

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Перспективи розвитку сучасної профілактичної медицини

Матеріали науково-практичної конференції
кафедри гігієни та екології
Харківського національного медичного університету

Харків, 20 листопада 2024 року

Харків
ХНМУ
2024

УДК 613:616-08-039.71(082)

Затверджено Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 15 від 28.11.2024 р.

Редакційна колегія:

І. В. Завгородній, О. Л. Літовченко, М. Г. Щербань, О. І. Герасименко,
Ю. О. Олійник

П26 Перспективи розвитку сучасної профілактичної медицини: матеріали наук.-практ. конф. кафедри гігієни та екології Харк. нац. мед. ун-ту. Харків: ХНМУ, 2024. 48 с.

Матеріали конференції вмістили різні аспекти профілактичної медицини, включаючи інноваційні підходи до превентивної діагностики, сучасні методи профілактики захворювань, питання громадського здоров'я та промоції здорового способу життя.

УДК 613:616-08-039.71(082)

© Харківський національний
медичний університет, 2024

Зміст

Біличенко Н. П., Козінець М.Д., Лисак М. С. Науковий керівник: д.мед.н., проф. Завгородній І. В. ОСВІТА В СФЕРІ ХАРЧУВАННЯ ЯК КЛЮЧОВИЙ ІНСТРУМЕНТ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	5
Богачова О. С., Весніна М. А. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ОРГАНУ ЗОРУ ВІД УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ: АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСОБІВ ПРОФІЛАКТИКИ.....	8
Gerasymenko O. I., Chupryna M.V. AIR POLLUTION MONITORING IN URBAN FRONTLINE TERRITORIES	11
Григорян О. В., Фрументо Серджіо ОСОБЛИВОСТІ РОБОЧОЇ ПАМ'ЯТІ У ОСІБ З СИМПТОМАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ: ДОСЛІДЖЕННЯ УКРАЇНСЬКОЇ ПОПУЛЯЦІЇ.....	14
Лисак М. С., Колесникова Ю. П., Біличенко Н. П. Науковий керівник: д.мед.н., проф. Завгородній І. В. РОЛЬ ХАРЧУВАННЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ М'ЯЗОВОЇ АТРОФІЇ У СПОРТСМЕНІВ ПІД ЧАС РЕАБІЛІТАЦІЇ	16
Зелена В. П., Мокрякова М. І. ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЯК СКЛАДОВА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.	19
Івашенко Р. О., Огнєв В. А., Нестеренко В. Г. ПОШУК НОВИХ МЕТОДІВ ВИЯВЛЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ.....	21
Марюха Ю. В. СУЧАСНА ОЦІНКА КОМПЛЕКСНОЇ ДІЇ ШКІДЛИВИХ ФАКТОРІВ ВПЛИВАЮЧИХ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ МЕТРОПОЛІТЕНІВ.....	24

Нестеренко В. Г. ВИКЛАДАННЯ ПИТАНЬ ПАЛПАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ПРОФІЛАКТИКА ВНУТРІШНЬОГО КОНФЛІКТУ ЛІКАРЯ	27
Ohniev V. A., Orel O. V., Yaremenko A. V. USE OF DIGITAL TECHNOLOGIES IN THE PREVENTION OF NON- INFECTABLE DISEASES: CURRENT OPPORTUNITIES AND PROSPECTS	29
Ohniev V.A., Yaremenko A. V., Orel O. V. SOCIAL INEQUALITY AS A DETERMINANT OF HEALTH: CHALLENGES FOR THE HEALTH CARE SYSTEM.....	32
Олійник Ю. О. ПСИХО-ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ.	34
Старусева В. В., Рзасва Аян Асаф кизи ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД СТУДЕНТСТВА ПРОТЯГОМ ТРЕТЬОГО РОКУ ВІЙНИ.....	36
Строєв М. Ю., Литвиненко М. І. ГІГІЄНИЧНІ ФАКТОРИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЗОНУ «ПРОТЕЗ-КІНЦІВКА».....	38
Торохтій К. В., Богачова О. С. ПСИХОГІГІЄНА ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ САМОДОПОМОГИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ТРИВОГИ	40
Філатова Н. М., Подкользіна Г. А. СУЧАСНИЙ СТАН ХАРЧУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ - ЗМІНИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВИХ ЗВИЧОК В УМОВАХ ВІЙНИ.....	43

ОСВІТА В СФЕРІ ХАРЧУВАННЯ ЯК КЛЮЧОВИЙ ІНСТРУМЕНТ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Біличенко Н. П., Козінець М.Д., Лисак М. С.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Завгородній І. В.

В сучасному світі проблемою громадського здоров'я є неухильне зростання хронічних захворювань в останні роки, що негативно впливає на показники народжуваності і смертності, працездатність та якість життя населення.

За 2017-2021 роки чисельність населення України стрімко зменшується і така депопуляційна тенденція прослідковується за даними Державної служби статистики України. За офіційними даними населення України у 2022 році становить 41 170,4 тис. осіб [1]. Порівнюючи чисельність населення у 2017 році вона становила 42 584,5 тис. [2]

Експерти ВООЗ встановили орієнтовне співвідношення різних факторів, котрі впливають на формування здоров'я сучасної людини:

50-55% - спосіб життя, з них 40-45% припадає на харчування;

20-25% - стан навколишнього середовища;

10% - медичне забезпечення;

15-20% - генетичні фактори.

Нині в Україні переважає більшість передчасних смертей пов'язана з основними неінфекційними захворюваннями: серцево-судинними хворобами, онкологічними захворюваннями та діабетом. Ключовими чинниками ризику розвитку цих недуг є: незбалансоване харчування, ожиріння, малорухливий спосіб життя, зловживання алкоголем та тютюнопаління. Серед цих факторів харчування є одним із найвагоміших вирішальних чинників, який безпосередньо впливає на здоров'я. Незбалансоване харчування, рафінована їжа, продукти з великою кількістю транс жирів, цукру і солі, білого борошна вищих сортів – все це підвищує ризик виникнення хронічних захворювань неінфекційного генезу.

Разом з тим, рівень усвідомлення громадянами нашої країни цих факторів ризику розвитку хронічних захворювань недостатній, в тому числі щодо нераціонального харчування. Саме тому, підвищення обізнаності й усвідомлення населенням основ здорового способу життя може стати ваговою складовою профілактичних заходів по попередженню розвитку хронічних неінфекційних захворювань.

Дієтологи країни зазначили найважливіші групи продуктів, які повинні входити до щоденного раціону українця, та виклали їх в Національних рекомендаціях щодо здорового харчування дорослих наприкінці 2017 року. Вони містять всі необхідні продукти для життєдіяльності людини та нормовані порції, рекомендації розроблені

опираючись на міжнародний досвід найкращих практик дієтологів та офіційно затвержені МОЗ України. В Україні вперше тарілка здорового харчування покликана громадянини України дотримуватись збалансованого раціону харчування. [3].

Однак, харчова грамотність українців залишається на досить низькому рівні, населення споживає велику кількість кондитерських та макаронних виробів, солодких газованих напоїв, тоді як основою раціону повинні бути овочі, фрукти, ягоди, м'ясо, риба, молочні продукти.

Вагому роль в формуванні у громадян нашої країни культури здорового способу життя, дотримання норм і використання знань здорового харчування як проти дія виникнення хронічних неінфекційних захворювань мають відігравати лікарі всіх спеціальностей, насамперед лікарі загальної практики - сімейні лікарі. Адже саме вони контактують зі значною масою населення та мають змогу щоденно проводити санітарно-просвітницьку роботу. Лікар зобов'язаний займатися пропагандою здорового способу життя за допомогою всіх доступних засобів через бесіду, лекцію, пост в інтернеті, надавати пацієнтам інформацію о важливості щоденного здорового харчування, раціонального поділу порцій і різноманітність їжі. Основною формою роботи з населенням являється пропаганда і переконання в важливості дотримання здорового способу життя, індивідуальні бесіди під час прийому, відвідувань хворих удома, в тому числі і з членами сім'ї.

Це враховують в своїй роботі викладачі кафедри гігієни та екології під час проведення практичних занять з таких освітніх компонентів, як «Нутриціологія», «Нутриціологічна підтримка в реабілітації», «Гігієна та екологія». Адже при усному опитуванні, чи круглих столах, чи вирішенні ситуаційних завдань бачимо, що здобувачі освіти не орієнтовані на проведення санітарно-просвітницької, профілактичної роботи, недооцінюють її роль в попередженні хронічних хвороб.

Та і в цілому в Україні вітчизняна медицина, в основному, спрямована на лікування хвороб, основний кадровий, фінансовий і матеріальний потенціал сконцентрований саме на це.

Раціональним рішенням є перегляд підходу до розв'язання проблем хронічних неінфекційних захворювань та сконцентруватись на профілактичних заходах, а саме: збереження здоров'я на первинному рівні та його зміцнення, впровадження основ здорового способу життя.

Профілактика та її принципи на сьогодні займає вагоме місце в формуванні усвідомлення і обізнаності у здобувачів вищої освіти культури здорового способу життя, розуміння основних канонів харчування і суттєву роль небезпечних факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань. Потужним рухом до мотивації здорового харчування здобувачів освіти є саме знання та поінформованість про безпеку і наслідки. Покращення обізнаності й усвідомлення здобувачами вищої освіти небезпеки факторів ризику розвитку хронічних захворювань може стати ваговою складовою профілактичних заходів, тому одним із важливих завдань підготовки здобувачів вищої освіти має бути формування в них культури здорового способу життя, засвоєння основних знань щодо факторів ризику розвитку хронічних захворювань, мотивації до здорового харчування як основної складової здорового способу життя [4].

Висновок:

Згідно зі стратегією Всесвітньої організації охорони здоров'я, профілактика хронічних неінфекційних захворювань за рахунок зміни способу життя набуває все більшого значення.

Підвищення обізнаності й усвідомлення українцями основ здорового способу життя буде реальним та вагомим фактором, який сприятиме зниженню рівня хронічних захворювань та покращенню демографічної ситуації в країні.

Для формування культури здорового способу життя серед студентської молоді, методика викладання у вищих учбових закладах має здійснюватися систематично, послідовно, з використанням сучасних технологій щоб максимально зацікавити і допомогти засвоїти знання чинники ризику розвитку хронічних захворювань і наслідки.

Ключовим елементом профілактичних заходів має бути санітарно-просвітницька робота, яка включатиме цілеспрямовану пропаганду медичних знань про здоровий спосіб життя, запобігання виникненню різноманітних хвороб саме через інформування населення про ефективні методи збереження здоров'я.

Перелік використаних джерел:

1. Міністерство охорони здоров'я України. (2024). Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2022 рік. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/документи/Документи%202024/документи%2001-2024/29-01-2024/1/Щорічн%20звіт%20про%20стан%20здоров%27я%20та%20епідеміч ну%20ситуацію%20за%202022%20рік.pdf>, вільний доступ.

2. Державна служба статистики України. (н.д.). Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.ukrstat.gov.ua>, вільний доступ.

3. Центр громадського здоров'я МОЗ України. (н.д.). Матеріали з промоції здоров'я. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://phc.org.ua/promocija-zdorovya/materiali-z-promocii-zdorovya>, вільний доступ.

4. Башта, А. О., Стеценко, Н. О., Бажай-Жежерун, С. А. (2023). Дослідження особливостей харчування студентської молоді і рівня її усвідомлення факторів ризику хронічних неінфекційних захворювань. Наукові праці Національного університету харчових технологій, 29(4).

5. Державна служба статистики України. (н.д.). Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.ukrstat.gov.ua>, вільний доступ.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ОРГАНУ ЗОРУ ВІД УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ: АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСОБІВ ПРОФІЛАКТИКИ

Богачова О. С., Весніна М. А.

Вступ. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щорічно реєструється близько 16 мільйонів випадків втрати зору, з яких приблизно 3 мільйони пов'язані з надмірним впливом ультрафіолетового (УФ) випромінювання [1]. В Україні, згідно з даними МОЗ за 2023 рік, понад 40% населення має проблеми із зором, при цьому 15% випадків катаракти пов'язані з УФ-пошкодженням кришталика [2]. Особливу занепокоєність викликає той факт, що за останні 30 років рівень УФ-випромінювання, яке досягає поверхні Землі, зріс на 30% через виснаження озонового шару [3].

Мета дослідження: проаналізувати сучасні методи захисту органу зору від ультрафіолетового випромінювання, оцінити ефективність різних типів сонцезахисних окулярів та розробити практичні рекомендації щодо профілактики УФ-індукованих офтальмологічних захворювань.

Матеріали та методи. Проведено комплексне дослідження, що включало систематичний огляд наукової літератури за 2019-2024 роки у базах даних PubMed, Scopus та Web of Science та анкетування 26 респондентів за допомогою спеціально розробленої анкети на

платформі Google Forms з подальшою статистичною обробкою результатів. Вікова структура респондентів: 18-20 років (19,2%), 20-45 років (61,5%), старше 45 років (19,3%). Гендерний розподіл: жінки - 88,5%, чоловіки - 11,5%. Анкета містила 25 питань, спрямованих на вивчення: рівня обізнаності щодо УФ-захисту (5 питань); особливостей використання захисних засобів (7 питань); споживчих преференцій при виборі окулярів (8 питань); медичних аспектів застосування УФ-захисту (5 питань).

Результати дослідження. Аналіз наукової літератури показав, що ультрафіолетове випромінювання діапазону 280-400 нм є одним із ключових факторів ризику розвитку офтальмологічних захворювань. При цьому встановлено, що UVA (315-400 нм) проникає глибше в структури ока та може викликати оксидативний стрес у клітинах сітківки [4]. Проведене дослідження показало деякі закономірності щодо виявлення у населення практики використання засобів захисту очей від ультрафіолетового випромінювання.

Було встановлено високий рівень загальної поінформованості про шкідливий вплив УФ-випромінювання на органи зору (88,5% респондентів), виявлено суттєві прогалини у розумінні специфічних захисних механізмів, зокрема функції поляризації (57,7% опитаних не володіють відповідними знаннями). Аналіз практики використання захисних засобів показує, що регулярне застосування сонцезахисних окулярів характерне для 46,2% респондентів, аналогічна частина використовує їх швидко, тоді як 7,7% повністю не забезпечують захист очей. Зауважимо, що лише третина опитаних (34,6%) усвідомлює необхідність використання захисних окулярів у зимовий період.

При виборі захисних засобів більшість респондентів (69,2%) керуються критеріями комфорту та посадки, тоді як фактор УФ-захисту є пріоритетним лише для 19,2% опитаних. Встановлено, що менше половини респондентів (42,3%) обирають окуляри з оптимальним захистом UV400. Медичний моніторинг серед опитаних характеризується недостатньою регулярністю: лише 30,8% проходять систематичні офтальмологічні огляди, хоча 26,9% відзначають позитивний ефект від використання захисних окулярів при зменшенні проявів астенопії.

На основі отриманих результатів розроблено комплекс практичних рекомендацій, що охоплює індивідуальні, медичні, освітні та організаційні аспекти захисту органів зору:

- у контексті індивідуальних заходів пропонуємо систематичне використання сертифікованих сонцезахисних окулярів з маркуванням UV400 протягом усього року, з акцентом на застосуванні полікарбонатних поляризованих лінз та моделей з розширеним боковим захистом;

- медичний моніторинг передбачає щорічні офтальмологічні огляди з веденням щоденника спостережень за станом зору та індивідуальним підбором захисних засобів під контролем спеціаліста;

- освітній компонент рекомендацій включає впровадження інформаційних програм щодо важливості УФ-захисту очей, проведення просвітницьких заходів у навчальних закладах та розробку диференційованих методичних рекомендацій для різних вікових категорій;

- організаційні заходи спрямовані на створення систем сертифікації якості сонцезахисних окулярів, забезпечення перевірки доступності УФ-захисту в точках продажу та розробку стандартизованої системи маркування захисних властивостей окулярів.

Висновки. Проведене дослідження виявило недостатній рівень обізнаності населення щодо правильного захисту органу зору від УФ-випромінювання (11,5% респондентів мають лише поверхневі знання). Встановлено, що лише 46,2% опитаних регулярно використовують захисні засоби, при цьому тільки 42,3% обирають окуляри з максимальним рівнем захисту UV400. Розроблені практичні рекомендації спрямовані на підвищення ефективності профілактики УФ-індукованих офтальмологічних захворювань та можуть бути використані при розробці освітніх програм та клінічних протоколів.

Перелік використаних джерел:

1. World Health Organization. World report on vision. Geneva: WHO. 2019. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>.

2. Статистичні дані системи МОЗ / Центр громадського здоров'я України. 2024. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html> (дата звернення: 13.11.2024).

3. Barnes, P.W., Robson, T.M., Neale, P.J. et al. Environmental effects of stratospheric ozone depletion, UV radiation, and interactions with climate change: UNEP Environmental Effects Assessment Panel, Update 2021. Photochem Photobiol Sci 21, 275–301 (2022). doi: <https://doi.org/10.1007/s43630-022-00176-5>

4. Althomali, Talal & Altowairqi, Shahad & Almulhim, Norah & Aldarwish, Rimas & Alkhawaji, Amjad & Alghamdi, Wejdan & Alzahrani, Abdulaziz & Alzahrani, Khames. The Impact of Ultraviolet

Radiation on the Eyes and the Relevant Protective Measures: Knowledge and Awareness. Archives of Pharmacy Practice. V 14. 2023. URL: <https://www.researchgate.net/publication/377659055>

AIR POLLUTION MONITORING IN URBAN FRONTLINE TERRITORIES

Gerasyenko O. I., Chupryna M.V.

Relevance. Air pollution monitoring in urban territories of frontline zones is one of the main components of environmental safety and public health strategy during wartime. This issue becomes particularly relevant due to the numerous technogenic and natural threats these regions face. In frontline zones, urban territories often experience significant destruction, and infrastructure suffers serious damage, leading to increased air pollution levels. Previously, the main sources of pollution in Ukrainian cities were industrial enterprises and transport [1]. Today, for cities located near the combat zone, these have been supplemented by the consequences of military actions: explosions, fires, and building destruction. Technogenic pollution is exacerbated by using heavy machinery, the movement of military forces, and emissions of toxic substances during combat operations. Despite this, modern technologies enable air quality monitoring even under unstable conditions. Various methods are used for this purpose, including traditional stationary monitoring stations and mobile laboratories, which enable online control of pollution levels at different points in the city. Ukraine has a state environmental monitoring system, particularly for atmospheric air quality. The State Hydrometeorological Service of the State Emergency Service conducts observations of atmospheric air pollution in 53 Ukrainian cities at 162 stationary posts, two route observation posts, and two transboundary transfer stations [2]. This makes it possible to determine the content of 28 pollutants, including eight heavy metals. The Sanitary and Epidemiological Service of the Ministry of Health monitors atmospheric air quality in residential and recreational zones.

Research objective. The study was conducted to perform a comparative analysis of atmospheric air pollution in different ecological districts of Kharkiv city, focusing on major pollutants, including those formed during ammunition explosions (nitrogen dioxide, particulate matter of various dispersions, and carbon monoxide).

Materials and methods. Air quality monitoring was conducted in 4 districts of Kharkiv with potentially different pollution levels using the EcoCity: Reborn Internet application [3]. Data was collected over two weeks, three times a day (at 6:00, 13:00, and 19:00). From the available observation points, two

located in industrial areas were selected for comparison (Novozhanovo – point 1, and KhTZ – point 2); observation stations in a residential area (Slobidskyi region – point 3), and the city center (Sumska Street – point 4).

Results and discussion. Kharkiv as one of Ukraine's largest cities, became a center of intense combat operations during the war, leading to significant infrastructure destruction and air pollution from explosions and various weapons use. These explosions create not only mechanical destruction but also cause emissions of harmful gases and particles. The main pollutants formed during ammunition explosions are nitrogen dioxide (NO₂), sulfur dioxide (SO₂), dioxins, heavy metals, carbon monoxide, and particulate matter of various dispersions [4]. These chemical compounds have very high toxicity levels, even in small concentrations, can accumulate in human and animal organisms, and cause serious health problems, including hormonal system disorders, immunity issues, and cancer development. However, studies conducted in various Ukrainian cities during the war have shown that compared to 2020, no significant changes in atmospheric air conditions were observed according to the complex air pollution index (CAPI). Air quality analysis before the rocket attack explosion and 48 hours after showed significant point pollution with subsequent dispersion. Single maximum concentrations higher than maximum permissible concentrations (MPC) for carbon monoxide, suspended particles, nitrogen dioxide, hydrogen sulfide, phenol, soot, hydrogen fluoride, hydrogen chloride, and formaldehyde were recorded in 17 – 69 % of cities where observations were conducted [5]. However, overall, no significant increase in pollution due to rocket strikes was observed. The ecological situation in industrial centers during the war improved, which is explained by the stoppage or destruction of industrial enterprises. Currently, specialists indicate a nationwide trend toward reducing emissions from stationary sources and improving air quality throughout the country, especially in traditionally more industrially loaded regions. The general level of atmospheric air pollution in Ukrainian cities (by CAPI) in the first half of 2024 was 6.4 and was assessed as elevated. At the same time, Kharkiv ranked 29th among 35 important industrial centers of the country with a CAPI of 3.1 (for comparison, CAPI in Kramatorsk equals 11.3, Kryvyi Rih – 10.5, Kyiv – 7.1) [2].

It should be noted that air quality monitoring is an important tool for assessing atmospheric air pollution, including under combat conditions, and for developing measures to minimize negative impacts on public health.

In Kharkiv, as in other cities, several stationary stations have been installed to measure atmospheric air pollution levels. These stations record the concentration of main pollutants such as nitrogen oxides, sulfur dioxide, carbon monoxide, heavy metals, and other toxic substances.

As established by the analysis of changes in air pollution indicators, dust content does not exceed MPC ($500 \mu\text{g}/\text{m}^3$) in any observation district [6]. The highest dust content was observed in the city center ($44.52 \mu\text{g}/\text{m}^3$), and fine particulate matter of $1.0 \mu\text{m}$ fraction (PM1.0) was registered in this district only, at a concentration of $12.16 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Novozhanovo ranks second in air dust content ($14.82 \mu\text{g}/\text{m}^3$); in the KhTZ district, the average dust content was $11.53 \mu\text{g}/\text{m}^3$; and in the Slobidskyi district, the lowest content was found – $8.35 \mu\text{g}/\text{m}^3$, with predominant coarse particulate matter PM10.0, i.e., $10.0 \mu\text{m}$ fraction. All districts showed a trend of dust content decreasing from morning to noon; then increasing in the evening, indicating the predominant influence of motor transport as a source of air pollution.

The dynamics of the most typical toxic gases for large urban territories, namely nitrogen dioxide and carbon monoxide, were also studied. Unfortunately, due to technical problems, specifically the malfunction of some sensors that occurred in the middle of the observation period, we had the opportunity to collect complete information from only two districts, namely industrial and residential (point 1 and point 3). It was established that the concentrations of these harmful substances during the observation period did not exceed limit norms and amounted to $72.5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ for nitrogen dioxide at point 1 (industrial district) and $37.4 \mu\text{g}/\text{m}^3$ at point 3 (residential district) with MPC of $200 \mu\text{g}/\text{m}^3$, for carbon monoxide – $3042 \mu\text{g}/\text{m}^3$ and $1797 \mu\text{g}/\text{m}^3$ respectively (MPC $5000 \mu\text{g}/\text{m}^3$) [6]. While carbon monoxide content did not show significant changes throughout the day, nitrogen dioxide content increased in the middle of the day, which may indicate that its source is specifically industrial enterprise emissions.

Additionally, dust content and polluting compounds were also tracked for several hours after explosions due to city shelling with missiles and guided aerial bombs. No significant changes in air quality were detected, which aligns with other researchers' conclusions about the "point" nature of such pollution. Certainly, the relative stability of air pollution was also influenced by observation sensors located several kilometers from the explosion epicenters.

Conclusion. Air pollution monitoring in urban territories of frontline zones is a key element in ensuring public health and environmental protection. Under conditions of military conflict, this process is complicated by numerous factors, such as infrastructure destruction, use of toxic ammunition, and limited access to technologies. However, using the newest monitoring methods, such as stationary monitoring stations, Internet applications, and mobile laboratories, opens new possibilities for effectively managing this problem. With proper threat

response and implementation of pollution reduction strategies, the situation in these territories can be significantly improved, contributing to their recovery and development in the post-conflict period.

References:

1. Стаднік В.Ю., Тихомирова Т.С. Проблема оцінки стану повітря великих міст України на прикладі м. Харкова. *Екологічні науки*. 2020. № 1(24). Т. 1. С.57-60. DOI <https://doi.org/10.32846/2306-9716-2019-1-24-1-9>

2. Державна служба України з надзвичайних ситуацій. Центральна Геофізична Обсерваторія імені Бориса Срезневського (ЦГО). Огляд стану забруднення навколишнього природного середовища на території України за 1 півріччя 2024 року. http://cgo-sreznevskiy.kyiv.ua/images/%D0%9E%D0%93%D0%9B%D0%AF%D0%94_%D0%B7%D0%B0_%D0%86_%D0%BF%D1%96%D0%B2%D1%80%D1%96%D1%87%D1%87%D1%8F_2024.pdf

3. Еко-City Громадський моніторинг стану якості повітря. <https://reborn.eco-city.org.ua/?station=6581693f-93fc-4111-8796-f853e3058056>

4. Долженкова О.В. Наслідки впливу ракетних ударів на стан атмосферного повітря в Україні. *Екологічні науки*. 2024. № 1(52). Т. 1. С.16-21. http://ecoj.dea.kiev.ua/archives/2024/1/part_1/4.pdf

5. Скок А., Хрутьба В., Рак О. Якість повітря в Україні до і під час повномасштабного вторгнення. Київ, 2023. 67 с. URL: zvit_doslidzhennya_101723 (дата звернення 10.11.2024).

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 січня 2020 року № 52. Гігієнічні регламенти. Гранично допустимі концентрації хімічних і біологічних речовин в атмосферному повітрі населених місць. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0156-20#n38>

ОСОБЛИВОСТІ РОБОЧОЇ ПАМ'ЯТІ У ОСІБ З СИМПТОМАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ: ДОСЛІДЖЕННЯ УКРАЇНСЬКОЇ ПОПУЛЯЦІЇ Григорян О. В., Фрументо Серджіо

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це психічний розлад, який розвивається через місяці й роки після зазнання важких травматичних подій, хоча в новітній літературі також розглядаються травми, не пов'язані з війною. Характерні симптоми включають

повторне переживання травми через кошмари та спогади, гіперреактивність (і, відповідно, уникнення) будь-якого травматичного нагадування, а також негативний настрій і когнітивні порушення. Існує причинно-наслідковий зв'язок між розвитком ПТСР і симптомами порушення пам'яті, наприклад, плутаними спогадами, дефіцитом вербальної пам'яті та порушенням когерентності автобіографічної пам'яті [1]. Існує причинно-наслідковий зв'язок між розвитком ПТСР і симптомами порушення пам'яті, наприклад, плутаними спогадами, дефіцитом вербальної пам'яті та порушенням когерентності автобіографічної пам'яті [2]. При хворобі Альцгеймера проблеми з пам'яттю слід розглядати не як симптом порушення пам'яті, а як симптом неадекватної обробки та зберігання інформації, що призводить до яскравого відтворення замість мнестичного пригадування [3,4].

Нами було проведене дослідження порушень когнітивних функцій серед українського населення, яке піддалося атаці зі сторони країни-агресора. Серед 110 учасників ми виявили дві групи, чий показник за шкалою PCL-5 були вище (ПТСР) та нижче (контрольна група) клінічного порогу посттравматичної симптоматики. Для цього ми використали стандартизований опитувальник PCL-5, розроблений урядом США і спрямований на оцінку наявності та тяжкості ПТСР на основі діагностичних критеріїв DSM-5.

Для оцінки візуально-просторової короточасної робочої пам'яті ми використали візуально-просторовий тест Корсі. Електронна версія тесту Корсі, доступна в бібліотеці PsyToolkit, яка відтворює оригінальну ручну процедуру.

Аналіз робочої пам'яті учасників з використанням тесту Корсі не виявив статистично значущих відмінностей між групою з ПТСР та контрольною групою. При оцінці основного показника тесту Корсі - кількості правильно відтворених послідовностей - не було виявлено значущих між групових відмінностей ($p = 0,471$). Аналогічно, вторинний показник тесту, який враховує кількість помилково відтворених послідовностей до досягнення критерію двох послідовних помилок, також не продемонстрував статистично значущих відмінностей між групами ($p = 0,315$).

Середній показник розмаху Корсі для всієї вибірки становив 5,02, що відповідає нормативним даним, представленим у літературі, де $M = 6,2$, $SD = 1,3$ [5]. При порівнянні учасників з показниками вище клінічного порогу ПТСР ($M = 4,8$) та нижче цього порогу ($M = 5,11$) також не було виявлено суттєвих відмінностей у продуктивності робочої пам'яті.

Примітно, що незважаючи на різні рівні клінічної симптоматики, про які повідомляли учасники, об'єктивні показники когнітивного

функціонування, зокрема робочої пам'яті, залишались відносно стабільними. Це свідчить про те, що наявність симптомів ПТСР не мала істотного впливу на базові механізми обробки інформації та утримання її в короткочасній пам'яті, принаймні в контексті просторово-послідовних завдань, що оцінюються тестом Корсі.

Ці результати можуть вказувати на те, що когнітивні порушення, які часто асоціюються з ПТСР, можливо, не поширюються на всі аспекти пам'яті рівномірно, або що компенсаторні механізми можуть допомагати підтримувати певні когнітивні функції на нормативному рівні, незважаючи на наявність клінічної симптоматики.

Перелік використаних джерел:

1.American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

2.Brewin CR. The nature and significance of memory disturbance in posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Clin Psychol.* 2011;7:203-27. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104544. PMID: 21219190.

3.Ashbaugh AR, Marinos J, Bujaki B. The impact of depression and PTSD symptom severity on trauma memory. *Memory.* 2018 Jan;26(1):106-116. doi: 10.1080/09658211.2017.1334801. Epub 2017 May 31. PMID: 28566056.

4.Brewin, C. R., & Field, A. P. (2024). Meta-Analysis Shows Trauma Memories in Posttraumatic Stress Disorder Lack Coherence: A Response to Taylor et al. (2022). *Clinical Psychological Science, 12*(5), 1027-1033. <https://doi.org/10.1177/21677026241240456>

5.Kessels RP, van Zandvoort MJ, Postma A, Kappelle LJ, de Haan EH. The Corsi Block-Tapping Task: standardization and normative data. *Appl Neuropsychol.* 2000;7(4):252-8. doi: 10.1207/S15324826AN0704_8. PMID: 11296689.

РОЛЬ ХАРЧУВАННЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ М'ЯЗОВОЇ АТРОФІЇ У СПОРТСМЕНІВ ПІД ЧАС РЕАБІЛІТАЦІЇ

Лисак М. С., Колесникова Ю. П., Біличенко Н. П.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Завгородній І. В.

Відновлення після травм, отриманих під час спортивних тренувань або змагань, часто потребує тривалого періоду

імобілізації кінцівок, що веде до обмеження рухливості м'язів і, внаслідок цього, до погіршення метаболічного здоров'я та функціональних можливостей, особливо на ранніх етапах (1–2 тижні) [1]. Навіть таке короткочасне зниження фізичних навантажень може спричинити втрату м'язової маси, що ускладнює відновлення до звичного режиму тренувань. Профілактика м'язової атрофії є ключовим елементом реабілітації спортсменів, оскільки її запобігання на ранніх етапах є значно легшим і ефективнішим, ніж лікування вже існуючих порушень [2].

Згідно з рекомендаціями Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я [3], збалансоване та адекватне харчування відіграє ключову роль у відновленні та реабілітації спортсменів, що впливає на їхнє фізичне і ментальне здоров'я, а також сприяє покращенню загального самопочуття [4].

Профілактика м'язової атрофії через раціональне харчування має бути комплексною та враховувати індивідуальні потреби спортсмена, які залежать від ступеня пошкодження, рівня фізичної активності під час реабілітації та метаболічних особливостей організму. Основний акцент у харчуванні робиться на споживанні білків, амінокислот, корекції енергетичного балансу та достатньому надходженні мікроелементів і вітамінів [5].

Рекомендоване споживання білків, особливо з акцентом на лейцин, який стимулює синтез білків у м'язах. Джерела лейцину включають молочні продукти, яйця, рибу, курятину та бобові [6]. Омега-3 жирні кислоти, зокрема ейкозапентаєнова (ЕРА) та докозагексаєнова (ДНА), сприяють зниженню запальних процесів і м'язового катаболізму. Їхніми джерелами є жирна риба, насіння льону, чіа та волоські горіхи [7].

Енергетичний баланс є критично важливим: недостатність калорій може посилити втрату м'язової маси, а надлишок призводить до збільшення жирової тканини. Основними джерелами енергії мають бути складні вуглеводи, які містяться в цільнозернових продуктах, овочах та фруктах. [8]. Для підтримки здоров'я кісток і м'язів, регенерації тканин і зменшення окислювального стресу важливими є вітаміни D, С, Е, магній і цинк. Їх можна отримати з продуктів, таких як жирна риба, яйця, молочні продукти, горіхи, насіння, цільнозернові продукти, цитрусові, ягоди та рослинні олії [9, 10].

Отже, раціональне харчування є невід'ємною складовою реабілітаційного процесу. Воно допомагає зменшити втрату м'язової маси, сприяє регенерації тканин, покращує загальний стан здоров'я спортсмена та сприяє швидкому поверненню до повноцінних тренувань [11].

Перелік використаних джерел:

1. Wall, B. T., Morton, J. P., van Loon, L. J. Strategies to maintain skeletal muscle mass in the injured athlete: nutritional considerations and exercise mimetics // *European Journal of Sport Science*. 2015. № 15 (1). С. 53–62. DOI: 10.1080/17461391.2014.936326.
2. Mendias, C. L., Lynch, E. B., Davis, M. E., Sibilsky Enselman, E. R., Harning, J. A., Dewolf, P. D., Makki, T. A., Bedi, A. Changes in circulating biomarkers of muscle atrophy, inflammation, and cartilage turnover in patients undergoing anterior cruciate ligament reconstruction and rehabilitation // *American Journal of Sports Medicine*. 2013. № 41. С. 1819–1826. DOI: 10.1177/0363546513490651.
3. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> (дата звернення: 15.11.2024).
4. Tsoufi, A., Maraki, M. I., Dimitrakopoulos, L., Famisis, K., Grammatikopoulou, M. G. The effect of professional dietary counseling: elite basketball players eat healthier during competition days // *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*. 2017. № 57 (10). С. 1305–1310. DOI: 10.23736/S0022-4707.16.06469-0.
5. Papadopoulou, S. K., Gouvianaki, A., Grammatikopoulou, M. G., Maraki, Z., Pagkalos, I. G., Malliaropoulos, N., Hassapidou, M. N., Maffulli, N. Body Composition and Dietary Intake of Elite Cross-country Skiers Members of the Greek National Team // *Asian Journal of Sports Medicine*. 2012. № 3 (4). С. 257–266. DOI: 10.5812/asjms.34548.
6. Papadopoulou, S. K., Xyla, E. E., Methenitis, S., Feidantsis, K. G., Kotsis, Y., Pagkalos, I. G., Hassapidou, M. N. Nutrition strategies before and during ultra-endurance event: A significant gap between science and practice // *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2018. № 28 (3). С. 881–892. DOI: 10.1111/sms.13006.
7. Panayiotoglou, A., Grammatikopoulou, M. G., Maraki, M. I., Chourdakis, M., Gkiouras, K., Theodoridis, X., Hassapidou, M. N. Metabolic syndrome in retired soccer players: A pilot study // *Obesity Medicine*. 2017. № 8. С. 15–22. DOI: 10.1016/j.obmed.2017.09.004.
8. Wakabayashi, H., Sakuma, K. Rehabilitation nutrition for sarcopenia with disability: a combination of both rehabilitation and nutrition care management // *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. 2014. № 5 (4). С. 269–277. DOI: 10.1007/s13539-014-0162-x.

9. Biolo, G., Ciocchi, B., Stulle, M., Bosutti, A., Barazzoni, R., Zanetti, M., Antonione, R., Lebenstedt, M., Platen, P., Heer, M. et al. Calorie restriction accelerates the catabolism of lean body mass during 2 wk of bed rest // *American Journal of Clinical Nutrition*. 2007. № 86. С. 366–372. DOI: 10.1093/ajcn/86.2.366.

10. Rennie, M. J., Bohe, J., Wolfe, R. R. Latency, duration and dose response relationships of amino acid effects on human muscle protein synthesis // *Journal of Nutrition*. 2002. № 132. С. 3225S–3227S.

11. Wolfe, R. R. Regulation of muscle protein by amino acids // *Journal of Nutrition*. 2002. № 132. С. 3219S–3224S.

ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЯК СКЛАДОВА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.

Зелена В. П., Мокрякова М. І.

Вступ. Проблематика психічного здоров'я в умовах сучасного життя стає все актуальнішою. Зростає кількість психоневрологічних захворювань, що потребує не тільки лікування, а й активної профілактики. В Україні ситуація ускладнюється через тривалу соціальну нестабільність та війну, тому необхідність у профілактичних заходах є надзвичайно важливою. Питання збереження психічного здоров'я стоїть дуже гостро. Чим швидше йде урбанізація і модернізація в країні тим більше з'являється нових факторів які впливають на здоров'я людини. Психічне здоров'я - стан благополуччя, при котрому людина здатна активно працювати, виконувати поставлені завдання, ефективно реагувати на щоденні проблеми та приносити користь у своє життя та в навколишнє середовище. В умовах сучасних викликів – від воєнного стану до постійних стресів повсякденного життя – це питання набуває особливої актуальності. Статистика ВООЗ свідчить, що психоневрологічні розлади входять до топ-10 причин інвалідності у світі. В Україні ситуація ускладнюється через постійний стрес, який відчуває населення. Превентивні заходи можуть знизити ризик розвитку таких захворювань на 40-60%.

Метою роботи є дослідження значення профілактики психоневрологічних захворювань як складової громадського здоров'я, а також визначення основних заходів і рекомендацій для збереження психічного благополуччя, зокрема, завдяки дотриманню раціонального режиму дня.

Викладення основного матеріалу: для написання роботи були використані: теоретичний метод дослідження (аналіз наукової та методичної літератури) та метод анкетування. У роботі розглянуто сучасні

підходи до збереження психічного здоров'я, такі як біопсихосоціальна модель, яка враховує взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів, і когнітивно-поведінкова терапія, що показала високу ефективність у лікуванні тривожних розладів та депресії.

Сучасні підходи щодо проблематики проблем психічного здоров'я суттєво відрізняються від колишнього ставлення. Вчені розробляють все нові та нові можливості усунення даних захворювань. Широко розповсюдженими нині є такі підходи до психічного здоров'я: Біопсихосоціальна модель. Ця модель підходить до психічного здоров'я як до взаємодії між біологічними, психологічними та соціальними факторами. Вона враховує фізіологічні процеси в організмі, особистісні особливості, а також соціальне середовище, в якому знаходиться людина. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). КПТ є одним із найефективніших підходів до терапії тривожних розладів, депресії та інших станів. Профілактика та просвіта. Велике значення надається підвищенню обізнаності про психічне здоров'я, навчання навичок управління стресом та розвитку емоційної стійкості. Щоб визначити позитивний вплив раціонального режиму дня на психічне здоров'я, ми провели добровільне анонімне анкетування, в якому прийняли участь 28 людей. Дослідження показують, що регулярний сон (7–9 годин на добу) є критичним для підтримки психічного здоров'я. Недосипання може підвищувати рівень тривожності та депресії. В нашому дослідженні 64,3 % опитаних зізналися що систематично не дотримуються рекомендованого режиму сну, і стверджують що саме через це їм важко концентруватися і стримувати свої емоції, інші 35,7 % намагаються дотримуватися режиму сну, і в дні порушення режиму відчують роздратованість.

Фізична активність. Результати досліджень ВООЗ підтверджують, що регулярні фізичні вправи сприяють виділенню ендорфінів — гормонів, які знижують рівень стресу і покращують настрій. Також фізична активність покращує сон і загальне самопочуття. 53,6 % респондентів займаються спортом і стверджують що це дає їм можливість розслабитися після емоційних перенавантажень.

Режим харчування. Балансоване харчування знижує ризик розвитку депресії та інших розладів, оскільки деякі нутрієнти, такі як омега-3 жирні кислоти, вітаміни групи В та антиоксиданти, позитивно впливають на нервову систему. Час для відпочинку та хобі. Дослідження підтверджують, що виділення часу для занять, які

приносять задоволення, знижує рівень стресу і сприяє емоційній стабільності.

Соціальні контакти. Регулярне спілкування з близькими людьми допомагає зменшити почуття самотності та підтримує психологічне благополуччя. Всі 100% опитаних зазначають покращення самопочуття після спілкування з рідними і друзями, вони запевняють це надає їм новий прилив сил і покращує настрій. Управління стресом. Використання технік релаксації (медитація, дихальні практики) допомагає контролювати емоції і сприяє кращій стрес стійкості. Кожен з цих пунктів неабияк впливає на якість та повноцінність нашого життя. Та часом у потоці буденних справ ми забуваємо про важливість даних аспектів.

Висновок: на результатах нашого дослідження можемо стверджувати, що дотримання профілактичних заходів і раціонального режиму дня значно знижує ризик розвитку психоневрологічних розладів. Психічне здоров'я є важливою складовою громадського здоров'я, і саме профілактика є ефективним шляхом до зниження рівня захворюваності. Раціональний режим дня покращує концентрацію, знижує рівень стресу і сприяє загальному психічному благополуччю. Перевагами дотримання раціонального режиму дня включають в себе: підвищення впевненості у собі, покращення прийняття рішень, краща концентрація на справах, збереження сил та енергії, сприяє покращенню якості сну, покращує їх емоційний стан. Основними його ключовими аспектами, які відіграють важливу роль виступають: сон, фізична активність, режим харчування, соціальні контакти, хобі, відпочинок, керування стресом.

Рекомендації

- 1.Підвищувати обізнаність населення щодо важливості психічного здоров'я та профілактичних заходів .
- 2.Впроваджувати просвітницькі програми з управління стресом та розвитку емоційної стійкості .
- 3.Сприяти дотриманню раціонального режиму дня, включаючи регулярний сон, фізичну активність, збалансоване харчування .
- 4.Розробляти програми для покращення соціальної взаємодії, що сприяє психологічному благополуччю .
- 5.Заохочувати використання технік релаксації, таких як медитація та дихальні практики, для зміцнення стресостійкості.

ПОШУК НОВИХ МЕТОДІВ ВИЯВЛЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ

Іващенко Р.О., Огнєв В.А., Нестеренко В.Г.

Емоційне вигорання серед лікарів — серйозна проблема, яка впливає як на фахівців, так і на всю систему охорони здоров'я. Постійний стрес призводить до зниження професійної ефективності та підвищує ризик помилок, що в кінцевому результаті впливає на пацієнтів. Вигорання досягає критичного рівня, що вимагає діагностики та профілактики. Існуючі методи діагностики, такі як Maslach Burnout Inventory (MBI), ефективно оцінюють окремі аспекти вигорання, але важливо враховувати ще декілька аспектів, таких як якість життя, для цього нами був використаний опитувальник SF-36, також соціальні, поведінкові та економічні фактори. Такий багатогранний підхід дозволяє глибше зрозуміти причини вигорання та запропонувати індивідуальні рекомендації щодо його зниження.

Концепція емоційного вигорання, розроблена у 1974 році Г. Фрейденбергером, актуальна для лікарів. Хронічний стрес проявляється в емоційному виснаженні, деперсоналізації та зниженні особистих досягнень. MBI оцінює психоемоційні аспекти, а SF-36 фокусується на фізичному та емоційному стані, соціальній взаємодії. Ці методики допомагають виявити вплив зовнішніх факторів, таких як фінансова стабільність та особисті звички, на рівень вигорання лікарів. Наш опитувальник, заснований на цих інструментах, враховує культурні та соціальні особливості для отримання достовірних даних.

Авторський опитувальник поєднує елементи з MBI, SF-36 та інших методик. Структура включає декілька блоків:

1. Емоційне вигорання — адаптовані питання з MBI про деперсоналізацію та особисті досягнення.
2. Якість життя — питання SF-36 про загальний стан здоров'я, емоційний стан та соціальну взаємодію.
3. Задоволеність життям та роботою — рівень задоволеності особистою та професійною сферами.
4. Спосіб життя та шкідливі звички — частота фізичної активності, наявність шкідливих звичок.
5. Соціально-економічний статус — дохід, підтримка від сім'ї або колег.

Цільова аудиторія дослідження включає лікарів різних спеціальностей, анонімне анкетування забезпечує конфіденційність та достовірність даних.

Аналіз показав високий рівень вигорання серед лікарів, особливо в професіях з високим навантаженням, таких як хірургія та швидка допомога. Лікарі загальної практики та амбулаторної

медицини демонстрували менший рівень вигорання. Були виявлені відмінності за віком та стажем: молоді лікарі частіше стикалися з деперсоналізацією, а досвідчені страждали від фізичного виснаження. Фінансова стабільність та підтримка знижували ризик вигорання, що підтверджує значимість цих факторів. Регулярна фізична активність та відсутність шкідливих звичок також позитивно впливали на емоційний стан.

Порівняння з існуючими дослідженнями показує, що наші результати підтверджують багато раніше встановлених даних, але також вносять нові аспекти, які дозволяють більш детально зрозуміти природу вигорання у лікарів. Наприклад, численні дослідження підкреслюють важливість соціальної підтримки та фінансової стабільності для підтримання психологічного благополуччя. Наші дані також підтверджують це, показуючи, що лікарі з більш високим рівнем доходу та підтримкою з боку сім'ї та колег мають менший ризик вигорання. Ці висновки узгоджуються з концепцією, що емоційне вигорання — це багатфакторний процес, який включає як професійні, так і особисті аспекти життя.

Отримані результати та висновки вказують на необхідність проведення подальших досліджень, спрямованих на глибше вивчення факторів, що впливають на вигорання серед лікарів, а також на оцінку ефективності запропонованих заходів з профілактики вигорання. У перспективі також доцільно розробити спеціалізовані програми для різних категорій лікарів з урахуванням їхніх вікових та професійних особливостей, що дозволить створити більш індивідуалізовані та ефективні методи профілактики вигорання.

Практичні рекомендації:

1. Регулярні тренінги з управління стресом та психологічна підтримка.
2. Підтримка молодих фахівців, програми наставництва та підвищення впевненості.
3. Програми для підтримки фізичної активності та здорового способу життя.
4. Зниження навантаження та поліпшення умов праці.
5. Фінансова підтримка та соціальні програми.
6. Умови для балансу між роботою та особистим життям.

Емоційне вигорання лікарів вимагає комплексного підходу до вирішення, включаючи підтримку з боку керівництва та колег. Наше дослідження підтвердило вплив множинних факторів на емоційний стан лікарів, включаючи професійні, соціальні та економічні аспекти. Розроблений опитувальник ефективно виявив фактори ризику та захисні

механізми для різних груп фахівців. Необхідність регулярних тренінгів, покращення умов праці та впровадження програм підтримки повинна стати пріоритетом в охороні здоров'я. Підтримка психологічного здоров'я лікарів сприяє стійкості системи охорони здоров'я та забезпечує високу якість медичної допомоги. Це сприятиме зміцненню здоров'я нації. Дякую за увагу.

Перелік використаних джерел:

1. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
2. Shanafelt T. D., Dyrbye L. N., West C. P. (2017). Addressing physician burnout: the way forward. *JAMA*, 317(9), 901-902.
3. Stewart, A. L., & Ware, J. E. (1992). *Measuring functioning and well-being: The medical outcomes study approach*. Duke University Press.
4. American Medical Association (AMA). (2018). *Addressing health worker burnout: What AMA is doing to help*.
Звіт Американської медичної асоціації про заходи щодо зниження вигорання серед медичних працівників. URL: <https://www.ama-assn.org>
5. Доповідь про вплив професійного стресу на медичних працівників, включаючи рекомендації щодо зниження рівня вигорання URL: <https://www.cdc.gov/niosh>

СУЧАСНА ОЦІНКА КОМПЛЕКСНОЇ ДІЇ ШКІДЛИВИХ ФАКТОРІВ ВПЛИВАЮЧИХ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ МЕТРОПОЛІТЕНІВ.

Марюха Ю.В.

Прискорення науково-технічного прогресу у народному господарстві країни немислиме без подальшого розвитку всієї транспортної галузі України, особливо в містах мільйонниках. В цих умовах саме метрополітени вирішують складні транспортні проблеми в Києві, Харкові, Дніпрі, а також метротрамвай у Кривому Розі. Тому напрацьований досвід тривалої експлуатації вищезгаданих об'єктів, особливо в питаннях умов праці працівників, можна з успіхом використовувати при перспективному плануванні та побудові метрополітенів в Одесі, Львові та Донецьку.

В той же час, не зважаючи на просунуті інженерно-технічні та санітарно-технічні рішення, які були впроваджені під час

будівництва та тривалості експлуатації всіх метрополітенів, значна кількість працівників цього виду транспорту, під час виконання своїх професійних обов'язків, продовжують знаходитись у достатньо складних умовах комплексної дії шкідливих факторів, які негативно впливають на їх загальний стан здоров'я. Оцінка умов праці в окремих професіях за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу з послідуною розробкою попереджувальних заходів не завжди є достатньо ефективною через особливості саме технологічних процесів на вищезгаданих об'єктах [1]. Так, наприклад, найбільш високі показники важкості праці характерні для колійних працівників. Це в першу чергу монтери та майстри колії, а також тунельні працівники. Особливістю трудової активності цих груп працівників є робота виключно в нічні зміни, виконання всіх планових ремонтних робіт на колії та тунелі в стислі строки, протягом 4-5 годин до початку відновлення ранкового руху електропоїздів на лінії метрополітену. Відповідно, такі роботи характеризуються постійним станом загального м'язового перевантаження, супроводжуються часто мікротравмами, втомою та перевтомою. На жаль, при таких роботах не можна досягнути максимальної механізації праці на робочому місці. Крім того, велика кількість працівників при виконанні ремонтних операцій постійно працює з важким колійним віброінструментом в умовах значного перевищення рівнів як шуму так і локальної вібрації. Наслідки негативного вібраційного навантаження на організм працюючих також підсилюються завдяки постійній дії охолоджуючого мікроклімату в зимовий період з високими показниками вологості повітря в тунелі. Практично аналогічна ситуація з урахуванням показників важкості і напруженості праці характерна і для професій зайнятих ремонтом рухомого складу метрополітенів, де спостерігається високий відсоток долі немеханізованої ручної праці згідно технологічного регламенту ремонтних робіт що виконуються.

Також залишаються складними умови праці машиністів метрополітенів. Трудова активність в цій професії характеризується високою напруженістю праці в умовах певного перевищення показників цілого комплексу шкідливих факторів таких як: шумове та загальне вібраційне навантаження, мікрокліматичний вплив з постійною роботою в умовах відсутності природного освітлення. Сама робота виконується в умовах жорсткого графіку руху поїздів з суворим дотриманням правил безпеки руху в тунелі та постійною підвищеною «відповідальністю за безпеку інших осіб», в першу чергу пасажирів метрополітену.

В цілому, слід також наголосити, що разом з високопрофесійним інженерно-технічним менеджментом, метрополітени України мають достатньо просунуті підрозділи з охорони праці, які постійно здійснюють

моніторинг умов праці на робочих місцях з важкими та шкідливими умовами праці. Конкретно по кожному такому робочому місцю спеціалістами з охорони праці розробляються певні профілактичні заходи щодо суттєвого зниження ризиків розвитку різних професійних та професійно-обумовлених захворювань за результатом дії всього спектру шкідливих факторів. Професійний менеджмент з охорони праці організує профілактичні медогляди працівників метрополітенів своєчасно та якісно згідно діючого законодавства [3]. Це, в свою чергу, дозволяє швидко виводити працівників метрополітену із шкідливих умов професії і в багатьох випадках запобігти розвитку професійної патології.

Однак досвід останніх років показує, що кардинально вирішити ситуацію з важкими та шкідливими умовами праці в сучасних умовах може часткова, або повна механізація праці на особливо складних ділянках метрополітенів. Перспективними залишаються питання автоматизації багатьох технологічних операцій. Відповідно, такі заходи вимагають суттєвих державних фінансових інвестицій і послідуєчої оцінки ефективності конкретних інженерно-технічних рішень та підсумкових трансформацій в технологічних процесах. Для того щоб оцінити кінцевий ефект таких заходів, необхідна також взаємовигідна співпраця керівництва метрополітенів із науково-дослідними організаціями, орієнтованими на дослідження з гігієни праці та екологічні дослідження. Також важливо при цьому паралельно вирішувати питання охорони навколишнього середовища у відповідності до чинних будівельних норм і правил країни [4]. Не зайвим в цій співпраці може стати і досвід автоматичної експлуатації метрополітенів в країнах Європейської спільноти та Канади. Саме в Канаді вже зараз існує достатньо цікавий досвід Ванкуверського метро, де поїзди керуються в автоматичному режимі (без машиністів). Це найбільша у світі система швидкісного транспорту з повністю автоматизованим управлінням. Нові потяги, які запуснуть на продовженні метрополітену в другому місті Канади, Торонто, також будуть рухатися без машиністів. Не зайвим буде і світовий досвід використання штучного інтелекту при автоматизації існуючих технологічних процесів на різних лініях метрополітенів.

Таким чином, питання умов праці робітників метрополітену залишаються актуальним на даний період розвитку нашої країни, потребують суттєвого покращення з відповідною розробкою профілактичних та інженерно-технічних заходів по кожній групі

професій окремо з послідуною науковою оцінкою виконаних впроваджень.

Перелік використаних джерел:

1. Наказ МОЗ України від 06.04.2014 №248 «Про затвердження гігієнічної класифікації праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу».

2. Гігієна праці: Підручник / Ю.І. Кундієв, О.П. Яворовський, А.М. Шевченко та ін.; за ред. акад. НАН України, НАМН України, проф. Ю.І. Кундієва, чл-кор. НАМН України проф. О.П. Яворовського. – К.: ВСВ “Медицина”, 2011. – 904 с., ISBN: 978-617-505-161-0

3. Наказ Міністерства інфраструктури України від 30.11.2012 N 733 «Про внесення змін до Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій залізничного транспорту, метрополітенів та підприємств міжгалузєвого промислового залізничного транспорту України.

4. ДБН В.2.3-7:2018. МЕТРОПОЛІТЕНИ. Основні положення с.51- 52

ВИКЛАДАННЯ ПИТАНЬ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ПРОФІЛАКТИКА ВНУТРІШНЬОГО КОНФЛІКТУ ЛІКАРЯ Нестеренко В. Г.

Робота з паліативними хворими пов’язана зі значним психологічним навантаженням лікаря, який стикається з проявами хронічного болю та істотними порушенням життєвих функцій важкохворих пацієнтів (здатності до руху, самообслуговування, когнітивної реалізації, дихання, травлення, кровопостачання, сечовиділення тощо). Додаткове емоційне навантаження виникає при лікуванні дітей з паліативними діагнозами, спілкуванні з рідними пацієнтів, у тому числі після смерті пацієнтів.

В Україні на сьогодні відсутня спеціальність «лікар з паліативної медицини», тому з паліативними хворими можуть працювати лікарі будь-яких спеціальностей. Наш аналіз навчальних програм з паліативної медицини [1] показав, що існуючи в різних закладах медичної освіти програми різні за змістом та часто не охоплюють всі можливі аспекти лікування та догляду. Також ми виявили, що не існує типової навчальної програми. Можна вважати високою вірогідністю недостатньої готовності лікарів та медичних сестер/братів, які пройшли навчання за такими програмами, до переліку типових ситуацій лікування та догляду. Тривале

або часте лікування паліативних пацієнтів без належної підготовки збільшує ризик дистресу та вигорання медичного персоналу.

Лікаря країн, в яких легалізовані евтаназія/медично асистована смерть (МАС), необхідно приймати важкі рішення щодо задоволення або відхилення запитів на МАС, припинення підтримання життєзабезпечення. Лікарі цих країн намагаються уникнути формування репутації «лікаря з евтаназії» попри їх участь у процедурі. Виконання евтаназії/МАС може ускладнювати взаємовідносини з колегами, які вважать процедуру неприпустимою. Україна ще не наблизилася до легалізації евтаназії/МАС, але це відбудеться. На нашу думку, питання додаткового емоційного навантаження та захисту від його негативних наслідків можна включити до навчальних програм медичних працівників вже зараз.

Обговорення питань смерті, участі у МАС, має захисне значення для психіки та емоційного стану медичних працівників, що підтверджують дослідження Cybulska A.M. et al. (2022) [3] та Evans T.R. et al. (2023) [4]. Захисними механізмами психіки медичного працівника від впливу смерті пацієнта, страждань пацієнта та його близьких, а також участі у евтаназії/МАС може бути зниження рівня емпатії та перехід до логічної схеми «чим я можу допомогти?». Навіть гіпотетичне обговорення цих моментів під час навчання може бути захистом під час роботи.

Список використаних джерел:

1. Нестеренко В.Г. Аналіз сучасних навчальних програм паліативної та хоспісної допомоги закладів медичної освіти України. Медицина сьогодні і завтра. 2024. Том 93. № 2. С. 40–52. DOI: 10.35339/msz.2024.93.2.nes.

2. Нестеренко В.Г. Медико-соціальні аспекти евтаназії паліативних хворих в Україні, Швейцарії, Канаді, США та Ізраїлі. Медицина сьогодні і завтра. 2024. Том 93ю № 3. 19 с. In press. DOI: 10.35339/msz.2024.93.3.nes.

3. Cybulska A.M., Źołnowska M.A., Schneider-Matyka D., Nowak M., Starczewska M., Grochans S., Cymbaluk-Płoska A. Analysis of Nurses' Attitudes toward Patient Death. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 19. No.20. Art. 13119. DOI: 10.3390/ijerph192013119. PMID: 36293697.

4. Evans T.R., Burns C., Essex R., Finnerty G., Hatton E., Clements A.J., et al. A systematic scoping review on the evidence behind debriefing practices for the wellbeing/emotional outcomes of healthcare

workers. Front Psychiatry. 2023. Vol. 14. Art. 1078797. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1078797. PMID: 37032950.

USE OF DIGITAL TECHNOLOGIES IN THE PREVENTION OF NON-INFECTABLE DISEASES: CURRENT OPPORTUNITIES AND PROSPECTS

Ohniev V.A., Orel O.V., Yaremenko A. V.

Abstract: Chronic non-infectious diseases (NCDs) are characterized by a long-term course and include several main groups: diseases of the circulatory system, malignant neoplasms, diabetes, chronic respiratory diseases and mental disorders. This list also includes chronic renal failure and epilepsy. The key feature of NCDs is the possibility of their prevention through the control of risk factors, which are divided into several categories: behavioral (smoking, alcohol abuse, sedentary lifestyle, improper diet); metabolic (overweight, high blood pressure, high blood sugar and cholesterol levels); genetic (hereditary predisposition); environmental (impact of polluted environment); psychosocial (stress factors). Among all factors, the behavioral ones are the easiest to change, as they directly depend on a person's life habits.

Statistics show a significant prevalence of NCDs: for every 10,000 adults, 1,500-3,000 cases of hypertension, 500-2,000 cases of diabetes, 3-8 heart attacks and 4-16 strokes are recorded within three months. In Ukraine, NCDs cause 91% of all deaths. Military aggression against Ukraine significantly worsened the situation with NCD control due to restrictions on access to medical care, problems with obtaining medicines, forced displacement of the population, and economic difficulties. According to WHO estimates conducted in the spring of 2022, NCDs remain one of the main challenges for the health care system of Ukraine in wartime conditions. Modern digital technologies are increasingly integrated into all spheres of life, including healthcare. Their use in the prevention of non-communicable diseases opens up new opportunities for early diagnosis, health monitoring and behavior change. The digital transformation of healthcare opens up unprecedented opportunities for the prevention of NCDs and the implementation of innovative approaches to public health management. [1]

The aim of the work: to conduct a comprehensive analysis of modern digital technologies in the prevention of non-infectious diseases, to evaluate their effectiveness and to determine promising directions for development.

Materials and methods: A systematic literature review was conducted using PubMed, Scopus and Web of Science databases for the period 2019-2024. The search was carried out using the following keywords: "digital health", "non-

communicable diseases", "prevention", "mHealth", "artificial intelligence in healthcare", "telemedicine".

Research results and their discussion:

1. Mobile apps and devices: Using mobile apps to track physical activity increases daily activity levels by 27-35%. Supplements for controlling nutrition help reduce body weight by an average of 3.7 kg during 6 months of use. The integration of gamification into mobile applications increases adherence to a healthy lifestyle by 45%. [2]

1.2. Wearable devices for monitoring health indicators: Modern smart watches demonstrate ECG measurement accuracy of up to 98.3% compared to professional equipment. Continuous glucose monitoring using wearable sensors reduces the risk of hypoglycemic conditions by 43%. The use of fitness trackers increases the physical activity of users by 1500-2000 steps per day. [3]

2. Telemedicine technologies. 2.1. Remote monitoring of patients: the implementation of remote monitoring systems reduces the frequency of hospitalization of patients with chronic heart failure by 35%. Telemedical monitoring of patients with arterial hypertension improves blood pressure control in 72% of cases. [4]

2.2. Telemedicine consultations: the availability of telemedicine consultations increases the coverage of preventive examinations by 47% among the rural population, the cost-effectiveness of telemedicine services shows a decrease in the cost of medical care by 23%. [9]

3. Artificial intelligence and machine learning. 3.1. Predictive analytics: machine learning algorithms predict the risk of developing cardiovascular events with up to 91% accuracy. Using neural networks to analyze genetic data allows detecting predisposition to NCDs with an accuracy of 87%.

3.2. Computer vision and medical image analysis: automated analysis of chest X-rays detects pathological changes with a sensitivity of 94% and specificity of 96%.

4. Personalized medicine and digital interventions 4.1. Clinical decision support systems (DSS): the use of DSS increases diagnostic accuracy by 38% and reduces the number of medical errors by 45%, the integration of genetic data into DSS improves the effectiveness of preventive measures by 53%.

4.2. Personalized recommendations and interventions: individualized digital lifestyle modification programs reduce the risk of developing type 2 diabetes by 41%, automated reminder systems increase adherence to drug therapy by 67%. [5,6,7,8]

Conclusions:

1. Digital technologies demonstrate high efficiency in the prevention of NCDs, providing a personalized approach and continuous monitoring of health status.

2. Integration of mobile technologies and wearable devices into the healthcare system significantly increases patient involvement in a responsible attitude towards their own health.

3. Artificial intelligence and machine learning modernize approaches to early diagnosis and prediction of NCD risks.

4. Telemedicine technologies improve the accessibility of medical care and increase the effectiveness of preventive measures.

Prospects for further research:

1. Development of integrated digital health ecosystems with common data exchange standards.

2. Improvement of artificial intelligence algorithms to increase the accuracy of risk prediction.

3. Study of the long-term effectiveness of digital interventions in the prevention of NCDs.

4. Development of new methods to ensure the confidentiality and security of medical data.

5. Studying the cost-effectiveness of implementing digital technologies in the healthcare system.

References:

1. Профілактика та контроль неінфекційних захворювань в умовах надзвичайних ситуацій. Київ: Центр громадського здоров'я; 2022 рік. 15С. Доступно на: <http://surl.li/fzsmmq>

2. Zhang M, Wang W, Li M, Sheng H, Zhai Y. Efficacy of Mobile Health Applications to Improve Physical Activity and Sedentary Behavior: A Systematic Review and Meta-Analysis for Physically Inactive Individuals. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 18;19(8):4905. doi: 10.3390/ijerph19084905. PMID: 35457775; PMCID: PMC9031730.

3. Romeo A, Edney S, Plotnikoff R, Curtis R, Ryan J, Sanders I, Crozier A, Maher C. Can Smartphone Apps Increase Physical Activity? Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 2019 Mar 19;21(3):e12053. doi: 10.2196/12053. PMID: 30888321; PMCID: PMC6444212.

4. Deniz-Garcia A, Fabelo H, Rodriguez-Almeida AJ, Zamora-Zamorano G, Castro-Fernandez M, Alberiche Ruano MDP, Solvoll T, Granja C, Schopf TR, Callico GM, Soguero-Ruiz C, Wägner AM; WARIFA Consortium. Quality, Usability, and Effectiveness of mHealth Apps and the Role of Artificial Intelligence: Current Scenario and Challenges. *J Med Internet Res*. 2023 May 4;25:e44030. doi: 10.2196/44030. PMID: 37140973; PMCID: PMC10196903.

5. Funston R, Gibbs A, Diven J, Francey J, Easlea H, Murray S, Fitzpatrick M, Condon A, Mitchell ARJ. Comparative study of a single lead ECG in a wearable device. *J Electrocardiol.* 2022 Sep-Oct;74:88-93. doi: 10.1016/j.jelectrocard.2022.08.004. Epub 2022 Aug 27. PMID: 36055073.

6. Klonoff DC, Ahn D, Drincic A. Continuous glucose monitoring: A review of the technology and clinical use. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017 Nov;133:178-192. doi: 10.1016/j.diabres.2017.08.005. Epub 2017 Sep 1. PMID: 28965029.

7. AlSayegh LA, Al-Mustafa MS, Alali AH, Farhan MF, AlShamlan NA, AlOmar RS. Association between fitness tracker use, physical activity, and general health of adolescents in Eastern Province of Saudi Arabia. *J Family Community Med.* 2023 Oct-Dec;30(4):251-258. doi: 10.4103/jfcm.jfcm_110_23. Epub 2023 Oct 13. PMID: 38044969; PMCID: PMC10688592.

8. Javaid SS, Khan MU, Paryani NS, Ansari SA, Mohiuddin N, Merza N, Ehsan N, Waheed ST, Saleem MS, Tahir HB, Moiz MA, Siddiqi TJ. Remote Monitoring in Heart Failure patients: A Systemic Review and Meta-analysis. *Curr Probl Cardiol.* 2023 Jun;48(6):101635. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2023.101635. Epub 2023 Feb 10. PMID: 36773950.

9. Anawade PA, Sharma D, Gahane S. A Comprehensive Review on Exploring the Impact of Telemedicine on Healthcare Accessibility. *Cureus.* 2024 Mar 12;16(3):e55996. doi: 10.7759/cureus.55996. PMID: 38618307; PMCID: PMC11009553.

SOCIAL INEQUALITY AS A DETERMINANT OF HEALTH: CHALLENGES FOR THE HEALTH CARE SYSTEM

Ohniev V.A., Yaremenko A. V., Orel O. V.

Social inequality remains one of the key factors determining the state of health of the population and forming significant challenges for the health care system on a global scale. According to the World Health Organization, the difference in life expectancy between the richest and poorest strata of the population can reach 15-20 years even in developed countries. Studies show that 80% of premature mortality is due to socioeconomic factors, with low-income groups being the most vulnerable.

Social inequality is manifested through multiple mechanisms of influence on the health of the population. First, it is unequal access to quality medical care - about 30% of the low-income population postpones

or refuses necessary treatment due to financial reasons. Secondly, there are significant differences in the quality of life and living conditions - the population with a low socio-economic status more often lives in environmentally unfavorable areas, where the level of air pollution exceeds the norm by 2-3 times. Third, the varying level of medical literacy and access to health information - only 45% of people with a low level of education demonstrate a sufficient level of understanding of basic medical recommendations. Inequality in access to preventive services is also an important aspect - the coverage of preventive examinations among low-income groups of the population is 40% lower than among well-off groups.

Health care systems face a number of challenges in the context of social inequality. The first challenge is the need to ensure universal access to medical services. According to experts, the implementation of general health insurance programs can reduce the level of catastrophic health care costs by 30-35%. The second challenge is overcoming geographical barriers in access to medical care. The development of telemedicine and mobile medical teams makes it possible to increase the availability of medical services in remote areas by 25-30%. The third challenge is to improve the quality of medical care in institutions serving vulnerable population groups. Investments in the modernization of such facilities and staff training can reduce the level of complications by 15-20%. To overcome the impact of social inequality on health, complex measures at different levels are necessary. At the macro level, this includes the development and implementation of policies aimed at reducing socio-economic inequality, including social protection and support programs for the disadvantaged. At the level of the health care system, it is necessary to implement mechanisms for financial protection of patients, develop primary medical care and strengthen the preventive component.

The development of intersectoral interaction is also important, since 60% of factors affecting health lie outside the boundaries of the health care system. Special attention should be paid to programs to improve health literacy and expand opportunities for a healthy lifestyle among vulnerable population groups. Economic studies show that investments in overcoming social inequalities in health care have a high return - every dollar invested brings a return of 1:4 due to lower costs of treatment and increased labor productivity. Implementation of early intervention and prevention programs among vulnerable population groups can reduce the incidence of non-communicable diseases by 25-30%. An important aspect is also the development of systems for monitoring and assessing the impact of social inequality on health, which allows timely identification of problems and adjustment of measures in accordance with the needs of different population groups. The experience of countries that successfully implement programs to overcome social inequality in health care demonstrates the

possibility of achieving significant results with a consistent and long-term policy in this area.

List of sources used:

1. World Health Organization. (2023). World Health Statistics 2023: Monitoring Health for the SDGs. Geneva: WHO Press.
2. Marmot, M., & Allen, J. (2023). Social Determinants of Health Equity. American Journal of Public Health, 113(1), 34-41.
3. Commission on Social Determinants of Health. (2023). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: WHO.
4. European Commission. (2023). Health Inequalities in the EU: Final Report of a Consortium. Brussels: EC.
5. Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine. (2023). Annual report on the state of health of the population of Ukraine. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine.
6. WHO. (2023). European Action Plan for Strengthening Public Health Capacity and Services. Copenhagen: WHO/ERC.

ПСИХО-ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ. Олійник Ю. О.

Війна для цивільного населення несе не тільки загрозу для життя, а й має значний негативний вплив на психо-емоційний стан кожної людини. В умовах постійного стресу, невизначеності та втрат, питання збереження психічного здоров'я стає одним із найактуальніших наукових завдань. Дослідження психо-гігієнічних аспектів соціальної адаптації в умовах військового часу є необхідним кроком для розуміння психологічних процесів, які відбуваються з людьми під час війни, та для розробки ефективних стратегій підтримки.

Мета. Проаналізувати особливості соціальної адаптації українців підчас військового стану, визначити фактори, що впливають на успішність цього процесу, та розробити рекомендації щодо психологічної підтримки населення.

Обговорення результатів. За даними чисельних наукових досліджень, що проводились фахівцями як медичних так і суміжних спеціальностей, серед основних факторів, що впливають на процес соціальної адаптації, є тривале перебування під впливом сильного

стресу, почуття втрати, порушення звичного способу життя [1]. Проведене нами анонімне опитування показало, що значна частина учасників (75%) відчують проблеми з реалізацією себе, як повноцінного члена суспільства.

При аналізі можливих причин встановлено, що відсоток осіб з числа вимушено переміщених, та тих, що залишаються в рідному місті майже однаковий (57% та 43% відповідно), отже зміна місця проживання не є визначальною в даному випадку. Більш показовими виявилися такі фактори, як стабільність в сфері трудової діяльності людини, а також соціально-культурні особливості населення різних регіонів. Так 27% опитаних зазначили, що змінили місце роботи, і 13% втратили роботу у зв'язку із початком бойових дій. 60% респондентів продовжують працювати на тому ж робочому місці, але у більшості з них (78%) зменшився розмір заробітної плати. В той же час 88% опитаних, які легко адаптувалися в суспільстві зазначили, що їхнє місце роботи та заробітна плата залишаються без змін.

Важливим позитивним фактором також є прагнення людини до саморозвитку, про що свідчить значна кількість учасників опитування (78%) з високим рівнем соціальної адаптації, у яких з'явилися нові захоплення та яким вдалося опанувати нову професію.

Більше 70% також пов'язують проблеми адаптації на новому місці проживання із особливостями культури нового суспільства та мовним бар'єром.

Різкі зміни соціального середовища, пов'язані з військовими діями, можуть стати причиною серйозних психо-емоційних порушень і навіть психічних розладів [2, 3]. Серед респондентів, яким складно адаптуватися в сучасних умовах 47% відмічають у себе розсіяність, 50% - високу емоційну лабільність, 56% - тривожність, 59% - апатію та 61% мають почуття невизначеності.

Висновки. Проведене дослідження підтверджує значний вплив військового стану на процес соціальної адаптації населення.

Незважаючи на те, що зміна місця проживання не є вирішальним фактором, такі аспекти як, втрата соціальної стабільності, соціально-культурна адаптація та мовний бар'єр суттєво впливають на психічний стан людей та їхню здатність інтегруватися в суспільство.

Проблеми соціальної адаптації сприяють появі таких психо-емоційних розладів як розсіяність, емоційна лабільність, тривога, апатія та почуття невизначеності. Це підкреслює необхідність надання психологічної та соціальної підтримки людям, які постраждали від війни.

Рекомендації.

1. Розробка та впровадження програм, спрямованих на відновлення психологічного здоров'я та сприяння соціальній адаптації.

2. Створення умов для збереження робочих місць та сприяння працевлаштуванню людей, які втратили роботу. Велике значення також має навчання людей економічної грамотності та допомога в опануванні нових професій.

3. Розробка програм, спрямованих на швидку соціальну адаптацію та інтеграцію вимушено переміщених осіб.

4. Розповсюдження інформації про доступні соціальні послуги та психологічну допомогу.

Загалом, результати дослідження підкреслюють важливість комплексного підходу до подолання наслідків війни та забезпечення психологічного благополуччя населення.

Література:

1.Дзюбенко М.О. Психологічна підтримка та соціальна адаптація населення в умовах воєнного стану // Актуальні питання забезпечення безпечного середовища в Україні : зб. тез наук. доп. Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 19 квітн. 2024 р.) [Електронне видання] / упоряд.: М.Г. Вербенський, В.О. Рядінська, А.І. Хальота, В.А. Мацько. Київ : ДНДІ МВС України, 2024. С. 367-369

2.Вишньовський В.В. Психологічна адаптація вимушено переміщених осіб, жертв воєнних конфліктів // Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки: Збірник тез II Міжнародної наукової конференції, 21-22 квітня 2022 р. / Упорядники: А.А. Криськов, В.В. Вишньовський та Н.В. Габрусєва – Тернопіль: ФОП Паляниця В. А., 2022. – С. 3-5

3.Могильова Н.М. Особливості психічного здоров'я та психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб в умовах війни: досвід України // Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. Випуск 2, 2023. С. 81-85. URL: <https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/issue/view/16>

ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД СТУДЕНТСТВА ПРОТЯГОМ ТРЕТЬОГО РОКУ ВІЙНИ Старусєва В. В., Рзасєва Аян Асаф кизи

Актуальність. Повномасштабне вторгнення країни-агресора вже третій рік впливає на якість життя зокрема умови проживання,

харчування та психологічний стан людей, які проживають як у прифронтових зонах, так і на іншій території України, та за її межами. Проблема профілактики туберкульозу, особливо під час воєнного стану відіграє одну з ключових ролей та вимагає негайного рішення.

Мета. Виявити певні характерні зміни в профілактиці туберкульозу серед молоді та оцінити фактори ризику захворюваності серед молоді.

Матеріали та методи. Було створено та проведено онлайн опитування із застосуванням платформи Google Forms та проаналізовано отримані статистичні дані.

Результати та обговорення. Профілактика туберкульозу включає в себе заходи як специфічного так і неспецифічного характеру. Вакцинація, ведення здорового та активного способу життя, проведення періодичного профілактичного огляду, моніторинг здоров'я відіграють особливо важливу роль в попередженні розвитку туберкульозу. В опитуванні брали участь 25 здобувачів освіти з 1 по 6 курс різних вікових категорій. Студентам було запропоновано такі питання: “Чи вважаєте Ви своє харчування повноцінним та здоровим? 48% респондентів відповіли “Так”, 36% - “Ні”, 16 % - “Не можу відповісти”. На питання “Чи часто Ви проживаєте та піддаєтесь стресовим ситуаціям” 52 % обрали варіант “Помірно” та 48% - “Так”. Втім 48% проживає на прифронтовій території та зоні бойових дій, 36% опитаних - на більш безпечній території України, 16% - за кордоном. Наступним питанням було “Чи маєте Ви задовільні житлові умови проживання?”, на що здобувачами освіти була надана наступна відповідь: 68% відповіли “Так, проживаю в гарних умовах”, 24% - “Так, проживаю в середніх умовах”, 8% (2 особи) - “На жаль, ні”. Було запропоновано питання “ Чи курите Ви?”. Відповіді, обрані студентами, стали: 12% - “Кожен день по 1 пачці”, 8% - “4-5 сигарет на день”, 12% - “Кожен день електронні сигарети”, 8% - “1-2 рази на тиждень”, 8% - “3-4 рази на тиждень”, 4% - “1 раз на місяць”, 34% - “Не курю”. Наступним питанням було “Чи вживаєте Ви алкоголь?”, на що 52% респондентів відповіли “Ні, не вживаю”, 20% - “Тільки по святam”, 16% - “Так, раз на місяць”, 12% - “Так, раз на тиждень”. Питання “Чи маєте Ви хронічні захворювання?” мало такі результати: 4% - “Цукровий діабет”, 4% - “Бронхіальна астма”, 8% - “Хронічний тонзиліт”, 84% - “Не маю”. Одним із заключних питань слугувало “Чи проходить Ви регулярний профілактичний медичний огляд?” та 60% здобувачів вищої освіти зазначили, що перевіряються раз на рік, 24% - не перевіряються, бо нема часу та лікаря у їхньому місці проживання, 12% - вважають його непотрібним та недоречним. Останнім запитанням було “Чи робите Ви кожен рік рентгенографію органів грудної клітки?”, на що 64% респондентів відповіли “Так, коли це просить лікар”, 36% - “Ні”.

Висновки. Насамперед студентство має високі ризики захворюваності через низку факторів: незбалансоване харчування, зниження якості життя, паління, вживання алкоголю, психічні порушення, хронічні захворювання, але студенти намагаються в межах профілактики проходити медичний огляд та обізнані щодо розповсюдженості зараження мікобактерією туберкульозу. Війна відіграє основну роль в зниженні заходів профілактики, зокрема і для здобувачів вищої освіти і вже третій рік негативно впливає на контроль за захворюваністю. Для подальшої перспективності запропоноване дослідження вимагає залучення більшої кількості студентства різних курсів та вікових груп.

ГІГІЄНІЧНІ ФАКТОРИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЗОНУ «ПРОТЕЗ-КІНЦІВКА».

Стрось М. Ю., Литвиненко М. І.

За даними, зібраними з різних джерел, кількість ампутацій кінцівок в Україні через війну 2022-2024 років є значною. За оцінками, від 20 до 50 тисяч українців втратили кінцівки. Це включає як військових, так і цивільних осіб, які постраждали від бойових дій.[1, с. 1]. Ортезування та протезування в Україні є важливим аспектом медичної допомоги цим постраждалим. Зазначений вид допомоги сприяє підтримувати мобільність та забезпечує відновлення можливостей повсякденного життя пацієнтам, які втратили кінцівку. В Україні працюють численні лікарні та центри, які спеціалізуються на ортезуванні та протезуванні. Ці установи надають комплексну підтримку, включаючи виготовлення протезів, надання медичної допомоги та реабілітацію. На сьогодні одним із таких центрів є Університетська клініка ХНМУ. Разом з тим гігієнічні фактори відіграють важливу роль у процесах протезування та ортезування, зокрема в експлуатації протезних виробів. Ми виділяємо такі як:

1. Інфекційний контроль.
2. Контроль за рівнем вологи та температури в кукосприймачі.
3. Контроль за гігієною кукси та кукосприймача.

Основні види збудників, які часто зустрічаються на кукосприймачах протезів включають: *Staphylococcus aureus*, який є одним з найпоширеніших патогенів, може викликати тяжкі інфекції на етапах протезування та експлуатації протезу кінцівки. Грибки роду *Candida*, а також *Pseudomonas aeruginosa*, яка відрізняється від

інших видів бактерій своєю полірезистентністю, до дії антимікробних засобів. Як правило, вказані мікроорганізми, при тривалій експлуатації протезу та при порушеннях рекомендацій, що до його використання, формують на поверхні кукосприймача змішані біоплівки. Бактерії, які знаходяться в біоплівках, мають значно відмінні властивості від вільно плаваючих бактерій. Для біоплівок характерна збільшена резистентність до детергентів та антибіотиків, оскільки щільна позаклітинна матриця та зовнішній шар клітин захищають внутрішні зони угруповання мікроорганізмів. У певних випадках опір антибіотикам може бути збільшений у 1000 разів. [2, с. 61].

Контроль за рівнем вологи та температури в кукосприймачах є важливим гігієнічним показником, який впливає на здоров'я та комфорт пацієнта. Значне підвищення температури та вологи в ділянці контакту «протез-кінцівка», проспективно має негативний вплив на стан протезу та здоров'я людини. Одним із негативних наслідків такого впливу є зниження імунної резистентності м'яких тканин в ділянці кукси та підвищення ризику розвитку інфекційних ускладнень в зазначеній локалізації. Разом з цим на показники вологості та температури впливають декілька факторів, на які ми можемо впливати, одним із котрих є вид матеріалу з якого виготовлений протез. Використання матеріалів, які сприяють диханню шкіри і поглинають вологу, допомагає підтримувати оптимальні гігієнічні умови в ділянці контакту «протез-кінцівка». Гарним прикладом вибору матеріалу є нейлон з антимікробними властивостями. Кукосприймачі з вентиляційними отворами покращують циркуляцію повітря, що також допомагають знижувати рівень вологості і температури в зоні контакту «протез-кінцівка». Використання лайнерів (спеціальних вкладишів із гелем або піною) забезпечує додатковий комфорт при експлуатації протезів кінцівок, за рахунок рівномірного розподілу тиску в кукосприймачі, разом з цим лайнер приймає участь у зниженні рівня вологості. Сучасні кукосприймачі мають вбудовані технології управління температурою, пацієнт має можливість самостійно підвищувати чи знижувати рівень температури в зоні кукси, що додатково покращує гігієнічні умови та комфорт експлуатації виробу. [3, с. 124-129].

Останнім фактором є контроль за гігієною кукси та кукосприймача. Цей фактор є ключовим для забезпечення безпечного та комфортного використання протезу кінцівки. Гігієна кукси включає в себе щоденне виконання алгоритму догляду. Він має такий вигляд (миття кукси → антисептична обробка → зволоження шкіри → перевірка на подразнення → контроль потовиділення). Що до кукосприймача, необхідно 1 раз на день обробляти поверхню розчинами антисептиків, догляд за лайнером

визначається особливостями виробу та необхідно виконувати відповідно рекомендацій виробника. [4, с. 93-107].

Висновок: вплив вищезазначених гігієнічних факторів на комфорт, безпеку та тривалість експлуатації ортезно-протезних виробів є суттєвим. В реаліях сьогодення додаткове дослідження даних факторів надзвичайно важливим, це сприятиме покращенню гігієнічних умов експлуатації протезних виробів та дозволить покращити якість життя пацієнтів, які втратили кінцівку.

Перелік використаних джерел:

1. The wall street journal. In Ukraine, Amputations Already Evoke Scale of World War I. www.wsj.com/articles/in-ukraine-a-surge-in-amputations-reveals-the-human-cost-of-russias-war-d0bca320. 1 с.

2. Особливості виникнення та розвитку інфекційних ускладнень у пацієнтів, які отримали бойові травми опорно-рухової системи (за власним досвідом) Грицай М.П, Поляченко Ю.В, Цокало В.М, Колов Г.Б, Євлантьєва Т.А. 61 с.

3. Мюллер, Ешли М.С.; Фідлер, Гоеран доктор філософії .Боротьба з інфекційними захворюваннями в ортопедії та протезуванні. Journal of Prosthetics and Orthotics 30(3):p 124-129, липень 2018 р. | DOI: 10.1097/JPO.000000000000202

4. Smith, D. G., Michael, J. W., & Bowker, J. H. (2004). *Lower-Limb Prosthetics and Orthotics: Clinical Concepts* (pp. 93-107). SLACK Incorporated.

ПСИХОГІЄНА ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ САМОДОПОМОГИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ТРИВОГИ

Торохтій К. В., Богачова О. С.

Вступ. З початку повномасштабного вторгнення Росії в Україну у 2022 році, спостерігається значне зростання кількості людей із тривожними розладами серед цивільного населення. За даними дослідження Національного Інституту стратегічних досліджень України, проведеного у 2023 році, симптоми тривожних розладів мали 42% дорослих українців, що майже вдвічі перевищує показники до війни [1]. Соціальні обмеження, загрози безпеці, економічна нестабільність та постійний стрес зумовили гостру необхідність розвитку ефективних навичок самодопомоги для подолання тривоги серед цивільного населення. Аналіз наукових

публікацій показує, що тривога як емоційний стан є нормальною реакцією на небезпеку, проте її пролонгація може призвести до серйозних порушень психічного здоров'я [2].

Мета дослідження - проаналізувати ефективність різних методів самопомоги для подолання проявів тривожності серед цивільного населення України в умовах воєнного стану.

Матеріали та методи. Дослідження ґрунтується на комплексному аналізі наукових публікацій, присвячених проблемам психічного здоров'я населення в умовах воєнних конфліктів. Було опрацьовано понад 50 вітчизняних та зарубіжних наукових статей, монографій і звітів, що висвітлюють ефективність методів самопомоги для подолання тривоги. Особлива увага приділялась дослідженням, проведеним після 2014 року на матеріалах збройних конфліктів в Україні, Сирії, Іраку та інших країнах. Крім того, проаналізовано статистичні дані соціологічних опитувань населення щодо поширеності психічних розладів в умовах війни. Використовувались методи систематичного огляду літератури, синтезу та узагальнення емпіричних даних.

Результати та обговорення. Аналіз наукових джерел виявив, що серед найбільш ефективних методів самопомоги для подолання тривоги в умовах воєнного стану є:

1. Дихальні вправи. Техніки глибокого діафрагмального дихання, описані в дослідженнях ізраїльських вчених [3], сприяють стабілізації емоційного стану та зниженню фізіологічних проявів тривоги. Наукові праці свідчать, що регулярна практика дихальних вправ активує парасимпатичну нервову систему, що призводить до зниження рівня кортизолу та покращення здатності організму долати стрес [4].

2. Тілесно-орієнтована психотерапія (ТОТ). Методи усвідомлення тілесних відчуттів і техніки напруження-розслаблення м'язів допомагають емоційному вивільненню та зниженню рівня тривожності [5]. Дослідження демонструють, що ТОТ сприяє кращому розумінню власних внутрішніх станів, розвитку навичок саморегуляції та підвищенню стресостійкості [6].

3. Групова терапія. Наукові публікації підтверджують, що груповий формат надає підтримку спільноти, покращує навички міжособистісної взаємодії та саморегуляції, сприяє зниженню внутрішньої тривожності [7]. Ефективність групової терапії може залежати від типу групи, складу учасників та кваліфікації терапевта. Дослідження вказують, що групова робота особливо важлива в умовах військових конфліктів, коли люди потребують емоційної підтримки та можливості обмінюватись досвідом подолання стресу [8].

Окрім зазначених методів, наукові джерела також описують ефективність таких технік самопомоги, як медитація, ведення

щоденника, прослуховування заспокійливої музики тощо [9]. Однак, порівняно з дихальними вправами, тілесно-орієнтованими практиками та груповою терапією, вони продемонстрували меншу результативність у зниженні симптомів тривожних розладів.

Особливістю застосування методів самодопомоги в умовах воєнного стану є необхідність їх адаптації до постійних перебоїв з електрикою, Інтернетом, обмежень у пересуванні тощо. Дослідження показують, що найефективнішими виявились техніки, які не вимагають значних ресурсів і можуть застосовуватись у домашніх умовах [10].

Висновки та рекомендації. В умовах війни та постійного впливу тривожних факторів, важливо розвивати навички самодопомоги серед цивільного населення. Дихальні вправи, тілесно-орієнтовані практики та групова терапія довели свою ефективність у зниженні симптомів тривожних розладів. Поширення цих методів самодопомоги сприятиме збереженню психічного здоров'я та покращенню якості життя після війни. Наступні рекомендації допоможуть стабілізувати психоемоційний стан та полегшити самопочуття:

- приділяти 15-20 хвилин на день для регулярної практики дихальних вправ, як-от "4-7-8" або "Подовжений видих", для стабілізації емоційного стану;
- впроваджувати тілесно-орієнтовані техніки усвідомлення, напруження-розслаблення м'язів 2-3 рази на тиждень для емоційного вивільнення та зниження тривожності;
- брати участь у групових заняттях з психологічної підтримки, спрямованих на розвиток навичок саморегуляції та подолання стресу;
- практикувати медитацію, ведення щоденника та прослуховування заспокійливої музики для кращого усвідомлення власних емоцій та думок;
- дотримуватись здорового режиму сну, харчування, фізичної активності для підтримки загального психофізичного стану;
- за наявності стійких тривожних симптомів, які перешкоджають повсякденній діяльності, звертатись до психологів або психотерапевтів для отримання професійної допомоги;
- підтримувати соціальні зв'язки, проводити час з близькими людьми для зниження ізоляції та підвищення емоційної стабільності.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні довгострокових наслідків застосування методів самопомоги в умовах воєнного конфлікту, а також розробці комплексних програм психогігієни для цивільного населення.

Перелік використаних джерел:

1. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny> (дата звернення 12.11.2024).
2. Чабан О.С., Хаустова О.О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? URL: <http://surl.li/ihpof>
3. Навички самовідновлення та самопомоги у кризових умовах. URL: <https://kyiv24.news/publications/navychky-samovidnovlennya-ta-samodopomogy-u-kryzovyh-umovah> (дата звернення 12.11.2024).
4. Zaccaro, A., Piarulli, A., Laurino, M., Garbella, E., Menicucci, D., Neri, B., & Gemignani, A. How breath-control can change your life: a systematic review on psycho-physiological correlates of slow breathing. *Frontiers in human neuroscience*, V12, 2018. 353. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00353>.
5. Levine, P. A. In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness. 1st edition. North Atlantic Books. Berkeley. 2010. 384 p.
6. Van der Kolk, B. A. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Penguin Books. 2014. 464 p.
7. Yalom I., Leszcz M. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. Basic Books. 2020. 832 p.
8. Barron, I. G., & Abdallah, G. (2015). Specialized group therapy for children following war trauma: a randomized control trial. *School Psychology International*, 36(2), 149-165.
9. Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169.
10. Майор Л. В. Дослідження ефективності балансної моделі як способу самопомоги та самопізнання при адаптації студентів до умов навчання під час війни / Майор Л. В. – Західноукраїнський національний університет, 2024. – 45 с.

СУЧАСНИЙ СТАН ХАРЧУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ - ЗМІНИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВИХ ЗВИЧОК В УМОВАХ ВІЙНИ.

Філатова Н. М., Подкользіна Г. А.

Вже майже три роки на території України триває страшна війна. Наш народ героїчно виборює своє право на свободу. В дуже нелегких умовах доводиться виживати українцям, як на території нашої країни, так і за її межами. Війна стала стресовим чинником для мільйонів жителів, і це позначилося як у фізіологічній так і у психічно-емоціональній сферах. До війни в Україні, як і в більшості інших країн світу, простежувалась тенденція щодо здорового харчування та здорового способу життя, особливо серед молодого покоління. Военні дії, та, як наслідок, стрес, депресія, страх, невизначеність призвели до суттєвих змін у побутовій сфері для українського суспільства, включаючи процес харчування. Багато хто зазнав змін у своєму звичному способі життя, який включає в себе і гастрономічні звички.

Ми поставили питання щодо харчування людей в надскладних умовах, чи змінилися харчові звички українців, і як саме змінилися. Бо харчування – це спосіб життя. Продуктовий набір, кількість та якість харчових речовин в добовому раціоні, режим харчування – все це є умовами для нормального існування людини. Правильне, раціональне харчування є запорукою здоров'я кожної людини.

А стан харчування всього населення – це важливий показник рівня розвитку будь-якої країни і, зокрема, стосується здоров'я нації. Значною мірою воно залежить від якості та доступності продуктів харчування, а також від умов їхнього споживання. Під час війни це питання дуже загострилось, оскільки було спричинено значні економічні, соціальні та інфраструктурні зміни в умовах екстремальної ситуації.

Нажаль, такі стани як страх, невпевненість, фізична загроза життю кардинально змінили нашу звичну поведінку. Тобто те, що ще вчора було звичним у нашому минулому житті, щоденні звичні нам ритуали, такі, як кава з улюбленої вуличної кав'ярні, свіжий круасан чи трубочка зі згущеним молоком, що купувались в будь-який момент, може стати недосяжним.

Особливо це відчувалось у перші дні й тижні війни і стосувалось усіх, хто опинився в окупації, перебував в зоні бойових дій, став ВПО, емігрував або проживав у прикордонних регіонах.

Так чи інакше, але у всіх нас сформувались нові харчові звички та особливості поведінки. Наприклад, користування харчовими продуктами, наданими волонтерами, вживання нових продуктів, вживання неякісної/несмачної/незвичної їжі через

економію коштів, особливо з метою збереження якісних ресурсів на випадок вкрай кризової ситуації.

В багатьох родинах розвилась так звана економія їжі, через побоювання щодо можливих труднощів з харчуванням у найближчій перспективі. Виникла необхідність розподілення харчових продуктів, тобто роздавання продуктів, взаємо обмін.

Також відбувалось позбавлення можливості споживати звичні нам продукти через зростання їх вартості, або через пов'язаний дефіцит з вироблення тих чи інших видів продуктів, або припинення доставки чи переспрямування конкретного товару на інші потреби.

Збільшився попит на вирощування продуктів домашнього виробництва, у зв'язку з бажанням перестраховуватись, бути більш-менш незалежними від зовнішнього впливу, мати деякий запас їжі. З'явилися знання про «секретні місця», де можна придбати дефіцитні продукти. Робився стратегічний запас продуктів, свідомо закупівля на випадок бойових дій і голоду.

Часто вживалась їжа швидкого приготування на постійній основі, з метою економії енерговитрат на приготування і для впевненості, що точно можна буде щось хоча б перекусити.

На початку війни в людей виникали такі нові звички, як-то пиття кави чи енергетичних напоїв, щоб якнайдовше не спати, через страх заснути та постраждати від нічних обстрілів, чи пропустити важливі новини, сигнали тривоги.

В деяких випадках відбувалось зниження рівня значущості їжі, ненадання їй належної уваги від знаходження в шоковому стані, виключенні із реальності, коли людина навіть не пам'ятала про власне харчування. Мали місце відсутність апетиту (так званий «ком в горлі») і не усвідомлення, що організму потрібна їжа) чи, навпаки, зростання апетиту через сильний стрес, коли організм потребує багато їжі (через інстинкт виживання і потребу в енергії на випадок, коли може виникнути необхідність бігти чи довго знаходитись без їжі). Також через стрес в багатьох з'явилась потреба у надмірному вживанні солодощів.

На початку війни в людей сформувалась нова рефлексорна дуга, як вплив на апетит сигналу повітряної тривоги (як у бік відмови від їжі, так і у бік збільшення обсягів її вживання). Люди примушували себе їсти попри відсутність апетиту через усвідомлення необхідності в їжі та питті. Зросла цінність «простої, звичайної» їжі.

Новим важливим аспектом виявилось відчуття провини через вживання певних видів їжі чи їжі в цілому, «синдрому вцілілого» - усвідомлення несправедливості і нерівномірного розподілу їжі в кризові моменти, почуття провини перед тими, хто не має можливості повноцінно

харчуватись на даний момент. З'явився новий спосіб абстрагуватись від навколишніх подій, відчуваючи смак, аромат, задоволення від смакування їжею, як спогади мирного життя.

Приблизно через рік від початку війни з'явились і інші звички. Виникали повсякденні ритуали готування/вживання їжі, як захист психіки й відчуття «довоєнного періоду», як дозвіл собі почуватись в умовній безпеці через дотримання родинних або колективних традицій у гастрономічних практиках (наприклад святкування Великодня, днів народження тощо), що дозволяло розслабитись і почуватись трішки щасливими на цю мить.

Люди відвідували заклади громадського харчування для вживання смачної та гарно поданої їжі, як можливість відчути «довоєнний час», споживати їжу як засобу спілкування, проведення спільного часу, обговорення подій (практика групового харчування передбачає комунікативну практику, яка посилилась під час війни).

В людей виникла потреба готування їжі іншим і забезпечення продуктами тих людей, які не в змозі самостійно про себе попідкуватись, як прояв підтримки людей, і покинутих тварин.

Також практикувався обмін рецептами та розвиток нових кулінарних здібностей через переміщення, через зміну у доступі до певних продуктів, через перемикання обов'язків, через бажання обміну і комунікації, через взаємо пізнання різних культур всередині країни та між країнами, особливо для вивчення нових культурних звичок, знаходячись за кордоном. Кулінарія використовувалась як форма психотерапії, що пов'язана із бажанням зайнятись якоюсь справою, яка заспокоює і забирає тебе на якийсь час з реальності. Почастішало приготування улюблених страв, без «особливої» нагоди, так зване бажання жити «тут і зараз», відчувати радість сьогодні, не відкладаючи життя на потім, бо немає уявлення, що буде завтра чи через пару годин. Відбулось посилення уваги до країни-виробника певної продуктової марки та підтримка вітчизняного виробника, відмова від продукції з рф та дружніх до неї країн.

Отже, простежується виникнення своєрідних «нових правил» харчування в умовах війни: вживати більшу за звичайну норму кількість солодкого; мати «про запас» продукти довготривалого збереження, котрі займають мало часу на приготування; обирати високопоживні харчові продукти; дотримуватись правил харчування відповідно до оточення, в якому перебуваєш або зважаючи на місце проживання/перебування; економити на продуктах, намагатися не купувати дорогої їжі через збільшення цін; використовувати

приготування їжі як процес, що структурує час і надає відчуття відносно нормального ритму життя; відчувати провину за дотримання звичних гастрономічних практик; відчувати, що якість їжі не є пріоритетом, а є способом вижити та функціонувати; їсти, адаптуючись до воєнної ситуації; турбуватися щодо можливості у майбутньому забезпечити нормальний раціон.

Таким чином, бачимо, що війна дуже негативно вплинула на психологічний стан населення, їжа набула нових значень та сенсу для кожної людини, на тлі чого значно змінилися харчові звички українців, виникли нові пріоритети, нові потреби в харчуванні. І це ставить додаткові завдання перед нашим суспільством вже зараз, не очікуючи закінчення війни.

Література:

1. Міністерство аграрної політики та продовольства України
<https://minagro.gov.ua/>

2. Історії про їжу і харчування під час війни
https://yizhakultura.com/material/20221003_1928

3. Світова організація продовольства та сільського господарства
<https://www.fao.org/home/en/>

4. Прогноз щодо сільського господарства та виробництва продовольства від Міжнародного валютного фонду (МВФ):
<https://www.imf.org/en/Home>

5. Європейська комісія — Звіт щодо впливу війни на продовольчу безпеку Європи та України
https://commission.europa.eu/index_en

6. Агропортал України <https://agroportal.ua/>

7. Червоний Хрест <https://www.icrc.org/en>

8. Гастрономічні дослідження: історія вивчення та проблематика питання в Україні. https://yizhakultura.com/material/20200219_0920

Наукове видання

Перспективи розвитку сучасної профілактичної медицини

Матеріали науково-практичної конференції,
кафедри гігієни та екології
Харківського національного медичного університету

Відповідальний за випуск:

Мокрякова М.І.