфекційних хвороб — масових хвороб, отруєнь, уражень, виникнення яких зумовлено впливом біологічних агентів, фізичних, хімічних чинників чи соціальних факторів середовища життєдіяльності, у тому числі об'єктів господарської та інших видів діяльності, товарів, робіт, послуг; в) інших негативних наслідків для здоров'я людей;

3. Виникнення або безпосередня загроза виникнення небезпечної події потребує вжиття відповідних скоординованих заходів.

Надзвичайні ситуації (НС) класифікують за характером походження, ступенем поширення, розміром людських втрат і матеріальних збитків. Залежно від характеру походження подій, що можуть зумовити виникнення надзвичайних ситуацій на території України, визначаються



такі види надзвичайних ситуацій: техногенного характеру; природного характеру; соціальні; воєнні.

Надзвичайні ситуації техногенного характеру — транспортні аварії (катастрофи), пожежі, неспровоковані вибухи чи їх загроза, аварії з викидом (загрозою викиду) небезпечних хімічних, радіоактивних, біологічних речовин, раптове руйнування споруд та будівель; аварії на інженерних мережах і спорудах життєзабезпечення, електроенергетичних системах, аварії в системах нафтогазового промислового комплексу, на очисних спорудах, гідродинамічні аварії на греблях, дамбах та ін.;

Надзвичайні ситуації соціально-політичного характеру, пов'язані з протиправними діями терористичного і антиконституційного спрямування — збройні напади, захоплення і утримання важливих об'єктів або реальна загроза вчинення таких акцій; збройні напади, захоплення й утримання атомних електростанцій або інших об'єктів атомної енергетики або реальна загроза вчинення таких акцій; замах на керівників держави та народних депутатів України; напад, замах на членів екіпажу повітряного або морського (річкового) судна, викрадення або спроба викрадення, знищення або спроба знищення таких суден; захоплення заручників з числа членів екіпажу чи пасажирів, встановлення вибухового пристрою у громадському місці, установі, організації, підприємстві, житловому секторі, на транспорті; зникнення або викрадення озброєння та небезпечних речовин з об'єктів зберігання, використання, переробки та під час транспортування; виявлення застарілих боєприпасів, аварії на арсеналах, складах боєприпасів та інших об'єктах військового призначення з викидом уламків, реактивних та звичайних снарядів, нещасні випадки з людьми та ін.

Надзвичайні ситуації природного характеру — небезпечні геологічні, метеорологічні, гідрологічні явища, деградація ґрунтів чи надр, пожежі в природних екосистемах, зміни стану повітряного басейну, інфекційне зараження та масове отруєння людей, інфекційні захворювання сільськогосподарських тварин, масова загибель диких тварин, ураження сільськогосподарських рослин хворобами та шкідниками, а також зубожіння і міграція населення, гострі психічні розлади, загострення хронічних захворювань, для протидії яким потрібні надійні та добре організовані системи охорони здоров'я.

Інфекційні захворювання. ВООЗ оцінює потенційні надзвичайні ситуації у сфері охорони громадського здоров'я, найбільш значущою з яких залишається можливість виникнення пандемії грипу та різних вірусних інфек-



цій. Щороку під час епідемій грипу та подібних захворювань у XXI ст. у світі хворіють до 5 млн. чоловік та до 500 тис. помирають. Епідемії вірусних захворювань завдають величезних економічних збитків. Розрахунки експертів США показали, що за останні роки тільки епідемії грипу обходяться щороку до \$167 млрд.

Пандемії або епідемії захворювань, що виникли в одній частині світу уже за кілька годин перетворюються на неминучу загрозу в інших країнах. Інфекційні захворювання не тільки швидше поширюються, вони і з'являються швидше, ніж будь-коли. Починаючи з 1970-х рр. XX ст., нові інфекції реєструються з небаченою досі частотою — по одній та більше на рік. У сучасних умовах існує майже 40 захворювань, не відомих попереднім поколінням.

Під час пандемій 1957 р. (азіатський грип) і 1968 р. (гонконгський грип) загинули більше 1,5 млн. осіб, а економічні збитки склали близько \$32 млрд. Чимало галасу наробила епідемія свинячого грипу в 2009–2010 рр.: вона супроводжувалася і людськими жертвами (350–400 тис. осіб), і значними матеріальними витратами на розробку вакцини, що протистоїть епідемії. Найсильніша (в абсолютному обчисленні) з відомих пандемій грипу, яка забрала не менше 20 млн. життів, сталася у 1918–1920 роках. Це сумнозвісна «іспанка». Від пандемії серйозно постраждали від 20 до 40% населення Землі: захворювання охопило Іспанію, Швейцарію, Португалію, Сербію, Грецію, Англію, Німеччину, Данію, Скандинавські країни, Північну Африку та інші держави.

В останні століття найбільш суттєво вплинули на людство епідемії чорної віспи, чуми, холери, тифу, грипу, туберкульозу, малярії, прокази та ВІЛ-інфекції. У XIX — на початку XX ст. на населення планети хвилями один за одним накопилися шість пандемій холери: від першої в 1816–1827 до останньої, шостої, у 1899–1923 рр.

Справжньою цивілізаційною загрозою, навіть, катастрофою став розвиток пандемії COVID-19. Масового поширення дане вірусне захворюваннями в країнах світу набуло від початку 2020 року. Спалах коронавірусної хвороби розпочався у грудні 2019 року у м. Ухань, Хубей, КНР, та визнаний ВООЗ пандемією 11 березня 2020 року. За час пандемії у світі захворіло 687,69 млн людей. Понад 6,8 млн померли.

Загальні втрати від епідемій за всю історію, відповідно до порівняльної оцінки кількості жертв від воєн та епідемій у світі, могли становити 10–20 млрд. осіб, що в кілька разів перевищує чисельність населення нашої планети.



Масштабні спалахи захворювань, пов'язаних з мікробним забрудненням харчових продуктів, протягом 50 років, також викликають занепокоєння медичної спільноти. Незважаючи на те, що безпечність харчових продуктів зростає, вогнища інфекції харчового походження, викликані мікробним ураженням, токсинами, хімікатами, виникають у багатьох країнах. Міжнародна торгівля подібними продуктами збільшує ризик виникнення спалахів захворювань.

Радіаційне забруднення та аварії — є факторами небезпеки, що впливають на громадське здоров'я. Проблема радіаційної безпеки була позначена двома першими вибухами ядерних бомб у Хіросімі та Нагасакі 6 і 9 серпня 1945 р. Вона полягає не тільки в тому, що одразу після вибухів загинули сотні тисяч осіб і повністю зруйновано два міста та їх околиці. Головне полягає в тому, що люди продовжували і продовжують помирати ось уже протягом понад 70 років після цих атомних вибухів, оскільки радіоактивні елементи, що потрапили в живу природу, зберігаються в ній, в її клітинах, передаються потомству і спричиняють незворотні мутаційні зміни.

Такий же механізм, що веде до знищення життя, з очевидністю був підтверджений і подіями, пов'язаними з аварією 26 квітня 1986 році у Чорнобилі. Вибух на ЧАЕС мав резонанс на великій території України, Білорусі, Російської Федерації, що потребувало евакуації понад 336 тис. осіб. Хмара з радіоактивними опадами після аварії пройшла над західними регіонами колишнього СРСР, Східною та Західною Європою, Скандинавією, Великою Британією та Північною Ірландією, а також східною частиною Північної Америки.

Кожна з наступних, пов'язаних із викидом радіоактивних відходів, аварій, які, можливо, відбуватимуться й надалі, дедалі більше ускладнює умови існування життя на планеті.

Пожежі. Пожежі найпоширеніше явище нашого життя. Пожежі виникають внаслідок і природних причин, і соціальних з вини людини. Перші пов'язані, як правило, із посухами, падіннями космічних тіл (наприклад, Тунгуського метеорита — вигоріла велика ділянка тайги), при виверженнях вулканів або землетрусах або інших природних явищах. Гігантські пожежі були спричинені порушеннями під час сильних землетрусів газопроводів. Так, під час землетрусу Канто 01.09.1923 р. вигоріла столиця Японії Токіо; під час землетрусу 18.04.1906 р. згорів Сан-Франциско. Численні посухи призводили до частих пожеж на Русі та в інших державах. Наприклад, 23–24.04.1124 р. внаслідок величезної пожежі «погорів чи не весь Київ», 600 церков і «без людей і всякої жив-



ності». Людські жертви та великі матеріальні витрати також пов'язані з численними сильними лісовими пожежами, що майже щорічно відбуваються на планеті.

Екологічні катастрофи — ще одна із загроз глобальному здоров'ю у XXI столітті. Екосистеми влаштовані досить складно і екологічні катастрофи є більш близькою аналогією соціально-економічних криз. «Класичним» прикладом регіональної за масштабом екологічної катастрофи є Аральське озеро; воно мало гігантську площу 64,5 тис. км², глибину до 67 м і щорічно підживлювалося 64 км³ водами рік Сирдар'я та Амудар'я, 63 км³ якої випаровувалися з його поверхні. Існував баланс, який у середині 1960-х років порушився внаслідок різкого збільшення у Середній Азії площ полів з вирощування бавовни.

За двадцять років Аральське море втратило 640 км³ води, дві третини об'єму і площі, рівень моря зменшився на 12 м. З усиханням моря почастішали соляно-отруйні курні бурі, відкладення яких осідають на льодовиках Паміру, Алтаю та Тянь-Шаню, що, у свою чергу, призводить до зміни режиму річок, що беруть початок там. Рівень Аральського моря, що нічим не заповнюється, падає зі швидкістю 0,5 м на рік.

У Європі в 2003 р. внаслідок сильної спеки, що була спричинена екстремальними погодними умовами в інших частинах світу, загинуло 35 тис. осіб. Тільки за 2006 р. стихійні лиха в різних регіонах світу призвели до загибелі 21,3 тис. населення, ще 134,6 млн постраждали.

Приклади таких катастроф можна продовжувати. Це і нічим (крім миттєвої економічної вигоди) не обґрунтовані вирубки лісів у різних частинах планети, і райони видобутку сланцевого газу, території яких перетворюються на неживі та небезпечні для проживання пустелі, та райони, заражені ядерними відходами.

5.3. Міжнародна безпека у сфері громадського здоров'я

Міжнародна ситуація, що склалася в XXI столітті підтверджує значущість проблематики безпеки населення, розвитку особи, трудової, продовольчої, екологічної безпеки, особливо у сфері громадського здоров'я. Сутність національної безпеки (захищеність життєво важливих інтересів особи, суспільства та держави від внутрішніх і зовнішніх загроз) полягає в комплексному і рівноцінному поєднанні її об'єктів (складових), функціонуванні цивілізованих гарантій і механізмів їх надійного захисту.



За перші 5 років XXI ст. ВООЗ провела перевірку 1 100 епідемічних подій в усьому світі. Найбільша кількість їх була зареєстрована в Африканському регіоні, країнах Східного Середземномор'я та Західної частини Тихого океану.

Перша спроба створення Міжнародних санітарних правил була здійснена ВООЗ у 1951 р. Згодом, у 1969 р. вони були змінені на Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП), які стали основою ефективної глобальної системи попередження епідемій та реагування на них. Наступний перегляд ММСП відбувся у 2005 р.

На базі концепції глобального міжнародного партнерства була створена Глобальна мережа інформування про спалахи хвороб та відповідні дії, яка нині охоплює понад 60 країн.

Як приклад ефективного функціонування системи безпеки є мережа активного епіднадзора в межах Глобальної ініціативи з метою ліквідації поліомієліту.

5.4. Роль ВООЗ в організації сповіщення та швидкого реагування в надзвичайних ситуаціях

У 2002 р. ВООЗ створила систему оповіщення про хімічні інциденти. У 2006 р. ця система охопила інші санітарно-екологічні надзвичайні ситуації, у т.ч. пов'язані, наприклад, з порушенням роботи служб водопостачання та його санітарного захисту, радіаційними аваріями тощо.

У разі виникнення надзвичайної ситуації у сфері охорони громадського здоров'я міжнародного значення, держави мають інформувати ВООЗ навіть у поодиноких випадках захворювань, що можуть загрожувати глобальній безпеці: віспи, грипу людини, викликаного новим підтипом вірусу, поліомієліту, тяжкого гострого респіраторного синдрому тощо.

Важливою особливістю ММСП (2005) є перенесення акценту від оперативних заходів в аеропортах, морських портах та на кордонах до стратегії активного управління ризиками з метою виявлення надзвичайних ситуацій на ранньому етапі та їх попередження до того, як вони стануть глобальною загрозою. Велику роль у цьому відіграють новітні засоби зв'язку. Спираючись на міжнародні мережі зв'язку, сучасні технології, правові зобов'язання, країни здатні спільними зусиллями реагувати на надзвичайні ситуації у сфері міжнародного здоров'я та попереджати їх розповсюдження.



5.5. Концепція міжнародного здоров'я, актуальні проблеми міжнародного здоров'я на прикладі Європейського регіону

Вирішальну роль у питаннях поліпшення здоров'я населення світу відіграє Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Для координації міжнародної діяльності у сфері охорони здоров'я ВООЗ на початку 80-х років було розроблено глобальну програму «Стратегія досягнення здоров'я для всіх до 2000 року», яка у 1998 р. отримала назву «Здоров'я для всіх у XXI столітті».

Основною її метою є «досягнення всіма жителями Землі такого рівня здоров'я, який дасть їм змогу вести життя повноцінне в соціальному та економічному відношенні». Кожне з шести Регіональних бюро ВООЗ розробляє цю стратегію відповідно до особливостей регіону. Наводимо концепцію глобальної стратегії «Здоров'я для всіх у XXI столітті» для Європейського регіону. У 1980 р. вперше на сесії Європейського регіонального бюро (ЄРБ) ВООЗ були затверджені основні положення «Європейської стратегії досягнення здоров'я для всіх», а в 1991 р. держави-члени ЄРБ ВООЗ ухвалили остаточний варіант політики для країн Європи.

Основними цілями Європейської програми є: досягнення справедливості та рівних прав з питань охорони здоров'я для населення різних європейських країн; зміцнення здоров'я найвразливіших груп населення (осіб з інвалідністю, осіб похилого віку, дітей, молоді, жінок, осіб з хронічними захворюваннями); значне зменшення найпоширеніших захворювань (серцево-судинних, злоякісних новоутворень, травматизму, психічних, інфекційних).

Програма «Здоров'я для всіх у XXI столітті» *передбачає скорочення різниці в показниках здоров'я шляхом:* впровадження моніторингу відмінностей у показниках між різними країнами та соціальними групами в межах кожної з них; забезпечення для всіх більшої доступності таких соціальних умов: належне харчування, житлові умови, освіта, медико-санітарна допомога; більша увага та допомога країнам, що перебувають у найнесприятливіших умовах.

Близько 10% населення Європи — майже 87 млн — страждає від інвалідності. Програма передбачає створення для осіб з інвалідністю повноцінного в соціальному, економічному та психологічному плані життя шляхом підвищення рівня їхніх фізичних, соціальних та економічних можливостей.



Заходи щодо поліпшення становища осіб з інвалідністю: сприяння позитивному ставленню до осіб з інвалідністю у суспільстві; сприяння максимальній їх незалежності за допомогою реабілітації та соціальної підтримки; надання спеціальної допомоги не лише особам з інвалідністю, але й тим, хто про них піклується.

Питома вага осіб у віці 60 років і старше в Європі є досить значною і в 2007 р. становила 20,2%. Середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) становить 64–74 років для чоловіків і 69 років для жінок. Передбачається досягнення показника для обох статей — 75 років: мінімального показника для чоловіків — 67, для жінок — 74 років. Суттєвим є перенесення акценту з загального подовження СОТЖ на збільшення активного, повноцінного, вільного від хвороб та інвалідності життя для осіб 65 років і старше. Відзначається, що виконання поставлених завдань стосовно осіб з інвалідністю та осіб похилого віку буде можливим лише при спільних зусиллях закладів охорони здоров'я, місцевих територіальних служб і служб соціальної допомоги.

Діти та молодь у Європі становлять більше п'ятої частини населення. Поліпшення їхнього здоров'я — це найцінніше капіталовкладення в майбутнє. Шляхи його реалізації наступні:

- суворе дотримання основних положень Конвенції ООН з прав дитини (1989);
- організація систематичного спостереження за здоров'ям дітей та молоді, у тому числі надання високоякісної допомоги вагітним, удосконалення служби охорони здоров'я дітей дошкільного та шкільного віку;
- посилення пропаганди здорового способу життя серед дітей та молоді;
- особлива соціально-економічна та психологічна підтримка дітей та їх сімей, що мають несприятливі умови життя.

Здоров'я та соціальний стан жінок порівняно з чоловіками з огляду на виконання ними репродуктивної функції викликає велике занепокоєння. Вона пов'язана також з вищим рівнем захворюваності та безробіття жінок, нижчими їх прибутками і потребує детального розгляду в широкому контексті.

Особи, що страждають на хронічні захворювання (серцево-судинні, неврологічні, алергічні, хронічні обструктивні захворювання легень та діабет) також належать до найвразливіших категорій населення.

Для зниження показників захворюваності та інвалідності від цих хвороб потрібні насамперед: створення досконалої первинної медико-санітарної допомоги; спільні дії служб охорони здоров'я, соціального забезпечення



для підтримки як хворих, так і тих, хто піклується про них; створення спеціалізованих центрів з надання соціальної допомоги особам, що страждають на хронічні захворювання.

Смертність від серцево-судинної патології серед осіб до 65 років становить 35% всіх випадків смерті у чоловіків і 30% — серед жінок, а у віці 65 і старше — відповідно 54% у чоловіків і 60% — у жінок. Ці хвороби спричиняють одну третину всіх випадків інвалідності серед населення Європейського регіону. Відмінності в рівнях смертності серед населення до 65 років становлять від 70 до 256 на 100 тис. населення у чоловіків і від 22 до 104 — серед жінок, а у віці 65 років і старше розбіжності сягають 3–4 рази у чоловіків і 3–5 разів у жінок.

Злоякісні новоутворення посідають друге місце серед усіх причин смерті населення Європи. Рівні смертності мають діапазон коливань у різних країнах — у чоловіків віком до 65 років від 67 до 175 і у жінок — від 56 до 107 на 100 тисяч населення. Збільшення загальної смертності від злоякісних пухлин зумовлено передусім у чоловіків захворюванням на рак легень (1/3 всіх випадків смерті), у жінок — на рак молочної залози.

На інфекційні захворювання щорічно хворіє майже третина населення Європи. Особливе занепокоєння викликає зростання темпів чисельності ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Очікується, зокрема, що на початку ХХІ ст. в Європі кількість ВІЛ-інфікованих досягне 1,5 млн.

Серед першочергових завдань зі зниження захворюваності на інфекційні хвороби, програмою передбачено найближчим часом сприяти ліквідації спорадичних випадків поліомієліту, дифтерії, правцю новонароджених, зменшенню смертності від пневмонії та діарейних хвороб у дітей. Виконанню цього завдання істотно допоможе забезпечення обов'язкової вакцинації відповідних контингентів.

Значною проблемою для країн Європи є травматизм. Про це свідчать, зокрема, такі дані: одна третина всіх випадків смертей серед населення 15–24 років обумовлена дорожньо-транспортним травматизмом, пов'язаним значною мірою з вживанням алкоголю.

Велике занепокоєння викликає зростання поширення психічних захворювань. У Європі не менше 5% населення мають серйозні психічні розлади (неврози, функціональні психози), ще 15% потерпають від менш серйозних, але потенційно інвалідизуючих психічних порушень.

Збільшується кількість самогубств, вони спричиняють 15% випадків смертей серед підлітків і молодих чоловіків у віці від 15 до 24 років і 19% — у віці від 25 до 34 років; у жінок питома вага самогубств становить у цих



вікових групах відповідно 12 і 14%. Рівень самогубств у осіб 65 років і старше перевищує показник в інших вікових групах. Ця проблема буде поглиблюватись разом із процесом старіння населення.

Існують заходи щодо зменшення числа психічних захворювань і самогубств, а саме: розвиток всебічних служб психічного здоров'я на місцевому територіальному рівні з підвищенням ролі та участі в них первинної медико-соціальної допомоги; розробка спеціальних освітніх програм для категорій населення, яких безпосередньо стосуються кризи, безробіття, соціальна ізоляція; розробка та впровадження на національному, регіональному та місцевому рівнях спеціальних програм із попередження самогубств; забезпечення та розвиток гуманних форм надання допомоги психічним хворим і перехід від надання їм допомоги у спеціальних медичних закладах до обслуговування на місцевому територіальному рівні.

Стратегія заохочення до здорового способу життя повинна спиратись на державну політику, що сприяє зміцненню здоров'я. Цьому в багатьох країнах заважають економічні інтереси деяких монополій з виробництва тютюнових й алкогольних виробів. Зокрема, в країнах Європейського Союзу їм виділяють державні субсидії. У США державні субсидії на виробництво тютюнових виробів становлять 1,5 млрд дол. на рік.

ВООЗ пропонує такі механізми державного регулювання політики заохочення населення до здорового способу життя: спрямування державних субсидій на виробництво товарів і продуктів, що сприяють підтримці здорового способу життя; контроль за рекламою шкідливих для здоров'я продуктів і виробів: алкогольних напоїв, тютюну тощо; контроль експорту та імпорту продукції, що може мати шкідливий вплив на здоров'я; удосконалення практики ціноутворення та оподаткування на споживчі товари, що полегшить вибір на користь здоров'я; сприяння пріоритетному субсидюванню виробництва товарів і продуктів, що сприяють зміцненню здоров'я: свіжі овочі, фрукти, безалкогольні напої, товари гігієнічного призначення та для занять фізичною культурою.

Крім державної політики, здоровому способу життя повинні сприяти конкретні умови на виробництві, в сім'ї, школі. Наприклад, у школярів слід виховувати почуття відповідальності за власне здоров'я. На виробництві роботодавець має дбати про задоволення працівників своєю працею.

З метою активнішого заохочення до здорового способу життя пропонується забезпечити населення доступною інформацією. Це треба зробити передусім за рахунок переорієнтації системи медичної просвіти у напрямі перенесення акценту з вивчення впливу негативних факторів поведінки



та шкідливих умов середовища на показ переваг, які забезпечує здоровий спосіб життя в особистому, соціальному та економічному плані, адже виробники алкогольної та тютюнової продукції вміють подати шкідливий спосіб життя у привабливому світлі, використовуючи засоби масової інформації.

Особлива увага надається проблемі паління. З ним безпосередньо пов'язують рак легень, ішемічну хворобу серця, хронічний бронхіт і емфізему, низьку масу новонароджених у матерів, що палять.

Європейська статистика свідчить, що більше 1 млн осіб на континенті щорічно вмирають від хвороб, пов'язаних із палінням. Згідно з прогнозом експертів ВООЗ, якщо у найближчі роки не буде вжито жорстких заходів щодо куріння, воно буде причиною смерті понад 20% населення Європи.

Оздоровлення навколишнього середовища — один із найважливіших напрямів стратегії «Здоров'я для всіх у XXI столітті». З дією шкідливих факторів навколишнього середовища пов'язують такі захворювання, як рак, серцево-судинні, респіраторні, алергічні, порушення опорно-рухового апарату, репродуктивної функції, психічні, неврологічні, травми та нещасні випадки внаслідок аварій.

Шкідливі чинники довкілля, діючи одночасно з генетичними та біологічними, підсилюють їх ризик. Навіть незначне підвищення рівня того чи іншого негативного чинника навколишнього середовища може суттєво позначитися на рівнях патології саме тому, що їх дія спрямована на велику кількість людей.

Основні шляхи оздоровлення навколишнього середовища (Європейська Хартія з охорони навколишнього середовища та здоров'я, 1989): забезпечення населення адекватними джерелами водопостачання; зниження небезпеки, пов'язаної з хімічним, мікробним і радіаційним забрудненням продуктів харчування; поліпшення якості атмосферного повітря з метою усунення загрози для здоров'я людини; розробка та запровадження ефективних систем знешкодження твердих відходів і знезараження ґрунту; забезпечення в населених пунктах необхідних умов для зміцнення здоров'я.

Велика увага приділяється здоров'ю працюючого населення, зниженню його захворюваності, інвалідності. В Європі протягом останніх років щорічно реєструють 10,6 млн нещасних випадків на виробництві, з яких 21 000 закінчується смертю. Професійна захворюваність становить 1,85 на 1 000 працюючих. Привертає увагу факт, що не все працююче населення має змогу отримувати медичну допомогу безпосередньо за місцем роботи, особливо на невеликих підприємствах.



До основних заходів щодо поліпшення здоров'я працюючих відносять: переважне надання первинної медико-санітарної допомоги за місцем роботи; особлива увага до жінок, які становлять майже половину всіх працюючих; покращення умов праці.

Забезпечення населення відповідною медико-санітарною допомогою — третій напрям дій у стратегії досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні. Населення всіх країн повинно мати доступ до високоякісної медико-санітарної допомоги трьох рівнів: первинної, спеціалізованої (вторинної), високоспеціалізованої (третинної).

У попередні десятиліття від 3 до 10% валового національного продукту європейських країн витрачалось на охорону здоров'я, з них три чверті — на стаціонарну допомогу.

Стратегія досягнення здоров'я для всіх у XXI ст. відводить основне місце первинній медико-санітарній допомозі. Вона задовольняє основні потреби пацієнтів на місцевому рівні, є службою першого контакту, першою ланкою перед направленням на інші рівні. Її надають сімейні лікарі та медичні сестри, патронажні сестри, акушерки, логопеди, медичні сестри по догляду за психічними хворими, спеціалісти-дієтологи та фізіотерапевти.

До первинної медичної допомоги належать також служби для осіб з особливими потребами: осіб з інвалідністю; хворих, що потребують довгострокового лікування; населення похилого віку зі слабким здоров'ям; хворих у термінальних стадіях; тих, що перебувають у несприятливих умовах (бездомних, самотніх, безробітних).

Служби спеціалізованої та вузькоспеціалізованої допомоги повинні діяти у випадках складних у лікувально-діагностичному плані захворювань, або тих хвороб, які рідко зустрічаються, а також, якщо допомога пацієнтам не може бути надана на первинному рівні. Це буде можливим лише за умов контакту між ними — з одного боку, та службами первинної медико-санітарної допомоги, а також територіальними службами соціальної допомоги — з другого, на до- та післягоспітальному етапах.

До пріоритетних напрямів наукових досліджень віднесено вивчення: причин відмінностей у стані здоров'я населення, методик їх оцінки; стереотипів поведінки та їх впливу на здоров'я; механізмів заохочення населення до здорового способу життя; організаційних і управлінських аспектів надання медичної допомоги на різних рівнях; моделей виділення ресурсів (співвідношення державних і приватних джерел ресурсів) та їх розподілу між різними рівнями допомоги; ефективності сис-



тем підготовки кадрів, медичних технологій, діяльності служб охорони здоров'я.

Саме за результатами науково-дослідних розробок передбачено створення таких інформаційних систем: прогнозування майбутніх потреб і проблем охорони здоров'я; популяційних реєстрів з окремих хронічних захворювань (злоякісні новоутворення, серцево-судинні хвороби); методів оцінки впливу шкідливих факторів навколишнього середовища та факторів ризику на здоров'я; співвідношення методів оцінки виділених ресурсів і ефективності одержаних результатів у сфері охорони здоров'я.

Для поліпшення управління галуззю передбачається розвиток широкого партнерства органів і закладів охорони здоров'я з міжнародними організаціями, міністерствами, відомствами, місцевими органами самоврядування, профспілковими та громадськими організаціями.

Новою тенденцією в розвитку партнерства визнається залучення парламентаріїв до процесу прийняття рішень, а також участь голів уряду у формуванні політики у сфері охорони здоров'я.

Важливу роль у виконанні програми відіграє удосконалення системи підготовки медичних кадрів. Система медичної освіти в більшості країн Європи базується на знаннях з біологічних і медичних дисциплін; менше уваги приділяється соціально-правовим та іншим дисциплінам, що мають безпосереднє відношення до здоров'я населення. Наприклад, проблеми СНІДу, наркоманії мають розглядатись комплексно: в медичному, психологічному, юридичному та соціальному аспектах.

Програма удосконалення системи підготовки медичних кадрів передбачає також необхідність прищеплювати здобувачам вищої освіти вищих медичних навчальних закладів навички управління, розвивати в них лідерські якості, вміння застосовувати командні методи роботи та співробітництва зі спеціалістами з інших галузей, а не тільки з медиками.

Важливою складовою програми «Здоров'я для всіх у XXI столітті» в Європейському регіоні є регулярний моніторинг і оцінка ефективності її виконання в кожній країні та в усьому регіоні. Матеріали цих оцінок використовуються в країнах-учасницях передусім на національному рівні, для корекції подальших дій. Вони вносяться у глобальний оціночний звіт з ефективності виконання програми. Результати показують, що розрив у соціально-економічному становищі та показниках здоров'я населення між країнами східної і західної частин Європейського регіону продовжує зростати.

Водночас досвід Західної Європи показав, що комплексні програми зміцнення здоров'я населення та профілактики захворювань дають пози-



тивні результати, про що, зокрема, свідчать стійка тенденція до зростання середньої тривалості життя, суттєве зниження показників дитячої та материнської смертності.

У Європейському регіоні започатковано нову стратегію охорони здоров'я «Здоров'я — 2020», розгляд і обговорення якої винесено на порядок денний 62-ї сесії Європейського регіонального комітету ВОЗ.

5.6. Біотероризм — глобальна загроза міжнародному здоров'ю. Біологічна зброя

Загроза біологічної війни у XXI столітті здається віддаленою більшості промислово розвиненим країнам. Однак викликає занепокоєння загроза біотероризму, за якого біологічні агенти використовуються екстремістами як зброя проти цивільного населення. Існують нації та дисидентські групи, які мають як мотивацію, так і доступ до навичок, щоб вибірково культивувати деякі з найбільш небезпечних патогенів та використовувати їх як агенти в терористичних актах. Хоча біотерористичну атаку важко передбачити, наслідки успішної атаки можуть бути руйнівними, і їх не можна ігнорувати.

Біотероризм та його наслідки можуть спричинити велике навантаження на систему охорони здоров'я, яка повинна боротися з наслідками. Для протидії будь-якому акту прихованого або відкритого біотерористичного нападу потрібна ефективна система охорони здоров'я з посиленням епіднадзора, швидким епідеміологічним та лабораторним розслідуванням, ефективним медичним управлінням, інформацією, освітою та комунікацією.

Історичні аспекти. Використання біологічної зброї було зареєстроване ще в VI столітті до нашої ери, коли водопостачання було заражене грибом *Claviceps purpurea*. Найчастіше згадуються випадки, коли татарська армія в 1346 році кидала трупи жертв бубонної чуми через стіни міста Кафи, а англійці у 1767 році поширювали віспу через заражені ковдри серед індіанського населення. Повідомлялося, що в минулому мікотоксини (грибкові токсини) використовувалися в Афганістані у формі так званого «жовтого дощу». Зростання релігійних культів та екстремістських політичних угруповань також збільшує сьогодні загрозу біотероризму. Найбільш значною біологічною атакою в Сполучених Штатах (США) було навмисне зараження ресторанних салатних барів сальмонеллою в 1984 році.

Відомим випадком біотероризму вважається розповсюдження листів зі збудниками сибірської виразки у вересні-жовтні 2001 року у Сполуче-



них Штатах Америки. У результаті цієї акції померло 5 осіб, більше 20 було інфіковано, декілька тисяч осіб були змушені приймати антибіотики

Що таке біотероризм? **Біотероризм (Bioterrorism)** — тип тероризму, який визначається як незаконне використання біологічних засобів проти людей з метою примусового втручання чи залякування уряду, цивільного населення або будь-якої його частини для досягнення особистих, політичних, соціальних або релігійних цілей.

Проблеми, пов'язані з біологічною зброєю, полягають у наявності кількох агентів та засобів доставки, різних інкубаційних періодах, високих показниках смертності та можливості географічного розсіювання агента (через подорожі) протягом інкубаційного періоду. Іноді буває складно швидко ідентифікувати або провести різницю між біотерористичною атакою та природним спалахом хвороби. Багато важливих профілактичних препаратів/вакцин можуть бути недоступними під час біотерористичної атаки або мати обмежений термін придатності і не можуть бути використані. Навіть сьогодні відомо, що щонайменше 17 країн мають програму біологічної зброї.

Біотероризм може бути спричинений практично будь-якими патогенними мікроорганізмами. Однак мікроорганізми (такі як віруси, бактерії, гриби або токсини), щоб бути ефективними як агент біотерористичної діяльності, повинні постійно викликати заданий ефект, смерть або хворобу, при низьких концентраціях. Збудник має бути висококонтагіозним, мати короткий інкубаційний період. Цільова популяція повинна мати слабкий імунітет чи взагалі не мати імунітету проти цього мікроорганізму. Збудник повинен піддаватися економічному масовому виробництву, його важко ідентифікувати в цільовій популяції, а профілактика чи лікування місцевого населення мають бути обмежені або взагалі недоступні.

Найбільш пріоритетними біотерористичними агентами є збудники сибірки (*Bacillus anthracis*), ботулізму (*Clostridium botulinum*), чуми (*Yersinia pestis*), віспи (*variola major*), туляремії (*Francisella tularensis*).

Біологічна зброя відповідно до класифікації CDC (Centers for Disease Control and Prevention) поділяється на три категорії: А, В та С, залежно від пріоритету агентів, що становлять загрозу національній безпеці, та легкості, з якою вони можуть бути знищені.

До категорії А увійшли патогени, які характеризуються високою патогенністю та смертністю, а також легкістю розповсюдження, що призводить до значних соціальних потрясінь та становлять глобальну небезпеку для населення планети. До цієї категорії відносяться *Bacillus anthracis*,



Clostridium botulinum, *Yersinia pestis*, *Variola virus*, *Francisella tularensis*, деякі філовіруси (*Ebola*, *Marburg*) та аренавіруси (*Lassa*, *Machupo*).

Категорія В включає *Ricin toxin*, *Brucella species*, *Clostridium perfringens*, *Salmonella*, *Shigella*, *Burkholderia mallei*, *Burkholderia pseudomallei*, *Chlamydia psittaci*, *Coxiella burnetii*, *Staphylococcal enterotoxin B*, *Rickettsia prowazekii*, *Alphaviruses*, *Vibrio cholerae*, *Cryptosporidium parvum* та ін. Для цих патогенів характерними є відносно легке поширення в навколишньому середовищі та середні показники захворюваності і смертності.

До категорії С відносять нові хвороботворні мікроорганізми, до яких у населення немає імунітету, та які можуть бути штучно розроблені для створення біологічної зброї. До цієї категорії належать *Nipah virus*, *hantavirus*, *coronaviruses*, віруси грипу, що здатні викликати пандемічний грип та інші агенти, пов'язані з появою інфекційних захворювань.

Шляхи надходження біологічної зброї в організм людини в основному інгаляційні, контактні (шкіра/слизові оболонки) та шлунково-кишковий тракт. Методами доставки можуть бути бомби, що постачають літаки, або використання баків для обприскування, встановлених на літаках/високих будівлях. Збудники сибірки, чуми, бруцельозу, віспи, вірусних енцефалітів і вірусних геморагічних лихоманок можуть аерозолізуватися і поширюватися на великі географічні території. Інші методи включають доставку поштою або проникнення навмисно інфікованих тварин через міжнародний кордон. В рамках підготовки до нападів з використанням біологічної зброї в деяких країнах були розроблені нові методи раннього виявлення/попередження, наприклад, програма *BioWatch* в США, в якій використовується низка детекторів патогенів, розташованих разом із моніторами якості повітря. Ці детектори збирають частинки, що переносяться повітрям, на фільтри, які потім через регулярні проміжки часу збираються вручну і аналізуються на наявність потенційних патогенів біологічної зброї з використанням методів полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Очікується, що ця система забезпечить раннє попередження про викид збудника, попередивши владу до того, як у жертв почнуть виявлятися симптоми, і це дасть змогу раніше розпочати лікування. Однак, розгортання такої системи виявлення біотероризму не можна розглядати як адекватну відповідь на поточну загрозу. У разі біотерористичної атаки найважливішим кроком є ідентифікація події. Причину захворювання чи навіть виникнення чогось незвичайного буває дуже важко визначити, особливо якщо початкових випадків небагато. Будь-який невеликий або великий спалах захворювання повинен розглядатися як потенційна біотерористична атака.



Лікарі амбулаторних відділень лікарень, приватні лікарі та сімейні лікарі можуть відіграти життєво важливу роль у початковому розпізнаванні потенційної біотерористичної атаки. Своєчасне виявлення інфекційного агента найвищого пріоритету може прискорити діагностику та лікування на початковій стадії, що призведе до успішного реагування на такий напад. Першими, хто помітить це, може бути лікарняна лабораторія, яка виявила незвичайні штами організмів, епідеміолог, який відстежує госпіталізацію, або, навіть, фармацевти, що роздають більше антибіотиків, ніж зазвичай. Біотерористичну атаку важко відрізнити від природного спалаху інфекційного захворювання.

Готовність системи охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій та реагування на біотерористичну атаку. До обов'язків системи охорони здоров'я входить епіднагляд за інфекційними захворюваннями, виявлення та розслідування спалахів, виявлення етіологічних агентів та шляхів їх передачі, а також розробка стратегій профілактики та контролю. Заходи, необхідні для запобігання та контролю нових інфекцій, схожі на заходи, необхідні для запобігання загрозі біотероризму. Підтримка ефективних систем епіднагляду та комунікації є фундаментальним компонентом належної інфраструктури системи охорони здоров'я. Забезпечення належного епідеміологічного та лабораторного потенціалу є передумовою ефективних систем епіднагляду. Одним із підходів до раннього виявлення є «спостереження за випадками», в якому електронні дані про симптоми збираються на ранніх стадіях захворювання та аналізуються на наявність сигналів, які можуть вказувати на спалах, що вимагає розслідування та використання відповідних заходів. Такий епіднагляд використовується для раннього виявлення спалахів, щоб відстежувати розмір, поширення та темпи спалахів, відстежувати тенденції захворювання та забезпечувати впевненість у тому, що спалаху не відбулося. У цьому випадку прагнуть використовувати існуючі медичні дані в режимі реального часу, щоб забезпечити негайний аналіз та зворотний зв'язок з тими, хто відповідає за розслідування та подальше спостереження за потенційними спалахами. Модель великомасштабного впливу агентів біотероризму (шляхом використання вакцин та антибіотиків) має величезний потенціал для порятунку життів та витрат. Підхід системи охорони здоров'я до біотероризму має починатися з розробки планів на місцевому та на регіональному рівнях. Тісна співпраця між клінічними спільнотами та спільнотами охорони здоров'я також має вирішальне значення. Для успішного реагування на біотерористичну атаку існують наступні етапи:



1. Сутність *підготовчого етапу* полягає у: підготовці узгоджених планів і протоколів по біотероризму, що забезпечує координацію дій органів охорони здоров'я, на всіх рівнях; створенні системи заочного навчання при Міністерстві охорони здоров'я, що забезпечує підготовку на випадок біологічного тероризму для працівників служб охорони здоров'я; розповсюдженні рекомендацій для охорони здоров'я і вимог до розробки планів підготовки на випадок біологічного тероризму для використання органами охорони здоров'я;

2. *Етап виявлення і контролю* включає: посилення системи контролю за випадками захворювань і ушкоджень в результаті дії патогенів, включених в список небезпечних агентів; розробку нових алгоритмів і методів для пошуку підозрілих випадків в медичних базах даних; вибір критеріїв для дослідження й оцінки підозрілих груп захворювань людини і тварин або ушкоджень і сигналів для повідомлення виконавчої влади про можливий акт біологічного тероризму;

3. *Діагностика біологічних агентів* конкретизується шляхом: створення багаторівневої мережі реагування лабораторій на акти біотероризму, яка пов'язувала б органи охорони здоров'я з лабораторіями, що володіють найбільш сучасними засобами для ідентифікації особливо небезпечних біологічних агентів і повідомлення про них; створення лабораторій швидкого реагування на основі найсучасніших технологій з метою забезпечення можливості цілодобової діагностики і молекулярно-біологічної оцінки особливо небезпечних біологічних агентів;

4. *Вживання заходів по ліквідації терористичних інцидентів біологічного характеру*, до яких відносять: допомогу органам охорони здоров'я і місцевим державним органам влади в організації розгортання швидких дій у разі прихованої атаки або підозри на спалах захворювання, який міг би бути результатом прихованої атаки; забезпечення виконання дій зі швидкої мобілізації команд реагування на випадки тероризму, які надаватимуть допомогу працівникам охорони здоров'я; створення державних запасів фармацевтичних засобів на випадок тероризму з використанням біологічних агентів;

5. *Система зв'язку, за допомогою якої здійснюється: створення державної електронної інфраструктури* для поліпшення обміну важливою інформацією на місцевому і державному рівнях; застосування плану екстреного зв'язку, що забезпечує швидке поширення інформації серед громадськості під час терористичних актів, при їх загрозі або підозрі; створення веб-сайту для популяризації інформації про підготовку і навчання



на випадок біотероризму, а також іншої важливої інформації, пов'язаної з біотероризмом.

Отже, біотероризм залишається загрозою як з боку внутрішніх, так і міжнародних терористичних груп. З точки зору суспільної охорони здоров'я життєво важливе значення мають своєчасний епіднадгляд, поінформованість про випадки, що виникають внаслідок біотероризму, можливості проведення епідеміологічних розслідувань, можливості лабораторної діагностики та здатність швидко передавати критично важливу інформацію у міру необхідності для управління суспільними зв'язками через засоби масової інформації. Забезпечення адекватного постачання ліками, лабораторними реагентами, антитоксинами та вакцинами.

5.7. Стратегія системи громадського здоров'я щодо скорочення ризиків використання біологічної зброї та негативних наслідків

Кабінет Міністрів України видав розпорядження № 1416-р від 27 листопада 2019 р. про схвалення Стратегії забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «Єдине здоров'я» на період до 2025 року та затвердив план заходів щодо її реалізації.

В ньому йдеться, що відповідно до Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, Україна взяла на себе зобов'язання щодо охорони життя і здоров'я людей та тварин, запобігання поширенню на територію держави небезпечних інфекційних захворювань, вчасного реагування на спалахи небезпечних інфекційних хвороб.

У сучасному світі проблема біологічної безпеки та біологічного захисту набуває значення в умовах глобалізації та появи нових загроз і ризиків глобального характеру, які потребують консолідації зусиль держави, суспільства, міжнародної спільноти для вирішення питань в галузі нерозповсюдження та протидії біологічним загрозам, у тому числі проявам тероризму.

Інфекційні захворювання є загрозою сучасному суспільству, прямо та опосередковано впливаючи на якість життя. У сучасних умовах здійснюється активізація епідемічного процесу та поширення нових, повернення старих нозологічних форм небезпечних інфекційних хвороб.

Підвищення рівня транскордонного переміщення населення, товарів та транспортних засобів, неконтрольоване переміщення тварин та ін-



фікованої тваринницької сировини і продукції, відсутність реєстру небезпечних інфекційних хвороб, з урахуванням нестабільної епідемічної та епізоотичної ситуації у світі, підвищеного ризику терористичних подій та збройного конфлікту підвищують ризик завезення та поширення на територію держави збудників небезпечних хвороб та виникнення пов'язаних з ними надзвичайних подій.

Виникнення нових, повернення старих нозологічних форм небезпечних інфекційних хвороб, крім природних процесів, може бути спричинене цілеспрямованим впливом та протиправним використанням небезпечних біологічних агентів і продуктів синтетичної біології, відсутністю чітких правил під час роботи з небезпечними біологічними агентами.

Розв'язання проблеми забезпечення належного рівня біологічної безпеки та біологічного захисту в Україні потребує міжсекторального співробітництва та поетапного створення єдиної системи біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «єдине здоров'я» і неможливе без залучення значних інтелектуальних і фінансових ресурсів, впровадження ефективних управлінських рішень і підтримки з боку держави, територіальних громад та міжнародної спільноти.

Метою Стратегії є поетапне створення єдиної системи біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «Єдине здоров'я», виконання зобов'язань щодо охорони життя і здоров'я населення та тварин, запобігання поширенню на територію держави небезпечних інфекційних хвороб, вчасне реагування на спалахи інфекційних хвороб. Стратегію передбачається реалізувати до 2025 року.

Основними напрямками реалізації Стратегії є: гармонізація національного законодавства з біологічної безпеки та біологічного захисту з нормами міжнародного права, міжнародними договорами і угодами, учасницею яких є Україна; забезпечення розвитку міжнародного співробітництва у сфері забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту; підтримка міжнародних ініціатив у сфері біологічної безпеки, які відповідають національним інтересам; поглиблення співпраці з міжнародними організаціями, а також у рамках двостороннього співробітництва з провідними державами світу для посилення спроможності України у сфері біологічної безпеки та біологічного захисту; організація здійснення контролю у сфері біологічної безпеки та біологічного захисту; підвищення ефективності координації заходів з управління біологічними ризиками; посилення кадрового потенціалу та підвищення професійного рівня кадрів з питань біологічної безпеки та біологічного захисту.



Реалізація Стратегії спрямована на досягнення таких результатів: створення і забезпечення ефективного функціонування єдиної системи біологічної безпеки та біологічного захисту, яка повинна знизити біологічні ризики до припустимого рівня; удосконалення законодавства у сфері біологічної безпеки та біологічного захисту; удосконалення системи управління, підвищення ефективності координації заходів із забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту; удосконалення системи підготовки кадрів з питань біологічної безпеки та біологічного захисту; удосконалення системи проведення моніторингу та оцінки, планування і реалізації політики у сфері біологічної безпеки та біологічного захисту.

Реалізація Стратегії дозволить: покращити організаційний потенціал у сфері біологічної безпеки та біологічного захисту; забезпечити епідемічне благополуччя населення, захист здоров'я людини та навколишнього природного середовища, зокрема об'єктів рослинного і тваринного світу, від впливу небезпечних біологічних агентів; регламентувати проведення цільових наукових комплексних біологічних досліджень; знизити ризики для здоров'я населення та тварин, пов'язані з біологічними загрозами; сприяти інформуванню громадськості з питань забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту, посилити контроль за поширенням небезпечних біологічних агентів шляхом проведення аудиту депозитаріїв національних колекцій штамів мікроорганізмів, патогенних для людей та/або тварин, розроблення та затвердження порядку проведення паспортизації, аналізу, оцінки та здійснення контролю за колекціями штамів патогенних мікроорганізмів тощо.

ТЕМА 6. СТРЕСИ І КОНФЛІКТИ. МЕХАНІЗМ ЗАХИСТУ ЛЮДЕЙ ВІД ДІЇ СТРЕСУ

6.1. Визначення поняття «стрес»

У сучасному світі темп життя пришвидшився як ніколи. Особливо гостро це відчувається в мегаполісах: усі кудись поспішають, запізняються. Щоб вважатися конкурентоспроможним робітником, необхідно завжди бути сконцентрованим, працездатним й ефективним. Наш організм не міг не зреагувати на такі серйозні зміни, а тому не дивно, що стрес називають хворобою XXI-го століття. Для наочності звернімося до статистики. В усьому світі 77% населення регулярно відчувають фізіологічні та психологічні симптоми,



пов'язані зі стресом. 54% населення зізнаються, що ця хвороба є основною причиною постійних конфліктів з близькими людьми. Кожен з нас з власного досвіду знає, як згубно може впливати стрес не тільки на наше здоров'я, працездатність, але й на стосунки з рідними та близькими.

Цілковитої згоди у визначенні стресу немає, тому що його природа така, що один і той самий потенційно стресовий вплив у однієї особи викликає сильні негативні реакції, а в іншій — або взагалі нічого, або навіть щось приємне. Наприклад, атракціон «Сюрприз»: для одних катання на ньому буде важким (цілком стресовим) випробуванням, а от для інших — це щоразу втіха. Або, скажімо, співбесіда під час прийому на роботу. Більшість оцінить цю ситуацію як явно стресову, проте є окремі уніками, для яких вона буде приємним лоскотанням нервів. Реагуємо на стрес ми теж по-різному. Так, хтось у момент гострого стресу червоніє і відчуває напад нестримного голоду, а хтось блідне і втрачає апетит. Хронічний стрес може спричинити набір ваги, або схуднення без жодної дієти.

Протягом тривалого часу вчені проводили численні дослідження щодо стресу та причин його виникнення. Ось як трохи іронічно висловився один із них: «Стрес — це і власне стрес, і причина стресу, і наслідок стресу». І таке розмите, багатозначне тлумачення цього терміну виникло одразу ж після його запровадження в науковий лексикон. Зробив це, як відомо, канадський дослідник, ендокринолог *Ганс Сельє (1907–1982)*. Ще студентом-медиком він помітив, що багато хвороб у населення починаються однаково: кволість, висока температура, головний біль. За словами самого Сельє, пацієнти «мають хворий вигляд», хоч би чим вони захворіли. Іншими словами, Сельє виявив неспецифічну (тобто не пов'язану з конкретною причиною), універсальну, або загальну реакцію організму на зовнішні впливи (зокрема і патологічні), що потребують змін. Її він і назвав спочатку «загальним адаптаційним синдромом», а потім перейменував на «стрес». Перша стаття Сельє про загальний адаптаційний синдром вийшла в 1936 році, а в 1950 році він опублікував класичну працю «Фізіологія і патологія стресу» з присвятою «всім, хто страждає від стресів» (й окремо — дружині «за допомогу в розумінні того, що неможливо і не потрібно виліковуватися від стресу — натомість треба навчитися отримувати від нього задоволення»). Тому саме Ганс Сельє, мав значний вплив на подальше розуміння і вивчення даного явища. Отже, виходячи з таких перших уявлень про стрес, можна охарактеризувати його наступним чином.

На мозок людини безперервно діють різноманітні за кількістю і якістю подразники внутрішнього і навколишнього середовища. Виникнення



несподіваної та напруженої ситуації призводить до порушення рівноваги між організмом і навколишнім середовищем. Наступає неспецифічна реакція організму у відповідь на цю ситуацію — стрес.

Стрес (Stress) — реакція організму на будь-які зміни внутрішнього або зовнішнього середовища, яка стимулює захисні сили організму.

Стрес — це захисна реакція організму на зовнішні подразники. Вона проявляється психічно, фізично, емоційно і дає змогу адаптуватися до змін. У людини стрес часто виникає під час взаємодії з соціумом. Зовнішні чинники сприймаються як загроза добробуту організму. Стрес має не лише реагувати на загрози та руйнуючі чинники, але і повертати до стабільних умов існування.

Що відбувається в організмі під час стресової реакції? Мозок, сприймаючи загрозу, сигналізує наднирникам виділяти гормони стресу — адреналін і кортизол. Внутрішні резерви організму активуються, тому підвищується м'язова сила, швидкість реакції, витривалість та больовий поріг. Це важливі реакції, що допомагають організму боротися з джерелом небезпеки або втікати від неї. Коли загроза зникає, тіло повертається у розслаблений стан.

Сучасне життя, безперервні інформаційні потоки, глобалізаційні зміни спонукають організм працювати на повну силу. Стрессова сигналізація не відключається, і згодом людина виснажується. Симптоми стресового стану дуже різні і залежать як від обставин, так і особливостей самого організму. Серйозні травматичні події можуть спричиняти гострий стресовий розлад. Симптоматично стрес (як і стресовий розлад) виникає таким чином:

Фізичні реакції: труднощі зі сном, напруга, втома, тахікардія, болі, розлади шлунково-кишкового тракту.

Емоційні реакції: гнів, тривога, оніміння, сором, порожнеча, зниження здатності відчувати задоволення та ін.

Когнітивні реакції: кошмари, погана концентрація уваги, нерішучість, занепокоєння.

Міжособистісні реакції: недовіра, дратівливість, проблеми на роботі, у школі.

Стрес асоціюється у більшій частині населення з негативними відчуттями. Це — фізична та психологічна реакція тіла, яка допомагає нам краще впоратися з критичною ситуацією. Організм виділяє гормони, що прискорюють частоту серцевого ритму і приводять м'язи у повну бойову готовність. Але хронічний стрес може мати важкі наслідки.



У ході розвитку стресу спостерігають три стадії:

1. *Стадія тривоги.* Це перша стадія, яка виникає з появою подразника, що викликає стрес. Наявність такого подразника викликає ряд фізіологічних змін: у людини прискорюється дихання, трохи підвищується тиск, прискорюється пульс. Змінюються і психічні функції: підсилюється порушення уваги, яка концентрується здебільшого на подразнику, виявляється підвищений особистісний контроль ситуації.

2. *Стадія опору.* Настає у випадку, якщо стрес-фактор, що викликає стрес, продовжує діяти. Тоді організм захищається від стресу, витрачаючи «резервний» запас сил, з максимальним навантаженням на всі системи організму.

3. *Стадія виснаження.* Якщо подразник продовжує діяти, то відбувається зменшення можливостей протистояння стресові, тому що виснажуються резерви людини. Знижується загальний опір організму. Стрес може бути гострим або приймати хронічний характер. Раніше вважалося, що провокатором стресу можуть бути тільки екстремальні ситуації. У цьому випадку, ми маємо справу з гострим стресом. Зараз, особливості існування суспільства, зокрема інформаційне перевантаження, є причиною хронічних форм стресу. У наш час стрес набув обсягу епідемії.

Окремі стреси допомагають боротися з комплексами (страх спілкування, страх виступати перед великою аудиторією та ін.), дають можливість зрозуміти, як поводити себе в певній ситуації. Та й взагалі, життя саме по собі — це великий стрес, що складається з гігантської кількості більш маленьких. І ті особи, які не тікають від своїх проблем, а вирішують їх, внаслідок цього вчаться лавірувати у великому об'ємі всіляких стресових ситуацій. Вміння справлятися зі стресовими ситуаціями допоможе нам уникнути багатьох захворювань, подовжить життя і допоможе уникнути проблем із психікою у наступних поколіннях.

З метою вчасного виявлення ознак стресової напруги необхідно пам'ятати про симптоми хронічного стресу.

6.2. Симптоми хронічного стресу

Буденні турботи, проблеми на роботі або випадкова сварка з родичами можуть спричинити стрес. До хронічного стресового стану призводять серйозніші життєві обставини на кшталт невтішного діагнозу лікаря, війни чи смерті близької людини. Стрес впливає на емоції, настрої та поведінку людини. Не менш важливим, а часто, і більш серйозним, залишається його



вплив на людський організм. Симптомами хронічного стресу можуть бути: дратівливість, тривожність, депресія, головні болі, безсоння.

Всі системи організму реагують на стрес, а особливо центральна нервова й ендокринна системи, респіраторна та серцево-судинна, м'язова системи, система травлення, а також імунна та репродуктивна.

Центральна нервова й ендокринна системи. Центральна нервова система (ЦНС) відповідає за реакцію «бий або біжи». Гіпоталамус дає наднирникам сигнал виділяти гормони стресу адреналін і кортизол. Вони прискорюють серцебиття, внаслідок чого кров активніше приливає до м'язів та органів, які в надзвичайній ситуації потребують її найбільше. Коли небезпека минає, гіпоталамус має «наказати» всім системам повернутися до нормального стану. Але якщо цього не відбувається, реакція триває і далі. Під впливом хронічного стресу ЦНС стає вразливою, що може призвести до змін у поведінці, стати причиною переїдання, недоїдання, зловживання алкоголем, наркотиками або до соціальної абстиненції.

Респіраторна та серцево-судинна системи. Реагуючи на стрес, людина дихає швидше, намагаючись розподілити багату на кисень кров по тілу. Якщо ви маєте такі проблеми з диханням, як астма чи емфізема, стрес може завдати труднощів. Серце у стані стресу також працює швидше. Судини стискаються і спрямовують більше кисню у м'язи задля забезпечення сили для термінової реакції. Це сприяє підвищенню кров'яного тиску. А постійна гіпертонія посилює ризик інсульту і серцевого нападу.

М'язова система. М'язи напружуються, аби в разі необхідності захиститися від ймовірних травм. Як правило, вони повертаються у спокійний стан. Але хронічний стрес тримає м'язи в постійній напрузі — це викликає больові відчуття по всьому тілу.

Травна система. У стані стресу печінка виробляє додатковий цукор (глюкозу), щоб забезпечити нас енергією. Але якщо цей стан перетікає у хронічний, організм може не впоратися з підвищеним рівнем глюкози, що збільшує ризик розвитку діабету II типу. Надмірний викид гормонів, прискорене дихання та серцебиття можуть вивести з ладу систему травлення. Підвищена кількість шлункової кислоти провокує ризик розвитку печії або кислотного рефлюксу. Стрес не спричинить виразку шлунка, але можуть відкритись уже існуючі виразки. Окрім того, хронічний стрес впливає на те, як їжа рухається травною системою. Залежно від особливостей організму наслідками бувають діарея, запори, нудота, блювота і болі в животі.

Імунна система. Стрес стимулює імунну систему. За форс-мажорних обставин це працює нам на користь, бо допомагає уникнути інфекцій



та пришвидшує загоєння ран. Але з часом гормони стресу навпаки роблять імунну систему вразливішою до вірусних захворювань. Це, як мінімум, збільшує час, необхідний організму для відновлення після хвороби або травми. Зв'язок між стійкими негативними переживаннями та розвитком аутоімунних захворювань однозначно доведено вченими з Американського інституту дослідження стресу.

Репродуктивна система. Короткочасною реакцією на стрес у чоловіків є викид тестостерону, але від регулярного емоційного виснаження його рівень із часом зменшується. Це впливає на вироблення сперми, спричиняє еректильну дисфункцію і навіть може призвести до імпотенції. Також підвищується ризик зараження чоловічих статевих органів інфекційними захворюваннями. У жінок стрес впливає на перебіг циклу — менструація стає нерегулярною та болючішою. До того ж постійне нервово виснаження посилює фізичні симптоми менопаузи.

6.3. Вплив стресу на імунну систему

Більшість з нас стикалися з закономірністю: під час сильного навантаження на роботі або навчанні особливо легко підхопити яку-небудь хворобу. Чому так відбувається, і як стрес впливає на імунітет? Для початку слід зазначити: незважаючи на те, що поняття «стрес» викликає у більшості людей негативні асоціації, він може бути нешкідливим для нашого організму. До того ж – корисним! Стрес необхідний нам для виживання, для адаптації. Саме механізми реакції на стрес закладені в нашому організмі і допомагають нам знаходити вихід зі складних ситуацій, вирішувати проблеми, пристосуватися до нових змін. А от як саме стрес впливає на імунітет, залежить, передусім, від його інтенсивності та тривалості.

В цілому, розрізняють два види стресу: гострий, або еустрес, та хронічний, його ще називають дистресом. *Еустрес* — це свого роду «хороший» стрес. Він активізує функціональні резерви організму, сприяє адаптації та, врешті-решт, ліквідації самого стресу. Еустрес нетривалий, завдяки чому організм активує свої системи для «збереження життя», але не встигає їх вичерпати, тому згубного впливу еустрес не завдає. *Дистрес* — це «шкідливий» стрес, внаслідок якого вичерпуються захисні сили організму та зриваються механізми адаптації, організм слабшає, що призводить до розвитку різних захворювань.

А як же діє стрес на імунітет? З моменту впливу подразника на організм виділяється цілий ряд гормонів, які за своєю структурою та механізмом



дії поділяються на дві групи: кортикостероїди (кортизол, глюкокортикоїди) та катехоламіни (адреналін, норадреналін). Організм швидше реагує на дію катехоламінів, унаслідок чого ми одразу відчуваємо посилене потовиділення, погіршення апетиту, пришвидшення серцебиття та дихання. Однак дія кортикостероїдів триває довше, попри те, що ефект від них з'являється пізніше. Вивільнення цих гормонів стресу зумовлює зміни у функціонуванні імунітету. Але головним завданням для організму є збереження життєдіяльності та цілісності організму.

При довготривалому інтенсивному стресі резерви вичерпуються, і відбувається порушення функціонування імунітету. Імунна стійкість клітин шкіри слабшає, внаслідок чого в наш організм легко можуть проникнути збудники різних інфекцій. Через зміни в обміні речовин на фоні стресу, а саме через підвищення рівня глюкози та жирних кислот, сповільнюється транспортування імунних клітин по організму через «згущення» крові. Також через інтенсивну дію гормону кортизолу (який, як говорилося раніше, активується повільно, але має ефект тривалої дії) знижується активність інтрелейкінів (імунні речовини, які виділяються лейкоцитами), активуються приховані вогнища інфекцій (герпес, туберкульоз). Тож правду кажуть: якщо на губах виник герпес – імунітет послаблений. Крім того, при тривалій інтенсивній дії кортизолу запускається «програма смерті» — апоптоз у клітинах імунної системи, через що відбувається їх масове вимирання, що ще більш сприяє виснаженню імунних резервів. Однак і в цьому є своя перевага: при тривалому стресі може відбуватися неконтрольований вихід у кровоносну систему аутоагресивних Т-лімфоцитів, які здатні спровокувати аутоімунну реакцію, а це може серйозно пошкодити наш організм. В той час як масове вимирання цих лімфоцитів при високих концентраціях кортизолу перешкоджає таким порушенням. Тож наш організм знає, що робить. Не треба так боятися стресу, але і постійно хвилюватися теж не варто. Важливо не тільки як довго ми відчуваємо стрес і наскільки він інтенсивний, але і яка наша реакція на нього. А тому не перенапружуйте себе, частіше відпочивайте і віддавайтеся радісним та приємним враженням!

Стрес супроводжує щоденне життя людини. Ми постійно перебуваємо під його впливом. Однак деякі особи страждають від стресу, який є настільки частим або настільки сильним/інтенсивним, що це може серйозно вплинути на якість їхнього життя. Переживаючи стрес, людина може потрапити в замкнене коло, яке підкріплює та поглиблює цей стан. Окрім цього, у стані стресу, напруження, втоми люди схильні покладатися на методи, які можуть призводити до конфліктів чи образ. Неефективне по-



долання життєвих негараздів штовхає багатьох осіб на необдумані вчинки та реакції, що може ускладнювати їхні стосунки з дітьми та негативно впливати на здатність дітей справлятися з бідою, що трапилася.

Одним із наслідків дії стресу є емоційне вигорання. **Емоційне вигорання (Emotional burnout)** — це зміни в поведінці людини внаслідок емоційного виснаження, до якого призводять багато факторів, зокрема постійне перебування у стані стресу. Батьки, які не впоралися зі стресами та стикнулися з емоційним вигоранням, можуть зриватися і кричати на дітей. І незважаючи на те, що більшість батьків усвідомлюють, що їхні дії помилкові, ситуація може повторюватися знову і знову. Чим менша дитина, то серйознішими можуть бути наслідки батьківських емоційних зривів для її здоров'я. Адже маленькі діти сприймають негативні емоції батьків як сигнал, що «мама (тато) мене не любить».

До причин емоційного вигорання необхідно віднести: зміну звичного способу життя батьків: безсонні ночі, брак часу для задоволення власних потреб, адаптацію до нових ролей тощо; постійні стреси та емоційне виснаження: тривога за здоров'я малюка, страх зробити щось не так, емоційна і фізична втома тощо; стан здоров'я: важкі або тривалі хвороби батьків чи дитини; матеріальні проблеми: втрата роботи, фінансові труднощі, нерозв'язане житлове питання та інші; відсутність підтримки з боку близьких; завищені вимоги до себе та близьких.

6.4. Засоби подолання стресів — копінг

Щоб стрес нас не вбив, нам треба вміти з ним справлятися. В англійській мові є спеціальний термін, що описує процес нашої взаємодії — «копінг» (*coping*), який можна перекласти як «подолання». У найширшому розумінні копінг — це процес, при якому ми намагаємося впоратися з обставинами, які ми сприймаємо як явне психологічне перевантаження, що часом перевищує наші внутрішні резерви. Ми можемо сказати: зусилля з подолання стресу виявилися успішними, коли завдяки їм наші фізіологічні реакції прийшли в норму, ми повернулися до звичайного життя, у нас зникли ознаки психологічного розладу, такі, як підвищена тривожність або депресія. Очевидно, що успішність подолання стресу залежить від наших ресурсів. Зовнішні ресурси включають гроші, час, соціальну підтримку, а також інші життєві події, які мають більш радісний характер. Внутрішні ресурси складаються з двох речей: властивого нам стилю подолання стресу і наших внутрішніх, особистих якостей.



Є особи, які зустрічають стресову подію віч-на-віч і реагують на неї відкрито і прямо — психологи кажуть, що їм притаманний конфронтаційний стиль копіngu. Інші намагаються дистанціюватися від стресової події, відвернутися, «відключитися», ментально і поведінково (за допомогою телевізора, алкоголю, наркотиків тощо), «заморозити» свої емоції. Це класичний уникаючий стиль. Як показує практика, конфронтаційний стиль подолання стресу загалом є більш ефективним, ніж уникаючий. Але не завжди: короткострокові «дрібні» стреси, на зразок візиту до стоматолога, можуть непогано вирішуватися за допомогою стратегії уникання (не думати про майбутню процедуру аж до моменту, коли сідаєш у крісло). Проте в разі тривалого чи повторюваного стресу униканням справи не зарадиш, навпаки, можна нашкодити. Наприклад, постійний стрес на роботі «не лікується» відверненням від нього: навіть якщо хочеш забути, не вийде — начальник нагадає. А через спроби не думати й уникати, людина виявляється погано підготовленою до нового можливого конфлікту і переживає його не менш сильно, ніж першого разу. Це і спричиняє можливі проблеми зі здоров'ям. Існує цікавий парадокс: деякі люди, спроможні успішно пережити сильні потрясіння і перебороти величезні перешкоди, нерідко пасують перед дрібними прикростями, на зразок того ж візиту до дантиста.

Окремого нагадування заслуговує **катарсис** — процес виявлення застарілої емоційної травми: в багатьох випадках він може принести велику психологічну користь і допомогти впоратися зі стресом. Важливий внутрішній ресурс, що допомагає багатьом долати стреси — це природно властивий їм оптимізм, глибока внутрішня переконаність, що, попри всі труднощі і незгоди, за великим рахунком у житті все буде добре. Оптимізм може допомагати населенню оцінювати стресові події більш позитивно і мобілізувати ресурси для прямої дії у відповідь на стресор. Медичні дослідження показують, що в оптимістів у середньому менше підточується імунна система, і навіть тиск у відповідь на стрес підвищується в них не надто сильно. Особливу стійкість до стресів демонструють особи свідомі, чесні, надійні, з розвиненим почуттям обов'язку, які мають тверді моральні переконання і звичку шукати позитив у будь-яких випробуваннях. Вони і живуть, звичайно, довше, і здоров'я в них краще. Можливо, це пов'язано з тим, що такі особистості найчастіше більш схильні усвідомлено піклуватися про своє здоров'я. Ну а найбільш вирішальною якістю таких людей є почуття внутрішнього контролю. Особи, які відчувають себе господарями свого життя, краще переносять стрес навіть у ситуаціях, які об'єктивно не піддаються контролю.



6.5. Методи боротьби зі стресом

Майже неможливо контролювати кожну стресову ситуацію у нашому житті, але можна контролювати більшість наших реакцій на стрес. Звісно, що це все дуже важко, але можливо. Отже, основний принцип боротьби зі стресами — постійний самоконтроль. Існує дуже багато методик боротьби зі стресами.

Хочемо запропонувати вам декілька простих порад, дотримуючись яких можна навчитися долати неприємні життєві ситуації: намагайтесь бути в житті філософом (а коли це необхідно, згадуйте про почуття гумору, через його призму життя виглядає набагато легшим); намагайтесь дивитись на все відсторонено, так легше тримати себе в руках; ніколи не скаржтеся, не нарікайте — від цього не відчуєте полегшення, але це не означає, що не треба розповідати про свої проблеми близьким, тим, хто вас розуміє та підтримує; не марнуйте час на тривоги та побоювання, шукайте позитивне в подіях; намагайтесь любити себе більше, ніж ви до цього робили; не залишайтеся у стані нерухомості, шукайте вихід, крім вас нікому не вирішити вашу проблему; допомагайте іншим, життєвий досвід може стати вам у пригоді; не покладайте рук і не переставайте боротися; подивіться на ситуацію по-новому, з іншої позиції; вчіться відпочивати, знаходячись у стресових ситуаціях (фізичні навантаження допомагають на деякий час «відключитись» від проблем); просто чудово, якщо у вас є хобі (зазвичай улюблені заняття або захоплення допомагають розслабитися та приносять багато приємних емоцій); думайте позитивно, налаштовуйте себе на позитивний результат, підсумок; кричіть і плачте, іноді це буває дуже корисним і необхідним; злегка натисніть на скроні (масажування нервів полегшує біль й усуває різноманітні нездужання); слухайте музику, ніщо так не розслабляє і не заспокоює, як позитивна музика; лічіть до десяти (перед тим, як зреагувати на ситуацію, полічіть до десяти про себе, така пауза дає змогу опанувати себе); прийміть гарячу ванну, гаряча вода дуже гарно розслабляє; прогуляйтеся місцевістю з гарним краєвидом (картина, яка тішить око, розслабляє та згладжує негатив); у тяжких стресових випадках краще звернутися за допомогою до психолога чи, хоча б, скористатися телефоном довіри чи екстреної психологічної допомоги.

Для нормального функціонування нервової системи потрібно, щоб робота поєднувалася з відпочинком, напруження змінювалося розслабленням. Слід планувати свої справи на роботі так, щоб їх можна було виконати протягом робочого дня, а дозвілля присвятити улюбленому заняттю.



Для цього повинен бути встановлений режим дня, що регламентує час роботи, відпочинку, харчування, сну. І.П. Павлов писав: «У житті людини немає нічого більш владного, ніж ритм». Вироблення режиму дня сприяє ритмічній діяльності всього організму. Без такого розпорядку повсякденні справи тяжіють над людиною, викликають занепокоєння, напруження, хвилювання, що може призвести до виснаження нервової системи, а отже, і до порушення діяльності серця та обміну речовин.

Щоб зняти психоемоційне напруження, щодня треба виділяти не менш ніж годину на прогулянки. Ані вечірні години, ані вихідні дні не слід використовувати для продовження тієї самої роботи.

Дуже важливо правильно використовувати час для прийому їжі. На жаль, багато людей під час прийому їжі далі напружено обмірковують свої робочі справи, обговорюють їх з колегами або читають, позбавляючи себе повноцінного відпочинку, і тим самим знижують продуктивність праці.

До речі, не слід розуміти відпочинок як неробство. Добре знімає нервове напруження активний відпочинок. Сам по собі перехід з одного виду діяльності на інший здатний справляти позитивний вплив. Якщо ви втомилися і не можете виконати завдання, краще зайнятися будь-чим, ніж ледарювати. Після розумового навантаження доцільні фізичні вправи (наприклад, робота в саду, майстрування), а після фізичної праці корисно відпочити — почитати книжку, пограти в шахи.

Чимала частина населення помилково вважає, що вибух емоцій, розмова на підвищених тонах допомагають їм краще обстоювати свою думку. А все якраз навпаки: бесіда у спокійній обстановці, спроба зрозуміти точку зору співрозмовника дають кращі наслідки.

Стосунки людей у колективі, сім'ї накладають відбиток на цілий комплекс фізіологічних та біохімічних процесів, які врешті-решт визначають стан здоров'я людини. Чуйні товариські стосунки в колективі, добрі відносини між людьми можна вважати одним з найкращих засобів запобігання інфаркту міокарда, адже більшу частину часу ми проводимо на роботі і серед людей. Видатний кардіолог О.Л. М'ясников (1899–1965) говорив: «Не стріла і не холестерин ранить серце людини, а рука ближнього».

Після роботи ще довго може зберігатися підвищене нервове напруження. Тому, коли людина приходить додому, слід зняти це напруження. Досить однієї усмішки, кількох слів про будь-які приємні новини, щоб розслабитись і відпочити. Розмову ж про малоприємні справи варто заводити лише тоді, коли людина повністю відключилася від переживань, пов'язаних з роботою.



Намагайтеся зберегти в сім'ї любов, що вас з'єднала! Зробіть ваше життя духовно багатим. Згадайте, коли ви востаннє ходили до театру, на концерт, були в музеї. Чи не обмежуєтеся ви лише переглядом телепередач? Складіть собі програму підвищення вашого культурного рівня, старанно подумайте, як її виконати.

Не беріть на себе одразу багато, це не лише стомлює, але й позбавляє бажання щось робити.

Зверніть увагу на друзів. Чи не перетворюються ваші зустрічі з ними в сидіння за столом і споживання кави, алкоголю? Може цікавіше і корисніше разом відвідати театр, естрадний концерт, подивитися нову циркову програму, кінофільм, відпочити на природі?

Творець теорії стресів Г. Сельє висловив думку, яка може допомогти встановити душевну рівновагу чи усунути сумніви у правильності своєї поведінки: «Прагнучи до найвищої з доступних тобі цілей, не вступай у боротьбу через дрібниці». Ось чому в інтересах здоров'я, свого та оточуючих, потрібно зробити все для його поліпшення. Щоб нервова система не перенапружувалася, слід об'єктивно оцінювати свої можливості, скажімо, не ставити перед собою та іншими людьми завдань, які не можна розв'язати. Інакше виникнуть конфлікти з оточуючими людьми і нервові зриви. Адже в кожного є свій рівень можливостей — у одного він вищий, в іншого — нижчий.

Є науково обґрунтовані інструменти, що допоможуть вам боротися з негативними наслідками стресу:

Усувайте чинники стресу. Якщо це неможливо, переосмислюйте думки щодо нього, це допоможе впоратися з емоціями. Внутрішньо приймайте ситуації які є поза вашим контролем.

Розвивайте соціальну підтримку. Підтримуйте друзів та рідних. Взаємодопомога є важливим чинником у подоланні стресу.

Харчуйтеся збалансовано. Поживні речовини дають необхідні сили для подолання стресової ситуації.

Розслабляйте м'язи. Стрес проковує головні болі, напругу м'язів, біль у спині. Боротися з такими симптомами можна за допомогою розтяжок, масажу, теплих ванн.

Майте повноцінний сон. Здоровий сон — це підзарядка, відпочинок та відновлення організму, він потрібен кожному.

Будьте фізично активними. Під час фізичної активності знижується рівень гормону стресу (кортизолу), ми відчуваємо піднесений стан та отримуємо більше задоволення від життя.



Тому необхідно завжди пам'ятати — стреси часті супутники нашого життя. Важливо навчитися ними управляти, протистояти негативним наслідкам стресу, адже вони впливають на здоров'я та викликають захворювання.

ТЕМА 7. МЕТОДОЛОГІЯ АНАЛІЗУ ПРИЧИН СОЦІАЛЬНОЇ НЕРІВНОСТІ ЩОДО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

7.1. Рівність та справедливість в охороні здоров'я

Питання рівності і справедливості в охороні здоров'я є актуальними в усьому світі. Стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я «Здоров'я — 2020» спрямована на удосконалення системи охорони здоров'я в країнах Європейського регіону ВООЗ, а також забезпечення справедливого та рівного доступу населення до медичних послуг.

Однією зі стратегічних цілей програми «Здоров'я — 2020» є поліпшення здоров'я населення в усіх соціальних групах Європейського регіону і подолання нерівності в здоров'ї. Механізми подолання цих нерівностей пов'язані з розподілом державної влади, ресурсів, політичного впливу, послуг з охорони здоров'я, так само як і з умовами життя і праці, доступом до високоякісної медичної допомоги, освітнім установам. Зменшення відмінностей у населення в стані здоров'я є ефективним інструментом на шляху формування справедливого та стабільного суспільства.

Незважаючи на поліпшення в останні роки, стан громадського здоров'я в Україні не можна вважати задовільним. Ускладнює ситуацію суттєва регіональна диференціація суспільного здоров'я обумовлена особливостями економічних, соціальних, екологічних, демографічних, природо-кліматичних факторів, що порушує основне конституційне право громадянина України на справедливу охорону здоров'я. Реалізація цього права має проводитись незалежно від можливостей і особливостей окремих регіонів на основі рівного, справедливого доступу до послуг охорони здоров'я незалежно від місця проживання та соціального стану людини.

На території України велику кількість робіт присвячено соціальній нерівності і несправедливості щодо здоров'я. Однак деякі питання, особливо регіональної нерівності в стані здоров'я і його охорони, залишаються невирішеними. Серед детермінант здоров'я ключову роль в забезпеченні здоров'я населення відіграють соціально-економічні фактори. Саме диспропорція соціально-економічного розвитку регіонів України призводить



до регіональної диференціації стану громадського здоров'я. За даними дослідників рівень життя населення (ВВП в розрахунку на душу населення та індикатора економічного розвитку) України різниться між регіонами більше ніж у 2 рази. У світі близько 100 мільйонів осіб приречені жити в бідності через стан здоров'я. Вони не можуть оплатити лікування, забезпечити себе і свою сім'ю корисним харчуванням, їх супроводжує бідність. До того ж, ці люди часто хворіють, вони не можуть працювати і перетворюються на тягар для своєї держави. В даний час уряди багатьох країн намагаються зменшити нерівність у здоров'ї громадян, оскільки це скорочує витрати держави на виплату допомоги непрацездатним особам. Рівний доступ до медичних послуг також підвищує стабільність держави, оскільки в умовах нерівності люди висловлюють невдоволення, адже вони не відчують турботи про себе. Дослідниками встановлено, що зростання ВВП на душу населення корелює зі збільшенням тривалості життя і зменшенням рівня смертності серед населення.

Сучасне трактування нерівності передбачає вихід за межі суто економічних параметрів. Крім економічної нерівності виділяють: нерівність соціальну, політичну та етнокультурну. Відповідно окремі групи населення, в результаті обмеження своїх прав, можуть також страждати від конкретного виду нерівності, але найбільш гострі прояви має їх комбінація. Саме через кумулятивний вплив формуються такі вкрай негативні і загрозливі для національної безпеки явища, як відторгнення окремих груп населення від суспільного життя, поляризація і маргіналізація суспільства.

У забезпеченні рівності здоров'я, в міжнародній практиці, широко використовується термін «соціальний градієнт». Сутність його полягає в наступному: незможне населення в усьому світі має найгірший стан здоров'я. Соціальний градієнт свідчить про те, що чим нижче соціально-економічне становище людини, тим гірший стан здоров'я. Це глобальний феномен, що спостерігається в країнах з низьким, середнім і високим рівнем доходу. Соціальний градієнт здоров'я означає, що несправедливість щодо здоров'я стосується кожного. Наприклад, якщо ми аналізуємо показники смертності дітей у віці до п'яти років залежно від рівня сімейного достатку, то бачимо, що всередині країн зв'язок між соціально-економічним рівнем і здоров'ям має свою певну градацію. Найвищі показники смертності дітей у віці до п'яти років спостерігаються в найбільш бідних сім'ях, а в сім'ях, які перебувають на другому місці, спостерігається більш висока смертність дітей порівняно з сім'ями, чий рівень життя вищий, ніж у них. Це явище і є *соціальним градієнтом*



здоров'я. Але дані несправедливості у рівні здоров'я можна запобігти на державному рівні.

Можна розглянути різні варіанти скорочення соціально-економічної нерівності. Серед них можуть бути, наприклад: держава і громади можуть виділяти матеріальні ресурси на охорону здоров'я, освіту і зайнятість тільки для малозабезпечених верств населення; можна оподатковувати високим податком найбагатші верстви населення і таким чином перерозподілити матеріальні ресурси на користь малозабезпечених; можна встановити прогресивну шкалу податку для різних соціальних груп населення відповідно до обсягу їх доходів.

Цілком ймовірно, перші 2 пропозиції не сприятимуть вирішенню проблеми: якщо виділяти фінанси тільки малозабезпеченим, то інші, які знаходяться трохи вище за статусом, почнуть переміщатися вниз в соціальній ієрархії та вливатися до лав незабезпечених верств населення і, відповідно, їх стан здоров'я буде погіршуватись. Якщо перерозподіляти фінанси від найбагатших до нужденних, то вони просто стануть залежними від вищої групи, і їх ситуація не зміниться.

Якщо застосувати останню модель, то стан речей може покращитися, адже кожен буде, з одного боку, щось віддавати, а з іншого — щось отримувати. Це добре для стабільності країни і для соціальної єдності, держава зможе інвестувати в освіту та інші важливі сфери. Держава в цьому випадку матиме податки від кожної групи населення за їх можливостями, і розподілятиме, відповідно, за потребами.

Таким чином, несправедливість щодо здоров'я — це передбачуваність нерівності в стані здоров'я між групами населення всередині країн та між країнами. Така несправедливість виникає в результаті нерівностей всередині спільнот і між спільнотами. Політика, соціальні та економічні умови і їх вплив на життя людини визначають ризик розвитку у них проблем зі здоров'ям.

7.2. Економічна нерівність як основна причина незадовільного доступу до медичної допомоги і соціальної підтримки

Термін «нерівність у сфері охорони здоров'я» визначають так: «існуючі відмінності в рівні здоров'я». Якщо поглянути на кожну країну та її систему охорони здоров'я, то можна припустити, що стан здоров'я всіх громадян відносно однаковий. Але це не так. Чому в одних країнах, людина живе тільки 40 років, а в інших — 80? Це залежить від економічного становища,



від того, де людина перебуває в соціальній ієрархії своєї країни. Подібна нерівність систематична, вона стосується не одного індивідуума, а в цілому популяції.

Економічна нерівність (Economic inequality) — це відмінність за показниками економічного добробуту між окремими особами в групі, між групами населення або між країнами. Проблема економічної нерівності має включати поняття справедливості, рівності результатів і рівності можливостей. *Найбільш наочні прояви економічної нерівності містяться в:* нерівності доступу до основних соціальних благ (якісного медичного обслуговування, якісної освіти, комфортного житла); нерівності доступу до ресурсів (фінансових, зокрема кредитів та ін.); нерівності реалізації своїх основних прав в цілому (права на здоров'я, життя, безпеку).

Але при цьому, нерівність за доходами одночасно є наслідком інших видів і проявів нерівності на кшталт відсутності можливості отримати якісну освіту, що прирікає дітей з бідних сімей на бідність вже в дорослому житті. Повною мірою це стосується і нерівності за тривалістю життя — діти з бідних сімей зустрічаються з більш високим ризиком передчасної смерті або захворювання і мають менше шансів реалізувати свій потенціал. Зазвичай населення з високими доходами живе довше за бідних, оскільки їх доходи забезпечують їм умови збереження і зміцнення здоров'я.

Справедливий розподіл доходів є вагомим стимулом (матеріальним і психологічним) розширення участі всіх верств населення в економічному розвитку, тоді як посилення нерівності загрожує соціальною напругою та опором з боку тих, хто втратив надію на поліпшення власної долі. До речі, найчастіше така активна деструктивна поведінка є характерною рисою для освічених осіб. Отже, політика подолання нерівності сприяє економічному зростанню країни в цілому.

Нерівність в стані здоров'я є загальним терміном, який використовують для визначення розбіжностей, змін і диспропорцій в стані здоров'я індивідів або груп. Нерівність в здоров'ї зумовлена, як правило, рівнем і умовами життя різних груп населення і проявляється в комплексі факторів, які діють на мікрорівні, тобто на рівні індивідів.

За визначенням ВООЗ, *нерівність щодо здоров'я* — це відмінності в стані здоров'я або в розподілі ресурсів здоров'я між різними групами населення, які виникають у зв'язку з соціальними умовами, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють. Визнається, що масштаби такої нерівності можна зменшити за допомогою державної політики. Ріо-де-Жанейрівська політична декларація з соціальних детер-



мінант здоров'я (2011) підтвердила рішучість представників уряду всіх країн-членів ВООЗ домогтися соціальної справедливості і справедливості щодо здоров'я через вплив на соціальні детермінанти здоров'я і благополуччя за допомогою всебічного багатосекторного підходу, в якому важливу роль відіграють соціально-економічні детермінанти.

7.3. Значення детермінант здоров'я в справедливому і рівному забезпеченні здоров'я населення

Здоров'я є багатовимірним поняттям, яке виходить далеко за рамки відсутності захворювання. Сучасна концепція здоров'я вказує на те, що здоров'я населення залежить від детермінант здоров'я. Розуміння детермінант здоров'я і використання даної концепції сприяння здоров'ю, дозволяє розробляти і здійснювати ефективні заходи та інтервенції, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я.

Детермінанти здоров'я (Determinants of health) — це соціальні, економічні, політичні умови й умови навколишнього середовища, в яких населення народжується, живе, працює і старіє, включаючи доступ до медичної допомоги.

Ці умови визначають шанси людини на збереження міцного здоров'я і довголіття. Детермінантами можна назвати низку взаємодіючих факторів, що формують здоров'я і самопочуття, які формують соціальну й економічну рівність. Це часто складні і взаємопов'язані фактори, що сприяють поточному здоров'ю людини, вони визначають шанси людини на збереження здоров'я або нездоров'я. До детермінант відносяться: матеріальне становище, соціальне середовище, психосоціальні, поведінкові та біологічні фактори.

На детермінанти впливають соціальне становище людини, яке формується через освіту, професію, дохід, гендер, ранній розвиток дітей та етнічну приналежність. На всі ці фактори впливають суспільно-політичні, культурні та соціальні контексти, в яких вони формуються. У зв'язку, з чим іноді детермінанти здоров'я називають причинами причин. До окремої групи детермінант здоров'я часто включають систему охорони здоров'я, якість медичної допомоги і доступ населення до медичної допомоги, де може проявлятися нерівність у доступі, наприклад щодо отримання допомоги в заходах з профілактики, лікування і реабілітації одній особі або групі осіб, пов'язаних тими чи іншими характеристиками цих осіб. Часто медичні детермінанти об'єднують в одну групу під загальною назвою детермінанти системи охорони здоров'я.



Поняття нерівності тісно пов'язане з детермінантами здоров'я, саме нерівність в детермінантах призводить до нерівності в стані здоров'я.

У сучасному трактуванні всі детермінанти, що визначають здоров'я, поділяють на 5 груп, серед них виділяють: соціально-економічні фактори; фізичні фактори; особисту поведінку людини (поведінкові чинники, пов'язані зі здоров'ям, стиль життя); біологічні (генетичні) чинники; системі охорони здоров'я.

Соціально-економічні детермінанти включають вищу освіту, що частіше пов'язано з більш високою оплатою праці. А це пов'язано з більш здоровим способом життя і довшою тривалістю життя. Доведено, чим більша різниця в оплаті праці, тим більшою є різниця в показниках здоров'я. Соціальна позиція відображає нерівний розподіл матеріальних та інших ресурсів в кожному суспільстві, яке можна подати через систему соціальної ієрархії. Ця система включає рівень освіти, доходів, професійний статус і стать. У ній часто спостерігається дискримінація за ознаками етнічної приналежності або ВІЛ-статусу. Така соціальна ієрархія характеризується різним впливом шкідливих для здоров'я умов, диференційованою вразливістю з точки зору стану здоров'я і доступністю матеріальних ресурсів.

Фізичні фактори — це доступ до чистої питної води, чистого повітря, безпечні умови праці, екологія життєвого простору і безпека в громадах і на дорогах.

Особиста поведінка людини або стиль життя — це правильне харчування, фізичне навантаження, практики зменшення впливу стресу і достатня тривалість сну, позитивні взаємини з членами сім'ї, колегами, друзями. Вони позитивно впливають як на фізичне, так і на психічне здоров'я.

Біологічні фактори (генетика) — біологічно значуща детермінанта здоров'я, яка визначає тривалість життя, рівень здоров'я, схильність до тих чи інших захворювань. Водночас приналежність до сім'ї стимулює певне копіювання поведінки дорослих членів сім'ї, а саме, звичок здорового харчування або навпаки вживання алкоголю, тютюну, вміння або невміння долати стресові ситуації, приналежність до певної статі.

Система охорони здоров'я — наявність медичних закладів, які надають певний спектр медичної допомоги, від профілактики до паліативної допомоги. Це наявність медичного страхування чи іншого фінансового механізму, який забезпечує доступ до всіх цих послуг.

Усі вищезазначені детермінанти відіграють важливу роль у поясненні нерівності в стані здоров'я населення.



Комісія ВООЗ з соціальних детермінант здоров'я дає *три загальні рекомендації* щодо політики, спрямованої на зменшення соціальної нерівності щодо здоров'я: покращити умови повсякденного життя; подолати несправедливий розподіл влади, фінансів і ресурсів; вивчати і зрозуміти проблему нерівності та оцінити вплив спрямований на зменшення соціальної нерівності.

Найважливішими умовами розробки ефективної соціально-економічної політики є повне й адекватне уявлення про те, як формується нерівність щодо здоров'я, які чинники впливають на цей процес, як ці види нерівності пов'язані між собою, і які є шляхи зниження нерівності щодо соціально прийняттого рівня.

Вивчення різниці в стані здоров'я і тривалості життя певних соціальних груп населення, які істотно відрізняються за рівнем доходів дає змогу оцінювати ступінь соціальної нерівності, з одного боку, і виявляти шляхи і резерви підвищення соціального контролю стану здоров'я населення, а з іншого — є базою для прийняття обґрунтованих управлінських рішень.

Сьогодні політика, спрямована на збереження здоров'я і підвищення тривалості життя, сприймається світовим науковим співтовариством як усвідомлено планований і поступальний вплив на соціальні детермінанти суспільного здоров'я.

Єдиний спосіб скоротити розриви в стані здоров'я справедливим чином — це підвищити рівень здоров'я представників груп, які знаходяться в найбільш несприятливому становищі, до рівня здоров'я представників благополучних груп. Низхідне вирівнювання, як альтернативний вибір, не може навіть пропонуватися.

Основні підходи до зменшення соціальної нерівності щодо здоров'я є взаємозалежними і повинні доповнювати один одного. Останнім часом обговорювалися відносні переваги різних шляхів боротьби з соціальною нерівністю щодо здоров'я. *Трьома основними підходами для оцінки та подолання соціальної нерівності щодо здоров'я є:* фокусування лише на бідних; зменшення відмінностей в стані здоров'я; зменшення соціальної нерівності серед усього населення.

Перший (цільовий) підхід є дуже важливим, і успіхом вважається будь-яке поліпшення здоров'я в уразливих групах, навіть якщо відмінності між ними і благополучними групами вирости.

Мета другого підходу — зменшення відмінностей в стані здоров'я між найменш і найбільш благополучними суспільними групами.



Третій крок — це зменшення нерівності щодо здоров'я між усіма групами, а не тільки особами, які перебувають на крайніх щаблях соціальної драбини. Однак третій підхід не може бути відділений від двох інших, оскільки відмінності технічно можуть бути досягнуті шляхом зменшення розривів у стані здоров'я між представниками середніх і вищих соціально-економічних груп, нехтуючи при цьому бідними групами населення і залишаючи їх рівень здоров'я далеко позаду.

Єдиним вагомим показником зменшення соціальної нерівності серед населення в цілому буде поліпшення здоров'я груп, які знаходяться в найбільш несприятливому становищі, більш швидкими темпами, ніж груп із середніми та високими доходами.

7.4. Побудова системи охорони здоров'я на принципах справедливості

Політика, системи і програми соціального захисту та зайнятості здатні захистити громадян від економічних, природних та інших криз і надати їм кошти, необхідні для підвищення добробуту і створення можливостей для покращення життя. Наприклад, літній людині в Німеччині вдалося впоратися з проблемами, що виникли через несподівану втрату працездатності, завдяки відвідуванню «комплексного інформаційного центру» у відділі соціального забезпечення, співробітники якого без зволікання порекомендували йому програму соціальної допомоги, яка відповідає його потребам. Молода безробітна з Домініканської Республіки змогла знайти добре оплачувану роботу завдяки тому, що вона пройшла професійну перепідготовку за програмою, яка враховувала її потреби. Система охорони здоров'я сьогодні відіграє велику роль в забезпеченні справедливого здоров'я. У багатьох країнах світу системи охорони здоров'я будуються **на принципах справедливості, а саме:**

- служби охорони здоров'я не керуються принципом отримання прибутку і не повинні використовувати для цього пацієнтів;
- медичне обслуговування має забезпечуватись залежно від потреби, а не від платоспроможності. Для цього необхідне фінансування системи медико-санітарної допомоги, що враховує фактори ризику для населення в цілому з тим, щоб в будь-який час особи, схильні до високого ризику, субсидувалися тими, у кого такий ризик нижчий;
- високий стандарт медико-санітарної допомоги повинен бути забезпечений кожному, без відмінностей, пов'язаних із соціальним становищем, етнічною та гендерною приналежністю або віком;



– повинні бути чітко визначені пріоритетні питання і цілі системи охорони здоров'я, спрямовані на досягнення справедливості, і моніторинг за цими цілями має бути забезпечений найбільш ефективним способом.

ВООЗ доповнює принципи нерівності в стані здоров'я наступними тезами: справедливість від самого початку; здорові населені пункти — здорове населення; справедливі умови наймання і гідна робота; соціальний захист протягом усього життя; загальний справедливий доступ до медичної допомоги.

Політика здорового старту, або справедливість від самого початку. За висновком фахівців ВООЗ, більше 200 млн. дітей у всьому світі не реалізують повністю свій потенціал, це має величезні наслідки для їх здоров'я і суспільства в цілому. Інвестування в здоров'я і розвиток дітей забезпечує значну частину потенціалу для зменшення несправедливості щодо здоров'я. Все більше досліджень підтверджують значення середовища, в якому проживає дитина в ранньому дитинстві, і його вплив на подальшу поведінку, навчання і здоров'я протягом всього життя людини.

Особи, які в дитинстві проживали в сім'ях, де відчували матеріальні труднощі, в дорослому житті були більш схильні до розвитку захворювань і мали більш високий ризик передчасної смерті. Тому забезпечення рівних можливостей вимагає втручання якомога раніше. Зарубіжні дослідження продемонстрували переваги такої політики. Наприклад, в американському проєкті (США, Мічиган) діти у віці від трьох до п'яти років, що проживають в несприятливих економічних умовах, були залучені до програми раннього розвитку. До досягнення 27 років, у порівнянні з контрольною групою, вони виявилися більш високоосвіченими, частіше мали роботу, мали власне житло, були одружені, росли дітей; серед них спостерігалося менше кримінальних проблем і випадків вагітностей в підлітковому віці, і вони були менш схильними до психічних розладів. Компенсаторна освіта на ранньому етапі життя надає значні переваги для найбільш вразливих груп. Необхідно пам'ятати, що освіта є потужним предиктором здоров'я в подальшому житті, оскільки частково забезпечує доступ до зайнятості і доходів, і має прямий вплив на поведінку індивіда в зрілому віці, включаючи особливості харчування, фізичної активності, куріння тощо.

Україна має власні напрацювання щодо запобігання несприятливого впливу на здоров'я підростаючого покоління в нерівних умовах, в яких діти з'являються на світ і ростуть.

Здорові населені пункти — здорове населення. У загальнодержавній програмі «Здоров'я — 2020: український вимір» вказується, що сьогодні



охорона здоров'я є досить складною системою з багатьма факторами і детермінантами здоров'я, які охоплюють все суспільство. Пріоритетами цієї програми повинні стати: міжсекторальний підхід, створення сприятливих умов для поліпшення здоров'я населення і формування відповідального ставлення людей до власного здоров'я. Охорона громадського здоров'я повинна стати не тільки першочерговим завданням держави, суспільства, а й окремої людини. Крім того, для кожного регіону, з урахуванням його соціально-економічного стану, культурно-етнічних та історичних традицій, стану медико-демографічної ситуації, розвитку системи охорони здоров'я і впливу соціальних детермінант на стан здоров'я населення, повинні бути науково обгрунтовані і розроблені заходи щодо збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом оптимізації системи надання медичної допомоги та розвитку охорони здоров'я.

У загальнодержавній програмі «Здоров'я — 2020: український вимір» зазначено: «Метою нової політики є поліпшення здоров'я, підвищення рівня добробуту населення, скорочення нерівності стосовно здоров'я і забезпечення стійкості систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину». Це відповідає усвідомленню міжнародним співтовариством того, що наявність, фізична доступність, прийнятність, доступність за ціною і належна якість як медико-санітарної допомоги, так і системи громадського здоров'я, є важливими для досягнення найвищого можливого рівня здоров'я — одного з фундаментальних прав кожної людини, і саме, сектор охорони здоров'я повинен чітко діяти для скорочення нерівності щодо здоров'я.

Одним з напрямків досягнення мети програми визначено проведення наукових досліджень з вивчення негативного впливу факторів ризику і соціальних детермінант на здоров'я та шляхів його мінімізації.

Справедливі умови найму і гідна робота. Умови найму і роботи мають значний вплив на справедливість щодо здоров'я. Якщо ці умови сприятливі, вони можуть забезпечити стійке фінансове становище, соціальний статус, особистісний розвиток, соціальні відносини і почуття власної гідності, а також захист від фізичних та психосоціальних хвороб. Для мінімізації негативного впливу трудової діяльності на виникнення і поглиблення нерівності стосовно здоров'я потрібно зробити так, щоб повна зайнятість, справедливі умови найму і гідна робота стали головною метою при формуванні соціальної та економічної політики на національному рівні.

Необхідно проводити економічну і соціальну політику, спрямовану на забезпечення гарантованої роботи (для чоловіків і жінок в рівній мірі)



з таким розміром заробітної плати, яка враховує реальну поточну вартість здорового життя і здатна забезпечити дотримання його положень. Забезпечити захист всіх працівників на основі міжнародних трудових стандартів і політики, а також поліпшити умови праці на кожному робочому місці.

Соціальний захист протягом усього життя. Усе населення має потребу в соціальному захисті як протягом усього життя (від раннього дитинства до старості), так і в особливих ситуаціях, таких як хвороба, інвалідність і втрата доходу або роботи. Потрібно зміцнити політику загального всеосяжного соціального захисту, забезпечити охоплення системами соціального захисту тих, хто має неформальну роботу, роботу вдома і догляд за людьми.

Загальний справедливий доступ до медичної допомоги. Для досягнення гарного здоров'я і справедливості стосовно здоров'я важливо забезпечити рівний доступ до медичної допомоги. За відсутності своєчасної адекватної медичної допомоги, населення втрачає фундаментальні можливості поліпшити своє здоров'я (і часто безповоротно). Співтовариству необхідно створити систему (модель) надання якісної медичної допомоги на основі принципів справедливості, профілактики хвороб і зміцнення здоров'я з охопленням всього населення, орієнтовану на первинну медико-санітарну допомогу незалежно від соціального статусу і платоспроможності.

Цільовими орієнтирами політики «Здоров'я-2020» є: зниження передчасної смертності серед населення Європейського регіону; підвищення показників середньої очікуваної тривалості життя; зменшення масштабів нерівності стосовно здоров'я; підвищення рівня добробуту населення Європейського регіону; забезпечення загального охоплення послугами і право на найвищий досяжний рівень здоров'я; встановлення національних цілей і орієнтирів щодо здоров'я.

7.5. Приклади нерівності в здоров'ї дітей з ромських громад України та країн Європейського Союзу

Пріоритетним завданням нової європейської політики охорони здоров'я «Здоров'я — 2020» є боротьба з тягарем хвороб в усьому Європейському регіоні з використанням таких засобів, які ефективно вирішують проблему несправедливості щодо здоров'я і благополуччя як всередині різних товариств, так і між ними. Ці принципи враховані в проєкті Загальнодержавної програми «Здоров'я — 2020: український вимір».



У світовій практиці достатньо прикладів несправедливої і нерівної політики щодо здоров'я, наприклад: особи з більш високими доходами мають кращий доступ до профілактичних заходів, лікування і реабілітації, і як наслідок — краще здоров'я; особи з більш високими статками мають кращий раціон харчування і більш високу фізичну активність, що зменшує ризики ожиріння, гіпертензії і цукрового діабету; жінки, які належать до релігійних громад або національних меншин (ромські громади, протестантські громади), мають обмежений доступ до послуг з планування сім'ї, як результат — мають значно більшу кількість дітей і гірші показники здоров'я; діти в ромських громадах мають значно нижчий рівень охоплення вакцинацією.

Прикладами нерівності в здоров'ї у дітей з ромських громад можуть бути: діти з ромських громад з народження оточені дискримінацією і нерівними умовами в отриманні медичної допомоги; відсутність документів у матері або у обох батьків; пологи вдома / незареєстровані діти; мінімальний догляд або відсутність антенатального і постнатального догляду; відсутність культури вакцинації в цілому та інформаційних матеріалів на відповідній мові; найбільші ромські громади, проживають в Закарпатській і Одеській областях. І хоча діти, поки не є основною руйнівною силою епідемії кору, але сьогодні вони мають найнижчі показники вакцинації.

Прикладом охоплення щепленнями дітей з ромських громад в країнах ЄС є: 90% випадків кору під час епідемії кору в Болгарії в 2014 році були зареєстровані саме серед дітей з ромських громад (в Україні офіційна статистика відсутня); ймовірність, що ромська дитина буде вакцинована від дифтерії, коклюшу та правця, поліомієліту, кору, краснухи та паротиту становить 55–60% порівняно з дітьми неромської національності; 51–53% ромських дітей частково вакциновані в Словаччині, де інші діти мають рівень вакцинації 99%. У 2007 році була прийнята програма з вакцинації ромських дітей, але тривалий час не втілювалася через брак коштів; в Румунії — 45,7% таких дітей не отримали всіх щеплень згідно з календарем, а 50% дітей — взагалі не отримали жодної вакцинації; у Франції майже всі спалахи інфекційних хвороб пов'язують з невакцинованими ромськими дітьми, що в свою чергу призводить до ще глибшої стигматизації цих дітей, як серед однолітків, так і серед медичних працівників.

Стигматизація — (переклад з грецької — «ярлик», «тавро») — таврування, нанесення стигми. На відміну від слова таврування, слово стигматизація може позначати навішування ярликів. У цьому сенсі стигматиза-



ція — пов'язування будь-якої якості (як правило, негативної) з окремою людиною або безліччю людей, хоча цей зв'язок відсутній або не доведено. Стигматизація є складовою частиною багатьох стереотипів.

ТЕМА 8. ЖИТТЯ ЯК ЦІННІСТЬ. СТАВЛЕННЯ ДО СМЕРТІ ТА ПОМИРАННЯ ЯК МОРАЛЬНА ПРОБЛЕМА

8.1. Життя як явище та форма існування

Життя кожної людини безцінне. І тому, що воно є найскладнішою формою існування, і тому, що воно унікальне і неповторне, і тому, що воно скінченне і поки є таким коротким.

Життя — є безцінним даром, який людина отримує при народженні. Але як розпорядитися цим даром цілком залежить від неї. Життя можна витратити на різні задоволення, на те, щоб отримати якомога більше приємних вражень і насолод. Але від такого життя можуть залишитись тільки приємні спогади, які не завжди тішать в старості.

Саме через цю величезну цінність життя не варто розтрачувати його на щось менш цінне, в тому числі і на самі лише задоволення. Людина мусить цінувати своє життя навіть тоді, коли воно йде не за планом, коли в ньому більше негараздів, ніж радощів.

Життя — це явище, яке є сукупністю фундаментальних загальнобіологічних ознак (метаболізму, гомеостазу, росту, розвитку, відповіді на подразнення, розмноження, еволюції тощо), які характеризують живих істот, відрізняючи їх від неживих об'єктів. Життя визначається як форма існування матерії, найхарактернішими рисами якої є обмін речовин, самооновлення та самовідтворення.

Німецький філософ XIX століття *Артур Шопенгауер (1788–1860)* визначив життя людини як прояв світової волі: людям здається, що вони вчиняють за власним бажанням, але насправді ними рухає чужа воля. Будучи несвідомою, світова воля абсолютно байдужа до своїх творинь — людей, кинутих нею напризволяще у вир випадково складних обставин.

Життя людини, за А. Шопенгауером, — це постійна боротьба зі смертю, невпинне страждання, причому всі зусилля звільнитися від страждань призводять лише до того, що одне страждання замінюється іншим, тоді як задоволення основних життєвих потреб обертається тільки пересиченням і нудьгою.



Життя — це форма існування дієвих інструкцій з організації матерії. Якщо інструкції виконуються — тоді цей процес називається життєдіяльністю. Життя на Землі з'явилося приблизно 3,8 млрд років тому. Існує кілька гіпотез виникнення земного життя, з яких найбільш поширеною є гіпотеза самозародження.

Термін життя у різних значеннях вживається у філософії і релігії, які, зокрема, стосуються понять буття, свідомості, сенсу життя, концепції Бога або Богів, душі, життя після смерті та ін. Роблячи своє життя розумним і свідомим, підпорядковуючи його великій меті, заповнюючи його самовідданою працею на благо людства, присвячуючи його іншому населенню, людина сама істотно збільшує цінність власного життя.

І навпаки, якщо людина живе тільки одним днем, розмінює своє життя на багато дрібних випадкових справ, якщо вона шукає лише вигоди для себе, живе виключно для задоволень, то її життя наприкінці, перед смертю, варте стільки ж, а то й менше, ніж було від самого початку, одразу після народження.

Життя дитини, яка ще нічого не встигла зробити, а лише потребує постійної турботи й уваги, є величезною цінністю і для її батьків, і для суспільства.

По-перше, допомагаючи зростати іншій людині, батьки певною мірою вже виправдовують і власне існування, роблять його більш цінним. І багато з них сподіваються, що їхні діти, коли виростуть, здійснять те, чого вони самі не змогли або не зуміли зробити.

По-друге, життя, яке щойно почалося, має особливу цінність, оскільки воно необмежене у можливостях. У дитини все ще попереду. Кожен за сприятливих умов може стати у майбутньому видатною особистістю, зробити багато прекрасного, доброго, корисного. Тому обов'язок і батьків, і суспільства — забезпечити кожній дитині гідні умови для розвитку.

Якщо життя прожите марно або зроблена лише невелика частку того доброго, що могла і зобов'язана була зробити людина, в цьому випадку цінність життя є набагато меншою, ніж вона могла б бути.

Життєві обставини бувають різними. Так, багато хто із старшої генерації через війну, нестачі повоєнних років прожив важке буденне життя. Будь-яка людина в старості заслуговує на шанобливе ставлення вже хоча б тому, що вона — жива людина. І ще невідомо, як складеться життя тих, хто нині молодий і мріє про «висоти» життя, якими будуть під кінець життя вони самі.

Творити добро в міру своїх талантів і здібностей мусить кожен, адже це високе покликання людини. А кожна людина — є неповторною осо-



бистістю. На цілій планеті нема двох однакових людей, навіть близнята, котрі зовні дуже схожі, насправді — різні, бо у кожного є свої відчуття, своє бачення подій, власне життя. Тому в кожній людині життя складається по-різному, і не можна його прожити за когось.

8.2. Сенс життя як філософська та духовна проблема

Сенс життя, сенс буття — одне з основних світоглядних понять, що має величезне значення для духовно-морального становлення особистості. Сенс життя розуміють як суб'єктивну оцінку прожитого життя та відповідності досягнутих результатів початковим намірам, як розуміння людиною змісту та спрямованості свого життя, свого місця у світі, як проблему впливу людини на навколишню дійсність та постановку людиною цілей, що виходять за межі її життя.

Питання про сенс життя є однією з традиційних проблем філософії, теології та художньої літератури, де воно розглядається переважно з точки зору визначення того, у чому полягає найгідніший людини сенс життя. Уявлення про нього складаються в процесі діяльності людей і залежать від їхнього соціального становища, змісту розв'язуваних проблем, способу життя, світорозуміння, конкретної історичної ситуації. У сприятливих умовах людина може бачити сенс свого життя у досягненні щастя і благополуччя. У ворожому середовищі існування життя може втратити для неї свою цінність і сенс.

Питання про сенс життя люди ставили і ставлять досі, висуваючи конкуруючі гіпотези, філософські, теологічні та релігійні пояснення. Отримані відповіді на ці питання формували науку. Наука в змозі відповісти з певною часткою достовірності на конкретні запитання «Як саме...?», «За яких умов...?», «Що буде, якщо...?». Ненауково поставлені запитання, типу «У чому (що є) мета (сенс) життя?», «Навіщо мені жити?» залишаються в рамках тільки філософії і теології. Біологічні основи виникнення подібних питань досліджуються в психології.

Інтерпретацію відповіді на питання про сенс життя у виконанні Поля Гогена можна побачити на його картині «Звідки ми прийшли? Хто ми? Куди ми йдемо?», закінченій у 1898 році. Поняття сенсу життя існує у будь-якій розвиненій світоглядній системі, виправдовуючи і витлумачуючи властиві цій системі моральні норми та цінності, демонструючи цілі, що виправдовують передбачувану ними діяльність.

Соціальний стан індивідів, груп, класів, їх потреби та інтереси, прагнення й очікування, принципи і норми поведінки визначають зміст масових



уявленнь про сенс життя, які при кожному суспільному ладі мають специфічний характер, хоча і виявляють відомі моменти повторюваності.

Піддаючи теоретичному аналізу масової свідомості уявлення про сенс життя, багато філософів виходили з визнання якоїсь незмінної «людської природи», конструюючи на цій основі якийсь ідеал людини, в досягненні якого і вбачався сенс життя, основне призначення людської діяльності.

Великі філософи, Сократ, Платон, Декарт, Спіноза, Діоген та багато інших, мали чіткі уявлення про те, яке життя «найкраще» (а, отже, і найбільш осмислене) і, як правило, асоціювали сенс життя з поняттям блага.

8.3. Життя як переживання та життя, зосереджене в миттєвості

Людина не може залишатися байдужою до власного життя. Вона переживає все, що відбувається з нею як трагедію, драму, комедію, фарс, мелодраму тощо. Тональність її загального ставлення до життя є досить стійкою, хоч і залежить від вікового етапу чи життєвих обставин. У загальній детермінації людської поведінки типове ставлення до життя виступає як внутрішні умови вчинкової активності. Від цього ставлення залежать ступінь свободи людини від випадкових обставин, її відповідальність, рівень інтернальності.

У житті завжди є трагічне й комічне, світле й темне, радісне й сумне. Різні люди акцентують увагу на певних обставинах: та ж сама ситуація сприймається зовсім по-різному. В ситуації діє людина зі своїми бажаннями, потребами, прагненнями, установками, емоційними станами. Сприйняття людиною конкретної ситуації певним чином змінює об'єктивні обставини.

Переживання власного буття може бути і неусвідомлюваним чи усвідомлюваним частково. Життя сприймається як природний процес — безпосередньо, щиро, наївно. Таке ставлення типове для дитинства, до якого інколи дуже кортить повернутися. Подібна відсутність будь-якої рефлексії виникає й у дорослої людини, коли та перебуває у полоні сильного афекту, кризового стану.

Інший спосіб переживання життя передбачає появу самосвідомості. Рефлексія ніби припиняє безперервний процес життя і дає змогу людині побачити його ззовні. Цей момент є вирішальним, ключовим, тому що починаючи саме з нього кожний вчинок стає відбиттям нового, глибинного, відповідального ставлення до власного існування. Набувають значущості моральні переживання, небайдужість, пристрасне ставлення до оточуючих. Цінність життя іншої людини дорівнює цінності власного життя.



Важливою характеристикою людини є її здатність переживати уявне як дійсне, минуле і майбутнє — як теперішнє. Все, що минає, не зникає з нашого життя, а переживається багаторазово, інколи зі зростаючою силою — набагато більшою, ніж у момент реальної події.

Світ можливого, бажаного, очікуваного, ймовірний та фантастичний, теж безпосередньо впливає на сучасний період життя. Майбутнє переживається не менш яскраво, ніж минуле.

Завдяки переживанню життя як єдиного цілого, що охоплює минуле, теперішнє і майбутнє, людина закріплює зв'язок різних часів свого буття. Вона будує життєвий шлях відповідно до переживання життя як такого, відповідно до репрезентації у свідомості його цінності.

Специфічна риса розуміння проблеми часу життя, що має початок ще у Святого Августина, — це психологізм. Час сприймається як психологічний факт, внутрішній досвід людської душі.

Августин першим підкреслював співіснування минулого і майбутнього у теперішньому часі, їх спільне перебування в миттєвості сьогодення. Кожної хвилини людина повинна бути готовою до смерті, до того, що її душа зв'явиться перед творцем. Отже, до часу і вічності людина має безпосереднє, особистісне ставлення. Час стає суттєвою рисою духовного життя, невід'ємною стороною свідомості.

Сучасна психотерапія вчить людину якомога частіше перебувати тут і тепер, у нинішньому часі, відволікаючись від мрій і згадок, передчуття майбутніх подій та переживань з приводу тих, що давно відбулися.

Теперішнє являє собою перехід минулого і майбутнього одне в одне, їх динаміку, зустріч, контакт. Теперішній час розділяє часи і зв'язує їх. Все, що фізично вже минуло, але зберегло зв'язок із тим, що триває і має життєвий сенс, особистісну значущість, психологічно продовжує існувати. Саме так те, що фізично ще не починалось, але у нашій уяві має сенс, пов'язане з сьогоденням, зумовлює його, це мінливе майбутнє теж є реальністю.

8.4. Смерть як завершальна фаза онтогенезу

Смерть є незворотним припиненням усіх функцій організму, закінченням розвитку людини. У минулі часи люди більше знали про практичну сторону смерті, оскільки за тим, хто вмирав, здебільшого доглядали вдома рідні. Значна увага приділялася підготовці тіла до поховання, обрядам, які цьому передують. Сучасна цивілізація віддаляє живих від природного процесу вмирання та смерті.



Непередбачуваність, неминучість, несподіванка і часом невизначеність причин, що призводять до смерті, виводили саме поняття смерті за межі людського сприйняття, перетворювали смерть на божественну кару за гріховне існування або божественний дар, після якого людину чекає вічне і щасливе життя.

У багатьох народів існували уявлення про смерть як про момент, коли безсмертна душа людини розлучається з тілом і прямує до душ предків. Також були й обряди поклоніння смерті.

Кінець XIX і особливо XX століття внесли до проблеми смерті корінні зміни. Смерть перестала нести на собі відбиток містики, але таємниця її збереглася. Смерть, будучи закономірним завершенням життя, стала таким же об'єктом наукових досліджень, як і саме життя. *Альфред Нобель (1833–1896)*, засновник Нобелівських премій, рекомендував особливу увагу звернути на вивчення питань старіння і вмирання організму, фундаментальних проблем сучасної біології та медицини.

Таким чином, уже на початку XX століття смерть з містичної «речі в собі», яка могла бути лише в думках вчених, перетворилася на об'єкт наукового пошуку, що вимагає спеціальних досліджень та аналізу. Об'єкт, який дозволяє не тільки зрозуміти причини припинення життя, а й зрозуміти першооснови, що відрізняють живі об'єкти від неживих.

Смерть — це загальнобіологічне явище. *Біологічна смерть (Biological death)* — незворотне припинення життєдіяльності організму, неминуча стадія індивідуального існування будь-якої відокремленої живої системи. З біологічної точки зору прийнято розрізняти природну і неприродну смерть. *Природна смерть (Natural death)* — це закономірне припинення діяльності організму внаслідок повного вичерпання його фізіологічних можливостей, що спостерігається при глибокій старості, значній недоношеності або наявності несумісних з життям вад анатомофізіологічного розвитку. *Неприродна смерть (Unnatural death)* настає внаслідок хвороби або пошкодження від дії чинників навколишнього середовища. За категорією смерть може бути насильницькою або ненасильницькою. *Насильницька смерть* настає від дії зовнішніх чинників різного походження. На відміну від насильницької, *ненасильницька смерть* зумовлена тільки внутрішніми причинами, тобто хворобами. Вид смерті визначають або за чинником навколишнього середовища, або за хворобою системи органів, які призвели до настання смерті.

У медицині вивченням процесу смерті займається наука танатологія. *Танатологія (Thanatology)* — розділ теоретичної і практичної медицини, що вивчає стан організму в кінцевій стадії патологічного процесу, дина-



міку і механізми вмирання, безпосередні причини смерті, клінічні, біохімічні і морфологічні прояви поступового припинення життєдіяльності організму.

Основні причини смерті у світі від захворювань. Причини смерті можуть бути віднесені до трьох категорій: що передаються (інфекційні та паразитарні захворювання, а також патологічні стани при вагітності, пологах), неінфекційні захворювання (хронічні) та травматизм.

ВООЗ виділяє 10 основних причин смерті у світі. У першу десятку увійшли сім неінфекційних захворювань. У списку також вперше опинилися хвороба Альцгеймера і діабет. До них відносяться: ішемічна хвороба серця — 16%; інсульт — 11%; хронічна обструктивна хвороба легень — 6%; інфекції нижніх дихальних шляхів — 4,7%; неонатальні патологічні стани — 3,6%; рак трахеї, бронхів та легень — 3,3%; деменція — 2,9%; кишкові інфекції — 2,7%; діабет — 2,5% та хвороби нирок — 2,3%.

8.5. Ставлення до смерті. Вмирання та смерть

Сприйняття кожною особою наближення смерті є індивідуальним. З огляду на це психологи стверджують, що пристосування до смерті долає такі стадії: *заперечення* — людина відмовляється визнати можливість своєї смерті, шукає обнадійливих думок і діагнозів; *гнів* — усвідомлення неминучості смерті і пов'язане з цим руйнування планів викликають у людини стан фрустрації — переживання невдачі. Унаслідок цього її охоплюють образа, гнів, заздрість до інших; *торги* — сподіваючись продовжити своє життя, людина дає різні обіцянки (кинути вживати алкоголь чи палити, поглибити свою віру в Бога тощо); *депресія* — свідченням її є втрата інтересу до життя, відчай, безнадія. Неминучість смерті, розлуки з рідними і близькими викликають у людини переживання горя; *прийняття* — людина вирішує змиритися зі своєю долею та неминучістю смерті, в її душі встановлюється мир і вона спокійно доживає останні дні.

У розвинутих країнах поширеним є заперечення смерті як умираючими, так і їхніми близькими. Заперечення — це своєрідний механізм подолання стресу і психологічного захисту, застосування якого може заважати активно боротися з життєвими труднощами. Цілком природно, що люди бояться смерті. Однак тих, хто дожив до старості, лякає не смерть сама по собі, а перспектива тривалого, болісного, нестерпного, тяжкого вмирання.

Усвідомлення наближення смерті спонукає літню людину реконструювати в пам'яті минуле, знову подумки пережити радісні хвилини та втрати.



Огляд власного минулого наприкінці життя допомагає вирішити внутрішні конфлікти, переосмислити власне життя, оцінити свої можливості, зрозуміти себе, з'ясувати справжні цінності та значущі здобутки життя.

Останнім часом набули актуальності етичні проблеми вмирання і смерті. Серйозну полеміку викликає питання про право людини на смерть, на автоевтаназію — вкорочення собі віку у зв'язку з нестерпними муками від хвороб чи евтаназію — дії лікаря щодо припинення життя безнадійно хворих людей. Ця проблема не знаходить однозначного медичного, морально-духовного та правового вирішення в суспільстві.

Традиційна медицина намагається підтримати життя смертельно хворих за допомогою медицини та спеціальної апаратури, ігноруючи при цьому потреби людини в автономії і спілкуванні, виявленні почуттів і звичному оточенні, збереженні контролю за власним життям і поінформованості щодо стану власного здоров'я.

Створення оптимальних умов для вмираючої людини передбачає надання їй психологічної та соціальної допомоги. Існує думка, що кожна особа має право померти без штучного продовження свого життя.

Ідея хоспісу (установи, що надає комплексну допомогу смертельно хворим особам та їх родинам) передбачає ставлення до смерті як до нормальної і природної стадії життя, наближення якої необхідно сприймати з гідністю. Смерть так само природна, як і народження.

Перший хоспіс організували в Англії у 1967 році. Метою його створення було допомогти смертельно хворим пацієнтам прожити останні дні незалежно, безболісно подолати усі страждання (фізичні, моральні, соціальні і духовні).

Працівники хоспісу підтримують рідних вмираючого пацієнта, їхні стосунки з ним. Конкретна допомога включає регулярні огляди лікаря, різні види терапії, послуги медсестри, психологічні, юридичні і фінансові консультації, послуги духовної особи, прибирання в помешканні, харчування тощо. Усе це полегшує останні дні людини, допомагає їй гідно зустріти смерть.

Смерть є не просто закінченням життя. Вона тісно пов'язана з народженням і життєвим циклом. Наприклад, для китайської культури притаманна традиція, згідно якої у разі смерті дідуся та бабусі онуки відповідного віку створюють сім'ю та народжують дітей. Існує також традиція називати дітей іменами близьких людей, які пішли з життя. Нове народження означає оновлення та зв'язок між поколіннями. А народження і смерть утворюють нескінченний ланцюг життя сім'ї, роду, нації, людства.



8.6. Проблеми евтаназії, історія виникнення та класифікація

Евтаназія (Euthanasia, грец. «euthanasia» — eu — добре, приємно + «thanatos» — смерть) — умисне позбавлення життя хворого з метою полегшення його страждань. Евтаназією називається кожна дія, спрямована на те, щоб покласти край життю тієї чи іншої особи, йдучи назустріч її власному бажанню, виконана незацікавленою особою.

Евтаназія офіційно вперше законодавчо закріплена у Нідерландах, де парламент у 1994 р. прийняв відповідну інструкцію. Його приклад наслідували деякі законодавчі органи інших країн: США, зокрема штат Орегон (1994 р.), Північної провінції Австралії (1995 р.).

Евтаназія переслідується законом у всіх інших країнах, навіть якщо хворий сам висловлює та юридично оформлює побажання про те, щоб йому допомогли померти. Вперше термін «Евтаназія» був запропонований у XVII ст. англійським філософом Ф. Беконом для визначення легкої та безболісної смерті і з XIX ст. став означати «умертвити когось із жалю».

Широко цю проблему почали обговорювати від середини 1950-х років XX ст., коли лікар Дж. Геворкян опублікував у пресі низку статей, в яких закликав безболісно позбавляти життя злочинців, засуджених до страти, а їх тіла використовувати для наукових досліджень, окремі органи — для трансплантації.

Згодом, коли Дж. Геворкян став свідком жорстоких самогубств, він висловив думку, що зневіреним безнадійно хворим людям, які вирішили вкоротити собі віку, необхідно в цьому допомогти.

Розрізняють *активну* і *пасивну* евтаназію. При пасивній евтаназії припиняється надання медичної допомоги, лікування для підтримки життя, що прискорює настання природної смерті. Така практика поширена в усіх країнах світу, у т.ч. й у нашій країні. Проте найчастіше коли говорять про евтаназію, мають на увазі активну евтаназію, під якою розуміють введення вмираючому лікувального препарату, що зумовлює швидке, безболісне настання смерті.

Активна евтаназія має декілька форм:

- *перша форма* — «убивство з милосердя» (відбувається в тих випадках, коли рідні або сам лікар, спостерігаючи болісне страждання безнадійно хворої людини і не маючи змоги допомогти, вводять їй надвисоку дозу знеболювального препарату, внаслідок чого настає швидка і безболісна смерть;



- *друга форма* активної евтаназії — самогубство під контролем лікаря, здійснюється за згодою пацієнта, лікар тільки допомагає йому покінчити з життям;
- *третья форма* — власне активна евтаназія — відбувається без допомоги лікаря. Пацієнт сам вмикає прилад, дія якого призводить до швидкої та безболісної смерті.

Але проблема евтаназії виникла не тільки в клінічній практиці. Ще раніше вона постала перед ученими-фізіологами, патофізіологами, фармакологами, які під час проведення досліджень використовували тварин і за необхідності, що виникала в умовах досліду, позбавляли їх життя.

Отже, евтаназія — серйозна проблема сучасної біоетики, для розгляду якої потрібне врахування всіх «за» і «проти». Ситуація евтаназії є відображенням споконвічного конфлікту між нормативною та ситуаційною етикою. З одного боку, принцип нормативності потребує поваги до унікальності життя будь-якого пацієнта, а з іншого — сувора правда життя закликає до економії людських сил та ресурсів.



РОЗДІЛ 3

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПОПУЛЯЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

ТЕМА 9. ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЯК СТРАТЕГІЧНА СКЛАДОВА СТАЛОГО РОЗВИТКУ КРАЇНИ, ЙОГО ОСНОВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ

9.1. Медико-соціальні аспекти здоров'я населення

Здоров'я громадян є однією з найбільших цінностей для кожної цивілізованої країни, найважливішою складовою її соціально-економічного розвитку, тому метою кожної держави має бути збереження здоров'я населення і прагнення забезпечити кращі показники здоров'я населення і подовження тривалості життя.

За визначенням Пан Гі Муна, 8-го Генерального секретаря ООН (2007–2016) «Здоров'я має посісти центральне місце в соціальному, економічному та політичному порядку денному держави. Гарне здоров'я сприяє соціальному розвитку й економічній продуктивності, а також політичній стабільності та безпеці. Інвестиції у здоров'я є внеском в економіку та розвиток».

Отже, збереження і зміцнення здоров'я населення загалом і молодого покоління зокрема — цінність, яка має стратегічне значення для сталого розвитку суспільства і належить до актуальних завдань розвитку сучасних країн.

9.2. Рівні та групи здоров'я населення

У медико-соціальних дослідженнях при оцінці здоров'я населення виділяють наступні *рівні здоров'я*: індивідуальне, групове, здоров'я організації (корпоративне), здоров'я громади (регіональне), здоров'я населення країни та здоров'я населення всього світу.

Індивідуальний рівень здоров'я сформований на основі фізіологічних, психічних та соціальних особливостей індивідуума. Індивідуальне здоров'я має наступні складові: фізичну, психічну, духовну і соціальну.

Показниками *фізичного здоров'я* є персональні властивості анатомічної будови тіла, досконала (за нормою) фізіологічна діяльність організму



в різних умовах спокою, руху, довкілля, генетичної спадковості, рівень фізичного розвитку органів і систем.

Показниками *психічного здоров'я* є певні показники психічних процесів і особливостей людини, наприклад, збудженість, емоційність, чутливість, вдача. Психічне життя особи включає мету, потреби, зацікавлення, прагнення, мотиви, настанови, уяви, почуття тощо. Психічне здоров'я пов'язане з притаманними кожній людині рисами характеру, здібностями, мисленням.

Показниками *духовного здоров'я* є духовний світ особистості, сприйняття нею духовної культури людства, освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики. Свідомість людини, її ментальність, життєве самовизначення, сенс життя, оцінка ступеня реалізації здібностей і можливостей у взаємозв'язку власних ідеалів і світогляду — все це обумовлює стан духовного здоров'я.

Показники *соціального здоров'я* пов'язані з економічними чинниками, стосунками особистості зі структурними одиницями соціуму (сім'єю, організаціями), з якими створюються соціальні зв'язки: праця, відпочинок, побут, соціальний захист, охорона здоров'я, безпека існування тощо. Загалом соціальне здоров'я обумовлене характером і рівнем розвитку, притаманним головним сферам суспільного життя у певному середовищі.

Групове здоров'я — здоров'я соціальних та етнічних груп обумовлене специфікою життєдіяльності людей конкретного трудового чи сімейного кола.

Здоров'я організації (корпоративне здоров'я). Середовище в якому перебуває і працює людина відіграє вкрай важливу роль у її житті, у формуванні звичок, у стані здоров'я — фізичного і психічного.

Здоров'я громади або регіональне здоров'я — це здоров'я населення адміністративних територій. Мотивувати населення громади дбати про своє здоров'я і дотримуватись рекомендацій щодо ведення здорового способу життя — одна з головних задач на цьому рівні. В збереженні здоров'я громади надзвичайно важливу роль відіграють органи місцевого самоврядування, адже саме вони володіють інформацією щодо ситуації.

Здоров'я населення країни (популяційне здоров'я суспільства) характеризує здоров'я населення вцілому та виявляє цілісну систему матеріальних і духовних взаємозв'язків, існуючих у суспільстві.

Здоров'я населення усього світу. Зусилля людства мають бути спрямовані на досягнення найвищого рівня здоров'я, добробуту і справедливо-



сті в усьому світі шляхом розумної уваги до людських систем — політичних, економічних і соціальних.

Здоров'я є широким міждисциплінарним поняттям, що перебуває в центрі уваги багатьох наук, пов'язаних з людиною: медицина, валеологія, філософія, соціологія, педагогіка, психологія, економіка та їх підгалузей. Тому багато термінів, що характеризують здоров'я, запозичені з суміжних дисциплін (соціології, психології, управління, екології, економіки та ін.) і не завжди відображають справжнє значення термінів у медичному розумінні. У літературі можна знайти значну кількість визначень поняття «здоров'я». Але всі вони базуються на **п'яти групах концептуального підходу**.

До 1-ої групи можна віднести ті концепції здоров'я, в яких використовується функціонально-біологічний підхід до визначення цього поняття. Наприклад: «Стан організму, за якого він здатний повноцінно виконувати свої функції».

До 2-ої групи відносяться концепції, в яких здоров'я людини розглядається з позиції динамічної рівноваги організму, його функцій і чинників навколишнього середовища. Здоров'я за такого підходу розглядається як стан динамічної (гомеорезис) і статичної (гомеостаз) рівноваги організму та середовища, а критерієм оцінки рівноваги є відповідність структур та функцій організму навколишнім умовам.

3-я група об'єднує концепції, в яких здоров'я людини розглядається на основі використання соціально-біологічного підходу. Соціальні закономірності людини та її здоров'я є визначальними у розвитку людини як біологічної особи.

У концепціях 4-ої групи використовується адаптаційний підхід у розгляді здоров'я людини. Це означає, що представники цієї групи вивчають здатність організму пристосовуватись до умов існування у навколишньому середовищі, які постійно змінюються.

До 5-ої групи належать концепції здоров'я, в основі яких лежить аксіологічний (ціннісний) підхід. Ціннісний підхід включає три рівні цінностей:

- біологічний — досконалість саморегуляції організму, гармонія фізіологічних процесів та, як наслідок, максимум адаптації;
- соціальний — здоров'я є мірою соціальної активності, раціонального ставлення індивіда до світу;
- особистісний, психологічний — здоров'я означає не відсутність хвороби, а скоріше, заперечення її, у сенсі подолання.

Також необхідно виділити чотири концептуальні моделі здоров'я за П.І. Калью (1998).



Медична модель, в основі даної моделі знаходяться медичні ознаки і характеристики здоров'я, яке розглядається як відсутність хвороб та їх симптомів.

Біомедична модель, включає відсутність суб'єктивних відчуттів нездоров'я та органічних порушень.

Біосоціальна модель, розглядає здоров'я, як єдність медичних і соціальних ознак, при цьому пріоритетом є соціальні ознаки.

Ціннісно-соціальна модель — здоров'я розглядається як цінність людини, саме до цієї моделі належить визначення ВООЗ.

Існує понад 200 визначень здоров'я, але в **міжнародній практиці прийнято характеризувати здоров'я з трьох позицій, а саме:** філософської, теоретичної і практичного підходу.

Філософський підхід або норма для живого організму — це інтервал, в межах якого кількісні коливання біологічних процесів здатні утримувати живу систему на рівні функціонального оптимуму. Дане визначення відповідає поняттю норми здоров'я та широко використовується в медичній практиці.

Теоретичний підхід або ідеал здорової людини (ВООЗ) — це стан повного соціального, біологічного та психічного благополуччя, коли функції всіх органів і систем урівноважені з навколишнім середовищем, відсутні захворювання, хворобливі стани та фізичні дефекти. Дане визначення було сформульоване Всесвітньою організацією охорони здоров'я (Статут ВООЗ — 1948 рік).

Фізичне благополуччя (Physical well-being) — це здатність людини до повсякденної фізичної активності, повноцінної праці, з урахуванням її індивідуальних характеристик: віку, статі, трудових навичок, характеру професійної діяльності та регіональних умов життя.

Психічне благополуччя (Mental well-being) — здатність організму контролювати поведінку і емоції, пізнавальну діяльність, а також змога відчувати позитивні емоції, які характеризуються певною частотою та інтенсивністю.

Соціальне благополуччя (Social well-being) — це задоволеність людини місцем і роллю в суспільстві, відносинами з колегами, друзями, знайомими, рівнем і якістю життя.

З точки зору практичного підходу здоров'я характеризується як стан організму, коли він здатний повноцінно виконувати свої соціальні та біологічні функції.

Здоров'я — це багатовимірне поняття, яке вже давно виходить за рамки просто відсутності захворювань. Сучасна концепція здоров'я вказує



на те, що певні детермінанти (фактори ризику) визначають стан здоров'я людини.

9.3. Детермінанти здоров'я

Детермінанти здоров'я (*Determinants of health*) — умови, за яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють. Ці умови визначають шанси людини на забезпечення міцного здоров'я та довголіття. Це низка взаємодіючих факторів, які формують здоров'я і самопочуття лежать в основі соціальної та економічної нерівності. Ці детермінанти включають: матеріальне становище, соціальне середовище, психосоціальні фактори, поведінкові та біологічні фактори.

У свою чергу на ці фактори впливає соціальне становище людини, яке формується через освіту, професію, дохід, гендер, ранній дитячий розвиток, етнічну приналежність і расу.

На всі ці чинники впливає суспільно-політичний, культурний і соціальний контексти, в яких вони формуються, тому іноді детермінанти здоров'я називають причинами причин, оскільки здоров'я стосується не тільки індивідуальної поведінки чи схильності до ризику, а й того як соціальні, екологічні, економічні і культурні фактори формують здоров'я населення в усьому світі. В окрему групу детермінант здоров'я часто виокремлюють систему охорони здоров'я і власне доступ до медичної допомоги.

Детермінанти здоров'я поділяють на: генетичні та біологічні (вік та стать); поведінкові; соціальні, чинники фізичного оточення людини; чинники системи охорони здоров'я — доступ та якість медичної допомоги.

Чинники поза межами країни, в якій проживає людина, також мають істотний вплив на здоров'я та самопочуття. До них належать: інтеграція світової економіки, фінансових ринків і торгівлі; широкий доступ до ЗМІ та комунікаційних технологій; деградація навколишнього середовища через безвідповідальне використання ресурсів.

Також детермінанти здоров'я поділяють на: особисті (стать, вік, спадковість); соціальні зв'язки (підтримка сім'ї і оточення, участь у громадських ініціативах); умови проживання та роботи (житло, рівень медичної допомоги); загальні (природні, культурні, політичні, соціальні).

Для роботи з детермінантами здоров'я можна використовувати піраміду впливу на здоров'я. Дана піраміда описує план дій для різних видів втручань громадського здоров'я. Коли ми рухаємось вниз по піраміді, вплив чинників на здоров'я населення зростає. Однак коли ми рухаємось



вгору, кількість індивідуальних зусиль збільшується. Починаючи з вершини, ми можемо давати консультації та проводити освітні заходи щодо здоров'я, проводити клінічні втручання або більш тривалі профілактичні інтервенції, змінювати контекст в якому люди діють, щоб рішення, які вони приймають були здоровішими. І, нарешті, позитивно впливати на соціально-економічні фактори (Рис.1).

Слід зауважити, що іноді необхідно йти на компроміси. Іноді доводиться відмовлятися від ресурсів в одній області, щоб мати більший вплив в іншій.



Рис. 1. Піраміда впливу на здоров'я

Соціальні детермінанти здоров'я мають найбільший вплив на здоров'я населення. *Соціальні детермінанти здоров'я* — це умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють, а також існуючі системи, що впливають на широкий спектр результатів та ризиків для здоров'я, тривалості та якості життя.

Ці сукупності умов та систем формують умови повсякденного життя людини і несуть відповідальність за нерівність у здоров'ї.



Нерівність визначається наявністю, обмеженістю або відсутністю доступу до заходів профілактики, лікування та реабілітації однієї особи або групи осіб, пов'язаними з певними характеристиками цих осіб. Проте, нерівності у здоров'ї формуються не лише через нерівномірний розподіл ресурсів, але можуть включати соціальну ізоляцію та почуття контролю над життєвими обставинами та вибором. Люди повинні відчувати, що мають певний рівень контролю щодо власного життя, роботи, житла і довкілля та інших ресурсів, які покращують якість життя, оскільки вони можуть мати значний вплив на результати здоров'я населення.

ВООЗ пояснює, що ці соціальні та економічні умови, їх вплив на життя населення визначають наш ризик захворіти, дії які ми можемо вжити для запобігання захворювань, нашу здатність лікувати хвороби, коли вони виникають. ВООЗ визначає 10 ключових соціальних детермінант здоров'я: соціальний градієнт, стрес, ранній розвиток, соціальне відчуження, робота, безробіття, соціальна підтримка, залежності, харчування, транспорт.

Серед цих 10 детермінант найбільш сильним провісником нашого здоров'я і добробуту є наше місце щодо соціального градієнта або соціальної драбини. Незалежно від рівня доходу, освіти, місця проживання чи професії, ті люди, що знаходяться на вершині градієнта мають найбільше сил та ресурсів і в середньому живуть довше здоровішим життям. Ті люди, що знаходяться внизу мають найменшу владу і зазвичай піддаються щонайменше вдвічі більшій небезпеці серйозних захворювань і передчасної смерті, ніж люди, що знаходяться ближче до вершини.

Фактори ризику також можуть бути ендогенного або екзогенного походження, окрім того їх поділяють на керовані і некеровані (Рис. 2).

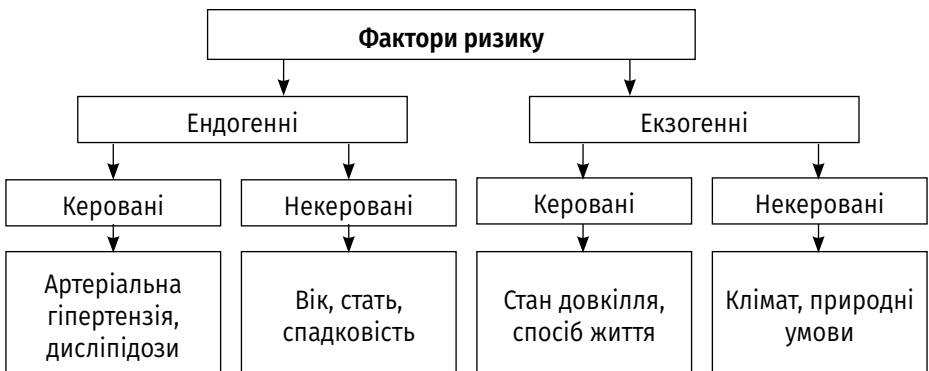


Рис. 2. Класифікація факторів ризику



За класифікацією американського дослідника А. Роббінса, (1980) (A.I. Robbins), фактори, які впливають на здоров'я, можна поділити на 4 великі групи: спосіб життя; біологічні фактори; стан навколишнього середовища; обсяг і якість медичної допомоги (Табл. 9.1).

Інтенсивність впливу зазначених груп факторів коливається в значних межах.

Таблиця 9.1**Класифікація факторів ризику за А. Роббінсом**

Група факторів ризику	Частка впливу (%)
Спосіб життя: погані побутові умови, неправильне харчування, шкідливі умови праці, стреси, гіподинамія, неповна, багатодітна сім'я, куріння, зловживання алкоголем т.ін.	51–52
Навколишнє середовище: забруднення повітря, води, їжі, ґрунту, рівень радіації, електромагнітного поля	20–21
Біологічні фактори: спадковість, конституція, стать	19–20
Медичні фактори: щеплення проти інфекцій, медичні обстеження, якість лікування	8–9

Перше місце за впливом на здоров'я населення в сучасних умовах посідають чинники способу життя, на них припадає 51–52%.

Серед провідних факторів способу життя, які негативно впливають на здоров'я, слід назвати наступні: погані побутові умови, неправильне харчування, шкідливі умови праці, стреси, гіподинамія, неповна, багатодітна сім'я, куріння, зловживання алкоголем, надмірний рівень урбанізації тощо.

На другому місці фактори навколишнього середовища (стан ґрунту, води, повітря, продуктів харчування, рівень радіації). Вплив цих факторів становить близько 20–21%.

На третьому місці за силою впливу на здоров'я знаходяться біологічні фактори (стать, вік, спадковість, конституція). На них припадає близько 19–20%.

На четвертому місці медичні фактори — лікувально-профілактичні та санітарно-протиепідемічні заходи (щеплення проти інфекційних захворювань, якість лікування і обстеження хворих тощо) — лише на 8–9% визначають стан здоров'я.



Вивчення потенційного здоров'я населення ґрунтується на численних джерелах, основними з яких є: офіційні звіти системи охорони здоров'я та соціального страхування, РАГСу і статистичних органів; спеціально організований облік випадків захворюваності та смертності в системі охорони здоров'я, виділених зонах спостереження — проспективні дослідження; ретроспективна інформація облікових документів охорони здоров'я за минулий період часу; дані моніторингу та анкетування населення; дані медичних оглядів; дані лабораторних та інструментальних досліджень; результати математичного моделювання.

ТЕМА 10. ОЦІНКА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ НА ОСНОВІ ІНТЕГРАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ

10.1. Методи оцінки здоров'я населення

Здоров'я обумовлює всі сторони життєдіяльності як індивіда, так і суспільства, як у біологічному, так і в соціальному контексті, тому його необхідно розглядати як найважливішу фундаментальну цінність.

Тому оцінка стану і тенденцій здоров'я населення є необхідною умовою для ефективної науково обґрунтованої діяльності системи охорони здоров'я, служить основою для планування лікувально-профілактичних заходів, розробки організаційних форм і методів роботи органів і закладів охорони здоров'я.

Оцінка здоров'я населення проводиться на національному та міжнародному рівнях з використанням різних комплексних інтегральних показників і методик. До них відносяться: комплексна (національна) методика оцінки здоров'я населення, коефіцієнт життєстійкості, індекс людського розвитку (ІЛР), індекс бідності, показник дожиття населення до певного віку (до 1, 5, 15, 45 і 65 років), показник якості життя населення, показник малюкової смертності, середня тривалість майбутнього життя, показник DALY (disability-adjusted life years), показник очікуваної тривалості життя, відкоригований на здоров'я (health adjusted life expectancy (HALE) та ін.

В основі даних критеріїв та методик знаходяться критерії оцінки громадського здоров'я, рекомендовані ВООЗ, а саме: відрахування ВВП (валового національного продукту) на охорону здоров'я, доступність первинної медико-санітарної допомоги, охоплення населення медичною допомогою, рівень імунізації населення, ступінь обстеження вагітних ква-



ліфікованим персоналом, стан харчування, рівень малюкової смертності, середня тривалість майбутнього життя, гігієнічна грамотність населення та інші. На території України для оцінки здоров'я населення найбільш поширеною є комплексна оцінка здоров'я.

До **критеріїв комплексної оцінки** популяційного здоров'я населення відносяться:

- *демографічні показники* (смертність, народжуваність, природний приріст населення, середня тривалість майбутнього життя, малюкова смертність та ін.);
- *показники захворюваності* (загальна захворюваність, інфекційна захворюваність, захворюваність на найважливіші неепідемічні хвороби, госпіталізована захворюваність, захворюваність з тимчасовою втратою працездатності);
- *показники фізичного розвитку населення* (антропометричні — зріст стоячи, маса тіла, розмір грудної клітки; функціональні, фізіометричні — життєва ємність легень (спірометрія), м'язова сила кисті (динамометрія) та ін.; соматоскопічні — будова тіла, розвиток м'язів, форма грудної клітки, ніг, вираженість вторинних статевих ознак, пульс, артеріальний тиск та ін.);
- *показники інвалідності* (показник загальної інвалідності (поширеність загальної інвалідності серед населення) та інвалідізації (первинної інвалідності — загальна кількість осіб, вперше визнаних інвалідами));
- *поширеність донозологічних станів* (пограничні стани між здоров'ям та хворобою: стадія функціональної готовності організму до розвитку певного захворювання, часткова адаптація (граничний стан) до нових умов існування).

У другій половині ХХ століття в розвинених країнах світу почали використовувати міжнародні показники здоров'я населення, а саме: коефіцієнт життєстійкості; індекс людського розвитку (ІЛР); індекс бідності; показник дожиття населення до певного віку (до 1, 5, 15, 45 і 65 років); показник якості життя населення; показник малюкової смертності; середню тривалість майбутнього життя; показник DALY (disability-adjusted life years); показник очікуваної тривалості життя, відкоригований на здоров'я (health adjusted life expectancy (HALE) та ін.

Коефіцієнт життєстійкості (Vitality coefficient) був запропонований експертами ВООЗ та почав широко використовуватись від середини 1960-х років і дотепер є вживаним. Він визначається на основі таких показників як: середня тривалість майбутнього життя; малюкова смертність; якість



продуктів харчування; бюджетні витрати на соціальні, медичні та екологічні програми.

Інтервал оцінки коефіцієнта життєстійкості перебуває в межах від 1 до 5 балів. Критичне значення цього коефіцієнта знаходиться на рівні 1 балу, а максимальне — 5 балів. На сьогодні немає країни в світі, яка мала б максимальний коефіцієнт життєстійкості, 4 бали мають такі країни як: Швеція, Бельгія, Нідерланди, Люксембург, 3 бали — США, Японія. Україна має 1,4 бала.

Дослідницькою групою ООН в 1990 році був запропонований спеціальний показник — **індекс людського розвитку (Human development index)**. Він об'єднує три показники: валовий внутрішній продукт на душу населення (в доларовому розрахунку); грамотність (рівень грамотності дорослого населення країни — $2/3$ індексу і сукупна частка тих, хто навчається — $1/3$ індексу); середня тривалість життя (в роках), що дає інтегральну оцінку людського прогресу.

На сьогодні ІЛР модифікований в двох своїх компонентах: показник освіти і доходу (ВВП на душу населення). Показник освіти визначається як грамотність населення з урахуванням середнього числа років навчання. У сфері доходів, в якості порогової величини використовується середнє світове значення ВВП на душу населення. За шкалою оцінювання індекс людського розвитку може знаходитися в межах від 0 до 1. Встановлено наступні значення ІЛР, які характеризують рівень розвитку: низький $< 0,500$; середній $\geq 0,500-0,799$; високий $\geq 0,800-0,900$ і дуже високий $> 0,9$.

За даними ООН, 30 з 32 країн з низьким ІЛР знаходяться в Африці, одна в Північній Америці (Гаїті), одна в Азії (Ємен), серед них з найменшими показниками: Сьєрра-Леоне, ЦАР, ДР Конго, Ліберія, Мозамбік, Нігер — $0,29-0,37$.

Найменші показники індексу в Європі мають такі країни як: Молдова (0,719), Грузія (0,780) і Україна (0,786).

Найвищий рівень індексу людського розвитку мають такі країни як: Ісландія, Норвегія, Канада, Австралія, Ірландія, Швеція, Нідерланди, Японія, Люксембург, Франція, Фінляндія, Данія, Австрія, США — $0,950-0,968$.

На території України використовується методика визначення індексу людського розвитку, яка адаптована до національних умов, перш за все до національної статистичної бази. Методика розроблена Держкомстатом спільно з Радою з вивчення продуктивних сил НАН України. Відповідно до цієї методики індекс людського розвитку визначається на основі 9 груп показників: демографічний розвиток, розвиток ринку праці, матеріальний добробут, умови проживання населення, стан охорони здоров'я,



рівень освіти, соціальне середовище, фінансування людського розвитку та екологічна ситуація.

За даними Держкомстату України найвищий індекс людського розвитку мають такі територіальні утворення: м. Київ (0,683), Полтавська область (0,565), Харківська область (0,543). Найменший — Луганська (0,384), Донецька (0,423), Миколаївська (0,448), Херсонська (0,462) області.

Альтернативним індексом людського розвитку є **індекс бідності** (розроблений ООН для оцінки якості життя населення). ООН щорічно публікує ці дані, які розраховуються за трьома основними показниками: очікувана тривалість життя при народженні; рівень освіченості населення; рівень реальних доходів населення.

Для оцінки здоров'я використовується також **показник якості життя** — кількість років життя без обмежень, пов'язаних з хворобою та інвалідністю.

Останнім часом в міжнародній практиці використовується **показник дожиття** до запропонованих ВООЗ вікових рубежів: до 1, 5, 15, 45 та 65 років, який розраховується на основі рівнів смертності в вікових групах та розкриває причини її формування.

Смертність дітей у віці до одного року — **малюкова смертність (Infant mortality)** є одним з найбільш чутливих індикаторів рівня соціально-економічного розвитку суспільства, який акумулює рівень освіти і культури, стан навколишнього середовища, ефективність профілактичних заходів, рівень доступності та якості медичної допомоги, розподіл соціальних і матеріальних благ у суспільстві.

Серед демографічних показників існує ще один показник, який використовується для інтегральної оцінки стану здоров'я населення — **середня очікувана тривалість життя**. На цей показник особливо впливає збільшення смертності серед дітей, молоді та осіб працездатного віку. Тому він має більш практичне значення, ніж загальний рівень смертності, на який значно впливає висока частота і питома вага смертності населення непрацездатного віку.

Показник очікуваної тривалості життя, відкоригований на здоров'я (health adjusted life expectancy (HALE)). Він базується на показнику середньої очікуваної тривалості життя, однак враховує коригування на час хворобливого стану. Іншими словами даний показник відображає кількість здорових років, які очікується, що проживе новонароджений, враховуючи поточний рівень смертності і захворюваності.

Показник DALY (disability-adjusted life years) — кількість років життя, втрачених внаслідок інвалідності та передчасної смертності. Індекс DALY



включає не тільки потенційні роки життя, втрачені через передчасну смерть, але також еквівалентні роки «здорового» життя, втраченого в результаті поганого стану здоров'я чи інвалідності. При цьому смертність і захворюваність (інвалідність) об'єднуються в одну загальну метрику. Індикатор DALY включає наступні параметри, які мають соціальне значення:

- по-перше, враховують втрати внаслідок передчасної смертності, які визначають за різницею між фактичним віком на момент смерті та очікуваною тривалістю життя в цьому віці населення з низьким рівнем смертності;
- по-друге, до розрахунків внесено поправку, яка враховує якість життя у різні вікові періоди, що відбиває зміну соціальної ролі особи з віком. Цей коефіцієнт різко зростає від нуля при народженні до піку у 25 років, а потім поступово знижується;
- по-третє, втрати здорових років життя внаслідок інвалідності можна порівняти з роками втраченими внаслідок передчасної смертності.

Розрахунки показника DALY базуються на даних про захворюваність, яка призводить до інвалідності, середній вік виникнення інвалідності, її тривалість та розподіл за 6 класами тяжкості інвалідності в окремих статеві-вікових групах населення. Таким чином, набір параметрів, відібраних для відображення в індикаторі DALY, — кількість втрачених років життя, «цінність життя», прожитого у різному віці, співставлення років, прожитих у стані інвалідності, повністю відрізняється від тих параметрів, які використовувались під час розробки інтегральних індикаторів здоров'я населення у минулому.

Найважливішою особливістю DALY, яка відрізняє цей індикатор від більш поширених критеріїв, наприклад, такого як «потенційно втрачені роки життя», є врахування ним років, прожитих у стані інвалідності. За даними Murray С., 34% «втрачених років здорового життя» обумовлені саме інвалідністю. Перевага даного підходу до інтегральної оцінки стану здоров'я населення полягає у тому, що показник DALY зручно використовувати при оцінці економічної ефективності медико-санітарних втручань. У цьому разі витрати системи охорони здоров'я будуть визначатися в розрахунку на один DALY (рік втраченого або неякісно прожитого життя з урахуванням коефіцієнта цінності життя та дисконтування). Перевагою даного показника є те, що він враховує не тільки смертність населення, а й проблеми зі здоров'ям, пов'язані з захворюваністю, інвалідністю та ін. Може статися так, що часом неякісне життя складе вагомішу частину тягаря, незважаючи на те, що смертність від цього захворювання досить невелика.



Показник потенційно втрачених років життя за період 0–65 років серед чоловіків майже у 3 рази вищий, ніж у жінок, які помирають в значно старшому віці.

На сьогодні відповідно до комплексної оцінки здоров'я населення України можна виділити наступні тенденції:

- щодо демографічної ситуації: мають місце урбанізація, старіння населення, зміна структури смертності і зменшення середньої тривалості майбутнього життя;
- щодо захворюваності населення: склався неепідемічний тип патології, підвищився рівень деяких захворювань, зокрема, неепідемічних (ендокринних, алергічних та ін.), збільшилася тенденція поєднаної патології, зросла частота окремих інфекційних захворювань (туберкульозу, дифтерії, гепатиту, ВІЛ-інфекції та ін.);
- щодо фізичного розвитку населення: зростає чисельність дітей з дисгармонійним розвитком, зменшується чисельність здорових дітей;
- щодо інвалідності: збільшується показник первинної інвалідності (інвалідизації).

Всесвітня організація охорони здоров'я в глобальному стратегічному документі для національних служб охорони здоров'я «Здоров'я для всіх в двадцять першому столітті» визначила критерії, до яких повинні прагнути всі країни.

Для України вони повинні бути наступними: повна доступність первинної безкоштовної медико-санітарної допомоги; відсоток валового національного продукту, який витрачають на охорону здоров'я (повинен дорівнювати 7–8%, практично становить не більше 5%); позитивний природний приріст населення в усіх областях (зараз в більшості областей природний приріст — негативний); відсоток дітей, які народжуються з масою тіла 2500 грамів і менше (повинен бути не більше 3,5%); рівень смертності немовлят (не повинен перевищувати 9 на 1000 живонароджених, фактично протягом останніх років коливається в межах 9–10‰); середня тривалість життя з моменту народження (повинна бути не менше 75 років, а становить 67–68 років).

10.2. Моніторинг стану здоров'я населення

Моніторинг стану здоров'я населення (Health monitoring) — це динамічна скринінг-діагностика фізичного розвитку, функціональних резервів організму, нейродинамічних показників нервової системи, психічного ста-



ну, індивідуальних особливостей, адаптивних (резервних) можливостей, способу життя і спадковості, що визначають життєздатність організму.

Під моніторингом здоров'я мається на увазі вимір й оцінка різноманітних фізичних, психофізіологічних і психологічних параметрів, які можуть бути кількісно вимірні. Вони мають високу діагностичну цінність, оскільки об'єктивно відображають стан здоров'я суб'єкта, дозволяють зіставляти показники людини в динаміці онтогенезу і умов життєдіяльності та між різними групами. В результаті це дає можливість для прогнозу змін рівня здоров'я й оперативної корекції способу життя з метою запобігання погіршень здоров'я.

Дані моніторингу узагальнюються і використовуються для організації профілактичних заходів та просвіти населення щодо зміцнення здоров'я.

Завдяки моніторингу здоров'я дітей і дорослих стають можливими: діагностика захворювань на ранніх стадіях і своєчасне ефективне лікування; зниження рівня поширення інфекційних хвороб в дитячих і дорослих колективах; оптимізація процесу освіти відповідно до закономірностей вікового розвитку і потреб зростаючого організму; розробка і включення заходів профілактики до освітньої і трудової діяльності.

Моніторинг здоров'я населення відбувається за різними напрямками: моніторинг фізичного розвитку, моніторинг фізичної підготовленості і моніторинг функціонального стану різних систем організму.

Моніторинг фізичного розвитку передбачає отримання інформації про швидкість росту, збільшення маси тіла, зміни пропорцій організму, розвиток мускулатури й опорно-рухового апарату, стан постави, співвідношення жирової, кісткової та м'язової тканин тіла тощо.

Моніторинг фізичної підготовленості враховує ступінь розвитку функціональних можливостей організму і розвиток основних фізичних якостей (сили, витривалості, швидкості, спритності, гнучкості). Оцінка рівня фізичної підготовленості здійснюється за результатами спеціальних контрольних вправ (тестів). Набір і зміст таких тестів має бути відповідним до віку і статі, професійної приналежності, а також до рівня фізичної активності.

Моніторинг функціонального стану різних систем організму (серцево-судинної, дихальної, м'язової, нервової та ін.) простежує такі параметри, як частота серцевих скорочень, артеріальний тиск, життєва ємність легень, м'язова сила кистей рук, м'язовий тонус, гострота зору і слуху тощо.

Моніторинг здоров'я особливе значення має в дитячому і підлітковому віці, оскільки системи і органи в дитячому організмі схильні до змін



в процесі росту. Водночас, при різких стрибках зростання не всі системи формуються скоординовано, одні можуть запізнюватися або випереджати інші системи, внаслідок чого їх робота може порушуватись.

В охороні здоров'я історично визначилися і практично виправдали себе два основні принципи формування груп здоров'я, які підлягають моніторингу — соціальний і медичний принцип. Відповідно до них у закладах охорони здоров'я формуються групи здоров'я. *Групи здоров'я розробляються окремо зі своїми критеріями для новонароджених, для дітей, для дорослого населення, для характеристики здоров'я жінок, для вагітних та ін.*

Моніторинг за станом здоров'я дітей і підлітків здійснюється на основі результатів обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів, що проводяться з метою виявлення в них захворювань, подальшого їх спостереження, планового лікування чи реабілітації та з метою запобігання масовим колективним захворюванням.

10.3. Групи здоров'я дитячого та дорослого населення

З метою оцінки здоров'я населення, виділяють групи здоров'я дитячого населення (старше 3-х років) та групи здоров'я дорослого населення.

Щорічно мільйони дітей і підлітків проходять медичний огляд. Мета цих оглядів — виявлення осіб, які потребують лікувальних й оздоровчих заходів. Крім того, вони надають можливість визначити потребу в медичних кадрах та мережі лікувально-профілактичних закладів. У сукупності їх результати дають характеристику стану здоров'я всього підростаючого покоління.

Комплексна оцінка стану здоров'я кожної дитини чи підлітка з віднесенням до однієї з «груп здоров'я» дається з обов'язковим урахуванням всіх критеріїв. Це групування дозволяє проводити порівняльну оцінку стану здоров'я різних контингентів, як на момент обстеження, так і при динамічному контролі, для перевірки ефективності проведених профілактичних і лікувальних заходів.

Комплексна оцінка стану здоров'я дітей до 3 років життя визначається відповідно до наказу МОЗ України, при цьому враховують: особливості онтогенезу (дані генеалогічного, біологічного, соціального анамнезу), фізичний розвиток, нервово-психічний розвиток, функціональний стан організму, наявність чи відсутність хронічних захворювань або вроджених вад розвитку.



Для дитячого населення старше 3-х років виділяють наступні групи:

1-а група здоров'я — здорові діти, які мають нормальний фізичний і психічний розвиток, які не мають анатомічних дефектів, функціональних і морфофункціональних відхилень;

2-а група здоров'я — діти, у яких немає хронічних захворювань, але є деякі функціональні та морфофункціональні порушення, реконвалесценти, ті що перенесли важкі і середньої тяжкості інфекційні захворювання, діти із загальною затримкою фізичного розвитку без ендокринної патології (низький зріст, відставання за рівнем біологічного розвитку), діти з дефіцитом маси тіла (маса менш $M - 1\sigma$) або надлишковою масою тіла (маса більш $M + 2\sigma$). Також до цієї групи включають дітей, часто і / або тривало хворюючих на гострі респіраторні захворювання, дітей з фізичними вадами, наслідками травм або операцій зі збереженням відповідних функцій;

3-тя група здоров'я — діти, які мають хронічні захворювання в стадії клінічної ремісії, з рідкими загостреннями, збереженими або компенсованими функціональними можливостями, за відсутності ускладнень основного захворювання. Так, до цієї групи відносять дітей з фізичними вадами, наслідками травм і операцій за умови компенсації відповідних функцій, причому ступінь компенсації не повинен обмежувати можливість навчання або праці дитини, в тому числі підліткового віку;

4-а група здоров'я — діти, які страждають на хронічні захворювання в активній стадії і стадії нестійкої клінічної ремісії з частими загостреннями, із збереженими або компенсованими функціональними можливостями або неповної компенсації функціональних можливостей, з хронічними захворюваннями в стадії ремісії, але обмеженими функціональними можливостями, можливі ускладнення основного захворювання, основне захворювання вимагає підтримуючої терапії. Також до цієї групи відносять дітей з фізичними вадами, наслідками травм, операцій, з неповною компенсацією відповідних функцій, що певною мірою обмежує можливість навчання або праці дитини;

5-а група здоров'я — діти, які страждають на важкі хронічні захворювання, з рідкими клінічними ремісіями, частими загостреннями, безперервно рецидивуючим перебігом, з вираженою декомпенсацією функціональних можливостей організму, наявністю ускладнень основного захворювання, що вимагають постійної терапії, діти з інвалідністю, діти з фізичними вадами, наслідками травм і операцій, з вираженим порушенням компенсації відповідних функцій і значним обмеженням можливості навчання, праці.



Для дорослого населення існує 5 груп здоров'я:

1. *Здорові* — люди, які не мають будь-яких хронічних захворювань. Здоров'я у них досить міцне, мають 0–1 випадок гострих респіраторних захворювань протягом року. Артеріальний тиск в нормі або має невеликі відхилення, несуттєві для нормального соціального життя і виконання робочих та сімейних обов'язків.

2. *Практично здорові* — люди, які цілком працездатні, але мають різні фактори ризику, преморбідні стани, мають не більше 2–3 випадків гострих респіраторних захворювань протягом року. Люди з другою групою здоров'я зберігають помірний рівень фізичної активності.

3. *Хворі з компенсованим станом* — особи з хронічними хворобами без загострень, мають 4 і більше випадків гострих респіраторних захворювань протягом року.

4. *Хворі з субкомпенсованим станом* — особи із загостреннями хронічних хвороб протягом року.

5. *Хворі з декомпенсованим станом* — мають хронічні захворювання в стадії декомпенсації.

Після визначення групи здоров'я для кожного оглянутого пацієнта медичні працівники повинні розробити індивідуальний план профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, включаючи лікарські рекомендації щодо режиму праці, відпочинку, харчування, а за показаннями — медичне лікування, масаж, лікувальну фізкультуру, працевлаштування тощо. Здорові і практично здорові передаються для обліку та спостереження у відділення профілактики поліклініки, а хворі підлягають обов'язковому динамічному спостереженню у лікарів-фахівців.

Необхідно пам'ятати, що здоров'я є важливим ресурсом і джерелом економічної та соціальної стабільності. Його забезпечення визнане пріоритетом серед завдань суспільного розвитку. Досягнення високих показників популяційного здоров'я свідчить про ефективну політику усіх сфер державного управління та спільних зусиль суспільства.



РОЗДІЛ 4

ОСНОВНІ МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

ТЕМА 11. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ДЕМОГРАФІЯ ТА СИСТЕМА ЗНАНЬ ПРО НАРОДОНАСЕЛЕННЯ

11.1. Демографія як наука

Одним з основних завдань соціально-економічного розвитку держави є проведення ефективної демографічної політики, спрямованої на збільшення тривалості життя, трудової активності, збереження та зміцнення здоров'я населення.

Демографічні дані широко використовуються органами та установами охорони здоров'я при плануванні профілактичних заходів з охорони здоров'я, для комплексної оцінки стану здоров'я населення, для забезпечення раціональної та якісної медичної допомоги населенню, для складання науково обґрунтованих прогнозів і т. п.

Саме тому серед медичних показників здоров'я населення важливу роль відіграють демографічні показники.

Демографія (*Demography*) — це наука про народонаселення (від «демос» — народ, «графо» — описувати) або інакше — статистика населення. Під народонаселенням, або населенням, в демографії розуміють сукупність людей, що проживають на певній території.

Демографія це наука, що досліджує закономірності відтворення населення. Під цим терміном мають на увазі постійне відновлення населення в результаті природного руху (народжень і смертей), міграцій (пересувань людей з однієї території на іншу).

11.2. Історія становлення науки демографії

Вперше термін «демографія» для позначення науки про відтворення населення застосував французький вчений А. Гійяр в роботі «Елементи статистики людини або Порівняльна демографія (1855 р.)». У XIX ст. при вивченні населення застосовувався термін «статистика населення». У той час



демографія зароджувалась на базі статистики і лише згодом у результаті спеціалізації відокремилась у самостійну науку. Предтечею демографії традиційно прийнято вважати *Джона Граунта (1620–1674)*, автора книги «Природні і політичні спостереження, зроблені за бюлетенями смертності» (Лондон, 1662). Дж. Граунт у своєму дослідженні використав статистичні матеріали бюлетенів смертності (що публікувались у Лондоні з 1629 р.). Глибокий науковий аналіз яких дозволив йому визначити деякі біологічні і соціально-економічні чинники смертності. Він першим побудував таблицю смертності. Дослідження Дж. Граунта продовжив його друг і послідовник *Вільям Петті (1623–1687)*, що заснував школу так званих політичних арифметиків. На рубежі XVIII і XIX ст. великий інтерес викликала книга англійського священника Т. Мальтуса «Дослідження про закон народонаселення». У цій праці *Томас Мальтус (1766–1834)* висловив надзвичайне занепокоєння з приводу існуючих тенденцій демографічного розвитку.

Розвиток демографічних досліджень привів до того, що у другій половині XIX ст. з'явилася потреба у вирішенні деяких теоретичних проблем, зокрема була розгорнута дискусія про предмет демографії. Саме у цей період була запропонована і сама назва для цієї науки. У XX ст., особливо в другій його половині, інтерес до демографічних проблем різко зріс. Нововведенням, порівняно з XIX ст. було, зокрема, вивчення зв'язків між демографічними і соціальними характеристиками, а також між демографічними фактами й історичними подіями. Об'єктом особливо пильного аналізу в XX ст. стала статистика народжуваності: виявлялися її відмінності за регіонами, оцінювався вплив на показники народжуваності таких чинників, як професія, соціальна приналежність, релігія та інші.

11.2. Методи дослідження демографії

Демографія, як наука, використовує ряд методів дослідження: методи поздовжнього і поперечного аналізу. Демографічні методи дослідження покликані сприяти розкриттю специфіки відтворення населення, виявленню взаємозв'язку різних демографічних характеристик.

До поздовжнього методу дослідники вдаються для вивчення динаміки якого-небудь демографічного процесу впродовж життя одного покоління. Також цей метод дозволяє при порівнянні частоти демографічних подій у різних когорт на різних етапах їх життя отримати достатньо надійні ві-



домості не тільки про динаміку демографічних процесів, але й про вплив на неї зовнішніх умов.

Метод поперечного аналізу — один з найбільш поширених в демографії з огляду на те, що для його застосування потрібні дані всього за рік-два. Він дозволяє судити про сучасний стан демографічних процесів, проте, при різких змінах в часі, характері демографічних процесів, цей метод може дати спотворену картину.

Оскільки демографія має справу з масовими явищами, вона використовує статистичні методи. До статистичних методів, які використовуються в демографії належать: метод статистичного спостереження, метод статистичних групувань, абсолютні, відносні та середні величини, ряди розподілу, динамічні ряди, методи індексного факторного аналізу, кореляційно-регресивного та дисперсійного аналізу тощо.

Також у демографії використовується і графічний метод. Він є важливим елементом демографічного аналізу. Найбільш поширені гістограми (для конкретного населення), крива розподілу (для теоретичного населення) та перетворена гістограма — піраміда статеві-вікової структури.

Як відомо, вивченням населення займається не тільки демографія, але і цілий комплекс інших наук, і демографія має з ними тісні зв'язки. У зв'язку з використанням у демографії математичних методів, це обумовлює її зв'язки з математикою. Оскільки демографічна поведінка населення також залежить і від загального рівня розвитку країни, і від співвідношення в її економіці різних галузей, вона тісно пов'язана з економічними науками. Демографія має тісний зв'язок з географією, історією, екологією, соціологією та багатьма іншими науками.

В системі охорони здоров'я важливе місце посідає **медико-соціальна демографія** — наука, що вивчає взаємозв'язок відтворення населення з медико-соціальними факторами і розробляє на цій основі заходи, спрямовані на забезпечення найбільш сприятливого розвитку демографічних процесів та поліпшення здоров'я населення.

Медико-соціальна демографія вивчає народонаселення за двома основними напрямками:

1. Характеристика населення на певний момент часу (його чисельність, склад, щільність, особливості розподілу населення за статтю, за місцем проживання тощо) — **статика населення**.

2. Характеристика процесів зміни чисельності населення за певні відрізки часу — **динаміка** або **рух населення**.



ТЕМА 12. ДЕМОГРАФІЧНА СТАТИКА. ЗАКОНОМІРНОСТІ ЇЇ ФОРМУВАННЯ НА ОСНОВІ БІОЛОГІЧНИХ, СОЦІАЛЬНИХ І ГЕОГРАФІЧНИХ ФАКТОРІВ

12.1. Медико-соціальне значення статистики населення

Статика населення — найдавніша область статистичної науки. Вона є дуже важливою для характеристики соціального устрою країни, її економічного і культурного рівня. **Статика населення (Population statics)** — це характеристика населення на певний момент часу (його чисельність, склад, щільність, особливості розподілу населення за статтю, місцем проживання тощо). З точки зору здоров'я, віковий і статевий склад населення є найбільш цікавим у зв'язку з тим, що його зміни впливають на характер, виникнення та поширення хвороб серед населення. Основним джерелом інформації про чисельність та склад населення є перепис населення. **Перепис населення (Census)** — це великомасштабне статистичне дослідження, мета якого встановити точні дані про чисельність та склад населення тієї чи іншої країни.

Згідно історичних джерел, одну з найперших відомих спроб обліку населення було здійснено в Китаї у 283 році до нашої ери, а перший науково-обґрунтований перепис, що відповідав науковим принципам обліку населення, був проведений в Бельгії у 1846 році.

Перепис населення проводиться в середньому 1 раз на 10 років, зазвичай в зимовий або осінній час, в середині тижня, тобто в період найменшої міграції населення. У період між переписами роблять спеціальні перерахунки чисельності населення з урахуванням даних про народжуваність, смертність та міграцію населення на певній території.

Слід зазначити, що поряд із суцільним обліком населення, що проводиться під час перепису, також проводяться ще різні вибіркові дослідження, необхідні для перспективного соціально-економічного планування країни. Вибіркові дослідження проводяться за спеціальними програмами і є цінним джерелом інформації, у тому числі і для системи охорони здоров'я. Вибіркове дослідження дає змогу отримати додаткову інформацію для інших галузей країни (економіки, освіти, сільського господарства та ін.), що дозволяє більш раціонально використовувати ресурси, які виділяються на перепис населення

До перепису населення висувають суворі вимоги, а саме: загальність і єдина програма для всього населення; поіменність (тільки при подаль-



шій обробці дані знеособлюються); безпосереднє отримання відомостей від населення (за самовизначенням респондента, без надання документів); особисте опитування кожного дорослого в місці фактичного проживання та суворе дотримання таємниці перепису.

Статика населення характеризується чисельністю населення, щільністю розселення, розподілом населення залежно від статі, віку, місця проживання та ін.

12.2. Основні показники статистики населення

Чисельність населення Землі на 2022 рік становила 8 мільярдів чоловік, і, як очікується, зросте більш ніж на 2 мільярди осіб до 2050 року. За даними ООН, більша частина майбутнього приросту населення припадатиме на менш розвинені регіони. Спостерігається значне розмаїття в очікуваній майбутній динаміці демографічних змін в різних великих регіонах і країнах, головним чином за рахунок відмінностей в показниках і тенденціях народжуваності. У майбутні десятиліття істотно збільшиться чисельність населення Африки та Азії. З іншого боку, через рівень народжуваності, який не забезпечує відтворення населення, чисельність населення цілої низки країн, як очікується, скоротиться. За даними ООН абсолютний щорічний приріст населення Землі становить приблизно 80–90 млн., головним чином, за рахунок країн, що розвиваються. В економічно розвинених країнах темпи збільшення чисельності населення найнижчі — всього 0,3–0,4% на рік.

Найбільша чисельність населення за даними 2022 року в Китаї (1,43 млрд.), Індії (1,41 млрд.), США (336 млн), Індонезії (240 млн), Бразилії (218 млн), Пакистані (227 млн), Нігерії (216 млн), Бангладеші (179 млн), Росії (147 млн), Японії (124 млн), Мексиці (128 млн). В Україні на 2022 рік — 40,99 млн (Табл. 12.1).

Якщо розглядати чисельність населення по областях України, то, станом на 2022 рік, найбільша чисельність спостерігається у Донецькій (4 056,4 тис.), Дніпропетровській (3 093,2 тис.), Харківській (2 596,3 тис.), Львівській (2 476,1 тис.), Одеській (2 349,7 тис.), Луганській (2 101,7 тис.) областях та в м. Києві (2 950,7 тис.). Найменша чисельність населення спостерігається у Чернігівській (957,7 тис.), Кіровоградській (902,3 тис.), Херсонській (1 000,4 тис.) та Чернівецькій (889,9 тис.) областях.



Таблиця 12.1

Чисельність населення світу (млн.)

Країна	2009	2012	2015	2020	2022
Весь світ	6 706,9	7 041,4	7 256,5	7 792,5	8 000,0
Китай	1 338,6	7 041,4	7 256,5	1 437,3	1 426,1
Індія	1 166,1	1 343,2	1 368,7	1 380,1	1 410,2
США	307,2	313,8	321,4	331,1	336,1
Індонезія	240,3	248,6	255,9	273,5	280,5
Пакистан	176,2	190,3	199,1	220,9	227,9
Бразилія	198,7	199,3	204,3	212,6	218,2
Нігерія	149,2	170,1	181,6	206,1	216,8
Бангладеш	156,1	161,1	168,9	164,7	179,7
Росія	140,1	142,5	142,4	144,1	147,2
Мексика	111,2	114,9	121,7	128,9	128,6
Японія	127,1	127,4	126,9	126,5	124,8
Франція	64,1	65,6	66,6	65,3	68,9
Велика Британія	61,1	63,1	64,1	67,9	67,6
Італія	58,1	61,3	61,9	60,5	59,2
Україна	45,7	45,6	44,4	43,7	40,9
Польща	38,4	38,4	38,6	37,8	38,3
Ватикан	826	836	974	809	825

Згідно прогнозів ООН, після 2025 року населення світу і надалі зростає, незважаючи на падіння народжуваності, що пояснюється великою часткою жінок фертильного віку та планетарним збільшенням очікуваної тривалості життя (Табл. 12.2).



Таблиця 12.2

Прогноз ООН населення світу за регіонами

Рік	Світ (млн.)	Африка (тис. осіб)	Азія (тис. осіб)	Європа (тис. осіб)	Латинська Америка (тис. осіб)	Північна Америка (тис. осіб)	Океанія (тис. осіб)
2030	8 130 149	1 396 004	4 886 647	685 440	711 058	407 532	41 468
2035	8 378 184	1 504 179	5 006 700	673 638	731 591	419 273	42 803
2040	8 593 591	1 608 329	5 103 021	660 645	747 053	429 706	43 938
2045	8 774 394	1 708 407	5 175 311	646 630	759 955	439 163	44 929
2050	8 918 724	1 803 298	5 217 202	654 323	767 683	447 931	45 815

Інформація про чисельність і склад населення використовується для розрахунку показників здоров'я, при плануванні мережі лікувально-профілактичних та санітарно-профілактичних установ, а також при плануванні підготовки медичних кадрів.

Щільність населення — рівень заселеності певної території; кількість постійного населення, що проживає на 1 км². Густота населення дуже нерівномірна по континентах, країнах і частинах країн залежно від характеру розселення людей, щільності і розмірів поселень. У великих містах і на урбанізованих територіях вона, зазвичай, набагато вища, ніж в сільській місцевості.

Найбільша щільність населення спостерігається у таких країнах як: Монако (16 620 на 1 км²), Сингапур (6 389 на 1 км²), Ватикан (2 093 на 1 км²), Мальта (1 261 на 1 км²), Бангладеш (1 002 на 1 км²) та Японія (337 на 1 км²). Серед міст найбільша щільність населення спостерігається у Мумбаї (21 665 на 1 км²), Парижі (20 781 на 1 км²), Каїрі (17 190 на 1 км²), Нью-Йорку (10 194 на 1 км²) і т.д.

Найменша щільність у наступних країнах: Намібія (3,0 особи на 1 км²), Австралія (3,0 особи на 1 км²), Монголія (2 особи на 1 км²). В цілому в світі щільність населення складає 53,4 осіб на 1 км² (без Гренландії та Антарктиди). В Україні щільність населення складає 75 осіб на 1 км², в Харківській області — 84,6 осіб на 1 км².

Розподіл населення за місцем проживання. За місцем проживання населення світу поділяють на міське та сільське. Ще донедавна у світі перева-



жало сільське населення. Проте з 2008 р., за даними ООН, кількість жителів міст почала перевищувати кількість жителів сільських районів, тобто має місце тенденція урбанізації.

Урбанізація (Urbanization) — це процес підвищення ролі міст у розвитку суспільства. Головним соціальним значенням урбанізації є особливі «міські стосунки», що охоплюють населення, його спосіб життя, культура, розміщення продуктивних сил, розселення.

Передумовою урбанізації є зростання в містах індустрії, розвиток їх культурних та політичних функцій. Для урбанізації характерний приплив у міста сільського населення. Процес урбанізації притаманний більшості країн світу.

Так, якщо на початку 1800 року в містах світу проживало 3% населення, то на початок 1900-х років їхня частка збільшилася до 13,6%, в 1950 році вже було 29,2% міського населення, на початку 2000 року в містах світу відзначалося більше 50,0% населення.

На сьогодні у світі найбільша частка міського населення відзначається в: Бельгії і Кувейті (97,5%), Венесуелі (93,5%), Аргентині (92,5%), Японії (91,3%), Чилі та Австралії (89,2%). Населення таких невеликих за розмірами держав, як Ватикан, Монако, Сингапур, повністю є міським.

Найменш урбанізованими країнами є азійський Бутан і африканські країни Руанда та Бурунді, де сільське населення складає 94–95%. Сільське населення переважає у таких країнах, як Непал та Ефіопія (близько 89%), Бангладеш і Нігерія (80%), Таїланд, В'єтнам, Афганістан, Чад (79%), Індія (72%) та інші.

В Україні протягом останніх років склалося практично стабільне співвідношення міського та сільського населення: 70,1% міського населення та 29,9% сільського. У Харківській області відповідно 80,2% і 19,8%.

Процес урбанізації найбільш характерний для таких промислових областей України, як Донецька, Дніпропетровська, Луганська, Харківська. Разом з тим, у таких областях, як Івано-Франківська, Чернівецька в структурі населення переважає сільське населення.

Розподіл населення за статтю. Статева структура населення — співвідношення чоловіків і жінок у загальній кількості населення. Загалом у світі спостерігається майже однакове співвідношення чоловіків і жінок, не зважаючи на те, що на 100 дівчаток народжується 106 хлопчиків. Статева структура населення обумовлена, перш за все, різним рівнем смертності серед чоловіків та жінок, на що впливають як біологічні, так і соціальні чинники. У світі кількість новонароджених хлопчиків (106) трохи переви-



щує кількість новонароджених дівчаток (100), оскільки, в міру їх зростання, чоловіки мають вищий ризик смертності, ніж жінки, не тільки через статеві диференціації за природними показниками смертності, але також через підвищений ризик зовнішніх факторів (аварії, травми, насильство, жертви війни). Таким чином, співвідношення статей загальної чисельності населення з часом вирівнюється.

В цілому в статевій структурі населення України переважають жінки — 53,8%, питома вага чоловіків — 46,2.

Розподіл населення за віком. Вікова структура населення — співвідношення кількості різних вікових груп у загальній кількості населення. Він є одним із найважливіших демографічних показників, адже дозволяє зробити певні висновки щодо демографічних тенденцій та визначити можливі зміни динаміки чисельності населення в майбутньому.

З економічної точки зору населення поділяють на 3 вікові групи: діти непрацездатного віку від 0 до 14 років, населення працездатного віку (15–49 років) та особи у віці 50+ років.

З репродуктивної точки зору, важливо виділити групи населення, які беруть участь у відтворенні населення (15–49 років).

За співвідношенням цих трьох вікових груп визначається *тип вікової структури населення*, яке проживає на тій чи іншій території.

При *прогресивному типі* вікової структури кількість дітей (0–14 років) перевищує кількість населення у віці 50+ років.

Для *регресивного типу* вікової структури характерно, що кількість осіб старшого віку (50 років і більше), переважає кількість осіб від 0 до 14 років.

Стаціонарним вважається тип вікової структури населення, в якій кількість осіб у віці 0–14 років приблизно дорівнює числу осіб у віці 50 років і старше.

Для України характерний регресивний тип вікової структури. Для вікової структури населення України характерні дві найважливіші тенденції: зменшення кількості дітей та зростання питомої ваги населення старшого віку.

Однак вік 50 років для багатьох країн є працездатним віком, тому за міжнародними критеріями старіння населення оцінюють за часткою населення 65+. Населення вважається старим, якщо частка людей у цьому віці перевищує 7%. Процес старіння населення характерний для більшості економічно-розвинутих країн. Так, 18 з 20 країн світу з найбільшою кількістю осіб старшого віку знаходяться в Європі. В цих країнах проживає від 13% до 18% населення у віці 65+.



Для графічного зображення розподілу населення за статтю та віком, з метою характеристики статеві-вікового складу населення використовується *віково-статєва піраміда*.

Віково-статєвий склад населення являє співвідношення віково-статєвих груп — сукупностей людей однакового віку. Це основний елемент вікової структури населення. Залежно від мети дослідження розрізняють вікові групи однорічні та збільшені: п'яти і десятирічні. Однак для оцінки загальних структурних зрушень застосовують і більші вікові групи.

Віково-статєві піраміди це діаграми, на яких кількість людей кожного віку (або їх частка у населенні) зображено горизонтальною смугою певного масштабу. Смуги розташовуються одна над одною за збільшенням значень віку, в лівій частині діаграми — для чоловіків, у правій — для жінок. Віково-статєві піраміди будуються, зазвичай, за річним або п'ятирічними віковими групами, а іноді й за десятирічними групами (Рис. 1). Однак статєво-вікові піраміди, побудовані за великими віковими групами, не розкривають детальні особливості вікового та статєвого складу населення.

Склад віково-статєвої структури населення перш за все є результатом еволюції відтворення населення. Тип відтворення населення, що формується процесами народжуваності та смертності в теперішній і минулі періоди,

визначає співвідношення населення різних вікових груп.

Виділяють наступні типи віково-статєвих пірамід: зростаюча, скорочувана та омолоджуюча.

Зростаючий тип характеризується високим коефіцієнтом народжуваності, великою часткою молодих, низькою часткою літніх, короткою тривалістю життя, зростанням населення. Цей тип віково-статєвої піраміди характерний для більшості країн, що розвиваються.

Статєво-вікова піраміда населення України у 2014 р.

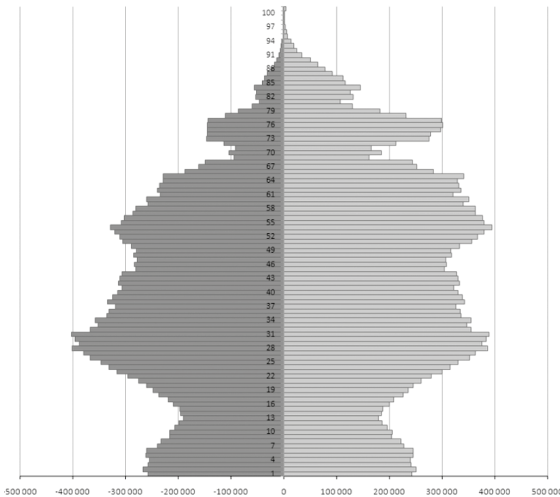


Рис. 1. Статєво-вікова піраміда населення України у 2014 р.



Скорочуваний тип характеризується низьким рівнем народжуваності, низьким відсотком молодих, великою часткою дорослих і літніх, високою очікуваною тривалістю життя, старінням населення, населення залишається стабільним або знижується. Даний тип віково-статевої піраміди характерний для найбільш розвинених країн.

Омолоджуючий тип характерний для розвинених країн, які мають більш високий рівень народжуваності в результаті демографічної політики.

Процес старіння населення висуває перед системою органів й установ охорони здоров'я важливі проблеми:

- збільшення серед населення питомої ваги осіб старше 60 років призводить до зниження показників народжуваності та зростання загальних показників смертності, що необхідно враховувати при аналізі демографічних процесів відтворення населення;
- зростання числа звернень населення старших вікових груп по медичну допомогу — амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну;
- збільшується показник демографічного навантаження.

Зменшення кількості дітей в структурі населення, з одного боку, і збільшення кількості осіб старших вікових груп, з іншого, призводить до зростання економічного (демографічного) навантаження (*demographic burden*) на працездатний вік. Розраховують **коефіцієнт «демографічного навантаження» (КДН)** як співвідношення дітей та осіб пенсійного віку до чисельності населення працездатного віку:

$$\text{КДН} = \frac{\text{Кількість непрацездатних осіб (діти, пенсіонери)}}{\text{Кількість осіб працездатного віку}} \times 1\,000 \quad (12.1)$$

В Україні у зв'язку зі зменшенням кількості дітей «демографічне навантаження» зменшується: якщо на 1.01.1999 року на 1000 осіб працездатного віку воно становило 768 осіб, то на 1.01.2008 року — 651 особа.

Статика населення широко використовується у сфері охорони здоров'я. Зокрема, вона використовується для: планування мережі медичних установ; визначення потреби населення в медичній допомозі (амбулаторно-поліклінічній, стаціонарній та ін.); підготовки медичних кадрів; організації, планування та проведення протиепідемічних заходів; розрахунку показників природного руху населення; визначення бюджету системи охорони здоров'я; аналізу діяльності закладів охорони здоров'я.



ТЕМА 13. ВИВЧЕННЯ ТА ОЦІНКА ОСНОВНИХ ДЕМОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ МЕХАНІЧНОГО ТА ПРИРОДНОГО РУХУ НАСЕЛЕННЯ

13.1. Характеристика поняття «динаміка населення»

Природний рух населення і міграційні процеси визначають чисельність народонаселення, забезпеченість країни трудовими ресурсами й у такий спосіб впливають на функціонування економіки і соціальне навантаження на бюджет. У свою чергу демографічні процеси залежать від соціально-економічних процесів, що відбуваються у світі і конкретній країні.

Динаміка населення (Population dynamics) — зміна чисельності та структури населення за певний відрізок часу. Зміни в чисельності і структурі населення можуть відбуватися під впливом механічних та природних процесів. У зв'язку з чим виділяють динаміку механічну та природну:

- *механічний рух населення* — зміни, що відбуваються серед населення за рахунок міграційних процесів;
- *природний рух населення* — зміни, що відбуваються серед населення внаслідок народжуваності та смертності, що характеризують процеси відтворення населення.

13.2. Механічний рух населення

Механічний рух населення або міграція населення (Mechanical movement or migration) — це переміщення населення пов'язане зі зміною місця проживання. Слово міграція походить від латинського «migration» («migro» — переходжу, переселяюся).

Нині у світі близько 281 млн (3,6%) населення проживає за межами своєї історичної Батьківщини. Наприклад в США — 49,7 млн осіб (15,3%), в Німеччині — 12,16 млн осіб (14,8%), в Англії — 8,84 млн (12,4%), у Франції — 7,90 млн (12,2%); у Швеції майже кожен 5-й (1,74 млн — 17,6%) є іммігрантом або його дитиною.

За напрямом міграцію поділяють на: внутрішню — переміщення усередині країни; зовнішню — виїзд за межі тієї чи іншої держави. При цьому зовнішня міграція поділяється на еміграцію — виїзд за межі даної країни на постійне проживання та імміграцію — в'їзд в цю країну на постійне проживання.

Залежно від тривалості часу міграція буває: постійна або безповоротна міграція — якщо мігранти залишаються на новому місці проживання



для постійного проживання; тимчасова — переселення на досить тривалий, але обмежений період часу (не менше 1 року); сезонна — переміщення в певні періоди року на нетривалий час, часто у зв'язку з сезонними роботами (не менше 1 місяця); маятникова — щоденне переміщення населення на певній території (переміщення сільських жителів на роботу, на навчання до міста і повернення ввечері до свого постійного місця проживання) (Рис. 1).

Значення механічного руху населення для охорони здоров'я: переміщення може призвести до порушення санітарно-епідемічного благополуччя; доведено, що показники здоров'я мігрантів суттєво відрізняються від показників здоров'я корінного населення; міграція веде до зростання стресових ситуацій, травматизму; сезонна міграція веде до нерівномірного навантаження установ охорони здоров'я.

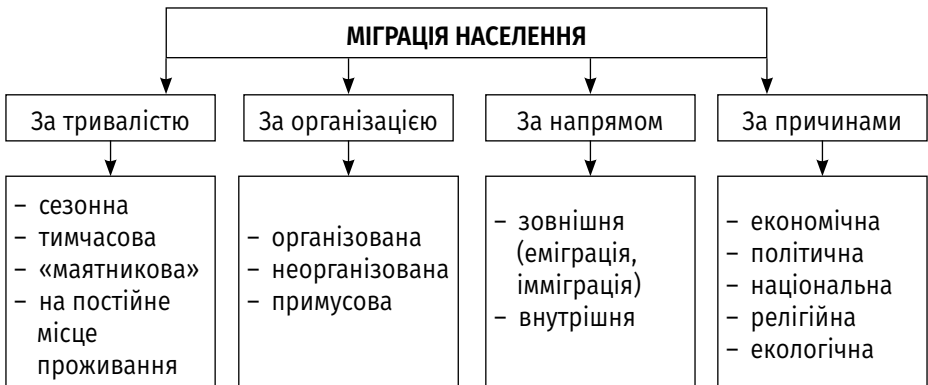


Рис. 1. Класифікація міграції населення

Механічний рух населення має велике значення для забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя на певній території, так як може сприяти поширенню інфекційних і паразитарних захворювань. Тому облік міграційних процесів є важливою умовою для оцінки санітарного стану населення, а точна інформація про неї дозволяє забезпечити своєчасну організацію медичної допомоги мігрантам, як на шляху прямування, так і після прибуття на нове місце проживання.

До основних показників, що характеризують міграційні процеси, відносяться: число прибулих в населений пункт на 1000 наявного населення; число вибулих з населеного пункту на 1000 наявного населення;



міграційний приріст або спад; коефіцієнт ефективності міграційних процесів = міграційний приріст / сума прибулих та вибулих.

13.3. Природний рух населення

Природний рух населення (Natural movement) — це зміна чисельності населення внаслідок взаємодії основних демографічних явищ народжуваності та смертності. Природний рух або відтворення населення показує чи забезпечують існуючі рівні народжуваності та смертності приріст населення. Різницю між показниками народжуваності та смертності називають **природним приростом (natural increase)**. Коефіцієнт природного приросту може мати позитивне, негативне чи нульове значення, характеризуючи, відповідно, збільшення, зменшення або незмінність чисельності населення території внаслідок різного співвідношення між народжуваністю і смертністю.

Нині Україна має негативний природний приріст населення, внаслідок: низької народжуваності, високої смертності, несприятливої вікової структури. Серед динамічних процесів має місце таке поняття, як депопуляція населення.

Депопуляція (Depopulation) — систематичне зменшення абсолютної чисельності населення будь-якої країни або території як наслідок звуженого відтворення населення, коли наступні покоління є чисельно меншими за попередні (смертність перевищує народжуваність, висока еміграція, існують обставини, що викликають великі втрати людей).

Показники природного руху населення поділяють на основні і додаткові.

До основних демографічних показників природного руху населення відносяться: показники народжуваності, смертності, показник природного приросту (природного спаду).

До додаткових: показник малюкової смертності (смертність у віці до 1 року); показник перинатальної смертності; показник неонатальної смертності; показник постнеонатальної смертності; смертність дітей у віці до 5 років; коефіцієнт дожиття до 1, 5, 15, 45 і 65 років; показник плодючості населення; показник материнської смертності; середня очікувана тривалість майбутнього життя та інші.

Необхідно відзначити, що всі демографічні показники визначаються за допомогою інтенсивних показників та розраховуються на основу 1 000, за винятком материнської смертності (на 100 000 живонароджених).



Народжуваність населення. Народжуваність (Birth rate) — це процес дітонародження в конкретній сукупності населення за певний період часу.

Народжуваність — це процес відновлення нових поколінь, в основі якого лежать біологічні чинники, що впливають на здатність організму до відтворення потомства (зачаття, запліднення, виношування плоду).

Визначення поняття «народжуваність» досить складне. Як відомо, пологи закінчуються не тільки народженням живої дитини, але також можливі викидні, аборти, народження мертвого плоду. Таким чином, потрібно розрізнити такі поняття як *живонародження та мертвонародження*.

Живонародження (Live birth) — це повне вигнання або вилучення дитини (плоду) з організму матері незалежно від терміну вагітності, який має хоча б одну ознаку життя, а саме: дихання, серцебиття, пульсація пуповини та інші.

Смерть плоду (мертвонароджений плід) (Stillborn fetus) — це смерть плоду до його повного вигнання або вилучення з організму матері незалежно від тривалості вагітності: при цьому він не проявляє жодних ознак життя (не дихає, не має серцебиття).

Згідно ст. 158 «Кодексу України про шлюб та сім'ю», народження дитини підлягає реєстрації в державних органах реєстрації актів цивільного стану. Заява про реєстрацію народження дитини повинна бути подана до органів РАГСу не пізніше 1-го місяця від дня народження дитини. Реєстрація проводиться за умови надання довідки закладу охорони здоров'я про народження дитини — «Медичне свідоцтво про народження» (Форма № 103/о-95), яке видається під час виписки матері зі стаціонару всіма

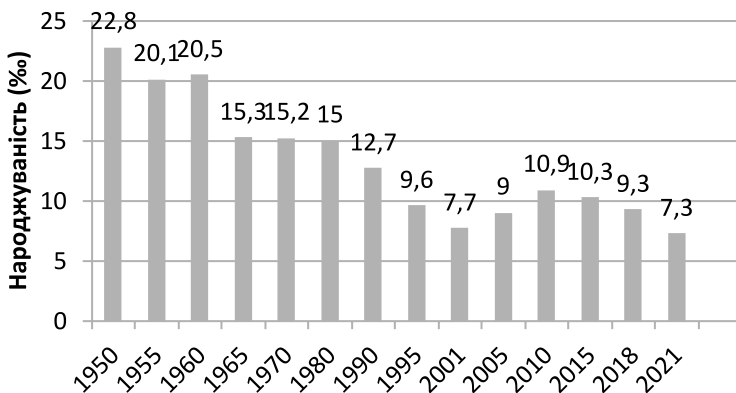


Рис. 2. Рівні народжуваності в Україні (на 1000 населення)



зкладами охорони здоров'я, де приймали пологи. Якщо жінка народила дитину поза межами закладу охорони здоров'я, то їй видається «Медична довідка про перебування дитини під наглядом лікувального закладу» (форма № 103-1/о-96).

Народжуваність у світі. Щодня в світі народжується 365 тис. дітей, причому 26% з них — в Африці, 57% — в Азії, 5% — в Європі, 9% — в Латинській Америці, 3% — в Північній Америці і менше 1% — в Австралії і Океанії.

Найвищі показники у світі у Нігерії — 51,08‰, Уганді — 47,55‰, Малі — 46,09‰, Замбії — 44,63‰, Буркіна-Фасо — 43,98‰, Малаві — 41,08‰.

Найнижчі показники: Монако — 7,03‰, Японія — 7,41‰, Гонконг — 7,45‰, Сінгапур — 8,65‰, Сен-П'єр і Мікелон — 8,58‰.

Якщо прослідкувати динаміку рівнів народжуваності в Україні від 1950 до 2022 року, то можна побачити, що цей показник має тенденцію до зниження (Рис. 2). Україна є однією з десяти країн Європи з найбільш низькими показниками рівня загальної народжуваності. Крім України — це Болгарія, Іспанія, Італія, Чехія, Латвія та Естонія.

На народжуваність істотно впливають регіональні особливості. Відносно висока народжуваність відзначається в Західних регіонах України: Рівненській — 14,8 ‰, Волинській — 14,3 ‰ та Закарпатській — 14,7 ‰ областях, у м. Києві — 11,5‰.

Водночас, у східних і центральних областях цей показник значно нижчий: Чернігівська — 8,9%, Сумська — 9,1 ‰, Луганська — 9,5 ‰, Черкаська — 9,5%, Полтавська — 9,7 ‰, Донецька — 9,8 ‰ та Харківська — 9,8 ‰.

Показники народжуваності поділяють на загальний (birth rate) та спеціальні (коефіцієнт плодючості (fertility rate), сумарний коефіцієнт відтворення (total fertility rate), бруто-коефіцієнт відтворення, нетто-коефіцієнт відтворення). *Коефіцієнт народжуваності (КН) розраховується за формулою:*

$$\text{КН} = \frac{\text{Кількість дітей, які народилися живими за рік}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \times 1\,000 \quad (13.1)$$

Спеціальні показники. Коефіцієнт плодючості (КП) є спеціальним показником народжуваності, що характеризує частоту народження дітей серед жінок дітородного (фертильного, генеративного) віку (15–49 років).

Розраховується як відношення кількості народжених дітей живими за рік до кількості жінок у віці 15–49 років помножене на основу (1 000).



$$\text{КП} = \frac{\text{Кількість дітей, які народилися живими за рік}}{\text{Кількість жінок у віці 15–49 років}} \times 1000 \quad (13.2)$$

Додатковими коефіцієнтами плодючості є:

– *сумарний* показник відтворення населення — середня кількість дітей, народжених жінкою протягом фертильного періоду її життя (15–49 років);

В Євросоюзі сумарний показник становить 1,5 дитини на 1 жінку, для приросту населення необхідно — 2,1 дитини. Найгірші показники в Європі — 1,07–1,3 дитини на 1 жінку (Грузія, Україна, Росія, Італія, Болгарія, Словенія, Греція). Найкращі показники в Європі — 1,6–1,8 дитини на 1 жінку (Бельгія, Нідерланди, Велика Британія, Ірландія, Скандинавські країни).

– *брутто-коефіцієнт* відтворення — середня кількість дівчаток, народжених жінкою у віці від 15 до 49 років;

– *нетто-коефіцієнт* відтворення або очищений показник відтворення — це кількість дівчаток народжених в середньому однією жінкою за весь репродуктивний період її життя, що досягли віку, в якому вона їх народила. Нетто коефіцієнт відтворення характеризує ступінь заміщення покоління жінок їх доньками при тривалому збереженні існуючих рівнів народжуваності і смертності.

Залежно від рівня нетто-коефіцієнта виділяють типи відтворення населення: стаціонарне відтворення (нетто-коефіцієнт дорівнює 1); розширене відтворення (нетто-коефіцієнт більше, ніж 1); звужене відтворення (нетто-коефіцієнт менше, ніж 1). Останнім часом в Україні нетто-коефіцієнт менший за 1, що відповідає звуженому типу відтворення.

Важливе значення для характеристики відтворення населення мають *повікові інтервали дітородного віку*, що дозволяють виділити віковий період, в якому найбільш часто народжуються діти. У зв'язку з цим весь дітородний вік розділяють на 7 періодів: 1 інтервал — 15–19 років; 2 інтервал — 20–24 роки; 3 інтервал — 25–29 років; 4 інтервал — 30–34 роки; 5 інтервал — 35–39 років; 6 інтервал — 40–44 роки; 7 інтервал — 45–49 років.

Виділення повікових інтервалів дітородного віку дозволяє визначити *тип максимальної плодючості*, рекомендований ООН:

- *ранній тип* — коли максимум плодючості припадає на вік 20–24 роки;
- *пізній тип* — коли максимум плодючості припадає на вік 25–29 років;
- *широкий тип* — коли повікові коефіцієнти плодючості 20–24 роки та 25–29 років мало відрізняються один від одного, але перевершують інші вікові групи.



Характеристика типів максимальної плодючості в Україні. До 1940-х років ХХ століття відзначався «сільський тип» плодючості — коли спостерігалася висока плодючість у жінок як у віці до 30 років, так і після 30 років. Нині відзначений «міський тип» плодючості — коли найбільш високий рівень народжуваності припадає на вік 20–24 роки, а потім знижується. В сучасних умовах рівень народжуваності в Україні підтримується в основному за рахунок первістків, що призвело до зменшення кількості дітей в сім'ях: 52% сімей мають 1-у дитину; 2-х дітей — 39,5%; 3-х і більше — лише 8,4% (багатодітні).

На рівень народжуваності впливають різні фактори та умови, серед них: економічні, соціальні, медичні, біологічні, екологічні, а саме: зниження життєвого рівня населення, безробіття; недостатня соціальна політика держави; незадовільне репродуктивне здоров'я жінок; активне залучення жінок до суспільного життя; зайнятість певної частини жінок у виробництвах з небезпечними та шкідливими умовами праці; зменшення числа шлюбів та збільшення числа розлучень; диспропорція в статевому складі населення та велика кількість абортів у популяції.

Наступним важливим демографічним показником громадського здоров'я є смертність населення.

Смертність (Mortality) — демографічний показник кількості смертей у певній популяції або певній підгрупі населення за одиницю часу.

Смертність один з найважливіших демографічних показників громадського здоров'я, що характеризує здоров'я населення з точки зору поширення найбільш важкої патології.

Реєстрація смерті проводиться органами реєстрації актів цивільного стану за останнім місцем проживання померлого, за місцем настання смерті, виявлення трупу або за місцем поховання на основі виданих закладами охорони здоров'я документів: лікарського свідоцтва про смерть (форма № 106/о–95), рішення суду про встановлення факту смерті або оголошення громадянина померлим, повідомлення з місць позбавлення волі.

Встановлення випадку смерті проводиться лікарями, в окремих випадках фельдшерами, за заявою родичів померлого, його сусідів, працівників житлово-експлуатаційних організацій та інших осіб.

Заява про реєстрацію має бути подана не пізніше 3-х діб від дня смерті чи виявлення трупа, а в разі неможливості одержання довідки КНП або висновку судово-медичної експертизи або прокуратури — не пізніше 5-ти днів.



У випадку смерті дитини в період 0–6 діб її життя заповнюється «Медичне свідоцтво про народження дитини» — форма № 103/о–95 та «Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть» — форма № 106–2/о–95. Останній документ заповнюється також у випадках народження мертвої дитини.

Для аналізу смертності населення розраховують наступні показники: загальний (crude death rate) та спеціальні (за статтю, за віком та за причинами).

Загальний показник смертності характеризує частоту випадків смерті за рік на 1 000 населення, яке проживає на конкретній території. Загальний коефіцієнт смертності малоприматний для будь-яких порівнянь, оскільки його величина значною мірою залежить від особливостей вікового складу населення. Так, зростання загального коефіцієнта смертності, що спостерігається останнім часом в деяких економічно розвинутих країнах, свідчить не стільки про фактичне зростання смертності, скільки відображає зростання питомої ваги осіб похилого віку у віковій структурі населення.

Більш придатними для порівняння є показники смертності окремих віково-статевих груп населення. При цьому треба мати на увазі, що на віково-статеві показники смертності, вікова структура населення майже не впливає. Загальний коефіцієнт смертності розраховується за формулою:

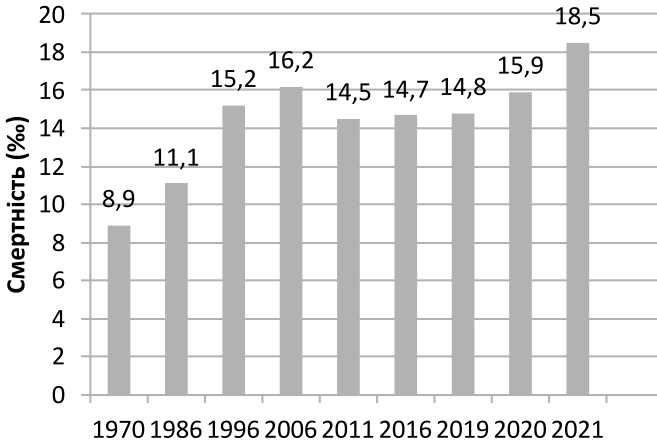
$$КС = \frac{\text{Кількість померлих за рік}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \times 1\,000 \quad (13.3)$$

Найнижчий показник загальної смертності в ОАЕ, Катарі, Кувейті — 2‰, де надзвичайно молоде населення, дуже висока питома вага в населенні трудових мігрантів, високий рівень охорони здоров'я і гранично низький рівень споживання алкоголю.

Найвищий показник, більше 25‰, у Свазіленді, Ботсвані, Лесото (тобто країнах, уражених епідемією ВІЛ).

До так званих «демографічно еталонних» країн, в тому числі і за показниками загальної смертності, належать Японія з найнижчим рівнем смертності в світі протягом багатьох років — близько 5‰, а також країни Північної Європи і країни Бенілюксу (Бельгія, Нідерланди, Люксембург).

Якщо прослідкувати динаміку рівнів смертності в Україні від 1970 до 2021 року, можна перекоонатися, що цей показник має тенденцію до підвищення (Рис. 3).



**Рис. 3. Рівні смертності в Україні
(на 1000 населення)**

Спеціальні показники смертності — це смертність за статтю (чоловіки, жінки), за віком і за причинами (окремі групи, нозологічні форми захворювання).

Віковими особливостями смертності є: найбільш високий ризик смерті мають діти в перші години, дні, тижні, місяці життя. Чим старша дитина, тим менша ймовірність її смерті. Найнижчі показники смертності у віці від 5 до 20 років. Після 20 років йде поступове зростання показника, який досягає максимального значення після 60 років.

На території України смертність серед сільського населення в 1,5 рази вища, ніж серед міського (відповідно 18,6% і 13,7%). Але це пов'язано не з місцем проживання, а відмінністю у віковій структурі, оскільки якщо розрахувати стандартизовані показники, то вони будуть на одному рівні.

Смертність населення в статеві-віковому розрізі має досить стабільні особливості, а саме: смертність чоловіків у всіх вікових групах вища, ніж смертність жінок. Ця особливість проявляється в усьому світі, але міра переважання чоловічої смертності над жіночою в різних країнах різна.

В Україні чоловіки майже в 4 рази частіше помирають від отруєнь і травм, в 1,4 рази — від злоякісних новоутворень, в 2,4 рази — від хвороб органів дихання, в 1,6 рази — від хвороб органів травлення, в 5,1 рази частіше — від інфекційних та паразитарних хвороб, водночас жінки в 1,2 рази частіше вмирають ніж чоловіки від хвороб системи кровообігу.

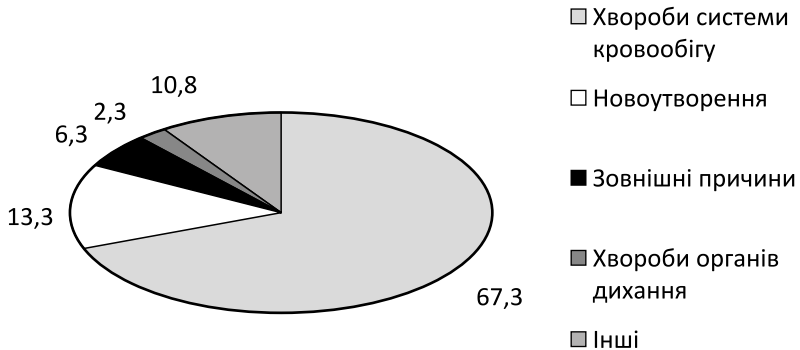


Рис. 4. Питома вага окремих причин смерті населення (%)

У структурі причин смертності населення в цілому перше місце посідають хвороби системи кровообігу (67,3%), на другому місці — злоякісні новоутворення (13,3%), на третьому — нещасні випадки, отруєння і травми (6,3%), на четвертому — хвороби органів дихання (2,3%) (Рис. 4).

Особливості причин смертей серед чоловіків та жінок полягають у тому, що на першому місці, як у чоловіків, так і у жінок — хвороби системи кровообігу; серед чоловіків на другому місці — нещасні випадки, отруєння і травми, а на третьому — злоякісні новоутворення; у жінок на другому місці — злоякісні новоутворення, а на третьому — нещасні випадки, отруєння і травми.

Структура та рівні смертності населення в працездатному віці мають свої особливості. Перші два рангових місця посідають хвороби системи кровообігу та нещасні випадки, отруєння і травми.

Якщо говорити про регіональні особливості, то найбільш високі рівні загальної смертності зафіксовано в Північно-Східному регіоні, потім — в Центральному та Південно-Східному регіонах України.

По областях найбільш високі рівні смертності відзначені в Чернігівській — 19,1%, Полтавській — 16,8%, Сумській — 16,4%, Кропивницькій (Кіровоградській) — 16,3%, Харківській — 15,9% областях; найнижчі — в Закарпатській області — 12,2%, Львівській — 13,0%, Івано-Франківській — 12,7% та в м. Києві — 11,0%.

Таким чином, основними особливостями смертності населення в Україні є: безпрецедентне зростання рівня загального показника смертності; дуже високий рівень смертності серед чоловіків, особливо в працездат-



ному віці; зростання смертності практично від усіх причин, особливо від нещасних випадків, отруєнь і травм, включаючи вбивства і самогубства; більш високі показники смертності сільського населення порівнюючи з міським.

На основі рівнів смертності в статеві-вікових групах розраховується ще один статистичний показник, який розкриває причини формування смертності в різних вікових групах — це показник **дожиття населення до основних життєвих рубежів**. Показник був запропонований ВООЗ. Він надається у відсотках та визначається за наступними віковими рубежами: до 1 року, до 5 років, до 15 років, до 45 років та до 65 років. В Україні показник дожиття до 45 років становить для жінок 94,2%, для чоловіків 83,6%; до 65 років відповідно 78,3% та 47,9%.

Природний приріст (природний спад) населення (Natural increase, natural decline) населення визначається як різниця між показником народжуваності та смертності. Якщо показник смертності більший за показник народжуваності, то показник приросту має негативний знак і називається негативним природним приростом або депопуляцією. Негативний приріст — це протиприродний процес. Від'ємний природний приріст правильніше називати протиприродним зменшенням населення. Природний приріст населення необхідно аналізувати спільно з показниками народжуваності та смертності населення, оскільки може скластися ситуація, що при позитивному природному прирості можуть бути високі показники народжуваності та смертності населення. Висока народжуваність, яка супроводжується високою смертністю, особливо дитячою, свідчить про незадовільний стан здоров'я населення. Коефіцієнт природного приросту (КПП) чи спаду розраховується за формулою:

$$\text{КПП} = \frac{\text{Фактичний приріст (спад) населення за рік}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \times 1\,000 \quad (13.4)$$

Фактичний приріст населення визначається як різниця між кількістю народжених та померлих за календарний рік. Якщо вже розраховані коефіцієнти народжуваності та смертності, то в цьому випадку природний приріст (спад) буде визначений як різниця між народжуваністю і смертністю.

До країн з негативним природним приростом відносяться: Італія (-0,2‰), Польща (-0,36‰), Естонія (-1,8‰), Німеччина (-1,86‰), Угорщина (-3,8‰), Росія (-4,8‰), Литва (-5,3‰), Україна (-5,5‰), Румунія (-6,6‰), Болгарія (-7,1‰), Латвія (-7,5‰).



В Україні, від 1992 року і дотепер, спостерігається від'ємний природний приріст (Табл. 13.1).

Таблиця 13.1

Показники природного приросту в Україні (на 1000)

Роки	Природний приріст
1970	+6,3
1986	+4,4
1990	+0,6
1992	-2,0
1993	-3,5
1996	-6,1
2001	-8,3
2010	-4,3
2016	-4,6
2017	-4,7
2018	-5,5
2019	-6,6
2020	-8,1
2021	-11,2

До основних демографічних показників також відноситься **середня очікувана тривалість життя (Average life expectancy)** — це середня кількість років, яку належить прожити поколінню, що народилося (ровесникам певного віку), за умови, якщо протягом їх наступного життя статеві-вікові показники смертності будуть такими ж, як і в роки, для яких робилися розрахунки. Середня очікувана тривалість життя характеризує життєздатність населення в цілому і не залежить від особливостей вікової структури населення.

На цей показник впливає збільшення смертності серед дітей, молоді та осіб працездатного віку. Тому він має більш практичне значення для оцінки здоров'я населення, ніж загальний рівень смертності, на який значно впливає висока частота і питома вага смертності населення пенсійного віку.



В цілому у світі середня очікувана тривалість життя становить 64 роки. У країнах Європи (52 країни) середня очікувана тривалість життя — 73,4 роки. У країнах Євросоюзу середня очікувана тривалість життя становить 78,4 роки, з них у жінок — 81,4 роки, у чоловіків — 75,2 роки.

Середня очікувана тривалість життя в різних країнах світу (Табл. 13.2, Табл. 13.3).

Таблиця 13.2**Країни з найвищою середньою очікуваною тривалістю життя**

Країна	По країні	Чоловіки	Жінки
Японія	82,6	78	86,1
Андорра	82,2	79,4	85,1
Швейцарія	82,1	80	84,2
Ізраїль	82	80	84
Ісландія	81,8	80,2	83,3
Австрія	81,2	78,9	83,6
Іспанія	80,9	77,7	84,2
Швеція	80,9	78,7	83

Таблиця 13.3**Країни з найнижчим рівнем середньої очікуваної тривалості життя**

Країна	По країні	Чоловіки	Жінки
ЮАР	49,3	48,8	49,7
Кот-д'Івуар	48,3	47,5	49,3
Малаві	48,3	48,1	48,4
Сомалі	48,2	46,9	49,4
Нігерія	47,9	46,4	47,3

В Україні *середня очікувана тривалість життя* характеризується наступним чином: від 1995 року цей показник збільшувався, а з 1999 року спостерігалася тенденція до зменшення. Від 2020 року рівень *середньої очікуваної тривалості життя* складає 73 роки: у чоловіків — 68 років; у жінок — 78,8 років. Вікова різниця склала 9,8 років.



Показник середньої очікуваної тривалості життя, скоригованої на інвалідність (DALY). Індекс DALY — це показник загального тягаря хвороб. Відповідно до оцінки ВООЗ, у 50% країн членів ВООЗ показник DALY становить 60 років, у найбільш багатих країнах — перевищує 70 років, у найбідніших країнах — не більше 40 років.

В цілому в країнах-членах ВООЗ різниця між показниками середньої очікуваної тривалості життя і середньої очікуваної тривалості життя, скоригованої на інвалідність (DALY) становить 7 років, при цьому в країнах з найкращими показниками питома вага років прожитих з інвалідністю становить 9,0%, а у країн з найгіршими показниками — 14,0%.

Як відомо, найбільший вплив на показник середньої очікуваної тривалості життя впливає смертність від хвороб системи кровообігу, новоутворень та зовнішніх причин (нещасні випадки, отруєння і травми).

Також до показників природного руху населення відноситься материнська смертність. **Материнська смертність (Maternal mortality)** — зумовлена вагітністю (незалежно від її тривалості та локалізації) смерть жінки, що настала в період вагітності або протягом 42 днів після її закінчення від будь-якої причини, пов'язаної з вагітністю, обтяженої нею або її веденням, але не від нещасного випадку чи з випадкових причин (ВООЗ, 1992).

Розрахунок коефіцієнта материнської смертності здійснюється за формулою:

$$KMC = \frac{\text{Кількість померлих жінок під час вагітності, пологів і протягом 42 днів після припинення вагітності}}{\text{Кількість народжених дітей живими}} \times 100\,000 \quad (13.5)$$

Для аналітичної роботи з материнською смертністю виділять такі її види:

- безпосередньо пов'язана з акушерськими причинами — це випадки, які є результатом акушерських ускладнень стану вагітної, а також втручань, недогляду, помилок в лікуванні;
- опосередковано пов'язана з акушерськими причинами — випадки, які є наслідком будь-якої хвороби, яка була у жінки раніше чи проявилася під час вагітності. А також, яка не була викликана безпосередньо акушерськими причинами, але була ускладнена фізіологічним впливом вагітності.

Крім цього, ВООЗ пропонує для удосконалення обліку померлих жінок від акушерських причин, враховувати такі поняття як: смерть, пов'язана з вагітністю та пізня материнська смертність.



Смерть, пов'язана з вагітністю — це смерть жінки, що настала під час вагітності, пологів або протягом 42 днів після пологів, незалежно від причини смерті.

Пізня материнська смертність — це смерть жінки від безпосередньо акушерської причини або причини побічно пов'язаної з нею, що настала після 42 днів після пологів, але не пізніше ніж через 1 рік.

Серед основних причин материнської смертності виділяють: 1 місце — екстрагенітальні захворювання; 2 місце — важкі еклампсії та нефропатії; 3 місце — кровотечі, позаматкова вагітність.

Необхідно відзначити, що в розвинених країнах рівень материнської смертності дуже низький і рідко перевищує 5,0 жінок на 100 тис. живонароджених (Австрія, Німеччина, Італія, Португалія, Швеція та ін.).

У країнах, що розвиваються рівень материнської смертності сягає 800–850 жінок на 100 тис. живонароджених.

В Україні материнська смертність за останні 25 років суттєво знизилася: в 1980-і роки цей показник становив 40–50 жінок на 100 тисяч живонароджених; у 2010 році — 23,5 на 100 тисяч живонароджених; у 2018 році — 12,5 на 100 тисяч живонароджених.

Серед причин, що обумовлюють погіршення демографічної ситуації в Україні можна виділити наступні: економічна дестабілізація, зниження життєвого рівня більшості населення, деградація соціальної сфери, катастрофічне погіршення стану навколишнього середовища, загострення криміногенної ситуації та ін.

Таким чином, демографічні дані в системі охорони здоров'я широко використовуються: для оцінки стану здоров'я населення; для планування мережі медичних установ; для розробки науково-обґрунтованих прогнозів з метою розвитку системи охорони здоров'я; для вибору пріоритетів в системі охорони здоров'я та ін.

З метою поліпшення демографічної ситуації в Україні МОЗ України, КМ України за сприяння ЮНІСЕФ, Світового банку, ВООЗ рекомендують: забезпечення більшої прив'язки всіх напрямків соціально-економічної політики до вирішення демографічних проблем; посилення соціального захисту материнства і дитинства; сприяння жінкам у вирішенні проблем працевлаштування; проведення заходів, спрямованих на поліпшення умов утримання та виховання дітей у навчально-виховних закладах; створення нової моделі дошкільного дитячого закладу в кількох регіонах України (у Києві, Харкові, Одесі, Чернівцях); створення системи моніторингу бездомних дітей.



ТЕМА 14. СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ДИТЯЧОЇ СМЕРТНОСТІ

14.1. Медико-соціальні аспекти дитячої смертності

При вивченні медико-соціальних проблем демографічних процесів велику увагу приділяють питанню дитячої смертності, оскільки цей показник має важливе медико-соціальне значення для оцінки стану здоров'я населення, рівня соціально-економічного благополуччя та розвитку суспільства в цілому.

Для якісного аналізу велике значення має повний облік та реєстрація числа померлих та народжених дітей. Статистична інформація про дитячу смертність заснована на поточній реєстрації випадків смерті у відповідній медичній документації.

У зв'язку з цим необхідно вміти аналізувати динаміку цих показників, порядок реєстрації смертності новонароджених, типи малюкової смертності, основні групи чинників, які впливають на формування рівнів дитячої смертності, заповнювати основні облікові документи для вивчення смертності дитячого населення. В статистиці прийнято для характеристики смертності дитячого населення використовувати такі показники, як малюкова смертність, смертність дітей у віці до 5 років та смертність дітей від 1 до 14 років.

14.2. Малюкова смертність

Малюкова смертність (*Infant mortality*) — один із вікових показників смертності, який характеризує частоту смертельних випадків дітей на 1-му році життя. Малюкова смертність має важливе медико-соціальне значення.

На цей показник впливають різні чинники соціального, економічного, екологічного, біологічного та іншого характеру, серед них важливе місце посідають: стать дитини — хлопчики помирають частіше, ніж дівчата. Малюкова смертність у недоношених дітей вища; вік матері — найнижча малюкова смертність у дітей, що народилися у матерів віком 20–30 років. Найбільша смертність дітей спостерігається у первістків і після 6 дитини. Сама здорова 4-а дитина; соціально-етнічні чинники — в країнах з високим рівнем народжуваності спостерігається високий рівень дитячої смертності; здоров'я жінки; стан навколишнього середовища; характер годувування; якість медичної допомоги. В класичному варіанті кое-



фіцієнт малюкової смертності (КМС) розраховується за наступною формулою:

$$\text{КМС} = \frac{\text{Кількість померлих дітей у віці до 1 року}}{\text{Загальна кількість дітей, народжених живими за рік}} \times 1\,000 \quad (14.1)$$

Однак серед дітей, померлих на першому році життя, є народжені як в минулому календарному році, так і в поточному. Тому співвідносити померлих з народженими тільки в даному календарному році невірно. Застосування даного способу можливе лише в тому випадку, коли число народжених у звітному і минулому роках однакове, що на практиці зустрічається вкрай рідко.

У зв'язку з цим за рекомендацією ВООЗ для розрахунку малюкової смертності використовується *формула Ратса*: кількість дітей померлих на 1 році життя ділять на 2/3 дітей народжених живими у поточному році і 1/3 дітей народжених в минулому році і перемножують на 1000.

У такому випадку розрахунок коефіцієнта малюкової смертності проводять за наступною формулою:

$$\text{КМС} = \frac{\text{Кількість померлих дітей у віці до 1 року протягом року}}{\frac{2}{3} \text{ дітей, які народились живими протягом поточного року} + \frac{1}{3} \text{ дітей, народжених живими в минулому році}} \times 1\,000 \quad (14.2)$$

Окрім цього, можна розрахувати рівень малюкової смертності і іншим чином: провести розрахунок смертності дітей віком до 1 року життя окремо для покоління минулого року і поточного року, а потім підсумувати дані коефіцієнти.

Більш універсальним є спосіб розрахунку коефіцієнта малюкової смертності, запропонований С.А. Новосельським. Він складається з двох етапів:

- *перший етап*: число дітей, померлих протягом року на 1-му році життя, приймають за 100%; з них за фактом $X_1\%$ — народилися в поточному календарному році, $X_2\%$ — народилися в попередньому календарному році ($X_1 + X_2 = 100$);
- *на другому етапі*, з огляду на частки $X_1/100$ і $X_2/100$, коефіцієнт малюкової смертності розраховується за такою формулою, в якій кількість дітей померлих на 1 році життя ділять $X_1/100$ від числа дітей народжених живими в поточному році + $X_1/100$ від числа дітей, народжених живими в попередньому році та перемножено на 1000.



Дана формула є узагальненням двох попередніх: при $X_1/100 = 2/3$ виходить формула Ратса, а при $X_1/100$ отримуємо співвідношення Вахітова та Альбіцького.

На 1-му році життя виділяють кілька **періодів життя дітей** і відповідно до цих періодів визначається смертність, серед них (Табл. 14.1):

1. **Перинатальна смертність (Perinatal mortality)** — це смертність з 22 тижня вагітності, під час пологів і 7 перших повних днів життя (168 годин). Показник перинатальної смертності (ПС) розраховують за формулою:

$$ПС = \frac{\text{Кількість мертвонароджених} + \text{Кількість дітей, які померли протягом перших семи днів}}{\text{Кількість дітей, що народилися живими та мертвими}} \times 1\,000 \quad (14.3)$$

Перинатальну смертність поділяють на наступні періоди:

- антенатальна смертність — мертвонароджені і померлі діти від 22-го тижня вагітності до початку пологів;
- інтранатальна смертність — мертвонароджені та померлі діти під час пологів;
- постнатальна смертність — це смертність новонароджених померлих протягом перших 7 днів життя (168 годин після народження).

2. **Неонатальна смертність (Neonatal mortality)** — це смертність дітей, народжених живими та померлих протягом перших 28 днів життя. Показник неонатальної смертності (НС) розраховують за формулою:

$$НС = \frac{\text{Кількість дітей, які померли протягом перших 28 повних днів життя}}{\text{Кількість народжених живими в поточному році}} \times 1\,000 \quad (14.4)$$

Неонатальну смертність поділяють на періоди:

- рання неонатальна смертність — це смертність дітей народжених живими, які померли протягом перших 7-ми повних днів життя. Показник ранньої неонатальної смертності (РНС) розраховують за формулою:

$$РНС = \frac{\text{Кількість дітей, померлих протягом 7 днів (168 годин життя)}}{\text{Кількість народжених живими в поточному році}} \times 1\,000 \quad (14.5)$$

- пізня неонатальна смертність — це смертність дітей, померлих в період від 7 дня життя до 28 днів.



3. *Постнеонатальна смертність (Post-neonatal mortality)* — це смертність дітей, померлих в період від 29 дня життя після народження до 1 року життя. Показник постнеонатальної смертності (ПНС) розраховують за формулою:

$$\text{ПНС} = \frac{\text{Кількість дітей, які померли у віці 29 днів — 12 місяців}}{\text{Кількість народжених живими в поточному році} - \text{Кількість дітей, що померли на першому місяці життя}} \times 1\,000 \quad (14.6)$$

Таблиця 14.1

Структурні компоненти перинатальної та малюкової смертності в залежності від періодів життя

		Малюкова смертність		
Аntenатальна смертність	Інтранатальна смертність	Неонатальна смертність		Постнеонатальна смертність
		в перші 28 повних днів життя		
з 22-го тижня вагітності	мертво народжені та померли під час пологів	рання неонатальна смертність	пізня неонатальна смертність	від 29 днів життя після народження до 1 року життя
		в перші 7 повних днів життя (168 годин)	в період від 7 дня життя після народження до 28 днів життя	
		постнатальна		
Перинатальна смертність смертність з 22 тижня вагітності, під час пологів та протягом перших 7 днів життя				

Провідні (перші) місця серед причин малюкової смертності посідають такі причини: перше місце — стани, які виникли в перинатальному періоді (40,0% або 13,98%) (родові травми — 1,32%, внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія — 3,77%, гемолітична хвороба плоду — 0,39%); друге місце — вроджені аномалії розвитку (28,0% або 6,13%); третє місце — нещасні випадки, отруєння, травми (8,1%); четверте місце — хвороби органів дихання (4,9%).

Ризик смерті дітей на 1-му році життя найбільший в неонатальному періоді. Питома вага неонатальної смертності в багатьох країнах становить



50–60% від кількості померлих на 1-му році життя, а в деяких випадках сягає 70%. Серед дітей, які помирають на 1-му місяці життя, 2/3 (60–70%) складають випадки смерті в ранньому неонатальному періоді, тобто перші 7 днів життя.

До основних причин смертності дітей в неонатальному періоді (до 28 днів життя) відносяться: стани, які виникають в перинатальному періоді (30%); вроджені аномалії розвитку (25%).

Водночас в постнеонатальному періоді (від 29 днів життя до 1 року) найчастіше до смерті немовлят призводять: захворювання органів дихання (20%); інфекційні та паразитарні хвороби (майже 15%); травми в результаті нещасних випадків (майже 10%).

Залежно від співвідношення померлих дітей в неонатальному та постнеонатальному періодах формується **тип малюкової смертності**, який має важливе значення для оцінки якості медичної допомоги новонародженим. Виділяють три типи малюкової смертності:

- тип А — на 1 місяці життя помирає 50% і більше дітей від загальної кількості дітей, які померли на 1-му році життя;
- тип В — на 1 місяці життя помирає від 30 до 49% від загальної кількості дітей, які померли на 1-му році життя;
- тип С — менше 30% дітей помирає на першому місяці життя від загальної кількості померлих на 1-му році життя.

Тип малюкової смертності розраховують за формулою:

$$TMC = \frac{\text{Кількість дітей, які померли в неонатальному періоді}}{\text{Кількість дітей, які померли на 1-му році життя}} \times 100 \quad (14.7)$$

Якщо розглядати два крайні типи А та С, то при типі А більша частина дітей помирає на першому місяці життя від станів, що виникли в перинатальному періоді. Ці діти часто знаходяться в дуже тяжкому незворотному стані. Водночас при типі С переважна частина дітей помирає в постнеонатальному періоді. Провідними причинами їх смерті є хвороби органів дихання, травми та інфекційні захворювання, які необхідно попереджувати та можна лікувати.

Ось чому, порівнюючи крайні типи смертності більш сприятливим є тип А, ніж С. Наявність типу смертності С за навіть незначних рівнів смертності немовлят свідчить про недоліки в організації лікувально-профілактичної допомоги дітям першого року життя.

В Україні на неонатальний період припадає 55,6% випадків смерті дітей 1-го року життя (Тип А). За світовими оцінками питома вага неонатальної



смертності на рівні 70–80% вважається ознакою високого ступеня соціального контролю над смертністю немовлят. Такі показники зафіксовані в розвинених країнах світу, які мають найнижчі рівні смертності немовлят.

Оцінку рівня малюкової смертності проводять за наведеною нижче шкалою: до 10‰ — дуже низький рівень; 10–14,9‰ — низький рівень; 15–24,9‰ — середній рівень; 25–34,9‰ — високий рівень; 35‰ і більше — надзвичайно високий рівень малюкової смертності.

Смертність дітей на 1 році життя істотно залежить від віку дитини, статі та місця проживання. Найвищий ризик настання смерті дитини — це перші години, дні, місяці життя. Малюкова смертність в сільській місцевості вища, ніж у міській.

Ймовірність смерті на 1-му році життя приблизно така ж, як і у людей, які досягли 55 років.

Найбільший показник малюкової смертності в світі — це африканські та азійські країни — Центрально-Африканська Республіка — 87,6‰, Сьєрра-Леоне — 81,7‰, Сомалі — 79,7‰. В економічно розвинених країнах рівень малюкової смертності рідко перевищує 5‰: Фінляндія — 1,9‰, Японія — 1,9‰, Німеччина — 3,1‰, Франція — 3,5‰. Найменший показник в Ісландії — 1,6‰.

Таким чином, смертність дітей у віці до 1-го року є одним з найбільш чутливих індикаторів рівня соціально-економічного розвитку суспільства, який акумулює рівень освіти, культури, стан навколишнього середовища, ефективність профілактичних заходів, рівень доступності та якості медичної допомоги, розподіл соціальних і матеріальних благ у суспільстві.

Крім показників малюкової смертності в міжнародній практиці прийнято розраховувати коефіцієнт смертності дітей у віці до 5 років.

14.3. Смертність дітей у віці до 5 років життя

Смертність дітей до 5 років є також одним з провідних показників, що характеризують стан здоров'я населення. Вона є своєрідним індикатором рівнів соціально-економічного розвитку країни, матеріального та санітарного благополуччя населення, стану системи надання медичної допомоги населенню, особливо дітям та матерям й ефективності профілактичних і санітарно-протиепідемічних заходів. Аналіз рівня, динаміки і причин дитячої смертності забезпечує органи охорони здоров'я необхідними відомостями для цілеспрямованої боротьби за зміцнення здоров'я підростаючого покоління. Зниження дитячої смертності є одним з резерв-



вів у боротьбі за зниження загальної смертності, подовження тривалості життя людей, а також відтворення населення, тобто розглядається як важливий соціально-економічний критерій.

Смертність дітей у віці до 5 років була визначена міжнародним дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ), як особливий найбільш важливий показник стану здоров'я дітей в різних країнах, як індикатор благополуччя дитячого населення. *Коефіцієнт смертності дітей у віці до 5 років розраховується за формулою:*

$$\text{КСД} = \frac{\text{Кількість дітей, які померли за рік у віці до 5 років у календарному році}}{\text{Кількість народжених живими в поточному році}} \times 1000 \quad (14.8)$$

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я протягом останнього десятиріччя смертність дітей у віці до 5 років має тенденцію до зниження. При цьому, майже половина новонароджених дітей померли протягом першого місяця життя. Близько двох третин випадків смерті відбулися в 10 країнах. Найвищі показники дитячої смертності — в Африці та Азії.

Правильний і своєчасний аналіз показників смертності дітей до 5 років дозволяє розробити ряд конкретних заходів щодо зниження захворюваності та смертності дітей, оцінити ефективність раніше проведених заходів, значною мірою охарактеризувати роботу місцевих органів охорони здоров'я щодо материнства і дитинства. Для якісного аналізу велике значення має повний облік та реєстрація числа померлих та народжених дітей.

За даними ООН, в більшості економічно розвинених країн показник смертності дітей у віці до 5 років перебуває в межах 4–7‰, в Україні — 8,3‰.

В міжнародній практиці розраховується ще один коефіцієнт, смертність дітей від 1 року до 14 років.

В більшості країн на дитячий вік старше 1 року, особливо старше 5 років припадає мінімум вікової смертності. До цього моменту організм дитини вже досить зміцнів, і на рівень смертності в основному перестають впливати вроджені ендогенні фактори смертності. З іншого боку, дитина знаходиться, як правило, під опікою батьків, і на неї ще мало впливають негативні чинники природного та соціального середовища.

Коефіцієнт смертності дітей від 1 року до 14 років (дитяча смертність) визначається наступним чином: кількість дітей у віці від 1 до 14 років, які померли протягом року, необхідно розділити на середньорічну чисельність дітей у віці від 1 до 14 років і перемножити на 1000.



У структурі смертності дітей старше року на першому місці знаходяться нещасні випадки, отруєння і травми, на другому — вроджені аномалії, на третьому — хвороби органів дихання, на четвертому — захворювання ЦНС.

ТЕМА 15. ДЕМОГРАФІЧНЕ СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ ТА ЙОГО ВИКЛИКИ

15.1. Історія вчення про старіння

Старіння населення перетворюється на одну з найважливіших соціальних трансформацій XXI століття. Це відбивається на всіх секторах суспільства. Демографічне старіння впливає на трудові і фінансові ринки, на попит на товари і послуги, на житлове будівництво, транспорт та соціальний захист, а також на структуру сім'ї і стосунки між людьми, які належать до різних поколінь.

Все частіше населення похилого віку розглядають як учасників процесу розвитку, чії здібності діяти на благо собі і суспільству доцільно враховувати при розробці директив і програм на всіх рівнях. У найближчі десятиліття багато країн мають вирішувати важливі завдання у сфері охорони здоров'я, пенсійного забезпечення та соціального захисту.

Сьогодні проблеми населення літнього віку вивчені недостатньо. Інтерес до цієї теми зростає, проводяться дослідження з метою виявити геронтологічні, психологічні, соціальні особливості даного населення. Адже через поширене уявлення в суспільстві про старіння, громадянам похилого віку набагато важче нести тягар фізичних і психологічних проблем, з якими вони стикаються в дійсності. Вивченням процесів старіння займається наука геронтологія. Отже, *геронтологія (Gerontology)* — (з грец. мови «геронтос» — старіння і «логос» — наука) — наука, що вивчає біологічні, соціальні та психологічні аспекти старіння людини, його причини та способи боротьби з ним. *Соціальна геронтологія (Social gerontology)*, є розділом геронтології, який вивчає демографічні, соціально-економічні, соціально-гігієнічні та соціально-психологічні аспекти старіння, в тому числі вплив умов і способу життя на процес старіння людини і розробляє заходи, що забезпечують добробут населення пенсійного віку, його активне довголіття.

Вчення про старіння бере початок від прадавніх часів. Ще на початку розвитку медицини, в працях Гіппократа зустрічаються перші описи ознак старіння і хвороб у старих людей. «Батько медицини» і лікарі його школи пов'язували старіння з особливостями темпераменту і з сезонами



року. Так, на його думку, флегматики старіють швидше і особливо схильні до хвороб старості. Холерики, навпаки, в старості переживають найбільш здоровий і плідний період життя.

Школа Гіппократа вперше хронологічно розмежувала вік людини. Тож, від народження до 14 років вони називали дитинством, від 15 до 42 років — зрілим віком, від 43 до 63 — старістю, а від 63 років і старше — довголіттям.

Засновником науки про старіння (геронтології) вважають *О.О. Богомольця (1881–1946)*. У 1938 р. за його ініціативи в Києві відбулася перша в світі наукова конференція, присвячена проблемам старіння і профілактики передчасного старіння, де одним з важливих наукових напрямків було обговорення гіпотези щодо максимального подовження людського життя — до 150 років і більше.

Важливий внесок в розвиток проблем старіння та активного довголіття зробили З.Г. Френкель, В.І. Нікітін, І.А. Аршавський, І.В. Давидовський, О.В. Нагорний, М.С. Мільман, В.В. Алпатов та ін., які почали створювати перші геронтологічні школи у Києві і Тбілісі.

Інститут геронтології та гериатрії Академії Медичних Наук (АМН), де керівниками кафедри геронтології працювали видатні вітчизняні вчені В.В. Фролькіс, О.В. Коркушко, А.В. Токар та ін. вперше було створено у 1958 році в Києві.

Всесоюзне науково-медичне товариство геронтологів і гериатрів, яке за три роки увійшло до Міжнародної асоціації геронтологів, заснували у 1963 році.

Ключові конференції з проблем старіння. Важливим кроком при розгляді цих питань у 1982 році стало рішення Генеральної Асамблеї про скликання Першої Всесвітньої асамблеї з проблем старіння (Відень), яка розробила Віденський міжнародний план дій щодо проблем старіння. Цей документ містив заклик до вживання конкретних заходів щодо охорони здоров'я і харчування, захисту людей похилого віку, житлового будівництва та стану навколишнього середовища, сім'ї, соціального забезпечення, гарантованості доходу і зайнятості, освіти, а також збору й аналізу дослідницьких даних.

Генеральна Асамблея у 1991 році ухвалила Принципи ООН щодо літніх людей, які стосуються незалежності та залучення людей похилого віку, догляду за ними, а також їх самореалізації та гідності.

На Міжнародній конференції з проблем старіння, присвяченій розробці подальших заходів щодо здійснення Плану дій, у 1992 році, було ухвалено



Декларацію з проблем старіння (Генеральна Асамблея ООН проголосила 1999-й рік Міжнародним роком людей похилого віку. Міжнародний день людей похилого віку щорічно відзначається 1 жовтня).

У 2002 році, у продовження діяльності, пов'язаної з проблемами старіння, у Мадриді відбулася Друга Всесвітня асамблея з проблем старіння, яка прийняла Політичну декларацію і Мадридський міжнародний план дій з проблем старіння.

15.2. Вікова класифікація населення

Вік — повне число років, які прожила людина від моменту свого народження до певної події в її житті. Розрізняють *біологічний вік*, який фіксується періодами дитинства, молодості, зрілості і старості, і вік *календарний*, який фіксується числом прожитих років.

В демографії визначають такі вікові показники, як вік повноліття, вік вступу в шлюб, репродуктивний вік, працездатний вік, вік виходу на пенсію, середній вік тривалості життя, вік довголіття, середній вік настання смерті.

Тривалість життя населення поступово подовжується. Так, в стародавній Греції середня тривалість життя була 29 років, в Стародавньому Римі — 28–30 років, тому 40-річні люди вважались старими, а 60-річні — депонтинусами, придатними тільки для жертвоприношень. В Європі в XVI ст. середня тривалість життя складала 21 рік, в XVIII ст. — 26 років, в XIX ст. — 34 роки, на початку XX ст. — 45–50 років.

Збільшення середньої тривалості життя відбувається за рахунок зниження смертності від інфекційних хвороб, в основному, дитячої смертності. Нині середня тривалість життя в різних країнах світу коливається в межах 55–75 років для чоловіків і 60–80 років для жінок.

Старіння — результат незворотної зміни фаз індивідуального розвитку. *Воно характеризується такими ознаками: ступінь старіння — сукупність вікових змін в організмі та психіці людини, які визначають її стан в певний період часу та швидкість старіння — зміна ступеня старіння за одиницю часу.*

Залежно від темпів старіння розрізняють: *нормальне старіння* — природне, яке характеризується певним темпом і послідовністю вікових змін, що відповідають адаптаційно-регуляційним можливостям організму; *уповільнене старіння* (ретардоване) — воно має більш повільні порівняно зі всією популяцією темпи вікових змін; *передчасне старіння* (патологіч-



не, прискорене) — характеризується віковими змінами, які наступають раніше, ніж у здорових людей того ж віку і розвиваються надто швидко.

Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, ще в 2005 році більшість опитаних вважали часом настання старості — 50 років. За останні сім років відбулися зміни у визначенні біологічного віку. На даний час вважається, що старість настає у віці від 64 до 74 років. Змінила вікові рамки і криза середнього віку. П'ятдесят років тому вона наступала в 36 років, сьогодні — в 55 років.

Тенденція змусила світове співтовариство переглянути існуючі вікові межі і ВООЗ розробила *нову вікову класифікацію*: молодий вік — 25–44 років; середній вік — 44–60 років; похилий вік — 60–75 років; старечий вік — 75–90 років; довгожителі — після 90 років.

15.3. Теорії старіння

Існує багато підходів до розуміння та вивчення процесів старіння. Важливо розуміти, яке базове уявлення про старість лежить в основі певного підходу, оскільки специфіка сприйняття старості диктує спектр теоретичних питань і одночасно визначає шляхи вирішення багатьох практичних питань.

Найбільш відомою і розробленою є *«біологічна теорія старіння»*. Дослідження процесу старіння показує, що протягом життя настає певний момент, після якого процес розвитку, тобто збагачення й ускладнення функціонування внутрішніх органів, а також відповідного забезпечення організму, уповільнюється, і, як наслідок, переходить у стадію регресу, або інволюції. Цей процес і отримав назву *«старіння»*.

Представники *теорії «програмованого» старіння* виходять з того, що функціонування живого організму запрограмоване природою лише на період його активної життєдіяльності, що включає розвиток, тобто зростання організму і здатність до репродукції.

У *«теорії роз'єднання»* (звільнення, «виходу з гри») причиною старіння вважається неминучий процес послідовного руйнування соціальних зв'язків.

«Теорія активності» («нової зайнятості») — наголошується на позитивній кореляції між рівнем активності та задоволенням від життя. Стверджується, що старіння пов'язане з соціальною переорієнтацією, ступенем залучення до життя суспільства та нових соціальних зв'язків, а це, у свою чергу, пов'язано із рівнем задоволеності життям.



«Концепція безперервного життєвого шляху» трактує старіння як боротьбу за збереження колишнього стилю життя. В даному випадку виділяють певну групу людей похилого віку, які не хочуть бути старими і не визнають своєї старості ні в якому сенсі. Їх життя в період, який розглядається, — це спроби жити так, як вони жили раніше, в інші періоди.

До групи теорій старіння існують психологічні підходи. Визначення феномену старості можна знайти в екзистенційній психології. Екзистенціалізм визнає, що людське існування має основу — долю, але люди вільні створювати на цій основі будь-що відповідно до власного вибору. Отже, визначення старості в екзистенційній психології пов'язується з проблемою індивідуальної відповідальності за існування.

Вагомий внесок у розвиток геронтопсихології, власне психологічної концепції старіння внесла теорія *Е.Г. Еріксона (1902–1994)* про вісім стадій розвитку особистості. Для кожної стадії життєвого циклу характерним є специфічне завдання, яке висувається суспільством, і кожна стадія має певну мету в досягненні тієї або іншої соціальної якості.

Старіння як когнітивна проблема. В основі цього підходу лежить так звана «*модель дефіциту*» — процес втрати або зниження емоційних та інтелектуальних здібностей.

Модель інгібіції (стримування) передбачає, що старі люди стають менш умілими через утруднення у сприйнятті зовнішньої інформації, тому вони концентруються на завданнях рівня «ручних» справ.

Відповідно до *теорії «незастосування»* інтелектуальний рівень в пізні періоди життя знижується в результаті недостатнього застосування.

Ще один варіант когнітивних теорій старіння можна умовно назвати *теорією «інтерпретації»*. В ній розглядається тлумачення людиною тих об'єктивних змін, які з нею відбуваються. При цьому головну роль відіграють три сфери: особисті переживання (погіршення самопочуття, зменшення привабливості), особливості соціального статусу (включення, інтеграція чи ізоляція), усвідомлення кінця власного буття.

Теоріям, які акцентують увагу на одній зі сторін старіння, протистоять *комплексні теорії старіння*. Старіння є багатограним, воно складається з кількох взаємопов'язаних біологічних, соціальних і психологічних процесів. Винятково біологічне або соціальне визначення старіння — це вузький підхід до самого процесу старіння.



15.4. Старіння населення у світі та в Україні

В історії людства процес старіння населення — новий феномен, що виник як закономірний наслідок переходу від високих рівнів смертності і народжуваності до низьких. У країнах, які першими стали на шлях демографічного переходу, процес старіння позначився в останній третині XIX, але повною мірою він проявився в другій половині XX століття.

Народжуваність у світі за останні кілька десятиліть неухильно знижується на тлі зростання тривалості життя: старіння населення стало глобальним явищем і, можливо, однією з найзначніших соціальних трансформацій XXI століття. За даними ООН, у 2018 р. вперше в історії людства кількість людей у віці 65 і старше перевищила кількість дітей до п'яти років. А згідно даних звіту «Світові демографічні перспективи: переглянуте видання 2019 року», до 2050 р. кожна шоста людина у світі буде старшою за 65 років порівняно з кожним 11-м у 2019 році.

Протягом останніх 50 років природний приріст населення у світі сповільнився майже вдвічі — до 10,9 особи на 1 000 у 2015–2020 роках, з 20,5 у 1965–1970 роках. Водночас медіанний вік (показник, що розділяє населення на дві половини) у світі постійно зростає і наблизився у 2020 р. до 31 року порівнюючи з 23,6 у 1950 р. та 26,3 у 2000 р. Ще за 20 років вже половина людей у світі будуть старшими за 50.

Демографічне старіння виражається в зростанні питомої ваги осіб похилого віку в загальній чисельності населення.

За оцінками фахівців, частка літніх людей у світі від 2015 до 2050 року, подвоїться приблизно з 12% до 22%. В абсолютному вираженні очікується збільшення числа осіб старше 60 років з 900 млн. до 2 млрд. чоловік. Швидкозростаючою групою населення похилого віку є старша вікова група, тобто особи 80+ років. Якщо в 2000 р. їх було 70 млн. чол., то, згідно з прогнозами, за найближчі 50 років їх число збільшиться більш ніж у 5 разів.

До 2050 року кожен четвертий житель Європи та Північної Америки буде належати до категорії людей 65+. У 2018 році вперше в історії кількість людей віком 65+ років перевищила кількість дітей віком до п'яти років у всьому світі. Згідно прогнозів кількість людей віком 80+ років потроїться: зі 143 мільйонів у 2019 році до 426 мільйонів у 2050 році.

За півстоліття рівень старіння населення України наблизився до показників розвинених європейських країн, де ці процеси почалися на 100–200 років раніше. Очікується поглиблення проблеми старіння населення



на середньо- та довгострокову перспективу навіть при певному підвищенні рівня народжуваності. Прогнозується, що до початку 2030 року вже кожен четвертий житель України буде у віці 60+ років, а до початку 2050 р. літніх старше 60, в населенні України буде близько третини.

15.5. Демографічні фактори, які обумовлюють старіння населення

Чисельність та віковий склад населення залежать одночасно від трьох демографічних процесів: народжуваності, смертності та міграції.

З 1950 року в усіх регіонах зафіксовано значне збільшення тривалості життя. Так само як і збільшення очікуваної тривалості життя при народженні, зниження показників смертності у старших вікових групах позитивно позначається на загальних показниках довголіття.

Хоча зниження народжуваності та збільшення тривалості життя є ключовими факторами старіння населення в усьому світі, міжнародна міграція також призводить до зміни вікових структур населення у низці країн та регіонів.

У країнах, які приймають велику кількість мігрантів, може статися уповільнення показників старіння населення, принаймні тимчасово, оскільки мігранти — це, як правило, люди молодого працездатного віку. Тим не менш, мігранти, які залишаються в країні, зрештою, стають людьми похилого віку.

Показники середньої очікуваної тривалості життя та демографічного навантаження. Середня очікувана тривалість життя (СОТЖ (Average life expectancy)) — значення середньої тривалості майбутнього життя, прогнозоване в припущенні, що рівні смертності населення у всіх віках у майбутньому залишаться такими ж, як цьогорічні.

Середня очікувана тривалість життя є найважливішим інтегральним демографічним показником і використовується стосовно нині живих поколінь (або якоїсь частини цих поколінь). Він позначає гіпотетичну кількість років, яку належить прожити даному поколінню народжених в певному році (або числа однолітків певного віку) за умови, що протягом усього їхнього життя смертність в кожній віковій групі буде такою ж, якою вона була в тому році, для якого проводилося обчислення, і є підсумковим показником таблиці смертності.

Як правило, під «очікуваною тривалістю життя» розуміють очікувану тривалість життя при народженні. Стосовно повністю померлих поколінь оперування параметром середня очікувана тривалість життя позбавле-



не сенсу, оскільки для таких поколінь є точні (не модельно-прогностичні) дані щодо тривалості життя. Нині у розвинених країнах середня очікувана тривалість життя становить близько 80 років.

Індекс рівня тривалості життя (Life Expectancy Index) — це основний показник середньої очікуваної тривалості життя у країнах світу. Один із ключових показників соціально-демографічного розвитку.

Показник очікуваної тривалості життя розраховується щорічно за методикою Програми розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН) на основі статистичних даних, одержуваних від національних інститутів та міжнародних організацій, що акумулюються у Відділі народонаселення Департаменту Організації Об'єднаних Націй з економічних та соціальних питань (ДЕСП ООН).

Індекс тривалості життя може розраховуватись окремо для жінок та чоловіків, відбиваючи гендерні особливості цього феномену.

Демографічне навантаження (Demographic load) — це узагальнююча кількісна характеристика вікової структури населення, яка показує навантаження на суспільство непродуктивним (населення непрацездатного віку) населенням.

Для вікової структури населення України є характерними дві найважливіші тенденції: зменшення кількості дітей і зростання питомої ваги населення старшого віку.

Така демографічна ситуація призводить до зростання економічного (демографічного) навантаження на працездатний вік (розраховують показник «демографічного навантаження» як співвідношення дітей й осіб пенсійного віку до чисельності працездатного населення).

В Україні «демографічне навантаження» у 1999 р. становило на 1 000 осіб працездатного віку 768 осіб (356 дітей і 412 осіб пенсійного віку) непрацездатного віку.

На 01.01.2021 року «демографічне навантаження» на 1 000 осіб працездатного віку склало 412 осіб. Коефіцієнт потенційного заміщення (дитячого навантаження) для України дорівнює 194%, а коефіцієнт пенсійного навантаження — 218%.

Скорочення чисельності населення працездатного віку призведе до зниження середніх щорічних темпів зростання ВВП з 2,4% за період 2004–2010 рр. до 1,2% в період 2030–2050 рр. Крім того, в період між 2004 і 2050 роками прогнозується зростання на 3–4 пункти ВВП державних витрат, пов'язаних з віковими факторами, такими як витрати на пенсійне забезпечення, охорону здоров'я й обслуговування літніх людей.



15.6. Вплив старіння населення на економічний розвиток

Демографічні зміни ведуть до значних економічних та соціальних наслідків, що впливають на ринки праці й капіталу, товарів та послуг, сферу соціального захисту та охорони здоров'я, а також пенсійну систему.

Наслідком скорочення чисельності працездатного населення стає зниження продуктивності праці та сукупних заощаджень, отже, уповільнення інвестицій, попиту та економічного зростання.

За прогнозом Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), за збереження поточної бюджетної та пенсійної системи, стрімке старіння населення уповільнить світовий ВВП на душу населення з понад 4% у 2015 р. майже до 2% до 2050 р. До цього моменту частка людей старше 65 на 100 осіб працездатного віку у розвинених країнах подвоїться. Отже, пенсійна система, охорона здоров'я та соціальний захист вимагатимуть додаткових ресурсів, у той час як кількість працюючих, а отже, база нарахування страхових внесків знизиться. Це створить суттєве навантаження на бюджети. Можна виділити такі *канали впливу старіння населення на економічне зростання країн*:

- відбувається зниження пропозиції праці внаслідок зміни демографічної структури — скорочення частки працездатного населення та зростання частки людей похилого віку; це веде до зниження продуктивності праці та зростання демографічного навантаження на працездатне населення;
- сукупні заощадження можуть скорочуватись зі збільшенням частки літнього населення, знижуючи, в такий спосіб, кошти на інвестиції, отже, і темпи економічного зростання;
- відбувається зміна моделі споживання, скорочення споживчих витрат, що впливає на ціни товарів та послуг і темпи інфляції.

Є у старіння ще один важливий економічний наслідок. Падіння народжуваності в активно «старіючій» економіці викликає тимчасове скорочення сукупного попиту та створює дефляційний тиск. Це знижує ефективність монетарної політики.

Водночас менша народжуваність у довгостроковій перспективі знижує пропозицію на ринку праці, що веде до падіння пропозиції на товарному ринку, однак збільшення частки чистих споживачів (пенсіонерів) при зменшенні частки чистих ощадників (молодих) викликає надмірний попит на товарному ринку, що, в результаті, згодом може прискорювати інфляцію.

Зростають витрати на пенсійну систему, охорону здоров'я та соціальний захист, що в сукупності зі скороченням бази нарахування страхових



внесків створює суттєве навантаження на бюджет країни, у тому числі потенційно це може призвести до зростання державного боргу, уповільнення темпів росту ВВП та нестійкості бюджету, формуючи міжчасовий розрив.

За розрахунками Організації економічного співробітництва та розвитку, за відсутності змін політики старіння населення може збільшити розмір держборгу в середньому на 180% ВВП у країнах з розвиненою економікою і на 130% ВВП — протягом наступних трьох десятиліть. Проте поява великої кількості пенсіонерів збільшує навантаження на бюджет і ставить під загрозу збалансованість державних фінансів у довгостроковій перспективі. Цей ефект можна згладити за рахунок грамотної фіскальної та соціальної політики, а період економічної активності людей, що росте, здатний надати додатковий стимул зростання.

15.7. Медико-соціальне значення старіння, його вплив на захворюваність населення і потребу в медичному забезпеченні

Потреба в медичному обслуговуванні людей похилого віку на 50% більша, ніж її рівень для популяції середнього віку, а потреба в госпіталізації населення старше 60 років втричі перевищує аналогічний показник для решти населення. Так само, витрати на медичну допомогу одному хворому пенсійного віку, щонайменше, в три рази вищі, ніж хворому працездатного віку.

У наступні 50 років, за оцінками експертів ВООЗ, очікується збільшення витрат на лікування даної категорії населення майже наполовину. У зв'язку з цим ще більш актуальною стане реформа соціального сектора системи охорони здоров'я, що потребує нових підходів до планування та реформування галузі.

Населення літнього віку схильне до множинних хронічних розладів і може також мати когнітивні, соціальні або функціональні проблеми, а тому воно має більш високі потреби в галузі охорони здоров'я та використовує непропорційно більший обсяг його ресурсів.

Таким чином: особи ≥ 65 років мають більш ніж в 2,5 рази триваліший термін перебування в стаціонарі, порівнюючи з людьми, віком 45–64 роки;

– збільшення частки витрат на стаціонарні витрати, які не стосуються материнства і новонароджених, на 25,1% для населення у віці 45–64 років і 97% для людей у віці 65 років і старше;



- люди у віці 65 років і старше мають найбільший показник звернень у відділення екстреної (швидкої) допомоги на душу населення (538,3 відвідування на 1 000 осіб);
- половина населення похилого віку у віці 65 років або старше витратили 14% або більше своїх загальних доходів на витрати в охороні здоров'я, причому навантаження серед осіб старше 85 років було ще більшим;
- 88% літніх приймають, принаймні, одні ліки які відпускаються за рецептом і 36% приймають 5 або більше рецептурних препаратів.

Потреби старіючого населення зростають, а це призводить до збільшення витрат на охорону здоров'я. Ця тенденція вимагає пристосування економіки і соціальної сфери до специфіки «похилого населення» та координації допомоги на рівні служб охорони здоров'я і соціального захисту, а також на різних рівнях медико-санітарної допомоги.

Процес старіння населення України характеризується низкою негативних особливостей: погіршення показників фізичного, психічного і духовного здоров'я осіб старшого віку, проявляється у підвищенні рівня захворюваності, інвалідності та смертності; зростання залежності літніх людей від економічно і соціально розвинутих країн, зниження конкурентоспроможності на ринку праці в передпенсійному та пенсійному віці; обмеженість у населення літнього віку можливостей для повноцінної участі в суспільному житті і доступі до суспільних благ, наростання почуття непристосованості і соціальної непотрібності; низький рівень орієнтації літніх людей в сучасному соціокультурному просторі, ускладнення їх соціальних контактів, зниження відповідальності сім'ї при догляді за людьми похилого віку.

У міру старіння населення доступ осіб старшого віку до медичних та соціальних послуг стає все більш важливою проблемою. Процес збільшення частки людей похилого віку в загальному населенні вимагає всебічного врахування їх специфічних потреб як особливої категорії громадян.

Особливості стану здоров'я населення літнього віку. Як ризик, старість виражається в тому, що у людини, яка досягла певного віку, знижуються природні функції організму, що проявляється в ослабленні розумових здібностей, уповільненні реакції, погіршенні зору та ін. Ступінь старіння залежить від різних соціальних факторів: різниці в рівні і якості життя міського і сільського населення, приналежності до певної соціальної групи, ставлення особи до власного здоров'я, особливостей харчування та ін.



Фізіологічний і медико-біологічний стан визначається індивідуальними темпами старіння організму, а психологічний — самооцінкою особистості. У похилому і старечому віці фізичне здоров'я пов'язане зі згасанням обмінних і регенераційних процесів. У цей період, окрім патології серцево-судинної системи, останнім часом збільшується тенденція до захворюваності онкологічними захворюваннями і психічними розладами. Окрім цього, на відміну від хворих середнього віку, в геронтологічній групі хворих різко змінюється характер і особливості перебігу захворювань: частіше виникають численні супутні хвороби, істотно порушуються нервові функції, змінюються захисні адаптивні процеси.

До 60-річного віку інвалідність і смерть часто є результатом пов'язаних з віком втрат слуху, зору і руху, а також неінфекційних захворювань, включаючи хворобу серця, інсульт, хронічні респіраторні порушення, рак і деменцію.

Крім того, в літньому віці виникають інші стани здоров'я, не охоплені традиційними класифікаціями хвороб. Вони можуть бути хронічними (наприклад, дряхлість, поширеність якої у людей старше 65 років може становити близько 10%) або гострими (наприклад, делірій, який може бути результатом численних детермінант — настільки ж різноманітних, як інфекції або побічні ефекти хірургії).

Серед старіючого населення буде більше людей з онкологічними захворюваннями, переломами тазостегнового суглоба, інсультом та деменцією. У міру старіння населення проблеми здоров'я будуть загострюватися, особам з хронічними захворюваннями необхідно буде призначати більш широкий спектр лікування. У зв'язку з чим, для задоволення потреб літніх людей в медичній допомозі системи охорони здоров'я повинні бути належним чином підготовлені.

Здоров'я осіб похилого віку характеризують наступні показники: смертність, захворюваність, інвалідність і спеціальні показники; ступінь рухливості, яка може бути повною, в межах міста / села, в межах житлового приміщення, обмежена ліжком, здатність до самообслуговування — побутове самозабезпечення без сторонньої допомоги.



15.8. Медична допомога особам літнього віку, програми та етапи її розвитку

Відповідно до рекомендацій ВООЗ була розроблена «Концепція державної системи геріатричної допомоги населенню», основний принцип якої полягає у відповідності обсягу держдопомоги і стану здоров'я літніх людей.

Наказом Президента України в 1997 р. було прийнято програму «Здоров'я літніх людей», спрямовану на поліпшення стану їхнього здоров'я та якості життя. Основні завдання програми: уповільнення темпів старіння, зупинка спаду тривалості життя в Україні; зменшення захворюваності, інвалідності та смертності осіб похилого віку; наближення охорони здоров'я і соціального забезпечення до європейських стандартів; проведення заходів з підтримки активного способу життя і самообслуговування населення літнього віку.

Одним з пріоритетних напрямків Стратегії дій в інтересах осіб старшого покоління до 2025 року є забезпечення здоров'я осіб похилого віку з метою збільшення тривалості життя і підвищення якості життя осіб старшого покоління. Медична допомога літньому населенню має бути доступною незалежно від спеціалізації і технологічності і повинна надаватися в усіх закладах охорони здоров'я.

Похилий вік не повинен бути приводом для відмови від будь-якого виду медичної допомоги, в т. ч. від госпіталізації. Особливий акцент слід зробити на амбулаторний етап системи надання геріатричної допомоги, оскільки зростає число літніх осіб, які потребують тривалого догляду. І ця потреба, за даними ВООЗ, до 2050 року зросте в 4 рази.

Очікувані результати розширення й оптимізації геріатричної допомоги можуть бути істотними. Світовий досвід забезпечення доступної комплексної та ефективної медико-соціальною допомогою в рамках розвитку геріатричної служби свідчить про можливість зниження навантаження на сімейного лікаря на 11%, кількості і тривалості госпіталізацій на 18 і 10% відповідно, інституалізації (приміщення в будинку для людей похилого віку) на 23%.

Розвиток системи надання геріатричної допомоги населенню може бути здійснений в три етапи:

1-й етап. Термінові заходи. Створити робочу групу, розробити і затвердити наказ МОЗ у співпраці з Мінпраці та соціальної політики про вдосконалення геріатричної допомоги населенню України.



З метою поліпшення якості надання медичної допомоги в системі госпіталів інвалідів і ветеранів війни надати статус клінічної бази Державному медико-соціальному центру ветеранів війни, який повинен стати клінічною базою кафедри терапії і геріатрії та Державному навчально-методичному геріатричному центру Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика.

Забезпечити проходження спеціалізації з геріатрії 2–4 провідних фахівців у кожному військовому госпіталі. Забезпечити проходження тематичного удосконалення з геріатрії викладачів медичних коледжів. З огляду на підвищений рівень психоемоційного напруження при роботі з людьми похилого віку і високу частоту психічних розладів, серед них прирівняти оплату лікарів-геріатрів до лікарів-психіатрів (30% доплати).

2-й етап. Середньострокові заходи. Забезпечити проходження спеціалізації з геріатрії районних і обласних позаштатних геріатрів з виплатою їм 30% надбавки до заробітної плати за роботу в особливих умовах.

Ввести в штат амбулаторних установ посади патронажних геріатричних медичних сестер. Розвинути мережу геріатричних реабілітаційних структур, в т. ч. санаторно-курортного профілю, а також установ паліативної медичної допомоги.

3-й етап. Довгострокові заходи. Забезпечити доплату геріатричним патронажним медсестрам 30% надбавки до заробітної плати за роботу в особливих умовах. Створити координаційні (опікунські) поради з питань медико-соціальної допомоги особам похилого віку при місцевих адміністраціях.

Формування адекватної потреби населення України в системі геріатричної допомоги та її фінансова підтримка повинні стати віддзеркаленням ступеня відповідальності держави за здоров'я громадян похилого віку, додатковою гарантією здійснення їх конституційного права на охорону здоров'я, забезпечення тривалості активного життя і надійного догляду в старості. Головним результатом розвитку геріатричної служби має бути поліпшення якості життя населення похилого і старечого віку.



РОЗДІЛ 5

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

ТЕМА 16. ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ. МЕТОДИ ВИВЧЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ

16.1. Медико-соціальне значення захворюваності населення

В комплексі медичних показників здоров'я захворюваність посідає особливе місце. Її медико-соціальне значення визначається тим, що саме захворювання є основною причиною смерті, тимчасової та стійкої втрати працездатності, що зі свого боку, призводить до великих економічних втрат суспільства, негативного впливу на здоров'я майбутніх поколінь і зменшення чисельності населення. Дані про захворюваність населення мають першочергове значення для організації роботи органів управління охороною здоров'я та медичних закладів, для існуючого і перспективного планування їх мережі, а також планування підготовки кадрів.

Аналіз стану захворюваності дає поштовх для розробки нових ефективних методів первинної та вторинної профілактики захворювань, заходів щодо зменшення шкідливого впливу факторів на здоров'я, поліпшення якості надання медичної допомоги населенню.

Захворювання (Disease) — це порушення нормальної життєдіяльності, яке виникає у відповідь на дію патогенних факторів, що призводить до порушення працездатності, соціально-корисної діяльності, тривалості життя організму і його здатності адаптуватися до мінливих умов зовнішнього і внутрішнього середовища при одночасній активізації захисно-компенсаторно-приспосувальних реакцій і механізмів.

Захворюваність населення (Morbidity) — це збірне статистичне поняття, яке включає показники, що характеризують рівень і структуру різних захворювань серед усього населення або окремих його груп, що проживають на певній території.

Інформація про захворюваність має важливе значення для системи охорони здоров'я, вона використовується: для розробки профілактичних і протиепідемічних національних і регіональних програм зі збере-



ження здоров'я населення, при плануванні мережі медичних установ, для визначення потреби населення в різних видах медичної допомоги; при підготовці медичних кадрів, для оцінки й аналізу діяльності лікаря, відділення, КНП і галузі в цілому.

16.2. Методи вивчення захворюваності населення

Для вивчення захворюваності використовують різні методи, що дозволяють отримати ці дані, серед них вивчення захворюваності на основі: даних звернень населення за медичною допомогою в заклади охорони здоров'я; даних медичних оглядів окремих груп населення; даних про причини смерті; даних опитування населення та даних спеціальних вибіркового досліджень.

Необхідно відзначити, що на сьогоднішній день немає універсального методу вивчення захворюваності населення, кожен з методів має як позитивні, так і негативні сторони, в зв'язку з чим, при виборі методу необхідно враховувати вид захворюваності, групи населення, регіональні особливості, традиції, звичаї тощо (Табл. 16.1). Сьогодні широко використовується комплексний підхід при вивченні захворюваності населення.

Вивчення захворюваності на підставі звернень населення по медичну допомогу до закладів охорони здоров'я є першим і найбільш поширеним методом в Україні. Це пов'язано з обов'язковою реєстрацією захворювань, яка здійснюється в закладах охорони здоров'я.

Перевагами даного методу є те, що він: дозволяє дуже добре і найповніше виявляти гострі захворювання серед населення; забезпечує безперервність і динамічність спостереження за станом здоров'я населення; дозволяє виділити вперше зареєстровані захворювання серед населення; забезпечує оперативність обліку захворювань і для дослідника він є економічним.

До *недоліків* методу слід віднести те, що він не забезпечує повний облік хронічних захворювань і реєстрація початкових та безсимптомних стадій і форм захворювань є дуже низькою.

Вивчаючи захворюваність із застосуванням методу отримання даних на підставі звернень населення по медичну допомогу до закладів охорони здоров'я, слід враховувати низку факторів, які істотно впливають на достовірність отриманої інформації. До них можна віднести наступні: доступність медичної допомоги, обсяг і якість медичної допомоги в ЗОЗ, якість роботи інформаційно-аналітичного відділення, рівень санітарної



Таблиця 16.1

Характеристика методів вивчення захворюваності населення

<p><i>1. На підставі звернень населення до закладів охорони здоров'я:</i></p>
<p><i>Переваги:</i> найповніше виявлення гострих захворювань; безперервність та динамічність моніторингу стану здоров'я населення; здатність виділити вперше зареєстровані захворювання; доступність всім верствам населення; забезпечення оперативності обліку захворювань; економічність</p>
<p><i>Недоліки:</i> не забезпечує повного обліку хронічних захворювань; неповний облік початкових та безсимптомних форм і стадій захворювань</p>
<p><i>2. На підставі даних медичних оглядів:</i></p>
<p><i>Переваги:</i> найбільш повне виявлення хронічних захворювань; виявлення захворювань на початкових стадіях; результати не залежать від доступності медичної допомоги, санітарної культури населення</p>
<p><i>Недоліки:</i> неможливість охоплення гострих захворювань; охоплення лише окремих груп населення; висока вартість</p>
<p><i>3. На підставі даних про причини смерті:</i></p>
<p><i>Переваги:</i> виявлення захворювань, з приводу яких пацієнти не зверталися за медичною допомогою і були зареєстровані на основі документів, що засвідчують смерть; враховує всі випадки настання смерті у людини</p>
<p><i>Недоліки:</i> не враховує інші, більш «легкі» захворювання, які не призводять до смерті людини</p>
<p><i>4. На підставі даних опитування населення:</i></p>
<p><i>Переваги:</i> можливість обліку захворювань, з приводу яких населення не зверталося за медичною допомогою; охоплення великої кількості населення; швидке отримання даних</p>
<p><i>Недоліки:</i> суб'єктивність, пов'язана з самодіагностикою захворювання та великою кількістю помилкових відповідей на запитання</p>
<p><i>5. На підставі даних спеціальних вибіркового досліджень:</i></p>
<p><i>Переваги:</i> дозволяє отримати якісну та об'єктивну інформацію про поширеність захворювань; дозволяє отримати інформацію про захворюваність в короткі терміни</p>
<p><i>Недоліки:</i> дозволяє отримати інформацію про захворюваність тільки в разі виконання державних або регіональних програм</p>



культури населення, його ставлення до власного здоров'я, радіус обслуговування ЗОЗ, надання медичної допомоги в приватних медичних закладах.

Необхідно пам'ятати, що захворюваність населення враховується на підставі звернень населення до закладів охорони здоров'я, а не відвідуваності закладів охорони здоров'я.

Звернення — це перші відвідування пацієнтами лікаря (або лікарем пацієнта) протягом року з приводу кожного захворювання.

Відвідування — це кожний візит пацієнта до лікаря або лікаря до пацієнта протягом року.

Звернення можуть бути первинні, вторинні, третинні і т.д. Захворюваність вивчається на основі **первинного звернення**. Первинним зверненням при хронічному захворюванні є перший візит пацієнта до лікаря або лікаря до пацієнта протягом року у зв'язку із загостренням хронічного захворювання. Якщо діагноз хронічного захворювання встановлено в поточному році вперше в житті, то цей випадок є також первинним зверненням.

Первинне звернення при гострому захворюванні — це перший візит до лікаря або лікаря до пацієнта з приводу кожного нового випадку гострого захворювання протягом року. Звернення реєструється за допомогою спеціальних облікових документів або за допомогою системи електронного документообігу.

Нині на кожного жителя України на рік припадає в середньому 10,8 відвідувань. Слід враховувати, що звернення та відвідування можуть бути як з лікувальною, так і з профілактичною, консультативною та іншою метою.

Вивчення захворюваності на підставі даних медичних оглядів окремих груп населення. Ще одним методом вивчення захворюваності є отримання інформації про захворюваність населення на підставі даних медичних оглядів окремих груп населення. Даний метод вивчення захворюваності пов'язаний з виявленням поширеності захворювань серед населення шляхом організації і проведення медичних оглядів.

Перевагою даного методу є те, що він досить повно враховує хронічні захворювання або виявляє захворювання, з приводу яких населення активно не зверталось до медичних закладів. Цей метод дозволяє виявляти захворювання на початкових стадіях, крім цього, результати медичних оглядів не залежать від доступності медичної допомоги, санітарної культури населення тощо.



Недоліками цього методу є наступні: він не дозволяє повною мірою врахувати гострі захворювання серед населення, оскільки пацієнти на деякі раніше виниклі випадки гострого захворювання, під час медичного огляду не акцентують уваги. Слід зазначити, що цей метод охоплює лише окремі декретовані групи населення, зокрема: працівників підприємств, що працюють в умовах праці шкідливих для здоров'я; працівників харчових, дитячих і деяких комунальних установ під час влаштування на роботу і згодом через певні терміни; дітей різного віку, учнів середніх спеціальних навчальних закладів і здобувачів вищої освіти.

До недоліків цього методу слід віднести високу вартість медичного огляду, оскільки до цього заходу залучається значна кількість фахівців, використовується лабораторна і матеріально-технічна база закладів охорони здоров'я.

Всі медичні огляди, які проводяться на території України, поділяють на:

1. *Попередні* (при прийомі на роботу, навчання, перед початком зміни (пілоти, водії, шахтарі)) — вони проводяться з метою визначення стану здоров'я та виявлення протипоказань до навчання, до роботи.

2. *Періодичні* (що проводяться серед певних груп населення з певною періодичністю, найчастіше 1 раз на рік — діти, здобувачі вищої освіти та ін.) — проводяться з метою раннього, активного динамічного виявлення різних захворювань, донозологічних станів серед населення з метою своєчасного проведення комплексу лікувально-оздоровчих заходів.

3. *Цільові* — спрямовані на своєчасне активне динамічне виявлення конкретних захворювань серед населення з використанням різних методів діагностики, наприклад туберкульозу (флюорографія), онкологічних (онкоогляди), венеричних (лабораторні дослідження), серцево-судинних захворювань (вимірювання артеріального тиску) та ін.

У практиці охорони здоров'я існують інші види оглядів, наприклад для водіїв власного і громадського транспорту, власників зброї. Крім того, з метою проведення первинного відбору осіб, для формування груп ризику певної патології проводиться скринінг — масове обстеження населення і виявлення осіб з підозрою на захворювання або з початковими ознаками захворювання.

Під час медичного огляду можна встановити патологічну ураженість серед населення. *Патологічна ураженість* — сукупність усіх захворювань і патологічних станів, виявлених при комплексних медоглядах. Цей показник дає уявлення про контингент хворих, зареєстрованих на певну дату. В основному виділяється хронічна патологія і в більшості випадків захво-



рування, з приводу яких населення не зверталося до закладів охорони здоров'я.

При вивченні захворюваності за даними медичних оглядів, повнота інформації про захворюваність залежить від: систематичності їх проведення, участі лікарів необхідних спеціальностей, достатнього діагностичного забезпечення, контролю своєчасності та повноти оглядів.

Метод вивчення захворюваності за даними причин смерті населення.

Метод вивчення захворюваності за даними причин смерті є додатковим методом до двох вищевказаних. Він є особливо актуальним щодо обліку тих захворювань, які можна зареєструвати тільки при зверненні за отриманням лікарського свідоцтва про смерть (йдеться про хворих, які раніше не зверталися до медичних закладів і померли вдома), а також при раптових захворюваннях, які дають високу летальність (інфаркти, інсульти, травми тощо).

Серед переваг цього методу слід зазначити, що він дозволяє виявляти захворювання, з приводу яких пацієнти не зверталися по медичну допомогу і були зареєстровані на підставі документів, що засвідчують смерть. Даний метод дозволяє врахувати всі випадки настання смерті у людини, оскільки факт смерті констатує лікар і при цьому обов'язково заповнюється відповідний обліковий документ. Також метод дозволяє виявляти раптові захворювання, що дають високу летальність і часто ними є соціально-значущі захворювання.

Недоліком методу є те, що він не враховує інші, більш «легкі» захворювання, які не призводять до смерті людини, у зв'язку з чим цей метод і відноситься до додаткових.

Метод вивчення захворюваності за даними опитування населення.

Метод вивчення захворюваності за даними опитування населення широко використовується у зарубіжних країнах (США, Японії, Данії, Франції) у зв'язку з відсутністю обов'язкової державної реєстрації захворювань. В Україні перші дослідження із застосуванням методу опитування і відеоопитування виконані кафедрою громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ХНМУ у 1999 році. Метод використовувався в рамках Міжнародної програми дослідження астми та алергії серед дітей (ISAAC — The International Study of Asthma and Allergies in Childhood), метою якої було встановлення поширеності алергічних хвороб (бронхіальної астми, алергічного риніту, atopічного дерматиту) шляхом їх активного та раннього виявлення.

Цей метод передбачає отримання необхідної інформації про захворюваність населення з використанням різних анамнестичних технологій (ан-



кетування, опитування, відеоопитування тощо). Він має також позитивні і негативні аспекти.

До переваг методу вивчення захворюваності відносяться: швидке отримання даних про захворюваність населення, охоплення великої кількості населення, метод не потребує великих матеріальних витрат.

Серед *недоліків* можна виділити суб'єктивізм (опитуваний проводить самооцінку свого стану) в результаті відзначається гіпердіагностика захворювань, за необхідності — верифікація діагнозів потребуватиме додаткових витрат.

Метод вивчення захворюваності за даними спеціального вибіркового дослідження. Метод вивчення захворюваності за даними спеціальних вибірових досліджень дозволяє отримати більш детальну і якісну інформацію за короткі терміни і з меншими витратами. Широке використання вибірових досліджень передбачено Програмою реформування державної статистики на період до 2000 року, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України № 971 від 22 червня 1998 року. Вибіркові спеціальні дослідження є частиною програм поглибленого вивчення здоров'я, які застосовуються при проведенні переписів населення.

До переваг цього методу відноситься те, що він дозволяє отримати якісну та об'єктивну інформацію про поширеність захворювань, отримати інформацію про захворюваність в короткі терміни, при цьому дослідник має відносно невеликі витрати.

Недоліками методу є те, що отримання інформації про захворюваність можливе тільки в разі виконання державних або регіональних програм (наприклад: перепис населення 1 раз на 10 років тощо).

Незважаючи на те, що кожен метод має свої переваги та недоліки, усі вони відіграють важливу роль при вивченні захворюваності населення.

ТЕМА 17. ТЕНДЕНЦІЇ ТА ОСОБЛИВОСТІ ОКРЕМИХ ВИДІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ

17.1. Медико-соціальні аспекти вивчення окремих видів захворюваності

Вивчення тенденцій та закономірностей захворюваності населення є важливою складовою вирішення та планування стратегічних завдань розвитку, як галузі охорони здоров'я, так і держави в цілому.



При вивченні захворюваності залежно від медико-соціальної та економічної значущості патології виділяють 5 основних її видів: загальна захворюваність, інфекційна захворюваність, захворюваність на найважливіші неепідемічні хвороби, госпіталізована захворюваність, захворюваність з тимчасовою втратою працездатності.

Види захворюваності сформовані таким чином, що врахована соціальна, медична та економічна значимість цих захворювань: інфекційна захворюваність має епідемічне значення, оскільки вимагає швидкого проведення протиепідемічних заходів у відповідь на виникнення осередку інфекції; госпіталізована захворюваність — відомості про неї використовуються для планування ефективного і раціонального використання ліжкового фонду та мають важливе економічне значення для системи охорони здоров'я; захворюваність з тимчасовою втратою працездатності має економічне, соціальне і медичне значення оскільки охоплює працездатне населення суспільства; найважливіша неепідемічна захворюваність дає відомості про поширеність соціально обумовлених захворювань.

17.2. Загальна захворюваність серед населення

Загальна захворюваність (General morbidity) або поширеність, хворобливості є сукупністю усіх захворювань (гострих і хронічних, травм, отруєнь тощо) зареєстрованих серед населення, що проживає на певній території за певний період часу.

При аналізі загальної захворюваності за даними звернень населення до закладів охорони здоров'я можна виділити наступне: протягом останніх десятиліть відзначається зростання захворюваності; по Україні загальна захворюваність становить 1 813,1‰, при цьому відзначається зростання на 11,0% за 5-річчя; збільшується загальна захворюваність і серед дитячого населення, вона становить 1 885,8‰ (зростання 9,0%).

Основними факторами, що впливають на збільшення рівня загальної захворюваності в країнах з перехідною економікою є: поширеність факторів ризику захворювань (тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків); старіння населення та пов'язане з цим збільшення множинної патології; соціально-економічний та екологічний стан; збільшення рівнів захворюваності малозабезпечених верств населення; організація медичної допомоги на первинному етапі з урахуванням стану здоров'я пацієнта; пізні звернення по медичну допомогу (запущені випадки захворювання, ускладнення); інформованість населення з питань здоров'я та чинників,



які його формують; повноцінність заповнення облікових документів при реєстрації захворювань. Показник загальної захворюваності (поширеності) розраховується за наступною формулою:

$$ЗЗ = \frac{\text{Кількість усіх зареєстрованих протягом даного року захворювань}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \times 1\,000 \quad (17.1)$$

Структура показника загальної захворюваності розраховується за наступною формулою:

$$СЗЗ = \frac{\text{Кількість усіх захворювань даного класу, групи, нозологічної форми зареєстрованих протягом року}}{\text{Кількість усіх зареєстрованих протягом року захворювань}} \times 100 \quad (17.2)$$

Основними причинами поширеності захворювань серед населення є: перше місце посідають захворювання системи кровообігу — 517‰; друге — хвороби органів дихання — 348,2‰; третє — хвороби органів травлення — 169,5‰, які об'єднують 60,0% випадків серед усіх зареєстрованих хвороб.

Структура причин поширеності захворювань серед дітей віком 0–14 років відрізняється від дорослого населення: на першому місці — захворювання органів дихання (51,2%); на другому — захворювання органів травлення (7,2%); на третьому — захворювання ендокринної системи (5,1%).

Для більш детального вивчення загальної захворюваності виділяють первинну захворюваність.

Первинна захворюваність (Primary morbidity) (власне захворюваність) — це сукупність нових, ніде раніше не врахованих і вперше в житті виявлених захворювань серед населення у звітному році. *Первинна захворюваність розраховується за формулою:*

$$ПЗ = \frac{\text{Кількість захворювань, зареєстрованих вперше у даному році (всі гострі + вперше виявлені хронічні захворювання)}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \times 1\,000 \quad (17.3)$$

Структура первинної захворюваності розраховується як співвідношення кількості усіх зареєстрованих протягом року захворювань даного класу, групи, нозологічної форми (вперше зареєстрованих) $\times 100$ до кількості усіх (уперше) зареєстрованих захворювань протягом року:



$$\text{СПЗ} = \frac{\text{Кількість вперше зареєстрованих захворювань даного класу, групи, нозологічної форми, протягом року}}{\text{Кількість уперше зареєстрованих захворювань протягом року}} \times 100 \quad (17.4)$$

Первинна захворюваність в Україні складає — 702,8‰, за останні 3 роки відзначено її зростання на 4,6%. У Харківській області — 784,0‰. Первинна захворюваність у дітей від 2002 року (1243,72‰) зросла на 19,8% і склала 1333,6‰.

Первинна захворюваність населення у віці від 18 до 100 років становить 566,46‰. Серед захворювань, що мають найбільші рівні первинної захворюваності можна відзначити: хвороби органів дихання 284,0‰ випадків (41,5%); хвороби системи кровообігу — 52,4‰ (7,4%); травми, нещасні випадки та отруєння — 49,1‰ (7,0%). На ці 3 класи в структурі первинної захворюваності населення припадає понад 55%.

Загальна і первинна захворюваність вивчається на основі поточної реєстрації усіх первинних звернень хворих. Одиницею спостереження при вивченні загальної захворюваності є випадок захворювання або травми, з приводу якого пацієнт звернувся до закладу охорони здоров'я.

Важливими критеріями, що характеризують загальну і первинну захворюваність, є структурні показники цього виду захворюваності (залежно від нозологічної форми, статі, віку, місця проживання та ін.).

Серед факторів, що впливають на рівень захворюваності, виділяють наступні: статево-вікова структура населення, повнота реєстрації захворювань, поєднання впливу факторів навколишнього середовища тощо.

17.3. Інфекційна захворюваність

Інфекційна захворюваність (Infectious morbidity) підлягає спеціальному обліку, оскільки виникає необхідність оперативного проведення проти-епідемічних заходів.

Випадки особливо небезпечних захворювань (чума, холера, натуральна віспа, СНІД) обов'язково підлягають спеціальному обліку, а повідомлення про них відправляється негайно не тільки до органів Держсанепіднагляду, а й до надзвичайної протиепідемічної комісії МОЗ держави.

Обов'язковій реєстрації та обліку підлягають такі захворювання: черевний тиф, паратифи, інфекції, викликані сальмонельозом, бруцельоз, усі форми дизентерії та ряд інших. Перелік захворювань періодично змінюється і регламентується МОЗ України.



Одиницею спостереження при вивченні інфекційної захворюваності є кожний випадок інфекційного захворювання або підозра на нього.

При виявленні їх заповнюється «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» (Форма № 058/о). Він же є основним обліковим документом при вивченні епідемічної захворюваності.

Екстрене повідомлення заповнює лікар амбулаторії, поліклініки, стаціонару, швидкої допомоги або іншого закладу охорони здоров'я, який встановив або запідозрив інфекційне захворювання. Усі екстрені повідомлення мають бути направлені протягом 12 годин в органи Держсанепідконтролю за місцем виявлення захворювання, незалежно від місця проживання хворого.

Для детального аналізу інфекційної захворюваності розраховуються наступні показники: поширеність загальної та первинної інфекційної захворюваності, сезонність інфекційної захворюваності, частота госпіталізації та повнота охоплення нею (в першому випадку — це відношення числа госпіталізованих до чисельності населення, у другому — до числа виявлених захворювань, у відсотках), частота захворювань за віком, статтю, професією (співвідношення числа захворювань у відповідній групі до чисельності населення даної групи) та число виявлених бацилоносіїв на 1000 обстежених.

17.4. Захворюваність на найважливіші соціально значущі захворювання

Захворюваність на найважливіші соціально значущі захворювання (*Morbidity of the most important socially significant diseases*) підлягає спеціальному обліку внаслідок їх епідеміологічної, медико-соціальної та економічної значущості, крім того вони, як правило, вимагають своєчасного виявлення, обстеження, проведення моніторингового спостереження і спеціального виду лікування.

До найважливіших соціально значущих захворювань відносять як епідемічні так і неепідемічні захворювання: захворювання системи кровообігу, злоякісні новоутворення, цукровий діабет, ожиріння, розлади поведінки та психічні захворювання, нещасні випадки, травми, отруєння, туберкульоз, вірусні гепатити, ВІЛ-інфекція / СНІД, тютюнопаління, алкоголізм, наркоманія та інші.

Необхідність спеціального обліку вказаних захворювань обумовлена високим рівнем поширення, частотою випадків інвалідності, обумовленої



ними, значною частотою смертності за деякими з них, епідемічною значимістю, соціальною обумовленістю, великими економічними витратами в суспільстві.

Для реєстрації найважливіших захворювань для суспільства використовуються наступні документи: Повідомлення про хворого, якому вперше в житті встановлено діагноз активного туберкульозу, венеричної хвороби, трихофітії, мікроспорії, фавуса, корости, трахоми, психічного захворювання (Форма № 089/о) та Повідомлення про хворого, з уперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злякисного новоутворення (Форма № 090/о).

Облікові документи заповнюються лікарями всіх закладів охорони здоров'я, які встановили вперше діагноз при зверненні хворих до поліклініки, при обстеженні їх у стаціонарі, при відвідуванні хворого вдома або при профілактичному медичному огляді і направляються до відповідних профільних спеціалізованих диспансерів (протитуберкульозних, онкологічних, дерматовенерологічних, психоневрологічних), які проводять облік і аналіз нозологічної форми (загальну і первинну захворюваність цих форм, їх структуру залежно від статі, віку, місця проживання, професії тощо).

17.5. Госпіталізована захворюваність

Госпіталізована захворюваність (Hospitalized morbidity) дозволяє проаналізувати склад, обсяги лікарняної допомоги, її своєчасність, тривалість та результати лікування. Стаціонарна допомога — є найбільш дорогою медичною допомогою, у зв'язку з чим для її використання має бути достатнє медичне та соціальне обґрунтування. У зв'язку з чим госпіталізована захворюваність має важливе економічне значення як для системи охорони здоров'я так і для держави.

Одиницею спостереження при її вивченні є випадок госпіталізації хворого з приводу захворювання. Дані про госпіталізовану захворюваність мають важливе значення при плануванні ліжкового фонду та визначенні потреби населення в різних видах стаціонарної допомоги. З метою забезпечення аналізу госпіталізованої захворюваності використовують різні показники, серед них:

- *поширеність госпіталізованої захворюваності серед населення* (відношення числа госпіталізованих з приводу певного захворювання або всіх госпіталізованих у розрахунку на чисельність населення, яке проживає на певній території);



- *структура госпіталізованих* (питома вага кожного захворювання серед загальної кількості госпіталізованих хворих; можливо розраховувати структуру госпіталізованих за віком, статтю, місцем проживання);
- *середня тривалість перебування хворого в стаціонарі* (відношення загального числа ліжко-днів до кількості хворих, яких проліковано в стаціонарі) — цей показник доцільно пов'язувати з віком хворих, нозологічними формами, результатами лікування і аналізувати окремо для виписаних та померлих хворих в стаціонарі.

Для аналізу використання ліжкового фонду в стаціонарі разом із показником середньої тривалості перебування хворого в стаціонарі, розраховують також середньорічну зайнятість ліжка та оберт ліжка.

Розрахунок середньорічної зайнятості ліжка та оборту ліжка:

$$\text{СЗЛ} = \frac{\text{Кількість проведених хворими ліжко-днів}}{\text{Середньорічна кількість ліжок}} \quad (17.5)$$

$$\text{ОЛ} = \frac{\text{Кількість виписаних + померлих}}{\text{Середньорічна кількість ліжок}} \quad (17.6)$$

За показниками госпіталізованої захворюваності не можна повною мірою характеризувати поширеність захворювань серед населення, але на основі цих показників оцінюється характер найважчої патології, обсяг наданої медичної допомоги, тривалість лікування, своєчасність госпіталізації та ін.

17.6. Захворюваність із тимчасовою втратою працездатності

Захворюваність із тимчасовою втратою працездатності (Morbidity with temporary disability). До цього виду захворюваності належать всі випадки, які спричинили невихід на роботу робітника або службовця. Захворюваність працюючих призводить до значних економічних втрат суспільства, чим обумовлено велике соціально-економічне значення даної проблеми.

Одиницею спостереження є кожен випадок втрати працездатності. Обліковим документом для реєстрації випадку тимчасової непрацездатності працівника протягом року є листок непрацездатності. Лікуючий або сімейний лікар формує електронний медичний висновок про тимчасову непрацездатність у Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я.



Листок непрацездатності формується в Реєстрі на підставі медичного висновку (медичних висновків) у разі ідентифікації пацієнта як застрахованої особи в реєстрі застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування. Також е-лікарняний автоматично відкриється в разі оформлення медичного висновку для дитини працівника, яка потребує догляду.

На основі листків непрацездатності складається «Звіт про причини тимчасової непрацездатності» (Форма № 23-ТН). Він містить відомості про непрацездатність у зв'язку з найбільш поширеними захворюваннями, доглядом за хворим, з відпусткою при вагітності і пологах, санаторно-курортним лікуванням тощо. Звіти за формою № 23-ТН про причини тимчасової непрацездатності складають медичні установи щоквартально, на підставі щоквартальних звітів, відповідно формують, піврічні та річні.

За допомогою «Звіту про причини тимчасової непрацездатності» аналізується захворюваність із тимчасовою втратою працездатності, при цьому розраховуються 4 основні показники: число випадків тимчасової непрацездатності на 100 працюючих; число днів тимчасової непрацездатності на 100 працюючих; середня тривалість одного випадку; структура захворювань у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю.

Розрахунок показника випадків тимчасової непрацездатності на 100 працюючих:

$$ВТН = \frac{\text{Кількість випадків тимчасової непрацездатності}}{\text{Середня чисельність працюючих}} \times 100 \quad (17.7)$$

Розрахунок показника календарних днів тимчасової непрацездатності на 100 працюючих:

$$ДТН = \frac{\text{Кількість календарних днів тимчасової непрацездатності}}{\text{Середня чисельність працюючих}} \times 100 \quad (17.8)$$

Розрахунок середньої тривалості випадку тимчасової непрацездатності:

$$СТВТН = \frac{\text{Кількість календарних днів тимчасової непрацездатності}}{\text{Кількість випадків тимчасової непрацездатності}} \quad (17.9)$$



Розрахунок показника структури захворюваності з тимчасовою втратою працездатності:

$$\text{СЗТН} = \frac{\text{Кількість випадків непрацездатності з приводу даного захворювання}}{\text{Кількість випадків непрацездатності при всіх захворюваннях}} \times 100 \quad (17.10)$$

Для аналізу впливу умов роботи на здоров'я працюючих, оцінки ефективності оздоровчих заходів, переважно на великих підприємствах, проводиться поглиблений облік захворюваності з тимчасовою втратою працездатності. В основу його покладено особистий облік захворювань у працюючих, що передбачає заповнення на кожного працівника «Карти персонального обліку захворюваності», яка містить інформацію про всі випадки втрати працездатності протягом року з їх основними характеристиками: діагноз, тривалість, місце видачі листка, стать, вік, стаж роботи і т.д. Такий облік дозволяє отримати додаткову інформацію про: тривало і часто хворіючих протягом року; питому вагу осіб, хворих на туберкульоз протягом року; питому вагу осіб, які не хворіють протягом календарного року (індекс здоров'я).

При відборі групи осіб, які тривало і часто хворіють, використовують: етіологічний фактор; число випадків втрати працездатності та число днів втрати працездатності.

До групи тривалохворіючих, відносять осіб, які протягом календарного року хворіють 40 і більше днів захворюваннями етіологічно пов'язаними між собою, або 60 днів і більше захворюваннями етіологічно не пов'язаними між собою.

До групи, частохворіючих, відносяться особи, які протягом календарного року хворіють 4 та більше разів захворюваннями, що етіологічно пов'язані між собою, або 6 та більше разів, але етіологічно не пов'язаними між собою.

Основними чинниками захворюваності з тимчасовою втратою працездатності є: санітарно-гігієнічні умови праці, організація виробничих процесів, умови побуту працюючих, організація і якість медичної допомоги, якість медико-соціальної експертизи працездатності, склад працюючих за віком, статтю, професією, стажем роботи та ін.

До додаткових чинників захворюваності з тимчасовою втратою працездатності відносяться: особливості законодавчого регулювання галузі соціального регулювання, розмір оплати при тимчасовій непрацездатності,



розмір середньомісячного заробітку, система оплати праці, стабільність роботи підприємства, відповідальність працівників.

При аналізі захворюваності необхідно враховувати причину тимчасової непрацездатності: якщо збільшується захворюваність у зв'язку з вагітністю та пологами, то дане явище розцінюється як позитивне, якщо причиною є догляд за хворою дитиною, то швидше за все, тут немає прямого виробничого фактора, що впливає на зростання непрацездатності, але якщо відзначається зростання професійних захворювань — треба негайно реагувати.

ТЕМА 18. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ НАЙВАЖЛИВІШИХ СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ ТА В УКРАЇНІ

18.1. Актуальні проблеми соціально значущих захворювань

Соціально значущі захворювання відносяться до найактуальніших питань сучасності і перетворились на одну з основних загроз здоров'ю населення. Соціальна значущість цих захворювань вимагає проведення ефективної профілактики та залучення не тільки медичних працівників, а й громадськості, органів влади, освіти, культури та ін. Соціально значущі захворювання несуть колосальний збиток для суспільства, пов'язаний з тимчасовою та стійкою втратою працездатності, необхідністю величезних витрат на профілактику, лікування і реабілітацію, передчасною смертністю, злочинністю.

Сучасні тенденції у здоров'ї населення свідчать про прогресуюче поширення неінфекційних захворювань та факторів ризику їх розвитку, значні медико-соціальні втрати та економічні збитки. У 2010 році 63% смертей у світі було обумовлено саме неінфекційними хворобами, проте вже в 2020 році їх частка склала 68%. До 2030 року прогнозується збільшення цієї частки до 75%. Особливо загрозливим є те, що з усіх смертей внаслідок неінфекційних захворювань 40% були передчасними.

Провідну роль у формуванні глобального тягаря хвороб та рівнів смертності відіграють серцево-судинні захворювання, онкологічні хвороби, хронічні обструктивні захворювання легень, діабет, а також фактори ризику їх розвитку.

Глобальний тягар неінфекційних захворювань є не тільки великою загрозою системі охорони здоров'я, але і перешкоджає соціальному та економічному розвитку в усьому світі.



18.2. Історія виникнення поняття «соціально значущі захворювання»

Поняття «соціально значущі захворювання» з'явилося у ХІХ столітті в епоху бурхливого промислового розвитку. Основним соціально значущим захворюванням на той час вважався туберкульоз. Високий рівень захворюваності пов'язували з важкими умовами праці, незадовільними побутовими умовами і недоступністю медичної допомоги. В ході історичного процесу соціальні перетворення, спрямовані на поліпшення умов праці, дотримання техніки безпеки, підвищення якості життя працюючих, розвиток медицини зумовили зниження захворюваності деякими хворобами даної групи.

Протягом ХХ століття, особливо у другій його половині, в економічно розвинених країнах світу сформувався новий «неепідемічний» тип патології населення, головною ознакою якого є те, що більшість населення цих країн помирає від причин, пов'язаних з неепідемічними захворюваннями: хвороб системи кровообігу та злоякісних новоутворень. Значну частку становить смертність від травм, збільшується кількість смертей від психічних розладів. Це так звані «хвороби цивілізації». В країнах, що розвиваються, основною причиною смертності населення є інфекційні та паразитарні захворювання, які зумовлюють «епідемічний тип патології населення». Є країни, які займають проміжне положення, отже мають «проміжний тип патології». У цих країнах зростає смертність від хронічних неепідемічних захворювань поряд з високою смертністю від інфекційних та паразитарних захворювань. Таким чином, відбулася трансформація патології населення світу, яка призвела до того, що більшість інфекційних хвороб, які були основною причиною смерті населення, поступилися своїм місцем «мовчазним вбивцям ХХІ століття» — хронічним неспецифічним захворюванням. Серед них виділяють найважливіші соціально значущі захворювання, значення яких неухильно зростає.

На початку третього тисячоліття основною причиною смерті населення і значних соціальних та економічних втрат визнані в розвинених країнах хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, ендокринні та психічні розлади, травми; в країнах, що розвиваються — туберкульоз, ВІЛ-інфекція / СНІД, малярія.

Аналіз словосполучення «соціально значущі» показує, що захворювання даної групи мають велике значення для суспільства, представляють загрозу великій кількості людей. Поняття соціально значущі захворюван-



ня включає ряд захворювань, що несуть найбільшу загрозу благополуччю населення країни.

Основні ознаки, які закладаються в поняття соціально значущого захворювання це: масовість захворювання, тобто високий рівень поширення захворювання серед населення, в тому числі наявність значного відсотка «прихованих» хворих в соціумі; високі темпи щорічного приросту кількості хворих, захворювання даної групи мають особливість досить швидко поширюватись; обмеження повноцінного функціонування хворого в соціумі за наявності такого захворювання; небезпека захворювання для оточуючих; інфекційний та неінфекційний характер.

Крім того, захворювання, що належать до цієї категорії, не тільки руйнують здоров'я й організм людини, але і несуть негативні соціальні наслідки: втрата родини, друзів, роботи, засобів існування та ін. Характерною рисою таких захворювань є те, що вони забирають здебільшого життя молоді, людей працездатного віку. Важливою особливістю соціально значущих захворювань є те, що дотримання певних правил, поінформованість населення щодо профілактики цих захворювань дозволить уникнути їх або, принаймні, виявити на ранній стадії.

18.3. Медико-соціальні аспекти соціально значущих захворювань

Медико-соціальне значення цих захворювань визначається: зростанням їх ролі в структурі захворюваності та смертності населення; провідною роллю їх серед причин інвалідності; вони обумовлюють значні рівні госпіталізації; значна потреба в спеціалізованій медичній допомозі; значні економічні витрати на лікування та реабілітацію.

Все це призводить до великих економічних, соціальних і медико-демографічних втрат суспільства, підриває репродуктивне здоров'я, посилює навантаження на систему охорони здоров'я, несе загрозу національному розвитку країни, а також негативно впливає на стан сім'ї та особистості хворого.

Переважання в структурі захворюваності та смертності неінфекційної патології збільшується з кожним роком. Так в 2019 році 68% смертей було обумовлено неінфекційними захворюваннями, в 2012 році їх частка становила 63%, а до 2030 року прогнозується збільшення цієї частки до 75%.

Універсальні загальні чинники виникнення проблеми соціально значущих захворювань або «хвороб цивілізації та соціальної дезадаптації», полягають в тому, що людина створила нове, незвичайне для фізіоло-



гічних процесів організму середовище, в результаті гіпертрофованої або безконтрольної фізичної діяльності, що призводить до патологічних порушень в організмі.

Першочергово негативного значення набувають соціальні фактори: зміна традиційних особливостей харчування; забруднення навколишнього середовища (повітря, ґрунту, води); радіаційне забруднення; використання нових синтетичних матеріалів в промисловості, будівництві, в побуті; зміна ритмів життя, перевтома, нервові напруження; гіподинамія; надмірна технізація і інформатизація, які впливають на фізичне та психічне здоров'я населення.

Зменшити або усунути вплив цих факторів на здоров'я людини можливо тільки на основі проведення широкомасштабних комплексних соціально-гігієнічних досліджень різного рівня та підвищення відповідальності кожного за своє здоров'я.

18.4. Перелік соціально значущих захворювань

На сьогодні соціально значущі хвороби розглядають як одну з основних загроз для здоров'я населення, а також суттєвий тягар для органів охорони здоров'я та суспільства в цілому. Останнє обумовлюється тим, що більшість з цих хвороб спричиняють тимчасову або стійку втрату працездатності; потребують величезних фінансових витрат на профілактику, лікування, реабілітацію. Ці захворювання переважно обумовлені соціально-економічними факторами.

Раніше високий рівень захворюваності на туберкульоз пов'язували з важкими умовами праці, незадовільними побутовими умовами та недоступністю кваліфікованої медичної допомоги.

Як показав хід історичного процесу, соціальні перетворення, спрямовані на поліпшення умов праці і створення техніки безпеки, підвищення якості життя працюючих, розвиток медицини призвели до зниження захворюваності деякими хворобами цієї групи. Необхідно відзначити, що до соціально значущих захворювань в різні історичні періоди відносили різні хвороби. У сучасних умовах до соціально значущих захворювань належать: хвороби системи кровообігу, злякисні новоутворення, нещасні випадки, травми, отруєння, цукровий діабет, ожиріння, психічні розлади, туберкульоз, ВІЛ-інфекція / СНІД, наркоманія, алкоголізм, нікотинomanія та інші.

Основними захворюваннями, які суттєво впливають на формування глобального тягара захворювань і рівнів смертності є серцево-судинні та онкологічні недуги, а також хронічні респіраторні захворювання та цукровий



діабет. За даними ВООЗ на вищезазначені захворювання припадає дві третини всіх смертей у світі (80% в Європейському регіоні), причому основними причинами більшості захворювань є вживання тютюну, нездорове харчування, недостатня фізична активність і зловживання алкоголем.

18.5. Захворювання системи кровообігу (МКХ-XI, XI клас)

За даними експертів ВООЗ захворювання системи кровообігу є основною причиною смерті в розвинених країнах світу. Щорічно у світі від серцево-судинних захворювань помирає близько 17 млн чоловік, що складає 31,3% всіх випадків смертей (50% в Європейському регіоні). В Україні хвороби системи кровообігу обумовлюють дві третини випадків смертей та третину причин інвалідності (в структурі смертності на їх частку припадає 67,5%, в структурі інвалідності — 32%). У структурі поширеності захворювань серед населення України на їх частку припадає 30,99%, а серед дорослого населення — 37,50%. У структурі первинної захворюваності серед населення України на їх частку припадає 6,99%, а серед дорослого населення — 10,6%. Найбільш поширеними серцево-судинними захворюваннями є: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця та цереброваскулярні захворювання.

Поширеність захворювань системи кровообігу в Україні становила 52 718,8 випадків на 100 тис. усього населення, а захворюваність — 4 381,8 випадків на 100 тис. усього населення. Серед дорослого населення поширеність захворювань системи кровообігу склала 63 312,9 випадків на 100 тис. населення, а захворюваність — 5 136,3 випадків на 100 тис. населення.

Спосіб життя є найважливішим фактором ризику захворювань системи кровообігу, а саме: шкідливі звички (куріння і вживання алкоголю), ожиріння, гіподинамія, стреси та інші.

Організація медичної допомоги хворим із захворюваннями системи кровообігу. Первинну медичну допомогу таким хворим надають лікарі загальної практики — сімейної медицини, які реалізують профілактичні заходи, забезпечують раннє виявлення захворювань і своєчасність звернення до фахівців (кардіологів, неврологів та ін.). Спеціалізована амбулаторна кардіологічна допомога надається в кардіологічних кабінетах поліклінік, а стаціонарна — у кардіологічних відділеннях міських та обласних лікарень, де обов'язково передбачений блок інтенсивної терапії і реанімації. Високоспеціалізовану допомогу надають кардіологічні цент-



ри, науково-дослідні установи. Також передбачено санаторно-курортне лікування кардіологічних хворих, що забезпечує різні види реабілітації.

18.6. Злоякісні новоутворення (МКХ-XI, II клас)

Злоякісні новоутворення — це одна з найскладніших науково-медичних та соціально-економічних проблем людства. Ця група захворювань є другою за значимістю причиною смерті. Злоякісні новоутворення щороку забирають до 10 млн. життів у світі і за прогнозами експертів ВООЗ до 2030 року ця цифра буде збільшуватись як в розвинених країнах, так і в країнах, що розвиваються. Виникнення проблеми пов'язане зі старінням населення світу і в віці 65+ років смертність від даної патології в 10 разів перевищує цей показник в молодому віці.

Смертність від злоякісних новоутворень становить 13% всіх випадків смертей в Україні (15–17% смертей осіб працездатного віку). В Україні смертність від новоутворень становить 202,7 випадки на 100 тис. усього населення. Смертність від ЗН має віково-статеві особливості, підвищується з віком і сягає максимальних рівнів у віковій групі 75–79 років. Смертність чоловіків є значно вищою, ніж у жінок. Контингент хворих із злоякісними новоутвореннями в Україні становить понад 1 млн. чоловік і щорічно в результаті даних захворювань країна втрачає понад 90 тис. осіб, третину яких (35%) складають люди працездатного віку. ЗН обумовлюють 11 років життя, прожитих з інвалідністю.

Основними причинами смерті чоловічого населення України є новоутворення легень, товстої кишки, шлунка та передміхурової залози, які зумовлюють 50% онкологічної смертності.

Основними причинами смерті жіночого населення України є новоутворення молочної залози, легень, шлунка, товстої кишки, шийки матки і яєчників, які обумовлюють 60% онкологічної смертності.

В Європейському регіоні рівень передчасної смертності від онкопатології залишається високим, становить 70,5 випадків на 100 тис. населення, а в половині країн Європейського регіону ця група захворювань вийшла на перше місце за передчасною смертністю, випередивши серцево-судинну патологію.

Поширеність злоякісних новоутворень в Україні становить 3 965,2 випадків на 100 тис. населення, а захворюваність — 846,0 випадків на 100 тис. усього населення. Серед дорослого населення поширеність ЗН склала 4 628,0 випадків на 100 тис. населення, а захворюваність — 954,1 випадків на 100 тис.



населення. У чоловіків в структурі онкологічної захворюваності переважають пухлини органів дихання, шлунка, передміхурової залози, у жінок — рак молочної залози, тіла і шийки матки, ободової кишки і шлунка.

Спосіб життя є найважливішим фактором ризику розвитку злоякісних новоутворень, однак для даної групи захворювань найбільш характерний комплексний вплив різних факторів, в тому числі факторів спадковості, впливу вірусів та екологічних впливів.

В Україні введено систему обліку онкологічних захворювань. При діагностиці вперше в житті діагностованого онкологічного захворювання лікар поліклініки заповнює певну облікову форму (Форма № 090/о) і протягом 3-х днів направляє її в обласний онкологічний диспансер, де всі випадки аналізуються і подаються в «Звіті про захворюваність онкологічними новоутвореннями». В Україні створено Національний канцер-реєстр України.

Організація медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення. В поліклінічних установах лікарі загальної практики — сімейної медицини реалізують профілактичні заходи, забезпечують раннє виявлення захворювань і своєчасність звернення до онколога, діють оглядові кабінети. Для стаціонарної допомоги онкологічним хворим передбачені онкологічні відділення лікарень або окремі онкологічні ліжка. Основною установою надання спеціалізованої онкологічної допомоги є онкологічний диспансер, серед основних завдань якого є організація і проведення первинної профілактики, ранньої діагностики онкологічних захворювань, профілактичних оглядів населення, лікування та диспансерного спостереження хворих, а також організаційно-методичне забезпечення діяльності онкологічних установ. Високоспеціалізовану онкологічну допомогу надають науково-дослідні установи (Національний інститут раку, Інститут медичної радіології імені С.П. Григор'єва в Харкові).

18.7. Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (МКХ-XI, XXII клас)

Травматизм — це сукупність травм, які виникають у певної частини населення за певний проміжок часу. У більшості країн світу рівень травматизму постійно зростає, що пов'язують з глобальними природними катастрофами, соціальними факторами та стрімким розвитком техніки. Даний вид патології є третім за значимістю серед усіх причин смертності в Україні. В Україні смертність за даною групою патології становила 87,0 випадків на 100 тис. всього населення. Найпоширенішим видом травматизму



в Україні є побутовий, після нього вуличний і виробничий, а найвища смертність спостерігається при дорожньо-транспортному травматизмі.

В результаті нещасних випадків, травм та отруень в Україні гине понад 60 тис. осіб щорічно, 70% яких є особами працездатного віку. Характерною рисою смертності від зовнішніх причин в Україні є гендерна диференціація, яка полягає у значному переважанні показників смертності чоловічого населення над відповідними показниками смертності жіночого населення, а саме в п'ять разів. Основна частина у формуванні смертності від зовнішніх причин належить випадковим отруєнням (насамперед алкогольних), самогубств та пошкоджень з невизначеною метою. Алкогольні отруєння становлять 70% випадкових отруень.

Поширеність нещасних випадків, травм та отруень в Україні становить 4 276,0 випадків на 100 тис. населення, а захворюваність — 4 015,0 випадків на 100 тис. всього населення. Серед дорослого населення поширеність нещасних випадків, травм та отруень склала 4 104,5 випадків на 100 тис. населення, а захворюваність — 3 824,3 випадків на 100 тис. населення.

Організація медичної допомоги хворим з травмами, отруєннями і при нещасних випадках. При даному виді патології у більшості випадків екстрена медична допомога є обов'язковою, основним завданням якої є збереження життя потерпілого і доставка його до спеціалізованої установи для подальшого лікування. В Україні організовано станції швидкої та невідкладної допомоги. Основне першочергове значення мають травматологічні пункти — це прийомні травматологічні відділення територіальних амбулаторно-поліклінічних установ, де відбувається обстеження хворого і надається перша необхідна допомога, після чого вирішується питання про подальшу організацію лікування хворого. В амбулаторних умовах пацієнту надається допомога фахівця поліклініки, а для стаціонарного лікування пацієнт направляється до відділення ортопедії і травматології міської лікарні. Останнім часом для надання комплексу необхідних заходів для таких пацієнтів створюються високоспеціалізовані центри — лікарні швидкої медичної допомоги.

18.8. Цукровий діабет (МКХ-XI, V клас — Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин)

Цукровий діабет за визначенням ВООЗ — це тяжке прогресуюче захворювання, що має високий ризик інвалідизуючих серцево-судинних



і мікросудинних ускладнень. В усьому світі налічується 347 млн людей, які страждають на цукровий діабет. Щорічно у світі помирає 3,4 млн. осіб від наслідків високого вмісту цукру в крові. Більшість людей, які страждають на діабет, мають форму хвороби II-го типу, яка здебільшого вражає людей з надмірною вагою, з малорухливим способом життя. Однак показники первинної захворюваності підвищуються не тільки для цього виду діабету, але і для генетично обумовленого цукрового діабету I-го типу.

В Європейському регіоні на цукровий діабет хворіють близько 22,5 млн. осіб дорослого населення. Поширеність цукрового діабету в країнах Європейського регіону сягає 3,1% населення, а смертність від цукрового діабету становила 11,3 випадків на 100 тис. населення. Прогнозується зростання рівня смертності на 50%, якщо в наступне десятиліття не буде вжито невідкладних заходів.

В Україні на цукровий діабет хворіє 1,2 млн. осіб, рівень поширеності становить 2790,7 випадків на 100 тис. населення, а рівень захворюваності — 231,5 випадків на 100 тис. всього населення. Щорічно реєструється близько 100 тис. нових випадків захворювання. Цукровий діабет обумовлює 3% первинної інвалідності дорослого населення України.

Основними факторами ризику виникнення цукрового діабету II-го типу є ожиріння, порушення обміну речовин, літній вік, а для цукрового діабету I-го типу — це спадкова схильність і фактори способу життя, що призводять до абсолютної недостатності інсуліну в результаті деструкції бета-клітин підшлункової залози (вірусні інфекції, високий вміст вуглеводів та жирів в їжі, хімічні речовини, що викликають загибель клітин підшлункової залози). В Україні функціонує реєстр хворих на цукровий діабет, що є необхідною умовою для забезпечення таких пацієнтів препаратами інсуліну.

Організація медичної допомоги хворим на цукровий діабет. Лікарі загальної практики — сімейної медицини реалізують профілактичні заходи і забезпечують раннє виявлення цукрового діабету і своєчасність звернення до ендокринолога. Спеціалізована ендокринологічна допомога надається в ендокринологічних диспансерах, а стаціонарне лікування — в ендокринологічних відділеннях міських і обласних лікарень. Також на базі лікарень та диспансерів організовані кабінети з профілактики ускладнень діабету, а саме «кабінети діабетичної стопи». Високоспеціалізовану допомогу надають ендокринологічні центри — науково-дослідні установи (Інститут проблем ендокринної патології імені В.Я. Данилевсько-



го в Харкові). На велику проблему перетворився діабет вагітних, у зв'язку з чим організовано спеціалізовані відділення патології вагітних для надання допомоги вагітним жінкам з цукровим діабетом на базі міських лікарень. Для дітей, хворих на цукровий діабет, створені групи в дитячих садках і школи-інтернати, де створено умови не тільки для навчання і перебування дітей, а й для цілодобового медичного спостереження за ними з метою створення умов для контролю рівня глюкози в крові, лікування та оптимальної компенсації діабету. Також передбачено санаторно-курортне лікування ендокринологічних хворих.

18.9. Ожиріння

(МКХ-XI, V клас — хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин)

Ожиріння — це надлишкове відкладення жирової тканини в організмі. Ожиріння призводить до підвищення ризику розвитку цукрового діабету, інфаркту міокарда, жовчнокам'яної хвороби та ін., що обумовлює збільшення показників загальної захворюваності та смертності. За даними голландських учених ожиріння вкорочує життя людини в середньому на 7 років.

За даними світової статистики 10% чоловіків і 14% жінок у віці 18 років і старше страждають ожирінням. Надмірну вагу мають 42 млн. дітей віком до 5 років. Як наслідок, понад 2,8 млн. чоловік щорічно помирають через надмірну масу тіла та ожиріння. Зростання індексу маси тіла збільшує ризик розвитку захворювань серця, інсульту і діабету, деяких видів раку. У Європейському, Східно-Середземноморському та Американському регіонах за даними ВООЗ більше 50% жінок мають надмірну масу тіла. Ожиріння більше поширене у жінок і збільшується з віком.

В Україні проблема поширеності серед населення надлишкової маси тіла внаслідок комплексу причин набуває особливої значущості. За розрахунковими даними ВООЗ, надлишкову масу тіла мають 53% українців, у т. ч. 50,5% чоловіків і 56,0% жінок. При цьому, страждають ожирінням 21,3% населення, у т. ч. 15,9% чоловіків і 25,7% жінок відповідно.

Поширення ожиріння зумовлене нездоровим раціоном харчування, в якому переважають продукти з високим вмістом цукру і жирів та низьким вмістом вітамінів та мікроелементів, а також психологічними порушеннями харчової поведінки. За середньою кількістю калорій на людину в день Україна посідає 28-е місце серед європейських країн з показником



3198 ккал. Зміна способу пересування у зв'язку з урбанізацією, сидячий спосіб життя сприяють низькій фізичній активності, а стреси і шкідливі звички посилюють проблему ожиріння.

Організація медичної допомоги хворим з ожиріння. Медична допомога передбачає консультацію, спостереження і лікування у ендокринолога, а лікарі загальної практики — сімейної медицини забезпечують раннє виявлення ожиріння і своєчасність звернення до фахівця. Спеціалізована ендокринологічна допомога хворим з ожирінням надається в ендокринологічних диспансерах, в ендокринологічних відділеннях міських і обласних лікарень. Високоспеціалізовану допомогу надають ендокринологічні центри — науково-дослідні установи (зокрема, Інститут проблем ендокринної патології імені В.Я Данилевського в Харкові). Також передбачене санаторно-курортне лікування хворих з ожирінням.

18.10. Психічні розлади (МКХ-XI, VI клас — психічні, поведінкові розлади та розлади нейропсихічного розвитку)

Психічні розлади — це стан психіки, відмінний від нормального здорового, тому важливим є визначення психічного здоров'я, яке розглядають в єдності з психічним благополуччям. Таким чином, психічне здоров'я і благополуччя є найважливішою складовою високого рівня якості життя, яка дозволяє людині вважати своє життя повноцінним і значущим, дозволяє йому бути активним і творчим членом суспільства.

Поширеність психічних розладів у Європі становить 4,6 випадків на 100 тис. населення і за оцінками фахівців постійно зростає. Цьому сприяють швидкі зміни умов сучасного життя, урбанізація, структурні зміни в сім'ях, а також старіння населення. Психічні розлади часто пов'язані з соматичними захворюваннями. Рівень смертності від розладів психіки та поведінки в Україні становить 3,6 випадків на 100 тис. населення. На думку фахівців ВООЗ до найбільш значущих психічних розладів відносяться: депресія, деменція та самогубства.

Крім того найпоширенішими психічними розладами у дорослих є: залежність від алкоголю та психоактивних речовин; порушення прийому їжі (анорексія, булімія); сексуальні проблеми; розлади сну; особистісні розлади; шизофренія; хвороба Альцгеймера.

Виділяють соціально вразливі групи населення, а саме: підлітки, безробітні, самотні, літні особи, які мають високий ризик розвитку психіч-



них розладів. До факторів ризику розвитку даної патології належать дестабілізація життя суспільства, поширення шкідливих звичок (алкоголізм, наркоманія), нездоровий спосіб життя, невпевненість у майбутньому.

Організація медичної допомоги хворим з психічними розладами. Хворі з даною патологією отримують спеціалізовану психіатричну допомогу. Інфраструктура включає наркологічні установи, психоневрологічні диспансери, спеціалізовані психіатричні лікарні. Важливим фактором є робота закладів первинної медико-санітарної допомоги з виявлення, ранньої діагностики психічних розладів та направлення таких пацієнтів до фахівців. Поряд з психіатричною допомогою важливою ланкою є психотерапевтична допомога населенню, яку люди можуть отримати в психотерапевтичних кабінетах поліклінік.

18.11. Туберкульоз (МКХ-XI, I клас — деякі інфекційні та паразитарні хвороби)

Туберкульоз є соціально небезпечним захворюванням, що виникає внаслідок активізації мікобактерій туберкульозу в організмі людини, які найчастіше вражають легені.

Туберкульоз — це хвороба, боротьба з якою відбувається не одне десятиліття. За прогнозами ВООЗ, в Європейському регіоні перемогти туберкульоз протягом найближчих 85 років не вдасться. Складність полягає в тому, що існує пряма залежність між соціально-економічним розвитком країни і рівнем поширення в ній туберкульозу. По-перше, туберкульоз — це інфекція, яка вимагає тривалого лікування, по-друге, поширення туберкульозу є медичною проблемою лише приблизно на 10%, а решта — це соціальна складова.

За офіційною статистикою, нині в країнах Європи на туберкульоз щодня хворіє в середньому близько 1 тис. осіб. Враховуючи, що у світі щорічно з 2009 року 10 млн. осіб хворіють на туберкульоз і 2 млн. помирають, ВООЗ визначила цю ситуацію як епідемію туберкульозу. За прогнозами цієї організації, якщо ситуація не зміниться, то до 2025 року число тубінфікованих зросте до 1 млрд. осіб, 150 млн. будуть мати клінічні симптоми захворювання і 36 млн. можуть померти. Щогодини в Україні від цієї хвороби помирає одна людина, а інфікуються четверо. За відсутності лікування хворий з активною формою туберкульозу може щорічно заражати в середньому від 10 до 15 осіб.



Захворюваність і смертність від туберкульозу в Європейському регіоні становить 51,0 і 7,0 на 100 тис. населення відповідно.

Захворюваність на туберкульоз в Україні становить 70,4 на 100 тис. усього населення і 7,4 на 100 тис. дитячого населення (0–14 років). Найвищі показники захворюваності реєструються у віковій групі 50–59 років, переважно у чоловіків і збільшується рівень захворюваності дітей віком до 14 років. Несприятливим є збільшення показника первинної інвалідності у зв'язку з туберкульозом, особливо для осіб працездатного віку.

Особливості епідемії (хворими визнані 1% і більше населення країни) туберкульозу в Україні полягає в тому, що вона поєднує три складові: епідемію звичайного туберкульозу, який лікується традиційними методами, епідемію мультирезистентного туберкульозу та епідемію ко-інфекції туберкульоз / ВІЛ. Причинами епідемії туберкульозу є: безробіття, бідність, недоїдання, нездоровий спосіб життя, що призводить до зниження якості життя; зростання числа осіб без певного місця проживання, перевантаженість в'язниць; алкоголізм, наркоманія; несприятлива екологічна ситуація; недостатнє фінансування протитуберкульозних заходів; мультирезистентний туберкульоз, ВІЛ / СНІД; пристосованість збудника туберкульозу до використовуваних протитуберкульозних засобів шляхом формування резистентності, що призводить до низької ефективності лікування хворих; зниження опірності організму людини в результаті поширення імунodefіцитних станів, викликаних пандемією ВІЛ / СНІДу.

Поширення туберкульозу призводить до скорочення тривалості життя, зростання рівня смертності, тимчасової та стійкої втрати працездатності, збільшення необхідного обсягу медичних послуг, соціальної нерівності та дискримінації. Тому індикатором соціального благополуччя країни є сприятливий підхід уряду до проблеми захворюваності на туберкульоз.

Організація медичної допомоги хворим на туберкульоз. Важливе значення у вирішенні проблеми туберкульозу має профілактика, а саме медична (вакцинопрофілактика, хіміопрфілактика), санітарно-проти-епідемічна (проведення поточної і заключної дезінфекції, санітарно-просвітницька робота) і соціальна (активне виявлення хворих на туберкульоз та осіб з підвищеним ризиком зараження, а також рішення соціальних проблем суспільства, що призведе до зниження захворюваності та смертності від туберкульозу). Вакцинопрофілактика є первинною профілактикою туберкульозу і проводиться за допомогою вакцинації вакциною БЦЖ при народженні, з ревакцинацією в 7 і 14 років після туберкулінодіагностики (проби Манту). З 15 років додатково використовують флюорографію.



Вторинну профілактику проводять особам, які мали контакт з хворими бактеріовиділювачами і полягає в лікуванні протягом 3 або 6 місяців. Основним шляхом своєчасного виявлення туберкульозу є звернення по медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічні заклади. У багатьох таких закладах працюють фтизіатричні кабінети, тому лікарі загальної практики — сімейної медицини при підозрі на туберкульоз направляють пацієнта до фтизіатра. При виявленні хворого на туберкульоз його направляють у протитуберкульозний диспансер, основними завданнями якого є лікування та моніторинг стану здоров'я таких хворих. Лікування може надаватися амбулаторно і / або в умовах стаціонару протитуберкульозного диспансеру, а також в туберкульозних лікарнях. Лікар, який виявив хворого на туберкульоз, незалежно від своєї спеціалізації зобов'язаний протягом 3-х днів заповнити спеціальний медичний документ — повідомлення про хворого з вперше виявленим захворюванням активного туберкульозу і направити цей документ до протитуберкульозного диспансеру для обліку і контролю всіх випадків захворювань та організації лікувально-профілактичних заходів. Лікування хворих на туберкульоз здійснюється відповідно до стандартних протоколів. Важливим є санаторно-курортне лікування в спеціальних туберкульозних санаторіях.

18.12. ВІЛ-інфекція/СНІД (МКХ-XI, I клас — деякі інфекційні та паразитарні хвороби)

Сучасне визначення ВІЛ-інфекції визначає її як вірусне захворювання, що має у своїй основі імунodefіцит, який стає причиною розвитку супутніх інфекцій та онкологічних процесів. СНІД — це остання стадія ВІЛ-інфекції, може бути вродженою або набутою.

Нині світ переживає пандемію ВІЛ-інфекції. Світовим центром епідемії за кількістю випадків вважається Африка. ВІЛ залишається однією з основних проблем глобальної охорони громадського здоров'я: на сьогоднішній день він забрав понад 34 мільйони людських життів. Щорічно 1,2 млн осіб у світі помирає від причин, пов'язаних з ВІЛ. У світі налічується приблизно 36,9 млн осіб з ВІЛ-інфекцією, а 2 млн людей у світі набувають ВІЛ-інфекцію щорічно.

ВІЛ також є основним фактором ризику розвитку активної форми туберкульозу. Серед населення з ВІЛ інфекцією приблизно 360 000 випадків смертей від туберкульозу. Це 25% із приблизно 1,5 млн випадків смертей від ВІЛ на рік.



В Україні за даними Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України було зареєстровано 15 808 нових випадків ВІЛ-інфекції (з них 2 961 дитина до 14 років). Всього з 1987 року в Україні офіційно зареєстровано 280 297 нових випадків ВІЛ-інфекції, від СНІДу в Україні померло 38 128 осіб. Українці найчастіше інфікуються через незахищений секс. Якщо в 2005 році через сексуальні контакти інфікувалися 33% людей, у яких була виявлена ВІЛ-інфекція, то в 2012 році цей відсоток зріс до 51. У 2015 році цей показник склав 60%. Більшість випадків інфікування ВІЛ в Україні сьогодні реєструються у молодих людей від 15 до 30 років.

Україна залишається лідером в Європі за масштабами розповсюдження ВІЛ-інфекції. За оцінками експертів, в Україні з ВІЛ-інфекцією живе майже 290 тисяч осіб. І тільки кожен другий знає про свій діагноз.

Організація медичної допомоги хворим з ВІЛ-інфекцією / СНІДом. Для встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції / СНІДу необхідно тестування крові пацієнта, яке здійснюється в ВІЛ-діагностичних лабораторіях, мережа яких створена в Україні. На первинному рівні допомоги з профілактики, виявлення та діагностики ВІЛ / СНІДу здійснюють лікарі загальної практики — сімейної медицини. Основною структурною одиницею надання спеціалізованої медичної допомоги є спеціалізовані центри профілактики і боротьби з ВІЛ / СНІДом. Ці заклади охорони здоров'я здійснюють первинне обстеження і реєстрацію хворих з вперше виставленим діагнозом, надають планову, невідкладну і консультативну допомогу, направляють на госпіталізацію, проводять моніторинг процесу лікування. На базі таких центрів працюють кабінети «Довіри», які також проводять анонімне кваліфіковане обстеження і діагностику ВІЛ / СНІДу, диспансеризацію та направлення в стаціонар інфекційних лікарень. В термінальній стадії захворювання допомогу хворим надають хоспіси.

Важливим є обстеження вагітних на наявність антитіл до ВІЛ, а в разі позитивного тесту обстеженню підлягає і народжена цією жінкою дитина (від дня народження до 18 місяців, кожні 3 місяці).

18.13. Наркоманія (МКХ-XI, XXII клас — травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин)

Наркоманія — це неконтрольований потяг до речовин, які впливають на центральну нервову систему і викликають стан штучного психологічно-



го і фізичного задоволення, наркотичного сп'яніння. Найбільш поширена наркоманія у США.

Єдиного підходу до вирішення проблеми наркотиків у світі поки немає. Репресивна стратегія використовується найчастіше, однак тотальна заборона наркотиків показала свою недостатню ефективність. Останнім часом все більшої популярності набуває політика лібералізації (легалізації) наркотиків, зокрема легких.

На серйозну загрозу для здоров'я населення перетворюються нові психоактивні речовини, так звані «дизайнерські наркотики». Вони не потрапляють під міжнародні заходи контролю, але мають психоактивну дію. В останні роки відбувається збільшення масштабів зловживання новими психоактивними речовинами. Наприклад, в Європі повідомлення про нові речовини надходять практично щотижня. Тільки в ЄС було зареєстровано 49 нових психоактивних речовин.

Наркотизація населення України залишається вкрай актуальною проблемою. Соціальний портрет споживачів наркотичних засобів в останні роки досить стабільний (за даними МВС України). В основному це молоді люди у віці 15–27 років, 74% з них ніде не працюють і не навчаються, майже 2% — це учні технікумів та ліцеїв, 0,4% — студенти ЗВО. 73% споживачів наркотиків — міські жителі, проте частка сільської молоді поступово збільшується. Наркотики та психотропні речовини стали неодмінними атрибутами молодіжних зібрань, вечірок, дискотек, концертів модних музичних груп.

Шляхи вживання наркотиків: через рот, вдихання та введення ін'єкційним шляхом. Споживання наркотичних засобів в Україні орієнтоване на речовини, вироблені всередині країни. Найбільш популярними наркотичними засобами, як і раніше, залишаються опіоїди, канабіноїди та полінаркотизм. За отриманими даними, кількість споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні становить від 278 до 387 тис. осіб. Це — найчисельніша група наркозалежних у Європі, за винятком Росії.

За даними ООН, поширеність вживання ін'єкційних наркотиків в Україні, як мінімум, в три рази перевищує середньосвітовий рівень і становить від 0,88% до 1,22%.

Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом тісно пов'язане з проблемою ВІЛ / СНІДу. Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні від 1995 до 2007 року включно, був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 відбулася зміна шляхів передачі з домінуванням статевого, тенденція до якого зберігається. Це майже 60% серед нових випадків інфікування ВІЛ-інфекцією. Переважна більшість



населення країни перебуває під загрозою ВІЛ / СНІДУ. Однак парентеральний шлях зараження ВІЛ залишається одним з основних і продовжує впливати на епідситуації з ВІЛ / СНІДом.

Організація медичної допомоги хворим з наркоманією. Медичну допомогу наркозалежним пацієнтам в Україні надають наркологічні диспансери. Стаціонарне лікування пацієнти проходять в наркологічних відділеннях психіатричних лікарень. Працюють також реабілітаційні центри, де використовуються методи соціальної реабілітації. Також активну допомогу в цьому питанні надають релігійні організації.

18.14. Алкоголізм (МКХ-XI, XXII клас — травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин)

Алкоголізм — це хронічне захворювання, для якого характерна хвороблива пристрасть до алкоголю (фізична та психічна залежність) з алкогольним ураженням внутрішніх органів.

Алкоголізація населення — актуальна проблема сучасного суспільства. За даними ВООЗ, вона підвищує ризик розвитку понад 200 хвороб, включаючи цироз печінки, рак, серцево-судинні захворювання. Вживання алкоголю посилює розвиток таких інфекційних захворювань, як туберкульоз і пневмонія.

В Україні рівень споживання алкоголю має негативну тенденцію. Майже 3,3 млн. осіб щорічно помирають в результаті зловживання алкоголем, що становить приблизно 5,9% усіх випадків смертності і 5,1% глобального тягаря хвороб. Причиною більше половини цих випадків є хронічна патологія, включаючи рак, серцево-судинні захворювання і цироз печінки.

У середньому на душу населення у світі припадає 6,2 л чистого алкоголю, хоча спостерігається нерівномірний розподіл по регіонах. В цілому у світі 45% чоловіків та 55% жінок ніколи не вживали алкоголь.

Україна у світовому рейтингу посідає одне з перших місць за показником споживанням алкоголю на душу населення (15,6 л), поступаючись тільки Молдові, Чехії, Угорщині та Російській Федерації. Особливу тривогу викликає домінуюча модель споживання алкоголю: ранній вік початку вживання, часте вживання у великих дозах, переважно міцних спиртних напоїв, зі значною часткою неякісних і небезпечних. За показником споживання міцних спиртних напоїв Україна займає сьоме місце в рейтингу європейських країн. Іншою новою проблемою є так званий «пивний» ал-



коголізм. Майже 40% підлітків регулярно вживають спиртні напої. Як наслідок, від причин, що пов'язані з вживанням алкоголю, в країні щорічно помирає більше 40 тисяч осіб. Він у 30% випадків є причиною передчасної смерті українських чоловіків. Протягом року реєструється 8 тис. алкогольних отруень, майже 4 тис. гострих алкогольних психозів, 36 тис. нових випадків хронічного алкоголізму, 8 тис. кардіопатій.

Алкоголь традиційно є однією з основних причин виникнення дорожньо-транспортних пригод, нещасних випадків невинного характеру, травматизму тощо.

Індикатором стану алкогольної проблеми в країні є рівень поширеності та захворюваності на розлади психіки та поведінки. У XXI столітті триває тенденція до повільного зменшення кількості зареєстрованих осіб з розладами психіки і поведінки внаслідок вживання алкоголю, які перебувають на обліку. Поширеність розладів психіки та поведінки через вживання алкоголю становить майже 616,2 тис. осіб, або 1 436,0 на 100 тис. населення.

Медико-соціальні наслідки алкоголізму вимірюються смертністю від алкоголізму, кількістю нещасних випадків, рівнем госпіталізації хворих з алкоголізмом. Економічні наслідки пов'язані зі зниженням якості і продуктивності роботи на виробництві, підвищенням рівня травматизму, зменшенням кількості працездатного населення. Медико-біологічні наслідки обумовлені зниженням середньої тривалості життя на 10–20 років, зниженням народжуваності, підвищенням материнської і дитячої смертності, зростанням захворюваності населення, загальним погіршенням генофонду нації. Соціальні наслідки обумовлені збільшенням злочинності, зниженням загального інтелектуального рівня суспільства, моралі і духовності, що тягне за собою розпад сім'ї і сирітство.

Організація медичної допомоги хворим з алкоголізмом. Найважливішим завданням є профілактика, успіх якої залежить від особливостей менталітету, чітких моральних орієнтирів і духовних цінностей населення країни. Спеціалізована амбулаторна допомога надається в наркологічних кабінетах поліклінік і в наркологічних диспансерах. Стаціонарну допомогу надають спеціалізовані відділення психіатричних і наркологічних лікарень. Важливу частину роботи виконують кабінети анонімної допомоги.

18.15. Нікотинomanія

Нікотинomanія — це хвороблива пристрасть до паління тютюну, яка супроводжується глибокими фізичними розладами. Хвороби, пов'язані



з тютюном, є найбільшою загрозою для системи охорони громадської здоров'я. Згідно з оцінками фахівців, від хвороб, пов'язаних з тютюном, кожні шість секунд помирає одна людина, що еквівалентно приблизно шести мільйонам осіб на рік. За прогнозами, до 2030 р. ця цифра зросте до 8 млн осіб, якщо не буде вжито рішучих заходів для боротьби з цією епідемією. Вживання тютюну є також одним з чотирьох основних факторів ризику, які лежать в основі глобальної епідемії неінфекційних захворювань — раку, серцево-судинної хвороби, хвороби легень і діабету. Ці захворювання є причиною передчасної смерті (до досягнення віку 70 років) 16 млн осіб, причому більше 80% цих випадків припадає на країни з низьким і середнім рівнями доходу.

Втрати населення України внаслідок паління тютюну майже 120 тисяч осіб щорічно. Прогресує тенденція «омолодження» нікотиноманії і її «фемінізація». Ці тенденції характерні для всіх регіонів світу, в тому числі і для України. В нашій країні серед працездатного населення палять 42% чоловіків і 26% жінок. З 15 років починають палити 24% чоловіків і 8% жінок, а в період 15–24 роки — 67% та 60% відповідно.

Організація медичної допомоги хворим із нікотиноманією. Найкращим рішенням є первинна профілактика — всі зусилля спрямовані на те, щоб людина ніколи не починала палити. Організація медичної допомоги людям з нікотиноманією має певні особливості та труднощі. Більше 90% курців знають про негативні наслідки паління для здоров'я, але самостійно кинути палити не можуть. Допомогу таким пацієнтам надають психологи, застосовується нікотинова замісна терапія, акупунктура, сеанси гіпнозу.

18.16. Заходи щодо зниження соціальної значущості захворювань даної групи

На думку багатьох лікарів для зниження соціальної значущості захворювань даної групи, крім всього вищезазначеного, необхідно забезпечити:

- повноцінне функціонування індивіда в соціумі за наявності захворювання (зокрема, діабет в Японії відноситься до поширених, але соціально незначущих захворювань, оскільки медикаментозне забезпечення та просвіта хворих на діабет організовані таким чином, що середня тривалість життя хворого на діабет в Японії вища, ніж у звичайної людини);
- зниження кількості «прихованих» хворих та гарантія відсутності значущої кількості таких хворих у соціумі. За рахунок підвищення якості діагностики в перші роки кількість офіційно зареєстрованих хворих обов'язково



збільшиться, однак, у підсумку соціальна значущість захворювання буде знижена, внаслідок зниження кількості смертельних і серйозно травмуючих організм результатів лікування захворювання, у зв'язку з початком лікування на ранній стадії, наприклад, онкологічних хворих.

Отже, соціально значущі захворювання — це група захворювань, що становлять загрозу сучасному суспільству. Сьогодні ситуація з поширенням соціально значущих захворювань є дуже серйозною, потребує консолідації багатьох структур, причому не тільки державних, медичних, педагогічних, але і добровольчих. Волонтерство має великий потенціал в організації первинної профілактики, суть якої полягає в поширенні гігієнічних знань серед молоді, формуванні здоров'язберезувальних стратегій поведінки в ситуаціях, пов'язаних з ризиком зараження або початком розвитку захворювання.

Визнаючи руйнівний вплив неінфекційних захворювань на громадські, соціально-економічні процеси і стан здоров'я та його охорону, на глобальному рівні в 2011 р. було ухвалено декларацію, яка містить чіткі зобов'язання щодо скорочення глобального тягаря неінфекційних захворювань. Одним з важливих етапів подолання епідемії неінфекційних захворювань була розробка Глобального плану дій ВООЗ з профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними на 2013–2020 рр. *Документ включав дев'ять добровільних Глобальних цілей і глобальну систему моніторингу.*

Глобальною метою № 1, згідно Глобального плану дій ВООЗ з профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними, є відносне скорочення на 25% загальної смертності від хвороб системи кровообігу, онкологічних захворювань, діабету та хронічних неінфекційних захворювань до 2025 року.

Поліпшення здоров'я населення і скорочення поширеності неінфекційних захворювань лежить в площині боротьби з чинниками ризику. У цьому контексті вирішального значення набуває *Глобальна мета № 2*: скорочення шкідливого вживання алкоголю, принаймні, на 10% до 2025 року.

Глобальна мета № 3: відносне скорочення недостатньої фізичної активності на 10% до 2025 року. Поширеність гіподинамії на глобальному рівні сягає 31%, у т. ч. 28% у чоловіків і 34% у жінок. З цієї причини у світі щороку помирають близько 3,2 млн. осіб. У людей з недостатньою фізичною активністю ризик смерті від усіх причин зростає на 20–30%. Регулярна фізична активність знижує ризик виникнення хвороб системи кровообігу, включаючи високий кров'яний тиск, діабет, онкологічні захворювання грудей і товстої кишки, а також депресії.



Глобальна мета № 4: відносне скорочення на 30% середнього споживання солі серед населення до 2025 року. Існують переконливі докази того, що надмірне споживання солі є однією з причин підвищеного кров'яного тиску і захворювань системи кровообігу, а зменшення споживання солі до рекомендованого рівня (менше 5 г на добу) надасть значного позитивного впливу на здоров'я населення.

Успішність боротьби з неінфекційними захворюваннями значною мірою залежить від досягнення *Глобальної мети № 5:* відносного скорочення на 30% поширеності вживання тютюну серед осіб у віці від 15 років до 2025 року. Статистичні дані свідчать, що майже 6 млн. осіб помирають щороку в результаті безпосереднього вживання тютюну і пасивного паління. До 2030 р прогнозується зростання їх кількості до 7,5 млн, що становить 10% всіх випадків смерті. Куріння є причиною майже 71% випадків раку легень, 42% хронічних захворювань дихальних шляхів і приблизно 10% захворювань системи кровообігу. В Україні, за даними глобального опитування дорослого населення щодо споживання тютюну в 2010 р, палили 28,8% населення у віці старше 15 років. Серед чоловіків частка тих, які курять була вищою (50,0%), ніж серед жінок (11,2%). При цьому, 45,4% чоловіків і 8,9% жінок палили щодня. Куріння обумовлює 14,8% тягара хвороб і 12,8% втрачених років здорового життя.

Скорочення до 2025 р. на 25% поширеності випадків підвищеного кров'яного тиску або стримування поширеності випадків підвищення кров'яного тиску відповідно до національних умов, є *Глобальною метою № 6.* У 40% дорослого населення планети діагностується гіпертонія. Загальносвітовий показник поширеності підвищення кров'яного тиску понад 140/90 мм рт. ст. серед населення у віці 18 років та старше сягнув 22%. Артеріальний тиск обумовлює розвиток й ускладнення більшості захворювань системи кровообігу і є причиною 9,4 млн. випадків смерті, що становить 12,8% загальної кількості.

Глобальною метою № 7 є зупинка зростання випадків цукрового діабету й ожиріння до 2025 р. На основі існуючого досвіду і науково наведених даних ВООЗ визначила ряд вискоєфективних стратегій і заходів з профілактики неінфекційних захворювань, які можна успішно реалізувати навіть в умовах обмежених ресурсів. Зупинити наступ епідемії можливо за умови виконання трьох компонентів національних програм, а саме: *епіднагляду, профілактики та надання медичної допомоги.* Ці дії включають комплексний підхід, участь багатьох сторін, епіднагляд і моніторинг, вигідні капіталовкладення, зміцнення систем охорони здо-



ров'я, забезпечення сталого розвитку, посилення ролі громадянського суспільства.

Важливе значення має така організація епіднадзора, за якої здійснюється моніторинг за видами впливу (чинниками ризику та детермінантами), результатами (захворюваністю та смертністю) і відповідними заходами системи охорони здоров'я (практичними заходами та потенціалом). Стійкі системи епіднадзора за неінфекційними захворюваннями мають бути інтегрованими в національні системи медико-санітарної інформації і мати адекватні ресурси. Тому *Глобальною метою № 8* є забезпечення до 2025 р, хоча б 50% людей, яким це необхідно, медикаментозною терапією і консультуванням, включаючи глікемічний контроль, для попередження інфаркту та інсульту.

Глобальна мета № 9 передбачає досягнення до 2025 р, як в приватних, так і в державних закладах охорони здоров'я, 80% рівня наявності базових технологій та основних лікарських засобів, включаючи препарати-генерики, необхідні для лікування основних неінфекційних захворювань.

Отже, захворювання даної групи мають не лише медичне, але й соціальне значення, є загрозою для значної кількості осіб, і хворі потребують соціального захисту. Поняття «соціально значущі захворювання» включає ряд захворювань, що несуть найбільшу загрозу благополуччю населення країни.

ТЕМА 19. МІЖНАРОДНА СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБ І ПРОБЛЕМ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ

19.1. Сутність і значення міжнародної класифікації хвороб

Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (англ. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) — документ, який використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в охороні здоров'я. Періодично (раз на десять років) Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) переглядає цей документ. Міжнародна класифікація хвороб є нормативним документом, що забезпечує єдність методичних підходів і міжнародне порівняння матеріалів.

Класифікацію хвороб можна визначити як систему рубрик, до яких включено конкретні нозологічні одиниці відповідно до прийнятих крите-



ріїв. Метою міжнародної класифікації хвороб є створення умов для систематизованої реєстрації, аналізу, інтерпретації і порівняння даних про смертність і захворюваність, отриманих в різних країнах або регіонах і в різний час. Міжнародна класифікація хвороб використовується для перетворення словесного формулювання діагнозів хвороб і інших проблем, пов'язаних зі здоров'ям, на алфавітно-цифрові коди, які забезпечують зручність зберігання, вилучення та аналізу даних.

Дана класифікація хвороб стала міжнародною стандартною діагностичною класифікацією для всіх загальних епідеміологічних цілей і багатьох цілей, пов'язаних з управлінням охороною здоров'я. Вони включають аналіз загальної ситуації зі здоров'ям груп населення, а також моніторинг частоти і поширеності хвороб та інших проблем, пов'язаних зі здоров'ям, в їх взаємозв'язку з різними чинниками, такими як деякі особливості або обставини, що впливають на окремих осіб. Міжнародна класифікація хвороб не призначена і непридатна для індексації окремих клінічних випадків. Є також певні труднощі у використанні даної класифікації хвороб для вивчення фінансових питань, таких як виписка рахунків або розподіл ресурсів.

Міжнародну класифікацію хвороб можна використовувати для класифікації хвороб та інших проблем, пов'язаних зі здоров'ям, зареєстрованих в різних типах документації, пов'язаної зі здоров'ям і природним рухом населення. Спочатку вона використовувалась для класифікації причин смерті, зазначених у свідоцтві про смерть. Пізніше її рамки були розширені, щоб включити діагнози для статистики захворюваності. Важливо відзначити, що хоча міжнародна класифікація хвороб призначена переважно для класифікації хвороб і травм, що мають офіційний діагноз, не кожна проблема або причина звернення по медичну допомогу може бути позначена за допомогою офіційного діагнозу. Тому міжнародна класифікація хвороб передбачає можливість обробки даних про широкий спектр ознак, симптомів, відхилень, виявлених в процесі досліджень, скарг, соціальних обставин, які можуть зазначатися замість діагнозу в медичній документації. Завдяки цьому міжнародна класифікація хвороб може бути використана для класифікації даних, внесених в графи «діагноз»/«причина госпіталізації», «стану, з приводу яких проводилося лікування», «причина звернення по медичну допомогу», які є в різноманітних медичних документах, звідки беруться статистичні дані та інші види інформації про здоров'я.



Нині діє Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем пов'язаних зі здоров'ям Десятого (МКХ-Х, ICD-10) та Одинадцятого (МКХ-ХІ, ICD-11) переглядів.

19.2. Історія виникнення і формування «Міжнародної статистичної класифікації хвороб»

Важливе значення для якісної оцінки здоров'я населення з використанням показників захворюваності населення має «Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям». Це обумовлено тим, що неодмінною умовою при вивченні захворюваності населення є стандартизація підходів лікарів різних країн світу до визначення і формулювання діагнозів захворювань, їх кодування, яка дає змогу порівнювати захворюваність у часі та в різних регіонах світу. Як відомо, існує близько 5 000 діагностичних термінів, які застосовуються лікарями в практичній діяльності. Звісно, що статистична розробка даних про захворюваність неможлива без раціонально побудованого групування, тобто класифікації та номенклатури захворювань. У зв'язку з цим ще в середині XVIII століття анатом *Джованні Батіста Моргані (1681–1771)* в книзі «Про місце розташування і причини хвороби, що відкриваються анатомом» (1761) запропонував першу класифікацію хвороб, в якій було виділено 5 класів. Д. Моргані сформував її за ознакою локалізації захворювань.

Пізніше *Франсуа Босье де Лакруа (Francois Bossier de Lacroix, 1706–1767)*, більш відомий під ім'ям Соваж зробив спробу систематизувати захворювання. Робота Соважа вийшла під назвою «Методика нозології» (*Nosologia Methodica*).

Століттям раніше Джон Граунт намагався визначити частку живонароджених дітей, померлих у віці до 6 років, не маючи відомостей про вік дітей в момент смерті. Він відібрав всі випадки смерті: від судом, рахіту, хвороб зубів і глистових інвазій, від недоношеності, смерть протягом першого місяця життя, смерть немовлят, смерть від збільшення печінки, від задухи уві сні і додав до них половину випадків смертей, причиною яких були віспа, «свиняча віспа», кір та глистяні інвазії, що не супроводжувалися судомами. Незважаючи на недосконалість методики, Граунт отримав досить об'єктивний результат: за його підрахунками, частка дітей померлих у віці до 6 років становила 36%.

У XIX столітті статистик Управління реєстрації актів цивільного стану Англії і Уельсу *Вільям Фарр (1807–1883)* піддав обговоренню принципи,



якими слід керуватися при складанні статистичної класифікації хвороб, і наполягав на прийнятті єдиної класифікації. Перший Міжнародний статистичний конгрес, який відбувся в Брюсселі в 1853 р, звернувся до лікарів В. Фарра і Марка Д'Еспіна з Женеви з проханням підготувати єдину класифікацію причин смерті, яка застосовується на міжнародному рівні. На другому Конгресі, що проходив в Парижі (1855), Фарр і Д'Еспін надали два окремі списки, засновані на абсолютно різних принципах. Класифікація Фарра мала п'ять груп: епідемічні хвороби, органічні (системні) хвороби, хвороби, що поділялися за анатомічною локалізацією, хвороби розвитку і хвороби, що є прямим наслідком насильства. Д'Еспін згрупував хвороби за характером їх проявів (подагричні, герпетичні, гематичні). Конгрес ухвалив компромісний список, що включав 139 рубрик. У 1864 році цю класифікацію було переглянуто в Парижі на основі моделі, запропонованої В. Фарром. Наступні перегляди відбулися в 1874, 1880 і 1886 рр.

Друга класифікація хвороб була запропонована в 1893 році батьком і сином Бертільонами і прийнята Міжнародним статистичним інститутом. В основу її були покладені принципи формування хвороб за локалізацією та етіологією. Друга класифікація мала 14 класів і 161 рубрику. У 1891 р. Міжнародний статистичний інститут доручив комітету під головуванням Жака Бертільона (1851–1922), начальника відділу статистики Парижа, підготовку класифікації причин смерті. Ж. Бертільон представив звіт цього комітету Міжнародного статистичного інституту, який і було прийнято на сесії, що відбулася в 1893 р. в Чикаго. Класифікація, підготовлена Ж. Бертільоном, ґрунтувалася на класифікації причин смерті, яка використовувалася в Парижі і яка після її перегляду в 1885 р. представляла собою синтез англійського, німецького та швейцарського варіантів. Ця класифікація була заснована на принципі, прийнятому Фарром, який полягав у поділі хвороб на системні і пов'язані з певним органом або анатомічною локалізацією. Класифікація причин смерті Ж. Бертільона, отримала загальне визнання і була прийнята для використання кількома країнами і багатьма містами. У 1898 р. Американська асоціація громадської охорони здоров'я на своїй конференції в Оттаві (Канада) рекомендувала статистикам Канади, Мексики і США прийняти класифікацію Жака Бертільона. Асоціація також внесла пропозицію переглядати класифікацію кожні 10 років.

Сучасний варіант класифікації хвороб був затверджений у 1900 р. на Міжнародній статистичній конференції у Франції (Парижі), в якій брало участь понад 26 представників різних країн. Надалі міжнародні класифікації приблизно кожні 10 років переглядаються і доповнюються. За цей



час статистична таблиця кілька разів змінювала назву: перша назва «Міжнародна номенклатура і класифікації захворювань» (1900). У 1948 році до класифікації було включено не тільки захворювання, але і травми, нещасні випадки, отруєння і вона була перейменована на «Міжнародну статистичну класифікацію хвороб, травм і причин смерті». Міжнародна статистична класифікація хвороб Десятого перегляду (МКХ-Х) була затверджена сорок третьою Асамблеєю ВООЗ в Женеві в 1989 році, і вступила в силу з 1 січня 1993 року. Відповідно до рішення Асамблеї вона отримала нову назву «Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям», хоча зручна абревіатура МКХ була збережена.

Міжнародна класифікація хвороб і проблем пов'язаних зі здоров'ям (МКХ) — це система угруповання хвороб і патологічних станів, що відображає сучасний етап розвитку медичної науки. До грудня 2021 року всі країни використовували МКХ-Х. *Міжнародна класифікація хвороб і проблем пов'язаних зі здоров'ям є нормативним документом, що забезпечує єдність і порівняння матеріалів про здоров'я населення, про епідеміологічну ситуацію і діяльність установ охорони здоров'я, як в межах країни, так і між країнами.*

Основними принципами побудови Міжнародної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям є спільність етіології або патогенезу захворювань та об'єднання локально-етіологічного та локально-патогенетичного принципів.

У системі охорони здоров'я України нині перехідний період з МКХ-Х на МКХ-ХІ. Як і раніше широко використовується Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям десятого перегляду, вона складається з трьох томів.

Том 1 містить основну класифікацію, вступ, співпрацюючі центри ВООЗ з класифікації хвороб, звіт Міжнародної конференції по Десятому перегляду, перелік тризначних рубрик, повний перелік тризначних рубрик і чотиризначних підрубрик і їх зміст, морфологію новоутворень, спеціальні переліки для статистичної розробки даних смертності і захворюваності, визначення, номенклатурні положення.

Том 2 містить інструкції для користувачів щодо застосування міжнародної класифікації хвороб і проблем пов'язаних зі здоров'ям. У даному томі зібрані значною мірою оновлені приписи з оформлення медичних свідчень і класифікації, які раніше містилися в Т. 1, інструктивні матеріали та рекомендації з використання Т. 1, за табульованими списками і планування використання міжнародної класифікацією хвороб і проблем пов'язаних зі здоров'ям.



заних зі здоров'ям. У цей том також включені історичні матеріали, які раніше містилися в Т. 1.

Том 3 являє собою Алфавітний показчик до класифікації. Цей том містить сам показчик, забезпечений вступом і докладною інструкцією щодо його використання.

Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10), складається з 21 класу, які поділяються на блоки, рубрики і підрубрики.

Першим знаком коду в МКХ є літера. Кожна літера відповідає певному класу, за винятком літери D, яка використовується в класі II «Новоутворення» і в класі III «Хвороби крові та кровотворних органів і певні порушення із залученням імунного механізму», і літери H, яка використовується в класі VII «Хвороби ока та додаткового апарату» і в класі VIII «Хвороби вуха та соскоподібного відростка». Чотири класи (класи I, II, XIX і XX) використовують більше однієї літери в першому знаку своїх кодів.

Кожен клас містить достатню кількість тризначних рубрик, щоб охопити весь включений до нього матеріал. При цьому використані не всі наявні в розпорядженні коди, що дає можливість для майбутніх переглядів і більшої деталізації.

Класи I-XVII відносяться до захворювань і інших патологічних станів, клас XIX — до травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників. Решта класів охоплюють ряд сучасних понять, що стосуються діагностичних даних. Клас XVIII охоплює «Симптоми, ознаки та відхилення від норми, виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, які не класифіковані в інших рубриках». Клас XX «Зовнішні причини захворюваності та смертності» традиційно використовувався для класифікації зовнішніх причин травм і отруєнь, але, починаючи з Дев'ятого перегляду, він також призначається для реєстрації будь-яких зовнішніх причин хвороб і інших патологічних станів. Клас XXI «Фактори, що впливають на стан здоров'я і звернення до закладів охорони здоров'я» призначений для класифікації даних, що пояснюють причину звернення до закладу охорони здоров'я людини, яка не є хворою в даний час, або обставин, через які пацієнт отримує медичну допомогу саме в той час, або ж має якесь інше відношення до допомоги, яку він отримує.

Класи поділяються на однорідні «блоки» тризначних рубрик.

У Класі I назви блоків відображають дві осі класифікації — спосіб передачі інфекції і широку групу патогенних мікроорганізмів. У Класі II першою віссю є характер новоутворень: в межах угруповання за характером



новоутворень віссю для формування підгруп в основному є локалізація, хоча кілька тризначних рубрик призначені для важливих морфологічних типів новоутворень (наприклад, лейкози, лімфоми, меланоми, мезотеліоми, саркома Капоші). Діапазон рубрик надається в дужках після кожної назви блоку.

В рамках кожного блоку деякі з тризначних рубрик призначені тільки для однієї хвороби, відібраної внаслідок її частоти, тяжкості, сприйнятливості до дій служб охорони здоров'я, інші ж тризначні рубрики призначені для груп хвороб з деякими загальними характеристиками. У блоці зазвичай є рубрики для «інших» станів, що дає можливість класифікувати велику кількість станів, які рідко зустрічаються, а також «неуточнені» стани.

Хоча це і не є обов'язковим для представлення даних на міжнародному рівні, більшість тризначних рубрик поділено за допомогою четвертого цифрового знаку після десяткового дробу з метою використання ще до 10 підрубрик. Якщо тризначна рубрика не розділена, рекомендується використовувати букву «X» для заповнення місця четвертого знаку, щоб коди мали стандартний розмір для статистичної обробки даних.

Чотиризначні підрубрики використовують будь-яким зручним способом, визначаючи, наприклад, різні локалізації або різновиди однієї хвороби, якщо тризначна рубрика призначена тільки для однієї хвороби, або ж окремі хвороби, якщо тризначна рубрика призначена для групи хвороб.

Четвертий знак «.8» зазвичай використовується для позначення «інших» станів, що відносяться до даної тризначної рубрики, а знак «.9» найчастіше використовується, щоб визначити те ж поняття, що і назва тризначної рубрики, без додавання будь-якої додаткової інформації.

Коли однакові четверті знаки використовуються при градації декількох тризначних рубрик, смислові значення цих четвертих знаків вказуються тільки один раз, перед початком переліку рубрик. У кожній такій рубриці дається примітка, що вказує, де містяться більш детальні відомості, наприклад, рубрики O03-O06 для різних типів абортів мають загальний четвертий знак, що відображає ускладнення (див. Т. 1, ч. 2, с. 51).

П'ятий і наступні рівні коду зазвичай означають субкласифікацію за різними осями стосовно чотиризначного коду. Вони містяться в:

- Класі XIII — підрубрики за анатомічною локалізацією;
- Класі XIX — підрубрики для позначення відкритих і закритих переломів, а також внутрішньочерепних, внутрішньогрудних і внутрішньочеревних ушкоджень з відкритою ранною та без неї;



– Класі ХХ — підрубрики для позначення видів діяльності в момент дії. Коди U00-U49 слід використовувати для тимчасового позначення нових хвороб неясної етіології. Коди U50-U99 можуть бути використані в дослідницьких цілях, наприклад для апробації альтернативної підкласифікації в рамках спеціального проєкту.

Міжнародна класифікація хвороб (МКХ) є світовою стандартною методикою для збору даних про смертність і захворюваність. Вона дозволяє організувати і кодувати медико-санітарну інформацію, яка використана для статистики і епідеміології, управління охороною здоров'я, асигнування ресурсів, моніторингу та оцінки, наукових досліджень, первинної медико-санітарної допомоги, профілактики та лікування. Вона допомагає отримати уявлення про загальну ситуацію в сфері здоров'я в країнах і групах населення.

19.3. Формування «Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям» (МКХ-XI)

З січня 2022 року року після погодження з усіма країнами Всесвітньої організації охорони здоров'я набула чинності одинадцята редакція Міжнародної класифікації хвороб. Її видання містить найбільш повний і систематизований перелік відомих та визнаних доказовою медициною хвороб і станів, якими користуються медичні працівники, страхові компанії, а також застосовують в усьому світі в системі охорони здоров'я для прийняття відповідних рішень.

Розробка Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-XI) тривала понад десять років. До її укладання було залучено безпрецедентну кількість працівників охорони здоров'я, які брали участь у спільних нарадах і висували свої пропозиції. У ній взяли участь понад 300 фахівців з 55 країн, які розглянули 10 тис. додаткових пропозицій з усього світу. МКХ-XI — науково обґрунтована розробка, що відображає сучасне здоров'я і медичну практику та є значним кроком уперед порівнюючи з більш ранніми редакціями. Вона вперше вийшла в електронному вигляді і має зручний для користування формат, забезпечуючи доступ до 17 тис. діагностичних категорій із понад 100 тис. термінів медичного діагностичного вказівника. Алгоритм пошуку з урахуванням індексу інтерпретує понад 1,6 млн термінів. Важливо згадати, що МКХ-XI призначена для встановлення діагнозів.

Ключовим принципом цього перегляду стало спрощення структури кодів і електронного інструментарію: тобто фахівці охорони здоров'я зможуть легше і вичерпніше реєструвати різні хвороби.



У новому виданні вперше ігрову залежність — gaming disorder — класифіковано як психічний розлад. Цей розлад характеризують як поведінкову залежність від азартних ігор — онлайн і оффлайн. Фахівці зможуть його діагностувати, якщо буде виявлено порушення в особистій, сімейній, соціальній поведінці, які спостерігаються щонайменше впродовж 12 місяців.

Зокрема, у МКХ-ХІ цілий розділ присвячено сексуальному здоров'ю. Це також нововведення. Також змінено підходи до класифікації інсульту: тепер це захворювання мозку, а не системи кровообігу. Уточнено специфічні симптоми для діагностування посттравматичного стресового розладу. Введено спеціальні коди щодо антибіотикорезистентності, що допоможе точніше визначати ефективність ліків. Антибіотикорезистентність нині є серйозною проблемою, яку, на думку експертів, потрібно контролювати державі, лікарям та пацієнтам.

На відміну від МКХ-10, яка містить 21 клас, МКХ-11 складається з 26 класів (Табл. 19.1).

Таблиця 19.1

**Міжнародна статистична
класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-ХІ)**

Клас I	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби
Клас II	Новоутворення
Клас III	Хвороби системи крові або кровотворних органів
Клас IV	Хвороби імунної системи
Клас V	Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин
Клас VI	Психічні, поведінкові розлади та розлади нейропсихічного розвитку
Клас VII	Розлади циклу сон-неспаня
Клас VIII	Хвороби нервової системи
Клас IX	Хвороби зорової системи
Клас X	Хвороби вуха та соскоподібного відростка
Клас XI	Хвороби системи кровообігу
Клас XII	Хвороби органів дихання
Клас XIII	Хвороби органів травлення



Клас XIV	Хвороби шкіри
Клас XV	Хвороби опорно-рухового апарата та сполучної тканини
Клас XVI	Хвороби сечостатевої системи
Клас XVII	Стани, пов'язані з сексуальним здоров'ям
Клас XVIII	Вагітність, пологи і післяпологовий період
Клас XIX	Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді
Клас XX	Аномалії розвитку
Клас XXI	Симптоми, ознаки або клінічні дані не класифіковані в інших рубриках
Клас XXII	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин
Клас XXIII	Зовнішні причини захворюваності та смертності
Клас XXIV	Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я
Клас XXV	Коди для особливих цілей
Клас XXVI	Додатковий клас патологічних станів у системі традиційної медицини

МКХ-ХІ має явний спосіб маркування кодів, які посткоординовані для опису одного стану, що називається кластерним кодуванням. Це нова функція МКХ-ХІ, яка дає змогу у разі потреби пов'язувати основні діагностичні поняття (тобто поняття основного коду) і/або додавати клінічні поняття, відображені в додаткових кодах, до основних понять основного коду. Здатність до кластеризації, властива МКХ-ХІ, є однією із суттєвих змін порівняно з МКХ-10. І ВООЗ наголошує, що, можливо, у версії МКХ-ХІІ немає необхідності, оскільки МКХ-11 є всеохопною і легко розширюється.

19.4. Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (ICPC-2)

Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (ICPC) — це найбільш поширена класифікація, яка використовується на первинній ланці в багатьох країнах світу. Головний принцип системи — розуміння того, що в первинній медичній допомозі важливим є не тільки погляд лі-



каря на проблему пацієнта (діагноз) але і причина звернення пацієнта за медичною допомогою, тому в ІСРС-2 можна кодувати причину звернення пацієнта.

Класифікація розроблена лікарями первинної медичної допомоги, тому вона максимально відображає зміст їх роботи. Всі коди ІСРС-2 вміщуються всього на двох сторінках аркуша формату А4.

ІСРС-2 має близько 1 300 кодів, які описують найбільш часті (більше ніж 1 випадок на 1 000 пацієнтів на рік) проблеми. Рівень деталізації цих проблем є відповідним для первинної медичної допомоги. Окрім того, можна налаштувати ІСРС-2 відповідно до місцевих епідеміологічних потреб.

Базовим поняттям в ІСРС-2 є епізод медичної допомоги — взаємодія пацієнта з медичним закладом від першого звернення (візиту) до медичного працівника до останнього візиту (включно) з цією ж проблемою. Це дозволяє ефективно групувати медичну інформацію, коли дані різних окремих візитів «нанизуються» на один епізод медичної допомоги. Наприклад, пацієнт з хронічними захворюваннями часто звертається до закладів первинної медичної допомоги і нерідко під час одного візиту вказує декілька різних проблем. ІСРС-2 дозволяє лікарю структурувати медичні записи про пацієнта в розрізі його окремих хронічних захворювань. Це в результаті покращить якість медичної допомоги і дозволить оптимально розпланувати ресурси первинної медичної допомоги відповідно до потреб пацієнтів.

Для кожного візиту пацієнта ІСРС-2 дозволяє кодувати три складові: причину звернення пацієнта до лікаря (найчастіше це певні скарги, консультації або оцінка результатів аналізів); діагноз (як бачить проблему сімейний лікар) та дії (що необхідно зробити в конкретній ситуації — лікування, направлення на додаткові методи обстеження або на вторинну ланку).

За допомогою ІСРС-2 можна кодувати скарги, симптоми та синдроми, коли неможливо встановити точний діагноз. Також ця класифікація використовується для обробки медичних записів в електронному вигляді, що робить простішим і точнішим ведення всієї медичної статистики. Навіть при паперовому використанні ІСРС-2 дозволяє спростити ведення медичних записів.

Зручність у використанні, постійне удосконалення і максимальна відповідність змісту діяльності первинної медичної допомоги зробили ІСРС-2 ефективним інструментом для збирання та аналізу даних як для потреб клінічного управління первинної медичної допомоги, так і для статистичних потреб.



РОЗДІЛ 6

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ІНВАЛІДНОСТІ ТА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ НАСЕЛЕННЯ

ТЕМА 20. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ІНВАЛІДНОСТІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

20.1. Інвалідність як статистичне поняття

Інвалідність серед населення є однією з найважливіших медико-соціальних проблем у світі. Показники інвалідності є відображенням як рівня здоров'я і якості лікувально-профілактичних заходів, так і стану соціального захисту людини з дефектом здоров'я.

Відповідно до статті 1 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» *інвалідність (Invalidity)* — міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав на рівні з іншими громадянами та забезпечити їй соціальний захист.

Поняття «інвалідність» має медичний, юридичний та соціальний аспекти. За встановленням інвалідності наступним кроком є припинення роботи або зміна умов і характеру праці та призначення різних видів державного соціального забезпечення (пенсія, працевлаштування, професійне навчання, протезування та ін.).

Інвалідність як статистичне поняття — це сукупність показників, що характеризують частоту і структуру стійкої втрати працездатності населення, що проживає на певній території.

За даними ЮНЕСКО число осіб з інвалідністю на планеті складає близько 15% населення земної кулі. У 1982 році Генеральна асамблея ООН прийняла Всесвітню програму дій щодо осіб з інвалідністю, яка ставить за мету сприяння ефективним заходам попередження інвалідності, відновлення працездатності та реалізації цілей рівності і повної участі осіб з інвалідністю у соціальному житті суспільства.



В Україні — більше 2,8 млн населення мають статус особи з інвалідністю. Це складає 6,1% від загальної чисельності населення. На жаль, кількість таких осіб в нашій державі щорічно зростає. Майже 80% людей з інвалідністю в Україні — люди працездатного віку.

У 1992 році Генеральна Асамблея ООН в спеціальній резолюції проголосила 3 грудня Міжнародним днем осіб з інвалідністю. Цей день відзначається з метою інтеграції таких осіб в життя суспільства. Інвалідність як соціальне явище притаманна кожній державі. На сьогодні рівень інвалідизації жителів планети становить понад мільярд людей.

Медико-соціальне значення інвалідності полягає в тому, що вона є критерієм для оцінки суспільного здоров'я та працездатності населення; впливає на показники смертності (які серед осіб з інвалідністю в 1,5–2 рази вищі), тривалості та якості життя; спостерігається омолодження інвалідності; припинення праці при встановленні інвалідності в працездатному віці завдає серйозного економічного збитку державі; держава витрачає значні кошти на різні види соціального забезпечення осіб з інвалідністю та проведення заходів щодо соціального захисту; відображає ступінь соціального захисту (чим краще обсяг соціальної допомоги людям з інвалідністю, тим ширше коло одержувачів соціальних виплат).

До причин, що сприяють росту інвалідності слід віднести: погіршення екологічної ситуації в більшості країн світу; зміни у віковій структурі населення в бік його постаріння; несприятливі умови праці на підприємствах, в галузях, по регіонах; зміна типу патології, а саме, зростання кількості хронічних неінфекційних захворювань; зростання побутового і транспортного травматизму; зміна способу життя людей.

Слід пам'ятати, що визначення такого терміну як «інвалід» вже не існує. На сьогодні єдиним коректним терміном є «особа з інвалідністю». У грудні 2017 року депутати Верховної Ради підтримали законопроект «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо застосування терміну «особа з інвалідністю» та похідних від нього», а у січні 2018 року було підписано закон щодо виключення з українського законодавства та вжитку терміну «інвалід». Саме визначення «особа з інвалідністю» підкреслює, що на першому місці стоїть людина, а її інвалідність — це другорядний фактор, який не має впливати на сприйняття.

Особа з інвалідністю (Disabled person) — особа, яка у зв'язку з обмеженням життєдіяльності внаслідок наявності фізичних чи розумових недоліків потребує соціальної допомоги і захисту (згідно Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні»). Інвалідність



встановлюється за критеріями обмеження життєдіяльності і визначається як у дорослих, так і у дітей.

Обмеження життєдіяльності — неможливість виконувати повсякденну діяльність в обсязі, звичайному для людини. Вона виражається в повній або частковій втраті здатності або можливості здійснювати самообслуговування, навчання, пересування, орієнтацію, спілкування, контроль за своєю поведінкою, а також займатися трудовою діяльністю. *Визначають 3 ступеня обмеження життєдіяльності*: різкий, значний та виражений, залежно від них і встановлюється група інвалідності (I, II, III групи відповідно).

Соціальна недостатність — нездатність людини виконувати звичайну для її становища роль в житті (з урахуванням віку, статі, місця проживання, освіти та ін.), спричинена порушенням функції організму й обмеженням життєдіяльності. Виражається в нездатності людини до самостійного проживання, неспроможності підтримувати соціальні зв'язки і забезпечувати власну економічну самостійність, неможливості виконувати дії або завдання, властиві людині, включаючи професійну діяльність. Соціальна недостатність (дезадаптація) потребує соціального захисту особи і є підставою для визначення інвалідності.

Людині, яка втратила працездатність на тривалий час, встановлюється група інвалідності. Медико-соціальні експертні комісії (МСЕК) встановлюють причини і визначають групи інвалідності.

20.2. Групи інвалідності та критерії їх встановлення

В процесі визначення групи інвалідності беруть до уваги певні показники, зокрема, наскільки порушені функції органів і систем організму людини та обмежена її життєдіяльність. Відповідне рішення ухвалює Медико-соціальна експертна комісія (МСЕК).

Група інвалідності (Disability group) — це ступінь стійкого розладу функцій організму, зумовленого захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, та можливого обмеження життєдіяльності при взаємодії із зовнішнім середовищем внаслідок втрати здоров'я. Залежно від ступеня розладу функцій органів і систем організму та обмеження її життєдіяльності, розрізняють три групи інвалідності.

Критеріями встановлення I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи. За наявності III ступеня особа: нездатна самостійно себе обслугову-



вати або повністю залежить від інших осіб; нездатна пересуватись; нездатна до орієнтації (дезорієнтована); нездатна до спілкування; неспроможна контролювати свою поведінку; має значні обмеження щодо здатності до навчання; не може виконувати окремі види трудової діяльності.

Перша група А. До підгрупи А I групи інвалідності належать особи з виключно високим рівнем втрати здоров'я, що призводить до виникнення потреби в постійному сторонньому догляді чи допомозі інших осіб та фактичну нездатність до самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи А I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє повну нездатність до самообслуговування та повну залежність від інших осіб (необхідність постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги).

Перша група Б. До підгрупи Б I групи інвалідності належать особи з високим рівнем втрати здоров'я, що призводить до значної залежності від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій та часткової нездатності до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи Б I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє втрату можливості самостійного задоволення більшості життєво необхідних фізіологічних та побутових потреб без технічних засобів і відповідного облаштування житла.

Особи з інвалідністю I групи із значно вираженим обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та проводити різні види трудової діяльності за умови їх забезпечення засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів, створення за необхідності спеціальних умов праці, у тому числі вдома.

Друга група встановлюється особам, які мають значні функціональні порушення і практично повну непрацездатність, але не потребують сторонньої допомоги, нагляду, тобто здатні обслуговувати себе самостійно.

Критеріями встановлення II групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження у вираженому II ступені однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи:

- обмеження самообслуговування II ступеня — здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;
- обмеження здатності до самостійного пересування II ступеня — здатність до самостійного пересування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;



- обмеження здатності до навчання II ступеня — нездатність до навчання або здатність до навчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами вдома;
- обмеження здатності до трудової діяльності II ступеня — нездатність до провадження окремих видів трудової діяльності чи здатність до трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів і/або спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;
- обмеження здатності до орієнтації II ступеня — здатність до орієнтації в часі і просторі за допомогою інших осіб;
- обмеження здатності до спілкування II ступеня — здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;
- обмеження здатності контролювати свою поведінку II ступеня — здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб.

Особи з інвалідністю II групи з вираженим обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та провадити різні види трудової діяльності, зокрема шляхом створення відповідних умов праці із забезпеченням засобами компенсації фізичних дефектів чи порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів.

Третя група. Встановлення третьої групи інвалідності передбачає можливість продовження трудової діяльності. Вона стосується осіб з обмеженою працездатністю та неможливістю виконувати свою роботу в повному обсязі або за своєю спеціальністю.

Критеріями для встановлення III групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності за помірно вираженого I ступеня

- обмеження самообслуговування I ступеня — здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;
- обмеження здатності самостійно пересуватися I ступеня — здатність до самостійного пересування з більшим витрачанням часу, часткового пересування та скорочення відстані;
- обмеження здатності до навчання I ступеня — здатність до навчання в навчальних закладах загального типу за умови дотримання спеціального режиму навчального процесу і/або з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, що навчає);
- обмеження здатності до трудової діяльності I ступеня — часткова втрата можливостей до повноцінної трудової діяльності (втрата професії,



значне обмеження кваліфікації або зменшення обсягу професійної трудової діяльності більше ніж на 25 %, значне утруднення в набутті професії чи працевлаштуванні осіб, які раніше ніколи не працювали та не мають професії);

- обмеження здатності до орієнтації I ступеня — здатність до орієнтації в часі, просторі за умови використання допоміжних засобів;
- обмеження здатності до спілкування I ступеня — здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу за-своєння, отримання та передавання інформації;
- обмеження здатності контролювати свою поведінку I ступеня — здатність частково контролювати свою поведінку за особливих умов.

Особи з інвалідністю III групи з помірним обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та провадити різні види трудової діяльності за умови забезпечення у разі потреби засобами компенсації фізичних дефектів чи порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів.

20.3. Види інвалідності

Основними причинами інвалідності в Україні являються: хвороби системи кровообігу (перше місце), злоякісні новоутворення (друге місце) і травми (третє місце). Вони повторюють структуру загальної смертності населення. Залежно від причини, яка призвела до інвалідності, розрізняють наступні її види: інвалідність внаслідок загального захворювання; інвалідність з дитинства; нещасний випадок на виробництві (трудова каліцтво чи інше ушкодження здоров'я); професійне захворювання пов'язане з трудовою діяльністю; поранення, контузії, каліцтва та інші захворювання.

Найбільш частим видом інвалідності є інвалідність від загального захворювання. До цього виду інвалідності належать всі випадки, що не відносяться до нижчезазначених видів.

Інвалідність з дитинства встановлюється підліткам до 18 років, якщо захворювання, яке призвело до інвалідності, виникло до цього віку і до початку роботи за наймом. Найбільш частою причиною інвалідності з дитинства є вроджені дефекти розвитку і травми. Причинний зв'язок інвалідності з хворобами, перенесеними в дитинстві, встановлюється за наявності документів закладів охорони здоров'я, які свідчать про початок захворювання або перенесену травму до 18-річного віку (для тих, хто вчиться — після 18-річного віку).



Інвалідність внаслідок нещасного випадку на виробництві (трудова каліцтво чи інше ушкодження здоров'я) визначається на підставі акту про нещасний випадок складеного за місцем роботи або за рішенням суду про факт травмування на виробництві. Інвалідність внаслідок трудового каліцтва може бути результатом травми, отриманої безпосередньо на робочому місці; поза місцем роботи при виконанні виробничого завдання або під час відрядження при виконанні виробничого завдання; по дорозі на роботу або з роботи; в разі виконання державних або громадських обов'язків; в разі виконання дій щодо порятунку людського життя, охорони правопорядку.

Причиною інвалідності внаслідок професійного захворювання пов'язаного з трудовою діяльністю є:

- захворювання, яке виникло під впливом несприятливих факторів, властивих даній професії, або несприятливих умов праці;
- захворювання, перебіг якого ускладнився під впливом професійного чинника.

Віднесення захворювання до професійного проводять відповідно до списку професійних захворювань, затвердженого МОЗ та Міністерства праці.

Перелік установ, які мають право встановлювати остаточний діагноз професійних захворювань, переглядається кожні 5 років і затверджується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Інвалідність внаслідок поранення, контузії, каліцтва та інші захворювання у колишніх військовослужбовців визначається за наявності причинного зв'язку зі службою в армії в наступних випадках: під час військової служби; не пізніше трьох місяців після звільнення з військової служби; пізніше трьох місяців після демобілізації, але внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, яке мало місце під час військової служби.

Дія спеціальної МСЕК щодо встановлення причинного зв'язку захворювань, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, регламентується наказом центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я та Міністерством з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи від 30.05.97 р. № 166/129. У наказі затверджено положення про систему експертизи зі встановлення причин-



ного зв'язку хвороб, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. Розгляд медичних справ експертними комісіями проводиться при особистому зверненні та за направленням спеціалізованого лікувально-профілактичного закладу за наявності посвідчення постраждалого внаслідок Чорнобильської катастрофи.

20.4. Порядок встановлення інвалідності

Особи, за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я, після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності, з метою встановлення інвалідності, мають право звернутися до медико-соціальної експертної комісії за місцем їх проживання або лікування.

Медико-соціальна експертна комісія (МСЕК) — спеціальний заклад в системі охорони здоров'я, що проводить медико-соціальну експертизу особам, які звертаються для встановлення інвалідності, за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності. Огляд осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, проводиться згідно «Положення про медико-соціальну експертизу», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 року № 1317.

Медико-соціальні експертні комісії визначають: групу інвалідності, її причину і час настання; види трудової діяльності, рекомендовані особі з інвалідністю за станом здоров'я; причинний зв'язок інвалідності з захворюванням чи каліцтвом, що виникли у дитинстві, вродженою вадою; ступінь втрати професійної працездатності потерпілим від нещасного випадку на виробництві чи професійного захворювання; ступінь втрати здоров'я, групу інвалідності, причину, зв'язок і час настання інвалідності громадян, які постраждали внаслідок політичних репресій або Чорнобильської катастрофи; медичні показання на право одержання особою з інвалідністю спеціального автомобільного транспорту і протипоказання до керування ним.



20.5. Показники інвалідності

Інвалідність є одним з найважливіших показників здоров'я і соціального захисту населення. Рівень інвалідності в кожній державі визначається політичними, економічними і соціальними факторами.

До найважливіших показників, які характеризують інвалідність, відносять наступні: загальна інвалідність; інвалідизація (первинна інвалідність). Показники інвалідності виявляються шляхом реєстрації даних медико-соціальної експертизи.

Показник загальної інвалідності розраховують за формулою:

$$ZI = \frac{\text{Кількість осіб, які отримують пенсію з інвалідності}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \times 1\,000 \quad (20.1)$$

Показник інвалідизації (первинної інвалідності) розраховують за формулою:

$$PI = \frac{\text{Кількість усіх нових випадків виходу на інвалідність}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \times 1\,000 \quad (20.2)$$

Детальну інформацію про склад осіб, які отримують пенсію з інвалідності на даній території, можна отримати з щорічних звітів районних (міських) відділів соціального забезпечення. Дані про кількість осіб, вперше визнаних інвалідами залежно від причини, отримують з щорічних звітів МСЕК.

Визначають ступінь і тривалість стійкої втрати працездатності медико-соціальні експертні комісії (МСЕК) у закладах охорони здоров'я.

Захворювання, які обумовлюють основні причини інвалідності. Найпоширенішими хворобами, які призводять до інвалідності, є хвороби системи кровообігу (24,4%), новоутворення (20%), хвороби кістково-м'язової системи (11,1%), хвороби очей (3,7%), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (4,2%).

Первинна інвалідність всіх категорій населення обумовлена на: 75,6% інвалідністю від загального захворювання; 9,6% інвалідністю військово-службовців; 7,1% інвалідністю з дитинства; 4,1% інвалідністю від трудового каліцтва та професійного захворювання; 3,6% інвалідністю внаслідок аварії на ЧАЕС.



Первинна інвалідність серед дорослих старше 15 років становить 60,2 випадків, а серед працездатних — 56,2 випадків на 10 000 населення.

За інформацією Українського державного Науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності, вплив наслідків аварії на ЧАЕС — найбільш суттєвий фактор, який зумовлює рівні інвалідності дорослого населення в окремих областях України. Найбільш високі показники первинної інвалідності зареєстровані в тих областях, які найбільше постраждали від Чорнобильської аварії: Чернігівська, Волинська, Рівненська, Житомирська, Київська. Зокрема, в Чернігівській області, вплив наслідків аварії на ЧАЕС, поєднується з демографічним фактором (найбільша частина населення старшого віку серед областей України).

У зазначених областях первинна інвалідність у зв'язку з аварією на ЧАЕС становить 7,5–14% від загального числа вперше визнаних інвалідами (в середньому по Україні — 3,6%), а при деяких захворюваннях, наприклад, при злоякісних новоутвореннях, зокрема — до 40,0%. У так званих «чорнобильських» областях відбувається зміна інвалідності ліквідаторів, що переважала в попередні роки, на масову інвалідність населення.

Розподіл вперше визнаних інвалідами по групах інвалідності дорослого населення становить: 1 група — 14,4%; 2 група — 54,1%; 3 група — 31,5%.

За віком вперше визнані особи з інвалідністю мають наступний розподіл: до 39 років — 23,2%; від 40 до 60 років чоловіки — 43,1%; і старше — 33,7%.

Останнім часом відбуваються несприятливі зміни у віковому складі людей з інвалідністю, а саме, збільшення чисельності таких осіб молодого віку.

Необхідно пам'ятати, що за останнє десятиріччя соціальна політика багатьох європейських країн стосовно осіб з інвалідністю зазнала суттєвих змін. Ставлення до цієї соціальної групи людей, як до пацієнтів, якими необхідно лише опікуватися, і які не можуть долучитися до активного суспільного життя, змінилося на ставлення до них, як до повноправних членів суспільства, що мають рівні права з іншими громадянами країни. Такий підхід сприяє більш широкому залученню людей з інвалідністю до участі у суспільному житті, реалізації їхніх прав, як громадян країни, а, отже, і покращенню якості життя даних осіб.

ТЕМА 21. ДИТЯЧА ІНВАЛІДНІСТЬ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА

Інвалідність дитячого населення є актуальною медичною, соціальною, психологічною й економічною проблемою, що має державне значення.



Дитяча інвалідність є найбільш чутливим індикатором якості життя населення, інтегруючи усі негативні сторони сучасності і побічно характеризуючи рівень розвитку усіх сфер життєдіяльності суспільства. Питання дитячої інвалідності стають усе актуальнішими в умовах стрімкого наростання проблем соціального розвитку, розтрата людського потенціалу, розбалансованості міжособових стосунків і показують необхідність пошуку рішень як медичного, так і соціального характеру, на якісно новому рівні.

За даними експертів ВООЗ кількість дітей у віці до 16 років з обмеженням життєвих і соціальних функцій становить близько 10% населення земної кулі, тобто більше 120 млн, в Україні більше 167 тис. (2% від усього дитячого населення).

Дитина з інвалідністю — особа віком до 18 років (повноліття) зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, якій у порядку, визначеному законодавством, встановлено інвалідність. Щодо визнання дитини віком до 18 років дитиною з інвалідністю, є відповідний медичний висновок за формою № 080/о «Медичний висновок про дитину з інвалідністю до 18 років», затвердженою Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04 грудня 2001 року № 482 «Про затвердження порядку видачі медичного висновку про дитину з інвалідністю віком до 18 років».

Рівень інвалідності поряд з показниками дитячої смертності, захворюваності, фізичного розвитку та медико-демографічними процесами є базовим індикатором стану здоров'я дитячого населення, відображаючи рівень економічного і соціального благополуччя країни. Проблема дитячої інвалідності почала формуватися як самостійна і багатопланова лише останнім часом, хоча статус дитини-інваліда вперше був введений в СРСР в 1979 році.

У 1988 році було створено Міжнародну статистичну базу даних обліку осіб з інвалідністю (International Disability Statistics Base). До неї увійшли дані з 55 країн світу. Країни СНД своїх даних не подавали. Від 1992 року показники по окремих захворюваннях враховуються і розробляються окремо для дитячого та дорослого населення. Відтоді термін «дитяча інвалідність» почав поширюватись.

Відповідно до наказів Міністерства охорони здоров'я, Міністерства праці та соціальної політики України (№ 454/471/516) інвалідом визнається дитина до 16 років, а з січня 2005 року (лист МОЗ України від 01.03.2005 р) — у віці до 18 років.



Причини, що формують дитячу інвалідність, докорінно відрізняються від таких у дорослого населення. Сучасний рівень розвитку медицини дозволяє зберегти життя глибоко недоношеним, травмованим під час пологів дітям і дітям з вродженими вадами розвитку, які згодом стають основним контингентом, що формує дитячу інвалідність. За даними багатофакторного аналізу, провідними причинами інвалідності в дитинстві є тяжкість патології, характер перебігу захворювання, відсутність медичної реабілітації та ранній вік виникнення хвороби.

До основних причин загальної інвалідності у дітей відносяться: на I місці — вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення — 30%; на II місці — хвороби центральної нервової системи — 17,9%; на III місці — розлади психіки та поведінки — 13,9%.

Великою проблемою залишається *первинна інвалідність з дитинства*, тобто визнання інвалідами осіб у віці старше 16 років (від 1.01.2005 — старше 18 років). По Україні інвалідами з дитинства у віці старше 16 років (до 2005 року) визнавалися щорічно понад 19 тис. осіб — понад 9% загальної інвалідності населення.

До найбільш частих причин формування первинної інвалідності з дитинства відносяться: вроджені аномалії (26,7%); хвороби нервової системи (15,5%); психічні розлади (14%) і травми (3,4%).

Останнім часом відзначався приріст дитячої інвалідності по лейкозу, вродженим аномаліям, хворобам сечостатевої системи, муковісцидозу, хворобам кістково-м'язової системи та сполучної тканини, цукровому діабету, психічним розладам, новоутворенням, хворобам шлунково-кишкового тракту, органів дихання, нервової системи, бронхіальній астмі. Дитячий церебральний параліч у структурі хвороб нервової системи становить 59,6%.

У віковій структурі дітей-інвалідів основну групу складають діти шкільного віку від 7 до 14 років — більше 49%, на другому місці — діти у віці від 15 до 17 років — більш 23,7%, на третьому — діти від 3 до 6 років — близько 20%.

Високий рівень захворюваності та інвалідності серед дітей та підлітків свідчить про необхідність взаємодії між службами охорони здоров'я, соціального захисту, освіти, громадськими об'єднаннями та сім'єю.

В Україні прийнято ряд державних і галузевих законодавчих документів, спрямованих на профілактику захворюваності та інвалідності у дітей, соціальний захист даних осіб. Кінцевий результат реалізації цих документів — попередження і зниження інвалідності серед дітей та підлітків.

Досвід тісної співпраці педіатрів, педагогів, психологів і соціологів продовжує накопичуватися, але бажаний рівень ще не досягнуто. У багатьох



країнах Європи відсутність штучних міжгалузевих бар'єрів, що визначаються жорсткими рамками штатного розкладу, дозволило відпрацювати методи і порядок взаємодії між психологами, соціологами, педагогами та медиками.

Підвищення ролі держави, створення розвиненої мережі установ з охорони материнства і дитинства, розвиток медико-генетичної служби, інтеграція з усією службою охорони здоров'я та управлінськими органами на регіональному рівні, вдосконалення підготовки кадрів, посилення ролі сім'ї та відповідальності кожного члена суспільства за своє здоров'я, ставлення до здоров'я як до головного надбання — необхідні умови для зменшення негативних тенденцій у здоров'ї жінок і дітей, які зможуть поліпшити якість потомства в третьому тисячолітті.

ТЕМА 22. МЕТОДИКА ВИВЧЕННЯ ТА ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ НАСЕЛЕННЯ

22.1. Поняття «фізичний розвиток»

Фізичний розвиток є одним з найважливіших показників рівня здоров'я населення. Однак показники фізичного розвитку не є обов'язковими для офіційного статистичного аналізу і не відображаються в звітності, що не дозволяє повною мірою стежити за рівнем і динамікою фізичного розвитку окремих груп населення країни. У літературі зустрічаються кілька підходів до визначення поняття «*фізичний розвиток*». Але найбільш визнаним і повним є визначення проф. Є.Я. Білецької:

Фізичний розвиток (Physical development) — це сукупність ознак, що характеризують рівень і динамічну зміну ряду морфологічних і функціональних властивостей певного індивіда і колективу людей, виражених у вигляді загальних та групових стандартів фізичного розвитку.

Стан фізичного розвитку можна і доцільно розглядати як результат *взаємодії внутрішніх (ендогенних) та зовнішніх (екзогенних) факторів*.

До ендогенних факторів належать: спадковість, здоров'я матері; фізичний стан батьків; особливості внутрішньоутробного розвитку.

Екзогенні фактори включають: природно-кліматичні; соціально-економічні (економічний розвиток суспільства, умови праці та побуту, характер професії тощо).

Оцінка фізичного розвитку індивіда проводиться шляхом порівняння його антропометричних (зріст, вага, окружність грудей та ін.), а також



інших показників розвитку (статеве дозрівання, зубна формула та ін.) з середніми даними для відповідної статі і віку. Для отримання середніх показників фізичного розвитку людини проводиться обстеження великих груп практично здорових людей. Результати вимірювань обробляються методом біологічної статистики. Отримані середні показники є стандартами фізичного розвитку відповідних груп населення. Різниця умов життя в різних кліматичних поясах, в містах і сільській місцевості, етнічні відмінності обумовлюють різний рівень фізичного розвитку населення, тому визначають місцеві (регіональні) стандарти фізичного розвитку. Стандарти фізичного розвитку переглядаються кожні 5 років.

Інформація про фізичний розвиток використовується в практичній діяльності лікарів різних спеціальностей, в першу чергу педіатрів і фахівців в галузі гігієни дітей та підлітків.

Спостереження за фізичним розвитком починається від моменту народження дитини. Надалі воно проводиться в дитячих поліклініках, дошкільних установах і школах, середніх і вищих навчальних закладах, під час призову на військову службу, при проведенні цільових і періодичних медичних оглядів, а також при спеціальних вибіркових дослідженнях стану здоров'я різних груп населення.

Показники фізичного розвитку, особливо в поєднанні з показниками народжуваності, смертності, захворюваності, є не тільки критеріями здоров'я, а й критеріями ефективності лікувально-оздоровчих заходів. Ці матеріали дають змогу спостерігати за тенденціями вікового розвитку дітей і підлітків.

22.2. Біологічний і морфофункціональний розвиток дитини

При оцінці фізичного розвитку розрізняють *біологічний і морфофункціональний розвиток дитини*.

Біологічний і морфофункціональний розвиток дитини оцінюється за наступними критеріями: зріст (довжина стоячи); динаміка маси тіла протягом року; вік зміни молочних зубів на постійні; осифікація кісток за даними рентгенограми; ступінь розвитку вторинних статевих ознак; вік перших менструацій у дівчаток.

За вказаними критеріями для кожного віку розробляються стандарти біологічного розвитку, з якими порівнюють фактичні дані конкретної дитини. Після цього проводять оцінку біологічного розвитку порівнюючи з даними за трибальною шкалою: відстає, відповідає, випереджає.



З метою оцінки морфофункціонального розвитку дитини використовують критерії: зріст (довжина тіла стоячи); маса тіла; розмір грудної клітки; відповідність вищезазначених ознак. За вказаними параметрами також розробляються статево-вікові стандарти для держави й окремих регіонів. З ними порівнюють отримані дані і проводиться оцінка морфофункціонального розвитку за трибальною шкалою: *гармонійний, дисгармонійний і різко дисгармонійний*.

22.3. Роль масових медичних оглядів в оцінці фізичного розвитку дітей

Вивчення фізичного розвитку у дітей та підлітків є важливим, оскільки є показником зростання і формування організму. Дослідження фізичного розвитку дітей і підлітків проводиться одночасно з обстеженням стану здоров'я під час медичних оглядів та моніторингового спостереження, що проводяться в дитячих поліклініках, підліткових кабінетах, лікарсько-фізкультурних диспансерах та інших закладах охорони здоров'я. Систематичне спостереження за фізичним розвитком дітей дозволяє виявити ранні ознаки його порушення. Затримка в рості, відсутність приростів у вазі є ознакою неблагополуччя. Частота обстеження дітей залежить від їх віку: чим менший вік дітей, тим частіше вони повинні обстежуватися. Фізичний розвиток багато в чому залежить від соціальних умов життя, занять фізичною працею (фізкультурою і спортом).

При проведенні масових медичних обстежень застосовується комплекс ознак для оцінки фізичного розвитку: *антропометричні* (зріст стоячи, маса тіла, розміри грудної клітки. А при поглиблених дослідженнях додатково — зріст сидячи, розміри голови, довжина плеча, передпліччя, гомілки, стегна); *функціональні, фізіометричні* — життєва ємність легень (спірометрія), м'язова сила кисті (динамометрія) та *соматоскопічні* — будова тіла, розвиток м'язів, форма грудної клітки, ніг, вираженість вторинних статевих ознак, пульс, артеріальний тиск тощо.

Статистична обробка отриманих матеріалів проводиться методами варіаційної статистики шляхом побудови варіаційних рядів, рівня регресії т. д. Аналіз отриманих даних проводять за допомогою: сигмальних оцінок; індивідуальних оцінок за шкалою регресії. Останній метод є найбільш вичерпним, тому що дає змогу враховувати різні ознаки і їх взаємозв'язок, а також, виділяти осіб з гармонійним та дисгармонійним розвитком.

Показники фізичного розвитку в сучасних умовах не є складовою частиною функціональної статистичної звітності, що не дозволяє постійно оці-



нювати його стан у населення всієї країни. Це можливо зробити на підставі спеціальних вибіркових досліджень, які проводяться в таких напрямках: динамічне спостереження за фізичним розвитком певних контингентів; визначення закономірностей фізичного розвитку в різних статеві-вікових групах населення в динаміці за певний період часу; розробка регіональних статевих і вікових стандартів з метою індивідуальної і групової оцінки фізичного розвитку дітей; оцінка ефективності оздоровчих заходів.

22.4. Оцінка фізичного розвитку сучасного підростаючого покоління

Оцінюючи фізичний розвиток підростаючого населення України слід виділити наступні закономірності: відбувається прискорення темпів фізичного розвитку підростаючого покоління — *акселерація (acceleration)*, для якої є характерною зміна вихідного рівня фізичного розвитку при народженні, прискорення темпів розвитку в усіх вікових групах і більш багатосторонній розвиток дітей та підлітків; зростає число випадків дисгармонійного фізичного розвитку, зокрема дисгармонія темпів психічного і фізичного розвитку; збільшується число осіб з надлишковою масою тіла, чому сприяють зміни способу життя, харчування, гіподинамія та ін.

Фізичний розвиток має виражену соціальну обумовленість. Фахівці вважають, що рівень соціального благополуччя відбивається на показниках фізичного розвитку населення, в першу чергу, дітей.

Останнім часом показники фізичного розвитку дітей значно погіршилися. За період від 1999 до 2022 року за даними досліджень в Україні зросла кількість дітей і дорослих з відхиленням в бік дефіциту або надлишку маси тіла. Ці відхилення пов'язані зі зміною характеру харчування, а саме, надмірним споживанням вуглеводних продуктів (хлібобулочних виробів, картоплі та ін.), які є дешевими продуктами харчування, а також насичених жирних кислот, висококалорійних рафінованих продуктів. В цілому, відзначаються незбалансованість харчування, порушення його режиму, зниження активності, а також часті стреси, депресивні стани, які, як відомо, провокують розвиток ожиріння. Цілком ймовірно, що нестача білка в раціоні харчування у дітей призводить до зниження маси тіла у більшості сучасних дітей (порівнюючи з 1970–1980-ми рр.). Педіатри зазначають, що у дітей з дефіцитом маси тіла, як і у дітей з надмірною масою тіла, рівень захворюваності суттєво вищий.

Вихід з ситуації, що склалася може бути тільки один — організація раціонального харчування й оптимізація фізичного виховання, відновлення



престижу фізичної культури і спорту серед усіх верств суспільства, але в першу чергу, серед дітей, підлітків та молоді.

У ХХ столітті для більшості економічно розвинених країн був характерний *процес акселерації* (від лат. *acceleratio*) — прискорення зростання і розвитку дітей і підлітків у порівнянні з попередніми поколіннями. Це поняття у 1935 році ввів німецький вчений Роберт Кох. Акселерація отримала найбільш чіткий прояв у другій половині ХХ ст. Так, якщо в 1940–1941 рр. маса тіла дітей подвоювалася в 5–6 міс., то в 1965–1973 рр. стала подвоюватися у віці 4–6 міс. Якщо зміна молочних зубів на постійні в 1953 р. починалася з 6–7 річного віку, то в 1984 р. стала відбуватися з 5–6 річного віку.

Істотно змінилися (прискорилися) терміни статевого дозрівання. Значалося прискорення розвитку вторинних статевих ознак. Крім цього у дітей і підлітків спостерігалася більш рання морфологічна стабілізація. Процес окостеніння у 1980-ті роки закінчувався у хлопчиків на 2, а у дівчат на 3 роки раніше, ніж у 1930-ті роки. У дуже короткі терміни почало відбуватися завершення зростання — у дівчат в 16–17 років і у юнаків в 18–19 років завершувалося окостеніння довгих трубчастих кісток і припинялося зростання у довжину. Протягом 80 років (від 1890 до 1970 рр.) хлопчики у віці 13 років стали на 16 см вищими, а дівчатка — на 14,8 см. Наслідком прискореного розвитку дітей і підлітків є досягнення більш високих кінцевих розмірів тіла у дорослих, збільшення тривалості фертильного періоду, зростання тривалості життя в цілому.

Причини акселерації не зовсім зрозумілі. Існують різні гіпотези причин акселеративних зрушень. Обговорюються такі причини акселерації: поліпшення харчування дітей (збільшення споживання тваринних білків і жирів, вітамінів, концентратів для вигодовування немовлят); більш інтенсивна інсоляція; урбанізація (прискорення темпів міського життя збуджує ЦНС і активізує її функції); генетичний ефект (постійне змішування населення, гетеролокальні шлюби і прискорення розвитку потомства у зв'язку з гетерозисом, тобто з властивістю гібридів першого покоління перевершувати по ряду ознак кращу з батьківських форм).

Однак не викликає сумніву, що в походженні акселерації має значення сумарна взаємодія біологічних і соціальних факторів. Акселерація не може розглядатися як однозначно позитивний або негативний процес. *Сучасні медики стикаються з цілою низкою проблем, спричинених нею, а саме: більш раннє біологічне дозрівання, яке настає до соціальної зрілості і цивільної дієздатності (більш ранній початок статевого життя,*



зростання числа «юних» матерів, число абортів у неповнолітніх та ін.); необхідність у встановленні нових норм трудового, фізичного навантаження, харчування, нормативів дитячого одягу, взуття, меблів і предметів побуту; наростаюча варіабельність усіх ознак вікового розвитку і дозрівання, ускладнення диференціювання між нормою і патологією; дисоціація між граничним зростанням діаметрів тіла створює тенденцію до граціалізації тіла і зростання числа ускладнень під час пологів.

Є дані про те, що акселеративні зрушення носять періодичний характер і є короткочасні періоди стабілізації. Однак простежити процес акселерації в історичному аспекті вельми складно, оскільки відсутні достовірні дані про показники фізичного розвитку поколінь, які жили в минулі століття, і висновок можна робити тільки на основі непрямих даних.



РОЗДІЛ 7

ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я І ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ

ТЕМА 23. ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я ЯК ПРОФІЛАКТИЧНИЙ НАПРЯМОК ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

23.1. Зміцнення (промоція) здоров'я

Зміцнення (промоція) здоров'я населення є передумовою для всебічного розвитку особи, досягнення нею активного довголіття та повноцінного виконання соціальних функцій, для активної участі у трудовій, громадській, сімейно-побутовій, дозвільній формах життєдіяльності.

Актуальність зміцнення здоров'я викликана зростанням та зміною характеру навантажень на організм людини у зв'язку з ускладненням суспільного життя, збільшенням ризиків техногенного, екологічного, психологічного, політичного та військового характеру, що провокують негативні зрушення в стані здоров'я.

Проблеми якості здоров'я населення різних країн постійно знаходяться в центрі уваги вчених та політиків в усьому світі. У Загальній декларації прав людини, прийнятій Організацією Об'єднаних Націй у 1948 р, було визначено, що «кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, медичний догляд та соціальне обслуговування, які необхідні для підтримки здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї...».

Промоція здоров'я (Health promotion) (зміцнення, підтримання здоров'я, сприяння здоров'ю) — це процес, який дозволяє населенню посилити контроль за своїм здоров'ям та поліпшити стан свого здоров'я.

Зміцнення здоров'я — це комплексний соціальний та політичний процес, який охоплює не тільки дії, спрямовані на зміцнення навичок та можливостей окремих осіб, але і ті, які спрямовані на зміну соціальних, екологічних та економічних умов, щоб полегшити їх вплив на суспільне та індивідуальне здоров'я.

Підтримка здоров'я — це процес, що дозволяє населенню збільшити контроль над детермінантами здоров'я, і тим самим, поліпшити своє здоров'я.



У 1986 році в Оттаві (Канада) та у 2005 у Бангкоці (Таїланд), учасники глобальної конференції ВООЗ зі сприяння здоров'ю розробили концепції та принципи, визначили політику і звернулися до покращення здоров'я в більш широкому контексті глобалізації. На Оттавській конференції було прийнято «Оттавську хартію промоції (подальшого поліпшення) здоров'я», в якій підкреслювалося, що «гарне здоров'я є головним ресурсом для соціального та економічного розвитку як суспільства в цілому, так і окремої особистості та є найважливішим критерієм якості життя».

Потреба в здоров'ї має загальний характер, вона властива не тільки окремим індивідам, а й суспільству в цілому. Це найважливіша властивість трудових ресурсів. Громадське здоров'я істотно впливає на соціально-економічний розвиток, набуваючи поряд з такими якісними характеристиками робочої сили, як освіта і кваліфікація, роль провідного чинника економічного зростання.

В Оттавській хартії щодо зміцнення здоров'я виділено 3 основні стратегії для підтримки здоров'я: захист здоров'я для створення основних, найбільш значущих умов для здоров'я; надання можливості всім людям досягти і повністю реалізувати свій потенціал здоров'я та об'єднання різних інтересів суспільства для досягнення здоров'я.

Ці стратегії підтримуються 5 пріоритетними напрямками дій для зміцнення здоров'я: розробка «здорової громадської політики»; створення сприятливих умов та факторів середовища для здоров'я; зміцнення громадської активності на комунальному рівні в інтересах здоров'я; розвиток особистих навичок і вмінь та переорієнтація служб охорони здоров'я.

Оцінка промоції здоров'я — це оцінка того рівня, на якому дії та заходи для підтримки здоров'я сприяють досягненню оцінюваного кінцевого результату. Те, якою мірою підтримка здоров'я дозволяє окремим особам контролювати власне здоров'я, є центральним елементом оцінки підтримки здоров'я. У багатьох випадках важко простежити шлях, що пов'язує конкретні дії у сфері підтримки здоров'я з кінцевим результатом.

Результатами промоції здоров'я є зміни особистісних характеристик, вмінь та навичок, та / або соціальних норм та дій, та / або організаційної практики та державної політики, пов'язаних з діяльністю підтримки здоров'я.

Наслідками промоції здоров'я є безпосередні результати підтримки здоров'я, як правило, спрямовані на зміну детермінант здоров'я, які можуть модифікуватися. До них відносяться обізнаність в питаннях здо-



ров'я та формування відповідної державної політики у сфері охорони здоров'я.

Метою охорони здоров'я є визначення конкретних кроків, які можуть бути здійснені для досягнення поставлених завдань. Визначення цільових показників також забезпечує єдиний підхід до оцінки прогресу певної політики в охороні здоров'я або програм, шляхом визначення точки відліку, від якої прогрес може бути вимірний. Постановка завдань вимагає наявності відповідного показника здоров'я та інформації про розподіл цього показника в популяції. Вона також вимагає оцінки майбутніх тенденцій розвитку.

У 1988 році в Аделаїді (Австралія) та у 1991 році у Сундсвалі (Швеція), на конференціях ВООЗ вивчались аспекти формування політики, яка сприяла б здоров'ю населення та аналізувались шляхи створення середовищ для покращення здоров'я. В її матеріалах зазначалося, що політика та дії у сфері охорони здоров'я мають бути спрямовані на обговорення соціальних детермінант здоров'я, перш ніж вони зможуть призвести до проблем. Це складне питання, як для осіб, що приймають рішення, так і для учасників громадського здоров'я.

Здорова державна/суспільна політика (Healthy public policy) характеризується як твердо виражена орієнтованість на забезпечення здоров'я і справедливості, рівності у всіх сферах політики і стратегії, а також підзвітністю і відповідальністю за вплив на здоров'я. Основною метою державної/суспільної політики є створення підтримуючого середовища, яке дозволяє населенню вести здоровий спосіб життя. Така політика робить вибір здорових альтернатив можливими або простішими для громадян, а соціальні та фізичні середовищні умови такими, що зміцнюють здоров'я.

У липні 1997 року ВООЗ прийняла **Джакартську Декларацію про продовження діяльності щодо зміцнення здоров'я у XXI ст.**, та підтвердила, що ці стратегії та напрямки діяльності актуальні для всіх країн.

У **Джакартській Декларації визначено 5 пріоритетів щодо продовження діяльності для зміцнення здоров'я:** посилення соціальної відповідальності за здоров'я; збільшення інвестицій на розвиток охорони здоров'я; розширення партнерських зв'язків та контактів з метою підтримки здоров'я; збільшення потенційних можливостей громад та розширення можливостей окремих громадян; забезпечення необхідної інфраструктури для підтримки здоров'я. Цілі, як правило, засновані на конкретних та вимірних змінах в остаточних або проміжних результатах для досягнення здоров'я.



У 2009 р. у Найробі (Кенія), учасники сьомої глобальної конференції ВООЗ закликали до дій для вирішення прогалин між фактичними даними та їх конкретним використанням для розвитку охорони здоров'я. Відзначено, що здоров'я і розвиток сьогодні стикаються з безпрецедентними загрозами. Фінансова криза загрожує життєздатності національних економік в цілому і систем охорони здоров'я зокрема. Глобальне потепління і зміна клімату впливають на життя людей, особливо в країнах з низькими доходами. Загроза безпеці створює відчуття загальної невизначеності для спільнот в усьому світі.

Важливе значення для збереження і зміцнення здоров'я має **Аделаїдська заява «Облік інтересів здоров'я в усіх напрямках політики»** (Аделаїда, Австралія, 2010 р.). Аделаїдська заява є частиною глобального процесу розробки та зміцнення на основі справедливості обліку інтересів здоров'я до уваги в усіх політичних лініях. Вона є внеском у важливі дискусії, які проводяться сьогодні між державами-членами і регіонами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). У заяві відображаються здобутки країн, які вже набули досвіду у прийнятті такого підходу.

У заяві відпрацьована нова роль сектора охорони здоров'я. В ній ідеться про необхідність просування ідей здоров'я в усіх стратегіях, сектор охорони здоров'я мусить навчитися працювати у партнерстві з іншими секторами. Нагальним буде спільне вивчення політичних інновацій, нових механізмів та інструментів, а також вдосконалення нормативно-правової бази. Для цього потрібен сектор охорони здоров'я з зовнішньою орієнтацією, відкритий для інших і оснащений необхідними знаннями, навичками і мандатом. Це також означає поліпшення координації та підтримку лідерів у секторі охорони здоров'я.

У 2012 р. на 62-ій сесії Регіонального Європейського комітету ВООЗ було прийнято **програму «Здоров'я 2020 Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття»**. Програма Європейського регіонального бюро ВООЗ спрямована на координацію та підтримку дій усіх держав та громад у Європі з метою: «Значного поліпшення здоров'я та підвищення рівня благополуччя населення; скорочення нерівності щодо здоров'я; поліпшення громадського здоров'я; створення в країнах універсальних, стійких та високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину».

Європейське регіональне бюро ВООЗ у програмі «Політика здоров'я — 2020» визначило такі основні глобальні Європейські виклики громадському здоров'ю у XXI столітті: економічна криза; розширення нерівно-



стей; старіння населення; підвищення рівня хронічних хвороб; міграція та урбанізація; погіршення навколишнього середовища та зміни клімату.

З метою вирішення проблем, пов'язаних із глобальними викликами, Європейське регіональне бюро ВОЗ ухвалило «Європейський план дій щодо зміцнення потенціалу та послуг громадської охорони здоров'я». Метою якого є збереження здоров'я, запобігання хворобам та збільшення тривалості життя та містить 10 основних оперативних функцій охорони здоров'я (ОФОЗ):

1. *Епідагляд й оцінка стану здоров'я та благополуччя населення.* Перша оперативна функція охоплює інструменти і засоби, що використовуються для моніторингу стану здоров'я населення, а також основні стандарти діяльності і систему звітності. Ця функція включає також нагляд за діяльністю системи охорони здоров'я, у тому числі аспекти фінансування, трудових ресурсів, задоволеності споживача, доступ до основних лікарських засобів та трансграничні тенденції у сфері розвитку системи охорони здоров'я.

2. *Моніторинг і реагування на небезпеки для здоров'я і за надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.* Ця функція пов'язана з системами і процедурами, які повинні існувати для забезпечення готовності і реагування на надзвичайні події у сфері охорони здоров'я. Функція фокусується на виявленні та моніторингу ризиків для здоров'я, передбачає розробку інституційних рамок системи попередження та планів реагування. Також ця функція стосується і реалізації міжнародних медико-санітарних правил.

3. *Захист здоров'я, включаючи безпеку навколишнього середовища, праці та харчових продуктів.* Ця функція охоплює питання оцінювання ризиків, їхнього управління та комунікації, що необхідно для гарантування безпеки довілля, праці та безпеки харчових продуктів.

4. *Зміцнення здоров'я, включаючи вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівності за показниками здоров'я.* Ця функція стосується міжсекторального та міждисциплінарного потенціалу. Вона охоплює готовність та механізми відповіді уряду та системи охорони здоров'я на основні фактори ризику та детермінанти здоров'я, незалежно від того, якими вони є — поведінковими, екологічними, соціальними або змішаними. У даній оперативній функції розглядаються 4 основні чинники ризику неінфекційних захворювань: тютюн, алкоголь, харчування та фізична активність. Вона також охоплює психічне здоров'я, сексуальне і репродук-



тивне здоров'я, шкідливі звички, профілактику травматизму та охорону здоров'я у в'язницях.

5. *Профілактика хвороб, включаючи раннє виявлення порушень здоров'я.* Ця функція фокусується на послугах охорони здоров'я в основному в рамках системи охорони здоров'я. Вона включає профілактику захворювань, раннє їх виявлення, надання допомоги пацієнтам щодо управління хворобою і збереження максимально можливої якості їх життя.

6. *Забезпечення стратегічного керівництва на користь здоров'я та благополуччя.* Ця функція з питань стратегічного управління є наскрізною і стосується таких питань, як лідерство, управління, звітність, планування, реалізація, моніторинг та оцінка — це все основні складові успіху в будь-якій вертикально розробленій програмі.

7. *Забезпечення сфери громадського здоров'я достатньою кількістю кваліфікованих кадрів.* Ця функція стосується оцінки потенціалу України щодо планування, управління, навчання та регулювання кадрів громадського здоров'я.

8. *Забезпечення функціонування стійких організаційних структур та фінансування.* Функція зосереджена на доцільності існування основних організаційних структур в системі громадського здоров'я та необхідних для виконання оперативних задач цієї системи. Ця функція також передбачає, створення ефективно працюючого координаційного механізму з адекватним фінансуванням усіх існуючих структур. Комплексне державне фінансування має бути нормою для доведених й економічно ефективних послуг, які базуються на послугах населенню, а також персональних послуг, які в подальшому матимуть ширший вплив, наприклад вакцинація та ВІЛ-сервісні послуги. Водночас, мають запрацювати відповідні стимули для осіб, які забезпечують належний рівень надання послуг у сфері громадського здоров'я.

9. *Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація на користь здоров'я.* Ця функція включає планування, проведення та оцінку інформаційно-роз'яснювальних програм охорони здоров'я. Комунікація в інтересах громадського здоров'я спрямована на покращення рівня санітарної грамотності та поліпшення стану здоров'я окремих громадян і груп населення. Це мистецтво і техніка інформування окремих громадян, установ і різних аудиторій громадськості, вплив на них і створення у них певної мотивації щодо важливих питань і детермінант здоров'я. Комунікація також покликана підвищувати здатність отримувати, розуміти і використовувати інформацію для зниження



ризик, попередження захворювань, зміцнення здоров'я, вміння орієнтуватися в послугах охорони здоров'я і правильно ними користуватись, захист політики охорони здоров'я і підвищення рівня добробуту, якості життя і здоров'я громадян.

10. *Сприяння розвитку наукових досліджень у сфері громадського здоров'я для наукового обґрунтування політик і практичних втручань.* Функція стосується розвитку наукових досліджень у сфері громадського здоров'я, як засобу удосконалення стратегій у сфері громадського здоров'я. Наукові дослідження є фундаментом, який визначає зміст політики, що розробляється в країні та веде до визначення переліку послуг, які повинні надаватись в системі. Дана оперативна функція включає наукові дослідження з метою поповнення бази знань, на яку орієнтується процес вироблення політики на основі фактичних даних, розробку нових методів наукових досліджень, інноваційних технологій і рішень у сфері охорони здоров'я. Сприяє створенню партнерств з науково-дослідними центрами й академічними установами для проведення своєчасних досліджень, які дозволяють обґрунтувати прийняття рішень на всіх рівнях системи громадського здоров'я.

Учасники восьмої глобальної конференції зі зміцнення здоров'я у Гельсінкі (Фінляндія), 10–14 червня 2013 р. розглянули досвід підходу до здоров'я в усіх областях політики і розробили керівництво щодо конкретних дій у країнах на всіх рівнях розвитку.

Зустріч спиралася на багатий пул ідей, дій і доказів, натхненних Алма-Атинською декларацією ВООЗ з первинної медико-санітарної допомоги (1978) та Оттавською хартією зі зміцнення здоров'я (1986), які визначили міжгалузеві дії та державну політику, спрямовану на підтримку здоров'я, центральними елементами зміцнення здоров'я, досягнення справедливості у сфері охорони здоров'я та реалізації здоров'я як права людини. Наступні глобальні конференції ВООЗ посилили ключові принципи дій щодо зміцнення здоров'я.

У Шанхаї (Китай), 21–24 листопада 2016 р., відбулася 9-та глобальна конференція ВООЗ під девізом «Зміцнюючи здоров'я, сприяємо сталому розвитку: це наше здоров'я, наше майбутнє, наш вибір». У глобальній конференції взяли участь керівники урядів і відомств системи ООН, мери, державні планувальники та спеціалісти з питань охорони здоров'я з усього світу, які прийняли два історичні зобов'язання щодо зміцнення здоров'я та усунення бідності.

Мета конференції полягала в тому, щоб «підкреслити найважливіші аспекти взаємозв'язку питань між заохоченням здоров'я і сталого розвит-



ку на період до 2030 року». Було сформульовано чотири задачі (субцілі), а саме: надати державам-членам ВООЗ рекомендації щодо зміцнення здоров'я і включення їх до плану національних дій, прискорення прогресу у сфері сталого розвитку, проведення обміну досвідом між країнами з наступних питань: зміцнення належного керівництва в секторі охорони здоров'я шляхом спільної міжсекторальної роботи органів державної влади; розширення та зміцнення соціальної мобілізації та підвищення санітарної грамотності; підвищення провідної ролі міст і муніципальних керівників, особливо мерів, у зміцненні здоров'я (створення «здорових міст») у контексті зростання міського населення.

В резолюції конференції зазначалося, що зміцнення здоров'я дозволяє людям краще контролювати свій стан. Держава мусить реалізувати широкий спектр соціальних і екологічних змін, спрямованих на захист і поліпшення здоров'я фізичних осіб і підвищити якість їх життя шляхом корекції і профілактики, а не просто лікування хвороб.

Конференція в Шанхаї виділила три основні складові розвитку охорони здоров'я: *управління якістю в секторі охорони здоров'я, санітарна грамотність населення та здорові міста.*

Висока якість управління в секторі охорони здоров'я. Сприяння в галузі охорони здоров'я вимагає від політиків усіх міністерств і відомств зробити здоров'я населення центральним елементом державної політики. Для цього вони повинні врахувати наслідки кожного рішення і розставити пріоритети дій, щоб допомогти людям уникнути хвороб і травм. Ця політика повинна підтримуватись відповідною нормативно-правовою базою, яка б об'єднувала стимули приватного сектора з цілями громадської охорони здоров'я. Наприклад, шляхом узгодженого введення оподаткування неякісних або шкідливих продуктів, а саме: алкоголю, тютюну, продуктів з високим вмістом солі, цукру і жиру, з одного боку, і заходи, щодо сприяння продажу товарів корисних для здоров'я, з іншого.

Санітарна грамотність населення. Для того, щоб населення зробило здоровий вибір, воно має отримувати відповідні знання та інформацію, наприклад, про їжу, яку споживає, формувати корисні навички та знати про медичні послуги, які можуть допомогти у підтримці здоров'я. Крім того, населення повинно бути в змозі вибрати те, що добре для здоров'я.

Санітарна грамотність має важливе значення для осіб, що приймають рішення і здійснюють інвестиції в здоров'я. Важливо створити середовище в суспільстві, де населення зможе вимагати від держави прийняття рішень, які будуть надалі зміцнювати здоров'я.



Санітарна грамотність розширює права і можливості окремих громадян та закликає їх взяти участь у спільній діяльності зі зміцнення здоров'я. Має бути забезпечений високий рівень медичної грамотності для осіб, що приймають рішення і здійснюють інвестиції, сприяють реалізації їх намірів впливати на здоров'я, забезпечувати взаємну вигоду і вживати ефективних заходів щодо детермінант здоров'я. Медична грамотність базується на універсальному і рівноправному доступі до якісної освіти впродовж життя.

Здорові міста — це проєкт, в межах якого зусилля місцевої влади постійно і неухильно спрямовані на створення або вдосконалення фізичного і соціального середовища, залучення соціальних ресурсів, які дозволять підтримувати життєво-важливі функції населення і максимізувати його потенціал. Нині активно діє глобальний рух ВООЗ «Здорові міста». Структури цього руху прагнуть зробити все від них залежне, щоб питання здоров'я посіли пріоритетне місце у соціально-економічній та політичній активності органів міського самоврядування.

В процесі формування і розвитку Європейська мережа ВООЗ «Здорові міста» об'єднала понад 100 флагманських міст та близько 30 національних мереж. Флагманські міста взаємодіють безпосередньо з Європейським регіональним бюро ВООЗ, а національні мережі об'єднують міста у межах конкретної держави-члена. В обох випадках ВООЗ надає політичну, стратегічну і технічну підтримку, а також допомагає у зміцненні потенціалу. Флагманські міста і національні мережі в сукупності охоплюють близько 1400 муніципалітетів.

Їхня спільна мета — залучити місцеві органи влади до процесів зміцнення політичної прихильності, інституційних перетворень, нарощування потенціалу, планування партнерств та впровадження інновацій.

Крім цього під егідою ВООЗ набула поширення також європейська мережа «Лікарні, що сприяють зміцненню здоров'я», «Школи, які сприяють зміцненню здоров'я», «Здорові острови» та інші.

23.2. Лікарні та школи, що сприяють зміцненню здоров'я

Лікарні, що сприяють зміцненню здоров'я. У 1991 році ВООЗ прийняла Будапештську декларацію щодо лікарень, які сприяють зміцненню здоров'я.

Лікарні, що сприяють промоції здоров'я, мають забезпечувати високу якість різних медичних послуг, розробляти корпоративний стиль,



що сприяє підтримці і зміцненню здоров'я, розвивати організаційні структури та культуру здорового способу життя, а також створювати середовище сприятливе для здоров'я за активної взаємодії з місцевою громадою, включаючи активну участь пацієнтів та медпрацівників у цьому процесі.

Будапештська декларація намітила наступні цілі: створення в лікарнях умов для здорового перебування медичних працівників та пацієнтів; впровадження реабілітаційних програм; заохочення взаємодії медичних працівників та персоналу; поширення інформації і порад з питань здоров'я.

Школи, які сприяють зміцненню здоров'я. У доповіді Комітету експертів ВООЗ (1997) були відзначені школи, що сприяють промоції здоров'я, постійно розвивають та зміцнюють свій потенціал, як заклади, які забезпечують здорові умови та можливості для життя, навчання і роботи.

Для досягнення цієї мети, школа, яка сприяє промоції здоров'я, має залучати до діяльності щодо зміцнення здоров'я фахівців освіти та охорони здоров'я, вчителів, учнів, батьків та керівників комунально-громадського рівня.

Мета глобальної ініціативи ВООЗ з охорони здоров'я в школах — допомогти всім шкільним закладам перетворитися на школи «промоції здоров'я». Це включає заохочення та підтримку міжнародних, національних і субнаціональних мереж шкіл промоції здоров'я, а також допомогу у створенні в країні вітчизняного потенціалу щодо зміцнення здоров'я в школах.

Концепція школи, що сприяє зміцненню здоров'я, відносно нова. Мета такої школи — залучити до здорового способу життя абсолютно всіх школярів, шляхом створення сприятливого середовища для цього. Вона пропонує можливості і вимагає прийняття зобов'язань для створення умов, які сприяли б збереженню та зміцненню здоров'я (ВООЗ, 1993). Школа має бути повноцінною сферою, численні складові якої (організація, характер, культура, розташування) позитивно впливають на здоров'я учнів та персоналу.

У доповідях Комітету експертів ВООЗ визначено 12 критеріїв для школи, яка сприяє промоції здоров'я, а саме: активізація почуття власної гідності всіх учнів через можливість кожного зробити свій внесок в життя школи; розвиток і підтримка добрих відносин між вчителями та учнями, між учнями в повсякденному житті школи; роз'яснення щодо соціальних цілей школи штату та учням; використання широкого діапазону діяльності з метою стимулювання до участі всіх учнів; використання кожної можли-



вості для поліпшення фізичного середовища вищого навчального закладу; розвиток тісних зв'язків між школою, родиною та суспільством; розвиток зв'язку між початковими та середніми школами заради планування послідовної підтримки здоров'я; активна пропаганда здорового способу життя та здоров'я школи; визначення ролі вчителів у вирішенні проблем, пов'язаних зі здоров'ям; визначення додаткової ролі шкільного харчування в навчальному плані з охорони здоров'я; реалізація потенціалу послуг фахівця, щодо підтримки навчання в сфері охорони здоров'я; розвиток навчального потенціалу служб охорони здоров'я школи.

Інфраструктура підтримки здоров'я — це людські та матеріальні ресурси, адміністративні структури, закони, правила, стимули, відповідальні за організовані зусилля і сприяють забезпеченню відгуку щодо зміцнення здоров'я, реагуючі на проблеми суспільного здоров'я.

Така інфраструктура може складатися з різних організаційних структур, в тому числі сектора первинної медико-санітарної допомоги, урядових органів, установ державного та приватного секторів, неурядових організацій, організацій самодопомоги, а також організацій і фондів, що займаються підтримкою здоров'я.

Партнерство з метою підтримки здоров'я є добровільною угодою між двома або більше державами-партнерами для отримання загальних результатів у сфері охорони здоров'я.

Такі партнерства можуть бути частиною міжсекторального співробітництва в охороні здоров'я, або основою альянсів до просування здоров'я.

Основоположним принципом охорони здоров'я має бути його профілактична спрямованість з метою формування серед населення здорового способу життя.

23.3. Профілактика в системі громадського здоров'я

Профілактика (Prevention) — це комплекс медичних, санітарно-технічних, гігієнічних, педагогічних та соціально-економічних заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я, підвищення трудової активності та довголіття людей, включаючи умови праці, відпочинку, житлово-побутові умови, тобто сукупність заходів з попередження захворювань та усунення факторів ризику.

Зміст поняття «профілактика» та конкретні форми її здійснення змінювалися на різних етапах історії людства залежно від умов соціального устрою, пануючого світогляду та рівня розвитку науки. Профілактичний



напрямок медицини має давню історію. Ще за первісного суспільства були сформовані певні санітарні правила та заборони, що стосувалися будівництва житла, догляду за чистотою тіла та ін. Певні гігієнічні рекомендації, що включали режим дня, гімнастику, регулярність прийомів їжі тощо, увійшли у вжиток у багатьох народів і знайшли відображення навіть у релігійних настановах, зокрема заповідях Мойсея. У творах лікарів Стародавнього Єгипту, Месопотамії, Індії, Китаю, Стародавньої Греції вміщено міркування щодо профілактики як основного методу запобігання розвитку різних хвороб. Відомий грецький лікар Гіппократ, який заклав основи сучасної медицини, зазначав: «...Не тільки сам лікар повинен використовувати у справі все, що необхідно, але і хворий, і оточуючі, і всі зовнішні обставини повинні сприяти лікарю в його діяльності». У рабовласницьку епоху з'явилися елементи санітарії. Так, у Спарті існувала ціла система правил гігієнічного та фізичного виховання, законами Стародавнього Риму передбачались заходи санітарного характеру щодо правил використання води, продуктів харчування та ін. За Середньовіччя у зв'язку із значним поширенням інфекційних хвороб було розроблено та законодавчо оформлено різні протиепідемічні заходи. Популярними були профілактичні рекомендації, викладені у Салернському кодексі здоров'я, в якому філософ *Арнольд з Віланови (1235–1312)* виклав свої погляди на засоби та методи, які допомогли б людям зберегти молодість та здоров'я. Особливе місце в розвитку профілактики посідає середньовічний лікар, поет і філософ *Ібн Сіна (Авіценна)*, який у своїх роботах, зокрема «Каноні медичної науки», першочергове значення надавав дієті, режиму харчування та сну, фізичним вправам. Однак до XVIII–XIX століття профілактика мала емпіричний характер, оскільки її рекомендації не були науково обґрунтовані. За доби Відродження накопичений досвід став підґрунтям для створення профілактичної медицини заснованої на досягненнях фундаментальної науки (*Френсіс Бекон* вважав головними завданнями медицини зміцнення здоров'я, лікування хвороб, подовження життя людини). Незважаючи на те, що основи медичної профілактики закладені у країнах Заходу, профілактична спрямованість завжди залишалася основним принципом вітчизняної медицини. Це підтверджують літописні джерела, збірники законодавчих актів та інші історичні джерела. Вагомий внесок у розвиток української медичної профілактики зробив *Данило Самойлович (1744–1805)*. Він присвятив життя боротьбі з чумою та іншими інфекційними захворюваннями і увійшов до історії світової медицини як один із фундаторів системи профілактичних заходів щодо них.



Медична профілактика може здійснюватися *на індивідуальному, груповому та популяційному рівнях.*

Індивідуальна профілактика включає заходи щодо попередження хвороб, збереження і зміцнення здоров'я, які здійснює сама людина, і практично означає дотримання норм здорового способу життя.

Групова профілактика включає профілактичні заходи, які проводяться з групами осіб, що мають подібні симптоми і фактори ризику (цільові групи).

Популяційна профілактика включає систему політичних, соціальних, економічних, виховних, санітарно-технічних, санітарно-гігієнічних, протіепідемічних і медичних заходів, які охоплюють великі групи населення або все населення в цілому. Вона здійснюється державними інститутами і громадськими організаціями з метою забезпечення всебічного розвитку фізичних і духовних сил громадян, усунення чинників, які негативно впливають на здоров'я населення.

Залежно від стану здоров'я, наявності факторів ризику або захворювання у людини, виділяють *первинну, вторинну та третинну профілактику.*

Первинна профілактика (Primary prevention) — спрямована на усунення причин хвороби шляхом поліпшення умов праці та побуту (оздоровлення навколишнього середовища, організація здорового способу життя, гігієнічне нормування впливу факторів). Передбачає або повне усунення несприятливого фактора, або його зниження до безпечного рівня. Наприклад, відмова від куріння знижує вірогідність розвитку раку легень. Первинна профілактика складається з наступних напрямків:

- заходи щодо зниження дії шкідливих факторів на організм людини (покращення якості атмосферного повітря, питної води, якості харчування, умов праці та відпочинку, рівня стресу та ін.);
- заходи щодо формування здорового способу життя (створення інформаційної системи підвищення рівня знань всіх категорій населення щодо негативного впливу факторів ризику на здоров'я; заходи зі зниження розповсюдженості паління, вживання алкоголю, профілактика вживання наркотиків та наркотичних речовин; сприяння населенню у веденні фізично активного способу життя, заняттям фізичною культурою, спортом);
- заходи щодо попередження розвитку соматичних і психічних захворювань і травм, у тому числі професійно-обумовлених, нещасних випадків, інвалідизації та смертності від неприродних причин, дорожньо-тран-



спортивного травматизму та ін.;

- виявлення у ході проведення профілактичних медичних оглядів шкідливих для здоров'я факторів, у тому числі поведінкового характеру, з метою вжиття заходів щодо їх усунення для зниження рівня впливу факторів ризику.

Вторинна профілактика (Secondary prevention) — це виявлення та ефективне лікування ранніх стадій хвороб з метою попередження їх розвитку та виникнення ускладнень, хронізації, загострень, обмеження життєдіяльності. Наприклад: обстеження молочних залоз, профілактика серцево-судинних захворювань тощо. Спрямована на підвищення резистентності організму (лікувально-профілактичне харчування, засоби індивідуального захисту тощо).

Вторинна профілактика передбачає:

- цільове санітарно-гігієнічне виховання, у тому числі індивідуальне та групове консультування, навчання пацієнтів та членів їх сімей знанням та навичкам, пов'язаним із конкретним захворюванням або групою захворювань;
- проведення медичних оглядів для оцінки динаміки стану здоров'я, розвитку захворювань з метою визначення та проведення відповідних оздоровчих та лікувальних заходів;
- проведення курсів профілактичного лікування та цільового оздоровлення, у тому числі лікувального харчування, лікувальної фізкультури та інших лікувально-профілактичних методик оздоровлення, санаторно-курортного лікування;
- проведення медико-психологічної адаптації до змін ситуації у стані здоров'я, формуванні правильного сприйняття та ставлення до потреб і можливостей організму, які змінилися;
- проведення заходів державного, економічного, медико-соціального характеру, спрямованих на зниження рівня впливу модифікуючих факторів ризику, збереження працездатності та можливості адаптації у соціальному середовищі, створення умов для оптимального забезпечення життєдіяльності хворих та осіб з інвалідністю.

Третинна профілактика (Rehabilitation) — спрямована на попередження ускладнень, рецидивів та інвалідності, переходу захворювання в хронічну форму, відновлення оптимальних функцій організму, соціального і професійного статусу. Наприклад: реабілітація хворих після інсульту, інфаркту міокарда.

Третинна профілактика включає:



- реабілітацію пацієнтів із захворюваннями для мінімізації залишкових інвалідизуючих наслідків та ускладнень, а також задля максимального продовження повноцінного життя;
- покращення якості життя пацієнта, навіть за неможливості повного одужання.

Важливе значення при проведенні медичної профілактики мають профілактичні медичні огляди (screening), які поділяються на:

- *попередні медичні огляди*, які проводяться з метою обстеження населення при прийомі на роботу, на навчання, під час щоденного допуску до роботи водіїв, пілотів, під час призову на військову службу та ін.;
- *періодичні медичні огляди*, метою яких є раннє активне виявлення різних захворювань та донозологічних станів серед населення (огляд професійних груп (декретованих контингентів) працівників громадського харчування, торгівлі, дитячих установ, студентів та ін.) з метою попередження поширення низки захворювань;
- *цільові медичні огляди*, які проводяться для виявлення конкретних значущих захворювань на ранніх стадіях (туберкульозу, новоутворень тощо).

23.4. Програми щодо забезпечення профілактичної діяльності системи охорони здоров'я

В сучасних умовах досягти реальних успіхів у попередженні та зниженні поширеності багатьох захворювань можна лише шляхом впровадження профілактичних програм і заходів на національному, регіональному та міжнародному рівнях. З метою вирішення питань громадського здоров'я в багатьох країнах використовують вертикальні, горизонтальні та глобальні тотальні комплексні інтегральні профілактичні програми. Враховуючи переваги та недоліки кожного з цих видів програм, їхні елементи успішно поєднуються в інтегрованих моделях профілактичних заходів.

Горизонтальні (інтегровані) профілактичні програми спрямовані на вирішення загальних проблем на довгостроковій основі через служби охорони здоров'я. Вони передбачають залучення всіх причетних до формування здоров'я населення секторів суспільства, включаючи промисловість, сільське господарство, транспорт, енергетику, будівництво, освіту, культуру, науку, релігію тощо.



Вертикальні (автономні) профілактичні програми передбачають ви-
рішення конкретної проблеми охорони здоров'я шляхом застосування
конкретних заходів. Вертикальна спрямованість профілактичних заходів
включає їх реалізацію на рівні окремої людини, сім'ї, громади, суспільства
в цілому та держави.

Поєднання вертикальних і горизонтальних напрямів у реалізації про-
філактичних програм забезпечуватиме глобальну тотальну комплексну
інтегральну міжсекторальну міжгалузеву взаємодію на всіх рівнях і в усіх
суспільних структурах, що дозволить ефективно попереджати негативні
зрушення в здоров'ї та позитивно впливати на активне довголіття насе-
лення.

Існує п'ять основних типів (моделей) профілактичних програм.

Медицина модель — молоді пропонується інформація щодо небезпечних
наслідків того чи іншого явища. Слід зазначити, що така модель не є до-
статньо ефективною, оскільки вона не враховує соціально-психологічні
особливості молоді, тому вона іноді може мати зворотний ефект.

Освітня модель — являє собою дію, спрямовану на окремого індивіда,
надає йому змогу самостійно прийняти рішення. Але така модель не вра-
ховує профілактичну ситуацію, формування громадської думки щодо пев-
ного кризового явища та шляхів його подолання.

Соціально-політична модель — лобювання необхідних рішень, рек-
лама в засобах масової інформації. Перевага цієї моделі полягає в тому,
що вона є ефективним засобом формування громадської думки, враховує
соціально-територіальні особливості, соціальний час і тим самим долає
недоліки освітньої моделі.

Перші три моделі і зараз широко використовуються для попередження
кризових явищ. Але найбільш ефективними профілактичними моделями,
які зараз застосовуються в профілактичних програмах серед молоді країн
Європи, вважаються дві наступні.

Модель самопідсилення комбіновано поєднує основні характеристики
трьох попередніх моделей.

Модель «дії на благо здоров'я» також враховує і вплив на молоду люди-
ну її соціального оточення (референтної групи). Моделі «дій на благо здо-
ров'я» діють в двох напрямках — через переконання та через підвищення
відповідних мотивів (наприклад, підвищення цін на тютюн чи алкоголь,
що пов'язано з матеріальними втратами курців). Переконання використо-
вуються в програмах публічного навчання та «підвищення» або «покра-
щення» здоров'я.



На національному рівні, у 2018 році, Кабінет Міністрів України затвердив «Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку» (Розпорядження від 26 липня 2018 р. п 530-р). Вперше в Україні почалися системні заходи щодо запобігання неінфекційних захворювань. *Реалізація цього плану дозволить до 2030 року: на третину знизити передчасну смертність від неінфекційних захворювань (серцево-судинних захворювань, раку, цукрового діабету і хронічних респіраторних та інших захворювань); зменшити зловживання алкоголем щонайменше на 10%; знизити поширеність низької фізичної активності на 10%; зменшити споживання солі на 30%; знизити поширеність споживання тютюну людьми у віці старше 15 років до 18,5%; зупинити зростання ожиріння і діабету на 25% та знизити смертність від дорожньо-транспортних пригод на 25%.*

Прийняття Національного плану здійснюється в рамках реалізації Угоди про асоціацію між Україною та ЄС. Крім того, Міністерство охорони здоров'я України спільно з партнерами, включаючи ВООЗ та неурядові організації, розробили законопроекти щодо контролю за тютюновими виробами, рекомендації зі здорового харчування та законопроект про заборону промислових жирів і трансжирів.

Своєчасне схвалення та впровадження цих законодавчих ініціатив в Україні забезпечить прогрес країни в досягненні цілей сталого розвитку шляхом впровадження Рамкової конвенції ВООЗ з боротьби проти тютюну, трансформації психічного здоров'я та інших видів діяльності.

ТЕМА 24. КОНЦЕПЦІЯ СКРИНІНГУ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

24.1. Визначення скринінгових тестів та їх класифікація

Сучасній системі охорони здоров'я, для забезпечення своєчасного та ефективного втручання, необхідно отримувати медичну інформацію на ранніх стадіях розвитку захворювання, що можливо здійснити за допомогою скринінгових технологій.

Скринінгові тести дозволяють виділити з групи населення тих, хто, можливо, має захворювання. Скринінговий тест не призначений для діагностики. Осіб з позитивними або сумнівними результатами треба направляти до сімейних лікарів для встановлення діагнозу та призначення необхідного лікування. Ініціатива в проведенні скринінгу зазвичай надходить від дослідника, особи або організації, котрі надають медичну допомогу,



а не від пацієнта зі скаргами. Скринінг націлений переважно на виявлення хронічних хвороб, стосовно яких медична допомога не надається. Скринінг дозволяє визначити фактори ризику, генетичні схильності та передвісників або ранні прояви хвороби.

Види скринінгу. Термін «скринінг» походить від англійського слова «*screening*» та означає «відбір», «сорткування», «просіювання», він проявляється в різних видах і може бути:

- *скринінг в охороні здоров'я (профілактичний скринінг — Prescriptive Screening)* — масове обстеження осіб, які не вважають себе хворими, для виявлення захворювань з прихованим перебігом та інших станів (які у майбутньому можуть стати факторами ризику). Скринінг також визначають як систему первинного обстеження груп клінічно безсимптомних осіб з метою виявлення випадків захворювання. Прикладом може бути мамографія для виявлення раку молочної залози;
- *генетичний скринінг (Genetic Screening)* — це використання методів молекулярної біології для виявлення наявності у людини мутацій, які підвищують ризик розвитку захворювання, наприклад, генів BRCA1 та BRCA2, що значно збільшує ризик розвитку раку молочної залози та яєчників у жінок;
- *перинатальний скринінг (Perinatal Screening)* — комплекс досліджень, спрямований на виявлення ризику розвитку вад плоду під час вагітності;
- *скринінг в мікробіології* — метод, що використовують для вибіркового виділення цільових видів мікроорганізмів з величезної кількості мікробів.

Розрізняють *масовий скринінг*, до якого залучаються усі особи певної категорії (наприклад, усі діти одного віку) і *селективний скринінг*, який використовується в групах ризику (наприклад, скринінг членів сім'ї у разі виявлення спадкового захворювання).

Метою скринінгу в медицині найчастіше є виявлення й охоплення лікарським контролем кожного випадку, котрий вимагає медичного втручання.

У зв'язку з цим головним практичним завданням скринінгу медицини є виявлення хвороб на ранніх стадіях. Дане завдання може бути вирішене тільки за наявності 2-х умов, якщо хвороба має передклінічний період відповідної тривалості та наявність відповідного діагностичного тесту.

Вимоги до скринінгових тестів. За дуже короткого передклінічного періоду в ході масового обстеження ступінь ймовірності виявлення випадку хвороби на ранніх стадіях буде невисоким. Необхідно пам'ятати, що ідеальних скринінгових тестів не існує, у зв'язку з чим національні



та міжнародні організації з метою зниження діагностичних помилок, розробляють вимоги до скринінгових тестів.

Так, національний комітет скринінгу Великобританії (UK National Screening Committee) вважає, що скринінговий тест повинен бути: простим у виконанні, безпечним для здоров'я пацієнта, точним і достовірним; має бути відомим нормальний розподіл отриманих в результаті проведення тесту показників у досліджуваній популяції та має бути встановлений прийнятний граничний рівень показників тесту, за якого результат скринінгу буде вважатися позитивним. *Граничний рівень скринінгу (Screening Level)* — межа «норми» або точка поділу, після якого тест вважається позитивним. Граничний рівень скринінгу, ще називають рівнем порога відсікання (точка поділу на хворого чи здорового) і т.ін.; тест має бути прийнятним для обстежуваної популяції; скринінг генних хвороб повинен проводитись тільки на ті захворювання, для яких можливо провести діагностику усіх можливих мутацій генів, що викликають дану хворобу. За неможливості діагностики всіх генних мутацій скринінг даної генної хвороби здійснюватись не повинен.

Комітет експертів ВООЗ з санітарної статистики на XI доповіді в Женеві (1968) запропонував свої вимоги. Так, скринінговий тест на думку ВООЗ повинен бути: достовірним, тобто забезпечити вимірювання того, що повинно бути виміряне; точним, оскільки він мусе відповідати частці правильних результатів тесту в загальній кількості результатів — позитивних і негативних. Необхідний ступінь точності залежить від мети дослідження; зручним, простим, дешевим, доступним, добре відтвореним обстежуваними особами; точність та відтворюваність характеризують ефективність скринінгового тесту.

Скринінг — це не просто один тест, а скоріше шлях, який починається з ідентифікації населення, яке має право на перевірку, і припиняється, коли повідомляються результати. Програма скринінгу буде ефективною лише за умови проходження всіх її етапів (Рис. 1).

Переваги та недоліки скринінгу. У багатьох пацієнтів рання точна діагностика і втручання призведуть до поліпшення прогнозу. На цій стадії лікування може бути менш радикальним. Мізерні ресурси служб охорони здоров'я вдасться заощадити при лікуванні захворювань до їх прогресування, а особи з істинно негативними результатами тесту будуть заспокоєні.



Рис. 1. Етапи проведення скринінгу



Таблиця 24.1

Переваги та недоліки скринінгу

Переваги	Недоліки
Поліпшення прогнозу для деяких виявлених випадків	Більш тривалий період захворювання у випадках, коли прогноз не змінюється
Менш радикальне лікування, що дозволяєвилікувати деякі випадки захворювання на ранній стадії	Активне лікування сумнівних порушень
Економія ресурсів	Затрати ресурсів
Заспокоєність осіб з негативними результатами тесту	Необґрунтована заспокоєність осіб з помилково негативними результатами
	Занепокоєння і іноді захворюваність осіб з хибнопозитивними результатами

Щодо недоліків, тут справа є складнішою. У пацієнтів, для яких прогноз не змінився, період захворювання буде тривалішим, і вони можуть отримувати надмірне лікування виявлених несерйозних захворювань або порушень. Виникають також витрати ресурсів на виявлення більшої кількості захворювань, пов'язаних з проведенням тестів, оплатою праці персоналу і подальшим лікуванням виявлених станів. Деякі особи з хибнонегативними результатами будуть необґрунтовано заспокоєні, а деякі пацієнти з хибнопозитивними результатами відчуватимуть щонайменше необґрунтоване занепокоєння, а в гіршому випадку отримають неналежне лікування (Табл. 24.1).

24.2. Концепції скринінгового тесту

За результатами скринінгового тесту не можна встановити точний діагноз та провести лікування. Скринінговий тест дозволяє поділити обстежуваних на 2 групи, першу групу складатимуть ймовірно хворі, а другу групу — особи, у яких з великою ймовірністю хвороби немає.

Результат скринінгового тесту може бути або позитивним (ймовірність наявності захворювання) або негативним (норма), а справжнє захворювання може бути присутнім, або відсутнім як при позитивному, так і негативному результаті тесту. Таким чином, можливі 4 варіанти тлумачення результатів тесту — 2 дійсних та 2 помилкових (Табл. 24.2). Таблиці, в котрих наведено дані результати, мають назву *таблиці спряженості* або



таблицями, 2x2 або чотирипольні таблиці. Таблиця спряженості — це за-сіб подання спільного розподілу змінних, призначений для дослідження зв'язку між ними. Таблиця спряженості є найбільш універсальним засобом вивчення статистичних зв'язків, оскільки в ній можуть бути представлені тільки абсолютні числа з різним рівнем вимірювання.

Таблиця 24.2

Співвідношення між результатами діагностичного тесту та наявністю захворювання

Тест	Хвороба	
	присутня	відсутня
Позитивний	a Істинно позитивний	b Хибний позитивний
Негативний	c Хибний негативний	d Істинно негативний

Незалежно від того, де застосовується скринінг, він має ряд основних характеристик, які оцінюють скринінговий тест. До них відносять коефіцієнти ефективності або точності (чутливість, специфічність, прогностична цінність позитивного результату (ПЦПР), прогностична цінність негативного результату (ПЦНР)), відтворюваність (показник відповідності та показник відтворюваності), а також якості скринінгового тесту (ROC-аналіз) та інші.

24.3. Показники, що характеризують точність (ефективність) скринінг-тесту

Чутливість (sensitivity) тесту — це здатність тесту достовірно оцінювати наявність даного захворювання у обстежуваної особи.

Високочутливі тести мають бути точними і рідко помилятися в оцінці здоров'я осіб, з будь-якою патологією (хворобою). Іншими словами, чутливі тести не повинні пропускати хворих, хоча при цьому, майже неминуче, в низці випадків, захворювання може бути помилково «приписане» здоровим особам.

Чутливість тесту вимірюється за питомою вагою (часткою) правильних (достовірних) діагностичних оцінок серед осіб, що дійсно мають дане захворювання. Частку правильних діагнозів називають *істинно позитивними результатами*. Частина дійсно хворих осіб, що залишилась нерозпізнаною — *хибно негативними результатами*.



Приклад. Якщо в популяції скринінговий тест зі 100 осіб, які страждають на певну патологію, виявляє 95% хворих, а в 5% він дає хибний результат, його чутливість в цьому випадку буде дорівнювати 95%.

Чутливість тесту визначається за наступною формулою:

$$Se = \frac{a}{a + c} \quad (24.1)$$

де, Se — чутливість тесту; a — істинно позитивний результат; c — хибний негативний результат.

Специфічність (specificity) тесту — це його здатність давати достовірну оцінку відсутності даної хвороби у індивідуума. Зазвичай в цьому випадку, кажуть, людина здорова, маючи на увазі відсутність певного захворювання.

Високоспецифічні тести, як правило, не відносять здорових до хворих, але можуть пропустити частину випадків з легким, атипичним перебігом хвороби. Специфічність тесту вимірюється часткою достовірних оцінок відсутності даної хвороби серед дійсно здорових осіб. Цю частку оцінок називають *істинно негативними результатами*, а частку здорових, яких помилково оцінили, як хворих позначають, як хибний позитивний результат.

Специфічність тесту визначається за наступною формулою:

$$Spe = \frac{d}{b + d} \quad (24.2)$$

де, Spe — специфічність тесту; d — істинно негативний результат; b — хибний позитивний результат.

Основною метою діагностичного тесту є встановлення діагнозу, тому необхідно знати ймовірність того, наскільки він дає змогу встановлювати правильний безпомилковий діагноз. Чутливість та специфічність не дають нам подібної інформації. Замість них необхідно аналізувати так звані прогностичні значення: прогностична цінність тесту може бути як для позитивного, так і негативного результату.

Прогностична цінність позитивного результату (positive predictive value) (ПЦПР) — ймовірність наявності захворювання при позитивному (патологічному) результаті тесту або частка пацієнтів з позитивними результатами тесту, які були правильно діагностовані.



Визначення прогностичної цінності позитивного результату розраховується за формулою:

$$\text{ПЦПР} = \frac{a}{a + b} \quad (24.3)$$

де, ПЦПР — прогностична цінність позитивного результату; a — істинно позитивний результат; b — хибний позитивний результат.

Прогностична цінність негативного результату (*negative predictive value*) (ПЦНР) — ймовірність відсутності захворювання при негативному (нормальному) результаті тесту або частка пацієнтів з негативними результатами тесту, які були правильно діагностовано.

Формула для визначення прогностичної цінності негативного результату:

$$\text{ПЦНР} = \frac{d}{c + d} \quad (24.4)$$

де, ПЦНР — прогностична цінність негативного результату; c — хибний негативний результат; d — істинно негативний результат.

До факторів, що визначають прогностичну цінність скринінгового тесту відносять: чутливість скринінгового тесту; специфічність скринінгового тесту; поширеність захворювання, що виявляється в досліджуваній популяції.

Поширеність (*prevalence*) визначається як відношення числа осіб з наявністю захворювання (чи будь-якого іншого стану) до всієї досліджуваної популяції.

Поширеність називається *апріорною* (претестовою) ймовірністю, тобто це ймовірність виявлення захворювання до того, як стали відомі результати тесту. Прогностична цінність називається *апостеріорною* (посттестовою) ймовірністю захворювання.

Формула, що пов'язує чутливість, специфічність та поширеність захворювання з прогностичною цінністю, виводиться з теореми Байеса (За Р. Флетчер «Клінічна епідеміологія»):

Для позитивного результату:

$$\text{PPV} = (\text{Se} * P) / [(\text{Se} * P) + (1 - \text{Spe}) * (1 - P)] \quad (24.5)$$



де, PPV — прогностична цінність позитивного результату; Se — чутливість; Spe — специфічність; P — поширеність.

Для негативного результату:

$$NPV = (1 - P) * Spe / [(1 - P) * Spe + (1 - Se) * P] \quad (24.6)$$

де, NPV — прогностична цінність негативного результату; Se — чутливість; Spe — специфічність; P — поширеність.

Чим чутливіший тест, тим вищою є прогностична цінність його негативного результату (тобто збільшується ймовірність того, що негативні результати тесту спростують хибний діагноз).

Навпаки, чим більш специфічним є тест, тим вища прогностична цінність його позитивного результату (таким чином збільшується ймовірність того, що позитивні результати тесту підтвердять ймовірний діагноз).

Інтерпретація прогностичної цінності позитивного або негативного результату тесту змінюється залежно від поширеності захворювання.

Якщо позитивні результати навіть високоспецифічного тесту отримані в популяції з малою поширеністю захворювання, то вони виявляться переважно хибними позитивними.

У популяції, в якій немає досліджуваного захворювання, всі позитивні результати будуть хибними позитивними. Коли поширеність захворювання прагне до нуля, прогностична цінність позитивного результату теж прагне до нуля.

Якщо негативні результати високочутливого тесту, отримані в популяції з високою поширеністю захворювання, більшість з них буде хибними негативними. В популяції, де захворювання має кожен, всі негативні результати навіть високочутливого тесту виявляться хибними негативними. Коли поширеність прагне до 100%, прогностична цінність негативного результату прагне до нуля.

ТЕМА 25. ВИЗУАЛІЗАЦІЯ ТА ЕФЕКТИВНЕ ПОДАННЯ ДАНИХ ПРО ЗДОРОВ'Я. ПОШИРЕННЯ І ВИКОРИСТАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

25.1. Використання візуалізації даних у громадському здоров'ї

З розвитком технологій у світі значно зросла кількість даних. Нові методики дозволяють значно спростити процеси управління, аналізу



та інтерпретації величезного масиву даних, а також підвищити ефективність роботи з ними. Така сфера діяльності держави, як охорона здоров'я більше, ніж будь-коли раніше, керується цими даними. Зростання доказової бази в охороні здоров'я вимагає швидкого й ефективного використання даних з метою зміцнення здоров'я населення, покращення якості життя, профілактики та лікування захворювань. Адже отримана інформація є високоінформативною для покращення планування та політики в галузі охорони здоров'я. Розвиток цифрових інструментів в освіті спонукає до необхідності змін подання інформації, а саме до її візуалізації.

Дані, представлені у наочній графічній формі, краще сприймаються, саме тому нові тенденції в технологіях візуалізації, становлять особливий інтерес. Крім якісної зміни форм подання інформації виникають технології інтерактивної візуалізації та анімації великих наборів багатовимірних масивів даних у часі, розширені методи побудови інтерфейсу і багато іншого. Якісна візуалізація даних має велике значення для аналізу і прийняття рішень.

Візуалізація даних (Data visualization) — це наочне подання масивів різної інформації. Існує кілька типів візуалізації:

- *звичайне візуальне надання кількісної інформації в схематичній формі.* До цієї групи можна віднести всім відомі кругові та лінійні діаграми, гістограми і спектрограми, таблиці та різні точкові графіки;
- *дані при візуалізації можуть бути перетворені на форму, що посилює сприйняття й аналіз цієї інформації.* Наприклад, карта і полярний графік, тимчасова лінія і графік з паралельними осями, діаграма Ейлера;
- *концептуальна візуалізація дозволяє розробляти складні концепції, ідеї і плани за допомогою концептуальних карт, діаграм Ганта, графіків з мінімальним шляхом та інших подібних видів діаграм;*
- *стратегічна візуалізація переводить у візуальну форму різні дані про аспекти роботи організацій.* Це всілякі діаграми продуктивності, життєвого циклу і графіки структур організацій;
- *метафорична візуалізація допомагає графічно організувати структурну інформацію за допомогою пірамід, дерев і мап даних, яскравим прикладом якої є мапа метро;*
- *комбінована візуалізація дозволяє об'єднати кілька складних графіків в одну схему, як в мапі з прогнозом погоди.*



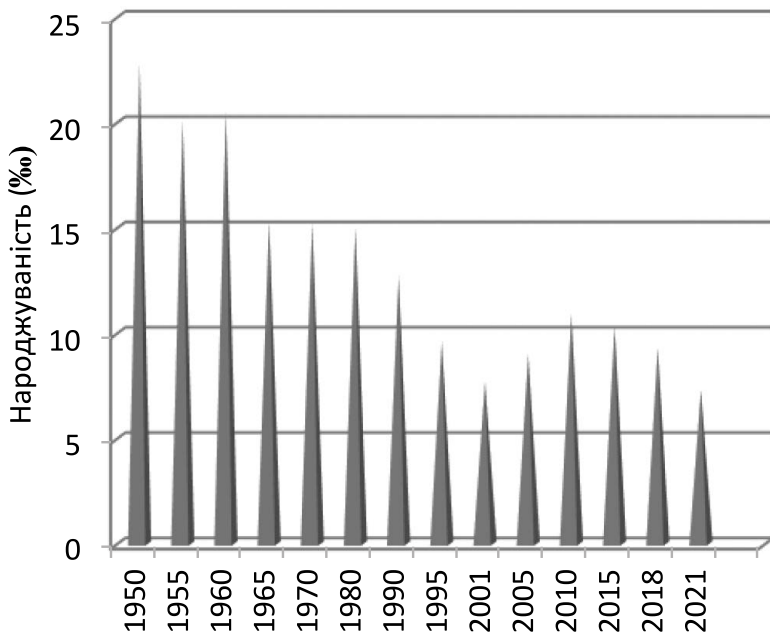
25.2. Традиційні форми представлення даних у вигляді діаграм

Візуалізація дозволяє охоплювати великі обсяги інформації, наче стискаючи її, роблячи компактною. Так само вона дозволяє зробити доступнішим сприйняття складної інформації, пришвидшуючи порівняння величин і полегшуючи виявлення паттернів у даних.

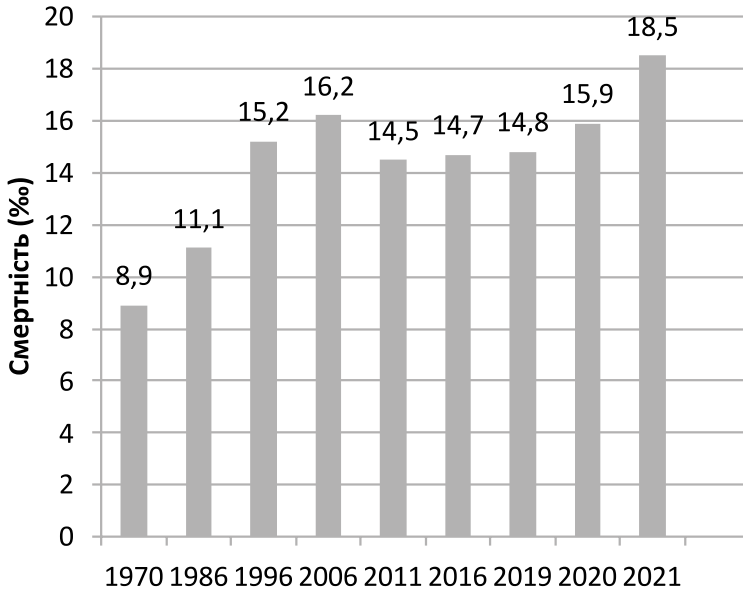
Важливою рисою візуалізованих даних є їхня переконливість, тому дуже важливо уникати викривлення інформації в процесі візуалізації. Зокрема, в хорошій візуалізації наочність загальної картини не заважає сприйняттю деталей.

У вузькому значенні візуалізація — це поєднання зображення і тексту. Діаграми і таблиці є найпростішим і популярним способом візуалізації даних.

Представлення даних у вигляді діаграм. Діаграма є об'єктом електронної таблиці. Графічний образ і допоміжні елементи є складовою частиною графіка та результатом візуалізації.



**Рис. 1. Рівні народжуваності в Україні
(на 1000 населення)**



**Рис. 2. Рівні смертності в Україні
(на 1000 населення)**

До переліку традиційних діаграм відносяться: гистограма, лінійчата діаграма, графік, кругова діаграма, секторна діаграма, діаграма з областями, точкова діаграма. Тип діаграми звичайно обирається з урахуванням її призначення. Діаграми різних видів застосовуються для різних цілей, кожен тип має свої переваги і недоліки.

Діаграма включає наступні елементи: область діаграми; область побудови; точка даних, ряди даних, нанесених на діаграму; горизонтальна вісь (вісь категорій); вертикальна вісь (вісь значень); легенда; назви діаграми та осей; підпис даних для позначення окремої точки в ряді даних.

Гістограма — спосіб графічного подання табличних даних. Вона показує розподіл значень в множині об'єктів. На одній осі, як правило, горизонтальній, ми відкладаємо значення, а на вертикальній — показуємо, скільком об'єктам у множині воно відповідає. Оскільки кількість об'єктів — натуральне число, гістограми завжди будують від нуля (Рис. 1).

Стовпчикові діаграми подають згруповані дані за допомогою прямокутних стовпців довжини яких пропорційні значенням, які вони відобра-



жають. Вони корисні для показу змін у даних із плином часу або для начного порівняння елементів. У звичайній стовпчовій діаграмі, призначеній для порівняння кількох значень, значуща лише одна вісь, а вздовж іншої розташовано стовпчики зручної для сприйняття ширини, висота яких кодує значення (Рис. 2). Стовпчові діаграми часто будують не від нуля.

Основні правила побудови стовпчових діаграм: ширина стовпчиків та відстань між ними повинні бути однаковими; стовпчики розташовують від меншого до більшого або навпаки (просторова модель); в основі стовпчиків проводиться та виділяється базова лінія; вказується назва і цифрові дані стовпчиків; на шкалі повинні бути поділки, основні з яких позначаються цифрами; вказують одиницю виміру.

Лінійні діаграми, діаграми розсіяння і бульбашкові діаграми. Лінійна діаграма — тип діаграми, яка відображає інформацію як серію точок даних («маркерів»), з'єднаних відрізками. Точки впорядковують за однією віссю (як правило, за віссю X). Лінійна діаграма часто використовується для візуалізації тенденції даних через інтервали часу — часового ряду — таким чином лінія є хронологічно впорядкованою (Рис. 3).

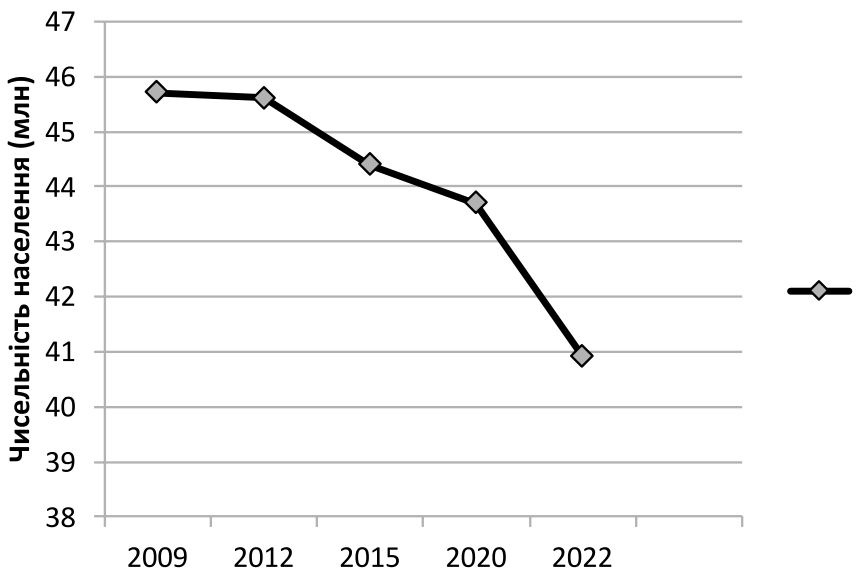


Рис. 3. Чисельність населення України (млн.)



Декартова система координат, є одним із найпотужніших інструментів візуалізації даних. Просте розміщення точок даних в координатній сітці дає діаграму розсіяння, яка, будучи зручним інструментом пошуку кореляції під час аналізу, може бути адекватним засобом візуалізації даних, в яких треба показати як тенденцію, так і типові відхилення від неї.

Якщо треба показати те, як експериментальні дані відповідають чи відхиляються від теоретичної (обчисленої) кривої, до точок додають «вуса», що показують межі імовірної похибки або будують експериментальну криву, яка є смугою, що її ширина дорівнює похибці виміру.

Якщо точок дуже багато і тенденція чітка, лишається власне лінія, і це називається лінійною діаграмою. В лінійних діаграмах можна поєднувати декілька ліній, що дуже зручно для порівняння параметрів кількох подібних об'єктів. Кодування ліній виконується кольором або різними пунктирами. Але важливо не перевантажувати діаграму — для більше ніж чотирьох ліній краще сприйматиметься кілька менших графіків, поданих поруч в одному масштабі.

Якщо треба показати залежності трьох змінних, точки на діаграмі розсіяння замінюють на кола, діаметр яких кодує додаткову змінну. Важливо правильно обрати масштаб для цієї змінної: різниці в діаметрі мають бути помітними, але кола не мають ставати завеликими, щоби не заважати сприйняттю позицій своїх центрів у координатній площині.

Секторні діаграми являють собою коло, поділене на сектори, величини яких відповідають (у пропорціях) зображуваним розмірам явищ. Секторні діаграми будують для відображення структури явищ (Рис. 4).

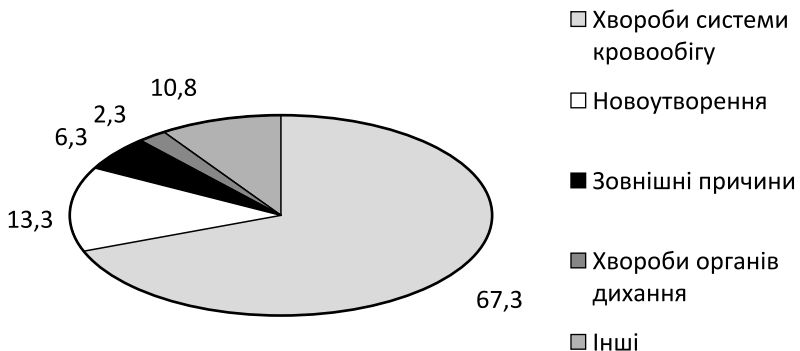


Рис. 4. Питома вага окремих причин смерті населення (%)



Подання даних у вигляді таблиць. Таблиця (*Table*) — це форма систематизованого, раціонального і наочного викладення статистичних даних про явища і процеси. Вона складається з рядків та стовпчиків. Елементи таблиці можуть бути по-різному згруповані, сегментовані або розташовані.

Розрізняють підмет і присудок таблиці. Підметом таблиці є одиниці статистичної сукупності або їх групи, які підлягають характеристиці і вивченню. Присудком таблиці — цифрові дані, що характеризують підмет. За характером підмета статистичні таблиці поділяються на: прості, групові та комбінаційні.

Простими називають такі статистичні таблиці, в підметі яких міститься простий перелік будь-яких об'єктів, територіальних підрозділів або хронологічних дат.

Груповими називають статистичні таблиці, в яких статистичний підмет складається з груп, виділених за будь-якою однією суттєвою ознакою, а присудок містить ряд ознак, які характеризують зазначені групи.

Комбінаційними називають статистичні таблиці, в яких підмет являє собою комбінацію, сполучення двох або кількох ознак, а в присудку наводяться ознаки, що характеризують виділені групи і підгрупи. Комбінаційні таблиці отримують внаслідок комбінаційних групувань. Вони мають дуже велике аналітичне значення.

При розробці і заповненні макетів таблиць необхідно дотримуватись правил їх побудови:

- статистичні таблиці не повинні бути надмірно громіздкими й ускладненими, для полегшення їх аналізу. У зв'язку з цим по можливості таблицю слід складати невеликою за розміром, легко доступною для огляду. Інколи доцільно замість однієї великої таблиці побудувати декілька пов'язаних між собою, послідовно розташованих таблиць;
- всі таблиці мають бути пронумерованими арабськими цифрами. Номер таблиці вказують перед її заголовком. При цьому знак «№» не пишуть;
- кожна таблиця повинна мати загальний заголовок, в якому коротко і ясно відображається основний зміст таблиці, вказано до якої території і до якого періоду або моменту часу відносяться дані наведені в ній. Вимога точності, чіткості та ясності відноситься і до заголовків рядків і граф;
- показники таблиці обов'язково повинні супроводжуватись одиницями вимірювання. Якщо для всіх показників використовується одна одиниця вимірювання, її пишуть в кінці заголовка таблиці, а якщо їх кілька —



- в кінці рядків або граф. Одиниця вимірювання відокремлюється від назви показника комою;
- слова в таблиці пишуться повністю. Можна використовувати тільки загальноприйняті скорочення;
 - таблиці, як правило, мають бути замкненими, тобто мати підсумкові результати (в цілому, по групах і підгрупах);
 - при заповненні таблиць потрібно використовувати такі умовні позначення: за відсутності явища пишуть прочерк (–), якщо ж немає інформації про явище, ставлять три крапки (...) або пишуть «немає відомостей», в тих випадках, коли клітинка не підлягає заповненню у зв'язку з відсутністю осмисленого змісту — ставлять знак множення (x). За наявності інформації щодо досліджуваного явища, числові значення якого складають величину меншу за критичну в таблиці точності, прийнято записувати 0,0;
 - однаковий ступінь точності, є обов'язковим для всіх чисел, забезпечується дотриманням правил їх округлення. Всі значення однойменних показників мають бути записані з однаковим ступенем точності (до цілих, до 0,1, до 0,01 і т.д.);
 - коли одна величина перевищує іншу багатократно, то отримані показники динаміки краще виражати не у відсотках, а в разях (коефіцієнтах);
 - якщо в таблиці поряд із звітними даними наводять відомості розрахункового порядку, то про це слід зробити відповідне застереження. По можливості ці пояснення краще зробити в самій таблиці або в заголовку до неї;
 - якщо є потреба до таблиці можуть бути застосовані і виноска. Примітки даються у вигляді необхідності додаткових пояснень змісту окремих показників таблиці. У виносках таблиці зазвичай вказують джерела отриманих відомостей.

25.3. Візуалізація даних за допомогою сучасних технологій: інфографіка, анімація, інтеракція

Інфографіка (Infographic) — є надзвичайно актуальною, відносно «молодою», малодослідженою галуззю дизайну. Як окрему галузь її почали розглядати лише на початку XXI століття, і науковці ще не розробили достатньо теоретичного матеріалу і, як наслідок, маємо певну плутанину в термінології.



Інфографіка або інформаційна графіка — це візуальна презентація інформації, що дозволяє донести її максимально доступно (для певної аудиторії) і швидко. Існує безліч різних схем візуалізації, але об'єднує їх єдина мета — графічне впорядкування інформації.

Інфографіка — це найефективніший засіб презентації результатів досліджень, вона застосовується при вирішенні різних завдань у випадках, коли необхідно показати пристрій або алгоритм роботи чогось, співвідношення об'єктів у часі і просторі, продемонструвати тенденцію, організувати великі обсяги однорідної інформації, відобразити технологічний або комерційний процес тощо. Інформаційна графіка не менш корисна і для виділення найважливіших даних, наприклад, при обміні діловою інформацією з метою кращого засвоєння комплексних ідей, процесів і систем.

Основна мета інфографіки — інформування. При цьому часто цей інструмент виступає як доповнення до текстової інформації, яка охоплює тему в повному обсязі і містить деякі пояснення. Якщо говорити про стиль передачі інформації, то він може бути дуже різним. Все залежить від того, що має на увазі укладач.

Інфографіку поділяють на «ненасичену» (просту, неконцентровану) і «концентровану» (щільну, складну). Так чи інакше, інфографіка «не просто узагальнює цифри і факти, вона подає історію, використовуючи нестандартні прийоми і допомагає актуалізувати інформацію». Призначення застосування інфографіки — швидкість, легкість та повнота передачі інформації читачам.

Сьогодні все частіше можна зустріти застосування інфографіки в блогах та на сайтах абсолютно різної тематики. Досвідчені аналітики і вебмайстри користуються різними онлайн сервісами та сучасними програмними продуктами, найбільш популярними з них є: Google Developers, Piktochart, Visual.ly, Easel.ly, Vizualize.me. Варто виділити ще такий вид інформаційної графіки як інструменти бізнес-аналітики, а саме: Microsoft Azure, Power BI, Tableau. За допомогою даних програм можна створювати схеми, графіки і карти, завантажувати відео, фото, аудіозаписи, інтернет-посилання геолокаційних і календарних відміток для створення інтерактивної інфографіки. В літературних джерелах синонімом терміну «інфографіка» є «візуалізація даних». Візуалізація даних — це графічне відображення абстрактної інформації, яке має на меті аналіз даних і комунікацію.

Терміни «інфографіка» та «візуалізація даних» мають дві фундаментальні відмінності. Інфографіка насамперед працює з невеликою кількістю даних. Візуалізація даних використовується для подачі великої кількості



кості неструктурованих даних, частіше для аналітиків та експертів. Таким чином, інфографіка та візуалізація даних як термінологічні поняття мають різну мету, різних користувачів і різні принципи розробки.

Пропонуємо ознайомитись з безкоштовними сервісами для створення інфографіки:

EASEL.LY. Простий і багатофункціональний. Ця платформа має інтуїтивно-зрозумілий інтерфейс, тому створення картинки з нуля чи використання готового шаблону не вимагатиме від вас великих зусиль. Ресурс запускається як з персонального комп'ютера, так і з мобільних пристроїв.

За допомогою Easel.ly зручно візуалізувати звіти, хронологію подій, процеси і порівняння. Сервіс підходить для створення резюме, презентацій, доповнень до статей і доповідей — кольори, шрифти, форми, розміри, фігури, лінії та стрілки передбачають гнучкі налаштування. В редакторі можна завантажувати зображення, управляти прозорістю елементів. Завантажені з Easel.ly файли не мають водяних знаків.

INFOGRAM. Цей англомовний сервіс теж вимагає реєстрації — після неї ви отримаєте доступ до інтерактивних шаблонів типів карт. На безкоштовному тарифі дозволено створювати до 10 проєктів, імпортувати дані і публікувати контент в інтернеті.

Платформа підходить для малювання інтерактивних схем, діаграм, онлайн-карт. Користувач може редагувати всі елементи обраного шаблону; додавати до нього картинку, текст і навіть відео з YouTube каналу.

READYMAG. Сервіс підходить для малювання презентацій, портфоліо, фотоісторій. Для його використання не потрібні спеціальні навички. Після авторизації користувачеві доступний повний функціонал редактора з можливістю зміни тексту і прозорості, вставки відео та об'єднання окремих елементів. Безкоштовна версія обмежена створенням одного проєкту з 10 сторінками. Скачані файли відзначені брендингом Readymag.

TIME GRAPHICS. Хмарний сервіс призначений для створення стрічки хронологічних подій, порівняння процесів і результатів. За допомогою цього сервісу легко візуалізувати бізнес-плани або історичні дати. Інфографіку можна малювати з нуля або ж взяти за основу готові варіанти (змінювати колір і текст, видаляти або додавати події, графіки, зображення та відео). Доступним є спільне редагування й експорт створеного віджета на сайт у вигляді коду.

CANVA. Це потужний онлайн-інструмент для вирішення різних дизайнерських завдань: від розробки листівок для соцмереж, логотипів



до створення презентацій та іншої інфографіки. Робота сервісу організована за принципом впровадження готових, зручних шаблонів. Користувачам доступна бібліотека шрифтів, іконок і картинок, завантаження власної графіки.

CASOO. Після швидкої реєстрації в онлайн-сервісі ви зможете формувати діаграми, карти, мережеві графіки та блок-схеми. У редакторі є 120 шаблонів, на основі яких легко створити власну інфографіку (додавати і редагувати текст, лінії, фігури, таблиці).

Casoo відрізняється інтеграцією з хмарними сховищами і відкритим журналом змін.

PREZI. Цей онлайн-інструмент підходить і для комп'ютера, і для мобільних пристроїв. Він призначений для створення презентацій та іншої інфографіки: до обраного шаблону можна додавати текст, анімацію, фон, фігури та елементи. Однак безкоштовна версія надає лише базові можливості для створення і зберігання одного проєкту.

VENNGAGE. Це проста у використанні онлайн-платформа, за допомогою якої легко створити: флаєр, постер, бюлетень, картинку для соцмереж, резюме, запрошення, звіт, презентацію, інфографіку.

Після реєстрації сервіс пропонує вибрати з маси шаблонів три вподобаних варіанти — на основі цих даних згодом сформується розділ «Рекомендовані». У редакторі присутні наступні графічні інструменти: фон, текст, іконки, діаграми, карти, фото, рамки, значки і, навіть, інтерактив. Можна додавати зображення зі свого ПК.

CREATELY. За допомогою сервісу можна швидко створювати схеми та діаграми, зокрема, шляхом вибору шаблону і накладення на нього потрібної інформації.

Free-версія дозволяє зробити до п'яти діаграм в рамках одного проєкту (з нуля або за шаблоном з потрібними даними). В інфографіку дозволено додавати текст, лінії, фігури, змінювати фон, імпортувати зображення. Навіть власники безкоштовних акаунтів можуть завантажувати проєкти в форматі jpeg і png.

PIKTOCHART. У відкритому доступі є варіанти для презентацій, шаблони для друкованої продукції (листівок, звітів, плакатів) і безпосередньо для інфографіки. Можна додавати в панель управління власні візуальні ефекти та створювати візуальний контент з нуля.

Анімація (Animation). Також надзвичайно потужним інструментом у сфері охорони здоров'я є анімація, оскільки вона допомагає подати складну інформацію у зрозумілому, цікавому форматі. Анімацію можна створюва-



ти у 2D, 3D або гібридному режимі — поєднання живих кадрів з анімованою графікою руху.

Анімація має багато переваг, зокрема: спрощує складну інформацію — анімаційне подання може надати інформацію в легкозасвоєваному, стислому форматі; долає бар'єри. Існує багато причин чому аудиторія може не сприймати надану інформацію, зокрема мовні чи культурні бар'єри, низький рівень медичної грамотності та інше. Анімація використовує різноманітні форми та засоби комунікації, які допомагають подолати ці проблеми; необмежена креативність — анімація має унікальну здатність візуалізувати механізм або дію ліків, представити продукт з різних кутів; зв'язок між людьми — використання анімованих персонажів дозволяє глядачам знайти схожість між собою та героями історії, що дозволяє створити особистий зв'язок.

Ось кілька прикладів використання анімації: відео з поясненнями — анімовані відео з поясненнями є інформативними та захоплюючими, це можуть бути пояснення про ліки, про те, яким може бути лікування, як відбувається процес одужання або як використовувати продукт; рекламні відео — анімація може перетворитися на чудовий інструмент для привернення уваги громадськості до проблем зі здоров'ям. Створення відео, яке можна оптимізувати для різних платформ, дає змогу забезпечити найефективнішу стратегію; 3D-анімація відкриває світ можливостей, вона зодає точну візуалізацію, досліджуючи тонкощі науки. 3D-візуалізація в медицині слугує інструментом навчання і використовується для демонстрації. Анімація і 3D-візуалізація хірургічних операцій — це можливість дізнатися, діагностувати або зрозуміти особливості процесу без фізичного втручання; навчальні відео — можуть бути цінним способом спілкування зі співробітниками та демонстрації робочих процесів.

Інтера́кція (Interaction) — взаємодія людей у процесі спілкування, організація спільної діяльності. У ході спілкування для учасників важливо не тільки обмінюватися інформацією, а й організувати «обмін діями», спланувати загальну стратегію, особливо у сфері громадського здоров'я. Взаємодіючи з оточуючими з різних приводів, ми обираємо, як правило, стратегії поведінки, відповідні ситуації. Взаємодія людей різноманітна, тому за допомогою інтеракції вчені прагнуть упорядкувати різноманітні типи взаємодії, створити цілісну картину, що моделює багатство спілкування.



ТЕМА 26. ІНФОРМАЦІЙНО-РОЗ'ЯСНЮВАЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ (АДВОКАЦІЯ) В ІНТЕРЕСАХ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

26.1. Адвокаційна кампанія. Визначення терміну, тріада і типи адвокації

У сучасному світі можна віднайти велику кількість визначень адвокації. Вони відрізняються залежно від країни, культури, часу і політичного режиму. Найчастіше, коли йдеться про адвокацію, люди неодмінно асоціюють цей термін з юриспруденцією, адвокатською діяльністю юристів. Ця діяльність дійсно базується на знанні законів і підзаконних актів, проте є значно ширшою за своїми цілями і завданнями, і за методами досягнення мети.

Термін «адвокасі» або «адвокація» походить від англійського «advocacy» (дієслово — «to advocate»), що означає заклик до надання підтримки (рекомендації, аргументації, просування чогось). За терміном адвокація, закріпилось специфічне поняття, яке трактує «адвокасі» як особливий рід занять з характерними рисами, і, переважно, спрямований на соціальну проблематику.

Явище адвокації виникло в результаті необхідності реагувати на гострі проблеми, що виникають в суспільстві, або ж вироблення комплексної відповіді на систематичні проблеми. Наприклад, особа або група осіб, які потрапили в скрутне становище, або ж усвідомлюють існування певної проблеми, не завжди можуть цю проблему вирішити самостійно. Тому виникає необхідність пошуку і впливу на того, кому підвладне вирішення даної проблеми. Звідси і визначальна риса адвокації — вплив на особу, яка приймає рішення.

Адвокація (Advocacy) — це ряд заходів, спрямованих на осіб, які ухвалюють рішення (мають можливість змінити ситуацію), з метою вирішення певних проблем у конкретних осіб або в суспільстві. Адвокація це метод або підхід, який використовується для зміни політики і практичних підходів, зміни співвідношення сил, поглядів і відносин.

Процес адвокації вважається завершеним, тільки в тому випадку, коли приймається рішення, відповідно до якого проводяться певні дії. Існує поняття адвокація політики, тісно взаємопов'язане з усіма сферами діяльності людини і суспільства, в тому числі і в забезпеченні здоров'я населення.

Адвокація політики в охороні здоров'я — це один з найбільш ефективних методів досягнення цілей в системі охорони здоров'я, який дозволяє



забезпечити наявність ресурсів та політичної волі необхідних для підтримки, розширення та прийняття програм громадського здоров'я.

Будь-яка адвокаційна діяльність повинна мати три основні очікувані наслідки / результати: зміна політики (взаємодія влади з суспільством); системні зміни (залучення громадян до процесу прийняття рішень; прозорість процесу ухвалення рішень; підзвітність тих, хто приймає рішення) — зміна в практиці прийняття рішення; демократичні зміни (громадяни усвідомлюють і використовують свої права і силу щоб бути залученими до прийняття рішень на всіх рівнях влади). Це і є основою становлення громадянського суспільства.

Це, так звана, **тріада адвокації**, без якої важко досягти її головної мети — участі громадськості та громад в прийнятті владних рішень та усвідомленні суспільством своєї відповідальності за прийняті рішення і зроблений вибір.

В адвокацькій практиці, адвокація може реалізовуватись у вигляді трьох типів: самоадвокація (Self-advocacy); адвокація конкретного випадку — кейс-адвокація (Case advocacy) і суспільна адвокація (Cause advocacy).

Самоадвокація — передбачає представлення своїх інтересів або захист власних прав.

Адвокація конкретного випадку (іноді відносять до «Індивідуальної адвокації») означає виступати від імені, представляти інтереси або захищати права іншої людини або специфічної групи людей, які не можуть це зробити у даний момент.

Громадська або публічна адвокація — це говорити від імені, представляти інтереси і захищати права широкої категорії населення або всього суспільства (популяції).

Мета адвокації — кінцевий результат довготривалої діяльності в рамках реалізації заходів з адвокації, якого хочуть домогтися учасники групи з адвокації. Це майбутні зміни, якими їх бачать учасники кампанії з адвокації, при цьому цільовою аудиторією є політики / особи, які приймають рішення. Мета завжди орієнтує на кінцевий результат.

Завдання формулюють питання, на які має бути отримана відповідь для досягнення мети дослідження. Завдання завжди конкретизують мету, уточнюють деякі найважливіші її положення, вони дозволяють обрати шляхи і засоби для досягнення мети адвокаційної кампанії. Формулювання завдань ґрунтується на дробленні мети адвокації на її підцілі. Перелік завдань будується за принципом від найменш складних до найбільш



складних, а їх кількість визначається глибиною проблеми, яку необхідно вирішити. Це може бути зміна законодавчої бази, перерозподіл фінансових потоків, зміна системи фінансування, системи оплати праці, більш справедливий розподіл ресурсів в комунальних некомерційних підприємствах тощо.

Адвокація завжди асоціюється з основними концепціями, які повинні братися до уваги.

26.2. Концепції адвокаційної кампанії

В адвокації можна виділити кілька концепцій, до них відносяться: легітимність, надійність, відкритість, підзвітність, взаємини між адвокацією, владою і політикою, так звана, публічна підзвітність.

Легітимність (від лат. *legitimus* «згоден з законами, законний, правомірний») — згода народу з владою, його добровільне визнання за нею права приймати обов'язкові рішення. Легітимність є однією з основних концепцій в адвокаційній роботі. Групи адвокації завжди повинні працювати над встановленням і зміцненням своєї легітимності. Існує два стовпи легітимності: легітимність на основі справи і легітимність від населення.

Надійність. Надійність визначається якістю адвокаційної кампанії, наскільки вона заслуговує довіри в суспільстві в цілому і в окремих групах населення. У зв'язку з цим довіру суспільства, груп населення необхідно постійно моніторити.

Відкритість, наскільки концепція тісно пов'язана з адвокацією і підходом на основі прав людини. Для населення важливим є дотримання права на участь в моніторингу адвокаційної кампанії, у прийнятті тих чи інших рішень, їх думка при формулюванні публічної політики, яка впливає на їхнє життя. Відкритість — це основний засіб для підтримки підзвітності офіційних осіб.

Підзвітність знаходиться в самому центрі адвокаційної кампанії. І відкритість надає доступ до інформації для активних груп населення і дозволяє їм ставити питання відповідальним за публічні рішення, щодо їх мотивів. Підзвітність вимагає відповідальності за ухвалені рішення.

Взаємовідносини між адвокацією, владою і політикою (публічна підзвітність). Адвокація є частиною влади і політичної гри. Більшість людей має негативне сприйняття політичної діяльності, найбільш поширена фраза, яка асоціюється з політикою — «політика — це брудна гра!» Насправді політика — це просто те, що відбувається в процесі колек-



тивного прийняття рішень, чи то сім'я, чи ціла держава. Розуміння того, як фундаментальна політика впливає на наше щоденне життя, є критично важливим для роботи у сфері адвокації та соціальної справедливості. Працюючи з адвокацією, ми повинні знати політичний процес і ніби бути його частиною. Адвокатська робота, завжди в певному сенсі є політичною, подобається нам це чи ні. Чим більше ми говоримо з колегами про проблеми, тим більше ми починаємо бачити політику, як частину нашого повсякденного життя. Ми стикаємося з політикою майже всюди, де має прийматись групове рішення. Політика і влада тісно пов'язані між собою. Якщо політика — це те, що відбувається в процесі колективного прийняття рішень, то ті, у кого є влада, впливають на цей процес. Чим більше адвокатські кампанії працюють над перерозподілом влади на користь знедолених, тим ближче суспільство до досягнення соціальної справедливості та реальної демократії. Політичну владу дуже важко аналізувати, тому що вона не завжди є видимою. Чим менш помітна влада, тим важче з нею мати справу. У зв'язку з чим, проводячи адвокаційну кампанію необхідно розбиратися і мати інформацію про владу і політику (структуру, функції, можливості тощо). У цьому випадку, людині, яка має принаймні базові знання про владу і політику, простіше вести адвокацію і використовувати її (в хорошому сенсі цього слова) для вирішення складних питань несправедливості з якими стикається суспільство. При цьому адвокаційні зусилля і заходи повинні широко висвітлюватися в суспільстві для їх інформування про хід вирішення проблеми.

Дуже важливо при проведенні адвокаційної кампанії, забезпечувати збір і аналіз інформації, а також здійснювати контроль за виконанням заходів.

Збір даних є необхідним на багатьох етапах процесу адвокації. Він необхідний, для виявлення і вибору проблеми, формулювання завдання адвокації, підготовки повідомлення для цільової аудиторії, розширення числа прихильників і впливу на політиків.

Контроль за виконанням заходів. Контроль і оцінка, подібно до збору даних, необхідні протягом всього процесу адвокації. До початку кампанії треба визначити, яким чином можна забезпечити контроль за виконанням плану дій, як можна оцінювати проведені заходи і вимірювати отримані результати. Важливо протягом адвокаційної кампанії зіставляти ці результати з кінцевою метою, наближаючись до зміни ситуації і вирішення проблеми.



Основною складовою адвокаційної кампанії є вибір елементів (методів) для проблем, які необхідно вирішити.

26.3. Базові елементи і характеристики, що визначають адвокацію

Базовими елементами для діяльності адвокації є:

1. *Діяльність, заснована на людях і ведена людьми.* Адвокація — це про людей. Вона допомагає населенню реалізувати свою владу і використовувати її для ефективної участі в прийнятті та визначенні публічних рішень. У зв'язку з чим в основі даного підходу перебуває людина.

2. *Діяльність, заснована на цінностях* (наприклад, заради справедливості). Для того, щоб бути залученими до адвокації соціальної справедливості, групам громадян треба освідомлювати, що справа, за яку вони борються, є чесною і справедливою.

3. *Зміна балансу влади.* Влада — це дуже важлива (якщо не найважливіша) концепція в адвокації соціальної справедливості. Багато фахівців описують адвокацію як гру, боротьбу із владою, в якій «безсилі» отримують достатньо сили, щоб впливати на «владу» найсильніших.

4. *Вплив на тих, хто приймає рішення і має владу.* Оскільки адвокація має справу з впливом на політику або на публічні рішення тих, від кого залежить вирішення проблеми. Завжди необхідно шукати шляхи впливу на тих, хто приймає рішення, щоб стати неофіційним носієм влади або навіть лідером громадської думки.

5. *Повинна мати справу з політикою.* Грунтуючись на двох вищезгаданих характеристиках адвокації, зміні балансу влади та впливу і залученні тих, хто приймає рішення, адвокація за замовчуванням включається в політику, що дозволяє впливати на публічний процес прийняття рішень.

26.4. Планування і вибір стратегії адвокаційної кампанії

Для успішної адвокаційної кампанії велике значення має добре спланована стратегія і правильний вибір інструментів впливу. Недостатньо просто організувати адвокаційну кампанію, дуже важливо правильно спланувати її, втілити в практику, провести моніторинг та забезпечити оцінку її результатів.

Планування і вибір стратегії адвокаційної кампанії. Існує безліч методів планування і впровадження адвокаційних стратегій. Основу будь-якої методології планування адвокації складають чотири логічні питання: Чого



ми хочемо (яку проблему маємо намір вирішити)? Хто здатний вирішити зазначену проблему? Що потрібно зробити для переконання осіб, відповідальних за прийняття рішень? Як переконатися в ефективності обраної стратегії?

Ці чотири питання створюють фундаментальну основу планування будь-якої адвокаційної кампанії, у зв'язку з чим адвокацію прийнято здійснювати за певною технологією, з дотриманням принципу послідовності.

Планування і вибір стратегії є визначальним початковим етапом адвокаційної кампанії. Планування і вибір стратегії адвокаційної кампанії полягає у визначенні мети, ідентифікації «мішеней» і виборі інструментарію.

Стратегія — це система, яка дозволяє обрати дії, які визначають суть і напрям досягнення цілей.

Стратегічна адвокація — це послідовність або комплекс спланованих логічних дій, які необхідно реалізувати для досягнення поставлених цілей. Ключем до успіху в реалізації стратегії є ефективна комунікація з партнерами і союзниками, частина яких може не поділяти всіх інтересів вашої групи, але їх інтереси можуть перетинатися з деякими вашими інтересами в досягненні певних завдань. У зв'язку з цим, стратегічне планування адвокаційної кампанії слід починати зі стратегічного аналізу.

Стратегічний аналіз включає певні заходи, які дозволять більш ефективно провести адвокаційну кампанію, серед них: ідентифікація і визначення пріоритетів для вирішення проблеми; аналіз «глибинних» причин проблеми. Адже від правильного визначення проблеми залежить напрям і завдання адвокаційної кампанії, а отже, і результат; оцінка можливостей вашої групи, організації або коаліції з вирішення даної проблеми. Не варто братися за вирішення проблеми, навіть дуже важливої для вас, якщо у вас немає достатніх, перш за все, людських і часових ресурсів. Адвокаційна кампанія вимагає певних матеріальних і фінансових витрат, але, як показує досвід, ці ресурси не є визначальними для успіху кампанії; вивчення середовища, в якому існує проблема: її соціально-економічне становище, політична ситуація, громадська думка, вплив традицій і звичаїв; аналіз зацікавлених сторін, які можуть вплинути на ситуацію позитивно або негативно (наявність союзників або опонентів); розробка адвокаційної стратегії, яка не тільки дозволить краще вивчити питання і виявити «глибинні» причини проблеми, а й допоможе громадам усвідомити, що у них є влада, яку вони можуть використовувати для ефективної участі в процесі прийняття рішень.

Визначаючи стратегію адвокаційної кампанії слід відповісти на наступні питання: Який склад вашої аудиторії? В який спосіб найкраще до-



нести інформацію до неї — за допомогою радіо, телебачення, листування або якимось іншим способом? Яке враження ви хочете справити? Коли планується кінцева дата завершення кампанії? Які часові рамки вам потрібні для отримання перших результатів? Скільки це буде коштувати? Чи є це найефективнішим способом витрати наявних коштів? Чому це найкраща стратегія для даної проблеми?

При аналізі зацікавлених сторін, важливо визначити яку роль вони можуть відігравати в даній адвокаційній кампанії, ідентифікація дозволяє розділити зацікавлених осіб на 4 групи: *прихильники* (люди, яких стосується проблема; та ті, яких вона не стосується, але вони стурбовані нею); *союзники* (люди, групи людей, організації, готові надати обмежену підтримку — державні структури, журналісти); *мішені* (люди, які приймають рішення). Серед них «основною мішенню» є людина, яка має найбільший вплив при прийнятті рішення; «другорядні мішені» — конкуренти основних, але з меншим впливом; «офіційна мішень» — часто не приймає рішення, але саме з нею важливо мати офіційне спілкування; «мішені підтримки» — офіційні особи, які не надто впливові, але можуть підтримати вас, або ж бути нейтральними; «мішень доступу» — людина, завдяки якій ви можете «вийти» на вашу основну мету; *оппоненти* (люди, які проти вашої позиції).

Дуже важливу роль відіграє вибір інструментів адвокації. До інструментів адвокації відносять:

1. *Дослідження*. Тут інструментами є наукові, соціологічні дослідження, аналіз законодавства, підготовка аналітичних документів, оглядів, моніторинг преси, наукових публікацій тощо. До проведення досліджень необхідно залучати фахівців — експертів з профільних питань.

2. *Опитування*. Маються на увазі бліц-опитування представників місцевих громад, професійних, етнічних чи релігійних груп, експертне опитування для з'ясування, наприклад, їх обізнаності про ситуації, їх ставлення до ситуації та бачення розвитку подій. Опитувальники мають бути професійно складені. Для проведення опитування можна залучити волонтерів.

3. *Громадська експертиза діяльності органів виконавчої гілки влади і місцевого самоврядування*. Йдеться про проведення громадської експертизи діяльності виконавчої влади і органів місцевого самоврядування на підставі Постанови КМУ від 03.11.2010 № 996 «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики» та Указу Президента України № 212/2012 від 24.03.2012 «Про Стратегію державної політики сприяння розвитку громадянського суспільства в Україні та пер-



щочергові заходи щодо її реалізації». Якісно здійснена громадська експертиза діяльності органів влади може перетворитись на ключовий аргумент в діалозі з нею, так само, як результати громадської експертизи — добрим інформаційним приводом для ЗМІ.

4. *Семінари і конференції* є платформою для професійного обговорення проблеми і шляхів її вирішення.

5. *Круглі столи* є єдиним прийнятним форматом для ефективного діалогу з владою. Звичайно, він є дієвим лише за умови, що обидві сторони готові слухати одна одну і спільно шукати компроміси і варіанти рішення проблеми.

6. *Співпраця з засобами масової інформації*. ЗМІ є важливим адвокаційним інструментом. Через засоби масової інформації населення отримує інформацію про існуючу проблему і тим самим залучається до адвокаційної кампанії. Через ЗМІ формується думка про проблему і лунають ключові (стратегічні) повідомлення адвокаційної кампанії. Основними формами співпраці з засобами масової інформації є: пресконференції, престури, підготовка власних матеріалів і статей з подальшим розміщенням в ЗМІ, інтерв'ю.

7. *Інформаційні та інформаційно-просвітницькі акції, а також флешмоби*. Інформаційні та інформаційно-просвітницькі акції в ході адвокаційної кампанії є прекрасним інструментом в досягненні мети. Такі акції допоможуть залучати до кампанії одразу кілька тисяч, а у великих містах, і десятки тисяч однодумців.

Основні принципи флешмобу: спонтанність, відсутність централізованого керівництва, відсутність будь-яких фінансових і рекламних цілей, учасники флешмобу під час акції не повинні показувати, що їх щось пов'язує, доцільною є відмова від надання інформації про флешмоб в засобах масової інформації.

8. *Громадські слухання, місцеві ініціативи, органи самоорганізації населення, загальні збори громадян*. Громадські слухання є одним із законодавчо затверджених механізмів демократичної участі громадян у прийнятті владних рішень. Вони, як і інші форми громадської участі, можуть бути дуже ефективними на рівні місцевого самоврядування.

9. *Лобі*. Слова «лобі», «лобізм», «лобіювання» походять від англійського «lobby», що означає кулуари. Лобіювання — це намагання організацій або окремих громадян впливати не тільки на прийняття, відхилення чи зміну законів у парламенті, а також спроба впливати на адміністративні рішення уряду, спираючись на підтримку не тільки обраних депутатів,



але і різних політичних партій, державних і недержавних установ і підтримку громадськості через засоби масової інформації.

10. *Судові позови*, як інструмент, застосовуються не дуже часто в ході адвокаційних кампаній. Зазвичай, громадськість в Україні уникає судових позовів проти влади, оскільки не вірить у чесність та справедливість суду.

11. *Акції протесту* (демонстрації, мітинги, пікетування, страйки, марші). Акція протесту — це, як правило, масовий, публічний захід громадян або окремої категорії громадян, який проводиться з метою залучення уваги суб'єктів влади, громадськості, роботодавців до неврегульованих проблем у різних сферах життя суспільства і супроводжується гаслами, застосуванням в деяких випадках наочних засобів (плакатів, символіки), аудіо та відео обладнання.

12. *Створення коаліції*. Коаліція є ситуативним союзом інститутів громадянського суспільства, політичних партій, фізичних осіб, які домовились про спільні дії щодо певних питань. Коаліції часто формуються під час адвокаційних кампаній і припиняють свою діяльність після досягнення мети.

Проведення адвокаційної кампанії. Коли стратегію адвокаційної кампанії обрано, починається реалізація заходів для досягнення кінцевої мети, при цьому, слід звернути увагу на наступні моменти: створення коаліції і розробку ключових повідомлень. Створюючи коаліцію, можна запропонувати її учасникам підписати меморандум, в якому коаліція домовляється про спільні дії в рамках адвокаційної кампанії.

Комунікація — ключовий інструмент в процесі формування адвокаційної кампанії. Комунікаційна інформація має бути об'єктивною, викликати довіру і резонанс у суспільстві.

Кожна громадська організація, особливо та, що займається адвокацією, повинна мати власну комунікаційну стратегію, яка є невід'ємною складовою адвокаційної кампанії. Вона описує: очікуваний результат — зміну ставлення до проблеми; чи змінилися існуючі стереотипи і моделі поведінки населення; чи правильно обрано канали комунікації; які є перешкоди; інструменти; якими мають бути ключові (стратегічні) повідомлення.

Ключове повідомлення відповідає на питання: У чому полягає суть проблеми? Чому важливо цим займатися? Що і як треба робити?

Завданням ключових повідомлень є: формування усвідомлення проблеми; а також того, як проблема впливає на людину або суспільство; залучення до роботи прихильників; мотивація, спонукання до дії населення; координування дій учасників; зміна поведінкових стереотипів.



Ключове повідомлення — це інструмент реалізації стратегії кампанії. Ключові повідомлення не повинні конфліктувати з місією або між собою. Вони мусять спонукати до зміни ставлення й активних дій щодо вирішення проблеми.

Розробляючи ефективне ключове повідомлення, слід відштовхуватись від цілей кампанії, стратегії кампанії, аудиторії або декількох аудиторій.

Моніторинг й оцінка результатів. Моніторинг розвитку справ на шляху досягнення адвокаційної мети є важливою частиною адвокаційного плану. Для фіксації прогресу буде корисним визначити проміжні кроки (завдання), які необхідно здійснити для наближення до виконання адвокаційної мети. Для здійснення проміжного кроку потрібні будуть певні адвокаційні дії. Щоб можна було здійснювати моніторинг й оцінку результатів адвокаційної кампанії, слід розробити для себе індикатори, що свідчать про прогрес у вашій діяльності.

26.5. Поетапне планування і вибір стратегії адвокаційної кампанії

У міжнародній практиці часто методологію поетапного планування і вибору стратегії адвокаційної кампанії представляють у вигляді *step* (англ. «step» — крок), що більш конкретизує заходи і заслуговує на увагу. Серед них відомі 4-х, 6-ти і 8-ми крокові технології, найбільш оптимальними є технології у 8 кроків:

1-ий крок. Формулювання основної проблеми. Адвокація починається з питання або проблеми, яке або яку необхідно вирішити. Проблема повинна відповідати обумовленим критеріям та програмним цілям (наприклад, проблему треба загострити, прояснити і зробити зрозумілою для всіх учасників).

2-ий крок. Визначення цілі й тактичних задач. Метою адвокації є досягнення стратегічного результату. Тактичні завдання адвокації — це короткострокові, конкретні питання або умови, які необхідно вирішити для досягнення кінцевої мети.

3-ий крок. Визначення цільової аудиторії. Основною (першою) цільовою аудиторією є особи, відповідальні за прийняття важливих політичних рішень. Другою за значенням цільовою аудиторією є особи, які мають можливість впливати на основну аудиторію (політики, громадські діячі, друзі або родичі, засоби масової інформації, релігійні лідери та ін.).



Проводячи адвокацію необхідно виділити з цільової аудиторії конкретних осіб і проаналізувати їх роль, значення, погляди і вплив, уточнити як вони ставляться до вирішення конкретної проблеми майбутньої компанії з адвокації (позитивно, негативно, нейтрально).

4-ий крок. Залучення прихильників. Щоб досягти успіху, необхідно залучати якомога більше прихильників, які вважають важливою задачу адвокації. Чим більшою є аудиторія підтримки, тим більше шансів на успіх. Необхідно зробити все можливе, щоб знайти союзників серед населення, спонсорів, коаліцій, громадських об'єднань, професійних асоціацій, громадських груп, активістів та осіб, які поділяють ваші погляди і готові разом з вами досягати мети адвокації. Для цього необхідно шукати потенційних союзників через відвідування конференцій та семінарів, заручатися підтримкою засобів масової інформації, проводити зустрічі, аналізувати публікації і використовувати інтернет-ресурси.

Необхідно розуміти, що адвокація є мистецтвом. Той, хто професійно займається адвокацією, здатний викладати проблеми так, щоб надихнути і заохотити інших людей до дій. Він гостро відчуває потрібний момент, здатний побачити можливість і скористатися нею. Такі люди, як правило, чудово вміють вести переговори, знайти компроміс, постійно домагаються скромних, але стратегічно важливих результатів, безперервно шукають можливості для ефективнішого шляху адвокації та досягнення кінцевих і проміжних цілей. Підходячи до адвокації творчо, виявляючи стиль і почуття гумору, вони перетворюють свою роботу на мистецтво, привертають до неї увагу громадськості та засобів масової інформації.

5-ий крок. Звернення до цільової аудиторії. Даний етап передбачає розробку засобів інформування цих аудиторій і громадськості. Це можуть бути гасла, короткі повідомлення з якими Ви будете звертатися до них. Гасла спеціально розробляються для конкретної цільової аудиторії, з метою привернення уваги до проблеми і переконання адресата підтримати адвокаційну кампанію. При підготовці звернень, повідомлень, виготовленні наочної агітації, необхідно відповісти на три важливих питання: хто є адресатом, якою є ваша мета, яких дій від адресата ви очікуєте у відповідь на ваше повідомлення.

6-й крок. Вибір способів передачі та поширення інформації. На даному етапі необхідно прийняти рішення яким способом буде передаватися інформація цільовій аудиторії, це залежатиме від аудиторії. Зазвичай інформацію про проведення адвокаційної кампанії можна отримати з друкованих збірок матеріалів та пресрелізів, пресконференцій, інфор-



маційних брошур і бюлетенів кампанії з адвокації, публічних дебатів, конференцій для політиків тощо.

7-ий крок. Пошук коштів фінансування. Засоби фінансування, а також інші ресурси, що надходять із зовнішніх джерел, можуть дуже допомогти адвокаційній кампанії. Необхідно від самого початку кампанії продумати методи пошуку фінансових та інших ресурсів, щоб визначити можливих спонсорів.

8-ий крок. Складання плану проведення кампанії. Потрібно скласти план, яким необхідно керуватися при проведенні кампанії. До нього включають заходи і завдання, імена відповідальних осіб та назви комітетів, бажані часові рамки і необхідні ресурси.

ТЕМА 27. КОМУНІКАЦІЯ І СОЦІАЛЬНА МОБІЛІЗАЦІЯ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

27.1. Значення комунікації в питаннях збереження і зміцнення здоров'я

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я є основною з оперативних функцій громадського здоров'я. При цьому ВООЗ зазначає, що комунікація в сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення медико-санітарної грамотності та поліпшення здоров'я як окремих громадян, так і населення в цілому. Комунікація також покликана розширювати можливості для доступу, розуміння і використання інформації з метою зниження ризику виникнення і профілактики захворювань, зміцнення здоров'я, використання послуг охорони здоров'я, просування політичних заходів у сфері охорони здоров'я і підвищення добробуту, якості життя та покращення здоров'я населення.

Комунікація здоров'я є однією з галузей, відокремленої області знань в системі соціальних наук (Communication Studies). Комунікація у сфері охорони здоров'я передбачає поширення інформації про здоров'я в доступній та зрозумілій формі. Термін «комунікація» з'явився в науковій літературі на початку ХХ ст. і широко використовується в сучасному світі.

Комунікація (Communication) (від лат. «Communication» — повідомлення, передача і від «communicare» — робити загальним, розмовляти, пов'язувати, повідомляти, передавати) — це необхідний елемент взаємодії населен-



ня в цілому або окремих груп, народів, держав, в ході якого здійснюється передача і взаємна передача інформації, знань, почуттів, оцінок, значень, смислів, цінностей, і посідає провідне місце у сфері соціальних процесів.

У «Сучасному словнику іноземних слів» — *це поняття визначають як: шлях повідомлення (повітряна, водна комунікація); форма зв'язку (телеграф, радіо, телефон); акт спілкування, зв'язок між двома і більше індивідами, підстави для взаєморозуміння; процес повідомлення інформації за допомогою технічних засобів — ЗМІ (преса, радіо, кіно, телебачення).*

Таким чином, *комунікація* — це засіб зв'язку будь-яких об'єктів матеріального і духовного світу; процес спілкування, передачі інформації від людини до людини; передача і обмін інформацією в суспільстві з метою впливу на нього.

У сучасному суспільстві комунікацією називають процес двостороннього обміну інформацією від однієї соціальної системи до іншої за допомогою символів, знаків і образів, що веде до взаємного розуміння і досягнення поставленої мети. Комунікація охоплює всі сторони життєдіяльності (економічні, політичні, соціокультурні процеси) як окремих особистостей, так і різних соціальних груп, організацій, інститутів і суспільства в цілому. Без комунікації ніякі соціальні системи виникнути не можуть. У людському суспільстві комунікація здійснюється між індивідами, групами, організаціями, державами, культурами за допомогою знакових систем (мов).

Між людьми комунікація відбувається у формі спілкування як обмін цілісними знаковими повідомленнями, які передають знання, думки, ідеї, цінні відносини, емоційні стани, програми діяльності сторін, що спілкуються. Зміст і форми комунікації є відбиттям суспільних відносин та історичного досвіду людей.

Комунікація є необхідною передумовою функціонування і розвитку всіх соціальних систем, тому що вона забезпечує зв'язок між людьми, дозволяє накопичувати і передавати соціальний досвід, забезпечує поділ праці й організацію спільної діяльності, управління, трансляцію культури. Потреба в комунікації полягає в прагненні людини до пізнання й оцінки інших людей, а через них і з їх допомогою — до самопізнання та до самооцінки.

Ефективна комунікація щодо забезпечення здоров'я населення відбувається відносно простою і зрозумілою мовою. Вона заснована на фактах, за допомогою яких населення отримує правдиву і корисну інформацію з питань здоров'я і поведінкових навичок, що сприяє збереженню здоров'я. Комунікація спрямована на збереження здоров'я, формує громад-



ську думку, яка має суттєвий вплив на прийняття певних рішень щодо збереження та зміцнення здоров'я населення. Комунікація в системі охорони здоров'я не переслідує комерційних цілей, але вона може використовувати рекламні інструменти та комерційне партнерство для посилення ефективності впливу інформації. Для ефективного комунікаційного процесу, важливо дотримуватися наступних **принципів**: *цінності* (поважайте позицію іншого); *визнання* (визнавайте чужі емоції); *уміння слухати* (слухайте іншого); *розуміння* (розумійте іншу людину); *допитливість* (визначте питання які турбують людину).

Будь-яка комунікація спрямована на забезпечення розуміння інформації, що передається, для прийняття рішення щодо збереження і зміцнення здоров'я.

Серед підцілей комунікаційних заходів доцільно виділити: обмін і передачу інформації; формування умінь і навичок для успішної соціокультурної діяльності; формування ставлення до себе, до іншої людини, до суспільства в цілому; обмін діяльністю, інноваційними прийомами, навичками, засобами і технологіями; зміна мотивації поведінки людини і суспільства; обмін емоціями.

27.2. Функції комунікації у сфері охорони здоров'я

Функції комунікації — це особливий вид спеціалізованої діяльності щодо забезпечення комунікаційних технологій. Будь-яка функція комунікації реалізується в комплексі комунікаційних завдань. Різниця завдань і функцій полягає в тому, що функції — це повторюваний вид комунікаційного процесу, а завдання — це діяльність, яка має на меті досягнення необхідних результатів в заданий час.

Кожна функція характеризується призначенням, повторюваністю, однорідністю змісту, специфікою необхідними для її виконання. Функції комунікації мають об'єктивний характер і визначаються необхідністю самого процесу комунікації.

У комунікації виділяють кілька послідовних і взаємопов'язаних функцій, серед них: інформування населення з питань здоров'я; формування практичних навичок ведення здорового способу життя; стратегічне планування у сфері охорони здоров'я; здійснення соціального партнерства; організація взаємодії із зацікавленими сторонами; формування і підтримка мотивації суб'єктів у здійсненні процесу комунікації з питань здоров'я; здійснення професійного (експертного) контролю якості наданої насе-



ленню інформації, в т.ч. джерел інформації; поліпшення якості життя суспільства в цілому.

Комунікація в галузі охорони здоров'я буде найбільш ефективною, якщо всі зацікавлені сторони будуть діяти, об'єднавши зусилля, в одному стратегічному напрямку.

Комунікація за своєю суттю — це командна гра, партнерство. Комунікація в охороні здоров'я передбачає не тільки інформування суб'єктів з тих чи інших питань, що стосуються здоров'я, але і перетворення цієї інформації, вибудовування стратегій взаємодії з населенням, засобами масової інформації та з мережею партнерів. При плануванні комунікації дуже важливо визначити цільову аудиторію і рівень комунікаційного впливу, і тільки після цього обирати способи і канали передачі інформації.

Серед цільових аудиторій виділяють наступні **групи комунікаційного впливу**: група «*влади*» (представники законодавчої та виконавчої влади, адміністративних органів управління різних рівнів); група «*працівники*» (працівники системи охорони здоров'я); група «*недержавні організації*» (представники інститутів громадянського суспільства, недержавні організації та профспілкові організації та інші об'єднання); група «*споживачі*» (молодь, міське населення, жителі сіл і маленьких міст, працездатне населення й особи пенсійного віку); група «*ЗМІ*» (представники засобів масової інформації).

Комунікаційні заходи проводяться на різних рівнях. Все залежить від того, що лежить в основі. Саме тому існує велика кількість класифікацій рівнів спілкування: *перший* — центральні органи законодавчої і виконавчої влади; *другий* — галузевий (Міністерство охорони здоров'я); *третій* — органи регіональної влади і місцевого самоврядування; *четвертий* — засоби масової інформації; *п'ятий* — всі верстви населення; *шостий* — громадські організації і громадські діячі.

Комунікація є довгостроковою діяльністю, тому що поведінкові установки населення, його пристрасті і звички змінюються досить повільно. Важливо вміти цілеспрямовано розподіляти інформацію. Комунікація не повинна бути односторонньою — це складний процес, що включає можливість відповідної реакції на інформацію з боку всіх суб'єктів.

Висвітлюючи теми здоров'я, намагаючись вплинути на поведінкові установки суб'єктів комунікації, необхідно враховувати всі можливі труднощі, що виникають при передачі інформації.

Головним суб'єктом комунікації є людина, яка для забезпечення власної життєдіяльності вступає у взаємозв'язок з іншими індивідами.



Людина, групи населення, організації, суспільство і соціум — це суб'єкти комунікації, що мають право отримувати інформацію з питань здоров'я.

Комунікація передбачає наявність *не менше трьох учасників*, серед них: *передавальний суб'єкт* (комунікатор); *носій повідомлення* — об'єкт, що передається (повідомлення); *суб'єкт, що приймає* (комунікатор, реципієнт).

Отже, комунікація є різновидом взаємодії між суб'єктами, опосередкованого певним об'єктом. Комунікація — складний багатокомпонентний процес. *До основних компонентів якого належать:* суб'єкти комунікаційного процесу — комунікатор, носій інформації і комунікант; засоби комунікації — код, який використовується для передачі інформації в знаковій формі (слова, графіки, ноти та ін.) і канали передачі повідомлення (телефон, лист, електронна пошта, радіозв'язок та ін.); предмет комунікації (подія, явище) і форма відображення повідомлення (стаття, телепередача тощо); ефекти комунікації — зміна стану суб'єктів комунікаційного процесу, виражена в трансформації їх свідомості, взаємин, дій, поведінки (зближення або віддалення точок зору комунікатора і комуніканта (реципієнта), розширення можливостей їх взаєморозуміння і співпраці або віддалення). Знання ролі і змісту кожного з компонентів дозволяє більш ефективно управляти процесом в цілому.

Таким чином, *комунікаційний процес* — це послідовність взаємопов'язаних етапів, необхідних для здійснення інформаційного обміну: формулювання ідеї, кодування інформації, вибір каналу зв'язку і передача повідомлення, декодування повідомлення, формулювання відповіді та передача відправнику. У комунікаційному процесі дуже важливо пам'ятати про форми комунікації.

27.3. Форми та канали комунікацій

У комунікаційному процесі, залежно від способу передачі інформації, виділяють дві форми комунікації: вербальну та невербальну.

Невербальна комунікація (Non-verbal communication) — це поведінка людини, яка сигналізує про емоційний стан і характер взаємодії особистостей які спілкуються. Невербальні засоби комунікації виражаються в одязі, зачісці, міміці, позі, які оточують людину, предметах. Розпізнавання і поняття такої поведінки сприяє досягненню найвищого ступеня взаєморозуміння. Подібна інформація дозволяє зрозуміти настрій, переживання,



очікування, почуття, наміри, а також морально-особистісні якості людей, що спілкуються.

Вербальна комунікація (Verbal communication) здійснюється за допомогою слів. До вербальних засобів спілкування належить людське мовлення. Залежно від намірів комунікантів (щось повідомити, дізнатися, висловити оцінку, ставлення, спонукати до чогось, домовитися тощо) виникають різноманітні мовні тексти. У будь-якому тексті реалізується система мови. Вербальна комунікація може бути мовною (усною і телефонною), текстовою (письмовою), комп'ютерною та графічною (візуальною).

Можливе використання інших форм комунікації: мультимедійних, інтерактивних, традиційних способів передачі інформації. Сучасними формами комунікацій є блоги, обмін відеоматеріалами, мобільний телефонний зв'язок, онлайн форуми. Існують також специфічні форми комунікацій: дискусії, бесіди, наради, засідання, переговори, брифінги, пресконференції, презентації, прийом з особистих питань, телефонні розмови, ділове листування та ін.

В комунікації важливо правильно оцінювати вербальні і невербальні форми спілкування, розуміти, що мова не є єдиним інструментом людського спілкування. Як вважають фахівці, лише 35% інформації в процесі комунікації передається за допомогою мови, а 65% інформації, переданої в ході спілкування, ми отримуємо за допомогою невербальних засобів.

Комунікаційні канали. *Комунікаційний канал* — це реальна чи уявна лінія зв'язку (контакту), якою повідомлення передаються від комунікатора до реципієнта. Наявність зв'язку, є необхідною умовою будь-якої комунікаційної діяльності, в якій би формі вона не здійснювалася (наслідування, управління, діалог). Комунікаційний канал надає комунікатору та реципієнту засоби для створення і сприйняття повідомлення, тобто знаки, мови, коди, матеріальні носії повідомлень, технічні пристрої.

Розвиток людства супроводжується постійним збільшенням кількості комунікаційних каналів, завдяки доповненню природних каналів, що утворилися в ході антропогенезу, штучними каналами, свідомо створеними людьми.

Природні комунікаційні канали — це канали, які використовують вроджені, природно властиві людині засоби для передачі смислових повідомлень у фізичному просторі. Таких каналів два: *невербальний* (несловесний) і *вербальний* (словесний).

Невербальний канал є найдавнішим з комунікаційних каналів, що виник в ході біологічної еволюції задовго до появи людини. Він являє собою



спадщину зоокомунікації, властивої вищим тваринам. Зміст зоокомунікації демонстрація пережитих емоційних станів — гнів, біль, страх і т.д. Тварини використовують звукові сигнали, пози, рухи, що нагадують жести, наприклад, щеня виляє хвостом, коли воно задоволене, притискає вуха й оскалює ікла, коли сердиться. Невербальний канал активно використовується в процесі мікрокомунікації між людьми.

Вербальний канал доступний тільки роду людському, який володіє мовною здатністю, має можливість користуватися природною мовою. Домашні тварини не можуть говорити саме тому, що вони не мають природних передумов для цього.

Потреба в штучних комунікаційних каналах виникає тоді, коли комунікатор і реципієнт позбавлені безпосереднього контакту, не можуть ані бачити, ані чути один одного, водночас, існують соціально-культурні смисли, які потребують передачі в соціальному часі і просторі. *Для задоволення цієї первинної комунікаційної потреби історично використовуються наступні канали:* канал іконічний — графічний (на кості, на камені, на дереві) і мальовничий (одноколірні або багатобарвні зображення на стінах печер); канал символічний — амулети, прикраси, талісмани, статуетки, які мають таємний магічний сенс, а також язичницькі ідоли і взагалі зображення богів; канал виконавчого мистецтва (музика, танець, театр); канал літератури та літературної мови; канал радіомовлення і телебачення; канал глобальної комунікаційної системи Інтернет.

Визначення Інтернету впливає з сутнісних його функцій:

- Інтернет — це глобальний комунікаційний канал, який забезпечує у всесвітньому масштабі передавання мультимедійних повідомлень (*комунікаційно-просторова функція*);
- Інтернет є загальнодоступним сховищем інформації, це всесвітня бібліотека, архів, інформаційне агентство (*комунікаційно-часова функція*);
- Інтернет є допоміжним засобом соціалізації та самореалізації особистості і соціальної групи шляхом спілкування із зацікавленими партнерами, усепланетний клуб ділових партнерів або партнерів по дозвіллю.

Таким чином, *Інтернет* — це глобальна соціально-комунікаційна комп'ютерна мережа, призначена для задоволення особистісних і групових комунікаційних потреб за рахунок використання телекомунікаційних технологій.

Різновиди комунікацій в охороні здоров'я. У сучасному суспільстві задача комунікаційної інформації здійснюється, виходячи з каналів і засо-



бів матеріально-технічного оснащення, які застосовуються за допомогою наступних напрямків соціальної комунікації:

- *Усної* — ця комунікація використовує одночасно природні невербальні і вербальні канали, а також їхні засоби.
- *Документальної* — ця комунікація застосовується для передачі інформації через канали, штучно створені людиною. До них належать писемні і друковані джерела, твори образотворчого мистецтва, які передають смисли в просторі і часі.
- *Електронної* — її основу складають дротовий і радіозв'язок, комп'ютерна техніка, магнітні та оптичні засоби запису.

За суб'єктами комунікації і типами відносин між ними прийнято виділяти такі її види:

- *міжособистісна комунікація* — вид особистісно-орієнтованого спілкування, пов'язаного з обміном повідомленнями і їх інтерпретацією двома або більше індивідами, які вступили в певні відносини між собою; вид комунікації в ситуації міжособистісних взаємодій і / або відносин;
- *міжгрупова комунікація* — вид взаємодії людей, який детермінується їх приналежністю до різних соціальних груп і категорій населення, незалежно від їх міжособистісних зв'язків та індивідуальних переваг;
- *публічна комунікація* — вид інституційного (статусно-орієнтованого) спілкування з публікою (значною кількістю слухачів); повідомлення в такій комунікації стосується інтересів суспільства і набуває публічного характеру;
- *масова комунікація* — це процес систематичного поширення інформації інституційного характеру, а також передачі спеціально підготовлених повідомлень за допомогою різних технічних засобів на чисельно великі, анонімні, розосереджені аудиторії; є регулятором динамічних процесів суспільної свідомості, інтегратором масових настроїв, а також потужним засобом впливу на індивідуальність і групи.

До видів комунікацій за способом встановлення і підтримання контакту комунікації відносять: безпосередній (прямий) й опосередкований (дистанційний).

За ініціативністю комунікаторів комунікації поділяють на активні і пасивні. За ступенем організованості комунікації можуть бути випадкові, організовані та ін.

Крім цього, виділяють *вертикальні і горизонтальні* комунікації.

Вертикальні комунікації можуть здійснюватись як за низхідною лінією — з вищих управлінських рівнів на низові, так і за висхідною — з ни-



зових рівнів на вищі. Шляхом комунікацій за низхідною лінією підлеглим рівням управління повідомляють про поточні та конкретні завдання, майбутні зміни у виробництві тощо. Прикладом обміну інформацією по вертикалі можуть слугувати комунікації між керівником і підлеглим. Суть цих комунікацій досить різнопланова: уточнення завдань, обговорення проблем ефективності роботи, збір інформації, оповіщення підлеглих, отримання відомостей про удосконалення і пропозиції, подяки та винагороди. Комунікації з робочою групою в цілому дозволяють керівнику підвищити ефективність дії групи. Оскільки в обміні беруть участь усі члени групи, кожен має можливість висловити свою думку, що в підсумку дозволяє прийняти оптимальне рішення.

Горизонтальна комунікація призначена для обміну інформацією між підрозділами організації. Даний обмін необхідний для координації їх дій, підвищення ефективності діяльності, формування рівноправних відносин між працівниками, збереження нормального психологічного клімату.

Моделі комунікації «лікар-пацієнт». У ході історичного розвитку медицини сформувався три основні парадигми лікувальних завдань, що підпорядковують процес комунікації «лікар-пацієнт» і визначають його особливості.

Перша. Лікування пацієнта за місцем його знаходження, безпосередньо вдома залежно від особистих якостей пацієнта, лікар формував певні лікувальні завдання. Безпосередній контакт забезпечував сприйняття лікарем пацієнта як інтегрованої психосоматичної особистості, у якій фізичні та емоційні порушення співіснують в єдності. Основною метою спілкування лікаря з пацієнтом було виявлення конкретних проблем пацієнта для вирішення їх на місці.

Друга. З розвитком лікарняної медицини парадигма формування лікувальних завдань змінюється. З появою лікарень в розпорядження лікаря надходить одразу кілька пацієнтів, при цьому хвороби ніби відокремлюються від осіб. У лікаря поступово зникає інтерес до унікальних якостей людини в цілому, натомість порівняльні дослідження конкретних уражень органів і порушень функцій у різних пацієнтів у різноманітних станах виступають на перший план і перетворюються на важливе джерело інформації.

Третя. З появою і розвитком лабораторних медичних досліджень «спілкування» з пацієнтом змістилося в галузь хіміко-фізіологічних процесів. Хвороба почала сприйматися як відхилення цих процесів від



норми, яке підлягає поясненню згідно з невблаганними законами природознавства. Пацієнт, а потім і лікар були витіснені з системи формування лікувальних завдань. Незважаючи на широке використання лабораторних та інструментальних методів сучасною клінічною медициною, спілкування лікаря з пацієнтом відіграє величезну роль у лікувально-діагностичному процесі.

Успіх комунікаційного процесу обумовлює формування довіри до лікаря, є основою для успішної реалізації послуги медичного призначення. Пацієнти, оцінюючи якість медичних послуг, що надаються у певному медичному підприємстві, орієнтуються на доступні їх розумінню споживчі аспекти: близькість до місця проживання, своєчасність надання медичної допомоги, і, звичайно ж, ставлення з боку медичного персоналу. Часто кваліфікація лікаря оцінюється пацієнтами виходячи з деонтологічних аспектів. Нетактовне ставлення до пацієнта, формальне спілкування з ним негативно відбивається на процесі взаємодії лікар-пацієнт і корелюють з негативною оцінкою пацієнтами діяльності організації охорони здоров'я в цілому.

У сучасній медицині широкої популярності набула концепція американського фахівця з біоетики Роберта Вітча, розроблена ним у 1970-х роках ХХ ст. Р. Вітч виділив **чотири базові моделі взаємин лікаря і пацієнта:**

Модель інженерного (технічного) типу: для даної моделі характерний погляд на пацієнта як на «біологічну машину». Слід зазначити, що така модель відносин дійсно поширена в сучасній високотехнологічній медицині.

Модель сакрального (пасторського) типу, яка виникає на противагу першій моделі, що перетворює лікаря на «священника, який дбає про душу, а не про тіло». У даній моделі лікар має моральний обов'язок захищати хворого і діяти найкраще в його інтересах.

Модель колегіального типу передбачає, що лікар і пацієнт повинні бачити один в одному колегу, що прагне спільної мети — ліквідації хвороби і захисту здоров'я пацієнта. Вирішальна роль належить довірі. Цю модель ще називають нарадчою, яка базується на довірі і взаємній згоді. У разі низького рівня компетенції пацієнта (невисокий освітній рівень) модель колегіального типу функціонує у вигляді інтерпретаційної моделі (коли лікар переконує пацієнта).

Модель контрактного (договірного) типу ґрунтується на контракті або угоді. Вона дозволяє відмовитись як від моральних норм з боку лікаря (як у моделі технічного типу), так і від моральних очікувань з боку пацієн-



та (як у моделі сакрального типу). Ця модель базується на інформованій згоді пацієнта, і саме пацієнт може керувати своєю долею. Модель контрактного типу ще називають інформаційною, коли безпристрасний лікар працює з повністю незалежним пацієнтом. Для даної моделі характерне дотримання певних правил взаємодії, коли обидві сторони усвідомлюють свої обов'язки та вигоди.

27.4. Проблеми процесу комунікації в сфері охорони здоров'я

Уся інформація щодо забезпечення здоров'я населення повинна базуватися на результатах наукових досліджень або на досвіді, якому населення довірятиме. Всі джерела інформації повинні називатися прямо, а цілі і зміст не повинні суперечити принципам ведення здорового способу життя.

Ефективна комунікація, присвячена питанням здоров'я, повинна враховувати відмінності в стані здоров'я населення, викликані соціально-економічними причинами. Канали комунікації, зміст і мову необхідно обирати так, щоб сутність повідомлення доходила до всіх представників цільової групи, в т.ч. і тих, чиє здоров'я найбільш уразливе для загроз. Наприклад, особам, які зловживають алкоголем або безхатченкам складно донести інформацію через засоби масової інформації, з ними необхідно контактувати безпосередньо. Необхідно враховувати, що деяка частина населення абсолютно несприйнятлива до інформації, що стосується питань здоров'я. Вони твердо дотримуються своїх поглядів і відкидають все нове. Інтенсивна комунікація може придушити сприйнятливість і викликати відторгнення інформації. Перешкодою для сприйняття знань може виявитися також вплив оточення (сім'я, друзі, колеги по роботі).

Фахівці в галузі громадського здоров'я, повинні враховувати виклики (проблеми), що обмежують комунікацію в системі охорони здоров'я, серед них:

- обмеження ресурсів і проєктний характер фінансування, перш за все, стосовно проєктів, присвячених збереженню здоров'я. Довгострокові перспективи щодо сприяння збереженню та зміцненню здоров'я не є пріоритетними, оскільки більшість проєктів не розраховані на проміжок часу довше ніж 1–3 роки;
- відсутність професійного фахівця в організаціях охорони здоров'я, що займаються інформуванням населення з питань здоров'я; відсутність стратегії та планування комунікації; не визначені або неясні



суб'єкти, відповідальні за комунікацію (відповідальність поділена між кількома учасниками, а спільні дії не вдаються);

- потреба в популяризації здорового способу життя — немає навичок подачі інформації в популярній, доступній і лаконічній формі;
- очікування пріоритетності висвітлення питань щодо збереження і зміцнення здоров'я в засобах масової інформації нарівні з іншими соціально значущими проблемами. ЗМІ займаються пошуком новин і сенсацій, здатних привернути увагу громадськості. Часто інформацію про здоров'я не включають до значущих повідомлень у загальному інформаційному потоці;
- міфологізація і стереотипізація суспільної свідомості — у людей існують стійкі помилкові переконання (наприклад, що в горілці калорій менше, ніж у пиві), і при отриманні правдивої та професійної інформації про здоров'я запускаються внутрішні захисні механізми і відбувається відторгнення, що згодом може призвести до проблем зі здоров'ям;
- нерозуміння необхідності довгострокової роботи над однією проблемою з боку всіх суб'єктів комунікації в охороні здоров'я. Засоби масової інформації часто помилково вважають, що питання здоров'я вже висвітлені в повному обсязі, фахівці, які виступають джерелами інформації про здоров'я, не вважають її актуальною і не розкривають нових аспектів, що потребують професійної думки. Населення, зі свого боку, демонструє низький рівень інформованості (хоча номінально він високий), зацікавленості та відповідальності за власне здоров'я.

Узагальнення ключових позицій щодо ролі і значення комунікацій у сфері охорони здоров'я дозволило виділити основні складові діяльності у сфері охорони здоров'я, результативність яких залежить від використання сучасних форм комунікацій для лікарів, населення, пацієнтів і суб'єктів публічного управління.

ТЕМА 28. ПРЕСРЕЛІЗ ЯК РІЗНОВИД ПИСЬМОВИХ КОМУНІКАЦІЙ У ЗВ'ЯЗКАХ З ГРОМАДСЬКІСТЮ

Метою написання пресрелізу є ознайомлення ЗМІ з подією, актуальним способом розв'язання суспільної проблеми, новинкою і подальше висвітлення її у найвигіднішому або важливому для організації аспекті. Саме



тому пресреліз використовується як різновид письмових комунікацій у зв'язках з громадськістю.

Пресреліз (Press release) — це інформаційне повідомлення для преси, яке включає інформацію про організацію, події, новий продукт тощо.

Основний зміст — це новина, яку потрібно донести засобом масової інформації для подальшого використання її в статті або для залучення працівників преси до висвітлення певних заходів або подій. Пресреліз повинен містити достовірну інформацію, яку редакція може опублікувати або написати на її основі матеріал, або зробити передачу. Редакції можуть переробити пресрелізи, додаючи інформацію або скорочуючи її.

Ефективний пресреліз: короткий за обсягом, не більше однієї сторінки формату А4; відповідає на питання: що? де? коли? як? чому? і хто?; містить новину і розповідає про неї одразу на початку тексту; яскравий заголовок, відповідний змісту; розповідає, хто є відправником інформації та де його можна знайти; розповідає, хто може за необхідності надати додаткову інформацію; містить ембарго («термін придатності» інформації).

Пресреліз завжди повинен розкривати одну центральну тему. Стати тим журналістським «гачком», який приверне інтерес журналіста. Необхідно визначити одну тему, засновану на завданні пресрелізу, а також цільову аудиторію. Пам'ятайте про акцент, задачі цільової аудиторії при підготовці пресрелізу.

Пресреліз має бути простим, живим та інформативним матеріалом. Необхідно уникати професійного жаргону, медичних термінів, скорочень і великої кількості даних. Він мусить містити всі відповідні факти, викладені в логічному порядку. Можна додати інформаційний бюлетень до випуску з більш детальною інформацією і даними.

Пресреліз упорядковують таким чином, щоб ознайомити редактора з новинами. Він повинен надавати відповідну інформацію і спонукати редактора стежити за сюжетом. Це не репортаж — це «закуска» для преси.

Таким чином, пресреліз повинен містити тільки основні елементи. Для більшості пресрелізів однієї або двох сторінок достатньо.

Елементи пресрелізу.

1. **Заголовок** має бути коротким, привабливим і чітким. Він допомагає редактору швидко визначити, чи потребує пресреліз негайної уваги чи може почекати.

2. **Головне речення** (перший параграф) має передавати найважливішу ідею пресрелізу. Саме в ньому міститься якомога більше відповідей на п'ять основних питань (хто?, що?, коли?, де?, чому?). Один з методів ви-



значення головного речення є складання переліку пунктів, їх пріоритизація з подальшим вибором головного речення.

3. *Наступні параграфи.* Інший текст пресрелізу повинен складатися з коротких абзаців, що підтримують головне речення.

4. *Цитати* завжди роблять історію більш «читабельною» і правдоподібною. Якщо ви наводите цитату, в ній має міститися інформація, яка більше ніде в релізі не згадується.

5. *Дата випуску релізу.* Якщо немає обмежень на дату, використання пресрелізу, можна використовувати різні варіанти терміновості, для цього зверху сторінки вказують, наприклад: «До негайного випуску», «обмеження або ембарго до (дата і час)».

6. *Назва і місце новин.* Текст пресрелізу необхідно починати з зазначення імені особи яка його випускає, назви міста, в якому відбуваються події (або з якого надходить інформація). Або у верхню ліву частину сторінки ставлять дату і місто.

7. *Інструкція для читача.* Якщо пресреліз займає більше однієї сторінки тексту, пишуть слово «далі» в центрі нижньої частини першої сторінки. Це вказує редактору, що є додаткова інформація. На останній сторінці, трохи нижче останнього абзацу релізу, в центрі пишуть «кінець». Це вказує на завершення тексту.

8. *Контактні деталі.* У висновку необхідно вказати ім'я, адресу електронної пошти, посаду, назву організації і номер телефону контактної особи. Можна надати координати й інших контактних осіб, основна мета — розуміння, що вказана контактна особа є обізнаним фахівцем, добре підготовленим до складних питань і доступним для спілкування.

Таким чином, пресреліз є основним інструментом спілкування зі ЗМІ. Добре написаний пресреліз, доповнений цікавими додатками (фото, відео, аудіо або мапами), є запорукою успішного донесення інформації до громадськості.



ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ ЗНАТЬ

До теми 1 «Громадське здоров'я як наука і предмет викладання»

1. Дайте визначення поняттю «громадське здоров'я».
2. Назвіть методи громадського здоров'я, їх роль у вивченні здоров'я населення і системи охорони здоров'я.
3. Назвіть основні завдання громадського здоров'я.
4. У чому полягає основна мета громадського здоров'я?
5. Назвіть принципи громадського здоров'я.
6. Дайте характеристику розділам громадського здоров'я як предмета викладання.
7. Які основні функції громадського здоров'я Ви можете назвати?

До теми 2 «Історія становлення і розвитку громадського здоров'я»

1. Що Ви знаєте про історію виникнення і розвитку громадського здоров'я?
2. Назвіть видатних діячів, які зробили внесок у розвиток громадського здоров'я.
3. Охарактеризуйте процес формування і розвитку громадського здоров'я в Україні.
4. В якому місті України і коли було відкрито першу кафедру соціальної гігієни?
5. Назвіть спеціалізовані журнали з громадського здоров'я та охорони здоров'я, що видавалися в Україні.

До теми 3 «Соціальне благополуччя в контексті забезпечення розвитку держави та громадського здоров'я»

1. Дайте визначення поняттю «соціальне благополуччя» (індивідуальне і суспільне).
2. Що Ви знаєте про історію формування поняття «соціальне благополуччя»?
3. Визначте роль економічних підходів у формуванні соціального благополуччя.
4. Які компоненти соціального благополуччя Ви можете назвати?
5. Які методи використовують для оцінки соціального благополуччя?
6. Охарактеризуйте Індекс людського розвитку (ІЛР), його показники, оцінку.
7. Назвіть фактори, що визначають соціальне благополуччя.



8. Оцініть роль здоров'я, успіху і щастя населення в забезпеченні соціального благополуччя.
9. Опишіть концепцію соціальної згуртованості та її основну мету.

До теми 4 «Екологічне громадське здоров'я»

1. Дайте визначення поняттю «екологічне здоров'я».
2. Які фактори довкілля можуть спричинити значний негативний вплив на здоров'я населення?
3. Які ризики для здоров'я спричиняє забруднення повітря?
4. До яких наслідків призводить забруднення ґрунту?
5. Назвіть причини і наслідки забруднення води.
6. Охарактеризуйте ризики для здоров'я, спричинені забрудненням їжі.
7. Як радіація впливає на здоров'я населення?
8. Яку діяльність проводить ВООЗ у сфері екологічного здоров'я в Європейському регіоні?

До теми 5 «Надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я. Біотероризм»

1. Назвіть групи глобальних загроз у сфері громадського здоров'я.
2. Що таке «надзвичайна ситуація» у громадському здоров'ї?
3. Назвіть види надзвичайних ситуацій.
4. Охарактеризуйте Концепцію міжнародного здоров'я.
5. У чому полягає проблема біотероризму в сучасному світі?
6. Назвіть основні цілі Європейської стратегії «Здоров'я для всіх» та нової Європейської політики охорони здоров'я «Здоров'я — 2020».
7. Які нові загрози міжнародному здоров'ю існують у XXI ст. і як їх подолати?
8. Опишіть Стратегію системи громадського здоров'я щодо скорочення ризиків використання та негативних наслідків біологічної зброї.

До теми 6 «Стреси і конфлікти. Механізм захисту людей від дії стресу»

1. Дайте визначення поняттю «стрес».
2. Що відбувається в організмі під час стресової реакції?
3. Назвіть та охарактеризуйте стадії розвитку стресу.
4. Які симптоми хронічного стресу Ви можете назвати?
5. Що Ви знаєте про механізм впливу стресу на імунітет?
6. Що являє собою «емоційне вигорання»?
7. Які причини емоційного вигорання Ви можете назвати?



8. Дайте визначення поняттю «копінг» та охарактеризуйте його.
9. Що таке «катарсис»?
10. Які методи боротьби зі стресом Ви знаєте?

До теми 7 «Методологія аналізу причин соціальної нерівності щодо здоров'я населення»

1. Що означає рівність і справедливість в охороні здоров'я?
2. Що таке «економічна нерівність»?
3. Які прояви економічної нерівності Ви можете назвати?
4. Назвіть групи детермінант, що визначають здоров'я.
5. Дайте визначення поняттю нерівність щодо здоров'я.
6. Назвіть три загальні рекомендації щодо політики, спрямованої на зменшення соціальної нерівності щодо здоров'я.
7. Назвіть принципи справедливості, які має забезпечувати держава.
8. Охарактеризуйте три основні підходи до зменшення соціальної нерівності щодо здоров'я.
9. Наведіть приклади зі світової практики щодо несправедливої і нерівної політики щодо здоров'я.

До теми 8 «Життя як цінність. Ставлення до смерті та вмирання як моральна проблема»

1. Яке значення має одне з основних понять «сенса життя» для духовно-морального становлення особистості?
2. Який німецький філософ визначив життя людини як прояв світової волі?
3. Від яких обставин залежить уявлення про «сенса життя»?
4. Дайте визначення «природній (фізіологічній) смерті».
5. Які уявлення про смерть існували у багатьох народів світу?
6. Назвіть основні причини смерті від захворювань у світі.
7. Хто і коли вперше ввів термін «евтаназія» для визначення «легкої смерті»?
8. Які дані використовуються для побудови «таблиці смертності та середньої очікуваної тривалості життя»?

До теми 9 «Здоров'я населення як стратегічна складова сталого розвитку країни та його основні детермінанти»

1. Дайте визначення поняттю індивідуального, групового, регіонального та популяційного здоров'я.



2. Назвіть і охарактеризуйте рівні здоров'я.
3. Наведіть приклад класифікації факторів ризику за Роббінсом.
4. Як впливають групи факторів ризику на здоров'я населення? Які особливості цього впливу Ви можете назвати?
5. Назвіть джерела вивчення популяційного здоров'я населення.
6. Охарактеризуйте групи концептуального підходу до визначення поняття «здоров'я».
7. Назвіть концептуальні моделі здоров'я за П.І. Калью.
8. Які особливості стану здоров'я населення України по регіонах Ви знаєте?
9. Назвіть критерії досягнення певного рівня здоров'я для населення України, визначені експертами ВООЗ.

До теми 10 «Комплексна оцінка здоров'я населення на основі інтегральних показників»

1. Що таке метод комплексної оцінки стану здоров'я населення?
2. Охарактеризуйте показники оцінки стану здоров'я населення.
3. Розкрийте особливості оцінки стану населення на основі коефіцієнта життєстійкості.
4. Що являє собою індекс людського розвитку (ІЛР), його показники, оцінка?
5. Сутність оцінки популяційного здоров'я на основі індексу «DALY».
6. Назвіть та охарактеризуйте групи здоров'я дорослого населення.
7. Назвіть та опишіть групи здоров'я дитячого населення, їх значення для практичної охорони здоров'я.

До теми 11 «Медико-соціальна демографія та система знань про народонаселення»

1. Що являє собою демографія як наука?
2. Які види демографії Ви можете назвати?
3. Дайте визначення поняттю статика населення.
4. Яке значення має статика населення для системи охорони здоров'я?
5. Що таке динаміка населення?
6. Назвіть медико-соціальне значення динаміки населення.
7. Сутність медико-соціальної демографії.

До теми 12 «Демографічна статика та закономірності її формування на основі біологічних, соціальних та географічних факторів»

1. Що характеризує статика населення?



2. Яким чином проводять перепис населення та які основні вимоги до його організації та проведення Ви можете назвати?
3. Опишіть щільність населення та її регіональні особливості.
4. Охарактеризуйте статеві та вікові особливості населення в світі та в Україні.
5. Назвіть чинники, які впливають на статево-віковий склад населення.
6. Назвіть типи вікової структури населення.
7. Що таке «статево-вікова піраміда», які її види Ви знаєте?
8. Старіння населення та його вплив на охорону здоров'я.
9. Дайте визначення поняттю «урбанізація».

До теми 13 «Вивчення та оцінка основних демографічних показників механічного та природного руху населення»

1. Що таке динаміка населення?
2. Що таке міграція, охарактеризуйте її види.
3. Яким чином здійснюється аналіз міграційних процесів?
4. Що таке природний рух населення?
5. Назвіть показники, які характеризують природний рух населення.
6. Депопуляція як медико-соціальна проблема суспільства.
7. Дайте визначення поняттю народжуваність та опишіть методику визначення коефіцієнта народжуваності.
8. Назвіть спеціальні показники народжуваності та їх значення для аналізу демографічних процесів.
9. Охарактеризуйте загальний та спеціальні показники смертності населення.
10. Що являє собою природний приріст (природний спад) населення, яка методика їх розрахунку?
11. Охарактеризуйте сучасну демографічну ситуацію в Україні.

До теми 14 «Сучасні тенденції дитячої смертності»

1. Дайте визначення поняттю «малюкова смертність».
2. Які періоди малюкової смертності виділяють фахівці?
3. Що таке перинатальна смертність?
4. Охарактеризуйте неонатальну та ранню неонатальну смертність.
5. Опишіть пізню неонатальну та постнеонатальну смертність.
6. Назвіть основні причини малюкової смертності.
7. Наведіть методику розрахунку показника малюкової смертності.
8. Які типи малюкової смертності Ви можете назвати?



9. Які регіональні особливості малюкової смертності?
10. Дайте характеристику смертності дітей до 5 річного віку.

До теми 15 «Демографічне старіння населення та його виклики»

1. Праці якого грецького лікаря Стародавнього світу присвячені опису ознак старіння і хвороб у осіб похилого віку?
2. Назвіть види старіння за темпом і послідовністю вікових змін.
3. Які теорії старіння Ви знаєте?
4. Які ключові чинники сприяють процесу старіння?
5. Як впливає старіння населення на економічний розвиток держави?
6. Назвіть демографічні фактори, які обумовлюють старіння населення.
7. Які аспекти старіння вивчає соціальна геронтологія?
8. Що таке коефіцієнт демографічного навантаження? Як визначається цей показник для різних вікових груп населення?
9. Які заходи щодо забезпечення добробуту населення пенсійного віку та його активного довголіття розробляє соціальна геронтологія?

До теми 16 «Захворюваність населення. Методи вивчення захворюваності»

1. Назвіть медико-соціальне значення захворюваності населення.
2. Перелічіть методи вивчення захворюваності населення.
3. Назвіть переваги та недоліки методу вивчення захворюваності на підставі даних про звернення населення до закладів охорони здоров'я.
4. Охарактеризуйте вивчення захворюваності за даними профілактичних оглядів.
5. Опишіть вивчення захворюваності за даними про причини смерті.
6. В чому полягає сутність вивчення захворюваності методом опитування?
7. Охарактеризуйте метод вивчення захворюваності за спеціальними вибірковими дослідженнями.
8. Назвіть фактори, які впливають на повноту інформації про захворюваність.

До теми 17 «Тенденції та особливості окремих видів захворюваності»

1. Назвіть види захворюваності залежно від медико-соціальної та економічної значущості.
2. Дайте визначення поняттю «загальна захворюваність».
3. Що являє собою «первинна захворюваність» та яка методика її розрахунку?



4. Які основні фактори впливають на збільшення рівня загальної захворюваності в країнах з перехідною економікою?
5. Що таке первинна захворюваність?
6. Охарактеризуйте інфекційну захворюваність, її значимість.
7. Що включає госпіталізована захворюваність?
8. Дайте аналіз захворюваності з тимчасовою втратою працездатності.

До теми 18 «Медико-соціальні аспекти найважливіших соціально значущих захворювань у різних країнах світу та в Україні»

1. Дайте визначення поняттю «соціально значущі захворювання».
2. Чим визначаються медико-соціальні аспекти соціально значущих захворювань?
3. Назвіть основні соціально значущі захворювання.
4. Дайте характеристику захворюванням системи кровообігу як медико-соціальної проблеми.
5. Охарактеризуйте злоякісні новоутворення як медико-соціальну проблему.
6. Обґрунтуйте медико-соціальне значення різних форм травматизму серед населення.
7. Назвіть медико-соціальні наслідки цукрового діабету.
8. Дайте характеристику проблемі ожиріння.
9. Чим загрожує проблема ВІЛ-інфекції / СНІДу суспільству?
10. До яких наслідків призводить вживання наркотичних речовин?

До теми 19 «Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям»

1. Опишіть історію виникнення і процес вдосконалення Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям.
2. Назвіть структурні принципи побудови і вдосконалення Міжнародної статистичної класифікації хвороб.
3. Назвіть особливості процесу перегляду МКХ-XI.
4. У чому полягає відмінність МКХ-X від МКХ-XI?
5. Охарактеризуйте Міжнародну класифікацію первинної медичної допомоги (ICPC-2)

До теми 20 «Актуальні проблеми інвалідності серед населення та шляхи їх вирішення»

1. Дайте визначення поняттю «інвалідність».



2. В чому полягає медико-соціальне значення інвалідності?
3. Назвіть причини, які сприяють зростанню інвалідності.
4. Що означає поняття «особа з інвалідністю»?
5. Що таке «обмеження життєдіяльності»?
6. Які ступені обмеження життєдіяльності Ви можете назвати?
7. Які групи інвалідності існують? Охарактеризуйте їх.
8. Назвіть види інвалідності залежно від причин.
9. Які найважливіші показники інвалідності Ви знаєте?
10. Які основні тенденції показників інвалідності в Україні серед дорослого населення і працездатного віку Ви можете назвати?

**До теми 21 «Дитяча інвалідність
як медико-соціальна проблема сучасного суспільства»**

1. Дайте визначення поняттю «дитяча інвалідність».
2. Розкрийте медико-соціальне значення дитячої інвалідності.
3. Назвіть причини, що формують дитячу інвалідність.
4. Охарактеризуйте вікову структуру дітей з інвалідністю.
5. Назвіть основні тенденції показників дитячої інвалідності.
6. Які основні тенденції показників інвалідності в Україні серед дитячого населення Ви можете назвати?

**До теми 22 «Методика вивчення
та оцінка фізичного розвитку населення»**

1. Дайте визначення поняттю «фізичний розвиток».
2. Охарактеризуйте критерії біологічного розвитку.
3. Які критерії відносяться до морфо-функціонального розвитку?
4. Які закономірності фізичного розвитку дитячого населення України?
5. З чим пов'язане погіршення показників фізичного розвитку?
6. Яким чином можна поліпшити показники фізичного розвитку?
7. Що таке процес акселерації?
8. Які проблеми ставить перед сучасними медиками процес акселерації?

**До теми 23 «Промоція здоров'я
як профілактичний напрямок діяльності системи охорони здоров'я»**

1. Дайте визначення поняттю «промоція здоров'я» та її основним стратегіям.
2. Сформулюйте основні пріоритети щодо зміцнення здоров'я населення відповідно до Оттавської хартії ВОЗ.



3. Опишіть основні пріоритети щодо зміцнення здоров'я населення відповідно до Джакартської Декларації ВООЗ.
4. Охарактеризуйте школи та лікарні, які сприяють збереженню здоров'я, їх цілі.
5. Що являє собою медична профілактика?
6. Назвіть заходи щодо формування здорового способу життя.
7. Наведіть перелік медичних оглядів та визначте їх призначення.
8. Які види профілактичних програм щодо забезпечення здоров'я населення Ви знаєте?
9. Назвіть основні типи (моделі) профілактичних програм.

До теми 24 «Концепція скринінгу в охороні здоров'я»

1. Дайте визначення поняттю «скринінг».
2. Охарактеризуйте основну мету і завдання скринінгових технологій.
3. У чому полягають відмінності концепції скринінгового тесту і діагностичного обстеження?
4. Назвіть види скринінг-тесту, наведіть приклади.
5. Назвіть основні вимоги, що висувають експерти щодо скринінгових тестів.
6. Що таке таблиці спряженості, охарактеризуйте їх.
7. Чи існує зв'язок між чутливістю, специфічністю і поширеністю патології?
8. Як Ви розумієте прогностичне значення позитивного і негативного результату в скринінгових технологіях?

До теми 25 «Візуалізація й ефективне подання даних про здоров'я. Поширення і використання результатів»

1. Що таке «візуалізація даних»?
2. У чому полягає значення числових даних?
3. Які принципи візуалізації даних Ви можете назвати?
4. Що відноситься до основних рівнів візуалізації?
5. Охарактеризуйте класифікацію методів візуалізації.
6. Які сучасні засоби візуалізації даних Ви знаєте?
7. Опишіть графічні можливості геоінформаційних систем.
8. Охарактеризуйте основні графічні редактори.
9. Дайте визначення поняттю «інфографіка» як засобу візуалізації технічної й економічної інформації.
10. Які існують сервіси для створення інфографіки?



До теми 26 «Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація) в інтересах здоров'я населення»

1. Що таке адвокація та адвокаційна кампанія?
2. Назвіть типи адвокації, охарактеризуйте їх.
3. Що таке «тріада адвокації»?
4. Які етапи адвокаційної кампанії Ви можете назвати?
5. Як формується основна проблема для адвокаційної кампанії?
6. Які інструменти використовуються в адвокаційній кампанії?
7. Що таке стратегія адвокації?
8. Як оцінюються результати адвокаційної кампанії?
9. Опишіть кроки адвокаційної кампанії.

До теми 27 «Комунікація і соціальна мобілізація в забезпеченні здоров'я населення»

1. Обґрунтуйте значення комунікації в інтересах здоров'я.
2. Походження і визначення терміну «комунікація».
3. Що означає поняття комунікація?
4. Які основні принципи комунікації?
5. Які функції комунікації?
6. Назвіть форми і види комунікації, наведіть приклади.
7. Які моделі комунікації здоров'я Ви знаєте?
8. Які комунікаційні групи впливу існують серед цільових аудиторій?
9. Назвіть основні компоненти комунікативного процесу.
10. Охарактеризуйте модель комунікації «лікар-пацієнт».

До теми 28 «Пресреліз як різновид письмових комунікацій у зв'язках з громадськістю»

1. Що таке пресреліз?
2. Які існують правила підготовки пресрелізу?
3. Що являє собою основний зміст у пресрелізі?
4. Яке медико-соціальне значення пресрелізу у системі громадського здоров'я?
5. Назвіть складові елементи пресрелізу, охарактеризуйте їх.
6. У чому полягає ефективність пресрелізу?
7. Яку інформацію містить головне речення як елемент пресрелізу?



ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

1. **Адвокація (Advocacy)** – це ряд заходів, спрямованих на осіб, які приймають рішення (мають можливості змінити ситуацію), з метою вирішення певних проблем у конкретних осіб або в суспільстві.
2. **Акселерація (Acceleration)** – прискорення темпів вікового розвитку дітей і підлітків порівнюючи з попередніми поколіннями шляхом зсуву морфогенезу на більш ранні стадії онтогенезу.
3. **Біологічна смерть (Biological death)** – незворотне припинення життєдіяльності організму, неминуча стадія індивідуального існування будь-якої окремої живої системи.
4. **Біотероризм (Bioterrorism)** – тип тероризму, який визначається як незаконне використання біологічних засобів проти людей з метою примусового втручання чи залякування уряду, цивільного населення або будь-якої його частини для досягнення особистих, політичних, соціальних або релігійних цілей.
5. **Візуалізація даних (Data visualization)** – це наочне подання масивів різної інформації.
6. **Вторинна профілактика (Secondary prevention)** – це виявлення та ефективне лікування ранніх стадій хвороб з метою попередження їх розвитку та виникнення ускладнень, хронізації, загострень, обмеження життєдіяльності.
7. **Геріатрія (Geriatrics)** – розділ геронтології, який вивчає проблеми профілактики і лікування хвороб літнього віку.
8. **Геронтологія (Gerontology)** – наука, що вивчає біологічні, соціальні та психологічні аспекти старіння людини, його причини та способи боротьби з ним.
9. **Граф (Graph)** – це фігура на площині, що складається з непорожньої скінченної множини точок (вершин) і скінченної множини орієнтованих чи не орієнтованих ліній (ребер), що з'єднують деякі пари вершин.
10. **Громадське здоров'я (Public health)** – це наука і мистецтво запобігання хворобам, продовження життя і зміцнення здоров'я за допомогою організованих заходів, що вживаються зусиллями суспільства.



11. **Група інвалідності (Disability group)** – це ступінь стійкого розладу функцій організму, зумовленого захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, та можливого обмеження життєдіяльності при взаємодії із зовнішнім середовищем внаслідок втрати здоров'я.
12. **Демографія (Demography)** – наука про закономірності відтворення населення у суспільно-історичній обумовленості цього процесу.
13. **Депопуляція (Depopulation)** – систематичне зменшення кількості населення певної країни або території як наслідок звуженого відтворення населення, коли наступні покоління є кількісно меншими за попередні (смертність перевищує народжуваність, висока еміграція; обставини, що спричиняють великі втрати людей, наприклад, війна).
14. **Детермінанти здоров'я (Determinants of health)** – це комплекс індивідуальних, соціальних, економічних та екологічних факторів, що визначають стан і рівень здоров'я окремих людей, груп населення та нації загалом.
15. **Динаміка населення (Population dynamics)** – зміна чисельності та структури населення за певний відрізок часу.
16. **Евтаназія (Euthanasia)** – умисне позбавлення життя хворого з метою полегшення його страждань.
17. **Екологічне здоров'я (Environmental health)** – це сукупність усіх фізичних, хімічних і біологічних чинників, які впливають на людину ззовні, а також усіх пов'язаних з ними факторів, які впливають на поведінку людини.
18. **Економічна нерівність (Economic inequality)** – це відмінність за показниками економічного добробуту між окремими особами в групі, між групами населення або між країнами.
19. **Емоційне вигорання (Emotional burnout)** – це зміни в поведінці людини внаслідок емоційного виснаження, до якого призводять багато факторів, зокрема постійне перебування у стані стресу.
20. **Живонародження (Live birth)** – це повне вигнання або вилучення дитини (плоду) з організму матері незалежно від терміну вагітності, який має хоча б одну ознаку життя, а саме: дихання, серцебиття, пульсація пуповини та інші.



21. **Загальна захворюваність (General morbidity)** – сукупність всіх захворювань (гострих та хронічних, травм, отруень і т.д.), які зареєстровані у населення, що проживає на певній території за певний період часу.
22. **Захворювання (Disease)** – це порушення нормальної життєдіяльності, яке виникає у відповідь на дію патогенних факторів, що призводить до порушення працездатності, соціально-корисної діяльності, тривалості життя організму і його здатності адаптуватися до мінливих умов зовнішнього і внутрішнього середовища при одночасній активізації захисно-компенсаторно-приспосувальних реакцій і механізмів.
23. **Здоров'я (Health)** – це стан повного соціального, біологічного та психічного благополуччя, коли функції всіх органів і систем урівноважені з навколишнім середовищем, відсутні захворювання, хворобливі стани та фізичні дефекти.
24. **Здоров'я (Health)** – це інтервал, в межах якого кількісні коливання біологічних процесів здатні утримувати живу систему на рівні функціонального оптимуму.
25. **Інвалідність (Disability)** – соціальна недостатність, обумовлена порушенням здоров'я (захворюванням, травмою, фізичним дефектом) зі стійким розладом функцій організму, що призводить до обмеження життєдіяльності та необхідності соціального захисту.
26. **Індекс людського розвитку (Human development index)** – це інтегральний показник, який розраховується щорічно для міждержавного порівняння та вимірювання рівня життя, грамотності, освіченості та довголіття, як основних характеристик людського потенціалу досліджуваної території.
27. **Індивідуальне здоров'я (Individual health)** – оптимальне функціонування фізіологічних систем людини (фізичне), наявність позитивного психоемоційного настрою (психічне) та активна соціальна позиція людини (соціальне здоров'я).
28. **Комунікація (Communication)** – це необхідний елемент взаємодії населення в цілому або окремих груп, народів, держав, в ході якого здійснюється передача і взаємопередача інформації, знань, почуттів, оцінок, значень, смислів, цінностей, і посідає провідне місце у сфері соціальних процесів.



29. **Малюкова смертність (Infant mortality)** – один з вікових показників смертності, який характеризує частоту смертельних випадків дітей на 1-му році життя.
30. **Материнська смертність (Maternal mortality)** – зумовлена вагітністю (незалежно від її тривалості та локалізації) смерть жінки, що настала в період вагітності або протягом 42 днів після її закінчення від будь-якої причини, пов'язаної з вагітністю, обтяженої нею або її веденням, але не від нещасного випадку чи з випадкових причин.
31. **Медико-соціальна експертна комісія (Medical and social expert commission)** – спеціальний заклад в системі охорони здоров'я, що проводить медико-соціальну експертизу особам, які звертаються для встановлення інвалідності, за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.
32. **Мертвонародження (Stillbirth)** – це смерть плоду до його повного вигнання або вилучення з організму матері незалежно від тривалості вагітності: при цьому він не проявляє жодних ознак життя (не дихає, не має серцебиття).
33. **Міграція населення (Migration)** – механічні переміщення людей через кордони тих чи інших територій зі зміною місця проживання на завжди, на більш-менш тривалий час або з регулярним поверненням до нього.
34. **Моніторинг здоров'я (Health monitoring)** – це динамічна скринінг-діагностика фізичного розвитку, функціональних резервів організму, нейродинамічних показників нервової системи, психічного стану, індивідуальних особливостей, адаптивних (резервних) можливостей, способу життя і спадковості, що визначають життєздатність організму.
35. **Народжуваність (Birth rate)** – це процес дітонародження в конкретній сукупності населення за певний період часу.
36. **Неприродна смерть (Unnatural death)** настає внаслідок хвороби або пошкодження від дії чинників навколишнього середовища.



37. **Особа з інвалідністю (Disabled person)** – особа, яка у зв'язку з обмеженням життєдіяльності внаслідок наявності фізичних чи розумових недоліків потребує соціальної допомоги і захисту.
38. **Первинна захворюваність (Primary morbidity)** – це сукупність нових, ніде раніше не врахованих і вперше в житті виявлених захворювань серед населення у звітному році.
39. **Первинна профілактика (Primary prevention)** – спрямована на усунення причин хвороби шляхом поліпшення умов праці та побуту (оздоровлення навколишнього середовища, організація здорового способу життя, гігієнічне нормування впливу факторів).
40. **Перепис населення (Census)** – це великомасштабне статистичне дослідження, мета якого встановити точні дані про чисельність та склад населення тієї чи іншої країни.
41. **Пресреліз (Press release)** – це інформаційне повідомлення для преси, яке включає інформацію про організацію, події, новий продукт тощо.
42. **Природний рух населення (Natural movement)** – зміна чисельності населення внаслідок взаємодії основних демографічних явищ народжуваності та смертності.
43. **Природна смерть (Natural death)** – це закономірне припинення діяльності організму внаслідок повного вичерпання його фізіологічних можливостей, що спостерігається при глибокій старості, значній недоношеності або наявності несумісних з життям вад анатомо-фізіологічного розвитку.
44. **Промоція здоров'я (Health promotion)** – це процес, який дозволяє населенню посилити контроль за своїм здоров'ям та поліпшити стан свого здоров'я.
45. **Профілактика (Prevention)** – це комплекс медичних, санітарно-технічних, гігієнічних, педагогічних та соціально-економічних заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я, підвищення трудової активності та довголіття людей, включаючи умови праці, відпочинку, житлово-побутові умови, тобто сукупність заходів з попередження захворювань та усунення факторів ризику.



46. **Психічне благополуччя (Mental well-being)** – здатність організму до контролю за своєю поведінкою і емоціями, пізнавальною діяльністю, а також змогою відчувати позитивні емоції, які характеризуються певною частотою та інтенсивністю.
47. **Середня очікувана тривалість життя (Average life expectancy)** – це середня кількість років, яку належить прожити поколінню, що народилося (ровесникам певного віку), за умови, якщо протягом їх наступного життя статеві-вікові показники смертності будуть такими ж, як і в роки, для яких робилися розрахунки.
48. **Скринінг (Screening)** – це особливий вид медичних обстежень, який проводиться для попередження та ранньої діагностики захворювань.
49. **Смертність (Mortality)** – демографічний показник кількості смертей у певній популяції або певній підгрупі населення за одиницю часу.
50. **Соціальне благополуччя (Social well-being)** – це об'єктивне суспільне явище, детерміноване повсякденними умовами життєдіяльності людей, в яких вони задовольняють свої потреби, реалізують життєві плани і соціальні очікування.
51. **Соціальна геронтологія (Social gerontology)**, як розділ геронтології, вивчає демографічні, соціально-економічні, соціально-гігієнічні та соціально-психологічні аспекти старіння, в тому числі вплив умов і способу життя на процес старіння людини і розробляє заходи, що забезпечують добробут населення пенсійного віку, його активне довголіття.
52. **Соціальна держава (Welfare state)** – модель держави, політика якої спрямована на перерозподіл матеріальних благ відповідно до принципу соціальної справедливості заради досягнення кожним громадянином гідного рівня життя, згладжування соціальних відмінностей і допомоги нужденним.
53. **Соціальні детермінанти здоров'я (Social determinants of health)** – це умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють, а також існуючі системи, що впливають на широкий спектр результатів та ризиків для здоров'я, тривалості та якості життя.



54. **Статика населення (Population statistics)** – характеристика населення на певний момент часу (його чисельність, склад, щільність, особливості розподілу населення за статтю, за місцем проживання тощо).
55. **Стрес (Stress)** – реакція організму на будь-які зміни внутрішнього або зовнішнього середовища, яка стимулює захисні сили організму.
56. **Таблиця (Table)** – це форма систематизованого, раціонального і наочного викладення статистичних даних про явища і процеси.
57. **Танатологія (Thanatology)** – розділ теоретичної і практичної медицини, що вивчає стан організму в кінцевій стадії патологічного процесу, динаміку і механізми вмирання, безпосередні причини смерті, клінічні, біохімічні і морфологічні прояви поступового припинення життєдіяльності організму.
58. **Третинна профілактика (Rehabilitation)** – спрямована на попередження ускладнень, рецидивів та інвалідності, переходу захворювання в хронічну форму, відновлення оптимальних функцій, соціального і професійного статусу.
59. **Урбанізація (Urbanization)** – зростання значення міст у розвитку суспільства, яке супроводжується ростом і розвитком міських поселень, зростанням питомої ваги міського населення, поширенням міського способу життя в певному регіоні, країні, світі.
60. **Фактори ризику (Risk factors)** – це потенційно небезпечні для здоров'я фактори поведінкового, біологічного, генетичного, екологічного, соціального характеру, навколишнього та виробничого середовища, що підвищують вірогідність розвитку захворювань, їх прогресування та несприятливого результату.
61. **Фізичне благополуччя (Physical well-being)** – це здатність людини до повсякденної фізичної активності, повноцінної праці, з урахуванням його індивідуальних характеристик: віку, статі, трудових навичок, характеру професійної діяльності та регіональних умов життя.
62. **Фізичний розвиток (Physical development)** – сукупність ознак, що характеризують рівень і динамічну зміну ряду морфологічних і функціональних властивостей певного індивіда і колективу людей, виражених у вигляді загальних та групових стандартів фізичного розвитку.



СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабков В. С. Методи візуалізації даних складної структури на основі деревоподібних карт / В. С. Бабков, М. О. Сердюк // Наукові праці Харківського університету. 2018. №14. С. 163–170.
2. Булах І. С. Психологія життєвих криз особистості : навч. посіб. / І. С. Булах. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. С. 8–35.
3. Голованова І.А. Організація та економіка охорони здоров'я : навч. посіб. / І. А. Голованова, І. В. Белікова, Н. О. Ляхова. Полтава, 2021. 236 с.
4. Голяченко О.М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. К. : Медицина, 2011. 208 с.
5. Гончарук Є. І. Вивчення впливу факторів навколишнього середовища на здоров'я населення / Є. І. Гончарук, Ю. В. Вороненко, Н. М. Марценюк. К., 2002. 204 с.
6. Громадське здоров'я: навчальний посібник / Т. С. Грузєва, Л. І. Галієнко, Н. В. Гречішкіна. Київ: «Книга-плюс», 2021. 296 с.
7. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Т. С. Грузєва [та ін.]. Вид. 3. Вінниця: Нова Книга, 2013. 560 с.
8. Державна науково-педагогічна бібліотека України ім. В. О. Сухомлинського <http://www.dnrb.gov.ua/>
9. Екологічна безпека держави: тези доповідей ІХ Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених та студентів. м. Київ, 16 квітня 2015 р., Національний авіаційний університет / редкол. О. І. Запорожець та ін. К. : НАУ, 2015. 212 с.
10. Епідеміологічні методи вивчення неінфекційних захворювань: навчальний посібник / В.М. Лехан, Ю.В. Вороненко, О.М. Максименко та ін. К. : Сфера, 2005. С. 49–66.
11. Залязняк Ю. Інфографіка як відповідь на виклики швидкого часу в інформаційному контексті / Ю. Залязняк // Вісник Львівського університету. 2017. №40. С. 215–222.
12. Здоров'я 2020 — основи європейської політики і стратегії для ХХІ ст. ВООЗ. 2013. 232 с.
13. Зеленкова І. Л. Проблема сенсу життя: Досвід історико-етичного дослідження / І. Л. Зеленкова. 2010. 125 с.
14. Імянітов Н. С. Об'єктивні смисли життя та існування. / Н. С. Імянітов // Питання філософії. 2006. №7 С. 84–94.
15. Крячкова Л. В., Коробко М. Ю., Заярський М. І. Обґрунтування доцільності використання стандартизованих підходів самооцінки стоматологіч-



- ної якості життя у дітей // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Харків, 28 жовтня 2022 р. / ред. кол.: В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнєв, Т. В. Пересипкіна та ін. Харків, 2022. С. 39–40.
16. Льюїс Н. Д. Візуальний курс. Microsoft Office 2003. М. : ДМК Пресс, 2008. 865 с.
 17. Маланчук В. О. Естетична медицина в аспекті застосування високих технологій / В. О. Маланчук, І. С. Чекман // Укр. мед. часопис. 2010. №6 (80). С. 115–123.
 18. Медведовська Н. В., Квач М. Д. Результати ретроспективного дослідження захворюваності чоловічого населення України // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Харків, 28 жовтня 2022 р. / ред. кол.: В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнєв, Т. В. Пересипкіна та ін. Харків, 2022. С. 30–32.
 19. Мерзлякова І. В. Соціальні регулятори благополуччя / І. В. Мерзлякова // Гуманітарний вектор. Серія: Педагогіка, психологія. 2010. №1. С. 179–187.
 20. Міщенко М.М., Міщенко О. М. Тренди смертності населення України через хвороби системи кровообігу та цереброваскулярні захворювання // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Харків, 28 жовтня 2022 р. / ред. кол.: В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнєв, Т. В. Пересипкіна та ін. Харків, 2022. С. 52–54.
 21. Монакова О., Чумаченко Т. Неспецифічна профілактика covid-19 в м. Харкові у довакцинальний період пандемії: аналіз недоліків та шляхи їх усунення...// Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Харків, 28 жовт-



- ня 2022 р. / ред. кол.: В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнєв, Т. В. Пересипкіна та ін. Харків, 2022. С. 43–46.
22. Москаленко В. Ф. Безпека медичних закладів у надзвичайних ситуаціях — пріоритетний напрям у охороні здоров'я. Охорона здоров'я України / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва, Л. І. Галієнко. 2009. №1 (33). С. 8–14.
 23. Москаленко В. Ф. Міжнародне здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Н. І. Кольцова // Соціальна медицина і охорона здоров'я (Громадське здоров'я): за ред. В. Ф. Москаленка. К.: Книга плюс, 2009. С. 303–311.
 24. Москаленко В. Ф. Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної: Монографія. К.:ВД «Авіцена, 2009. 240 с.
 25. Населення України. Демографічний щорічник. К. : Держкомстат України www.ukrstat.gov.ua
 26. Наукова бібліотека Харківського державного медичного університету <http://libr.knmu.edu.ua/index.php/biblioteki>
 27. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського <http://www.nbuv.gov.ua/>
 28. Національна наукова медична бібліотека України <http://www.library.gov.ua/>
 29. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / під ред. В. М. Пономаренка. 2007. 309 с.
 30. Охорона здоров'я населення індустріального мегаполісу в умовах впливу шкідливих хімічних чинників : монографія / М. Г. Щербань, В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнєв та ін., за заг. ред. М. Г. Щербаня, В. В. М'ясоєдова. Харків : ХНМУ, 2019. 120 с.
 31. Репродуктивне здоров'я: медико-соціальні проблеми / за ред. В. М. Лобаса, Г. О. Слабкого. Донецьк : Либідь, 2004. 146 с.
 32. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я (для позааудиторної самостійної підготовки до практичних занять, для ВМНЗ III–IV рівнів акредитації) / за ред. В. В. Руденя. Львів. 2003.
 33. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 680 с.
 34. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Ю. В. Вороненка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. 332 с.
 35. Триша Гринхальх. Основи доказової медицини: пер. з англ. / під ред. І. Н. Денисова, К. І. Сайткулова. 3-є вид. М.: ГЭОТАР–Медіа. 2009. С. 142–159.



36. Усик С. Л. Поведінка людини в стресових ситуаціях. Феномен допінгу / С. Л. Усик, Л. М. Богданович // Методичні рекомендації для використання в роботі педпрацівниками та слухачами центру з метою навчання фахівців цивільного захисту правил поведінки в стресових ситуаціях. Луцьк. 2014.
37. Фролов А. Ф. Бактеріологічна зброя: наслідки ураження / А. Ф. Фролов // Санітарно-епідеміологічна служба (науково-практичне видання). 2006. №1. С. 22–24.
38. Харківська державна наукова бібліотека ім. В. Г. Короленка <http://korolenko.kharkov.com>
39. Швед О. С. Інфографіка як засіб візуальної комунікації / О. С. Швед // Гуманітарна освіта в технічних вищих навчальних закладах. 2018. №30. С. 305–313.
40. Aircraft noise and incidens of hypertension — gende specific effects /C. Eriksson, G. Bluhm, A. Hilding, C. Ostenson, G. Pershagen // Environ Res. 2010 Nov. V.110 (8). P. 764.
41. Chen C. Information Visualization. Beyond the Horizon / C. Chen // Second Edition. Verlag London Limited: Springer. 2009. 316 c.
42. Evergreen S. Effective Data Visualization: The Right Chart for the Right Data / S. Evergreen // New York: Wailey & Sons. 2016. 567 p.
43. Gallup Inc., Healthways Inc. State of global well-being. Results of the Gallup-Healthways Global well-being index. 2014.
44. Healy K. Data Visualization. A practical introduction. URL: <https://socviz.co>
45. OECD Better life index. Organisation for Economic Co-operation and Development. URL: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/> (дата звернення: 05.03.2017).
46. Oxford Textbook of Global Public Health, 6 edition. Edited by Roges Detels, Martin Gulliford, Quarraisha Abdool Karimand Chorh Chuan Tan. Oxford University Press. 2017. 1728 p.
47. U.S. National Library of Medicine Національна медична бібліотека США <http://www.nlm.nih.gov/>
48. Wilke C. O. Fundamentals of Data Visualization. New York: O'Reilly. 2018. 1432 p.
49. Wilkinson L. Grammar of Graphics. New York: Springer. 2012. 753 p.



ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- БЗ** – біологічна зброя
ВВП – внутрішній валовий продукт
ВІЛ/СНІД – вірус імунодефіциту людини/синдром набутого імунодефіциту
ВНД – валовий національний дохід
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ГДК – граничнодопустима концентрація
ГЗ – громадське здоров'я
ЄС – Європейський Союз
ЗВО – заклад вищої освіти
ЗМІ – засоби масової інформації
ЗН – злоякісні новоутворення
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
ІЛР – індекс людського розвитку
КДН – коефіцієнт демографічного навантаження
КНП – комерційне неприбуткове підприємство
ЛОС – леткі органічні сполуки
ММСП – Міжнародні медико-санітарні правила
МОП – Міжнародна організація праці
МСЕК – Медико-соціальна експертна комісія
НТР – науково-технічна революція
ООН – Організація Об'єднаних Націй
ПК – персональний комп'ютер
СОТЖ – середня очікувана тривалість життя
ЦНС – центральна нервова система
DALY – disability-adjusted life years
FAO – Food and Agriculture Organization, UN
HALE – health adjusted life expectancy
SARS – Severe Acute Respiratory Syndrome

Навчальне видання

Огнев Віктор Андрійович, Подпрядова Анна Анатоліївна, Усенко Світлана Георгіївна, Сокол Костянтин Михайлович, Пересипкіна Тетяна Валентинівна, Піонтковська Оксана Володимирівна, Мельниченко Олександр Анатолійович, Трегуб Павло Олегович, Мартиненко Наталія Миколаївна, М'якіна Олександр Володимирович, Нестеренко Валентина Геннадіївна, Помогайбо Катерина Георгіївна, Чумак Любов Ігорівна, Чухно Інна Анатоліївна, Гапонова Еліна Олександрівна, Бєлєвцова Яна Сергіївна, Вашев Олег Єгорович, Лісова Ганна Володимирівна, Черненко Інна Іванівна, Алієва Тарана Джафар кизи, Галічева Антоніна Сергіївна, Григоров Микола Миколайович, Журавель Яна Вікторівна, Черняк Михайло Євгенійович, Суворов Валентин Павлович, Вашева Анастасія Олегівна, Іващенко Роман Олегович, Міщенко Марина Михайлівна, Орел Ольга Володимирівна, Яременко Альона Володимирівна

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник

За загальною редакцією професора В.А. Огнева

У чотирьох томах

Том 2

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Відповідальний за випуск В.А. Огнев

Коректор Н.М. Мартиненко

Комп'ютерний набір А.А. Подпрядова

Формат 148x210 мм. Ум. друк. арк. 81. Бумага офсетна.

Друк цифровий. Тираж 100 пр.

Надруковано у друкарні «Impress» (ФОП Болібок А.В.)

Україна, м. Харків, вул. Пушкінська, 56, Зам. 140.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців, виробників та розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК №3242 від 18.07.2008 р.