І.М. МАРУНЕНКО, О.В. ТИМЧИК

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ОСНОВИ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник

Київ-2016

УДК 159.922(075)
ББК 88.2я73
М29

Рекомендовано Міністерством освіти і науки , молоді і спорту України як навчальний посібник для студентів вищих навчальниз закладів (Лист МОН №3/121-8908 від 10.04.12 р.)

Рецензенти:

Піляшенко –Новохатній А.І. – кандидат біологічних наук, доцент кафедри мікробіології та сучасних біотехнологій Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна»;

Мельник В.М. – кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник відділу генетики клітинних популяцій Інституту молекулярної біології НАН України;

Сергієнкова О.П. – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри загальної, вікової та педагогічної психології Інституту психології та соціальної педагогіки Київського університету імені Бориса Грінченка

Маруненко І. М., Тимчик О. В.
Медико-соціальні основи здоров'я: Навчальний посібник для студ. вищ. навч. закл. – К. : Київськ. ун-тет ім. Бориса Грінченка, 2016. – 331 с.

ISBN 978-966-7548-76-6.

У посібнику, що побудований як курс лекцій, подано сучасну інформацію з галузей генетики, психогенетики, цитології, молекулярної біології, біотехнології, психології, соціальної роботи тощо, а також глосарій, який сприятиме засвоєнню студентами вищих педагогічних закладів генетичних понять та термінів. Після викладу навчального матеріалу вміщено питання для самоконтролю засвоєння знань студентів.

Для студентів вищих навчальних закладів – майбутніх соціальних працівників, психологів, педагогів.

© І.М. Маруненко, Тимчик О.В. 2016
© КУ імені Бориса Грінченка, 2016

ISBN 978-966-7548-76-6.

Передмова

Запропонований вашій увазі навчальний посібник побудований з урахуванням завдань навчального курсу «Медико-соціальні основи здоров'я».

У посібнику розкрито медико-соціальні аспекти здоров'я в законодавстві України, специфічні сфери соціально педагогічної роботи, психічне та психосоматичне здоров'я населення, висвітлено стан здоров'я населення на сучасному етапі розвитку держави, методи аналізу й оцінки рівня та структури показників здоров'я, проблеми біоетики, основні проблеми в галузі охорони здоров'я в період її реформування та розвитку, розглядаються системи надання медико-соціальної допомоги в економічно розвинутих країнах світу тощо.

У навчальному посібнику подано сучасну інформацію з медицини, соціології, психології, галузей генетики, молекулярної біології, біотехнології, а також глосарій, який сприятиме засвоєнню студентами вищих педагогічних закладів відповідних термінів і понять.

Навчальний посібник за структурою побудований як курс лекцій, після викладу навчального матеріалу вміщено питання для самоконтролю засвоєння знань студентів. Створюючи навчальний посібник для студентів, автори включили в його текст науково-популярну інформацію під рубриками «Історична довідка», «Важливо знати, що...», «Цікаво знати, що…».

Вважаємо, що цей матеріал допоможе поглибити науковий виклад, зробити його привабливішим емоційно як у процесі фахової підготовки, так і в майбутній професійній діяльності.

З повагою і побажанням успіхів автори

ЗМІСТ

Передмова 3

Вступ 7

ІСТОРІЯ ТА ВИТОКИ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Египет за часів фараона Ехнатона…….. 9

Гіпократ. Спартанський досвід розв'язування проблем суспільного здоров'я... 9

Правління халіфів: Ібн Сіна (Авіценна)…….. 10

Соціальна медицина й соціальна гігієна. Етапи розвитку охорони здоров'я….. 11

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я……... 17

Соціальна і клінічна медицина. Об'єкт, предмет і завдання соціальної медицини…….. 17

Основні напрямки розвитку соціальної медицини……. 18

Система охорони здоров'я в Україні. Медико-соціальна робота…….. 29

Медико-біологічні та соціальні проблеми здоров'я.…… 32

Біологічна, соціальна та психологічна сутність здоров'я…….. 34

Складові здоров'я. Показники здоров'я…… 35

Фактори, що впливають на здоров'я людини…….. 43

Генетична обумовленість здоров'я. Спадковість і патологія……. 47

Роль спадковості та навколишнього середовища у генезі хвороб……

ЕТИКА – СИСТЕМА МОРАЛЬНИХ НОРМ ПОВЕДІНКИ ЛЮДИНИ

Деонтологія в соціальній медицині……... 77

Особливості поведінки працівників соціальної роботи…….. 79

Психолог, психіатр, психотерапевт в соціальній медицині…….. 80

Етика в соціальній медицині……. 81

Етика А. Швейцера……. 81

Предмет біоетики. Моральні аспекти самогубства, евтаназії…… 88

Імплантація, трансплантація, донорство в соціальній медицині…… 89

Генетично модифіковані організми…….. 91

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА ПРОБЛЕМА СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ЛЮДИНИ З ВАДАМИ ЗДОРОВ'Я

Основні тенденції показників інвалідності в Україні……. 95

Медико-соціальні проблеми інвалідності. Інвалідність і інвалідизація населення. 96

Поняття інвалідності, її причини та види…… 101

Діти з порушеннями слуху…… 103

Діти з порушеннями мовлення……. 104

Діти з порушеннями зору……... 106

Сліпоглухі діти…… 107

Діти з порушеннями опорно-рухового апарату…….. 110

Діти із затримкою психічного розвитку…….. 111

Діти з психопатичними формами поведінки…….. 120

Розумово відсталі діти……. 127

Соціальна реабілітація інвалідів…… 140

Медико-соціальні аспекти адаптацій та дезадаптацій……

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ АХВОРЮВАНЬ……… 141

Хвороби системи кровообігу як соціально-гігієнічна проблема…….. 143

Травматизм – як соціально-гігієнічна проблема……

Алкоголізм, тютюнопаління, наркоманія як медико-соціальна проблема……..

Синдром набутого імунодефіциту (СНІД)……...

Інфекційні і епідемічні хвороби…… 149
Інфекційні хвороби органів дихання…… 156
Інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом…… 162
Злоякісні новоутворення як соціально-гігієнічна проблема…….. 171
ЦИВІЛІЗАЦІЯ, ЕКОЛОГІЯ, КУЛЬТУРА – ПРОБЛЕМА СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ 175
МЕДИЦИНА І СУСПІЛЬСТВО В КОНТЕКСТІ СОЦІАЛЬНИХ ПОТРЯСІНЬ XX СТОЛІТТЯ 182
Революції та війни: соціальні наслідки……. 192
Соціальна медицина і міграційні процеси…….. 194
Безхатченки як предмет соціальної медицини……. 202
ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ 206
Захворювання нервової системи. Психологічні травми, психоневрози……. 209
Стрес. Біосоціальні причини прояву стресу……. 218
Самогубства в сучасному суспільстві……... 223
Особливості суїцидальної поведінки в Україні…… 226
Проблеми залежностей в сучасному суспільстві……. 231
Законодавство країн світу в боротьбі з «залежністю»……
ГЕРОНТОЛОГІЯ В СОЦІАЛЬНІЙ МЕДИЦИНІ 233
Історія розвитку геронтології як науки…… 239
Геронтологія – наука про старіння, старість та людей старечого віку…….. 241
Історія розвитку соціальної геронтології…… 246
Професія, праця та здоров'я. Суть і фактори працездатності людини. Поняття працездатності та її рушійні сили…….. 250
Поняття про професійні шкідливості та професійні захворювання…… 254
Поняття охорони здоров'я на виробництві та її правове забезпечення…….. 256
Шлюбно-сімейні процеси в соціальній медицині…… 260
Сім'я в соціальній сфері суспільства……. 262
Медико-соціальні аспекти охорони здоров'я матері та дитини……. 267
Роль засобів масової інформації у формуванні здорового способу життя…….. 272
СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я В ЗАГАЛЬНІЙ ДЕКЛАРАЦІЇ ПРАВ ЛЮДИНИ
Теоретико-правові підходи щодо сприяння здоровому способу життя……. 276
Законодавство і нормативні акти України щодо здорового способу життя…….. 278
Законодавство України і проблема полегшення вибору здорового харчування…... 280
Законодавство України і проблема полегшення здорового вибору стосовно фізичних вправ……. 281
Законодавство України і проблема зменшення шкоди від вживання алкоголю та інших речовин…….. 282
Законодавство України і проблема забезпечення сприятливого для здоров'я середовища…… 284
Світове законодавство. …….. 286
Законодавство щодо здорового способу життя деяких країн Європи та Америки.. 287
Стратегії та законодавство Канади щодо сприяння здоровому способу життя…… 289
Підходи Європейського співтовариства до проблеми формування і впровадження здорового способу життя……... 291
Права людини і девальвація суспільного і особистісного здоров'я……... 292
Соціальний захист осіб, інфікованих вірусом імунодефіциту людини…….…… 297
Глосарій…..... 299
Додаток ……. 302
319

ВСТУП

Здоров'я – основна цінність особистості і суспільства. В усіх цивілізованих країнах його збереженню приділяють пильну увагу. Ставлення нашого суспільства до здоров'я людей, якість медичної допомоги – ці питання потребують детального вивчення.

Здоров'я – це складний, системний за своєю функцією феномен, специфіка якого проявляється на фізичному, психологічному та соціальному рівнях розвитку.

Здоровий спосіб життя є необхідним елементом підготовки студентів вищих навчальних закладів, який враховує екологічний підхід до природи, змінює свідомість особистості: сприяє формуванню у неї відповідного ставлення до свого здоров'я та навколишнього середовища як необхідної умови для його збереження та зміцнення. Проблемою залишається створення мотивації студентів до здорового способу життя, подолання шкідливих звичок, паління і вживання алкоголю, переїдання і гіподинамія та активізація їх під час засвоєння ними знань про самооздоровлення.

Мета курсу – ознайомити студентів із сучасними теоретичними положеннями та практичними програмами в галузі валеології, соціальної медицини та гігієни, соціально-гігієнічними проблемами порушень здоров'я, системою управління охорони здоров'я, основними напрямами організації медичної допомоги населенню тощо.

Завдання курсу:

- ✓ формування уявлень про місце біологічних, психологічних і медико-соціальних наук в структурі загальних знань про людину;
- ✓ формування основних понять та категорій соціальної медицини й медико-соціальних основ здоров'я;
- ✓ зміцнення і розвиток уявлень про здоров'я людини, його види;
- ✓ формування уявлень про здоров'я як результат соціальної адаптації людини, здоровий спосіб життя, шляхи і засоби підтримки і зміцнення високої працездатності людини;
- ✓ засвоєння матеріалу про хворобу, хворобливі стани, причини їх виникнення, основні механізми розвитку, прояви і можливі наслідки захворювань;
- ✓ вивчення основних напрямків лікування захворювань, надання першої медичної допомоги в екстрених ситуаціях;
- ✓ засвоєння проявів соціальних небезпек і шляхів їх подолання в сучасному суспільстві.

В основі предмета лежать уявлення про індивідуальне здоров'я, як найважливіший компонент однієї із сучасних наук про людину, її динамічні і

психофізіологічні резерви, адаптивні можливості організму, правила формування способу життя, мотивацію щодо здоров'я, ендогенні і екзогенні чинники ризику погіршення і руйнування здоров'я, соціальну адаптацію та суспільне здоров'я.

В основі курсу лежить розкриття методології, теоретичних і прикладних аспектів науки про медико-соціальні основи здоров'я, яка виникла на стику природничо-наукових, медичних і просвітницьких наук. На відміну від медицини, яка вивчає етіопатогенез і методи лікування хвороб, дисципліна «Медико-соціальні основи здоров'я» вивчає природу здоров'я людини, чинники та механізми його формування, розвиток і збереження здоров'я людини.

Таким чином, однією з складових предмету «Медико-соціальні основи здоров'я» є знання генетичних, фізіологічних і психологічних можливостей організму людини, знання методів і засобів контролю і збереження психофізіологічного стану і зміцнення здоров'я, вміння аналізувати небезпеки оточуючого довкілля – природного, техногенного та соціального походження.

ІСТОРІЯ ТА ВИТОКИ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Єгипет за часів фараона Ехнатона

Аменхотеп IV, або Ехнатон (XV ст. до н.е.) був реформаторм в релігії та в галузі медицини. Він виступав проти всесилля ліванських жреців, проти чаклунства, знахарства та магії. Саме він, вперше запропонував символ «кадуцей» (змія з кубком), який і по сьогодні лікарі вважають міжнародним медичним символом. Розвалини Луксора і Ель-Амарни по сьогодні зберегли старовинні рецепти деяких ліків, послідовність проведення хірургічних втручань та описи різноманітних тілесних та душевних недугів. Роль лікаря за часів правління Ехнатона набула певної визначеної соціальної значимості. Лікарі древнього Єгипту знали анатомію людини та клініку багатьох захворювань. Вони вирізняли вроджені та набуті хвороби. Після смерті Ехнатона жреці повернули своє домінуюче панівне положення, реформи медицини були призупинені, а лікарі в своїй діяльності повністю підпорядковувалися жрецям. Тільки, майже через тисячу років, в Греції народилася людина, яка зуміла підняти медицину до рівня важливої державної дисципліни.

Гіпократ. Спартанський досвід розв'язування проблем суспільного здоров'я

Сучасний лікар знає про Гіпокарата принаймні чотири речі: клятву Гіпократа, маску Гіпократа, шапку Гіпократа, темпераменти Гіпократа.

Гіпократ приклонявся одному богу Асклепію або Ескулапу. Гіпократу було 30 років, коли розпочалася Пелопонеська війна, в якій перемогла Спарта. Найбільш активний період діяльності Гіпократа співпадає з розквітом Лакедемона (Спарта). Лікарі в Спарті ще за часів її засновника Ликурга були досить поважною кастою, їх відносили до вищих державних чиновників. Саме від Гіпократа пішов вислів, що лікар повинен боротися за життя пацієнта до останнього, фактично до появи трупних плям.

Гіпократ помер у віці 90 років. Сам він ніколи не був у Спарті, але державний досвід Лакедемона детально вивчався Гіпократом. Послідовником Гіпократа був Асклепід (II-I ст. до н.е.), древньоримський лікар, грек за походженням, саме він намагався помягшити спартанську суворість деяких медико-соціальних поглядів свого вчителя. До гіпократівських заповідей він додав: «Лікувати надійно, швидко і приємно».

В рік смерті Гіпократа народився Теофраст – товариш та послідовник Аристотеля, який розробив на основі гіпократівських темпераментів 30 характерологічних типів. Усі характери описані Теофрастом характерні людям з певними відхиленнями від норми поведінки. Він вперше підняв важливу для сучасної соціальної медицини проблему девіантної і

деліквентної поведінки та створив нову галузь філософського знання – етику.

Правління халіфів: Ібн Сіна (Авіценна)

Соціальна значимість та положення лікарів були досить високими на ісламському Сході. Ібн Сіна (Авіценна для Заходу) був придворним лікарем і візиром при халіфах. Він народився в 980 р. поблизу Бухари і помер в 1037 р. Подорожував по усьому світу від Китаю, Японії та Індії до Англії та Іспанії. Головними інтересами Авіценни була медицина, хоча він також був видатним математиком, фізиком, філософом, літератором, державним діячем. Основну свою працю – «Енциклопедія» він назвав книгою одужання, незважаючи на те, що в ній немає жодного розділу з медицини. До неї входять такі розділи: логіка, фізика, математика, метафізика.

Ібн Сіна вперше створив першу в історії медичну енциклопедію, яка відразу стала досить популярною у всьому цивілізованому світі. «Медичну енциклопедію» Авіценни перекладали на латинську мову понад 30 разів. На російську мову енциклопедія була перекладена тільки в 1954-1960 рр. Не можна зрозуміти розділи «Медичної енциклопедії» Авіценни без «Моральних характерів» Теофраста та «Етики» Арістотеля. Саме на цих працях базуються соціально-медичні погляди Ібн Сіни, він вперше ввів уявлення про лікарську етику та деонтологію – як важливі складові частини соціальної медицини, сформулював засади санологічної діагностики та профілактики захворювань.

За часів халіфів моральна чистота та чесне правдиве життя вважалися головними атрибутами здорового способу життя. Ібн Сіна вперше одяг медичних працівників в білу одежу. Білий халат як символ чистоти та незаплямованості став символом медичного працівника.

В історії соціальної медицини епохальне значення мали відкриття та праці окремих дослідників, зокрема, Б. Рамаццині. В трактаті «Міркування про хвороби від занять» (1696) підсумувавши свої спостереження за працею людей різних професій, він доводить, що їх хвороби – результат способу життя та умов праці.

У XVII ст. виник статистичний підхід до аналізу громадських явищ і це мало велике значення для розвитку соціальної медицини. В 1662 р. Д. Граунтом вперше були складені таблиці смертності для м. Лондон; В. Петті – вперше запропонував термін «політична арифметика» (сьогодні це «демографічна статистика»; І. Зюсьмільх у дослідженні «Всевишній порядок у змінах роду людського» (1741) зробив висновок, що мудрість державної політики полягає у забезпеченні вищого помислу – розмноженні та зростанні населення; Т. Мальтус у творі «Про закон народонаселення» спробував довести, що людство має тенденцію зростати в геометричній прогресії, в той час як матеріальні блага (в т.ч. й харчові ресурси) – в арифметичній прогресії.

Можна навести багато відомих імен з історії медицини, які відіграли значні ролі в становленні інститутів соціальної медицини. Однак, нам би хотілося звернути увагу на основні поняття, якими сьогодні оперує медицина

(життя, смерть, біль, хвороби, інваліди, вроджені та набуті хвороби, страждання, переживання, лікування, лікарські препарати, оперативні втручання тощо), усі основні медичні канони були закладені та сформовані в давні часи. Саме це, допоможе нам більш чітко визначити роль та місце соціальної медицини в сучасному суспільстві.

Соціальна медицина й соціальна гігієна. Етапи розвитку охорони здоров'я

Першим державним органом управління медичними справами в 1620 році в Росії був Аптекарський наказ. У XVIII столітті в період суттєвих перетворень в економіці, науці, культурі та медицині удосконалювалися і органи управління охорони здоров'я: в 1721 р. вперше з'явилася Медична канцелярія, в 1763 р. – Медична колегія. Підготовка медичних кадрів проводилася в шпитальних школах (з 1707 р.), медико-хірургічних училищах (з 1786 р.), а з 1798 р. – в Петербургській та Московській медико-хірургічних академіях. У 1725 р. відкрилася Петербургська академія наук, а в 1755 р. вперше створений в країні Московський університет до складу якого увійшов медичний факультет. Значний внесок в охорону здоров'я вніс М.В. Ломоносов, який у своїй праці «Слово про розмноження та збереження російського народу» надав глибокий аналіз охороні здоров'я та запропонував перелік конкретних заходів щодо удосконалення її організації.

В першій половині XIX ст. формуються перші наукові медичні школи: з анатомії (П.А. Загорського), з хірургії (І.Ф. Буша, Е.О. Мухіна, І.В. Буяльського), з терапії (М.Я. Мудрова, І.Е. Дядьковського). М.І. Пирогов (1810-1881) заклав основи топографічної анатомії та військово-польової хірургії, в яких висуває положення про важливість організації медичної допомоги під час військових дій тощо. Він вперше у військово-польових умовах застосував для наркозу етиловий спирт (1847 р.), розробив методи оперативного лікування та запропонував використовувати на війні жіночу працю (1853 р.). Результатом діяльності М.І. Пирогова були унікальні за точністю анатомічні атласи, принципова нова техніка проведення оперативних втручань, революційні праці зі знеболювання тощо.

З другої половини XIX ст. питаннями охорони здоров'я, окрім державних структур займалася і суспільна медицина: об'єднання охорони суспільного здоров'я (1878 р.) та спілка лікарів імені М.І. Пирогова (1885 р.)

С.П. Боткін створив першу дільничу систему надання медичної допомоги, заклав основи організації санітарної справи в Петербурзі (1882 р.), був ініціатором будівництва в столиці зразкового інфекційного стаціонару (1882 р.).

В 70 рр. XIX ст. сформувалася вітчизняна гігієна як самостійна наука, вперше виникають наукові гігієнічні школи (А.П. Доброславіна, Ф.Ф. Ерісмана).

А.П. Доброславін – основоположник школи експериментальної гігієни, досліджував хімічний склад продуктів харчування, організував першу в Росії лабораторію для проведення експериментальних досліджень гігієни харчування, ініціатор створення гігієнічних столових та кулінарних шкіл. Він був спеціалістом по військовій гігієні, організатором багатьох заходів щодо оздоровлення населення та редактором науково-популярного журналу з гігієни «Здоров'я» (1874-1884 рр.).

Ф. Ф. Ерісман – засновник школи суспільної, шкільної та комунальної гігієни. Він вперше в Росії разом з санітарними лікарями А.В. Погожевим та Е.М. Дементєвим провели комплексне соціально-гігієнічне вивчення фабрик і заводів Московської губернії (1879-1885 рр.), що дало початок розвитку напрямку гігієна праці та профпатології як науки. Для розвитку земської та міської санітарних організацій значний внесок зробили санітарні лікарі І.І. Моллесон, І.А. Дмітрієв, Г.І. Архангельський, Е. А. Осипов, Н. І. Тезяков, З. Г. Френкель та інші.

І.І. Моллесон – перший санітарний лікар в Росії, створив в Пермській губернії лікувально-санітарний комітет – колегіальний орган, який контролював земську медицину. Запропонував проект організації лікувальних дільниць на селі, та ввів посаду санітарного лікаря для вивчення санітарного стану населення, умов праці та побуту, причин захворювань та боротьби з ними.

Е. А. Осипов – один із засновників земської медицини та санітарної статистики, вперше ввів карткову систему реєстрації захворювань, розробив принципи роботи лікувальної дільниці з лікувальним стаціонаром, функції сільського лікаря, а також програму санітарного обстеження губернії.

І.І. Мечников (1845-1916) – відомий біолог і патолог, імунолог та бактеріолог, один з засновників еволюційної ембріології. Він створив фагоцитарну теорію імунітету та теорію запалення.

М.Ф. Гамалія (1859-1949) – відомий мікробіологі епідеміолог, який вперше в Росії здійснив вакцинацію проти сказу.

І.І. Мечников, М.Ф. Гамалія та Я.Ю. Бахард стали ініціаторами створення в Одесі бактеріологічної та антирабічної станції, яка була відкрита 12 липня 1886 р. Це була перша бактеріологічна лабораторія в Росії, та друга, після Парижу, у світі. Саме йому належить розробка вчення про імунітет, вивчення процесів протікання сибірської виразки, поворотнього тифу, холери, туберкульозу, сифілісу тощо.

В останні роки життя вчений І.І. Мечников працював над проблемою довголіття.

Д.К. Заболотний (1866-1929) – академік, мікробіолог, епідеміолог. Заснував українську мікробіологічну школу, встановив шляхи поширення та діагностику холери, займався вивченням поширення, діагностики та лікування інфекційних захворювань.

О.О. Богомолець (1881-1946) – академік, основоположник вітчизняної школи патофізіологів, автор праць з ендокринології, порушення обміну речовин, імунітету та алергії, раку, старіння організму тощо.

В своїй роботі німецький вчений М. Петтенкофер (1818-1901) застосовував хімічні і фізичні методи, вивчаючи значення повітря, води, ґрунту, грунтових вод в житті людини, вентиляції приміщень, одягу та їх вплив на здоров'я людини. Він є засновником першого інституту гігієни в Мюнхені, автором класичних праць про газообмін у людському організмі. М. Петтенкофер створив школу гігієністів до якої входили російські вчені Ф. Ерісман, А. Доброславін, В. Суботін, австрійські вчені Г. Гофман, С. Форестер та інші.

Фойт (1831-1908) визначив перші гігієнічні норми харчування, тобто встановив і запропонував – добову кількість білків, жирів, вуглеводів, Рубнер (1854-1932) запропонував теорію калорійності жирів, розглядав гігієнічне значення одягу.

У другій половині XIX ст. гігієна виділяється в окрему дисципліну із створенням у складі медичних факультетів самостійних кафедр, що сприяло активному розвитку гігієнічної науки (праці Г. Цімсена, Т. Вайля, М. Петтенкофера, К. Флюгге, А. Бушарда, Ф. Ерісмана, Е. Осипова, І. Мечникова, І. Моллесона, С. Боткіна, М. Пирогова, М. Рубнера, М. Мудрова, І. Дядьковського та ін.).

Наприкінці XIX ст. вченими різних країн було створено наукову базу для розвитку гігієни, учені перейшли до визначення впливу різних факторів на здоров'я людини, використовуючи різні методи дослідження: фізичні, хімічні, біологічні, статистичні тощо.

У XX ст. активно починає розвиватися соціальна гігієна. У працях більшості вчених головна увага приділяється вивченню впливу природних факторів на здоров'я людини, розробленню і вдосконаленню різних методів гігієнічних лабораторних аналізів тощо.

Історик медицини і гігієніст Г. Сігерист (1891-1957) майбутнє медицини вбачав у поєднанні лікувальної і профілактичної медицини; лікар майбутнього – соціальний лікар.

В 1907 р. було організовано Міжнародне бюро гігієни. З часом відповідно до вимог практичного життя та ускладнення методів досліджень в різних галузях гігієни виникли гігієна праці, харчування, комунальна, шкільна та військова гігієна.

У США в 1910 р. при Американській асоціації суспільної охорони здоров'я було створено секцію соціології, яка займалась проблемами реемігрaції та расових відносин.

Засновником соціальної гігієни в Німеччині був А. Гротьян, який у 1920 р. очолив у Берліні першу кафедру соціальної гігієни. Він опублікував працю «Соціальна патологія», автор наводить основні групи захворювань та описує методи боротьби з цими захворюваннями, пропонує розв'язувати проблеми з євгенічних, расових та мальтузіанських позицій.

У Франції в Паризькому університеті кафедру соціальної гігієни було створено в 1919 р., очолив її Ж. Паризо. Він видавав спеціальний журнал «Огляд гігієни і соціальної медицини». Пізніше в Парижі було відкрито Інститут соціальної педіатрії, в якому Р. Дебре викладав курс соціальної гігієни.

В Італії викладання соціальної гігієни на медичних факультетах університетів активно почали проводитися в 1908-1913 рр. Дж. Тропеїно в Неаполі, Е. Бонарді в Мілані були авторами праць з професійної патології. У 1940 р. XX ст. на заході вперше в світі в Римі відкрито Інститут соціальної медицини. Через рік, виникають соціальні інститути в інших містах Великобританії в Бірмінгемі, в Единбурзі. Через два роки в Англії в Оксфордському університеті було відкрито першу кафедру соціальної гігієни, за керівництвом Д.А. Райля, а у 1948 р. вперше почала функціонувати державна служба охорони здоров'я, яка передбачала надання населенню безкоштовної медичної допомоги.

В інших країнах Західної Європи – в Франції, Іспаії, Бельгії, Західній Німеччині, Норвегії, Австрії інститути соціальної медицини з'являються тільки в 60 рр. XX ст.

В 1946 р. виникла Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Головна мета ВООЗ – сприяння забезпеченню охорони здоров'я населення усіх країн світу. Текст Статуту ВООЗ можна коротко сформулювати як «Право на здоров'я». ВООЗ координує міжнародне співробітництво з метою розвитку й удосконалення систем охорони здоров'я, впровадження загальної імунізації, боротьби з поширенням СНІДу, координації фармацевтичної діяльності країн-членів тощо. ВООЗ здійснює широку програму щодо вивчення медико-біологічної оцінки повітря і води; визначає стандарти допустимої концентрації токсичних речовин у воді, повітрі, ґрунті, грунтових водах, в робочих приміщеннях різних галузей промисловості.

В більшості країнах створюються та діють закони про охорону природи та навколишнього середовища.

В 50-70-ті рр. XX ст. дослідження американських медичних соціологів значно розширюються; розробляються теми, які пов'язані з соціологією та екологією захворювань: медицина і медична допомога як соціальний інститут, соціологія медичної освіти та ін. Після другої світової війни в багатьох країнах Європи, Америки, Азії люди домоглися певної участі держави в охороні здоров'я населення, створення державних установ охорони здоров'я, що забезпечували безкоштовне надання медичної допомоги населенню.

У другій половині XX ст. перед гігієністами постали нові проблеми: як теоретичного, так і практичного характеру. Найважливішою з них, і невідкладною є проблема забруднення навколишнього середовища. У біологічній науці цією проблемою займається окрема її галузь – екологія. Екологія, подібно до генетики, відносно молода біологічна наука. Вона сформувалася всередині XIX сторіччя, коли остаточно стало зрозумілим, що

неможливо вивчати живі організми у відриві від їхнього середовища існування. Саму термін «екологія» у 1866 році запропонував видатний німецький біолог Е. Геккель.

Медико-біологічна наука досягла останнім часом значних успіхів, і ці досягнення все швидше освоюються на практиці. При порівняльному аналізі проблем охорони здоров'я за основу взято суспільно-системне уявлення про охорону здоров'я. За В.Г. Афанасьєвим (1968), світ – це сукупність систем різних рівнів, ступеня складності, організації, значення, причому в неживої природи, рослинний і тваринний світ.

Психіатр К. Ясперс – першим в історії соціальної медицини XX ст. зробив значний внесок у розвиток і відновлення соціальної медицини. Саме його вважають першим лікарем, який заклав основи досліджень таких важливих аспектів соціальної медицини як «деонтологія та здоров'я суспільства», «життя як деос», «хвороба як спосіб вживання», тобто основи пенітенціарної соціальної медицини. Він є основоположником методології соціальної медицини. Ясперс будучи асистентом психіатричної клініки в Гейдельберзі вперше написав «Загальну психопатологію». Поряд з Ясперсом можна поставити лікаря А. Гротьяна, який гостро розумів необхідність появи нових підходів щодо традиційної клінічної медицини, який хотів створити науку про здоров'я на основі соціології, соціальної і політичної економії. Його наукові погляди відображені в монографії «Соціальна патологія», яку вважають першим посібником з соціальної медицини XX ст. В книзі автор переглядає основні групи захворювань та їх поширення з точки зору соціальної обумовленості, соціальних наслідків та шляхів боротьби з ними. З 1920 р. він успішно формує соціальну гігієну і стає першим в Німеччині професором соціальної гігієни в Берлінському університеті. Наукові інтереси в останні роки життя А. Гротьяна були пов'язані з євгенікою.

Під редакцією М.А. Семашко (1874-1949) вперше вийшли 35 томів Великої медичної енциклопедії, саме він очолював кафедру соціальної медицини в Московському університеті.

Ж.Е. Домінік Ескіроль (1772-1840) присвятив свою лікувальну і суспільну діяльність визволенню хворих від «примусового» лікування.

Репресивні тенденції у сучасній медицині набувають неочікуваних принципів (наприклад, самогубця апріорі вважають хворим). Суїцидальні тенденції у людини сприймаються як ознаки щодо обов'язкого примусового лікування. Людину в стані клінічної смерті, або агонії, навіть якщо вони виникають природньо в цивілізованих країнах будуть «спасати», підключаючи до моніторів та штучних органів.

П.Б. Ганнушкін (1875-1933) – засновник радянської наукової школи психіатрії. За його сприяння в Росії вперше створено «мегаполіс для психічно- нерівноважених» (сьогодні відома в Росії психіатрична лікарня імені В.П. Яковенко). Ганнушкіном розроблено основні положення «пограничної» психіатрії. На жаль, саме він як психіатр-марксист заважав своїм вітчизняним колегам займатися психологією та психотерапією. Він

«поховав за життя» наукові дослідження В. М. Бехтєрєва, В.М. Чижа, І.Б. Галанта, Г.І. Сегаліна.

Суспільний досвід та знання лікарів і корифеїв Вітчизняної медицини С.П. Боткіна, Н.Н. Баженова, В.М. Бехтєрєва, Г.А. Захарьїна, М.І. Пирогова, А.П. Чехова, В.Ф. Чижа та інших науковців сприяли розвитку вітчизняної соціальної медицини.

В СРСР активно розвивається і функціонує охорона здоров'я на зразок «репресивної» медицини. Досить стрімко розвивається соціальна медицина в капіталістичних країнах після Другої світової війни.

Проблемами радянської психіатрії в СРСР займався Інтитут загальної та судової психіатрії імені В.П. Сербського, на чолі з А.В. Снежневським.

А.В. Снежневський – радянський психіатр, засновник наукової школи, академік АМН, який вперше змінив класифікацію шизофренії. Якщо за часів Ганнушкіна надзвичайно високим був відсоток психопатій серед населення, то за часів Снежневського – максимально реєстрували випадки шизофренії.

На початку XX сторіччя виникають перші наукові інституції, що займаються вивченням проблем соціальної медицини та організації охорони здоров'я.

В Україні перший курс соціальної медицини під назвою «громадська гігієна» був прочитаний О. Корчаком-Чепурківським у Київському комерційному інституті у 1906 році XX століття. У 1921 році він створює в складі Всеукраїнської Академії наук кафедру народного здоров'я. Подальша історія соціальної медицини в Україні була трагічною. Такі соціальні потрясіння, як колективізація, голодомори, репресії, департації, Друга світова та локальні війни підірвали здоров'я нації. Соціальна медицина, що шукала причини нездоров'я людей у соціальних умовах їхнього життя, не вписувалась у систему соціалістичної ідеології.

На кінець 30-х рр. XX ст. соціальну медицину заборонили разом з такими науками як генетика, епідеміологія тощо. У 1936 році було закрито Український інститут охорони здоров'я в Харкові, заборонено вести статистичний облік захворюваності й смертності людей, що позбавило науку її основи – факту. Формально соціальну медицину дозволили в період розвинутого соціалізму. В 1989 році, в роки перебудови, знову почав працювати закритий ще в 1937 році Науково-дослідний інститут соціальної гігієни та управління охорони здоров'я.

У 1996 році в Києві відкрито Інститут громадського здоров'я. В цьому ж році в березні соціальна гігієна була відновлена як наука і предмет викладання, а кафедри перейменовані в кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. Згодом, у 90-ті роки XX ст. змінилася назва дисципліни та кафедр: замість терміну «соціальна гігієна» була запропонована нова назва «соціальна медицина». Предмет «соціальна медицина» або «медико-соціальні основи здоров'я» викладається як у вищих медичних та педагогічних навчальних закладах, так і в середніх спеціальних закладах.

Характеризуючи досягнення та перспективи розвитку охорони здоров'я розвинутих країн у XX сторіччі, необхідно відзначити три етапи:

- ✓ 1900-1940 рр. – подолання інфекційних та інших хвороб, що були основними причинами смерті в дитячому та працездатному віці, зростання пересічної тривалості ймовірного життя;
- ✓ 1940-1975 рр. – досягнення успіхів у лікуванні хронічних дегенеративних хвороб як основних причин смерті;
- ✓ 1975-1995 рр. – підвищення якості самого життя, досягнення його максимальної продуктивності та повноцінності тощо.

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я.

Традиційна сучасна медицина та система охорони здоров'я незважаючи на високі досягнення медичної та біологічної науки виявилися безсильними перед розв'язанням проблеми здоров'я. Увага медицини прикута насамперед до хворої людини та її захворювань, лікуванню та повному одужанню, а питання реабілітації, діагностики і лікування пограничних станів, а також збереження та зміцнення здоров'я виявилися поза зором практичної медицини.

Фактори, які підвищують ризики виникнення багатьох захворювань сучасності (нервові навантаження, недостатня фізична активність, нераціональне надлишкове харчування, надмірне застосування алкоголю, наркотичних речовин та тютюнопаління) свідчать про їх соціальну обумовленість. В зв'язку з цим зросла потреба в розробці ефективних методів та засобів профілактики, ранньої діагностики та лікування.

Соціальна і клінічна медицина. Об'єкт, предмет і завдання соціальної медицини.

Виділення соціальної медицини та організації охорони здоров'я в самостійну науку відбулося наприкінці XIX і на початку XX століття. В 1966 р. соціальна гігієна була відновлена як наука і предмет викладання, а кафедри перейменовані в кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. Згодом, у 90-ті роки XX ст. змінилася назва дисципліни та кафедр: замість терміну «соціальна гігієна» була запропонована назва «соціальна медицина».

Р. Вірховим у медичний оббіг вперше було запропоновано термін «соціальна медицина». Він стверджував, що державна конституція повинна утверджувати право кожної людини на забезпечення здорових умов праці, а лікарі природнім чином, стають захисниками бідних, через те найбільша частина соціальних питань повинна знаходитися в їхній юрисдикції.

Соціальна медицина – наука про закономірності суспільного здоров'я, об'єктом дослідження якої є система «людина-суспільство-навколишнє середовище».

Предметом соціальної медицини є суспільне здоров'я.

Суб'єктом соціальної медицини є конкретно живі люди з усіма соціальними атрибутами: положенням у суспільстві, професійною занятістю, сімейним положенням, життєвою ціннісно-змістовою орієнтацією.

До основних завдань соціальної медицини відносять:

- вивчення стану здоров'я населення та процесів його відтворення;
- забезпечення всебічної характеристики динаміки захворювання тощо;
- наукове розкриття умов і чинників, які призводять до позитивних і негативних відхилень у стані здоров'я різних соціальних віково-статевих та інших груп населення;
- розробка напрямків оздоровлення населення та визначення принципів системи охорони здоров'я, його теоретичних та організаційних основ;
- аналіз діяльності органів та закладів охорони здоров'я, створення їх раціональних структур і наукове обґрунтування найбільш доцільних форм організації роботи, проведення реформування та реструктуризації;
- створення різнострокових прогнозів та планів розвитку системи охорони здоров'я з метою проведення цілеспрямованих заходів з підтримання належного рівня здоров'я.

Соціальний працівник відповідає за здоров'я, за соціальне благополуччя своїх підопічних і є безпосереднім працівником соціального захисту населення. Соціальний працівник повинен знати у визначених аспектах психосоматику і психотерапію.

Як соціальна, так і клінічна медицина мають справу зі здоров'ям людей та їх хворобами і займаються вирішенням подібних завдань, однак підходи щодо розв'язання цих завдань є досить різноманітними.

Клінічна медицина – система наукових знань та практичної діяльності, метою якої є збереження та покращення здоров'я, продовження тривалості життя людей, попередження та лікування захворювань людини. Вона пов'язана з проявами захворювань, тобто з симптоматичною та синдромологічною картинами захворювання. Це добре зрозуміло на прикладах фізичних страждань, на прикладі терапевтичних або хірургічних захворюваннях. У випадках, коли мова йде про психічні розлади лікар повинен звертати увагу на симптоми і синдроми, на переживання людини, особливості її характеру та типу особистості. У випадках, коли людина тимчасово або назавжди втрачає працездатність і вимушена змінювати свій соціальний статус виникають фобії (страхи), тривоги, переживання – саме це є «об'єктом» для роботи лікаря психіатра або психотерапевта.

Практичний досвід показує, що сумісна робота лікаря, медичного психолога та соціального працівника з пацієнтами щодо процесу лікування та його результатів позитивно впливає на стан пацієнтів. Там, де закінчуються можливості клініциста (палата), там розпочинається робота соціального працівника.

Основні напрямки розвитку соціальної медицини.

В останні роки виділяють наступні напрямки розвитку соціальної медицини:

- соціальна (публічна) медицина;
- суспільна медицина;
- соціологічна медицина;
- пенітенціарна медицина;
- військова соціальна медицина.

Публічна медицина в основному займається проблемами здоров'я трудових колективів, прогнозуванням та соціометрикою змін психосоматичних статусів, і відповідно, функціонуванням членів трудових колективів. Така медицина повинна захищати населення від сучасних способів маніпулювання свідомістю людини та насилля над особистістю, яка перебуває у відкритому чи закритому просторі.

Суспільна медицина – займається проблемами і ситуаціями, які виникли після захворювань, трагедій, насилля, терору, проблемами шлюбу, сім'ї, здоров'я і виховання дітей, відношення з рідними, що страждають на невиліковні або психічні хвороби, вирішення питань, пов'язаних зі змінами образу та стилю життя, професії або власного психосоматичного іміджу, проблеми, які виникають у клієнтів в зв'язку з міграцією чи еміграцією тощо.

Соціологічна медицина виникла як самостійна галузь соціальної медицини в зв'язку з науково-практичними досягненнями в галузі медичної генетики, медичної електронної технології. Соціологічна медицина вивчає і аналізує незрозумілі лікарям і біологам явища, такі наприклад, як глобальне старіння населення, стрімкий зріст чисельності людей, які страждають хворобою Альцгеймера тощо.

Пенітенціарна медицина займається вивченням генетичних, психосоматичних, характерологічних і соціальних взаємозв'язків між «геніальністю, безумством та злодійством».

Військова соціальна медицина вивчає моральний і психофізичний стан людей, які беруть участь у походах, у військових діях. Військова соціальна медицина на сьогодні перебуває на стадії встановлення і створення методів дослідження та надання допомоги особам, які з точки зору клінічної медицини є здоровими, однак мають низьку якість життя та адаптаційний синдром.

Система охорони здоров'я в Україні. Медико-соціальна робота.

Для будь-якої розвиненої демократичної держави одним із найважливіших стратегічних завдань є збереження генофонду нації, а це, насамперед, здоров'я її народу. Взагалі в системі цінностей здоров'я посідає особливе місце. З-поміж інших властивостей-спроможностей індивіда здоров'я вирізняється тим, що воно не лише є найвищою індивідуальною цінністю, а й значною мірою визначає розвиток і реалізацію всього комплексу здібностей людей, сприймається не тільки і не стільки як здатність до фізичного благополучного існування, скільки здатністю до виконання

соціально-трудових функцій, до відтворення сукупності людських здібностей та потреб взагалі.

Отже, одним із пріоритетних завдань будь-якої держави є створення умов життєдіяльності й медичного обслуговування людини, які сприяли би збереженню та поліпшенню рівня здоров'я населення, його відтворенню тощо. Для реалізації цього завдання держави створено спеціальну систему, яка здійснює комплекс заходів, направлених на збереження і зміцнення здоров'я населення, забезпечення його відповідною медичною допомогою.

Для вирішення проблеми збереження здоров'я та працездатності людини, продовження її життя в масштабах держави створена система охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я України є багатоукладною і складається із 27,9 тис. закладів та установ традиційно різного підпорядкування. Основною складовою системи є заклади МОЗ України, які за рівнем управління та фінансування поділяються на заклади та установи, які безпосередньо підпорядковані МОЗ і фінансуються з Державного бюджету України, та заклади і установи, що знаходяться на місцевих бюджетах. В цілому це складає 24,2 тис. закладів в системі Міністерства охорони здоров'я (в т.ч.16,2 тис. фельдшерсько-акушерських пунктів). Окрім того, до системи охорони здоров'я України відносяться 198 медичних закладів відомчого підпорядкування та 3475 закладів недержавних форм власності.

У всіх установах та закладах охорони здоров'я України зайнято 250,6 тис. лікарів, 1035,7 тис. молодших спеціалістів та інших працівників.

Система охорони здоров'я – це сукупність взаємопов'язаних санітарно-профілактичних, лікувально-профілактичних, фізкультурно-оздоровчих, санітарно-курортних, аптечних, науково-медичних, санітарно-епідеміологічних підсистем.

Охорона здоров'я – система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.

У медичної діяльності виділяють такі моделі організації охорони здоров'я: *національну; державну; приватну; страхову.* Внаслідок різних перетворень, які відбуваються в усьому світі та в кожній країні зокрема, зазначена класифікація набула досить умовного характеру. У більшості країнах використовують поєднання різних форм моделей із надмірним домінуванням однієї моделі.

Всі існуючі організаційно-правові моделі охорони здоров'я склалися в певних країнах під впливом конкретних історичних, політичних, соціальних, економічних, технічних чинників та вирізняються, насамперед, порядком фінансування системи: переважно з податкових надходжень; з фондів соціального медичного страхування; в яких діє змішана система фінансування. Наприклад, європейська система охорони здоров'я фінансується здебільшого з декількох джерел, до яких належать

оподаткування, соціальне медичне страхування, приватне медичне страхування і платежі готівкою з кишені користувача. Проте, майже в усіх європейських країнах, домінантну роль відіграють оподаткування і соціальне медичне страхування, тоді як приватне медичне страхування посідає другорядне місце.

Національна модель організації охорони здоров'я характеризується тим, що охорона здоров'я фінансується способом загального оподаткування з подальшим державним розподілом зібраних коштів. Автором національної системи організації охорони здоров'я у Великій Британії є лорд Беверідж, який запропонував у 1942 році власний варіант системи організації охорони здоров'я. До країн, які мають національну модель організації охорони здоров'я можна віднести Велику Британію, Грецію, Ірландію, Португалію та інші країни. До недоліків національної моделі організації охорони здоров'я відносять схильність до монополізму та безадресність фінансування.

Отже, фінансування у спосіб загального оподаткування не може гарантувати стабільність надходження коштів та ефективність функціонування системи охорони здоров'я.

Державну систему охорони здоров'я було запропоновано на початку 20-х років XX ст. відомим радянським вченим М. О. Семашком і покладено в основу охорони здоров'я СРСР, колишніх і сучасних соціалістичних країн. Характерним для цієї системи є фінансування за рахунок загального оподаткування з подальшим державним розподілом зібраних коштів. Проте, на відміну від національної системи, для державної є характерною домінуюча роль держави в організації діяльності галузі, надцентралізація управління і повністю централізоване фінансування.

Охорона здоров'я має низький рівень пріоритетності серед інших галузей, оскільки належить до невиробничої сфери. При цьому пацієнти і медичні працівники в такій системі мають мало прав, а громадськість не може впливати на процеси, які відбуваються в медичній галузі.

Приватним системам охорони здоров'я притаманна безпосередня оплата хворого за надану медичну послугу. У чистому вигляді такої системи охорони здоров'я зараз не існує, крім того, в більшості розвинених країн прагнуть не допустити або істотно обмежити безпосередню оплату медичної допомоги пацієнтами.

Практика фінансування охорони здоров'я способом соціального *медичного страхування* виникла в Німеччині у XIX ст. Первинне медичне страхування складалося без втручання держави. На хвилі індустріалізації виникали великі фірми, на яких працівники починали самостійно організовуватись у професійні спілки. Медичні фонди, що їх організовували працівники фірм із метою взаємодопомоги, часто користувалися підтримкою роботодавців, для яких було вигідно, щоб їх працівники мали доступ до якісної медичної допомоги.

Під час правління канцлера Бісмарка медичні фонди було перетворено у величезну і стійку систему медичного страхування. З часом було створено

територіальні фонди, які забезпечували медичне страхування для тих, хто не мали можливості отримати страхування через посередництво великих офіційних наймачів. Відтоді системи організації охорони здоров'я, які засновані на принципах страхування, називаються «бісмаркськими» системами, за іменем канцлера Отто фон Бісмарка. До країн із бісмаркською системою організації охорони здоров'я можна віднести Австрію, Бельгію, Францію, Німеччину, Нідерланди, Росію та ін.

Істотними відмінностями системи медичного страхування як організаційно-правової основи функціонування охорони здоров'я від інших систем є:

- ✓ цілеспрямованість та адресність страхового внеску, який може бути використаний тільки в суто медичних цілях;
- ✓ можливість здійснення контролю страхувальником і застрахованим за використанням страхових коштів;
- ✓ можливість вибору застрахованим лікаря і лікувально-профілактичної установи;
- ✓ обмеженість ролі уряду, який за обов'язкового медичного страхування вирішує лише певне коло завдань, а за добровільного страхування бере участь тільки в частині регламентації діяльності страхових організацій.

Страхова система охорони здоров'я сьогодні поділяється на обов'язкове і приватне медичне страхування. Перше припускає обов'язкову сплату внеску для всіх із різними модифікаціями, де страховий поліс є гарантом отримання будь-якої допомоги, крім особливих випадків. Таку систему засновано на чітко вираженій суспільній солідарності. У другому ж випадку, людина безпосередньо страхує себе на випадок виникнення необхідності в отриманні тієї чи тієї медичної допомоги.

Більшість розвинених країн світу мають моделі організації охорони здоров'я, які фінансуються переважно з податкових надходжень або з фондів соціального медичного страхування. Стосовно кінцевого споживача – пацієнтів, у сенсі обсягу отримуваних послуг, кількості пільг і гарантій, ці моделі багато в чому подібні, однак вони мають й суттєві відмінності. До основних із них можна віднести такі:

- ✓ окремі структури збору коштів і управління фондами обов'язкового медичного страхування є прозорішими;
- ✓ факт залежності доступу до лікування від внесків дає хворому статус покупця (відповідно виявляється тенденція до точнішого визначення пільг і допомоги, на які платники отримують право);
- ✓ прибуток фонду обов'язкового медичного страхування визначається внесками, а не політичними перевагами (тобто, його діяльність менш політизується);
- ✓ вирізнення окремого фонду фінансування охорони здоров'я додає громадянам упевненості в тому, що додаткові кошти не будуть спрямовуватися на фінансування інших урядових програм.

У бюджетному процесі діє принцип єдності каси – всі кошти перемішуються в бюджеті, а нестача коштів, що надійшли з одного джерела бюджету, покривається коштами, що надійшли з інших джерел. У страхуванні, навпаки, у страхового фонду єдине джерело – страхові внески, і сам страховий фонд відокремлений від інших коштів.

Враховуючи особливості нашої країни, систему цінностей і переконань нашого суспільства, саме страхова медицина здатна суттєво покращити стан справ у вітчизняній охороні здоров'я і забезпечити реалізацію головної мети участі держави в медичній галузі – збереження, покращення здоров'я населення та сприяння реалізації пацієнтами їхніх прав, свобод і законних інтересів.

Заклади охорони здоров'я – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників.

Медико-санітарна допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів.

Соціальна робота в системі охорони здоров'я – система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку оптимальної працездатності та соціальної активності людей з інвалідністю, сприяння здоровому способу життя громадян.

Поняття «соціальна робота» увійшло в соціально-гуманітарну літературу наприкінці XIX ст. у відповідь на соціальну потребу суспільства у змістовному відображені практичної діяльності людей, які допомагали бідним. У сучасній науковій літературі поняття «соціальна робота» розглядається в трьох основних значеннях, таких як практична діяльність, навчальна дисципліна та галузь наукових знань.

Словник-довідник соціального працівника розкриває термін «соціальна робота» як вид професійної діяльності, направленої на задоволення соціально-гарантованих і особистісних інтересів і потреб різних вікових груп населення, на створення умов, які допомагають відновленню або поліпшенню здатності людей до соціального функціонування.

В свою чергу поняття «організація соціальної роботи» слід розглядати як реалізацію функції управління діяльністю з надання допомоги та підтримки людей, що опинились в складних життєвих ситуаціях.

Організація соціальної роботи з дітьми-інвалідами – це вид професійної управлінської діяльності групи людей, що працюють спільно для задоволення соціально-гарантованих та особистісних потреб осіб до 18 років

зі стійким розладом функцій організму, що зумовлюють обмеження її нормальної життєдіяльності.

У багатьох країнах світу соціальна робота стала невід'ємним компонентом сфери охорони здоров'я, в межах якої соціальний працівник проводить соціальний захист пацієнтів через систему соціального страхування, надає психологічну підтримку, проводить рекреаційну роботу.

Медико-соціальна робота визначається як вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, яка спрямована на відновлення, збереження і зміцнення здоров'я. Головна мета медико-соціальної роботи – досягнення максимально можливого рівня здоров'я, функціонування та адаптації осіб з фізичною чи психічною патологією, а також соціальним неблагополуччям. Важливим є те, що медико-соціальна робота принципово змінює комплекс заходів з допомоги у сфері охорони здоров'я, тому що зумовлює системні медико-соціальні впливи на більш ранніх стадіях захворювання.

Розрізняють два типи медико-соціальної роботи – *патогенетичний і профілактичний.*

Патогенетична медико-соціальна робота включає в себе заходи з організації медико-соціальної експертизи, медико-соціальної допомоги, соціальної роботи в окремих галузях медицини та охорони здоров'я.

Профілактична медико-соціальна робота обумовлює вжиття заходів з попередження соціально-залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я, забезпечення соціального захисту всіх громадян у питаннях охорони здоров'я тощо.

Профілактична медико-соціальна робота розподіляється на два види на первинну і вторинну профілактику.

Завдання *первинної профілактики* – попередження розвитку у людини патологічних станів, тобто проведення соціально-економічного аналізу, формування у населення уявлень про здоровий спосіб життя, активну життєву позицію щодо свого здоров'я.

Завдання *вторинної профілактики* – попередження подальшого прогресування хвороби, розробка комплексу лікувальних і профілактичних заходів, а також вирішення цілої низки соціальних завдань. При цьому проводиться медико-соціальна експертиза працездатності, визначається трудовий прогноз, вивчається вплив соціальних факторів на здоров'я людини. При роботі з хронічно хворим необхідно формувати у нього активну життєву позицію, яка перешкоджає розвитку соціального утриманства. Важливими чинниками при цьому є влаштування побуту, матеріальна і моральна підтримка сім'ї, працевлаштування відповідно до стану здоров'я.

Суттєвий напрям профілактичної медико-соціальної роботи – підвищення рівня медичної освіти населення, формування у нього уявлень про здоровий спосіб життя і його значення у попередженні захворювань. З цією метою використовуються засоби масової інформації (ЗМІ), проводяться

семінари, індивідуальна санітарно-просвітницька робота, різноманітні форми навчання.

Другим важливим напрямком профілактичної медико-соціальної роботи є виявлення найбільш важливих соціальних факторів, які справляють негативний вплив на здоров'я людини; безпосереднє їх усунення чи зменшення впливу на організм: надання матеріальної допомоги малозабезпеченим чи багатодітним сім'ям, психологічна корекція стану, патронаж «сімей соціального ризику», надання допомоги клієнтам у вирішенні правових проблем, забезпечення їх продуктами харчування, ліками, дотримання соціальних гарантій, які визначені Конституцією України.

Активним напрямком профілактичної медико-соціальної роботи є спільна з клієнтом робота з попередження шкідливих звичок. Специфіка роботи визначається багатьма факторами: віком клієнта, видом його соціальної діяльності, економічним станом сім'ї, станом його здоров'я, мірою соціальної активності, наявністю певних факторів, які впливають на здоров'я людини, можливостями суспільства тощо.

Пріоритетним напрямком патогенетичної медико-соціальної роботи є реабілітація, тобто комплекс медичних, соціально-економічних, педагогічних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової чи стійкої втрати працездатності, повне чи часткове відновлення порушених функцій організму, підвищення адаптаційних ресурсів людини, її соціальної активності.

Міра відновлення соціальної активності людини та її адаптаційних процесів є своєрідним підсумком медико-соціальної роботи. Відсутність у штаті лікувальних закладів соціальних працівників свідчить про те, що реабілітацію здійснюють медичні працівники.

До завдань реабілітації належить також підвищення якості життя пацієнтів. До цього часу при цілій низці хвороб виправдала себе триденна система реабілітації пацієнтів: стаціонар-лікарня-санаторій (будинок відпочинку), при деяких (інфаркт міокарда, інсульт) – чотириденна система реабілітації: стаціонар-лікарня-санаторій (будинок відпочинку) – спеціалізовані реабілітаційні центри, які забезпечені сучасною апаратурою і які використовують сучасні методики відновлення хронічно хворих.

На етапі реабілітації проводиться медико-соціальна експертиза працездатності, визначається трудовий прогноз, професійна орієнтація, вирішуються питання працевлаштування, перекваліфікації. Поряд з цим на етапі реабілітації досить гостро постають питання правового, соціального характеру, корекція психологічного стану тощо. Важливість соціальної роботи в системі реабілітації при визначенні трудового прогнозу підтверджує медико-соціальна експертиза, яка здійснюється переважно у лабораторно-поліклінічній ланці. Разом зі станом здоров'я враховується також рівень соціальної захищеності людини, визначається необхідність надання соціальної допомоги особам, у яких є психофізичні відхилення. У виникненні

і розвитку значної кількості захворювань соціальні фактори відіграють важливу роль, тому профілактика виникнення і розповсюдження захворювань, ефективна боротьба з ними неможливі без активного виявлення та усунення соціальних факторів. Сьогодні цю роботу в основному виконують медичні працівники, які, на жаль, не мають певних знань із соціальної роботи і необхідного часу тощо. Значна частина робочого часу дільничного терапевта присвячена вирішенню соціальних, а не медичних проблем хворих. Все це підтверджує важливість соціальної роботи у сфері охорони здоров'я. Успішне вирішення цієї проблеми можливе із включенням в її структурні підрозділи чи відділення самостійних медико-соціальних підрозділів, які зможуть вирішувати такі важливі питання: соціально-психологічна, юридична консультація, виробнича реабілітація, робота з сім'єю тощо, а також методична допомога лікарям з метою підвищення ефективності попередження виникнення і прогресування захворювання. Основу медико-соціальної роботи мають становити, вікові, статеві дані про пацієнтів, врахування професійної діяльності, адаптаційних ресурсів, стан медико-соціального середовища. Як і медична діяльність, спрямована на профілактику захворювання, поділяється на первинну і вторинну, так і медико-соціальну роботу часто поділяють на первинну і вторинну.

Первинна соціальна робота зумовлює відновлення у населення необхідності дотримуватися здорового способу життя, вирішення цілої низки соціальних проблем суспільства, сім'ї, індивіда, досягнення певного рівня економічного розвитку суспільства.

Вторинна соціальна робота зумовлює створення певних соціальних умов, які дозволяють особистості без шкоди для здоров'я краще адаптуватися у соціальному середовищі, бути корисним суспільству, відчути себе особистістю, а також вирішення цілого ряду інших соціальних проблем (забезпеченості необхідними житловими умовами, транспортом, харчуванням, професією, яка відповідає стану здоров'я, усунення шкідливих звичок тощо). Не менш важливою є соціальна робота щодо вирішення проблеми усунення факторів, які сприяють формуванню хвороби. При цьому необхідно визначити роль кожного соціального фактора і їх сукупності в генезі патологічного процесу в організмі хворого (паління, вживання алкоголю, шкідливе виробництво тощо). Зрозуміло, що без їх вирішення неможливо здійснити ефективне лікування захворювань, попередити їх прогресування т розвиток ускладнень.

Соціальна робота відіграє основну роль на етапі трудової реабілітації, визначення працездатності, трудового прогнозу, професійної переорієнтації, створення певних виробничих умов для підтримки соціальної активності індивіда тощо.

Історична довідка

- 7 – листопада день соціального працівника.

- ❖ День медичного працівника професійне свято працівників галузі охорони здоров'я України відзначається щорічно у третю неділю червня. В цей самий день це свято відмічають у Білорусі та Росії.
- ❖ У XVII ст. виник статистичний підхід до аналізу громадських явищ і це мало велике значення для розвитку соціальної медицини. В 1662 р. Д. Граунтом вперше були складені таблиці смертності для м. Лондона (з 1603 р.) і обчислена пересічна тривалість ймовірного життя кожного покоління (невдовзі таблиці смертності почали використовуватися в практиці страхування життя).
- ❖ В XVII-XVIII ст. з'являється низка законодавчих актів, які регулювали статус та діяльність лікарів, фармацевтів, акушерок та іншого медичного персоналу, зокрема, в 1725 р. в Прусії було видано лікарський статут, одне з основних положень якого полягало в тому, що «...медична наука, в деякому разі її найбільша частина, – наука державна; її поле діяльності – збільшення її чисельності та її стан...»
- ❖ В 1948 р. заявився законодавчий статут під назвою «Охорона народного здоров'я», який став основою санітарного законодавства.

Важливо знати, що...

- ❖ «Професіоналізм соціального працівника визначається вмінням надати допомогу іншій людині».
- ❖ В охороні здоров'я з'явились нові види і механізми оцінки та контролю якості медичної допомоги (стандартизація, ліцензування, акредитація медичних закладів), формується система закладів недержавної форми власності, що потребує удосконалення існуючої системи оцінки якості медичної допомоги.

Питання для самоперевірки

1. Охарактеризуйте реформи в галузі медицини за правління фараона Ехнатона.
2. Історичний досвід формування здорового способу життя в соціумі.
3. Досвід часів Гіпократа, Авіценни й сучасності для здорового способу життя.
4. Гіпократ. Спартанський досвід розв'язування проблем суспільного здоров'я.
5. Соціальна медицина й соціальна гігієна. Етапи розвитку охорони здоров'я.
6. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я
7. Соціальна і клінічна медицина. Об'єкт, предмет і завдання соціальної медицини
8. Основні напрямки розвитку соціальної медицини

9. Охарактеризуйте типи медико-соціальної роботи – патогенетичний і профілактичний.
10. Медико-соціальна робота як вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру.
11. Система охорони здоров'я України та її особливості.

Література

1. Андрущенко В.П., Михальченко М.І. Сучасна соціальна філософія. – К.: Генеза, 1996. – 368 с.
2. Биология. Пособие для подг. отд. мед. ин-т. / Под общей ред. Н.Е. Ковалева. – М.: Высшая шк., 1985. – 384 с.
3. Валецька Р.О. Основи медичних знань.: – Луцьк: Волинська книга. 2007 – 380 с.
4. Васильев В.Н. Здоровье и стрессы. – М.: Знание, 1991. – 160 с.
5. Вороненко Ю. В. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, Л. О. Прус, А. П. Чуйко. – К.: Здоров'я, 2002. – 358 с.
6. Грига І.М. Соціальна робота в охороні здоров'я: Метод, рекомендації по проведенню навч. курсу для магістеріуму / Школа соціальної роботи Нац. ун-т «Києво-Могилян. акад.» – К.: Вид. дім «КМ Academia», 2001. – (Методична серія). – 82 с.
7. Збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади: Метод, матеріали до тренінгу / Авт.-упоряд. Н.В. Зимовець; За заг. ред. Г.М. Лактіонової. – К.: Наук, світ, 2004. – С. 92–156.
8. Здоров'я – моя цінність: Метод, матеріали до тренінгу / Автор-упоряд.: О.М. Петрик; За заг. ред. І.Д. Звєрєвої. – К.: Наук, світ, 2005. – 53 с.
9. Колбанов В. В. Валеология: основные понятия, термины и определения. – СПб.: ДЕАН, 2001. – 256 с.
10. Лекції з медичної біології: Навч. Посібник / В.О. Корольов, В.М. Яригін, В.В. Синельщикова та ін.: За ред. В.О. Корольова, В.М. Яругіна. – К.: Вища шк., 1993. – 175 с.
11. Лисицын Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции: Учебное пособие. – М.: Медицина, 1992. – 509 с.
12. Лучкевич В.С. Основи социальной медицини и управлення здравоохранением: Уч. пособие. – СПб., 1997. – 184 с.Магістеріум. Соціальна робота і охорона здоров'я / Ред.: В.С. Брюховецький. – К.: Нац. ун-т «Києво-Могилян. акад.», – 2004. –Вил. 15. – 91с.
13. Мартыненко А. В. Медико-социальная работа. – М.: Наука, 1999. – 240с.
14. Моделювання та впровадження програм щодо формування здорового способу життя / Під заг. ред. І. Звєрєвої та Г. Лактіонової. – К.: Наук, світ, 2000. – 59 с. – (Благополуччя дітей та молоді: можливості соціальної роботи (у рамках проекту «Соціальна освіта в Україні». – К: Наук, світ, 2000. – 59 с.

15. Основи соціоекології: Навч. посібник / За ред. Г.О. Бачинського. – К.: Вища школа, 1995. – 238 с.
16. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. Серенко А.Ф. и Ермакова В.В. – М.: Медицина, 1984. – 639 с.
17. Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособие / Отв. ред. Е.И. Холостова, А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА, 2001. – С. 261–270.
18. Сучасні підходи у сфері охорони здоров'я та його популяризації / Упоряд.: Н.В. Зимовець, В.В. Крушельницький, Т.І. Мірошніченко // За заг. ред. І.Д. Звєрєвої. – К.: Наук, світ, 2003. – 95 с.
19. Фирсов М.В., Студенова Е.Г. Теория социальной работы / Моск. гос. соц. ун-т. – М.: Гуман. изд. центр «ВЛАДОС», 2001. – С. 236–251.
20. Хижняк М.І., Нагорна А.М. Здоров'я людини та екологія. – К.: Здоров'я, 1995. – 232 с.

Медико-біологічні та соціальні проблеми здоров'я
Основні визначення здоров'я

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) – одна з недержавних організацій ООН поряд із такими, як ЮНЕСКО – з питань освіти, науки та культури; ЮНІСЕФ – Фонд допомоги дітям; МОП – міжнародна організація праці; ФАО – організація з питань продовольства та сільського господарства.

Датою народження ВООЗ вважають 7 квітня 1948 року. З моменту затвердження статуту організації ВООЗ цей день щорічно відзначається як Всесвітній День охорони здоров'я населення Землі.

ВООЗ є організатором і координатором міжнародного співробітництва з питань медичної науки та охорони здоров'я. Мета ВООЗ визначена в її статуті: «Досягнення всіма народами якомога вищого рівня здоров'я».

Основні завдання ВООЗ: координація міжнародної діяльності в галузі охорони здоров'я; надання державам відповідної інформації та допомоги з питань організації охорони здоров'я; сприяння та розвиток зусиль у боротьбі з хворобами, а також в охороні психічного здоров'я; проведення спільних досліджень в галузі охорони здоров'я та сприяння в підготовці медичних кадрів.

Міжнародними проблемами охорони здоров'я також займається Всесвітня медична асоціація (ВМА), заснована в 1948 році, яка фінансується добровільними медичними асоціаціями, до складу яких входять понад мільйон лікарів різного фаху з усього світу.

Найвищим органом ВООЗ є Всесвітня асамблея охорони здоров'я (ВАОЗ), яка щорічно проводить в Женеві сесії в яких беруть участь делегації різних країн – членів ВООЗ, очолювані міністрами та директорами, радниками та експертами департаментів охорони здоров'я. В проміжку між засіданнями сесій вищим органом є виконавчий комітет (ВК), сесії якого відбуваються двічі на рік. Поточну роботу веде секретаріат ВООЗ, очолюваний Генеральним Директором.

Вивчення здоров'я населення та вплив соціальних факторів є важливою складовою соціальної медицини. Здоров'я людини є предметом вивчення природничих та суспільних наук: біології, медицини, соціології, психології, філософії тощо. Вивчення основ здоров'я – це в певній мірі медико-біологічний аспект. При цьому необхідно пам'ятати, що всі медичні доктрини у своїй основі мали дві взаємопов'язані мети – збереження здоров'я та лікування захворювань, тобто фактично медицина є наукою про хвороби. Людина пов'язана з відносинами у суспільстві та її соціальною структурою. Саме тому, неможливо розв'язувати проблеми здоров'я людини без урахування широкого спектру соціальних факторів. Будь-який аспект соціальної роботи пов'язаний зі збереженням здоров'я. Соціальні працівники повинні мати чітке уявлення про феномен здоров'я та здоровий спосіб життя. Без таких уявлень соціальна робота є неповноцінною.

Проблеми здоров'я споконвічно цікавили людство. Їх піднімали ще Авіцена і Гіпократ. Авіцена стверджував, що головним скарбом життя є здоров'я, і щоб його зберегти, потрібно багато знати. Цицерон охарактеризував здоров'я як правильне співвідношення різних щиросердечних станів.

Проблеми здоров'я вивчали І.М. Сєченов, С.П. Боткін, І.П. Павлов, М.М. Амосов, О.О. Богомолець та інші. Питання формування здорового способу життя, психологічні особливості особистості, її фізичний розвиток та формування у процесі фізичного виховання, професійно-педагогічна спрямованість особистості, питання особистості як системи відносин індивіда з навколишнім соціальним середовищем розглянуто в роботах Г. Апанасенка, Є. Бондаревського, О. Дубогай, В. Новосельського. В. Платонова, О. Коваленко, Л. Африканова, В. Бальсевича, Г. Іванова. Баєвським, В. Сорокіним, М. Линця, Г. Малахова, В. Моляко, Н. Александрової, А. Глазунова та інші.

Існує понад 200 визначень здоров'я. Сучасні дослідження феномену здоров'я людини виявили обмеженість суто щодо медичного підходу, що визначає здоров'я, як відсутність хвороби, якщо в людини, яка звернулася до лікаря, не виявляли симптомів захворювання, вона вважалася здоровою.

Здоров'я людей належить до числа як локальних, так і глобальних проблем, тобто від тих, що мають життєво важливе значення як для кожної людини, кожної держави, так і для всього людства вцілому. Поняття «здоров'я» належить до числа складних медико-філософських уявлень.

За Калью ***«здоров'я»*** – це природний стан організму, який характеризується його рівновагою з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких хворобливих змін. Здоров'я людини визначається комплексом біологічних (спадкових і набутих) і соціальних факторів. Саме ці фактори відіграють важливе значення в підтримці стану здоров'я, розвитку хвороби, тощо.

У преамбулі статуту ВООЗ записано: ***«здоров'я»*** – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність

хвороб і фізичних вад». Таке визначення є найбільш чітким, зрозумілим, повним, оскільки воно пов'язане з біологічними, соціальними та психологічними аспектами даної проблеми.

Здоров'я – це природний динамічний стан організму, що характеризується його самоврівноваженістю і врівноваженістю з навколишнім середовищем у духовному, фізичному, а також соціальному плані і ефективно протидіє захворюванням.

Здоров'я – це динамічний стан, що дозволяє проявитись якомога більшій кількості видоспецифічних функцій при економній витраті біологічного субстрату, тобто здоров'я – це здатність індивідуму проявляти свої біологічні та соціальні функції.

Здоров'я – це здатність чинити опір, пристосовуватись і пристосовувати, здатність до самозбереження і саморозвитку, до все більш різнобічного середовища існування.

Здоров'я – це здатність:

- пристосовуватися до середовища і своїх власних можливостей;
- протидіяти зовнішнім і внутрішнім проблемам, хворобам, порушенням;
- зберігати себе, своє природне середовище;
- розширювати свої можливості, умови проживання, екологічного, інтелектуального, морально-етичного середовища;
- підтримувати довготриваліть повноцінної життєдіяльності;
- покращувати можливості, властивості та здібності свого організму;
- народжувати потомство;
- підтримувати духовні, культурні й матеріальні цінності;
- адекватно поводитися, етико-естетичне ставлення до себе, ближніх;
- бути самосвідомим;
- якість життя і середовища проживання.

За В. Лищук ***здоров'я*** – це здатність:

- організму протидіяти хворобі та іншим порушенням;
- розширювати умови повноцінної життєдіяльності;
- розширювати і підтримувати рівень життєвих цінностей;
- розширювати пізнавальну сферу, інтелектуальні можливості, підвищувати морально-етичний рівень соціуму, протидіяти деструктивним змінам.

К. Роджерс сприймає здорову людину як рухливу, відкриту. Така людина живе в кожен новий момент життя, добре пристосовується до мінливих умов, терпима до інших, емоційна і рефлексивна.

Згідно К. Ясперсу, психіатри розглядають здоров'я як здатність реалізувати «природний вроджений потенціал людського покликання».

Ф. Перлз розглядає людину як єдине ціле, вважаючи, що психічне здоров'я пов'язане зі зрілістю особистості, яка виявляється в здатності до усвідомлення власних потреб, конструктивної поведінки, здорової адаптивності й уміння приймати відповідальність за самого себе.

З. Фрейд вважав, що психологічно здорова людина – це та, яка здатна погодити принцип задоволення з принципом реальності.

За К.Г. Юнгом здоровою може бути людина, що асимілювала зміст свого несвідомого і вільна від захоплення яким-небудь архетипом.

С.В. Попов визначає ***соматичне здоров'я*** як поточний стан органів і систем організму, основу якого складає біологічна програма індивідуального розвитку.

За Поповим ***«фізичне здоров'я»*** – це рівень росту і розвитку органів і систем організму, основу якого складають морфологічні і функціональні резерви, що забезпечують адаптаційні реакції.

В.І. Бобрицька вважає, що абсолютне фізичне здоров'я визначається красивою фігурою, здоровим волоссям і шкірою, гармонійним розвитком усіх фізичних якостей, а також високою здатністю організму підтримувати гомеостаз, з допомогою чого досягається висока життєздатність основних органів та систем.

М.М. Амосов увів вперше поняття ***«кількість здоров'я»***. За Амосовим ***здоров'я*** – це максимальна потужність органів і систем при збереженні якісних фізіологічних меж їх функцій.

На думку В.В. Підвисоцького не існує абсолютного здоров'я й абсолютної патології, бо між ними є безліч зв'язків та переходів.

О.О. Богомолець сформулював поняття про єдність норми і патології: …..*«чим більше здоров'я, тим менше можливостей для виникнення хвороби і навпаки»*. Кожна людина являє собою єдність двох протилежностей – здоров'я і захворювання. Стан здоров'я і стан хвороби можуть багаторазово переходити один в одний, причому в одних випадках, цей перехід очевидний, в інших – прихований, і його можна виявити тільки внаслідок глибокого обстеження організму. Термін «здоров'я» характерний тільки для живих істот.

Терміни «норма» і «здоров'я» близькі за суттю, однак вони не тотожні. Можна бути здоровим за абсолютною більшістю загальноприйнятих показників і все ж помітно відрізнятися за деякими з них (наприклад: зріст, манера поведінки, тривалість сну і т.д.). І навпаки, хворий організм може не мати жодних відхилень від загальноприйнятої норми, а іноді (наприклад, за розумовими здібностями) стояти вище від більшості людей. Усе це свідчить про відносність понять «норма» і «здоров'я» й умовність наших функціональних і морфологічних підходів щодо оцінки стану здоров'я конкретної людини.

За вченням *А.І. Струкова* поняття здоров'я і свобода людини є взаємопов'язаними.

Біологічна, соціальна та психологічна сутність здоров'я

Виділяють три рівні цінностей «здоров'я»:

- *біологічний* – початкове здоров'я передбачає досконаліть саморегуляції організму, гармонію фізіологічних процесів як наслідок максимуму адаптації;
- *соціальний* – здоров'я є мірою соціальної активності, діяльності відношення людського індивіда до світу;
- *психологічний* – здоров'я це відсутність хвороби, але швидше заперечення її у значенні подолання (здоров'я – не тільки стан організму, але й стратегія життя людини).

Біологічні ознаки здоров'я передбачають фізіологічно нормальний стан і функціонування організму на всіх рівнях його організації; здатність організму адаптуватися до умов існування в навколишньому середовищі; підтримання гомеостазу; забезпечення нормальної життєдіяльності тощо. Враховуючи, що людина є соціальною істотою, її здоров'я є соціальною цінністю і передумовою для соціологізації особистості. Здоров'я є мірою соціальної активності, діяльності, відношення людини до довкілля.

Найбільш повно сутність соціальної цінності здоров'я сформулювали В.В. Канеп, Г.І. Цареградцев і Б.І. Ольшанський: «Здоров'я – це не тільки одна з необхідних передумов щастя людини, його всебічного, гармонійного розвитку. Воно є не тільки однією з умов досягнення людиною максимальних успіхів у галузі освіти, професійної підготовки, продуктивності праці, оптимістичного і життєстверджуючого ставлення до усього, що відбувається. Здоров'я – це також важливий показник і чутливий індикатор благополуччя народу». Здоров'я є своєрідним дзеркалом соціально-економічного, екологічного, демографічного і санітарно-гігієнічного благополуччя країни, одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу, важливим чинником, який впливає на якість та ефективність трудових ресурсів.

Психологічний рівень здоров'я обумовлений психічними особливостями людини, можливостями забезпечити і подолати хворобу, способом життя і розумінням того, що здоров'я – це не тільки стан організму, але і стратегія життя. Суттєво впливають на здоров'я людини її особливі психічні стани, які виникають спонтанно або під впливом зовнішніх факторів середовища. Здоров'я часто розглядається як відсутність хвороби.

Загалом, здоров'я можна охарактеризувати такими ознаками:

- нормальне функціонування організму на всіх рівнях його організації – органів, організму в цілому, гістологічних, клітинних та генетичних структур, нормальна поточність типових фізіологічних і біо-хімічних процесів, які сприяють вираженню та відтворенню;
- здатність до повноцінного виконання основних соціальних функцій, участь у соціальній діяльності та суспільно-корисній праці;
- динамічна рівновага організму і його функцій та чинників навколишнього середовища;
- здатність організму пристосовуватися до умов існування в навколишньому середовищі, що постійно змінюється (адаптація),

здатність підтримувати нормальну і різнобічну життєдіяльність та зберігання живої основи в організмі;

- відсутність хвороби, хворобливого стану або хворобливих змін, тобто оптимальне функціонування організму за відсутності ознак захворювання або будь-якого порушення;
- повне фізичне, духовне, розумове і соціальне благополуччя, гармонійний розвиток фізичних і духовних сил організму, принцип його єдності, саморегулювання і гармонійної взаємодії всіх органів.

У світі сучасних наукових уявлень здоров'я як соціальне явище, маючи біологічну основу є складною багатофакторною проблемою і визначається комплексом різних за своїм характером чинників.

Складові здоров'я. Показники здоров'я.

До складових аспектів здоров'я відносять: фізичне, психічне (емоційне, інтелектуальне), соціальне, особистісне, духовне здоров'я.

Під *фізичним аспектом* здоров'я розуміють те, як функціонує організм, ступінь виснаженості його функціональних систем, узгодженість в роботі, стан антропометричних даних, адаптаційно-пристосувальні можливості та норми адаптації.

Під *інтелектуальним аспектом* здоров'я розуміють здатність засвоювати, обробляти та використовувати одержану інформацію, поширювати необхідні уміння щодо здобуття знань з різноманітних джерел та вміння користуватися ними на благо свого організму.

Емоційний аспект здоров'я означає розуміння своїх почуттів та вміння виражати їх.

Соціальний аспект здоров'я передбачає усвідомлення себе як особистості з урахуванням статі і взаємодії у сучасному суспільстві. Необхідно розуміти, наскільки важлива культура спілкування в сім'ї, з друзями, на роботі. Кожній людині необхідно постійно розвивати й удосконалювати навички спілкування.

Особистісний аспект здоров'я передбачає усвідомлення себе як особистості, розуміння того, як розвивається наше «Я», чого ми намагаємося досягти, що кожний розуміє під успіхом. До поняття «здоров'я особистості» входять процеси розвитку самовідчуття та самореалізації. Кожна людина реалізується по-своєму, і спосіб самореалізації залежить від того, що вона цінує, і чого хоче домогтися для себе та суспільства. Одні знаходять самореалізацію в своїй роботі, кар'єрі, другі – в сім'ї, треті реалізуються в роботі на благо інших тощо. Ми самі визначаємо для себе те, що дає почуття найбільшого задоволення.

Духовний аспект здоров'я відбиває суть нашого буття. Це кредо нашого життя, яке забезпечує цілісність нашої особистості.

Розрізняють здоров'я індивідума та здоров'я населення. Здоров'я індивідума пов'язане з коливаннями важливих показників життєдіяльності та

адаптаційними можливостями організму. При вивченні та оцінюванні суспільного здоров'я враховують соціальні, природні та біологічні фактори, як складові, які відображають результат їх дії через систему медико-статистичних та демографічних показників.

Для моніторингу здоров'я населення використовують три групи показників: *демографічні показники* або показники чисельності, складу, руху населення у формі міграційних процесів та природного руху; *показники фізичного розвитку населення*; *показники стану захворюваності, травматизму* та *інвалідності*. Суспільне здоров'я обумовлене соціальними факторами, що насамперед залежать від соціальних умов – соціально-економічного і політичного розвитку, від умов навколишнього середовища.

Основними критеріями, що характеризуєть суспільне здоров'я є:

- медико-географічні (народжуваність, смертність, природній приріст, дитяча смертність, частота народження недоношених дітей, очікувана середня тривалість життя) ;
- захворюваність (загальна, інфекційна, тимчасова втрата працездатності, основна неепідемічна захворюваність) ;
- первинна інвалідність;
- показники фізичного розвитку;
- показники психічного здоров'я.

Всі ці критерії оцінюються спеціалістами в динаміці. Важливим критерієм щодо оцінки здоров'я вважають *індекс здоров'я.*

Індекс здоров'я – частка осіб, які на момент дослідження, протягом року були здоровими, враховують також частку осіб з хронічними формами захворювань.

Виділяють 3 групи суспільного здоров'я:

- *здорові* – це особи, у яких відсутні скарги, хронічні захворювання в анамнезі, функціональні відхилення та органічні зміни;
- *практично здорові* – це особи, у яких відмічають хронічні захворювання в анамнезі в стадії стійкої ремісії, функціональні зміни в органах і системах, які не впливають на їх діяльність та працездатність;
- *хворі* – це особи, у яких відмічають хронічні захворювання в анамнезі в стадії компенсації, субкомпенсації або декомпенсації.

На показники суспільного здоров'я впливають фактори, серед яких важливе значення займає стан охорони здоров'я та охорона навколишнього середовища. До біологічних факторів, які впливають на здоров'я суспільства відносять генетичні характеристики популяції, вікову та статеву структуру населення.

Фактори, що впливають на здоров'я людини.

Здоров'я людини залежить від багатьох факторів: кліматичних умов, стану навколишнього середовища, забезпечення продуктами харчування, соціально-економічних умов, а також стану медицини.

На стан здоров'я населення впливають чинники соціального середовища: демографічна та медична ситуації, духовний та культурний рівень, матеріальний стан, соціальні відносини, засоби масової інформації, урбанізація, конфлікти тощо.

Сучасна наука свідчить, що здоров'я людини є складним феноменом глобального значення який має розглядатися як філософська, соціальна, економічна, біологічна, медична категорії.

До факторів, які впливають на здоров'я людини відносять: біологічні можливості; соціальне середовище; природно-кліматичні умови.

За Ю.П. Лисициним факторами, які визначають здоров'я є: здоровий спосіб життя – 50-55%; екологічні фактори – 15-20%; спадковість – 15-20%; медицина – 10-15%.

Д. У. Ністрян пише: «Як вважають деякі дослідники, здоров'я людини на 60% залежить від його способу життя, на 20% – від навколишнього середовища і тільки на 8 % – від медицини».

В.П. Петлєнко наводить наступні співвідношення факторів, що визначають здоров'я людини: – людський фактор – 25% (фізичне здоров'я – 10, психічне – 15); - екологічний фактор – 25% (зовнішня екологія – 10, внутрішня – 15); - соціально-педагогічний фактор – 40% (спосіб життя, матеріальні умови праці й побуту – 20, поведінка, режим життя, звички – 25); - медичний фактор – 10.

Показники здоров'я та захворюваності використовують до конкретних груп здорових та хворих людей.

Спосіб життя є провідним фактором, що визначає основні тенденції щодо змін здоров'я. Зі способами життя також пов'язують такі поняття як рівень, якість та стиль життя.

Спосіб життя людини – це сукупність матеріальних умов, суспільних соціальних установок (культура, освіта, традиції тощо), умов поведінки (включаючи соціально-психологічну та фізіологічну реактивність) особистості і зворотний її вплив на ці умови. Активна участь людини в процесі формування умов життя – обов'язковий елемент поняття «спосіб життя».

До структури способу життя з медико-соціальними характеристиками відносять:

- трудову діяльність та умови праці;
- господарсько-побутову діяльність;
- рекреаційну діяльність, що насамперед напрямлена на відновлення фізичних сил та взаємодію з навколишнім середовищем;
- соціальну діяльність в сім'ї;
- планування сім'ї та взаємовідношення членів сім'ї;
- формування поведінкових характеристик і соціально-психологічного статусу; медико-соціальну активність.

Негативними чинниками «способу життя» є шкідливі звички, незбалансоване, неправильне харчування, несприятливі умови праці,

моральне і психічне навантаження, малорухомий спосіб життя, погані матеріальні умови, незгода в сім'ї, самотність, низький освітній та культурний рівень тощо. Негативно позначається на формуванні здоров'я і екологічна обстановка, зокрема забруднення повітря, води, ґрунту, а також складні природнокліматичні умови (до 20 %). Істотне значення має стан генетичного фонду популяції, схильність до спадкових хвороб (до 20 %), які визначають сучасний рівень здоров'я населення. Безпосередньо на охорону здоров'я з її низькою якістю медичної допомоги, неефективність медичних профілактичних заходів припадає всього 10 %.

Порушення нормальної життєдіяльності організму, виникнення патологічного процесу можуть викликати біотичні, абіотичні та антропогенні чинники навколишнього середовища. На здоров'я людини впливає біотичний компонент довкілля у вигляді продуктів метаболізму рослин та мікроорганізмів, патогенних мікроорганізмів, отруйних речовин, комах та небезпечних для людини тварин. Патологічний стан людини може бути пов'язаний з антропогенними чинниками забруднення навколишнього середовища: повітря, ґрунт, вода, продукти промислового виробництва, біологічні забрудненнями від тваринництва, виробництва продуктів мікробного синтезу тощо.

Серед факторів, які можуть несприятливо впливати на організм людини розрізняють етіологічні фактори, які безпосередньо обумовлюють розвиток і вираження патологічного процесу і фактори ризику, які не є причиною захворювання, але сприяють та посилюють дію етіологічних факторів.

Відомо три взаємопов'язані рівні здоров'я: суспільний, груповий та індивідуальний.

Суспільний рівень здоров'я – характеризує стан здоров'я населення загалом і виявляє цілісну систему матеріальних та духовних відносин, які існують у суспільстві.

Групове здоров'я зумовлене специфікою життєдіяльності людей конкретного трудового чи сімейного кола.

Індивідуальний рівень здоров'я – рівень, який сформовано в умовах всього суспільства, групи людей чи індивідуму на основі фізіологічних і психічних особливостей індивідуму та неповторного способу життя, який веде кожна людина.

Існують дві *стратегії щодо досягнення здоров'я населення*: по-перше – через лікування хворого; по-друге – шляхом збереження здоров'я практично здорової людини. Перша стратегія відноситься до вчення про хворобу – патологію та клінічну медицину, а друга – реалізується в рамках комплексу гігієнічних дисциплін. Практичний досвід більшості вчених показав, що за допомогою першої стратегії досягти бажаного неможливо. Цей висновок підтверджується також тим, що людство невзмозі використати сучасні досягнення медичної науки для всіх, хто має в цьому потребу через високу вартість діагностичних та лікувальних заходів.

У 50 рр.ХХ ст. набула широкого розповсюдження «епідемія» хронічних неінфекційних захворювань, тому з метою досягнення здоров'я для більшості населення потрібно надавати перевагу другій стратегії – охороні здоров'я практично здорової людини. Однак, гігієнічна наука, яка очолювала цю стратегію також не може вирішити дану проблему, оскільки в центрі цієї уваги щодо гігієни опинилися не сама людина та її здоров'я, а умови людського існування. За 150 років свого існування наукова гігієна так і не змогла виділити індивідуальне здоров'я в самостійну категорію.

За *Г. Шелтоном* «***індивідуальне здоров'я*** – це стан цілісного та гармонійного розвитку при адаптації кожного з органів один до одного, при цьому, кожен орган більш ефективно працює на користь цілого організму, ніж на власну користь; будь яка хвороба – це порушення законів життєдіяльності організму, законів природи».

Інші автори, розглядаючи індивідуальне здоров'я, беруть до уваги визначення ВООЗ. За ВООЗ «*індивідуальне здоров'я*» – це стан повного фізичного, духовного, сексуального та соціального благополуччя, здатність пристосовуватись до умов як зовнішнього, так і внутрішнього середовища, та природного процесу старіння, а також, відсутність хвороби та фізичних вад. Але наведене визначення здоров'я повністю виключає розумове благополуччя.

Індивідуальне здоров'я – абсолютна і непересічна цінність, яка перебуває на найвищому щаблі ієрархічної шкали цінностей, а також у системі таких філософських категорій людського буття, як інтереси та ідеали, гармонія, зміст і щастя життя, творча праця, програма та ритм життєдіяльності. Кожен фахівець, кожен член суспільства повинен мати знання про здоров'я як біологічну, духовну, соціальну категорію з метою можливого проведення оцінки та аналізу свого здоров'я, з одного боку, та вирішення поточних і перспективних завдань щодо охорони та зміцнення суспільного здоров'я – з іншого.

Згідно з *В.П. Куликовим, індивідуальне здоров'я* – це відсутність хвороби, здоров'я як норма і здоров'я як успішне пристосування.

Про стан індивідуального здоров'я людини роблять висновок за даними антропометрії, результатами дослідження деяких фізіологічних показників, оцінка яких проводиться з урахуванням віку, статі, географічних, кліматичних та інших параметрів.

Фактичне індивідуальне здоров'я оцінюється як стан організму людини, при якому він здатний повноцінно і без шкоди для себе виконувати свої біологічні і соціальні функції. Для людини, залежно від віку, соціальні функції представлені навчанням, трудовою діяльністю і, нарешті, можливістю самостійно забезпечувати своє існування в побутовому плані.

Суттєво впливають на здоров'я людини її особливі психічні стани, які не є постійними її якостями, але виникають спонтанно або під впливом зовнішніх факторів. До психічного здоров'я відносять індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей людини, саме воно пов'язане з

особливостями мислення, типу характеру та здібностями. Психологічний рівень здоров'я обумовлений психічними особливостями людини, можливостями забезпечити і подолати хворобу, способом життя і розумінням того, що здоров'я – це стан організму і стратегія життя.

Духовне здоров'я залежить від духовного світу особистості, складових духовної культури людства, а саме: освіти, науки, релігії, моралі, етики, ставлення до сенсу життя, власних ідеалів, світогляду тощо.

Соціальне здоров'я індивіда залежить від економічних чинників, його стосунків структурними одиницями соціуму. Враховуються також міжетнічні стосунки, різниця в доходах, рівень матеріального добробуту тощо.

За А. Маслоу, основними потребами людини є не лише потреби тіла, але й прагнення до безпеки, надійності, захисту, мати сім'ю, належати до суспільства, друзів, мати повагу, самоповагу, свободу, яка забезпечить повний розвиток своїх талантів тощо.

П.В. Сімонов створив тріадну структуру основних потреб людини в її актуальному житті: вітальні (біологічні); соціальні; ідеальні потреб людини. Принципово ці потреби відбивають *біологічний, свідомий, духовний* рівні організації існування людини.

Встановлюючи критерії оцінки здоров'я населення і визначаючи спрямування дії низки відомих медико-біологічних, медико-демографічних і медико-соціальних чинників, слід враховувати, що всі вони склалися в конкретних умовах суспільно-історичного розвитку і є взаємопов'язаними.

Головна ознака передхвороби можливість розвитку патологічного процесу внаслідок зменшення резервів здоров'я, у випадках, коли кількісні зміни переходять у якісні.

Розрізняють два підходи щодо визначення індивідуального здоров'я *адаптативний* і *креативний*. Первинне значення до адаптаційного існування набувають фактори зовнішнього середовища: фізичні, соціальні, екологічні, оскільки при цьому людина пристосовується до дії реального оточуючого середовища. В методологічному плані процеси адаптації знайшли своє повне відображення в роботах І.П. Павлова «про умовні рефлекси», у біхевіоризмі Дж. Уотсона. Креативне існування людини, на відміну від адаптаційного, спрямоване на осмислення вищих, відсутніх у мінливій реальності цінностей та на їх практичне досягнення.

Швейцарський психолог *Ж. Піаже* вважає, що в процесі соціалізації людина постійно осмислює нові для себе цінності і прагне до практичного досягнення нових для себе цілей. Цей соціальний рух вперед і є креативною діяльністю людини.

Таким чином, діяльність людини як продукту біологічної і соціальної еволюції спрямована, з одного боку, на адаптацію до фізичних і соціальних умов існування, а з іншого, на творче осмислення життя і постійний рух вперед. Ця діяльність обумовлена фізичним, душевним і духовним здоров'ям.

За *Б.Н. Чумаковим*, здоров'я людини насамперед це процес збереження та розвитку її психічних та функціональних якостей, оптимальної працездатності, соціальної активності при максимальній тривалості життя.

М.М. Амосов вважав, що визначення здоров'я як комплексу морфо-функціональних показників організму людини є неповним, оскільки не враховується кількісна оцінка здоров'я. Кількість здоров'я можна визначити як суму резервних потужностей основних функціональних систем. У свою чергу, резервні потужності можна виразити через так званий коефіцієнт резерву. Тобто, хвороба певною мірою сумісна із здоров'ям. Здоров'я і хвороба – це категорії, які є наслідком соціальної зумовленості, тобто впливу соціальних умов і чинників, що, звичайно, не суперечать виділенню ролі біологічних еквівалентів здоров'я і хвороб, та визначення їх позиції біологічних закономірностей. Оцінюючи здоров'я, необхідно пам'ятати, що дефіцит здоров'я може проявитися через третій стан, відмінний від понять «здоров'я» і «хвороба».

Гален сформулював поняття «третього стану» – перехідного між здоров'ям і хворобою. Третій стан, в основному, характерний для прояву донозологічних змін в організмі, тобто тих, що передують хворобі (симптоми). У такому стані людина реалізує частину своїх психофізіологічних можливостей.

Нозологія (з грецької) nosos)) – хвороба; вчення про хворобу. Традиційно під нозологією розуміли розділ патології, що включає загальне учення про хвороби (загальна нозологія), а також вивчення причин (етіологія), механізмів розвитку (патогенез) і клінічних особливостей окремих хвороб (приватна нозологія), класифікацію і номенклатуру хвороб. Проте, нозологія, у цьому розумінні не має чітких кордонів з поняттям «патологія». У сучасній медичній літературі зазвичай вживається поняття «нозологічний підхід», тобто прагнення клініцистів і представників теоретичної медицини до виділення нозологічної форми, для якої характерні певна причина, однозначний патогенез, типові зовнішні прояви і специфічні структурні порушення в органах і тканинах організму людини.

Хвороба – це патологічний процес, порушення життєдіяльності організму під впливом шкідливих чинників зовнішнього та внутрішнього середовища; це порушення нормального способу реалізації матеріальних і духовних потреб. При цьому знижується пристосовуваність живого організму до зовнішнього середовища й водночас мобілізуються його захисні сили.

На думку вченого З.Дж. Ліповські, ***хвороба – це:***

- перешкода, яку необхідно долати;
- ворог, що погрожує цілісності особистості;
- покарання за минулі гріхи;
- виявлення вродженої слабкості організму;
- полегшення, що дає змогу усунутися від соціальних вимог і відповідальності;

- стратегія пристосування до вимог життя (використання хвороби для отримання грошових компенсацій);
- фатальний збіг обставин, втрата можливості повноцінного існування; певна позитивна цінність, яка дозволяє особистості обрати більш високий сенс життя.

Причинами хвороби є патологічний процес, викликаний такими факторами:

- фізичними (температура, оптичне та іонізуюче випромінювання);
- механічними (тиск, вібрація, механічні пошкодження тощо);
- хімічними (неорганічними та органічними речовинами тощо);
- біологічними (вірусами, мікроорганізмами, паразитичними червами, комахами та продуктами їх життєдіяльності, тобто токсинами тощо);
- психо-соціальними (стрес, психогенна травма тощо).

Етіологія – розділ медицини, який вивчає причини хвороб.

Патогенез – механізми виникнення і розвитку хвороби і окремих її проявів на різних рівнях організму людини. Головними формами патогенезу є: інфекція (мікроорганізми або віруси); запалення; пухлина; некроз.

Поняття «реактивність» означає відповідь організму на внутрішні або зовнішні подразненняння. Вчення про реактивність з позицій загальної патології першими почали розробляти вітчизняні патологи – І.І. Мечников (дослідження про фагоцитоз та імунітет); М. М. Сиротинін (встановив загальні закономірності еволюції реактивності у філо- та онтогенезі); О. О. Богомолець (пов'язав конституцію і реактивність з властивостями сполучної тканини).

Неспецифічна реактивність виявляється під час дії на організм факторів зовнішнього середовища, вона реалізується за допомогою таких механізмів, як стрес, зміна функціонального стану нервової системи, парабіоз, фагоцитоз, біологічні бар'єри.

Специфічна й неспецифічна реактивність може бути фізіологічною і патологічною.

Фізіологічна реактивність охоплює реакції здорового організму у сприятливих умовах існування. Прикладом може бути імунітет (специфічна реактивність), реакція організму на дію різних факторів зовнішнього середовища у межах, які не порушують гомеостаз.

Патологічна реактивність виявляється у разі дії на організм хвороботворних факторів. Вона якісно відрізняється від фізіологічної і характеризується незвичайною формою реагування. Загалом патологічна реактивність виражається в обмеженні пристосувальних можливостей організму. Прикладом специфічної патологічної реактивності є алергія, імунодефіцити та імунодепресивні стани. Прояви неспецифічної патологічної реактивності спостерігаються під час травматичного шоку, наркозу при яких пригнічується реактивність щодо інфекційних та хвороботворних впливів, пригнічується фагоцитоз, змінюється чутливість до лікарських препаратів (зокрема антибіотиків).

За формами прояву розрізняють *підвищену* реактивність − *гіперергію*, *понижену* − *гіпергію* та *спотворену* − *дизергію*.

Резистентність − це стійкість організму щодо дії патогенних факторів. У процесі еволюції організм виробив певні пристосувальні механізми для забезпечення свого існування в умовах постійної взаємодії з навколишнім середовищем. Резистентність тісно пов'язана з реактивністю.

Реактивність – це здатність організму протистояти впливам визначається його реакцією як єдиного цілого, і тому резистентність є одним з основних наслідків і виражень реактивності організму.

Розрізняють резистентність пасивну й активну. Пасивна резистентність не пов'язана з активними реакціями на вплив, а зумовлена анатомо-фізіологічними особливостями організму.

Активна резистентність зумовлена захисно-пристосувальними механізмами. Так, стійкість проти гіпоксії пов'язана із збільшенням вентиляції легень, прискоренням руху крові, збільшенням вмісту еритроцитів і гемоглобіну в крові тощо; стійкість проти інфекцій (імунітет) — з утворенням антитіл та активізацією фагоцитозу.

Виділяють резистентність первинну – спадкову, і *вторинну – набуту*. Набута резистентність може бути активною і пасивною. Прикладом першої є підвищення стійкості проти гіпоксії внаслідок акліматизації, ослаблення сприйнятливості до інфекції після вакцинації. Набута пасивна резистентність виникає після серотерапії.

Неспецифічна резистентність – це стійкість проти багатьох факторів, а специфічна – проти одного якогось агента.

Звичайно реактивність і резистентність змінюються односпрямовано, однак можливі і інші випадки, коли реактивність знижується, а резистентність підвищується (умови зимової сплячки, під час глибокої гіпотермії, наркозу).

Хвора людина втрачає активну самостійність у реалізації своєї життєвої установки, втрачає оптимальний зв'язок із середовищем та оточуючим її соціумом. Хвороба є пріоритетом медицини, її теоретичної та практичної сторони. Медицина займається саме хворою людиною, а не її здоров'ям, вона лікує людину, повертаючи їй здоров'я.

Відомо, що хвороба як категорія медицини має конкретні характеристики: назву, особливості розвитку, симптоматику, діагностику, розповсюдженість, лікування, профілактика тощо.

На думку вчених, цілком припустимо використовувати з метою оцінки здоров'я такі демографічні показники, як смертність, дитяча смертність і середня очікувана тривалість життя.

Смертність населення – це процес вимирання покоління. Це масовий процес, що складається з множини одиничних смертей, які настають у різному віці та визначають у своїй сукупності порядок вимирання реального або гіпотетичного покоління.

До показників смертності відносять: загальні коефіцієнти смертності (тобто число померлих із розрахунку на 1 тис. осіб); віковий коефіцієнт смертності;

показник дитячої смертності з розрахунку на 1 тис. новонароджених тощо. Майже для всіх країн є характерною досить однорідна структура причин смертності: на першому місці серцево-судинні захворювання. потім – новоутворення, переважно злоякісні, і нещасні випадки. Досить високою є частка хвороб органів дихання (переважно у дітей і людей похилого віку) та органів травлення.

Смертність – це демографічний показник кількості смертей у певній популяції або певній підгрупі населення в одиницю часу, що найчастіше визначається як кількість смертей на 1 тис. осіб на рік.

Дитяча смертність – це смертність серед дітей віком до 5 років.

Середня очікувана тривалість життя – це середня тривалість життя людини, зазвичай визначена від народження до смерті.

Також враховуються показники фізичного розвитку, інвалідності, захворюваності та поширення таких хвороб як туберкульоз, серцево-судинні, шлунково-кишкові, алергічні, онкологічні захворювання та інше. Як показники стану здоров'я працюючих, найчастіше використовують захворюваність з тимчасовою втратою працездатності.

Генетична обумовленість здоров'я. Спадковість і патологія.

Розвиток організму є складним, добре скоординованим поєднанням таких процесів як поділ клітин, їх взаємодія, генна регуляція та диференціація. Будь-який вплив, що порушує ці процеси, може викликати ***вади розвитку*** зародка. Серед чинників, що зумовлюють вади розвитку організму, розрізняють спадкові та зовнішні. У період, коли плід знаходиться в утробі матері, дефекти розвитку легень, кінцівок або рота не є загрозою для виживання і народження дитини, адже в цей час її розвиток не залежить від цих органів. Проте ці дефекти можуть серйозно загрожувати життю дитини після її народження. Приблизно 5 % новонароджених мають виражену виродливість, яка може бути безпечна для життя або ж становити собою тяжкі відхилення від норми.

Фактори середовища, які здатні викликати порушення розвитку, каліцтва називаються ***тератогенними***. У різні періоди розвитку ембріон виявляється чутливим до тих чи інших фізичних факторів і хімічних речовин які потрапляють в організм матері. Забруднення довкілля мутагенами обумовлює зростання числа уражених генів, збільшується генетичний тягар у популяції людей. Це велика ймовірність росту частки людей із спадковими захворюваннями і ризиком виникнення хвороб екзогенного походження.

Серед загальної кількості захворюваності населення спадкова становить 15-20 %. На сьогоднішній день відомо понад 4 тис. спадкових захворювань і кількість їх зростає.

У структурі захворюваності, інвалідності та смертності дітей раннього віку вроджена (не зумовлена спадковістю) і спадкова патологія займають

одне з провідних місць. За даними медичних досліджень, 20 % причин смертності дітей становлять вроджені аномалії розвитку.

Наука про вроджені аномалії називається ***тератологією***, а чинники, відповідальні за їх виникнення – ***тератогенами***.

Існує багато різних тератогенів – хімічних і біологічних, які здатні порушувати процеси ембріогенезу, спричинюючи аномалії розвитку. Механізм виникнення вад розвитку називається ***тератогенезом***.

На сьогодні відомо, що тератогени діють упродовж ***критичних періодів***. Для розвитку будь-якого органу найбільш критичним періодом є час його росту і утворення специфічних для нього структур. Різні органи мають свої критичні періоди, хоча період між 15 і 60 добами – критичний для багатьох з них. Серце формується між 3-ім і 4-им тижнями, мозок і скелет чутливі до шкідливих впливів, починаючи з 3-го тижня після зачаття і впродовж усієї вагітності.

Основними цитологічними механізмами дії тератогенів є порушення процесів детермінації, проліферації і міграції клітин унаслідок відхилень в функції геному, а, можливо, змін у структурі та функціях рецепторів клітинних мембран.

Виникнення тієї чи іншої аномалії розвитку спричиняє вплив тератогенного чинника певної природи, а також видові, індивідуальні, вікові та інші особливості організму, на який діє тератоген. Одну й ту ж ваду може викликати дія різних чинників і, навпаки, різні аномалії розвитку виникають внаслідок дії одного й того ж чинника.

Причини народження дітей із вродженими аномаліями розвитку можуть бути різні. Дитина з вродженою патологією може народитися у неповнолітніх матерів або у жінок, які старші за 30 років. Причому 7,1 % дітей з аномаліями розвитку народжуються від жінок вік яких перевищує 35 років. У віковій групі жінок, старших за 40 років, ризик появи аномальних нащадків у 16 разів вищий, ніж у матерів віком 20-24 роки.

З ризиком народження дітей з вадами пов’язаний також порядковий номер вагітності та пологів жінки. Так, у групі матерів, які мали перші чи другі пологи, частота реєстрації уроджених вад розвитку становить 6,1 і 6,3%, тоді як у групі матерів, котрі мають треті пологи і більше, частота народження дітей з вадами розвитку зростає втричі і становить 20,4 %.

Отже, вік матері є фактором ризику, що призводить до вияву патологічної дії тератогенів. Тератогенний ефект може спричинити навіть дія механічних чинників, до яких відносять тиск, струси, механічні травми тощо.

Природа тератогенів різна – фізична, хімічна та біологічна. Згідно із сучасною класифікацією тератогени об’єднуються у чотири основні групи:

До першої групи тератогенів належать іонізуюче випромінювання та деякі лікарські препарати. Ці тератогени викликають генні мутації, спричиняючи розрив хромосом і змінюючи структуру ДНК. Такі аномалії розвитку, як ахондропластична карликовість (детермінується аутосомним домінантним геном, який викликає розвиток вкорочених кінцівок при

нормальному тулубі) або синдром Роберта (аутосомна рецесивна хвороба, при якій у дитини спостерігається виражена редукція кінцівок, розщеплене піднебіння і сильне відставання у розумовому розвитку), є прикладами мутації за одним-єдиним геном. Інші вроджені захворювання зумовлені наявністю зайвих хромосом. Це, наприклад, синдром Дауна (наявність зайвої хромосоми у 21-й парі) і синдром Клайнфельтера (наявність зайвої Х-хромосоми). Слід відзначити, що іонізуюче випромінювання навіть у малих дозах, не викликаючи патологічних зрушень в організмі, спричинює мутагенний вплив на статеві клітини.

Друга група тератогенів представлена вірусами. Н. Грегг документально підтвердив, що у жінок, які перехворіли на німецький кір у першій третині вагітності, в одному із шести випадків народжувалися діти з катарактою, хворобами серця і глухотою. Це перші наукові дані про те, що мати не повністю захищає плід від впливу зовнішнього середовища. Зазначимо, що чим раніше вірус краснухи вражає вагітну жінку, тим більший ризик, що постраждає зародок. Очевидно, що перші п’ять тижнів є критичними, тому що в цей час формуються серце, органи зору і слуху. Цитомегаловірус і вірус простого герпеса також є тератогенними. Інфікування раннього зародка цитомегаловірусом майже завжди є фатальним, а зараження більш пізніх зародків може призвести до сліпоти, глухоти, церебрального паралічу і затримки розумового розвитку.

Хромосомні аберації у соматичних клітинах можуть викликати віруси віспи, вітрянки, грипу, гепатиту, епідемічного паротиту тощо. Встановлено зростання хромосомних аберацій унаслідок зараження людини збудником дизентерії. Вакцинація людей і тварин може бути причиною індукованого мутагенезу.

Мікроорганізми рідко бувають тератогенними, проте два з них, які належать до ***третьої групи тератогенів***, можуть мати шкідливий вплив на людський зародок. *Toxoplasma gondii* – найпростіший організм, який переноситься кроликами і кішками (міститься також у їх фекаліях), – може проникнути у зародок через плаценту та викликати ураження мозку та очей у плода. *Treponema pallidum* – збудник сифілісу – може вбити ранній плід і викликати уроджену глухоту при дії на плід старшого віку.

Четверта група тератогенів представлена деякими лікарськими препаратами і хімічними сполуками, що зустрічаються у природі. Зокрема, хінін, алкоголь та наркотичні речовини (марихуана, опіати тощо), які добувають із рослин, можуть бути причиною вроджених вад розвитку. Так, хінін може спричинити вроджену глухоту. Алкоголь, спричинюючи хімічний індукований тератогенез, зумовлює виникнення кожної десятої ембріональної патології. За умови вживання вагітною алкоголю у кількості, більшій ніж 50-85г на добу, може бути відставання в розумовому і фізичному розвитку дитини. Із десяти розумово неповноцінних дітей п'ятеро народжуються від батьків-алкоголіків.

Тератогенний ефект етанолу виражається у затримці росту й недоумкуватості, незвичному характері обличчя з типовими короткими очними щілинами і гіпоплазією верхньої щелепи, в аномаліях положення і функції суглобів, вадах розвитку серця, гідроцефалії, анцефалії, мікроцефалії і розумовій неповноцінності. Вважається, що останні три ознаки є наслідком сповільненого росту головного мозку. Негативно впливають на стан здоров'я майбутньої матері й дитини компоненти тютюнового диму. Зокрема, тератогенна дія нікотину виявляється у затримці розвитку плоду. Припускають, що наявність у повітрі окису вуглецю, котрий має високу спорідненість з гемоглобіном матері й особливо з гемоглобіном дитини, знижує кисневу ємність крові, що є основною причиною затримки росту плоду.

Вагітні жінки, які випалюють понад 20 цигарок на день часто народжуються діти із затримкою росту. Тютюнопаління також значно зменшує кількість і рухливість сперміїв у сім'яниках чоловіків, які викурюють близько 4-х цигарок на день (В. Кулікаускас, 1985). Крім цього, доведено, що ранні викидні у матерів, які палять, зустрічаються у 1,7 разів частіше, ніж у тих, котрі не мають такої шкідливої звички. Тютюнопаління під час вагітності є частою причиною передчасного відшарування плаценти, раннього розриву плідних оболонок, сідничного передлежання та ризику народження дітей з вадами обличчя («вовча паща», «заяча губа»). Загрозливим для здоров'я новонародженого є і «пасивне куріння»: у сім'ях, де є курці, аномалії розвитку дітей трапляються майже вдвічі частіше, ніж у родинах, де їх немає.

Протягом перших днів у дітей, яких вони народили, відзначається висока смертність, особливо якщо матері приховують свою залежність, і тим самим перешкоджають ранній діагностиці синдрому лікарняної абстиненції у новонароджених. Крім того, існує ризик народження дітей з низькою масою тіла, обумовлений недоношеністю або затримкою внутрішньоутробного росту.

До токсичних забруднювачів довкілля відносять також сполуки ртуті, свинцю. Потрапляючи в організм людини, вони призводять до спонтанних викиднів, народження мертвої дитини, постнатальних вад розвитку.

У наш час відомо близько 50 тис. штучних хімічних речовин, які застосовуються на практиці, і приблизно від 2 тис. до 5 тис. нових з'являються щороку. Проблема моніторингу тератогенного ефекту цих препаратів на сьогодні є надзвичайно важливою. Поки що сьогодні немає єдиної думки про те, як потрібно випробовувати ці речовини на тератогенність, проте очевидно, що зазначена проблема є не тільки медичною, але й етичною. Оскільки людство виробляє все більше і більше синтетичних речовин для споживання і лікування, агресивно втручається в довкілля, саме тому, потрібно подбати про усунення ризику для здоров'я і життя як дорослих людей, так і дітей.

За даними останнього перепису населення, в Україні проживає 12,5 млн. жінок, які потенційно можуть народжувати. Для поліпшення здоров'я матері і дитини в Україні існує низка важливих документів, серед яких Закон «Про державну допомогу сім'ям з дітьми», довгострокова Програма поліпшення становища жінки, сім'ї, охорони материнства і дитинства, Програма імунопрофілактики, Програма промислового виробництва продуктів харчування, Програма «Діти України» та ін. Необхідними умовами народження здорової дитини є планування вагітності, стан загального і репродуктивного здоров'я батьків. Крім того, вагітність повинна бути бажаною: майбутню дитину потрібно очікувати з любов'ю. Стан здоров'я дитини залежить від умов внутрішньоутробного розвитку, перебігу вагітності, пологів, адаптації у перші дні життя.

Значно підвищують ризик недоношеності, народження дитини з патологією, попередні аборти. Практика акушерства доводить, що жінка, яка вже народжувала, після двох-трьох абортів не може народити здорову дитину.

Вроджені аномалії розвитку, а також більшість захворювань центральної нервової системи, дихальної, імунної та системи травлення у дітей формуються у ***перинатальний*** (внутрішньоутробний) та ***неонатальний*** (перший місяць життя) періоди.

Роль спадковості та навколишнього середовища у генезі хвороб.

Нинішня екологічна ситуація в Україні може характеризуватися як кризова: забруднення навколишнього природного середовища досягло рівня, коли воно негативно впливає на здоров'я людини. Без знання біологічних зв'язків між організмом людини і довкіллям та розуміння їх взаємодії неможливо розкрити поліетіологічні синдроми захворювань, застосувати ефективні заходи щодо запобігання та лікування. У зв'язку з негативним впливом довкілля на здоров'я людини особливого значення набуває збереження повноцінної спадковості. Доведено, що генетична програма зазнає змін під впливом мутагенів.

Забруднення довкілля мутагенами обумовлює зростання числа уражених генів, збільшується генетичний тягар у популяції людей. Це велика ймовірність збільшення відсотка людей із спадковими захворюваннями і ризиком виникнення хвороб екзогенного походження. Звідси стає актуальною проблема не тільки екологічної, але і генетичної катастрофи.

Серед загальної кількості захворюваності населення спадкова становить 15-20 %. На сьогоднішній день відомо понад 4 тис. спадкових захворювань і кількість їх зростає..

Встановлено, що через генетичні порушення 1 із 130 зародків гине в перші дні, 25 % припиняють своє існування в більш пізні строки вагітності. Із 40 новонароджених один з'являється мертвим, 40 % дитячої смертності зумовлено спадковими дефектами, 5-12 % новонароджених мають вроджені

генетичні дефекти, які зумовлені дефектом хромосом або мутаціями окремих генів. Кожна людина має 5-10 потенційно шкідливих генів, які передаються нащадкам разом з нормальними.

У людини описано 2 000 генних мутацій, які призводять до ***дефекту обміну речовин.*** З генетичного погляду, всі хвороби залежно від дії спадкових факторів та факторів середовища поділяють на 4 групи. До 1-ї групи відносяться *спадкові хвороби*. Прояв патологічної дії мутації, як етіологічного фактора, практично не залежить від довкілля. До захворювань цієї групи відносяться хромосомні та генні спадкові хвороби з повним їх проявом (синдром Дауна, нейрофіброматоз, гемофілія, фенілкетонурія, муковісцидоз, ахондроплазія тощо). Хвороба може проявлятися не тільки у дитячому, а й у будь-якому віці, наприклад, середній вік початку хвороби Гентингтона 38-40 років. Хвороби 2-ї групи зумовлені *етіологічним фактором*, проте для пенетрантності (частота фенотипічного прояву гена серед носіїв цього гена) мутантних генів необхідна наявність відповідного фактора довкілля. До таких хвороб належать деякі форми подагри, діабету, фармако- і екогенетичні хвороби. Ці хвороби можна віднести і до груп хвороб із спадковою схильністю. Так, наприклад, при гама-глобулінемії спостерігається дефект ділянки ДНК, де запрограмована структура білка γ-глобуліну. У дитини не виробляється білок (захисні антитіла), і такі діти хворіють стафілококовими інфекціями (отит, риніт, пневмонія тощо). У третій групі хвороб етіологічними факторами *є вплив середовища*, проте частота виникнення та прояв залежать від спадкової схильності. До таких хвороб відносять атеросклероз, гіпертонічну хворобу, туберкульоз, екзему, псоріаз тощо. Вони виникають під дією чинників довкілля. До 4-ї групи хвороб відносяться хвороби, які не пов’язані зі спадковістю. Сюди відносяться травми, інфекційні хвороби, опіки, психічні розлади тощо. Генетичні фактори можуть впливати тільки на перебіг патологічних процесів. Внаслідок дії бактерій, отрут, вірусів, погіршення харчування тощо порушується білковий, ліпідний, полісахаридний обміни, проте не зачіпаються спадкові структури клітини. При враженні ДНК дефект гена передається дочірним клітинам, які будуть утворювати змінені білкові молекули, що призведе до захворювання. При подальшому розмноженні клітин дефект не зникне, а буде передаватися від покоління до покоління.

Спадковими називають хвороби, етіологічними чинниками яких є мутації, які спричиняються впливом променевої енергії, хімічних речовин, біологічних факторів.

Термін ***спадкові хвороби*** не адекватний терміну вроджені хвороби, які можуть бути обумовлені спадковими і неспадковими факторами. До неспадкових факторів відносяться всі вроджені вади, які виникають внаслідок тератогенної дії зовнішніх факторів, вроджені інфекції (сифіліс, краснуха та ін.).

Термін ***сімейні хвороби*** також не є синонімом терміну спадкові хвороби. Сімейні хвороби можуть бути спадковими і неспадковими. Цей

термін не говорить ні про що, крім того, що захворювання зустрічається серед членів однієї родини, а саме поняття родини включає родичів від двох до декількох поколінь. Хвороба може бути обумовлена впливом однакових патогенних факторів, які діють в родині: погане харчування, несприятливі умови життя, одна й та ж професія.

Спадкові захворювання можуть проявлятися у вигляді морфологічних (заяча губа, вовча паща, короткопалість, брахідактилія, 6-палість рук, ніг); фізіологічних (гемофілія – незгортання крові, дальтонізм); біохімічних (нестача тих чи інших ферментів) порушень.

Спадкові хвороби, залежно від рівня ураження спадкових структур, поділяються на дві великі групи: ***генні*** та ***хромосомні.***

Залежно від рівня організації спадкових структур розрізняють ***хромосомні, моногенні, полігенні*** хвороби.

За кількістю залучених локусів у мутаційний процес генів розрізняють ***моногенні*** і ***полігенні*** хвороби. Група хромосомних хвороб визначається хромосомними і геномними мутаціями.

Генними (точковими) мутаціями називають зміни структури молекули ДНК чи РНК на ділянці одного гену.

Спадкові хвороби, які зумовлені генними мутаціями називаються ***молекулярними.***

Спадкові хвороби людини умовно поділяють на:

- хвороби крові, кровотворних органів, дефекти білків плазми (гемолітична анемія, анальбумінемія, абеталіпопротеїнемія, гемофілія);
- хвороби сечовидільної системи (нирковокам'яна хвороба, синдром Баттлера-Олбрайта, синдром Фанконі, синдром Альпорта);
- спадкові дефекти неферментних білків (міопатія Дюшенна, міопатія Беккера).

Спадкові захворювання виникають внаслідок змін спадкового апарату клітин (мутацій), які спричиняються променевою енергією, хімічними речовинами (у тому числі і лікарськими препаратами) і біологічними факторами (вірусами, транспозонами, токсинами глистів тощо), ряд мутацій спричинюється генетичними рекомбінаціями, помилками біосинтезу нуклеїнових кислот і білків).

Розрізняють *геномні* (зміна геномного набору хромосом), *генні* (зміна структури гена) мутації.

Геномні мутації – це зміни плоїдності, зазвичай збільшення (поліплоїдія): триплоїдія (у людини 69-хромосом – 3n), тетраплоїдія (92 хромосоми - 4 n) тощо. У 1979 р. Лазюк описав триплоїдну дитину у (69-хромосом– 3n), яка прожила кілька днів.

Сумісними з життям є гетероплоїдія – збільшення або зменшення не всього набору хромосом, а будь-якої пари. При цьому порушується збалансований набір хромосом, що веде до розвитку захворювань.

Генні мутації спричинюються зміною структури ДНК. Це призводить до порушення синтезу: структурних, регулюючих, транспортних білків або білків ферментів. Майже половина спадкових хвороб – це наслідок генних мутацій. Більшість спадкових моногенних захворювань пов'язані з дефектами обміну речовин: амінокислотного, вуглеводного, ліпідного, стероїдного, пуринового і пірімідинового; обміну речовин у сполучній тканині, кістках і м'язах; структури гена і порфірину; обміну речовин в еритроцитах і порушення їх структури.

Відомо, що через генетичні порушення 1 із 130 зародків гине вже в перші дні, 25 % припиняють своє існування у більш пізні строки вагітності. З 40 немовлят 1 з'являється – мертвим, 40 % дитячої смертності зумовлено спадковими дефектами, 5-20% народжених мають природжені генетичні вади. Кожна людина має 5-10 потенційно шкідливих генів, які передаються від батьків до нащадків разом з нормальними генами. Якщо припустити, що кожна хвороба зумовлена порушенням функцій кількох генів, то можна вважати, що у кожної здорової людини – 1 % генів зчеплено мутацією.

Уся патологія обміну речовин, за винятком травматичного або інфекційного ушкодження відповідних органів, має генетичну природу і певний тип успадкування. Залежно від виду гена, функціональних особливостей мутантних алелів і умов існування індивідуума (схеми 1, 2).

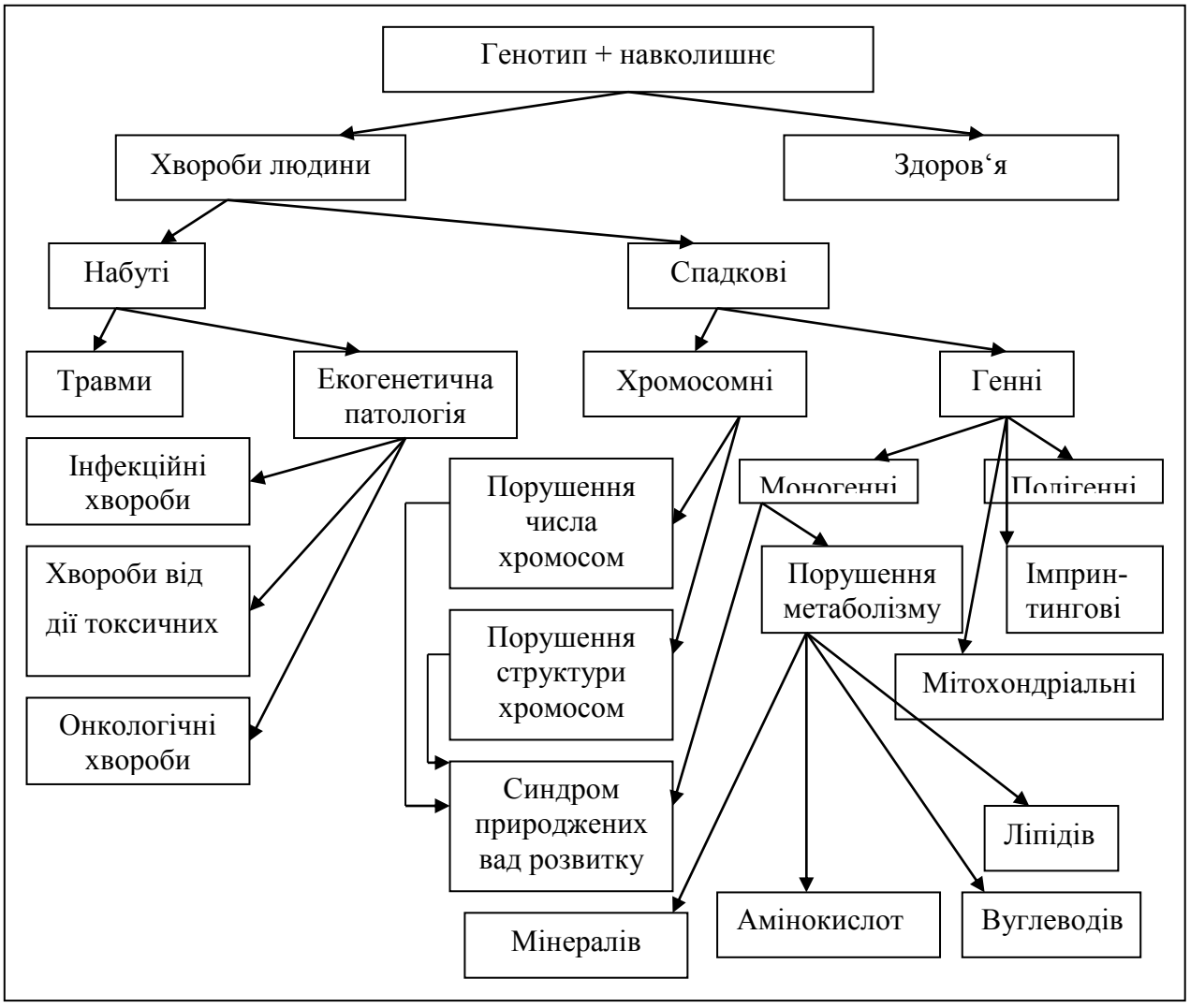

Схема 1. Результати взаємодії генотипу та навколишнього середовища. Набуті та спадкові хвороби людини

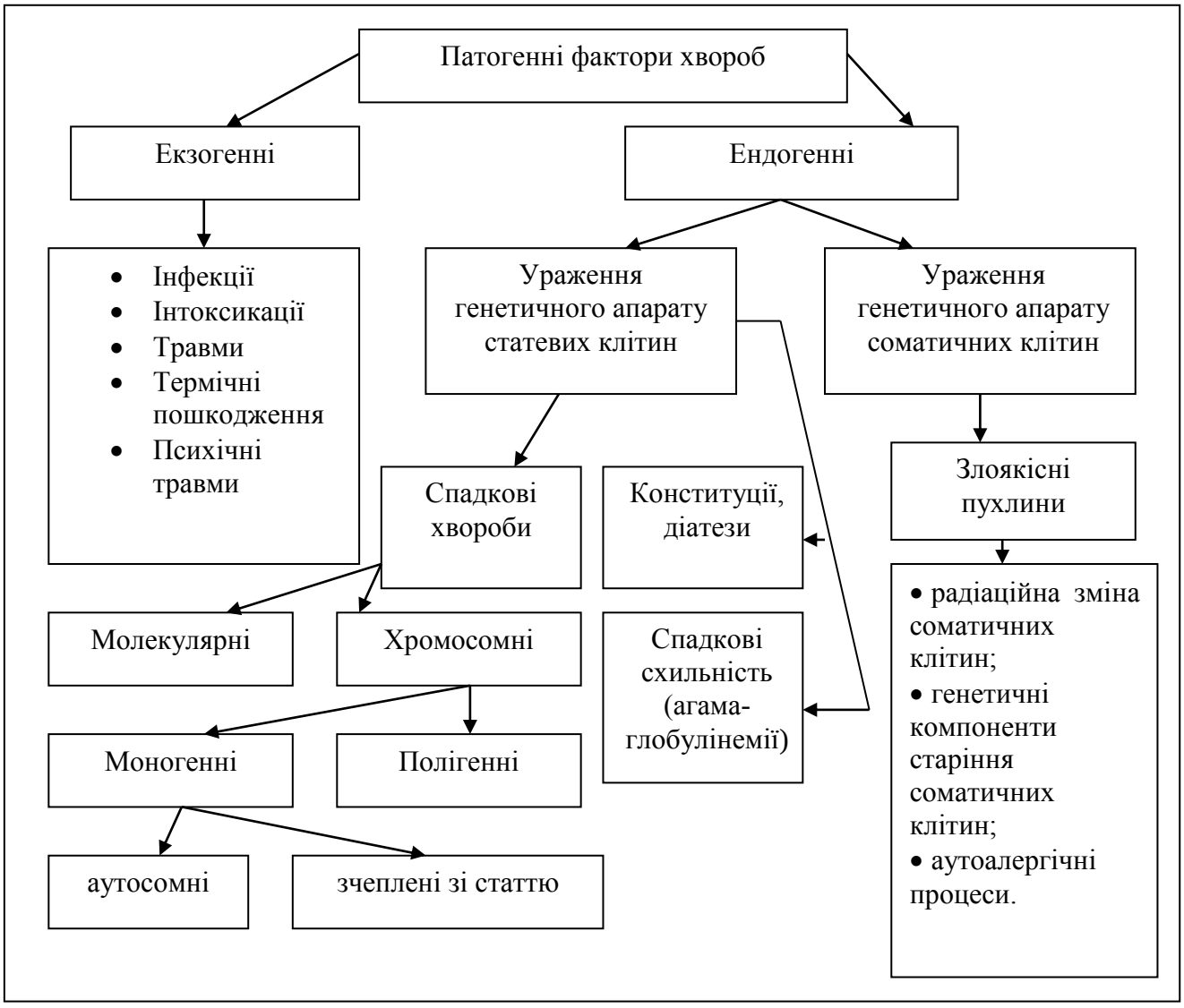

Схема 2. Патогенні фактори хвороб

Відповідно до функції ушкодженого гена виділяють ензимопатії, дефекти рецепторних білків, білків-переносників необхідних речовин, дефекти системи виділення продуктів метаболізму тощо. Усі процеси перебувають під жорстким контролем генотипу організму.

Разом з ушкодженням структурних генів, що мають інформацію про будову білка, можливі мутації регуляторних генів (супресори, репресори, модифікатори) або їх регуляторних ділянок (промотори, оператори, активатори, енхансери та ін.).

Молекулярні хвороби. Разом з ушкодженням структурних генів, що мають інформацію про будову білка, можливі мутації регуляторних генів (супресори, репресори, модифікатори) або їх регуляторних ділянок (промотори, оператори, активатори, енхансери та ін.).

Більшість спадкових моногенних захворювань – це ***дефекти обміну речовин,*** які виникають через порушення амінокислотного обміну (гемоглобінопатії, фенілкетонурія); вуглеводного (галактоземія, синдром Гурлера); ліпідного (хвороби Тея-Сакса, Німана-Піка, Гоше); стероїдного (адреногенітальний синдром); пуринового і піримідинового; обміну речовин у сполучній тканині, кістках і м'язах (синдром Марфана); структури гема і порфірину; обміну речовин в еритроцитах і порушення їх структури. Крім того, виділяють ще такі групи як аномалії обміну металів; захворювання, які характеризуються дефектом транспорту різних речовин; захворювання, спричинені аномаліями будови і функції ферментів і білків плазми крові.

Моногенні хвороби зумовлені дією мутагенного гена, і розвиток їх пов'язаний з первинним продуктом одного гена. Розрізняють аутосомні-домінантні, аутосомні-рецесивні, зчеплені з Х-хромосомою хвороби.

Аутосомно-домінантний варіант успадкування обумовлюється передачею в ряді поколінь домінантного алеля гена, розташованого в аутосомі. Хвороби з домінантним типом успадкування переважають у гетерозиготи, оскільки гомозиготи за домінантним успадкуванням вмирають у ранньому дитинстві.

За домінантним типом успадковуються такі хвороби: ***хорея Гентінгтона, міотонія Томпсона, туберкульозний склероз, полікістозна хвороба нирок дорослих, міопатична дистрофія, ахондроплазія, еліптоцитоз*** та ін.

Аутосомно-рецесивний варіант успадкування зумовлений передачею в ряді поколінь рецесивного алельного гена, розташованого в аутосомі. Рецесивні гени у гетерозиготному стані не визначають помітної фенотипової ознаки і проявляються лише в гомозиготному стані. Рецесивне спадкове захворювання може з'явитись в осіб, до яких передається відповідний ген від батьків.

До аутосомно-рецесивних хвороб відносять: дитячу амавротичну ідіотію, пентозурію, порушення згортання крові, уроджений нефроз, порушення всмоктування вітаміну B_{12}, несприйнятність фруктози, дистрофічна карликовість, синдром карликовості з аномаліями м'язів, печінки, мозку, очей та інші.

Особливістю успадкування спадкових хвороб, зчеплених зі статтю, є те, що мутагенні гени локалізовані в статевих хромосомах, а саме, розташовані в Х-хромосомі.

В Х-хромосомі локалізовані гени, які визначають такі захворювання як гемофілія, дальтонізм, вітаміно-D-резистентний рахіт, гіпоплазія зубів, фолікулярний кератоз.

Порушення нормальних метаболічних перетворень в організмі мають назву ензимопатії, або спадкові порушення обміну речовин. Близько 0,5 % новонароджених мають спадкові порушення обміну речовин, 6,5 % випадків дитячої інвалідності внаслідок нервово-психічних захворювань. Порушення активності ферментів може бути спричинено зменшенням синтезу того чи іншого ферменту, зміною швидкості розпаду або порушення нормальної структури.

Розрізняють явні та приховані ензимопатії. До прихованих ензимопатій відносяться дефекти тих ферментів, які беруть участь в обміні екзогенних хімічних речовин. Так, фермент глюкозо-6-фосфатдегідрогеназа бере участь у метаболізмі багатьох лікарських препаратів (плазмоциду, аскорбінової кислоти, сульфаніламідних препаратів, антибіотиків). Дефіцит цього ферменту в еритроцитах призводить до порушення структури їх мембран і явища гемолізу еритроцитів.

До явних ензимопатій відносяться дефекти ферментів, які беруть участь в обміні амінокислот, вуглеводів, ліпідів.

До симптомів, або ознак, які дають змогу виявити у хворого спадковий дефект обміну речовин, відносяться такі: алалія (брак або недорозвинення мовлення внаслідок органічного ураження мовних зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини); атаксія, альбінізм, гінгівіти, гіперглікемія, психотонічні стани, рухова розгальмованість, діарея, жовтяниця, катаракта, кома, шкірна висипка і патологія волосся, порушення ходи, глухота, прогресуючі деформації скелета, відставання у фізичному і психічному розвитку, рахіт, незвичайний колір і запах сечі, нирково-кам’яна хвороба у дітей, недоумкуватість, цироз печінки, екзема, несприйнятливість окремих харчових продуктів і лікарських препаратів.

Порушення метаболізму амінокислот. У переважній більшості випадків порушення метаболізму амінокислот – це аутосомно-рецесивна патологія.

Алкаптонурія – перша з ензимопатій, описаних у людини. Проявляється темною сечею відразу після народження дитини. У подальшому внаслідок накопичення в тканинах гомогентизинової кислоти темнішають склери й слизові оболонки. У 10-12 років розвиваються охронозний артрит і захворювання серцево-судинної системи. Внаслідок генетичного дефекту гомогентизиноксидази порушується метаболізм фенілаланіну і тирозину. Успадковується алкаптонурія за АР-типом.

Серед молекулярних хвороб найкраще вивчені гемоглобінопатії, які викликані зміною молекули гемоглобіну. Наприклад, у гемоглобіні здорових людей – гемоглобін А, у β-ланцюзі на 6 місці стоїть амінокислотний залишок глутамінової кислоти. Якщо на цьому місці буде стояти валін, то виникає серпоподібно-клітинний гемоглобін S. Внаслідок цього змінюється конфігурація білкової молекули, що різко змінює властивості гемоглобіну, змінюється механічна й осмотична стійкість еритроцитів, збільшується їх

гемоліз. Це призводить до зменшення швидкості кровотоку, виникає закупорка капілярів, що часто призводить до смерті хворих через інфаркт міокарда, мозку та інших органів.

У гомозиготному стані такі діти мало життєздатні, у них є дефекти внутрішніх органів, через це вони рано вмирають. У гетерозиготному стані вони зовнішньо, за фенотипом, мало відрізняються від здорових людей, але при зниженні атмосферного тиску кисню (висотні польоти у негерметизованих літаках, сходження на гори) у них може раптово виникнути гемолітичний або тромботичний криз, який може призвести до смерті.

Фенілкетонурія – це хвороба, спричинена порушеннями амінокислотного обміну. В організмі людини амінокислота фенілаланін під впливом ферменту фенілаланінгідроксилази перетворюється в тирозин, а останній через ряд проміжних продуктів обміну – в тироксин, меланін та адреналін. При відсутності фенілаланінгідроксилази фенілаланін не може перетворитися в тирозин, він накопичується в тканинах і перетворюється в інші продукти (фенілпіпіровиноградну кислоту, фенілоцтову кислоту і фенілетиламін), які є кетокислотами. Фенілаланін і кетокислоти є токсичними продуктами для нервової системи, особливо для головного мозку в період його формування. Внаслідок цього у дитини спостерігається розумова відсталість у вигляді імбецильності та ідіотії. Нестача тирозину призводить до зменшеного утворення адреналіну й меланіну. Тому в таких дітей спостерігається зменшення пігментації волосся, райдужки і схильність до артеріальної гіпотензії.

Причини ураження мозку при фенілкетонурії є складними. Крім токсичного впливу фенілаланіну і кетокислот відбувається компенсаторне зменшення й інших амінокислот, внаслідок чого затримується розвиток мозку. Чутливість нервової тканини до впливу продуктів порушеного обміну фенілаланіну особливо висока у перші два роки життя дитини, коли у зв'язку з підвищеною проникністю гемато-енцефалічного бар'єра ці продукти легко переходять з крові у спинномозкову рідину. З ростом дитини проникність гемато-енцефалічного бар'єра знижується і загроза токсичного ураження мозку зменшується.

Уперше фенілкетонурію описав норвезький лікар І. Фелінг у 1934 р., який за допомогою $FeCl_3$ виявив у сечі двох розумово відсталих дітей фенілпіровиноградну кислоту. Зараз ця хвороба вивчена достатньо. Діти народжуються нормальними, добре набирають масу, але вже на другому півріччі життя у них виявляють відставання у психічному розвитку. Діти стають сонливими, в'ялими, не фіксують погляд на речах, не прагнуть до спілкування, мають послаблену увагу, може з'являється блювота, різні форми дерматиту. Більшість цих дітей мають світле волосся та блакитні очі. Пізніше спостерігається відставання і в фізичному розвитку, затримується прорізування зубів, розвиток мовлення. Прогресування психічного дефекту відбувається до 4 років. Поруч із психічною відсталістю в них виникають

судоми, які мають характер нападів при великій чи малій епілепсії. Рідше спостерігаються довільні рухи типу хореоатетозу, тремор. Виявляється підвищення м'язового тонусу, рідше – гіпотонія. Часті пірамідні розлади у вигляді парезів. Уражені вегетативні розлади у вигляді пітливості, акроціанозу.

Альбінізм зумовлений браком нормального пігменту меланіну шкіри, який у нормі міститься в меланоцитах, та ферменту тирозинази, яка перетворює тирозин на меланін. Альбінізм буває поширений (загальний) і місцевий.

При ***поширеному альбінізмі*** меланіну бракує у шкірі, волоссі, райдужній оболонці ока. Це супроводжується світлобоязню, послабленням гостроти зору, інколи ністагмом. Сонячне проміння у таких хворих спричинює запальні зміни шкіри, ластовиння. Інколи альбінізм супроводжується й іншими розладами: глухотою у поєднанні з німотою, епілепсією, олігофренією. В той же час серед альбіносів є видатні люди.

Місцевий альбінізм захоплює звичайно частину шкіри і волосся, але ніколи не пошкоджує очей. Місцевий альбінізм важко відрізнити від вітиліго. Альбінізм часто зустрічається у тварин.

У генетичному відношенні поширений і місцевий альбінізм – це різні захворювання. Поширений альбінізм успадковується за аутосомно-рецесивним, а місцевий – за домінантним типом. Альбінізм не підлягає лікуванню. Такі особи повинні уникати сонячного проміння.

Аргінінемія проявляється судомами, блюванням невдовзі після народження дитини. Згодом додаються гепатоспленомегалія, мікроцефалія, парапарез, відставання в розумовому і фізичному розвитку. У крові й ліквор підвищується концентрація аргініну. Носійство вірусу папіломи Шоупа, що синтезує аргіназу, призводить до зниження вмісту аргініну в крові. Успадковується аргінінемія за АР-типом.

Целіакія – спадкова патологія, що спостерігається досить часто (1:3000). Вона пов'язана з дефіцитом ферментів, які розщеплюють ***гліодин*** – частину білка глютену, котрий входить до складу пшениці, жита ячменю, вівса, тобто всіх зернових культур. Патологія проявляється після введення прикорму у вигляді каш, хліба, причому здебільшого наприкінці першого року життя. Внаслідок токсичної дії глютамінпептиду у хворих гине війчастий епітелій кишок. Порушується всмоктування всіх поживних речовин. Спостерігаються ентеропатія, дегідратація, часті випорожнення рідкої консистенції, гіпотрофія. Целікія успадковується за АР-типом.

АД-тип успадкування цих захворювань майже не трапляється. Основна маса синдромів успадковується за типом АР (глікогенози, галактоземії, гіпербілірубінемії тощо). До генетично неоднорідної групи порушень вуглеводного обміну зараховують цукровий діабет.

Галактоземія. Галактоза – це складова частина молочного цукру (лактози). В організмі вона за допомогою ферменту галактозо-1-фосфат-уридилтрансферази перетворюється в галактозо-1-фосфат, який далі

перетворюється в глюкозо-6-фосфат, що входить до метаболічного циклу глюкози. При галактоземії у дитини виявляється недостатність вказаного ферменту, відбувається накопичення в організмі галактозо-1-фосфату, який токсично впливає на тканини організму. У дитини розвивається цироз печінки, уражуються нирки, внаслідок чого вони нездатні реабсорбувати амінокислоти з первинної сечі, що призводить до аміноацидурії. З галактози утворюється дульцитол, який накопичується в кришталику ока і призводить до ранньої катаракти.

У дітей через несприйняття материнського молока спостерігаються диспепсичні розлади, вони худнуть, з'являється жовтяниця, затримується психічний розвиток. Ці діти вмирають в перші місяці життя, якщо не буде своєчасно призначене необхідне лікування. Якщо дитина залишається живою, то у неї виявляється мікроцефалія, знижується тонус м'язів, з'являються судоми, гепато- і спленомегалія, розвивається анемія.

Аглікогеноз (гіперглікемічні судоми) супроводжується різкою гіпоглікемією, судомами вранці, відсутністю глікогену в печінці.

Первинний біохімічний дефект – ушкодження ферментів, відповідальних за синтез глікогену: глікогенсинтетази й уридиндифосфат-глюкозоглікоген-трансферази. Судомних станів уникають шляхом частих годувань, у тому числі вночі. Аглікогеноз успадковується за АР-типом.

Синдрому Беквіта-Відемана властивий гігантизм плоду і гіпоглікемія. Описані всі можливі типи успадкування (переважно АД). Обговорюється роль імпринтингу в походженні цього синдрому. Проявляється синдром від народження макросомією, макроглосією, пупковою грижею, борозенками на мочках вушних раковин. Спостерігаються гіпоглікемія, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, гіпокальціємія. Розвивається помірна розумова відсталість.

Гіпоглікемія новонароджених відзначається їх гіпертрофією. Такі діти нагадують своїм виглядом тих, хто народився від матерів з цукровим діабетом. Клінічні прояви включають судоми, гіпоглікемію, м'язову гіпотонію. Успадковується це порушення за АР-типом, патогенез його невідомий. Гіпоглікемія ідіопатична, сімейна, проявляється до дворічного віку, причому частіше у хлопчиків. Спостерігаються слабкість, пітливість, підвищений апетит, тремор, судоми, можлива кома. Провокує гіпоглікемію лейцин. Припускають, що дефекти інсулінази сповільнюють розпад інсуліну.

Цукровий діабет – генетично гетерогенна патологія, яка може бути наслідком аутоімунних процесів, зумовлених порушенням генів з системи HLA, мутаціями в структурній та регуляторній ділянках гена інсуліну, дефектами рецепторів клітинних мембран, наявністю інгібіторів інсуліну в крові, посиленням руйнування інсуліну, іншими генетичними дефектами та різноманітними їх поєднаннями.

При порушенні синтезу і деградації глікозамін-гліканів вони відкладаються в клітинах організму, розвивається ***мукополісахаридоз.***

Захворювання вперше було описано Гурлером у 1919 р. і було визначене як ***гаргоїлізм,*** тому що голова хворих нагадує гаргоїлів – потворних фігур на Паризькому соборі. В наступні роки було встановлено, що це збірна група захворювань, при яких порушується обмін одного з гліканів. Ця група спадкових захворювань сполучної тканини характеризується ураженням опорно-рухового апарату, внутрішніх органів, очей, нервової системи. Вже через кілька місяців після народження у дитини відзначаються такі зміни: гіпертелоризм, екзофтальм, збільшення черепа, навислий лоб, запале перенісся, широкий ніс, товсті губи (гаргоїлізм). Розвиваються пахові й пупкові грижі. Звертають на себе увагу короткі шия, кінцівки; деформація хребта і грудної клітки, контрактури суглобів. Виявляються також гепатоспленомегалію, вади серця. Різні форми мукополісахаридозів зумовлені порушенням метаболізму глікозаміногліканів на рівні різних ферментів.

Одним із мукополісахаридозів є ***синдром Гурлера.*** У хворих через дефект ферменту α-ідуронідази відбувається накопичення гепарину і дерматансульфату. Захворювання звичайно діагностується на другому році життя дитини. Воно виявляється розумовою відсталістю і скелетними змінами: кіфозом, випинанням лоба, плоским носом, гіпертелоризом, потовщенням губ, дрібними зубами, збільшеним язиком, деформованими вушними раковинами, густим жорстким волоссям, коротким тулубом, деформованою грудною кліткою, збільшенням поперекового і грудного кіфозу, потовщеними і розширеними епіфізами довгих кісток. Пальці рук при синдромі Гурлера набувають напівзігнутого положення, відзначається деяка скутість хворих. У них збільшений живіт, часті пупкові грижі, гепатоспленомегалії (збільшення розмірів селезінки і печінки). Спостерігаються серцеві вади, помутніння рогівки, нерідко – вроджена глаукома.

Спадкові порушення пуринового і піримідинового обміну залежно від рівня ушкодження метаболічного ланцюга можуть перебігати або дуже важко з народження – знижується життєздатність, інтелект, з‘являються значні неврологічні ураження (синдром Леша-Найгана) або нагадувати хвороби людей похилого віку (подагра).

Синдром Леша-Нейгана – природжена патологія, яка виникає внаслідок підвищення концентрації сечової кислоти у дітей, що пов’язано, насамперед з дефектами ферменту гіпоксантин-уанінфосфорибозилтрансферази. Синдром проявляється спастичним церебральним паралічем, затримкою фізичного і розумового розвитку, аутоагресією, а також змінами, характерними для подагри: підвищенням рівня сечової кислоти в крові, гематурією, урикурією, нефропатією, гострим артритом. При народженні хлопчики, які мають таку патологію візуально виглядають здоровими. Перші ознаки захворювання виникають з другого місяця життя дитини, що пов’язано з затримкою розвитку опоно-рухових навиків, пізніше, виникають паталогії рухів – екстрапіримідні хореатетоїдні

рухи, гіперрефлексія, клонус стоп та спастичність кінцівок. Діти з такими вадами кусають і жують свої пальці, нігті, губи, слизову оболонку щік, що призводить до травм.

Адреногенітальний синдром (***АГС***) – група гетерогенних захворювань, зумовлених генетичними дефектами метаболізму андрогенних гормонів, що належить до спадкових дефектів обміну стероїдів. Описані 5 форм цієї патології залежно від рівня ушкодження біохімічного ланцюга: дефіцит 21-α-гідроксилази або 11-β-гідроксилази, або 17- α-гідроксилази, або 20, 22-десмолази, або 3- β-ол-стероїд-дегідрогенази. Отже, ця ендокринна патологія, як і низка інших спадково зумовлених ендокринопатій, є ***ензимопатією.*** Перші два дефекти зустрічаються найчастіше. Захворювання починається в період внутрішньоутробного розвитку.

Гіпофізарна карликовість (пангіпопітуїтарна карликовість) пов‘язана з недостатністю всіх тропних гормонів гіпофіза і проявляється пропорційно затримкою росту, зниженням тиреотропної та адренокортикотропної функцій. Можлива повна затримка росту, відсутність статевого дозрівання, прояви різних ступенів олігофренії. Описані спорадичні АР-, ХР- форми успадкування.

До спадкових порушень обміну ліпідів належать хвороби ***Тея-Сакса,*** Німана-Піка, Гоше – це лізосомні захворювання. Через дефекти лізосомних ферментів, які беруть участь у метаболізмі ліпідів, останні накопичуються всередині клітин і спричиняють їх загибель.

Ліпіди – це складні сполуки ненасиченого аміноспирту сфінгозіну, жирних кислот і вуглеводів. Найпростішим ліпідом є ***церамід*** (сполука сфінгозіну з жирною кислотою). При наступному сполученні цераміду з глюкозою, галактозою та іншими речовинами утворюються більш складні ліпіди: сфінгоміелін, галактоцереброзид, глюко-цереброзид, гангліозид тощо. Перетворення одного ліпіду в інший здійснюється за допомогою відповідного ферменту. Дефект того чи іншого ферменту призводить до накопичення всередині клітин відповідного ліпіду, що називається ***ліпідозом*** або ***сфінголіпідозом.***

Хвороба Тея-Сакса – це спадкове захворювання центральної нервової системи. Найбільш поширена форма його спостерігається у немовлят, які при народженні виглядають здоровими і, як здається, в перші кілька місяців життя розвиваються нормально. Пізніше, розвиток сповільнюється, і виникають симптоми хвороби Тея-Сакса, які вперше з’являються у 4-6 місяців, коли зовнішньо здорова дитина раптово припиняє посміхатися, повзати або перевертатися, втрачає здатність брати та утримувати речі в руці, не реагує на зовнішній світ, збільшується розмір селезінки, наступає параліч, спостерігається прогресуюча психічна деградація і повна сліпота. Смерть настає у віці до 5 років. При хворобі Тея-Сакса здійснюється накопичення всередині клітин гангліозиду (сполуки цераміду з глюкозою, галактозою і N-ацетилнейраміновою кислотою). Успадковується хвороба Тея-Сакса за АР-

типом. Здебільшого хворі й гетерозиготні носії трапляються серед євреїв-ашкеназі. Припускають, що гетерозиготи більш стійкі до туберкульозу.

Пізня форма ***амавротичної ідіопатії Куфса*** (***цероїдліпофусциноз дорослих***) проявляється у віці 15–20 років. Спостерігається повільне прогресування органічної деменції. Зміни з боку органа зору не властиві, проте в окремих випадках виявляють пігментний ретиніт. У термінальній стадії захворювання характерні епілептичні напади, паралічі, нерухомість.

При ***хворобі Німана – Піка*** в клітинах головного мозку і внутрішніх органах накопичується сфінгомієлін (сполука цераміду з холіном і фосфорною кислотою). В одних випадках захворювання розвивається в дитячому віці, а в других – у зрілому й похилому. Виявляється органічною неврологічною симптоматикою (інфантильністю) і спленомегалією.

При ***хворобі Гоше*** у клітинах головного мозку і внутрішніх органах накопичується глюкоцереброзид (сполука цераміду з глюкозою). Виділяють гостру, підгостру і хронічну форми захворювання.

При гострих формах захворювання спостерігається м’язова ригідність, порушення зору, психічна деградація, остеопороз кісток, стоншення кортикального шару їх, деформація стегон за типом “пляшок” або колб Ерленмейера. Часті переломи кісток через розростання клітин Гоше у кістковому мозку. Зменшення кісткового мозку призводить до гіпохромної анемії, тромбопемії, що супроводиться носовими та іншими кровотечами. Через гепатоспленомегалію у дітей різко збільшений живіт. На очному дні так само, як і при хворобі Німана – Піка, виявляється вишнево-червона пляма. Такі діти звичайно вмирають на першому році життя від виснаження.

Х***вороба Мак-Ардля*** – спадкове захворювання, описане лікарем Ардлем у 1951р., передається за рецесивним типом успадкування, виникає від народження або в ранньому дитячому віці. Характеризується порушеннями розпаду м’язового глікогену і фосфору м'язів, міопатій, на відміну від печінкового розпаду, який здійснюється нормально.

При ***хворобі Герса*** одним із типів ***глікогенозу,*** при якому спостерігається порушення розпаду печінкового глікогену, що пов’язано з дефектним ферментом фосфорилазою глікогену.

Різні ферменти мають свій оптимум активності при відповідному pH середовища. Цим пояснюється різноманітність спадкових порушень обміну речовин при одній і тій самій формі ензимопатій.

Особлива увага приділяється генетичним порушенням холестеролового обміну, які супроводжуються зниженням холестеролу в організмі, що призводить до народження дитини з синдромом Сміта – Лемлі – Опітца (дефект 7-дегідрохолестеролредукатази), до порушень стероїдного обміну, мієлінізації нервової системи, до розумової відсталості та ін.

При дії на клітини організму ультрафіолетових променів іонізуючої радіації або хімічних речовин у молекулі ДНК можуть утворюватися зв’язки між двома азотистими основами (утворюються димери тиміну та інших азотистих основ). У нормі ці порушення усуваються репаративними

системами клітин. Проте при неповноцінності репаративних систем указані димери не усуваються. Чим більше димерів утворюється в клітині, тим менше життєздатною вона стає, а це сприяє виявленню багатьох хвороб (так звані хвороби репарації ДНК). До таких хвороб відноситься пігментна ксеродерма (сухість шкіри), анемія Фанконі, прогерія (раннє старіння), синдром Блюма, атаксія – телеангіектазія тощо.

Під впливом ультрафіолетового опромінення виникають зміни в молекулі ДНК у вигляді утворення міцних хімічних зв'язків між піримідиновими азотистими основами (Т, Ц) одного ланцюга. При цьому порушуються водневі зв'язки між двома ланцюгами ДНК і утруднюється реплікація ланцюгів. Під час опромінювання рентгенівськими або γ-променями відбувається розрив подвійного ланцюга ДНК, головним чином за рахунок продуктів радіолізу води до водню і гідроксилу (H^+ і OH^-). Чим більше невиправлених дефектів утворюється в клітині, тим менш життєздатною стає вона. Це прискорює її старіння і спричинює виникнення ряду хвороб репарації. У процесі репарації можуть виникати помилки відновлення.

Найбільш відома патологія порушення обміну металів – це гепатолентикулярна дегенерація (***хвороба Вільсона-Коновалова***), захворювання, яке починається у віці 12-20 років. У хворого спостерігається слабкість, біль у животі, жовтяниця, тремор, м'язова ригідність, гіперкінези, дисфагія, дизартрія, псевдобульбарні симптоми. По зовнішньому краю рогівки з'являється кільце зелено-бурого кольору (кільце Кайзера-Флейшера). Розрізняють абдомінальну, ранню ригідно-аритмо-гіперкінетичну, тремтячо-ригідну та екстрапірамідно-коркову форми захворювання. Абдомінальну форму часто сприймають за вірусний гепатит, що завершується цирозом печінки. Гепатолентикулярна дегенерація супроводжується деменцією, успадковується за АР-типом. Вона пов'язана з мутацією в гені, розташованому на хромосомі 13, котрий бере участь в обміні міді в організмі. Цей дефект призводить до накопичення міді в крові та відкладання цього металу в клітинах печінки, головного мозку, нирок, селезінки, райдужної оболонки, рогівки, в кришталику ока.

Генетичний дефект обміну міді зумовлює ще одне важке захворювання – синдром Менкеса, що проявляється судомами, порушенням терморегуляції, жовтяницею, відмовою від їжі, летаргією в період новонародженості, зниженням гострота зору. У таких дітей волосся кучеряве, ламке, гіпопігментоване, виявляються симптоми недосконалого остеогенезу. В основі захворювання лежить дефект всмоктування і транспорту міді з кишок, що залежить від наявності мідь-вмісного ферменту – цитохромоксидази. У печінці знижується вміст міді, а в сироватці крові – рівень церулоплазміну. Успадковується синдром Менкеса за Х-зчепленим рецесивним типом (ХР-типом).

Ферменти, що метаболізують ліки, в організмі людини проходять дві стадії – пренатального розвитку та постнатального визрівання. У зв'язку з

незрілістю білок синтезуючого апарату гепатоцитів у перші місяці після народження кожну генетично здорову дитину слід розглядати як організм, котрий страждає на тимчасову фармакогенетичну ензимопатію.

Фармакогенетична ензимопатія може проявлятися незвичайними побічними ефектами, симптомами отруєння, стійкістю різного ступеня до ліків. Подібні явища є результатом мутації гена, що кодує ферменти чи модифікує його дію, або інших порушень в регуляторних ділянках геному. Відомі рецептор-залежні форми зміненої генетично зумовленої реакції на лікарські засоби. Цю патологію, звичайно, виявляють випадково, в разі призначення певної лікарської терапії. Після визначення у пробанда схильності до побічних, незалежно від дози, реакцій на певний препарат слід цілеспрямовано обстежити всіх його родичів для встановлення прихованої фармакогенетичної ензимопатії.

Брак N-ацетилтрансферази, що здійснює ацетилування лікарських засобів. Це зумовлює гіперчутливість до ***гідразиду ізонікотинової кислоти*** (ГІНК), його повільну інактивацію. Ензимопатія ГІНК призводить до поліневритів, епілептичних нападів. Апресин в умовах цієї патології здатний спричинити важкий стан, що нагадує червоний вовчак. Донор N-ацетилтрансферази – пантотенова кислота, на котру бідна страва новонароджених.

Акаталазія – перша описана в літературі фармакогенетична ензимопатія, що характеризується надчутливістю до етанолу і стійкістю до метанолу. Якщо бракує каталази, не відбувається гідролізів перекисів, не функціонує механізм запобігання утворенню метгемоглобіну, під дією окислювачів відбувається гемоліз; підвищується чутливість щодо γ-променів. В японських і корейських сім‘ях з акаталазією пов’язана ***хвороба Такахара***, котра проявляється гангреною тканин порожнини рота, сепсисом. У Німеччині описаний випадок пародонтозу у 4-річної дитини, зумовленого акаталазією. Як замісну терапію за такої патології використовують капсули з каталазою рослинного походження. АР-тип успадкування.

Брак глюкозо-6-фосфатдегідрогенази (Г-6-ФДГ) проявляється гемолітичними кризами у відповідь на введення в організм примахіну, стрептоциду, фенацетину, фенілгідразину тощо. На цю патологію в світі страждають близько 200 млн осіб, здебільшого чоловіки. Ген рецесивний і розташовується в Х-хромосомі, тому патологія успадковується за ХР-типом. Проте продукт гена входить до складу мембрани еритроцитів, що мають клональне походження (з однієї клітини). У жінок відбувається випадкова гіперспіралізація однієї з Х-хромосом, і це призводить до гемізиготності за одним з алелів Г-6-ФДГ в різних клітинах гетерозиготних жінок. Якщо більшість еритроцитів походить із стовбурової клітини з активною Х-хромосомою, котра несе мутантний алель гена Г-6-ФДГ, то жінка є чутливою до зазначених вище ліків. У неї спостерігається гемоліз, головний біль, жовтяничність шкіри. Після припинення прийому препаратів пацієнтка одужує.

Особи з браком Г-6-ФДГ чутливі щодо деяких продуктів і нелікарських речовин: конячих бобів (фавізм), червоної смородини, агрусу, нафталіну.

Брак редуктази глютатіону проявляється при отруєнні грибами й після видалення жовчного міхура. Цей фермент входить до складу мембрани еритроцитів, бере участь у метаболізмі деяких важких металів, талію. Таке порушення може спричинити гіперчутливість щодо талію (назофарингіт, ураження нервової системи, галюцинації, алопеція).

Непереносимість лікарських засобів може бути також пов'язана з генетичним дефектом білків плазми крові (переважно альбуміну), що транспортують ліки в органи у зв'язаному стані. Терапевтичну дію справляють тільки вільні лікарські засоби. Зв'язок з альбуміном є формою накопичення, у цьому процесі ліки (сульфаніламіди, саліцилова кислота, синтетичний вітамін К) конкурують з білірубіном.

Генетично зумовлена стійкість до лікарських засобів може бути ферментативною рецепторною. Остання є результатом мутацій в генах, що кодують специфічні клітинні рецептори або регулюють експресію цих генів (у разі резистентності до атропіну, морфіну, кумаринових протизсідальних препаратів, кальциферолу). Спадкову схильність слід відрізняти від звикання, за якого відбувається індукція ферментів, які метаболізують ліки.

У зв'язку з тимчасово фармакогенетичною ензимопатією новонародженого, а також відповідно до частоти й важкості патологічних реакцій у відповідь на лікарську терапію всі лікарські засоби поділені на 3 групи: 1) такі, що показані для застосування в неонатальний період (бензилпеніцилін, метициліну натрієва сіль, оксациліну натрієва сіль, ампіцилін, еритроміцин, олеандоміцину фосфат, цефалоридин, цефалексин, клафоран, ністатин, кофеїн, церукал, фенобарбітал, вікасол, седуксен, натрію оксибутират, пірацетам); 2) такі, що вимагають обережності при застосуванні (атропіну сульфат, аміназин, анальгін, дигоксин, строфантин, Д-пеніциламін, теофілін, еуфілін, гентаміцин, амікацин, лінкоміцину, гідрохлорид); 3) засоби, протипоказані в неонатальний період (борна кислота, левоміцетин, тетрацикліни, канаміцин, мономіцин, налідиксова кислота, сульфаніламіди, наркотичні анальгетики – група морфіну).

До групи спадкових дефектів неферментних білків відносять спадкові нервово-м'язові хвороби, надзвичайно гетерогенні за своєю природою; це міопатії та міодистрофії, що розвиваються внаслідок ушкодження м'язових структур або нервових елементів.

Міопатія Дюшенна – характерна раннім проявом клінічних симптомів: дитина стає малорухливою, не бере участі в забавах; у віці 3–5 років важко піднімається сходами, протягом наступних 5–10 років повністю втрачає здатність рухатися. Розвивається псевдогіпертрофія м'язів гомілок внаслідок заміщення м'язових структур сполучною тканиною, страждають серцеві м'язи. У сироватці крові вже на початку клінічних проявів хвороби зростає рівень активності креатинкінази та креатинфосфокінази. Але це –

вторинна біохімічна ознака, яка свідчить про порушення мембрани м‘язових клітин.

Міопатія Беккера. В основі цієї спадкової хвороби лежить мутація гена дистрофіну, яка розташована в іншій його частині і коротша. Тобто міопатії Дюшенна і Беккера – це різні алельні форми генетичної патології.

Муковісцидоз або ***фіброз кістозний*** (підшлункової залози) – спадкова хвороба, що зумовлена мутацією в гені трансмембранного регуляторного білка, який відповідає за транспорт натрію, хлору та води крізь мембрани клітин. Клінічні прояви (фенотип) кожної, особливо інфекційної та алергічної патології, залежить від імуногенетичної програми індивідуума. Захисні імунні сили організму реалізуються в ході життєдіяльності $2x10^{12}$ клітин, роботи 4-х специфічних органів (тимусу, кісткового мозку, селезінки та лімфатичних вузлів).

В-лімфоцити у відповідь на зустріч організму з антигеном синтезують специфічні антитіла, імуноглобуліни G, M, A, E та D (залежно від будови важкого ланцюга молекули). Кожна молекула імуноглобуліну складається з чотирьох поліпептидних ланцюгів: 2 легких (має по одній варіабельній та константній частині) і 2 важких (по одній варіабельній та три константні частини). Гени, які кодують імуноглобуліни, утворюють 3 групи зчеплення (дві для легких ланцюгів та одна для важкого ланцюга) на різних хромосомах. Узгоджена експресія цих генів забезпечує специфічність та своєчасність імунних реакцій організму. В молекулі імуноглобуліну варіабельні ділянки (V) двох ланцюгів (легкого – L, важкого – H) створюють “пастки для антигенів”, акцепторні закінчення. Константні (C) ділянки двох важких (H) ланцюгів утворюють ефекторний кінець молекули, від якого залежить частка специфічного комплексу антиген + антитіло: аглютинація, лізис, зв’язування комплементу та ін.

Гіпоплазія тимуса (***синдром Ді Джорджі***) характеризується вродженою відсутністю вилочкових та паращитоподібних залоз, проявляється з народження судомами (гіпопаратиреоз), підвищеною схильністю до вірусних та грибкових інфекцій, аномаліями розвитку кісткової системи, вродженими вадами серця і судин, ротової порожнини, внутрішніх органів, аплазією або гіпоплазією вилочкової залози, недостатністю Т-клітинного імунітету.

Синдром Віскотта – Олдріча – імунодефіцит з тромбоцитопенією та екземою. Клінічно проявляється з народження: тромбоцитопенічна пурпура, рідкі випорожнення з домішками крові, згодом приєднуються пневмонія, отит, дерматити, екзема, можливе виникнення злоякісних пухлин, що нагадує ретикулоендотеліоз. Провідним є геморагічний синдром, генетичний блок на рівні В-лімфоцитів, успадковується за ХР-типом.

Атаксія-телеангіектазія (***синдром Луї-Бара***) – комплексне захворювання імунної, нервової та ендокринної систем з частим ушкодженням шкіри та печінки. Одним із симптомів цієї патології є

резистентний до інсуліну цукровий діабет, схильність до злоякісних пухлин ретикулярного типу, успадковується за ХР-типом.

Генетична програма організму записана послідовністю нуклеотидів в ДНК, що локалізується не тільки в хромосомах ядра, але й у цитоплазмі кожної клітини – в хромосомі мітохондрій. Гени, розташовані в ДНК мітохондрій, успадковуються не за законами Менделя, а шляхом прямого розподілу мітохондрій між новими клітинами разом з цитоплазмою під час мітозу. ***Мітохондрії*** – це енергетичні системи клітин, ДНК яких називають М-хромосомою, або 25-ою хромосомою.

Енергетичні потреби клітин забезпечуються за допомогою гліколізу чи окислювально-відновлювальних процесів. Останні здійснюються за рахунок роботи 60 генів (5 комплексів) дихального ланцюга мітохондрій, тільки 13 з яких локалізуються в М-хромосомі, інші – ядерні гени; між усіма генами існує тісний, добре скорегований взаємозв'язок.

Будь-яке порушення в генах дихального ланцюга супроводжується розвитком спадкової патології, а саме, мітохондріальних хвороб. Мутації в генах, розташованих в ядерних хромосомах, є також причиною мітохондріальних хвороб, що успадковуються за законами Менделя. Якщо ушкоджені гени М-хромосом, - виникають хвороби з цитоплазматичною (материнською) успадкованістю, бо велику цитоплазму з мітохондріями мають лише яйцеклітини. Тобто, в цьому випадку хворобу передають тільки жінки, однак хворіють особи обох статей. Можливі спорадичні випадки мітохондріальних хвороб, нові мутації в ядерних чи мітохондріальних генах. Ушкодження генів мітохондрій соматичних клітин може відбуватися в окремих тканинах чи органах і викликати патологію з переважним ураженням певного органа.

Генетична класифікація мітохондріальних хвороб базується на їх розподілі по групах за умовами успадкування:

1. Дефекти ядерної ДНК, різні мутації, що зумовлюють:

а) дефекти транспорту субстрату;

б) дефекти утилізації субстрату;

в) дефекти ферментів циклу Кребса;

г) дефекти процесів окислювання-фосфорилування;

д) дефекти дихального ланцюга;

е) дефекти постачання білків.

2. Дефекти мітохондріальної ДНК:

а) спорадичні масштабні перебудови;

б) точкові мутації в структурних генах;

в) точкові мутації в генах, що взаємодіють зі структурними генами.

3. Дефекти міжгеномних сигналів:

а) аутосомно-домінантні множинні делеції мітохондріальної ДНК;

б) аутосомне-рецесивне пригнічення функції мітохондріальної ДНК.

4. Набуті пошкодження мітохондріальної ДНК під впливом дії шкідливих чинників:

а) токсинів;

б) ліків, і в процесі старіння.

Серед мітохондріальних хвороб за материнським типом успадкування розрізняють синдроми: MERRF (мітохондріальна енцефаломіопатія з лактат-ацидозом та нападоподібним перебігом, точкова мутація в гені лейцинової тРНК); MELAS міокардіопатія, атаксія-сліпота (точкова мутація в гені АТФ-ази 6); LHON (Вебера спадкова атрофія зорових нервів, декілька точкових мутацій в генах I комплексу дихального ланцюга (NADH *dehydrogenase*)). Всі описані мутації змінюють гени, що розташовані в мітохондріях.

Головними клінічними та біохімічними ознаками мітохондріальних хвороб є міопатії (енцефаломіопатії, кардіоміопатії), втрата зору за рахунок пігментного ретиніту, чи атрофії зорового нерва, порушення метаболізму пірувату та лактату, ферментів комплексів дихального ланцюга.

Хромосомні спадкові захворювання зумовлені зміною кількості хромосом або їхньої структури. До них належать зміни плоїдності, зокрема потроєний набір хромосом (3n) або кількості хромосом будь-якої пари (анеуплоїдія) – моносомія чи трисомія. Структурні зміни хромосом можуть виявлятися відривом частини хромосоми (делецією), переміщенням однієї частини хромосоми на іншу (транслокацією), поворотом хромосоми на 180^0 (інверсією), утворенням хромосоми тільки з одного плеча (короткого або довгого) – так званої ізохромосоми. При багатьох із зазначених хромосомних змін ембріон і плід нежиттєздатні. Сумісним із життям є трисомія за окремими аутосомами і статевими хромосомами, а також відносно невеликі структурні зміни хромосом. Однак і при цих змінах хромосом відзначається ряд дефектів в організмі. Хромосомні хвороби найчастіше не успадковуються.

Серед хромосомних захворювань у популяції новонароджених переважають трисомії аутосом, трисомія статевих хромосом, моносомії статевих хромосом.

Хромосомні аномалії зустрічаються у 1 % новонароджених. Вони є причиною 45–50 % множинних уроджених вад розвитку, близько 36 % випадків глибокої розумової відсталості, 50 % аменорей, 10% безпліддя у чоловіків.

Генетичною основою хромосомних хвороб є відхилення від нормального вмісту в клітинах організму кількості хромосом або їх структури унаслідок геномних або хромосомних мутацій.

До таких захворювань належать зміни плоїдності, наприклад, потроєний набір хромосом (3 n) або кількості хромосом будь-якої однієї пари (анеуплоїдія) – моносомія чи трисомія. Структурні зміни хромосом можуть виявлятися відривом частини хромосоми (делецією), переміщенням однієї частини хромосоми на іншу (транслокацією), поворотом хромосоми на 180^0 (інверсією), утворенням хромосоми тільки з одного плеча (короткого чи довгого) – так званої ізохромосоми.

Майже всі хромосомні захворювання супроводжуються множинними порушеннями скелета і психіки, уродженими вадами зовнішніх і внутрішніх статевих органів, сповільненим ростом. Порушуються функції нервової, ендокринної та інших систем, знижується генеративна функція, зростає смертність серед осіб з хромосомними аномаліями.

Хвороба Дауна найбільш поширене хромосомне захворювання. Встановлено, що хвороба може бути зумовлена не тільки трисомією 21-ї хромосоми, але й транслокацією 21-ї хромосоми на інші, частіше на 13-у або 22-у, а також мозаїцизмом, коли одна частина клітин має 46 хромосом (нормальний каріотип), а друга – 47. Тепер встановлено, що трисомія при хворобі Дауна спостерігається в 94 % випадків, транслокація – в 4 %, мозаїцизм – в 2 %. Частота народження дітей, хворих на хворобу Дауна, за сумарними даними багатьох авторів становить 1,15–5/1000. Причини народження дітей з хворобою Дауна остаточно не з'ясовані. Припускається, що причиною захворювання можуть бути перенесені матір'ю перед запліднення інфекційні захворювання (гепатит, токсоплазмоз тощо).

Встановлено також, що із збільшенням віку матері ризик народження дитини з хворобою Дауна збільшується. Так, емпіричний ризик народження дитини з хворобою Дауна жінкою в 19 років становить – 1 : 1640, у віці 40–41 – 1 : 84, а після 45 років – 1 : 31 (Г. І. Лазюк, 1979). Особливо великий ризик народження дитини з хворобою Дауна в сім'ї, де чоловікові більше 50 років, а жінці більше 40.

У перші дні життя дитини діагностика хвороби Дауна є важкою, однак у більш старшому віці вона діагностується легко. У хворих спостерігаються характерні зміни обличчя і голови. У них невелика кругла голова, зі скошеною потилицею, покатим вузьким лобом, плоским обличчям, монголоїдним розрізом очних щілин, який іде до середини і вниз, з епікантом, товстими губами, широким сплющеним язиком з глибокою поздовжньою борозною, виступаюча нижня щелепа. Вушні раковини зменшені у вертикальному напрямку, з приростою мочкою. У маленьких дітей різко виражена м'язова гіпотонія, внаслідок чого в лежачому положенні живіт набуває положення жаб'ячого, відмічається розхитаність суглобів, куряча або лійкоподібна грудна клітка. Характерні зміни кінцівок: укорочення і розширення кисті і ступні (акромікрія). Через гіпоплазію середньої фаланги викривлений мізинець (клинодактилія). На ньому є тільки одна згинальна борозна, а на долоні – одна поперечна борозна (чорирьохпальцева). На райдужній оболонці є світлі плями (плями Брушфільда), які з віком стають менш помітними, розвивається катаракта. Відзначається неправильний ріст зубів, високе піднебіння, рум'янець на щоках. Волосся на голові м'яке, рідке, пряме, з низькою межею росту на потилиці. Порушені і внутрішні органи, особливо серце, шлунково-кишковий канал, зокрема стеноз або атрезія дванадцятипалої кишки. Діти відстають в моторному і психічному розвитку. У хворих спостерігається глибока розумова відсталість – від імбецильності до ідіотії. Вони слухняні, добре

піддаються навіюванню. Під час дерматогліфічного дослідження батьків дітей, які хворі на хворобу Дауна, виявлено деякі особливості за фенотипом: осьовий три радіус t4 ан ілтеп іньлаідар ,іранетопіг ан ілтеп ,″-му і 5-му пальцях, аномальні борозни долоні. Отже, в осіб з такими особливостями дерматогліфіки є підвищений ризик народити дітей з хворобою Дауна, а тому для них не бажана пізня вагітність.

Частіше зустрічається трисомія за 13-ю хромосомою, описана в 1960 р. К. Патау, частота синдрому 1:700 – 1:8000.

При ***синдромі Патау*** ідмічаються значні дефекти будови черепа: мікроцефалія, низький спадистий лоб, вузькі очні щілини, аномалії очей (мікрофтальм і анофтальм), низьке розташування вушних раковин (глухота), розщеплені верхня губа і піднебіння, полідактилія, дефекти серцево-судинної системи (серце розташоване з правої сторони) і внутрішніх органів (кистозні нирки, дворога матка), недорозвинені передні відділи мозку.

Розумова неповноцінність, аненцефалія. Такі діти вмирають у перші три місяці життя або протягом року.

Мікроцефалія – дефект розвитку в основі якого є зменшення маси головного мозку, зменшується окружність черепа на 2 і більше сигнальних відхилень. Відомо два типи мікроцефалії: первинну (просту, генетичну), що виникає внаслідок дії мутагенних факторів на ранніх стадіях внутрішньоутробного розвитку, та вторинну (комбіновану, ускладнену, яка виникає внаслідок ураження мозку в останні місяці внутрішньоутробного розвитку під час пологів та в перші місяці життя. Більшість хворих з такою патологією мають порушений інтелектуальний розвиток.

Синдром Едварса – трисомія за 18-ю хромосомою, частота синдрому 1:3000 новонароджених. Частіше цей синдром спостерігається у хлопчиків. Як і при синдромі Патау, у дітей спостерігаються значні дефекти черепа і скелета. Такі діти звичайно народжуються переношеними, в асфіксії, з доліхоцефалією, вузьким лобом, виступаючою потилицею, розщепленим піднебінням, недорозвинутою нижньою щелепою, деформованими і низько розміщеними вушними раковинами. Відмічаються великі дефекти пальців рук, сплющення склепіння стопи, через що стопа має форму качалки, пальці ніг укорочені. Шкіра дуже рухлива, через що утворюються зморшки на шиї та інших частинах тіла. Очі маленькі. Значні дефекти внутрішніх органів (серця, шлунково-кишкового каналу, статевих органів, аномалій нирок), у хлопчиків відмічається крипторхізм, а у дівчаток – гіпертрофія клітора, розумовий та фізичний недорозвиток. Хлопчики звичайно помирають незабаром після народження, а дівчатка живуть до року.

Трисомія за 8-ю хромосомою описана у дітей з розумовою відсталістю і зустрічається 1:5000, переважно у хлопчиків. Більшість випадків відноситься до мозаїчних форм. У таких дітей спостерігаються вади обличчя, опорно-рухової та статевої систем. Спостерігається косоокість, великі вушні раковини, аномалії хребта, ребер, кіфоз, сколіоз, вади серця. Сумісними з життям є зміни кількості статевих хромосом – моносомія і трисомія. Це

можна пояснити тим, що в статевих хромосомах активність генів виявляється переважно в процесі ембріогенезу, а потім вона знижується.

Для синдрому Шерешевського-Тернера характерна тільки одна статева хромосома Х. Каріотип їх визначається формулою 45, Х0. Ці жінки низького зросту, з статевим інфантилізмом. У них аномальні статеві органи, вузька піхва, недорозвинена матка і яєчник, гіпертрофований клітор, мізерна кількість волосся на лобку. У них не буває менструації або вони одноразові. Грудних залоз немає. На місці їх інколи є складки жиру. Соски недорозвинуті, ореоли втягнуті, широко розставлені і не пігментовані. Вушні раковини деформовані, низько розміщені, шия коротка, з її боків видно широку шкірну зморшку, яка йде від соскоподібних відростків до надпліччя. Волосся на потилиці росте низько. Часто відмічається епікант, мікро- і ретрогнатія, вузьке і високе тверде піднебіння. Спостерігаються зміни кінцівок: вальгусна позиція ліктьових суглобів, широкі долоні, короткий безіменний палець, короткий викривлений мізинець, деформовані глибоко посаджені нігті. Нігті короткі, товсті, 3-й, 4-й і 5-й пальці ніг вкорочені, викривлені, неправильно розміщені.

Може спостерігатись каорктація аорти, стеноз легеневого стовбура, незрощення міжшлункової перегородки серця, підковоподібна нирка. З боку нервової системи значних змін не відзначається, інтелект у хворих порушений мало або зовсім не порушений. Характерна затримка окостеніння довгих кісток, хоча ріст хворих жінок припиняється у 15-18 років, а злиття епіфізів і метафізів немає навіть у 25-річному віці. Визначається збільшення медіальних виростків стегнових кісток і зменшення великогомілкових, потовщення латеральних кінцівок ключиці, остеопороз кісток, особливо метафізів трубчастих кісток.

Діти народжуються часто недоношеними, малого зросту. Важливим для діагностики синдрому Шерешевського-Тернера є дослідження статевого хроматину в щічному епітелії. Такі діти частіше народжуються у батьків низького зросту, в яких каріотип при звичайному дослідженні нормальний. Втрата Х-хромосоми, напевно, відбувається на перших етапах розвитку зиготи.

Фенокопією цього синдрому є ***синдром Нунан.*** Цей синдром був описаний зокрема Є. В. Большою і Є. М. Сельвінською в 1981 р. Автори спостерігали 11 хворих, які за фенотипом були подібні до хворих на синдром Шерешевського-Тернера, але каріотип у них був нормальний. Серед них були дівчата та хлопчики. У них відзначалась затримка росту, характерні риси обличчя, широка шия, низький ріст волосся на потилиці, високе піднебіння, вальгусна постава суглобів, різні вади серцево-судинної, сечостатевої системи і органа зору, гіперхолестеринемія і гиперліпідемія. На відміну від синдрому Шерешевського-Тернера, у них не було лімфатичного набряку обличчя і кінцівок при народженні, але явища деменції виражені значніше.

Синдром полісомії за Х-хромсомою у жінок. При каріотипі 47, ХХХ змін за фенотипом може і не бути, тому що тут дві Х-хромосоми спіралізовані і представлені статевим хроматином. У таких жінок може відзначатись розумова відсталість. Такі жінки можуть мати здорових нащадків, через те, що половина їхніх гамет має нормальний набір хромосом.

Описані випадки з 4 і 5 Х-хромосомами. Чим більше Х-хромосом в каріотипі, тим більше виражений дефект розумового розвитку, а також зміни фенотипу і статевий інфантилізм. Такі жінки високого зросту із значними змінами скелета, викривленням хребта, депігментованими плямами та ін.

Синдром Клайнфельтера – синдром первинного чоловічого гіпогонадізму. Каріотип цих хворих 47, ХХY. У клітинах епітелію виявлений статевий хроматин, як і в нормальних жінок. До досягнення статевої зрілості клінічно синдром може бути не виявленим. При статевій зрілості відмічаються ознаки євнухоїдності. У хворих недорозвинуті статеві залози при нормальному розвитку статевого члена, брак волосистості на обличчі, гінекомастія, відкладання жиру на стегнах за жіночим типом. Вони звичайно високого зросту за рахунок подовження ніг, тулуб відносно короткий. Через брак сперматогенезу такі чоловіки неплідні. Хворі на синдром Клайнфельтера страждають на дебільність різного ступеня. Такі діти звичайно народжуються у літніх матерів, хоча каріотип у них нормальний. Нерозходження Х-хромосом, напевно, відбувалось на різних стадіях розвитку зиготи. Спадковість при синдромі Клайнфельтера не вивчена, тому що ці хворі не залишають потомства.

Синдром дисомії за Y- хромосомою**.** Каріотип 47, XYY описано як у здорових за фенотипом чоловіків, так і в чоловіків з гіпогонадизмом, крипторхізмом, розумовою відсталістю і добре розвинутими м’язами. Незбалансований поліморфізм статевих хромосом призводить до порушення розвитку нервової системи, зниження інтелекту, що може спричинити агресивність і кримінальні вчинки цих осіб. Учені виявили каріотип 47, XYY в агресивних чоловіків, злочинців – рецидивістів з високим зростом, правильною будовою тіла, великими вушними раковинами і надбрівними дугами, добре розвинутими м’язами, чоловічим типом оволосіння, нормальним розвитком статевих залоз, перевагою лицьового відділу скелета голови над мозковим.

Моносомія за Y-хромосомою (на відміну від моносомії за Х-хромосомою) у літературі не описана. Напевно, розвиток зародка з однією Y-хромосомою без Х-хромосоми неможливий, тому що Y-хромосома несе незначну генетичну інформацію і не може компенсувати Х-хромосому, якої бракує.

Синдром часткових анеуплоїдій обумовлених хромосомними мутаціями. Відомо близько 1 000 різних варіантів хромосомних мутацій, які передаються в спадок від батьків або виникли на ранніх етапах внутрішньоутробного життя. Часткові анеуплоїдії виникають як результат неточного кросинговера в хромосомах з інверсіями або транслокаціями.

Часткова моносомія за коротким плечем хромосоми 5 і зумовлений хромосомною мутацією (делецією) – ***синдром котячого крику*** (5p-)**.** У таких дітей спостерігається плач, який нагадує нявкання кота. Частота синдрому складає 1:45000. Крім делеції, при цьому синдромі спостерігаються інші цитогенетичні варіанти (кільцева 5 хромосома, мозаїцизм за делецією). Характерна ознака «котячого крику» обумовлена зміною гортані (її звуження, зменшення надгортанника, велика кількість складок слизової оболонки). Майже у всіх хворих спостерігаються зміни мозкового відділу черепа і обличчя (місяцеподібне обличчя), мікроцефалія, монголоїдний розріз очей, плоский ніс, деформація вушної раковини, вади серця, зміни кістково-м'язової системи, у дорослому стані – косоокість, прогресує психомоторний недорозвиток.

Більшість хворих гине в перші роки життя, близько 10% досягають десятирічного віку.

Синдром Вольфа-Хіршхорна обумовлений делецією 4-ої хромосоми (4p+). Частота синдрому 1:100000. Хворі з такою патологією характеризуються численними природженими вадами із затримкою психічного та фізичного розвитку. У таких дітей спостерігаються мікроцефалія, дзьобоподібний ніс, аномальні вушні раковини, розщілина губи та піднебіння, аномалії очних яблук, маленькій зріст, вади серця, нирок, шлунково-кишкового тракту. Більшість дітей гине у віці до 1 року.

Синдром часткової трисомії за коротким плечем 9-ої хромосоми (9p+). Ознаки хворих: затримка росту, розумова відсталість, монголоїдний розріз очей, деформовані вушні раковини, у 25 % хворих – вади серця.

До мікроцитогенетичних синдромів належать синдроми, обумовлені частковими делеціями і дуплікаціями чітко визначеної ділянки хромосом. Поки, що не встановлено, що лежить в основі розвитку цих синдромів – брак структурного гена чи більшої ділянки, яка включає конкретний ген; як впливає на прояв цього синдрома стан локусу в гомологічній хромосомі. Прояв цих синдромів варіюється у зв'язку з різною довжиною делеції або дуплікації, а також у зв'язку з батьківською перебудовою, успадкованою від матері чи від батька.

Синдром Лангера-Гідіона характеризується наявністю у хворих великих вушних раковин, низьким зростом, частковою розумовою відсталістю.

Пухлина Вільмса характеризується браком райдужної оболонки, розумовою відсталістю.

Синдром Прадера-Віллі характеризується ожирінням, короткими руками і ногами, розумовою відсталістю.

Синдром Ангельмана – генетична аномалія, що характеризується хромосомним дефектом, затримкою психічного розвитку, порушенням сну, гіпотонією, епілепсією, мутизмом, порушення координації рухів рук.

При синдромі Ангельмана відсутні деякі гени з 15 хромосоми, найчастіше страждає материнська хромосома, а у випадку батьківської – виникає синдром Прадера-Віллі.

Синдром Аперта – вроджена патологія, що характеризується вадами розвитку черепа, обличчя, ротової порожними, зубів та кінцівок. Частота синдрому 1 на 160 000 до 1 на 200 000 новонароджених.

Синдром часткової делеції 18-ї аутосоми. Часткова делеція короткого плеча 18-ї аутосоми клінічно проявляється: мікроцефалією, аномалією очей, атрезією зовнішніх слухових каналів, зниженням слуху, малим зростом, м'язовою гіпотонією, розумовою відсталістю.

Для синдрому часткової делеції довгого плеча 18-ї аутосоми характерні мікроцефалія, відставання у фізичному і психічному розвитку, деформація вушних раковин, веретеноподібні пальці. При синдромі часткової делеції 21-ї хромосоми виявляється розумова відсталість, виступаюче перенісся, великі близько розміщені вуха і повіки, гіпертонус м'язів, дистрофічні зміни кісток, зменшення кількості тромбоцитів в крові.

Синдром Міллера-Дікеа має такі ознаки: мікроцефалія, вади нирок, судоми.

У більшості випадків мінливість кількісних ознак обумовлена спільною дією сукупності генів і факторів зовнішнього середовища, яке визначає фенотип. Такий тип успадкування називають мультифакторіальним.

На розвиток і перебіг такого успадкування істотно впливають умови навколишнього середовища. При полігенних хворобах генетичний дефект спричиняє схильність, а хвороба є наслідком складної взаємодії генетичних факторів і дії навколишнього середовища. Це найпоширеніша група спадкової патології, яка складає 92% від загальної патології людини.

Спадкові хвороби є також результатом взаємодії генотипу і навколишнього середовища. До чинників навколишнього середовища відносять інфекційні, травматичні, термічні, харчові. Чинники внутрішнього середовища – це функціонування генів або генетична конституція організму.

В одних випадках для розвитку хвороби, як виняток, має значення патологічний ген унаслідок мутаційного процесу. Так виникають спадкові хвороби (гемофілія, фенілкетонурія тощо). Тут середовище може тільки модифікувати прояв захворювання і не має вирішального значення.

Деякі із спадкових хвороб мають безсимптомний перебіг і проявляються лише за несприятливого впливу середовища. Так, травма може сприяти виявленню дефектів згортання крові.

Охорона спадковості має виняткове значення для здоров'я та гармонійного розвитку особистості. Забруднення середовища мутагенами збільшує число уражених генів і обсяг генетичного тягаря, відповідно зростає в майбутніх поколіннях частка людей із спадковими хворобами та хворобами екзогенного походження.

Більшість відомих спадкових захворювань, які спричинені пошкодженням кількох або багатьох генів, відноситься до ***поліфакторних.***

До них також належать всі спадкові захворювання з нез'ясованим патогенезом. У більшості випадків мінливість кількісних ознак обумовлена спільною дією сукупності генів і факторів зовнішнього середовища, яке визначає фенотип. Такий тип успадкування називають ***мультифакторіальним***.

До поліфакторних захворювань належать гіпертонічна і виразкова хвороби, шизофренія, захворювання нервової системи, внутрішніх органів, опорно-рухового апарату тощо. На їх розвиток і перебіг істотно впливають умови навколишнього середовища, тому вони отримали назву мультифакторіальні. При полігенних хворобах генетичний дефект (сукупна дія декількох генних мутацій) викликає схильність, а хвороба є наслідком складної взаємодії генетичних факторів і дії оточуючого середовища.

Для мультифакторіальних спадкових хвороб характерний поліморфізм клінічного перебігу, існування перехідних форм – від прихованих до клінічно виражених. Це зумовлено залученням багатьох генів (полігенні системи) і складною взаємодією з факторами середовища. До мультифакторіальних хвороб відносяться: ревматизм, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, епілепсія, виразкова хвороба, цироз печінки, цукровий діабет, бронхіальна астма, псоріаз, шизофренія та ін. При цьому від покоління до покоління передається схильність до певного захворювання. І хоча мультифакторним хворобам властивий зазвичай поліморфізм, вони мають спільні ознаки:

- висока частота в популяції (на цукровий діабет страждає 5 % людей земної кулі, на алергічні захворювання – понад 10 %, на шизофренію – 1% людей, на гіпертонію – близько 30 %);
- невідповідність успадкування законам Менделя;
- існування клінічних форм від прихованих субклінічно до важкого перебігу;
- ранній початок захворювання і зростання клінічних проявів у несхідних поколіннях.

На частоту мультифакторних спадкових хвороб впливає стать одного із батьків хворого на це захворювання і стать хворої дитини. Так, пілоростеноз переважає у хлопчиків у співвідношенні 5:1, а вроджений вивих стегна – у дівчаток.

Поліфакторно зумовлені й деякі фізіологічні особливості організму: розумові здібності, тривалість життя, схильність і опірність до інфекційних захворювань. Це доведено багатьма авторами на підставі близнюкового методу дослідження.

Полігенне успадкування – це наймовірніше не успадкування, а спосіб дії генів. Численні дослідження довжини і форми тіла, забарвлення шкіри, фізіологічних показників та ін. підтверджують, що такі ознаки обумовлені полігенною дією. До цієї групи взаємодії відносять і полігенні хвороби. Ці захворювання не відповідають законам Менделя. Імовірність їх успадкування на підставі генетичних законів важко розрахувати. Частоту прояву

розраховують емпірично, на підставі аналізу великої кількості захворювань в популяції.

Їм властиві перехідні форми – від прихованих, малопомітних, до клінічно виражених, з раннім початком і зростанням патологічних проявів у низхідних поколіннях. Клінічна картина захворювання у пробанда і найближчих родичів схожа. В одних випадках захворювання проявляється в ранньому віці (гемофілія), в інших – в юнацькому (міопатії, юнацька прогерія), у третіх – в дорослому періоді (полікістоз нирок, хорея Гентінгтона та ін.) і, зрештою, в старечому віці (хвороба Паркінсона).

При полігенних захворюваннях ризик народження хворої дитини зростає з кожною наступною вагітністю.

Медико-генетичне консультування – спеціалізований найпоширеніший вид медичної допомоги та профілактики спадкових хвороб. Суть методу полягає у визначенні прогнозування народження дитини зі спадковою патологією.

Показниками для медико-генетичного консультування є:

- народження дитини з вадами розвитку;
- встановлення або підозра на спадкову хворобу у родині;
- затримка фізичного розвитку;
- розумова відсталість у дитини;
- повторні спонтанні аборти, мертвонародження, викидні;
- близькоспоріднені шлюби;
- вплив шкідливих факторів довкілля у перший триместр вагітності;
- проблемне протікання вагітності.

З історії науки

- Синдром Шерешевського-Тернера вперше було описано в 1925 р. Шерешевським, а потім у 1938 р. Тернером.
- Хвороба Дауна, яка вперше була описана англійським лікарем Л. Дауном у 1866 р. У 1959 р. французький вчений І. Лежен виявив у каріотипі хворих зайву 21-у аутосому.
- Синдром Клайнфельтера вперше описаний Н. Клайнфельтером у 1924 р. як синдром первинного чоловічого гіпогонадізму.

Цікаво знати, що...

- Генетичні порушення є причиною 50 % мимовільних викиднів.
- З 40 новонароджених один з'являється мертвим.
- Дуже мало спадкових хвороб, при яких вибірково уражається тільки одна система. Навіть при моногенній патології за рахунок плейотропної дії гена виникають порушення різних органів і систем.

- ❖ Більшість генних мутацій, особливо хромосомних, викликають генералізовані пошкодження певної тканини (наприклад, хвороби сполучної тканини) або захоплюють кілька органів.
- ❖ Ензимопатії – найбільш обширна і вивчена група моногенних (молекулярних) захворювань. На них припадає 12 % госпіталізацій, 8,5 % летальних випадків у педіатричних клітинах, біля 6,5 % випадків дитячої інвалідності внаслідок нервово-психічних захворювань.
- ❖ Близько 0,5 % новонароджених мають спадкові порушення обміну речовин.

Питання для самоперевірки

1. Дайте визначення поняття здоров'я.
2. Які показники суспільного здоров'я?
3. Дайте визначення поняттям «патогенез», «реактивність».
4. Охарактеризуйте ендогенні і екзогенні чинники, що зумовлюють вади розвитку організму.
5. Які фактори визначають здоров'я населення?
6. Дайте визначення понять реактивність та резистентність організму.
7. Які основні цитологічні механізми дії тератогенів?
8. Дайте визначення поняття нозологія.
9. Що вивчає валеологія?
10. Назвіть причини народження дітей із вродженими аномаліями розвитку.
11. Охарактеризуйте групи тератогенів.
12. Охарактеризуйте молекулярні хвороби.
13. Які найбільш відомі молекулярні моногенні спадкові захворювання?
14. Як успадковуються алкаптонурія, фенілкетонурія, мукополісахаридоз?
15. Які існують типи хромосомних мутацій?
16. Які найбільш відомі захворювання, що зумовлені змінами хромосом?
17. У чому полягає відмінність між спадковими хворобами і природженими вадами розвитку?
18. Які хвороби називаються спадковими? У чому полягає профілактика спадкових хвороб?
19. За якою ознакою класифікують генні хвороби?
20. Охарактеризуйте медико-біологічні та соціальні проблеми здоров'я.
21. В чому полягає біологічна, соціальна та психологічна сутність здоров'я?
22. Вкажіть від яких факторів залежить здоров'я людини
23. Охарактеризуйте три взаємопов'язані рівні здоров'я: суспільний, груповий та індивідуальний.
24. Дайте визначення поняттям «індивідуальне здоров'я», «фактичне індивідуальне здоров'я», «третього стану», «хвороба», «етіологія».
25. Вкажіть, що відносять до структури способу життя.
26. Охарактеризуйте проблеми здоров'я суспільства.

27.Вкажіть, що відносять до складових аспектів здоров'я.

Література

1. Авельцева Т. П., Басюк Т. П., Безпалько О. В., Журавель Т. В., Зимівець Н. В. Основи громадського здоров'я: теорія і практика: навч.-метод. посібник / Український фонд «Благополуччя дітей»; Центр з проблем соціальної педагогіки та соціальної роботи АПН України; Луганський національний педагогічний ун-т ім. Тараса Шевченка / О.В. Безпалько (ред.). – Ужгород: Патент, 2008. – 322с.
2. Айала Ф., Кайзер Дж.: В 3 т. – Современная генетика. – М., Мир. 1987. – Т. 1. – 269 с.
3. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) / А.Й. Капська, О.В. Безпалько, Р.Х. Вайнола; Заг, ред. А.Й. Папської. – К., 2002. – 164 с.
4. Атраментова Л.А. Генетика человека.: Учебное пособие. – Харьков, 1990. – 89 с.
5. Бадалян Л. О. Невропатология: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов. – М.: Просвещение, 1982. – 350 с.
6. Бакка М.Т., Мельничук А.С., Сівко В.І. Охорона і безпека життєдіяльності людини: Конспект лекцій. – Житомир: Льонок, 1995. – 165 с.
7. Барна І.В., Барна М.М. Збірник задач і розв'язків з біології. Навч. посібник у 4-х частинах. – Тернопіль: Мандрівець. – 1998. – Ч. IV. – 80 с.
8. Бердишев Г.Д., Криворучко І.Ф. Медична генетика: навч. посібник. – К.: Вища школа, 1993. – 336 с.
9. Бочков Н.П. Генетика человека. М.: Медицина, 1979. – 382 с.
10. Бочков Н.П., Захаров А.Ф, Іванов В.П. Медицинская генетика. М.: Медицина, 1984. – 366 с.
11. Бужієвська Т.І. Основи медичної генетики. – К.: Здоров'я, 2001. – 136 с.
12. Валецька Р.О. Основи медичних знань.: – Луцьк: Волинська книга. 2007 – 380 с.
13. Вороненко Ю. В. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, Л. О. Прус, А. П. Чуйко. – К.: Здоров'я, 2002. – 358 с.
14. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
15. Гречаніна О.Я., Гречаніна Ю.Б. Геномний імпринтинг та хвороби імпринтингу. Медичні рекомендації. – Харків, 1998. – 15 с.

16. Журавлева К. И., Лучкевич В. С. Организация санитарно-эпидемиологической службы: Учебно-методическое пособие. – Л., 1982. – 68 с.
17. Кича Д. И. Здоровье и потребность семьи в медико-социальной помощи. – М., 1993. – 65 с.
18. Колбанов В. В. Валеология: основные понятия, термины и определения. – СПб.: ДЕАН, 2001. – 256 с.
19. Корюкин В. Г. (ред.). Здравоохранение Санкт-Петербурга в цифрах. – СПб, 1994. – 54 с.
20. Кузьменко М. М., Баранов В. В., Шиленко Ю. В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 1994. – 297 с.
21. Лисицын Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции: Учебное пособие. – М.: Медицина, 1992. – 509 с.
22. Лекції з медичної біології: Навч. Посібник / В.О. Корольов, В.М. Яригін, В.В. Синельщикова та ін.: За ред. В.О. Корольова, В.М. Яругіна. – К.: Вища шк., 1993. – 175 с.
23. Лучкевич В.С. Основи социальной медицини и управлення здравоохранением: Уч. пособие. – СПб., 1997. – 184 с.
24. Мартыненко А. В. Медико-социальная работа. – М.: Наука, 1999. – 240с.
25. Методика оцінки якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я: українська версія / За ред. С. В. Пхіденко. – Дніпропетровськ, 2001. – 599 с.
26. Миняев В. А. (ред.). Методические указания к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения. – Л., 1991. – 110 с.
27. Мислицький В.Ф., Пішак В.П., Проняєв В.І. Спадкові синдроми. Чернівці: Прут, 1998. – 312 с.
28. Основи екології та охорона навколишнього природного середовища: Навч. посібник / За ред. В.С. Джигирея. – Львів, 1999. – 238 с.
29. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / Заг. Ред. В.М.Пономаренко. – Тернопіль: Укрмедкнига. – 1999. – С.68.
30. Пішак В.П., Мещишен І.Ф., Пішак О.В., Мислицький В.Ф. Основи медичної генетики.: – Чернівці: Мед. академія 2000 – 248 с.
31. Ростовцев В.Н. Генетика и диагноз. – Минск: Изд-во Университетское, 1986. – 192 с.
32. Руководство по социальной гигиене и организаций здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицина: В 2 т. – М.: Медицина, 1987. – Т. I. – 429 с, Т. II. – 463 с.
33. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред. Ю. В. Вороненька, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
34. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: Підручник / За

ред. Ю. В. Вороненька. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 332 с.
35. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. Серенко А.Ф. и Ермакова В.В. – М.: Медицина, 1984. – 639 с.
36. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Н.І. Кольцової, 0.3. Децик. – 2-е видання, перероб. і доп. – Ів. – Франківськ, 1999. – 304 с.
37. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. А. Ф. Серенко и В. В. Ермакова. – М.: Медицина, 1984. – 630 с.
38. Слюсарєв А.О., Жукова С.В. Біологія: Підручник / Пер. з рос. В.О.Мотузний. – К.: Вища шк., 1992. – 422 с.

ЕТИКА – СИСТЕМА МОРАЛЬНИХ НОРМ ПОВЕДІНКИ ЛЮДИНИ

Деонтологія в соціальній медицині.

«Деонтологія» (з грецької – походження, наука про належне) – це розділ етики, в якому вивчаються проблеми обов'зку людини, усі форми моральних вимог до життєдіяльності людини та відношення між ними, це «моральний кодекс».

Термін «деонтологія» увійшов у систему етичних знань завдяки англійському філософу і правознавцю І. Бентаму (1748-1832). Вперше в 1834 році в медичний оббіг термін був уведений у праці «Деонтологія, або наука про мораль». Мораль, на думку Бентама, може бути математично обрахованою («моральна арифметика»), а задоволення індивідуального інтересу слід розглядати як засіб забезпечення «найбільшого щастя для найбільшої кількості людей». Ці положення мають і по сьогодні певну певну актуальність у розумінні питань законності, правопорядку тощо. Тільки шляхом забезпечення суб'єктивних прав кожного громадянина можна втілити загальну ідею справедливості у функціонування громадянського суспільства та правової держави. І. Бентам застосував термін «деонтологія» для позначення вчення про мораль в цілому, однак з часом «деонтологію» почали відрізняти від моральних цінностей взагалі.

Деонтологія формувалась як специфічна система знань про належне, виходячи з вимог суспільної моралі. Проблематика належного знаходить різні форми свого прояву, формує основу предмету даної науки та вивчається у відповідності до окремої особи, групи осіб, суспільства в цілому на рівні конкретних норм, принципів поведінки, моральних або суспільних ідеалів. Донедавна у вузькому розумінні деонтологією називали тільки професійну етику медиків – як систему етичних норм виконання медичними працівниками своїх службових обов'язків.

Формування системи деонтологічних знань в межах медицини відбулося не випадково, а тому, що медицина є найгуманнішою галуззю людської діяльності. Процес лікування людини, збереження її як соціальної цінності, як частини живої природи є проявом високої моралі, доброти,

гуманізму. Тому система моральних вимог до професійної діяльності медика формувалася постійно, оскільки існував цей вид соціальної діяльності. За довгий час свого існування медична деонтологія зазнавала впливу з боку релігії, політики тощо. Так, наприклад, в античний період Гіпократом було сформульовано цілий ряд деонтологічних норм, за допомогою яких народжувався ідеал «лікаря – мудреця».

Особливості поведінки працівників соціальної роботи.

Будь-яка професія, яка пов'язана з роботою із людьми вимагає особливих професійних вимог, деонтологічних засад. Соціальний працівник у своїй діяльності має справу з людиною, взаєминами між особистістю і колективом, між соціальними групами. Уся його діяльність спрямована на удосконалювання людських відносин, на проведення в життя ідеалів гуманізму. Саме через розвиток ідеї гуманізму розглядається зв'язок соціальної роботи з філосовскою проблематикою.

Апарат філософії соціальної роботи містить універсальні категорії культури і форми мислення: людина, культура, соціум, воля, гуманізм, конфлікт, соціальний час і простір, суспільна діяльність, ситуація, життя, смерть, суб'єкт і об'єкт, спосіб життя, картина світу, душа, соціальна екологія тощо. Високий рівень професіоналізму соціального працівника, міцне здоров'я, сімейне щастя, творче довголіття – основні стрижні життєвого успіху фахівця. Тільки здорова людина з гарним самопочуттям , оптимізмом, психологічною стійкістю, високою розумовою і фізичною працездатністю здатний активно жити, успішно переборювати професійні і побутові труднощі. І справжня краса людини – це фізична досконаліть, інтелект і здоров'я. Якщо врахувати, що функціональні можливості організму людини і його стійкість до несприятливим факторам зовнішнього середовища протягом всього життя змінюються, то можна говорити про стан здоров'я як про динамічний процес.

Соціальна робота – це система теоретичних і практичних знань, яка має на меті забезпечення соціальної справедливості шляхом наснаження і підтримки найменш захищених верств суспільства та протидії факторам соціального виключення. Тому фундаментальні науки відіграють значну роль у підготовці фахівця з соціальної роботи. Наприклад, якщо соціальний робітник не знається на психології, йому буде дуже важко спілкуватися з людиною та надати їй допомогу. До кожної людини є особливий індивідуальний підхід. Якщо особа не знає його, вона не спроможна допогати іншим, а тому і бути соціальним робітником також не може. Якщо людина займається милосердям, необхідно щоб вона знала медичну науку. Соціальний робітник повинен вміти надавати першу допомогу. Соціальний працевник, як і кожна інша людина, громадянин своєї держави, зобов'язаний знати історію свого народу і,звісно, розумітися на основах соціальної історії.

Філософія тісно пов'язана з соціальною роботою. Соціальний працівник у своїй діяльності має справу з людиною, взаєминами між особистістю і колективом, між соціальними групами. Уся його діяльність спрямована на удосконалення людських відносин, на проведення в життя ідеалів гуманізму, саме через розвиток ідеї гуманізму розглядається зв'язок соціальної роботи з філосовскою проблематикою.

Валеологія для соціального працівника має велике значення, оскільки пілкуватися про людей так само важливо, як підтримувати нашу природу бездоганно чистою.

При розв'язанні соціальних проблем соціальний працівник має бути і соціологом, і педагогом, і лікарем, і правознавцем.

Соціальний працівник відіграє активну роль в плануванні, узгодженні дій різних систем соціальної допомоги населенню.

Отже, соціальна робота вимагає усвідомленого вибору, ґрунтовної підготовки і постійного вдосконалення спеціалістів у цій галузі.

Психолог, психіатр, психотерапевт в соціальній медицині.

Загальні закономірності психічних процесів і своєрідність їхнього протікання в залежності від умов діяльності та від індивідуально-типологічних особливостей людини вивчає наука *психологія.*

Психологом називають людину, яка завдяки життєвому досвіду може багато відчути, побачити, зрозуміти і навіть передбачити в інших людях. В такому розумінні кожний з нас є психологом і займається психологією, оскільки ми постійно взаємодіємо з іншими людьми в різноманітних сферах людського життя. При цьому ми так чи інакше змушені формувати для себе відповідні уявлення про внутрішній світ і особливості особистості цих людей, про їх ставлення до нас і оточуючого середовища, про їх наміри, думки та інше. Наше ставлення до інших людей, наші реакції на їхні дії, наші дії по відношенні до них визначається цим нашим тлумаченням внутрішнього, психологічного розуміння і змісту поведінки людей, з якими ми зустрічаємось на всьому життєвому шляху. І таке тлумачення, таке розуміння інших людей береться головним чином з набутого досвіду людських стосунків.

Психолог – це фахівець, який не має прямого відношення до медицини і психіатрії. Він має гуманітарну (університетську) освіту, тому не може призначати ліків. Психолог в першу чергу займається дослідженням загальних закономірностей людської психіки, її проявів. Він може проводити психологічну діагностику, тестування, консультувати з певних проблем, корегувати поведінку людини, проводити тренінги розвитку тощо.

Психіатр – це лікар, його сфера компетенції – психічні розлади (захворювання). Психіатр має медичну освіту, і має право призначати медикаментозне лікування (лікарські препарати), проводити діагностику та експертизу психічних захворювань.

Психотерапевт – це або лікар-психіатр, або психолог, які обов'язково пройшли післядипломну підготовку за фахом «психотерапія» відповідно до обраного методу або підходу (психоаналіз, символдрама, гештальт тощо). Психотерапевт працює з психічно здоровими людьми, тому лікарські препарати призначати не може (це компетенція психіатра). Психотерапевт не ставить діагнозів, не шукає хвороб.

Психотерапія – це «лікування» шляхом спільного з психотерапевтом дослідження внутрішнього світу клієнта, дослідження, що направлені на зміну особистості, вирішення усвідомлених і неусвідомлених внутрішніх конфліктів, поліпшення якості життя клієнта. У нашій країні, на відміну від західних, досі поширена стереотипна думка про те, що психолог і тим більше психотерапевт потрібен винятково людям «ненормальним» і «хворим». Насправді консультація у психолога-психотерапевта може бути корисною кожній здоровій людині, в той чи інший період її життя, особливо в кризовий. Звернення по допомогу не робить автоматично людину «хворою», навпаки, воно може полегшити її страждання і значно скоротити період душевних мук.

Аутогенне тренування – один з методів лікування неврозів. Самонавіяння виникає завдяки слідовому збудженню – роздратуванням, зробленим за допомогою внутрішніх зв'язків, асоціацій. При самонавіянні діє інформація, що раніше надійшла і далі відтворена самим хворим. Самонавіяння може впливати на психічні і вегетативні процеси в організмі, у тому числі на непідвладні довільній регуляції. Самонавіяння давно застосовується медиками Індії і цілий ряд прийомів розроблений йогами. До самонавіювань відноситься й аутогенне тренування. При аутогенному тренуванні спочатку шляхом самонавіяння викликається відчуття ваги в тілі й у такий спосіб досягається стан м'язового розслаблення – і релаксація..

Релаксація (від лат. relaxatio – зменшення напруги, ослаблення) – стан спокою, розслабленості, що виникає внаслідок зняття напруги, після сильних переживань чи фізичних зусиль. Релаксація є однією із ступенів або одним із прийомів аутогенного тренування. Вона може бути повною, коли весь організм перебуває в стані розслаблення і спокою, а може бути частковою, коли ми розслабляємо окремі частини тіла за допомогою спеціальних вправ. Релаксація – це метод, за допомогою якого можна частково чи цілком рятуватися від фізичного чи психічного напруження. Релаксація є дуже корисним методом, оскільки опанувати її досить легко – для цього не потрібно фахової освіти і навіть природного дару. Але є одна неодмінна умова – мотивація, тобто кожному необхідно знати, для чого він хоче освоїти релаксацію.

Гіпноз – це тимчасовий стан свідомості, що характеризується звуженням його обсягу і різким фокусуванням на утриманні навіювання, що пов'язано зі зміною функції індивідуального контролю і самосвідомості.

Етика в соціальній медицині.

Етика (грец. ethika, від ethos – звичай) – це система моральних норм поведінки людини, що вивчає закономірності виникнення, розвитку й функціонування моралі, її специфіку та роль у суспільстві, систему моральних цінностей і традицій тощо. Вона встановлює критерії моральної свободи і відповідальності особистості, моральну цінність вчинків.

Етика – це наука про мораль та моральність.

Термін «етика» вперше запропонував Арістотель для визначення філософського вчення про мораль. Етика як філософська наука вивчає мораль та її місце в системі суспільних відносин.

Мораль – одна з форм суспільної свідомості, система поглядів і уявлень, норм і оцінок, що регулює поведінку людей.

Мораль як форма суспільної свідомості та етика як теорії моделі дозволяють науково обґрунтувати систему добра і зла, совісті, честі, справедливості тощо.

Етика лікаря – це частина загальної етики, яку можна визначити як науку про моральну цінність вчинків та поведінку лікаря у певній галузі медичної діяльності.

Етика А. Швейцера.

«Етика благоговіння перед життям» – напрямок, що виник в XX ст. Він пов'язаний з іменем відомого гуманіста сучасності – А. Швейцера (1875–1965). Основний принцип ідей оригінальної етичної концепції Швейцера – благоговіння перед життям у будь-якій формі, збереження життя, полегшення страждань людей тощо. Духовне життя, на думку Швейцера, йде нам назустріч у природному бутті. Благоговіння перед життям відноситься як до природних, так і до духовних явищ, преклоніння перед природним спричиняє преклоніння перед духовним життям. Швейцер тверезо оцінює парадоксальність своєї етики. Для істинно моральної людини всяке життя є священним.

Таким чином, об'єктом морального відношення для Швейцера стає будь-яке життя людини, природи, тваринного світу, мікроорганізмів. Він порівнює моральну цінність всіх існуючих форм життя. Чи випливає з цього, що життя людини і життя тварини мають однакове значення, а життя істот, що стоять на нижчій сходинці еволюційного розвитку, прирівнюється до життя тих, що знаходяться на вищій сходинці розвитку? Швейцер не тільки не приводить нас до цього абсурдного висновку, але і веде від нього. Він тверезо і раціоналістично описує ситуацію морального вибору, так добре відому кожному: «Знаходячись разом із усіма живими істотами людина все частіше виявляється в положенні, коли вона може зберегти своє життя, як і життя взагалі, тільки за рахунок іншого життя, якщо вона керується «етикою благоговіння перед життям», то вона наносить шкоду життю і знищує його

під тиском необхідності і ніколи не робить це бездумно, однак там, де вона вільна вибирати, людина шукає краще…»

Предмет біоетики. Моральні аспекти самогубства, евтаназії.

Фундатором біоетики є американський біолог В.Р. Поттер, який вперше у 1971 році опублікував книгу «Біоетика, міст у майбутнє», в якій описав біоетику в ракурсі біологічних знань та загальнолюдських цінностей. Він розробив сучасне уявлення про біоетику з метою виокремлення вчення про моральність людської поведінки.

Термін «біоетика» вперше ввів у 1927 Ф. Ягр у статті «Біоетичний імператив», як поняття про моральні засади використання лабораторних тварин і рослин.

Феномен біоетики останніми роками привертає значну увагу філософів і методологів науки, природознавців і медиків як на Заході, так і в Україні. Вивчаючи наукові і філософські джерела, присвячені біоетиці, можна виявити принаймні два ракурси використання цього терміна (роботи М. Р'юза, Ед. Вілсона, Б. Реніца, В. Борзенкова, М. Кисельова, В. Крисаченка та ін.).

Так, під біоетикою розуміють притаманну людині вроджену схильність розглядати певний спосіб дій як справедливий, а інший – як несправедливий. Отже, біоетика має визначити, що є моральним або аморальним стосовно живого, взагалі життя.

Біоетика – нормативне знання, що охоплює моральну проблематику, пов'язану з розвитком біомедичних наук, які стосуються питань передання життя, генетики, медичних досліджень, терапії, турботи про здоров'я і життя людини.

Біоетика або етика життя – це розділ прикладної етики, філософської дисципліни, що вивчає проблеми моралі насамперед стосовно людини, визначає, які дії щодо морального погляду є припустимими, а які – неприпустимими.

Біоетика – це органічне поєднання новітніх досягнень біологічної науки та медицини з духовністю. У сучасному суспільстві вона стала ознакою цивілізованості. Утвердження засад біоетики несе відповідну частку в практичну реалізацію в суспільстві основних засад християнського буття, побудові цивілізації любові та формування здорового способу життя громадян.

Біоетика – це сукупність понять і принципів, направлених на моральне вдосконалення людства, охорону прав і достоїнств людини у зв'язку з революційними досягненнями сучасної біології, особливо молекулярної генетики, генетичної інженерії, розшифрування генома людини і тварин. Біоетика визначає рубежі медичного втручання людини, а також моральну вартість медичних діянь, які розглядаються. Біоетика закладає глибокий фундамент «цивілізації любові та життя», без якої існування осіб і

суспільства втрачає свій найбільш людський сенс. В сучасному суспільстві людство стоїть перед надлюдським, драматичним змаганням між злом і добром, між смертю і життям, між «культурою смерті» і «культурою життя». Всі ми беремо участь у цьому, а отже, не можемо ухилятися від безумовного обов'язку відповідальності за життя.

Біоетика – це наука, яка займається відношеннями, які етика має із проблемою пов'язаної з життям, як наприклад: штучне запліднення, генетична маніпуляція, розмноження – *in vitro*, тощо.

Етичні норми і правила в медицині, засновані ще Гіпократом, застосовуються і сьогодні, а його Клятва традиційно проголошується кожним, хто стає лікарем. «Канон науки про лікування», який створив видатний лікар Сходу, вчений-енциклопедист Авіценна (Ібн-Сіна), також містить чимало етичних принципів. До них, зокрема, належить вимога до лікаря зосередити зусилля на профілактиці хвороб, враховувати індивідуальні особливості та унікальність кожної людини.

Біомедичну етику потрібно розглядати як якісно новий рівень соціального реагування медичної діяльності в порівнянні з лікарською етикою і медичною деонтологією. Основне призначення біоетики – це захист прав пацієнтів при здійсненні складних у медичному, етичному та правових аспектах втручань.

Відомими американськими спеціалістами Т. Бічампом та Д. Чилдресом запропонована концепція щодо сприйняття та розуміння етичних основ біомедицини. Автори запропонували 4 основні принципи:

- «Не нашкодь!» (*primum non nocere*);
- «Роби добро»;
- принцип поваги автономії пацієнта;
- принцип справедливості.

До основних принципів біоетики, які пов'язані з питаннями регулювання медичної діяльності належать принцип автономії та принцип справедливості.

Під автономією особи пацієнта розуміють фізичну і психічну недоторканість при наданні медичної допомоги. Будь-які заходи, що спрямовані до пацієнта виправдані тільки у тих випадках, якщо вони виконувалися відповідно за згодою, волею та бажанням пацієнта. Етична цінність автономії пацієнта полягає в тому, що дії лікаря спрямовані на благо хворого з метою його одужання. Дії лікаря, які виконуються всупереч волі та бажання пацієнта є неприпустимими.

Принцип справедливості полягає у тому, що кожний пацієнт, незалежно від соціального походження, матеріального стану та інших чинників має право на отримання медичної допомоги та доступу медичних ресурсів. Тільки медичні показання можуть бути орієнтиром для лікарів при визначенні витрачання обмежених медичних ресурсів.

Принципи і правила біоетики необхідно розглядати в процесі законотворчості з актуальних питань охорони здоров'я.

Пізніше біоетика почала розвиватися в контексті медичних проблем. В Україні питаннями біоетики активно почали займатися в 90 рр. XX століття. Видатні українські вчені та лікарі М. Максимович-Амбодик, Д. Самойлович, М. Пирогов, В. Образцов, М. Стражеско, Ф. Яновський, Д. Заболотний, О. Богомолець та багато інших не тільки неухильно дотримувалися високих етичних норм і принципів, а й розвивали та доповнювали їх. У своїх роботах вони використовували нові методи діагностики, лікування і профілактики тільки після їх ретельного вивчення шляхом експериментів на лабораторних тваринах. Їм було притаманне безкорисливе служіння людям, самопожертвування у виконанні свого обов'язку. Водночас на наших очах відбуваються зміни у самій медицині – вона поступово втрачає риси лікарського мистецтва, клінічного мислення і дедалі більше стає медициною технологій, досліджень, експериментів, клінічних випробувань тощо. Сьогодні вже недостатньо дотримуватися звичайних принципів медичної етики і деонтології – підтримувати певні стосунки лікаря з хворим, його родичами та взаємини лікарів між собою.

Сучасні проблеми – такі, як трансплантація органів і тканин, стовбурових клітин, екстракорпоральне запліднення, використання ембріональних тканин, генна терапія, штучна зміна статі, застосування трансгенних організмів з метою отримання харчових продуктів і, нарешті, клонування тварин і людини ускладнили стару тезу, сформульовану ще Гіпократом, – «Не нашкодь!». Діапазон медичних технологій неймовірно розширився, зросла їхня віддача у лікуванні різних хвороб. Проте разом з користю зріс і ризик. Лікарю нині часто не під силу розв'язати одвічну і дуже відповідальну та складну проблему «користь – ризик». До нових медичних технологій, що несуть багато невідомого та не завжди передбачуваного, слід додати деградацію навколишнього середовища внаслідок техногенних впливів, яка ставить під загрозу саме життя на Землі.

Отже, бурхливий науково-технічний прогрес у галузі біології та медицини, зміна середовища проживання людини спричинили безліч нових проблем, які не вкладаються у традиційну медичну етику та деонтологію. Біоетика є сучасним етапом розвитку медичної етики, це філософське усвідомлення нових можливостей медичної і біологічної науки та їх співвідношення з правами людини, це також пошук шляхів подальшої гуманізації медицини, досягнення справедливості. Суспільство загалом і кожна людина зокрема зацікавлені в тому, щоб дотримання цих принципів регулювалося законом та жорстко контролювалося.

Наше сьогодення ставить ще одне важливе завдання перед біоетикою – активно протистояти знахарству, відвертому шаманству, що набули в державі значного поширення і завдають величезної шкоди здоров'ю населення. Основним принципом, яким мають керуватися у своїй діяльності біоетичні комітети, є повага до життя та гідності людини. В усіх випадках без винятку інтереси людини мають бути вищими за інтереси науки і суспільства, вона повинна бути надійно захищеною від народження до

смерті. У більшості європейських держав комітети з біоетики не мають права вето, їхні повноваження мають більше дорадчо-консультативний характер. Окрім того, високого рівня цій роботі надає «Конвенція про захист прав і гідності людини», яку прийняла Рада Європи ще в листопаді 1996 року. В країнах Східної Європи, де комітети з біоетики вже діють (Угорщина, Чехія, Польща), хоч і запозичується досвід інших країн, однак не копіюються існуючі там моделі, а формується власна практика, яка враховує національні особливості і традиції. ВООЗ узагальнив досвід діяльності біоетичних комітетів різних країн та різних рівнів і на цій основі розробив детальні рекомендації стосовно їх організації, функцій, прав та обов'язків.

В Україні діють комітети з біоетики при президіях НАН та НАМН України, закон про біоетику та біоетичну експертизу, налагоджуються зв'язки з громадськістю, встановлено контакти з міжнародними організаціями, які опікуються цією справою, а також з комітетами окремих країн. Біоетика, насамперед, означає більшу відкритість діяльності медичних установ – інститутів, лікарень і окремих осіб, розширення їхніх зв'язків з громадськістю. Сьогодні, коли Україна стала членом Ради Європи, коли робляться рішучі кроки на шляху до інтеграції з європейською спільнотою, відкладати на майбутнє впровадження сучасних біоетичних принципів у дослідницьку та лікарську практику неможливо, насамперед тому, що це є однією з найважливіших ознак цивілізованості будь-якої країни. До того ж, країни – виробники лікарських засобів, медичних приладів, апаратів мають керуватися єдиними з країнами – імпортерами уніфікованими критеріями біоетичної експертизи.

Фантастичні успіхи новітніх біотехнологій, які проявилися у другій половині XX ст. породили цілий спектр світоглядно-етичних проблем. Безмежні технологічні можливості людини, яка використовує методи генної інженерії, клонування, потребують нової визначеності суспільства в плані ставлення до людини як природної й соціокультурної цінності. Постають проблеми моральних регулятивів, що дозволяють або забороняють певні втручання в людське біологічне. Взагалі конструювання живого методами новітньої біотехнології породжує питання етичного і світоглядного характеру.

Отже, біоетика повинна визначати принципи і орієнтири недеструктивного ставлення людини до живого, враховуючи й людське біологічне. Біоетичні проблеми, що знаходяться в центрі уваги філософів науки і природознавців, пов'язані з досягненнями сучасної генетики. Людство має єдиний самовідтворюючий біологічний ресурс. Всі інші ресурси можуть бути вичерпані. Саме тому, пріоритети в науці на майбутнє тисячоліття поступово зміщуються на користь наук про життя. Людство намагається взяти під контроль самовідтворення біологічних ресурсів, розкрити механізми енергетики клітини, синтезу біологічних продуктів, фотосинтезу та ін.

Генетика тісно пов’язана з медициною. Відомо більше чотирьох тисяч спадкових хвороб і аномалій розвитку людини. Їх вивчають на молекулярному, клітинному рівнях, на рівні організму і популяції.

Євгеніка виникла на основі еволюційної теорії як соціальна форма її вираження. Генетика людини як наука виникла завдяки дослідженням англійського антрополога, психолога і основоположника біометрії Ф. Гальтона (1822–1911), який вивчав успадкування розумових здібностей, обдарованості, таланту та вперше запропонував у 1883 році термін «євгеніка». Саме він створив особливий напрям генетики – євгеніку, призначення якої вдосконалити людину і людський рід, та запропонував спосіб ідентифікації людини за відбитками пальців, тобто він є засновником дактилоскопії і дерматогліфіки. Головна аксіома євгеніки – людина є тільки одним представником царства тварин. Євгеніки вважають, що сучасна фізіологія не знаходить суттєвих відмінностей між життєвими процесами, що проходять серед людей та тварин. Євгеніка вивчає спадковість окремих ознак, що відрізняють конкретну людину від інших людей.

Сучасний етап розвитку генетики включає розділ загальної генетики – антропогенетика, який вивчає спадковість у людини і медичну генетику, основне завдання якої є вивчення спадкових хвороб, попередження їх розвитку в онтогенезі та продовження життя людини.

Сучасна генетика людини базується на законах класичної генетики, які мають універсальне значення. У більшості людей протягом їх життя спостерігається генетично обумовлене відхилення від норми, що знижує тривалість життя людини або заважає його нормальній життєдіяльності та працездатності. Вивчення молекулярної природи таких генетичних змін, аналіз закономірностей їх успадкування, оцінка їх поширення в різних популяціях людей, вивчення ролі мутагенних факторів оточуючого середовища відносяться до найбільш важливих напрямків дослідження в галузі генетики людини. Опираючись на ці фундаментальні знання, медична генетика розробляє методи діагностики, лікування та профілактики спадкових патологій, пов’язаних з широким спектром менделівських, хромосомних та мультифакторних спадкових хвороб.

В зв’язку з зростаючим забрудненням навколишнього середовища фізичними, хімічними та біологічними чинниками важливого значення набувають розробки методів оцінювання генетичних наслідків для майбутніх поколінь.

Молекулярна біологія як науковий напрям у галузі спеціальних питань вивчення структури та функції нуклеїнових кислот принципово змінила весь вигляд теоретичної та клінічної медицини останніх десятиріч XX століття. Було закладено фундамент для створення принципово нових уявлень про механізми розвитку, фармакотерапію і молекулярну діагностику найважливіших патологічних процесів, у тому числі СНІДу та спадкових захворювань.

За допомогою методів генної інженерії або технології рекомбінантних ДНК, молекулярного та клітинного клонування створено можливості біотехнологічного синтезу лікарських препаратів – антибіотиків, гормонів, ферментів, інтерферонів, нові вакцини для профілактики інфекційних захворювань людини та тварин. Останніми за часом досягненнями молекулярної біології та генетики можна, безумовно, вважати побудову першої карти геному людини та розгортання програм клонування вищих організмів як реальної технологічної проблеми. Генетичні дослідження дозволяють розробляти методи ранньої діагностики, лікування та профілактики багатьох спадкових хвороб людини.

Генна інженерія ґрунтується на молекулярній біології, яка дає можливість вносити зміни в молекулярну взаємодію основних біологічних молекул у клітині й поза нею. Це нова галузь молекулярної біології, яка розробляє методи передавання генетичного матеріалу від одного живого організму до іншого з метою одержання нової генетичної інформації та управління спадковістю. Розвиток генетичної інженерії пов’язаний з досягненнями сучасної генетики, мікробіології й біохімії.

Генна інженерія є біотехнологічним прийомом спрямованого конструювання рекомбінантних молекул ДНК на основі ДНК, взятої з різних джерел. Біологи оволоділи методами, які дають можливість маніпулювати біологічними молекулами, досліджувати і змінювати їхню структуру. За рахунок змін в основних біологічних молекулах ДНК є можливість створювати варіанти живих систем, які не виникають в результаті природної еволюції. Технології одержання рекомбінантних молекул ДНК і клонування генів передували методи за допомогою яких молекулу ДНК розщеплюють на фрагменти, модифікують і знову реконструюють в одне ціле, при цьому виникає багато копій цієї молекули. Потім, використовуючи рекомбінантну молекулу, можна синтезувати молекули РНК і одержати білок з певними якостями і властивостями. Слід зазначити, що чіткої різниці між молекулярною біологією і генною інженерією немає. Пояснюється це тим, що біотехнологія (генна інженерія) використовує методи, розроблені молекулярною біологією. Близько 50 років тому було експериментально встановлено, що молекула ДНК є носієм спадковості. Вивчення спадковості на молекулярному рівні дало можливість з’ясувати, що в ДНК запрограмована «інструкція» щодо синтезу необхідних білків організму. Пізніше було виявлено, що «інструкція» записана відповідно до послідовності розміщення нуклеотидів у ДНК і згідно з цим записом синтезується білок та речовини, які беруть участь у синтезі білка.

Рекомбінантні молекули ДНК використовуються і будуть використовуватися в роботі з мікроорганізмами для виробництва різних цінних речовин у медицині, біохімічній промисловості, сільському господарстві. Велике значення при цьому має метод клонування генів. Технологія конструювання рекомбінантних ДНК є одним з найважливіших досягнень біотехнології. Нобелівську премію з біології та медицини у 2008 р.

отримали Гаральд цур Хаузен (за відкриття вірусів папіломи людини, що викликають рак) Франсуаза Барре-Сінуссі та Люк Монтаньє (за відкриття вірусу імунодефіциту людини), рис.1.

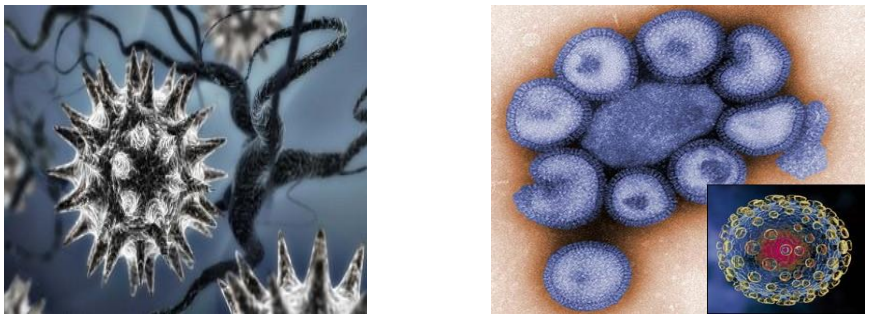

Рис. 1. Вірус папіломи людини (а) та вірус імунодефіциту людини (б)

В практичній медицині сьогодні активно використовують методи штучного запліднення, основна мета яких полягає у лікуванні безпліддя. В основному вони базуються на трьох підходах. Суть першого підходу полягає у штучній інсемінації жінки спермою чоловіка чи донора; другого – у екстракорпоральному заплідненні яйцеклітини в умовах *in vitro*, та перенесенні ембріону в утробу матері; і третього, заключного – у виношуванні ембріона (плоду) «сурогатною матір'ю».

Морально-етичні питання концентруються в основному на: статусі ембріона людини, терміні розвитку ембріона, починаючи з якого його можна розглядати як особистість, правомірності маніпуляцій з статевими клітинами та з ембріонами людини як в медичних, так і в експериментальних цілях, правомірності заморожування ембріонів і статевих клітин людини з використанням їх для реципієнтів, правах та обов'язках донорів статевих клітин, психологічному стані пацієнтів – учасників процедури штучного запліднення, складності сурогатного материнства, правомірності вибору статі.

В Україні до цих пір відсутні механізми етичного і юридичного контролю за діяльністю медиків і біологів, які працюють в експериментальній медицині.

Проблема абортів в сучасному суспільстві.

Проблема абортів є однією найскладніших проблем в сучасному суспільстві. У соціальному контексті явище абортів пов'язане з плануванням сім'ї.

За даними ВООЗ близько 50 % вагітностей, які стаються щоденно є незапланованими, 25 % - небажані, близько 150 тис. закінчуються абортами, що становить щорічно у світі до 55 млн. штучних абортів.

Аборт у Україні все ще залишається одним з методів регулювання вагітності і за наслідками вважається основним чинником репродуктивного здоровя. Ускладнення після абортів спостерігається у кожної третьої жінки, а у тих, які вперше завагітніли, їх частота наближається до 40 %.

У біоетичному сенсі аборти є не просто медичними діями або феноменом планування сім'ї, а корегуванням за бажанням людини багатоманітності біологічної визначеності людей. Справа в тому, що назавжди викреслюються певні неповторні біологічні можливості появи й існування неповторних людських особистостей та індивідуальностей. Взагалі, зменшується багатоманітність світу живого.

Аборти в Європі здійснюються в середньому кожні 27 секунд – до такого висновку прийшли експерти незалежного Інституту родинної політики з Норвегії. Експерти стверджують, що кожна п'ята вагітність в Європі закінчується абортом: на 6,4 млн. вагітностей на рік здійснюється 1,16 млн. абортів. Щоб зробити цю цифру наочнішою, автори дослідження повідомляють, що щорік від абортів гине в півтора рази більше людей, чим все населення Кіпру (790 тис. чоловік).

За 18 років Україна втратила через аборти більше 40 млн. громадян, що не народилися. Моніторинг абортів в Україні протягом 1990 – 2011 рр. (за результатами МОЗ України) представлено на рисунку 2.

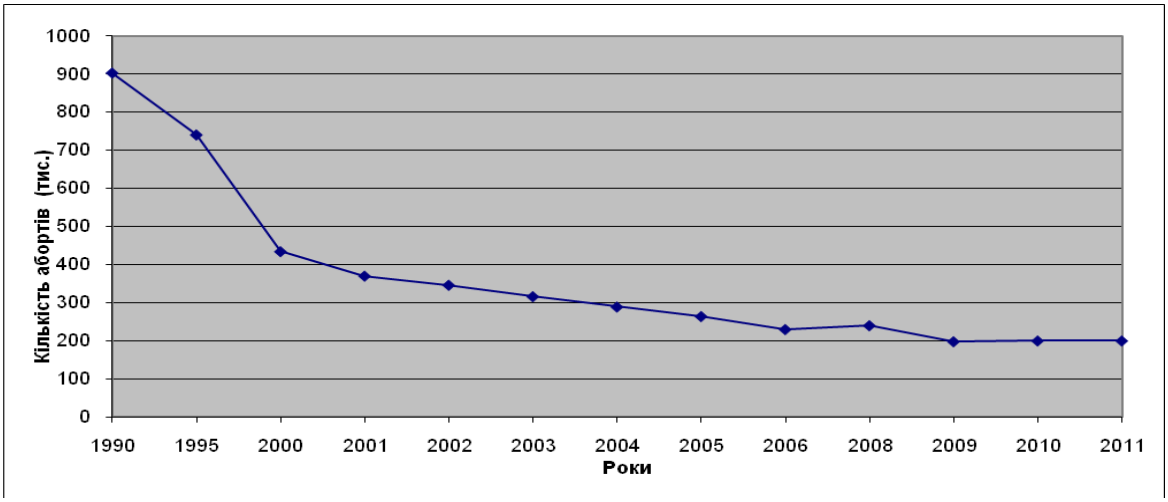

Рис. 2. Офіційна статистика абортів в Україні (1990 – 2011 рр.)

Хоча офіційно визнано, що аборт – це вбивство живої істоти. А в Україні його можна зробити навіть на 154 день вагітності. Україна стоїть на межі демографічної катастрофи: за роки незалежності з 52 млн. українців залишилося тільки 46 млн., а якщо не враховувати те населення, яке виїхало на заробітки за кордон, то в Україні насправді проживає трохи більше 36 млн. чоловік.

Імплантація, трансплантація, донорство, евтаназія в соціальній медицині.

Імплантація — це заміна органу або частини органу.

Трансплантація – це пересадка органів і тканин від донора до реципієнта; це – хірургічний метод лікування, що полягає в пересадці реципієнту органа або іншого анатомічного матеріалу, взятого у людини чи у тварини, а також електронних імплантантів або інших штучних імплантантів.

Розрізняють такі види трансплантації:

1. *аутотрансплантація* – реципієнт трансплантата є його донором для самого себе (аутотрансплантація шкіри з непошкоджених ділянок на обпалені ділянки; аутотрансплантація кісткового мозку або гемопоетичних стовбурових клітин після протипухлинної хіміотерапії широко застосовується при лейкозах, лімфомах і хіміочутливих злоякісних пухлинах;

2. *гомотрансплантація* – донором трансплантата є 100% генетично та імунологічно ідентичний реципієнту однояйцевий близнюк;

3. *алотрансплантація* – донором трансплантата є генетично і імунологічно інший людський організм;

4. *міжвидова трансплантація* – трансплантація органів від тварини іншого біологічного виду.

Стаття 47 Основ законодавства України про охорону здоров'я встановлює, що трансплантація допускається в тих випадках, коли інші методи підтримки життя, відновлення здоров'я не дають бажаних результатів, і заподіяна при цьому шкода донору менша, ніж та, яка загрожує реципієнту. Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» детально регулює умови і порядок трансплантації. З об'єктивної сторони злочин, передбачений ст. 143, полягає в порушенні встановленого законом порядку трансплантації органів і тканин людини. Таким порушенням, наприклад, є трансплантація без отримання згоди живого донора або його законного представника на вилучення органу або згоди близьких родичів померлого на вилучення матеріалів у трупа. Таким самим порушенням вважається застосування трансплантації, якщо хворого можна лікувати звичайними методами медицини. Так само охоплюються ознаками ст. 143 випадки, якщо донору заподіюється в результаті трансплантації більша шкода, ніж та, що загрожувала реципієнту. До порушень порядку трансплантації слід відносити також випадки, коли труп передається родичам без необхідного медичного туалету, що приховує сліди трансплантації, тобто в спотвореному вигляді. Частина 2 ст. 143 встановлює відповідальність за вилучення у людини шляхом примушування або обману її органів або тканин з метою їх трансплантації. Йдеться про живого донора, якого примушують до трансплантації (шляхом погроз відмовити в лікуванні реципієнта) або обманюють (проводять трансплантацію органу умисно, не повідомляючи донору про це).

У частині 3 ст. 143 встановлена відповідальність за таке примушування або обман щодо особи, яка перебувала в безпорадному стані або в матеріальній чи іншій залежності від винного.

Частина 4 ст. 143 передбачає відповідальність за незаконну торгівлю органами або тканинами людини. Якщо примушування або обман, зазначені

в ч. 2 ст. 143, або торгівля органами або тканинами, здійснюється за попередньою змовою групою осіб або шляхом участі в транснаціональних організаціях, які займаються такою діяльністю, відповідальність настає за ч. 5 ст. 143.

Донорство – це спеціальний вид трансплантації, оскільки кров є особливою тканиною людського організму. Стаття 46 Основ законодавства України про охорону здоров'я забороняє взяття донорської крові примусово і від людей, захворювання яких можуть передаватися реципієнту або заподіяти шкоду його здоров'ю. Закон України від 23 червня 1995 р. «Про донорство крові та її компонентів» визначає донорство як добровільний акт волевиявлення людини, який полягає в передачі крові або її компонентів для подальшого безпосереднього використання з медичною метою (переливання крові, виготовлення лікарських засобів тощо). З об'єктивної сторони злочин, передбачений ст. 144, полягає в насильницькому або шляхом обману вилученні крові у людини з метою використання її як донора. Насильство може бути фізичним (наприклад, побої, зв'язування та ін.) або психічним (загроза життю людини).

Евтаназія – практика припинення або скорочення лікарем життя людини, яка страждає невиліковним захворюванням, відчуває нестерпні страждання, на задоволення прохання хворого в безболісній або мінімально болісній формі з метою припинення страждань.

К. Войтила (Папа Іван Павло II) так визначив термін «евтаназія»: «Евтаназія – це дія або бездіяльність, що за своєю природою чи наміром виконавця спричиняє смерть з метою уникнути будь-якого страждання». Термін «евтаназія» вперше вжито Ф. Беконом в XVII ст. для визначення «легкої смерті». В теорії розглядають два види евтаназії:

- *пасивна евтаназія* (зумисне припинення медиками підтримуючої терапії хворого);
- *активна евтаназія* (введення помираючому ліків або інші дії, котрі викликають швидку смерть).

Активною евтаназією часто вважають і самогубство з лікарською допомогою (надання хворому на його прохання препаратів, які вкорочують життя).

Сьогодні про евтаназію говорять не лише стосовно важкохворих осіб, але також у випадку появи на світ дитини із серйозними вадами розвитку – *евтаназія новонароджених*. Існує ще один вид евтаназії – *соціальна евтаназія*, у якій рішення позбавити когось життя залежить від суспільства, яке виходить з міркувань, що кошти, необхідні для лікування безнадійно хворих дорогими препаратами, внаслідок їх евтаназії будуть збережені для лікування тих хворих, які після одужання зможуть повернутися до нормальної робочої діяльності. Така загроза йде з боку економіки, яка керується критерієм «витрати – вигоди».

Як певну альтернативу евтаназії можна розглядати *паліативне лікування*, яке використовують у випадках, коли з терапевтичної точки зору вже нічого

не можна вдіяти для того, щоб зупинити хворобу, в лікарів ще залишаються засоби, які вони можуть і повинні застосовувати вже не заради оздоровлення, але з відчуття професійної етики та поваги стосовно пацієнта і в ім'я боротьби за якість життя, яке ще залишається в ньому.

Генетично модифіковані організми.

Генетично-модифіковані організми (з англ. g*enetically modified organisms*, GMOs, ГМО), у науковій літературі їх ще називають трансгенні організми – це організми, які отримують у результаті специфічних молекулярно-біологічних і біотехнологічних маніпуляцій, хоча й з використанням генетичного матеріалу існуючих організмів і генів, узятих з інших, неспоріднених йому, організмів, тобто створюється, фактично, новий організм, що не може бути створений у природі природним шляхом.

У природі дуже важливо, щоб генетичний матеріал використовувався із споріднених форм, тобто всередині певного виду або, принаймні, з використанням форм різних видів організмів, але всередині одного роду. Використовувати генетичний матеріал із іншого роду при створенні організмів у природі, практично, неможливо. І це є природне обмеження будь-яких непередбачених наслідків. ГМО створюються шляхом залучення генетичного матеріалу не тільки різних родів і родин, але й різних царств організмів. ГМО – це новий тип організмів, які не існують у природі. Не слід плутати ГМО з мутантними організмами, тому що мутантні організми – це знову ж таки природні організми, які завжди існували й існують у природі. Немає нічого дивного і тим більше страшного в тім, що у нас, людей, і у всіх інших організмів відбуваються мутації, оскільки це природний процес. У природі існує два природних способи розширення видової різноманітності: шляхом перекомбінації хромосом при гібридизації (схрещуванні) форм і шляхом мутацій, тому мутант – це природний продукт, а ГМ – неприродний продукт. Це означає, що до таких продуктів, отриманим з використанням генетично модифікованих джерел (ГМД), варто застосовувати термін «нові продукти». Якщо ми маємо «нові продукти», то ми повинні виробити до них і специфічне ставлення і, звичайно ж, вивчити їх, перш ніж використовувати. Продукти, що містять ГМ-компоненти, розділяють на: ГММ – генетично модифіковані мікроорганізми, ГМР – генетично модифіковані рослини і ГМТ – генетично модифіковані тварини.

Численні дослідження проблеми генетично модифікованих організмів свідчать, що вони є серйозною небезпекою не лише для здоров'я людини, а й для навколишнього середовища. Вплив та дію їх не можна передбачити – вони детерміновані у часі. Оскільки ГМО розмножуються, поширюються і еволюціонують, вони викликають проблеми, що значно відрізняються від проблем, пов'язаних з безпекою використання продуктів традиційних технологій. На відміну від більшості фізичних і хімічних з'єднань, ГМО при вивільненні в довкілля починають розмножуватися, поширюватися і,

можливо, схрещуватися з місцевими організмами, що робить практично неможливим їх виявлення і знищення, а також ускладнює зміну або усунення їх дії.

Клонування в біоетиці.

Клонування людини полягає у можливості формування і вирощування принципово нових істот, які б не тільки ззовні, але й на генетичному рівні відтворювали собі подібних. Говорячи про клонування людей, у більшості випадків мають на увазі не випадок однояйцевих близнюків при вагітності, а власне штампування людей, однак більшість генетиків вважають, що однояйцеві близнюки є клонами один одного у повному розумінні цього слова. Репродуктивне клонування людини передбачає, що індивід, який народився у результаті клонування повинен отримати ім'я, права, освіту, виховання, тобто все те, що отримують інші громадяни держави.

Розрізняють *репродуктивне*, *терапевтичне*, *молекулярне* та *клітинне* клонування.

Репродуктивне клонування людей має велику кількість етичних, релігійних, юридичних проблем, що на сьогоднішній день не мають конкретного вирішення. В більшості країн світу репродуктивне клонування заборонено законом.

Терапевтичне клонування людини передбачає, що розвиток ембріона закінчується через 14 днів, однак використовується для отримання стовбурових клітин з ембріону.

Молекулярне клонування – процедура ізоляції певної послідовності ДНК і отримання багатьох копій цієї послідовності *in vivo*. Клонування часто використовується для ампліфікації фрагмента ДНК, що містить гени, але може використовуватися і для ампліфікації будь-якої послідовності ДНК, наприклад промоторів, некодуючих послідовностей і випадкових фрагментів ДНК. Молекулярне клонування широко використовується в багатьох біологічних експериментах, воно також пов'язане з процедурою субклонування.

Клітинне клонування – клонування, при якому відбувається виведення популяції клітин із однієї клітини. У випадку простих одноклітинних організмів, цей процес є достатньо простим. Однак, для клонування клітин багатоклітинних організмів потрібно докласти багато зусиль, оскільки такі клітини розвиваються дуже повільно у звичайних умовах. Першим клонованим організмом була вівця Доллі. Експеримент проводився у Великобританії, у м. Мітлодіан, Шотландія. Спочатку вівці було присвоєно ідентифікаційний код 6LL3. Своєю появою вона завдячує технології соматичного перенесення ядер клітин. До клонування Доллі уже були перші спроби клонувати організми, (зокрема були клоновані вівці Меган і Мораг). В процесі створення Доллі в 277 яйцеклітин було внесено ядра із нестатевих клітин, після чого було утворено 29 ембріонів, із яких вижила тільки Доллі.

Доллі померла від прогресуючого захворювання легень, що очевидно було спричинено ретровірусом. Такі захворювання переважно проявляються лише у літніх овець (середня тривалість їх життя становить 10-12 років). Проте немає доказів того, що причиною захворювання стало передчасне старіння: в овець, які постійно перебувають у закритому приміщенні, ризик цього захворювання зростає, а Доллі якраз задля безпеки перебувала у приміщенні і рідко виходила випасатися з іншими вівцями.

Питання для самоперевірки

1. Значення проблем етики, моральності у професії лікаря.
2. Охарактеризуйте сутність етичних проблем евтаназії та прокоментуйте її.
3. Охарактеризуйте види трансплантації.
4. Пасивна та активна евтаназії та їх загальна характеристика.
5. Імплантація, трансплантація, донорство, евтаназія в соціальній медицині.
6. Паліативне лікування евтаназії як альтернатива евтаназії.
7. Клонування та його загальна характеристика.

Цікаво знати, що…

- ✓ Обов'язок кожного медичного працівника дотримуватися гуманного принципу медицини щодо питань життя та смерті – боротьба за життя хворого не повинна припинятися аж до останньої хвилини.
- ✓ Слово лікаря може мати величезне психотерапевтичне значення й може викликати важку ятрогенію.
- ✓ Лікар маючи справу зі здоров'ям і життям людей несе моральну відповідальність перед ними, так і суспільством загалом.
- ✓ Перші генетично модифіковані організми з'явилися у світі лише наприкінці 80-х років XX століття.
- ✓ ГМО в Україні в промислових масштабах з'явилися в 1997 р., коли компанія «Монсанто» почала висаджувати ГМ-картоплю сорту «Новий лист» на експериментальних полях у Волинській, Рівненській, Черкаській і Київській областях.
- ✓ До списку відомих в СНД фірм та світових корпорацій – генетичних гігантів, продукція яких містить генетично модифіковані продукти відносять: продукцію фірм ООО «Біостар Трейд» (Санкт-Петербург), ЗАО «Універсал», ЗАО «АДМ-Харчові продукти», ЗАО «Гала», ЗАО «Белок», «Дера Фуд Текнолоджи Н.В.», ООО «Салон Спорт-Сервіс», «Інтерсоя», Нижний Новгород, ООО «Агенда», ЗАО «АДМ - Харчові продукти», (Москва); іноземних фірм «Herbalife International of America» (США), «Оу finnsoypro ltd», (Фінляндія), «Syngenta» (Швейцарія), «Байєр КропСайєнс» (Німеччина), «Central Soya Protein

Group» (Данія) та корпорацій Coca Cola, Danone, Heinz, Hipp, VacDonalds, Nestle, Stimorol, Wrigleys, Astra Zeneca (компанія посівних культур), Du Pont і Monsanto – Farmacia (фармацевтичні та агрохімічні компанії), Syngenta (Novartis, Швейцарія), і Advanta (AstraZeneca + Cosun, Великобританія і Нідерланди).

Література

1. Балакирев Н.А, Барабої А.Б., Колдаева Е.М., Рекиля Т., Симонов А.Л., Трапезов О.В., Тютюнник Н.Н., Хансен С.В., Харри М. Лабиринты биоэтики. – М., 1999.
2. Борзенков В. От «философии жизни» к «биофилософии» // Человек – 1998. – № 5. С.18.
3. Борзенков В. От «философии жизни» к «биофилософии»// Человек. – 1998. – №5. – С.18.
4. Вороненко Ю. В. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, Л. О. Прус, А. П. Чуйко. – К.: Здоров'я, 2002. – 358 с.
5. Кисельов ММ. Біологічна етика в системі практичної філософії // Практична філософія. – 2000. – № 1
6. Кича Д. И. Здоровье и потребность семьи в медико-социальной помощи. – М., 1993. – 65 с.
7. Колбанов В. В. Валеология: основные понятия, термины и определения. – СПб.: ДЕАН, 2001. – 256 с.
8. Перова О.Є. Біоетика: смислові і предметні ракурси.//Вісник. Філософія. Політологія. – К., 2002. №38–41. – С.45–50.
9. Рьюз М, Ушсон Эд. Дарвинизм и этика // Вопр. фи-лос. – 1987. – № 1.
10. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Н.І. Кольцової, 0.3. Децик. – 2-е видання, перероб. і доп. – Ів. – Франківськ, 1999. – 304 с.
11. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. А. Ф. Серенко и В. В. Ермакова. – М.: Медицина, 1984. – 630 с.
12. Шаталов АТ. Биофилософия. – М., 1997. – С.15

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА ПРОБЛЕМА СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ЛЮДИНИ З ВАДАМИ ЗДОРОВ'Я

Основні тенденції показників інвалідності в Україні

Вивчення інвалідності є важливою медико-соціальною проблемою, в сучасних умовах. Інвалідність та інвалідизація населення є важливими показниками суспільного здоров'я.

За даними ООН, в світі нараховується приблизно 450 млн. людей з обмеженими фізичними можливостями і близько 200 млн. з них – діти. За статистичними показниками ВООЗ кожна п'ята людина у світі (19,3 %) стає інвалідом за відсутності та нестачі якісного харчування, близько 15 % стали інвалідами внаслідок шкідливих звичок, 15,1 % осіб отримали інвалідність внаслідок побутових травм, на виробництві, в ДТП тощо. В середньому інваліди складають близько 10 % від усього населення світу.

Загальна чисельність інвалідів, що знаходяться на обліку в органах соціального захисту становить в Україні понад 2,4 млн. чоловік. Щорічно впеше визнаються інвалідами понад 200 тис. осіб. Кількість інвалідів, зареєстрованих в органах соціального забезпечення, становить 4 % усього населення України. З 10 тис. українців 40,9 % є інвалідами з дитинства, у тому числі віком до 16 років.

В останні роки відбуваються несприятливі зміни у віковому складі інвалідів, а саме, збільшення чисельності інвалідів молодого віку, в тому числі інвалідів з дитинства. Станом на 2009 рік в Україні проживає понад 25 тис. дітей, які страждають на дитячий церебральний параліч, близько 29 тис. – з відставанням у розумовому розвитку, близько 10 тис. глухих і 1,5 тис. сліпих дітей. Понад 10 тис. дітей мають вроджені аномалії розвитку. Інвалідність дітей в Україні багато в чому зумовлена погіршенням екологічної ситуації, погіршенням умов життя та здоров'я батьків.

Інвалідність є одним з найважливіших показників здоров'я населення, вона тісно пов'язана із захворюваністю населення. На відміну від захворюваності з тимчасовою втратою працездатності інвалідність характеризується стійкою втратою працездатності або її значним зниженням, тобто повною або частковою неможливістю продовжувати професійну діяльність за станом здоров'я.

Медико-соціальні проблеми інвалідності. Інвалідність і інвалідизація населення. Поняття інвалідності, її причини та види

Інвалідність є одним з найголовніших показників доров'я населення, індикатором якості та ефективності соціально-гігєнічних та лікувально-профілактичних заходів. Особи, що мають інвалідність є особливо вразливими, оскільки не можуть у певній мірі реалізувати свої здібності та наявний потенціал. Вони потребують особливого захисту з боку суспільства, підтримки та допомоги у створенні можливостей для повноцінного життя.

Сьогодні у світі є понад 650 млн. інвалідів, що складає 10 % населення. За прогнозами ВООЗ чисельність вказаного контингенту буде зростати у зв'язку з ростом чисельності населення тощо.

За даними програми розвитку ООН (ПРООН), на частку країн, що розвивається припадає 80 % інвалідів. Матеріали організації економічного

співробітництва та розвитку свідчать, що серед груп населення з більш низькими рівнями освіти показник інвалідності є вищим порівняно з середньо популяційним. В країнах, які входять в дану організацію показник інвалідності становить близько 19 % , у країнах з більш високим рівнем освіти – 11 %. У більшості країнах ОЕСР кількість випадків інвалідності серед жінок є вищою у порівнянні з чоловіками.

За оцінками Всесвітнього банку 20 % найбіднідніших прошарків населення планети є інвалідами. ЮНІСЕФ стверджує, що 30 % безпритульних дітей є інвалідами. Смертність серед дітей інвалідів може сягати до 60 % у країнах, в яких коефіцієнт смертності дітей у віці до п'яти років складає вцілому не більше 20 %.

За даними ЮНЕСКО 90 % дітей-інвалідів у країнах, що розвиваються не відвідують школу.

За оціками Міжнародної організації праці (МОП) у світі майже 400 млн. осіб з загальної чисельності населення працездатного віку є інвалідами. В деяких країнах безробіття серед інвалідів складає 80 %.

Дослідження проведені у США показують, що тільки 35 % інвалідів працездатного віку мають роботу, серед здорових людей цей показник складає 78 %. При цьому дві третитини інвалідів виявили бажання працювати, однак не можуть знайти роботу.

Дослідження проведені у Великій Британії (2004 р.) свідчать про те, що інваліди частіше стають жертвами насилля чи зґвалтувань, і в меншій мірі отримують захист від поліції, правову та профілактичну допомогу.

В кінці XX століття та початку XXI століття третього тисячоліття на рівні інвалідності дорослого населення у працездатному віці найбільше впливали соціально-економічні чинники (обмежене фінансування соціальних програм, зменшення пільг тощо).

Вирішенню медико-соціальних проблем інвалідності приділено особливої уваги в міжгалузевій комплексній прогамі «Здоров'я нації» на 2002-20011 рр. З метою забезпечення інвалідам повноцінного життя у соціальному, економічному та психічному відношенні передбачено створити реабілітаційні ради для координації заходів з медичної реабілітації, забезпечити проведення моніторингу здоров'я найбільш уразливих категорій інвалідів, створити можливості для отримання освіти, розробити комплексну програму медичної, психо-педагогічної і соціальної реабілітації та адаптації, запровадити в практику роботи експертів медико-соціальних комісій тощо.

Досвід реалізації передбачених документами завдань, свідчить, про певні позитивні зрушення щодо існуючих проблем.

Інвалідність – це сукупність показників, що характеризують частоту стійкої втрати працездатності населення та чисельність інвалідів на даній території за віком, групами, причинами тощо.

Інвалідність – це обмеження в можливостях, зумовлених фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дають змогу людині бути інтегрованою у

суспільство і брати участь у житті сім'ї і держави на тих умовах, як і інші члени суспільства.

В медицині є багато класифікацій щодо відхилень у здоров'ї та розвитку людини. Однією з найпоширеніших є британська тризіркова шкала обмежених можливостей до якої входять: недуга, обмежена можливість та недієздатність.

Недуга – втрата чи нестача психічно-фізичних або фізіологічних функцій, елементів анатомічної структури, що утруднює певну діяльність.

Обмежена можливість – втрата здатності виконувати певну діяльність у межах того, що вважається нормою для людини;

Недієздатність – внаслідок дефекту або хвороба конкретної людини, що перешкоджає чи обмежує виконання нею певної нормативної ролі, виходячи з вікових, статевих або соціальних факторів.

Найбільш важливими показниками інвалідності є: загальна інвалідність; первинна інвалідність; зміна групи інвалідності тощо.

Розрізняють такі види відхилень у здоров'ї:

- *фізичні:* тимчасові або постійні відхилення у розвитку;
- *психічні:* тимчасові або постійні відхилення у психічному розвитку;
- *складні:* поєднання фізичних і психо-фізіологічних відхилень;
- *важкі:* поєднання фізичних і психічних відхилень.

Первинна інвалідність усіх категорій населення України на 77,8 % зумовлена інвалідністю від загального захворювання (36,4 випадки на 10 тис. населення), на 9,8% – інвалідністю військовослужбовців (5,4 випадки на 10 тис. населення), на 8,1 % – інвалідністю з дитинства (3,8 випадків на 10 тис. населення), на 4,3 % – інвалідністю від трудового каліцтва та професійних захворювань (2,2 випадки на 10 тис. населення), на 3,6 % – інвалідністю внаслідок аварії на ЧАЕС (1,7 випадків на 10 тис. населення) тощо.

Первинна інвалідність серед дорослих (старші 15 років) становить 60,2 випадків, а серед працездатних (чоловіки до 60, жінки до 55 років) – 56,5 випадків на 10 тис. населення.

Причинами первинної інвалідності є 4 групи захворювань: хвороби серцево-судинної системи та кровообігу; злоякісні новоутворення; травми; захворювання нервової системи.

В структурі причин первинної інвалідності серед дорослого населення перше місце посідають хвороби системи кровообігу – 32 %, серед населення працездатного віку – 21 %. Друге місце в структурі причин первинної інвалідності займають злоякісні новоутворення – 15,4 % від усіх випадків у дорослого та 15,3 % серед працездатного населення. Рівні первинної інвалідності від злоякісних новоутворень становлять 9,3 на 10 тис. дорослого та 8,7 на 10 тис. працездатного населення.

Питома вага травм в структурі загальної захворюваності в Україні складає близько 12%, досить високою спостерігається частота травм серед підлітків – 8%, щодо дорослого населення цей показник складає 121 випадків на 1 тис. населення.

Питома вага смертності серед нещасних випадків зросла на 8 – 10%, тобто в 1,5 – 2 рази.

На четвертому місці в структурі первинної інвалідності посідають хвороби нервової системи та органів чуття – 11,2 % усієї інвалідності у дорослого та 12,8 % у працездатного населення. Рівні первинної інвалідності досить часто виникають внаслідок цього класу захворювань становлять 6,7 та 7,2 на 10 тис. відповідно дорослих і працездатних осіб.

Отже, різниця у рівнях і структурі причин первинної інвалідності серед дорослого та працездатного населення найбільш відчутна при хворобах системи кровообігу.

За інформацією Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності, вплив наслідків аварії на ЧАЕС є найбільш суттєвим фактором, який зумовлює рівні інвалідності дорослого населення в окремих областях України. Найбільш високі показники первинної інвалідності зареєстровані в тих регіонах, що найбільш постраждали від Чорнобильської аварії: Чернігівській, Волинській, Рівненській, Житомирській, Київській областях. Зокрема, у Чернігівській області вплив наслідків аварії на ЧАЕС поєднується з демографічним фактором. У зазначених областях первинна інвалідність у зв'язку з аварією на ЧАЕС складає 7,5-14 % від загального числа вперше визнаних інвалідами (в середньому по Україні – 3,6 %), а при деяких захворюваннях – злоякісних новоутвореннях, зокрема до 40,0 %. У так званих «чорнобильських» областях відбувається зміна інвалідності ліквідаторів, що переважала в попередні роки, на масову інвалідність постраждалого населення.

Основні причини загальної та первинної дитячої інвалідності складають три класи хвороб:

- ✓ нервової системи та органів чуття (41,9 %);
- ✓ психічні розлади (30,6 %);
- ✓ вроджені аномалії розвитку (8,2 %).

Серед окремих захворювань найбільш поширеними причинами дитячої інвалідності є дитячий церебральний параліч, розумова відсталість, хвороби зорового та слухового аналізаторів.

Інваліди другої групи переважають у цілому як серед дорослого, так і серед працездатного населення (43,1% у віковій категорії від 40 до 60 рр. серед чоловічого та жіночого населення; 33,7 % – жінки 55 років, чоловіки 60 років; 23,2 % осіб у віковій категорії до 39 років).

Перше офіційне визначення «інвалід» подано в Декларації про права інвалідів (1975 р.). *Інвалід* – будь-яка особа, яка не може самостійно повністю чи частково забезпечити власне свої потреби щодо нормального способу життя через вроджені чи набуті вади.

В роботі Л.І. Акатова визначено, що «інвалід» – особа, яка має порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, що обумовлено захворюваннями, наслідками травм чи дефектами, які призводять до обмеження життєдіяльності і потребують соціального захисту.

У законодавстві колишнього СРСР існувало дещо інше поняття «інваліда», яке було пов’язане насамперед зі втратою працездатності. Діти до 16 років згідно такого законодавства не могли бути визнані інвалідами. Саме з цих причин виникла необхідність в появі нового терміну «дитина-інвалід».

Діти-інваліди – це соціально-демографічна група населення у віці до 18 років, що мають специфічні потреби і інтереси, соціально-психологічні особливості, значні обмеження життєдіяльності, що призводить до соціальної дезадаптації внаслідок порушення росту та розвитку дитини, здатностей до самообслуговування, переміщення, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, у навчанні, спілкуванні, трудовій діяльності в майбутньому.

В Законі України «Про охорону дитинства» встановлено, що «дитина-інвалід» – дитина зі стійким розладом функцій організму, спричиненим захворюванням, травмою або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що зумовлюють обмеження її нормальної життєдіяльності та необхідність додаткової соціальної допомоги та захисту. За законом України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» визначено, що «дитина-інвалід» – особа віком до 18 років зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою чи її наслідками або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності та викликає необхідність надання їй соціальної допомоги і захисту.

Дитина-інвалід – це особа, яка внаслідок хронічних захворювань, вроджених чи набутих порушень у розвитку має обмеження у життєдіяльності, перебуває в складних і надзвичайних умовах, має особливі потреби у розвитку психофізичних можливостей, природному сімейному оточенні, доступі до об’єктів соціального оточення, засобів комунікації, соціалізації та самореалізації.

Причиною інвалідності дітей можуть бути як зовнішні, так і внутрішні фактори.

До зовнішніх факторів інвалідності дітей належать:

- ✓ *механічні* (поранення, удар, травми);
- ✓ *фізичні* (дія електроструму, тепла, холоду);
- ✓ *хімічні* (дія отруйних речовин),
- ✓ *біологічні* (мікроорганізми, віруси);
- ✓ *психічні* (переляк, стрес, психотравматичні фактори);
- ✓ *порушення харчування* (голодування, нестача вітамінів, переїдання).

До внутрішніх факторів інвалідності відносять:

- ✓ *спонтанні зміни у генетичному матеріалі*;
- ✓ *внутрішньоклітинні метаболіти,*
- ✓ *спадкові хвороби;*
- ✓ *вроджені вади*.

Розрізняють такі обмеження дитячої життєдіяльності:

- діти з порушенням слуху і мовлення (глухі, слабочуючі, оглухлі, туговухі, логопати);
- порушенням зору (сліпі, слабозорі, осліплі);
- порушенням інтелектуального розвитку (розумово відсталі, із затримкою психічного розвитку);
- порушенням опорно-рухового апарату (дитячий церебральний параліч (ДЦП));
- комплексними порушеннями психофізіологічного розвитку (сліпоглухонімі, ДЦП з розумовою відсталістю та ін.);
- хронічними соматичними захворюваннями;
- психоневрологічними захворюваннями.

Така класифікація є ядром для організації різних напрямків соціальної роботи, однак завдання, на основі яких вона організовується, є спільними.

Діти з порушеннями слуху.

Слух є функцією організму, яка забезпечує сприймання звуку. Звук – це коливання частинок, що складають середовище. Органом, здатним сприймати звуки є вухо. Людське вухо сприймає звуки з частотою від 40 до 20 тис. Гц, з віком чутливість до високих звуків зменшується.

При порушенні слуху людина не може повноцінно сприймати навколишній світ, що призводить до порушення мовно-логічного мислення. Стійке порушення слуху як первинний дефект веде до цілого ряду вторинних відхилень у розвитку, які гальмують як пізнавальну діяльність, так і розвиток особистості дитини в цілому.

Залежно від ступеня прояву дефекту розрізняють 3 групи патологій дітей: глухі, оглухлі та туговухі. Якщо у дитини двостороннє порушення слуху є вродженим або набутим в ранньому дитинстві до того, як сформувалось мовлення, то таких дітей називають *глухими.*

Оглухлі діти – це ті, що втратили слух на пізніших стадіях розвитку, коли мовлення у них уже сформувалось і тому збереглося тією чи іншою мірою.

Туговухі – це діти з частковою слуховою недостатністю з різним ступенем прояву, що є причиною порушення мовленнєвого розвитку.

Причини стійких порушень слуху можуть бути вродженими і набутими. Вроджені порушення спостерігаються у 25 - 30% хворих і можуть бути викликані: генетичними (спадковими факторами), дією хвороботворних мікроорганізмів(віруси, бактерії, найпростіші) під час вагітності матері на плід, дією алкоголю, лікарських препаратів, таких як: стрептоміцин, канаміцин, мономіцин, хінін під час вагітності, особливо в перші три місяці вагітності. У таких дітей спостерігається заростання зовнішнього слухового проходу. Серед набутих порушень слуху слід вважати перенесення гострих запалень середнього вуха, які можуть спостерігатися при ураженні внутрішнього вуха, слухового нерва, в деяких випадках ураження провідних

шляхів слухового нерва в головному мозку, коркових слухових центрів, які спричиняють стійкі порушення слухової функції.

Серед гострих інфекційних захворювань, які призводять до часткової втрати слуху в дитячому віці особливу роль відіграють менінгіт, кір, скарлатина, паротит, грип. Набуті вади слуху можуть бути викликані дією на слуховий аналізатор хімічних та лікарських речовин, які потрапляють в організм дитини, особливо хінін і стрептоміцин. Стійкі порушення слухової функції можуть бути викликані різними травмами голови.

Клінічні спостереження свідчать, що на розвиток органу слуху плоду впливають різні загальносоматичні захворювання матері (цукровий діабет, нефрит, авітаміноз, токсикоз тощо).

Негативно впливають на орган слуху дитини алкоголь, нікотин, хімічні препарати (стрептоміцин, неоміцин, мономіцин, канаміцин та ін.).

Однією з причин вроджених вад слуху в дітей вважають недоношеність, оскільки у таких дітей спостерігається недорозвиненість багатьох органів і систем, зміни у судинах, центральній нервовій системі та подальші зміни в аналізаторах, у тому числі й слуховому.

До причин, що викликають набуті вади слуху, слід віднести такі: перенесені інфекційні захворювання (грип, паротит, скарлатину, дифтерит, токсоплазмоз та інші); захворювання порожнини носу й носоглотки (що не стосуються безпосередньо вуха); запальні захворювання слухового проходу, барабанної перетинки порожнини слухової трубки (зовнішній отит, гострий середній отит, хронічний середній гнійний отит тощо); травми, здебільшого механічні, хоча трапляється й термічний вплив, а також негативна дія шуму, вібрації; алергічні захворювання, які зумовлюють нейросенсорну туговухість; загально-соматичні захворювання, серед яких основна роль належить цукровому діабету, захворюванням нирок, крові та ін.; вплив екзогенних хімічних та токсичних речовин, у тому числі медикаментів (антибіотиків) тощо.

Глухота (первинний дефект), пов'язана причинним зв'язком із німотою (вторинне порушення розвитку), призводить до ряду інших відхилень у психічному розвитку. У пізнавальній діяльності глухих важливу роль відіграють наочно-зорові форми пізнання у порівнянні з словесно-логічними. В розвитку словесно-мовної системи писемна мова набуває для глухих більшого значення, ніж усна. Розвивається міміко-жестикулярна мова, бажання говорити і зчитувати мову з губ інших.

Туговухість у дітей виникає внаслідок перенесення гострого та хронічного отитів (запалення середнього вуха). Таке ураження слуху виникає внаслідок патологічних змін у середньому вусі, а саме – рубців, зрощень, проривів барабанної перетинки, що призводять до порушення рухливості барабанної перетинки та слухових кісточок (молоточок, стремінце, коваделко). Стійке ураження слуху може виникати при захворюваннях носоглотки, внаслідок порушень прохідності євстахієвої труби та нормальної вентиляції середнього вуха. Різке зниження слуху спостерігається у

випадках, коли до патологічного процесу залучено внутрішнє вухо та слуховий нерв. Частіше це буває при інфекційних захворюваннях (грип, скарлатина, кір). Туговухі діти характеризуються тим, що їхня часткова слухова недостатність призводить не тільки до зменшення обсягу сприймання мовної інформації, а й до повного порушення мовленнєвого й загального розвитку. При збільшенні враження слухової функції виділяють різні ступені туговухості. При легкому ураженні (втрата слуху не перевищує 50 дБ) розмовна мова сприймається на відстані від 6 до 8м, розмова пошепки від 3 до 6м від вушної раковини. Середній ступінь від 4 до 6м, шепіт – від 1 до 3м, при сильному враженні від 2-4м, і їх шепіт – біля вушної раковини. Тяжкий ступінь – 2м і шепіт – 0,5м. Мовний запас таких дітей обмежений.

Діти з порушеннями мовлення.

Мовне спілкування відіграє важливу роль у засвоєнні дитиною культури, а отже в його пізнавальному та особистому розвитку. Особливо великий вплив мовлення на різні психічні процеси – сприйняття, пам’ять, відображення, мислення.

Порушення мовленнєвого розвитку характеризуються як другорядні ускладнення при первинних дефектах (глухота, розумова відсталість). До окремої групи відносять дітей із значними порушеннями мовлення при збереженні слуху та інтелекту.

Мовленнєві порушення характеризуються тим, що: а) з’явившись, самостійно не зникають; б) закріплюються; в) не відповідають вікові того, хто говорить; г) потребують логопедичного втручання залежно від характеру враження; д) виникнення такого мовлення може позначитися на подальшому розвиткові дитини.

Різноманітні мовленнєві дефекти, які є первинними у дітей з порушенням мовлення, спричиняють вторинні відхилення в їх загальному і мовленнєвому розвитку. Так, вони утруднюють процес оволодіння грамотою, можуть негативно відбитися на розвитку мислення. Мовні порушення можуть мати як центральний, так і периферичний характер. Якщо хвороботворний вплив зачіпає той чи інший відділ ЦНС і викликає порушення мовлення, то це розглядається як центральне порушення. В тих випадках, коли спостерігаються аномалії в будові периферичного мовного апарату, то тут має місце периферичне порушення мовлення.

До факторів, що зумовлюють мовленнєві порушення відносять внутрішньоутробні та прижиттєві ураження центральної нервової системи (ЦНС), спричинені травмами, інфекціями, інтоксикаціями і зачіпають слухомовну ділянку кори головного мозку. У цих випадках мають місце органічні порушення мовлення. При функціональному порушенні мовлення спостерігається заїкання, викликане переляком, страхом. Найскладніші мовленнєві порушення зачіпають як фонетико-фонематичну, так і лексико-граматичну сторони мовлення, призводять до загального недорозвинення його – від відсутності мовлення або лепетного стану до розгорнутого

мовлення, але з елементами фонетичного і лексико- граматичного недорозвинення.

Р.Є. Левіна виділяє три рівні загального недорозвинення мовлення. Перший рівень характеризується цілковитою або майже цілковитою відсутністю словесних засобів спілкування у віці, коли у нормальної дитини (5-6 років) мовлення в основному сформоване. При цьому рівні мовленнєвого розвитку словниковий запас дитини складається здебільшого із звукових і звуконаслідувальних комплексів, які супроводжуються жестами, як правило, незрозумілими для оточення.

Другий рівень характеризується тим, що мовленнєві можливості дітей значно зростають, спілкування здійснюється не лише за допомогою жестів і лепетних уривків слів, а й мовними засобами, хоч і досить спотвореними в фонетичному і граматичному відношеннях.

Третій рівень передбачає розгорнуте повсякденне мовлення без грубих фонетичних і лексико-граматичний відхилень, але з окремими порушеннями в фонетиці, лексиці й граматиці.

Мовленнєва діяльність формується і функціонує в тісному зв'язку з психікою дитини в цілому, з різноманітними її процесами, які протікають у сенсорній, інтелектуальній, емоційно-вольовій сферах.

Діти з порушеннями зору.

Патологія зорового нерва в період народження дитини спостерігається внаслідок дії різних факторів як під час вагітності, так і під час пологів. Ця патологія може поєднуватися з аномаліями розвитку нервової системи та ока. Діти народжуються слабозорі або сліпі. У них відсутній або ослаблений захисний мигальний рефлекс на світло, немає фіксації зору на предметі тощо. Моторний та психічний розвиток дитини залежить від особливостей формування нервової системи.

Порушення зору у дітей можуть бути виражені по-різному, залежно від сили хвороботворних впливів на різні відділи зорового аналізатора (око, зоровий нерв, зорові та підкіркові нервові утворення мозкової речовини у зорових зонах кори головного мозку). Тому, залежно від того, наскільки порушена функція зорового аналізатора, серед дітей зі стійкими вадами зорового аналізатора розрізняють сліпих, слабозорих, осліплих.

Сліпими є такі діти, у яких немає зорових відчуттів або очі втрачають здатність до світлосприйняття та розрізнення кольорів (абсолютна, тотальна сліпота), або зберігається незначний залишковий зір. Сліпих дітей поділяють на сліпонароджених та осліплих.

Сліпонароджені – це особи, які народилися сліпими або втратили зір до становлення мови, тобто приблизно до трьох років, і не мають зорових уявлень.

За ступенем порушення зору сліпих дітей поділяють на:

1) абсолютно (тотально) сліпих (сюди відносять і дітей зі світло-сприйманням, тобто здатних розрізняти світло і тіні);

2) частково сліпих (сюди відносять дітей із залишковим зоровим сприйняттям, яке дає змогу розрізняти на близькій відстані віддалені контури предметів);

3) дітей із гостротою зору від 0,01 до 0,04, яка дає можливість орієнтуватися під час ходьби, розрізняти на далекій відстані форми предметів та яскраві кольори.

Послаблення зору може бути спричинене впливом на орган різними хвороботворними організмами, який формується в період ембріонального розвитку (токсоплазмоз, захворювання вагітної краснухою, особливо в перші місяці вагітності, різні природові порушення, які провокують внутрішньочерепні та внутрішньоочні крововиливи, переломи та зміщення кісток черепа), різними гормональними порушеннями у матері і плоду; віком батьків (старші за 35 років); резус-несумісністю крові матері і плоду; токсикозами першої та другої половини вагітності (патологія органу зору в дітей, які народилися у жінок із токсикозами вагітності, спостерігається у 8 разів частіше, ніж при нормальному її протіканні); кровними шлюбами, іонізуючою радіацією (рентгенівське, нейтронне випромінювання тощо), яка може викликати ушкодження хромосом, генів і клітин; інтоксикаціями різного походження (алкоголь, хлороформ, протизаплідні засоби, деякі ліки: снодійні, протисудомні, хімічні, інсулін тощо).

Набуті зорові аномалії можуть бути викликані ускладненнями після перенесених інфекційних захворювань (грип, туберкульоз, менінгіт, а також травматичними ушкодженнями мозку, очей).

Розрізняють прогресуючі та стаціонарні порушення зорового аналізатора.

При прогресуючих дефектах зору спостерігається поступове погіршення зорових функцій, що пов’язано з протіканням патологічного процесу. Це зумовлене такими захворюваннями як глаукома, при якій характерні підвищення внутрішньоочного тиску та зміни у тканинах ока, незакінчена атрофія зорового нерва, пігментна дистрофія сітківки, що є природженим захворюванням і може проявлятися в будь-якому віці. Прогресуючі зорові порушення можуть бути пов’язані з пухлинами головного мозку, утвореними в області мозочка. При поганому освітленні або надмірному навантаженні на зір може прогресувати і зорова недостатність, пов’язана з аномаліями рефракції (заломлювальної функції ока) – короткозорість або далекозорість. При цьому дитина обов’язково повинна носити корегуючі окуляри.

Стаціонарні дефекти зору можуть спостерігатися внаслідок захворювань та операцій на очах, якщо паталогічний процес припинився та до подальшого зменшення зорової функції не призводить. За часом настання зорового дефекту сліпих поділяють на сліпонароджених, якщо зір втрачено до народження, та у віці до 3 років, а також осліплих, що втратили зір у

наступні періоди життя, та які зберегли певною мірою зорові образи у пам'яті. Сліпота негативно впливає на формування опорно-рухового апарату дитини. На розвиток логічного мислення, мови, запам'ятовування, цілеспрямованої уваги сліпота не впливає. Проте певна деградація відчувається у спілкуванні з людьми. Осліплі діти після певного періоду нормального розвитку, зберігають зорові уявлення, які сформувались у них раніше. Ступінь збереження зорових уявлень залежить від моменту, коли дитина осліпла. Зорове відображення у них зберігається протягом життя. Втрачена функція зорового аналізатора компенсується у сліпих дітей за рахунок діяльності інших аналізаторів – слухового, рухового, тактильного тощо. Особливості розвитку слабозорих дітей пов'язані з тим, що вони, на відміну від сліпих, можуть використовувати для сприймання предметів і явищ навколишнього світу та просторової орієнтації збережений у них зір, хоча у них спостерігається повільність у рухах, послаблення їх чіткості.
Діти, які страждають на сильно виражену далекозорість або короткозорість, без спеціально організованого процесу зорового сприйняття можуть не вловити деяких важливих, але не дуже чітких зовні ознак об'єктів дійсності.

Сліпоглухі діти

До цієї категорії аномальних належать діти, у яких спостерігається повне або часткове ураження функції як зорового так і слухового аналізаторів. У цих дітей слух порушений повністю або такою мірою, що робить неможливим засвоєння мови на основі слухового сприйняття. Якщо глухота і сліпота наступають у дорослому віці, то це не призводить до втрати мови. Отже, слід розрізняти сліпоглухонімих, у яких здатність до словесної мови втрачена або взагалі не розвивалася, і сліпоглухих, у яких раніше сформована мова збереглася.

Причини сліпоглухонімоти: вроджена катаракта, що пояснюється внутрішньоутробним ураженням плода в ранній період вагітності, коли відбувається формування слухового і зорового аналізаторів, захворюванням вагітної на краснуху, генетичні фактори.

Набута сліпоглухота може бути зумовлена пологовими черепно-мозковими травмами, перенесеними у дошкільному віці захворюваннями головного мозку: менінгіти, менінгоенцефаліти, унаслідок яких відбувається ураження внутрішнього вуха, слухових нервів, що призводить до глухоти з поєднанням атрофії зорового нерва, а це призводить до сліпоти.

В умовах позбавлення зв'язку з навколишнім світом такі діти упродовж усього життя не можуть засвоїти елементарних норм поведінки. Послаблення діяльності слухового і зорового аналізаторів негативно впливає на структуру кори півкуль головного мозку. Тому тут організовується предметно-практична діяльність для засвоєння навичок для задоволення своїх потреб.

У тих випадках, коли функціонування слухового і зорового аналізаторів порушене, прилив їх подразників до кори головного мозку різко

обмежується. Тому при одночасній втраті зору і слуху та без спеціального педагогічного впливу “дитина взагалі може перебувати в тривалому дрімотному стані – настільки знижується тонус кори великих півкуль її головного мозку”.

Таким чином, сліпоглухонімота створює вкрай важкі передумови для психічного розвитку дитини. Однак, якщо вона не поєднується з розумовою відсталістю, сліпоглухонімі діти потенційно мають можливості для повноцінного інтелектуального й емоційного розвитку. Завдяки пластичності нервової системи при сліпоглухонімоті брак зору і слуху компенсується збереженою здатністю відчувати й сприймати навколишній світ за допомогою дотику, нюху, різних вібраційних та температурних відчуттів.

Діти з порушеннями опорно-рухового апарату

До таких порушень призводять різні захворювання, найчастіше – дитячий церебральний параліч (ДЦП), при якому уражуються рухові системи головного мозку. Інфекції, інтоксикації, травми, які перенесла вагітна жінка в перші 3-4 місяці можуть призвести до вродженого внутрішньоутробного церебрального паралічу. Частота захворювання на ДЦП – 1,7 випадків на 1000 дітей. Припологові і післяпологові паралічі пов’язані з травматичними ураженнями головного мозку плоду та новонародженої дитини, порушення мозкового кровообігу в результаті асфіксій.

Причиною розвитку ДЦП є інфекційні захворювання матері під час вагітності (краснуха, цитомегалія, токсоплазмоз, грип тощо), серцево-судинні та ендокринні порушення у матері, діабет або отруєння під час вагітності, спадковість, тиск мозкової рідини на череп, токсикози вагітних, імунологічна несумісність крові матері і плоду, перенесені під час вагітності психічні і фізичні травми, асфіксії, внутрішньоутробні травми. До другої групи слід віднести церебральні паралічі внаслідок менінгіту, енцефаліту, менінгоенцефаліту, черепно-мозкових травм.

Дія шкідливих факторів на мозок під час внутрішньоутробного розвитку, під час пологів і після народження дитини викликають різні зміни в оболонках і сірої речовини головного мозку, які надалі порушують нормальний розвиток.

Діти із затримкою психічного розвитку

Для всіх дітей із затримкою психічного розвитку характерні більш або менш виражені порушення розумової працездатності, які полягають у підвищеній втомлюваності, особливо під час розв’язання завдань, що вимагають тривалого інтелектуального напруження. Проте найяскравіше ця особливість виявляється у дітей з астенічними станами.

Термін *астенія* – хворобливий стан, підвищена стомлюваність, нездатність до тривалого розумового чи фізичного напруження. Залежно від

причин, що викликали астенічний стан, розрізняють церебральну та соматогенну астенії.

При церебральній астенії нервово-психічна слабкість зумовлена захворюваннями мозку (інфекції, травми). Звичайно, тут мають на увазі легкі ураження ЦНС, оскільки більш тяжкі спричинюють розумову відсталість, тобто стійке порушення пізнавальної діяльності, тоді як при цереброастеніях, які зумовлюють затримки психічного розвитку, інтелект первинно збережений.

Соматогенна астенія пов'язана із загальними соматичними захворюваннями організму (дизентерією, скарлатиною, туберкульозом).

Першопричиною порушень пізнавальної діяльності в дітей з астенічними станами є надмірна втомлюваність, яка різко знижує продуктивність діяльності. Тому в тих випадках, коли розумова працездатність їх ще не порушена (на початку роботи, у спокійних обставинах, після відпочинку), діти виявляються досить зібраними, активно сприймають і розуміють навчальний матеріал, правильно й відносно самостійно виконують різні практичні завдання, розв'язують інтелектуальні задачі. Проте такий стан зберігається у дітей астеніків (особливо при цереброастеніях) не довго, як правило, при виконанні завдань, обмежених за обсягом, і таких, що не потребують значного інтелектуального напруження.

Підвищеною втомлюваністю нервової системи у багатьох випадках пояснюються і деякі особливості поведінки таких дітей: у втомленому стані деякі з них стають надмірно збудливими, роздратованими, імпульсивними, метушливими, інші, навпаки, загальмованими, темп їхньої діяльності різко уповільнюється або вони зовсім припиняють роботу, проявляють невпевненість, боязкість.

Фізична слабкість, швидка втомлюваність, часто пов'язані з нею роздратованість, плаксивість у багатьох випадках призводить до ізольованості дитини в колективі однолітків, у яких вона викликає глузування. В ослабленої дитини зникає інтерес до колективних ігор, навчання, з'являються озлобленість, агресивність, замкненість. Якщо мова йде про дитину шкільного віку, тривалі пропуски занять можуть призвести до прогалин у знаннях, відставання у навчанні, а при загальному ослабленні організму непродумані додаткові заняття з метою ліквідації таких прогалин створюють надмірні навантаження і не дають позитивних результатів.

При обстеженні дитини з метою розпізнання відмінності затримки психічного розвитку від розумової відсталості обов'язково звертають увагу на позитивні риси, наявні у дітей першої категорії: кращу здатність до використання зовнішньої допомоги, пристосування виробленого способу виконання завдання до нових умов, аналогічних ситуацій, більш продуктивну, усвідомлену та цілеспрямовану діяльність тощо.

Розрізняють такі форми затримки психічного розвитку дітей:

1. *Конституційно зумовлена форма затримки психофізичного розвитку.* Вона зумовлена уповільненістю і нерівномірністю дозрівання різних систем

дитячого організму. Дитина не хвора, але вона і фізично, і психічно розвивається повільніше, ніж інші діти, особливо ж відстає емоційно-вольова сфера. Це виявляється в тому, що на час початку навчання у школі вона ще є фактично дошкільником: шкільні обов'язки, правила поведінки їй поки що недоступні і не викликають інтересу. В школі ці діти і виявляють себе як типові дошкільники. Вони дуже безпосередні, емоційні, не вміють керуватися правилами поведінки на уроці, не включаються в роботу класу, не сприймають завдання, а тому й мало чого навчаються. Як правило, вчителі скаржаться, що дитина ніби не розуміє, чого від неї вимагають, не може працювати разом з класом, швидко переключається на інше, шукає собі дитячих розваг. На перерві ж вона жвава і досить кмітлива, захоплено грається з однокласниками, хоча і в ті ігри, де треба дотримуватися правил, виявляє надмірну дитинність.

Нерідко виявляється, що такі особливості розвитку свого часу спостерігалися у когось із членів сім'ї, що свідчить про генетичну зумовленість цього відхилення, тому його і називають *конституційно зумовленим.*

Здебільшого затримка психічного розвитку цієї форми не буває дуже глибокою, дитину не можна вважати хворою, і при належному індивідуальному підході з боку вчителя вона вирівнюється в умовах загальноосвітньої школи. Звичайно, є всі підстави починати навчання таких дітей на рік пізніше. Тому, знайомлячись із контингентом дітей, що вступають до І-го класу, шкільний психолог може порекомендувати батькам дитини, яка фізично і психічно ще не дозріла до шкільного навчання, звернутися до дитячого психіатра, який дасть рекомендацію відкласти вступ дитини до школи на рік, протягом якого малюка потрібно старанно готувати до школи у сім'ї чи в умовах дитсадка.

2. *Соматично зумовлена затримка психічного розвитку.* Вона зумовлюється тілесним захворюванням (різні хронічні інфекції, алергічні стани, вади серця та ін.). Центральна нервова система у таких випадках не вражається безпосередньою хворобою, але потерпає від виснаження дитячого організму в цілому. Хвороба знижує психічний тонус дитини, робить її млявою, несприйнятливою до різноманітних вражень.

До шкідливого впливу самої хвороби часто додається ще і негативний вплив умов виховання, які часто створюються навколо хворої дитини. Постійний страх за здоров'я і саме життя малюка змушує батьків послаблювати вимоги до нього, попереджати всі його бажання, а це формує пасивність, безініціативність, егоїзм. Постійне виконання дорослими всіх тих справ, з якими дитина могла б упоратися й сама, відгороджує її від життя, заважає багато чого навчитися, пізнавати нове.

3. *Психогенно зумовлена затримка психічного розвитку.* Численні спостереження за розвитком дітей показують, що до затримки психічного розвитку у них може призвести дефіцит спілкування в ранньому дитинстві, відсутність материнської турботи, любові. Для нормального розвитку

малюкові потрібне почуття захищеності, яке дає йому тісний доброзичливий контакт з близькими дорослими. Постійні залякування, покарання, покинутість пригнічують навіть здорову дитину, знижують її психічний тонус і тим самим призводять до затримки розвитку. Особливо часто це трапляється в дитбудинках, де дітям забезпечують певний рівень фізичного догляду, але живуть вони в ізоляції від навколишнього світу і потерпають від нестачі індивідуальної теплої уваги близьких дорослих. Звичайно, такі психологічні умови можуть бути для дитини і в сім'ї, де постійні конфлікти, сварки, пияцтво.

4. *Церебрально-органічна форма затримки психічного розвитку*. Це найпоширеніша і найтяжча форма затримки психічного розвитку у дітей і, як свідчить її назва (церебральний - мозковий), пов'язана з ураженням головного мозку. Прояви її яскравіше виражені і стійкіші. Щоб їх усунути чи пом'якшити, потрібні систематичні лікарські та педагогічні заходи.

Діти з психопатичними формами поведінки.

Порушення розвитку дітей можуть бути обумовлені різними формами психопатій.

Психопатією називають патологію психічної діяльності, що характеризується дисгармонією в емоційно-вольовій сфері та в сфері почуттів і проявляється у неврівноваженості поведінки, поганій пристосованості до змін довкілля, невмінні підкорятися вимогам оточення.

Не всяке порушення поведінки чи характерологічне відхилення в розвитку дитини має відношення до психопатії. Про неї йдеться лише в тих випадках, коли аномалії в характері та поведінці зумовлені спадковими факторами або органічними ураженнями підкіркових мозкових систем внаслідок шкідливих чинників на мозок під час внутрішньоутробного періоду або на ранніх етапах розвитку дитини. Зовнішніми факторами, які викликають психопатії, можуть бути мозкові інфекції, алкоголізм батьків, токсоплазмоз, тяжкі соматичні порушення. При цьому біологічні фактори, що зачіпають матеріальну основу психіки – мозок, слід розглядати лише як вихідні моменти, які спричиняють психопатичний розвиток дитини. Вирішальну роль у виникненні та прояві типових рис психопатій відіграють соціальні фактори.

Основні ознаки психопатичного розвитку належать до емоційно-вольової сфери дитини і є виявами дисгармонійного розвитку окремих психічних функцій. Це проявляється по-різному (образливість, прихильність до якоїсь однієї людини, замкнутість, егоїстичність).

Характерними рисами психопатичного розвитку є слабка воля, невміння стримувати себе, імпульсивність реакцій, грубість, спалахи агресії. При цьому знижується працездатність, невміння зосередитись.

При *органічній психопатії*, в основі якої лежить органічне ураження систем, недорозвиток особистості, порушення емоційно-вольової сфери. При

цьому первинно виникають такі ознаки дефектного розвитку як схильність до афективних вибухів, роздратованість, упертість, нестійкість та поверховість емоцій, примітивність потягів та їх розгальмованість, невміння підкорити поведінку та діяльність вимогам ситуації. Якщо своєчасно не докласти зусиль, спрямованих на корекцію розвитку таких дітей на початок шкільного віку, зазначені недоліки закріплюються, перетворившись на стійкі характерологічні утворення, які, в свою чергу, утруднюватимуть нормальне навчання та виховання дитини в школі, призводячи до ряду вторинних відхилень розвитку – порушення навчально-пізнавальної діяльності при первинно збереженому інтелекті, несприятливо ушкодженої позиції в дитячому колективі, неправильного ставлення до дорослих. Корекційна робота з такими дітьми передбачає виховання цілеспрямованості та планомірності діяльності, формування гальмівних реакцій, розвиток інтелектуальних інтересів, навчання правильної самооцінки власної поведінки та діяльності. Окрім органічної психопатії, трапляються випадки так званої *конституційної психопатії*, при якій психопатичні стани у дітей зумовлені патологічною спадковістю. Наприклад, якщо хтось із батьків хворий на епілепсію, у дітей можуть проявлятися риси *епілоплоїдної психопатії*. У таких дітей при первинно збереженому інтелекті та відсутності типових ознак епілептичного захворювання проявляються своєрідні особливості поведінки та характеру – тривала підвищена роздратованість, погане переключення з однієї ситуації чи дії на іншу, запальність, злостивість, агресивність щодо інших дітей, зосередженість на власних переживаннях, *егоцентризм* – негативна риса характеру, що полягає в крайньому егоїзмі, індивідуалізмі.

У сім'ях, де були хворі на шизофренію, можуть народжуватися діти з шизоїдною психопатією, своєрідність поведінки проявляється в одних випадках у пасивності, млявості, в других – у розумовому занепокоєнні, в третіх – у надмірній вразливості. Загальними ознаками при шизоїдних рисах характеру є знижена потреба в спілкуванні, уникнення контактів з іншими членами дитячого колективу, замкненість у колі своїх інтересів. Може проявитися схильність до абстрактних розмірковувань. У ряді випадків має місце своєрідність моторної сфери – рухова неспритність, а також погана пристосованість до виконання практичної діяльності.

Розумово відсталі діти.

Існують різні форми розумової відсталості, серед яких найпоширеніша – *олігофренія*. Це форма психічної недорозвиненості, що виникла внаслідок ураження ЦНС у переднатальний (внутрішньоутробний), *натальний* (під час пологів) або *постнатальний* (на ранніх стадіях прижиттєвого розвитку, як правило, до трьох років) періоди.

Причинами олігофренії є: інфекційні захворювання вагітної (вірусний грип, краснуха тощо); зараження плода паразитами (токсоплазмоз);

алкоголізм батьків; пологові травми та асфікція (від грец. а – заперечна частка, sopygnos – пульс).

Вроджена олігофренія може бути пов'язана із спадковими факторами, з порушенням хромосомного набору, білкового обміну в організмі (фенілкетонурія), з несумісністю крові матері та дитини. На ранніх етапах розвитку дитини олігофренія виникає внаслідок перенесення запальних хвороб головного мозку, а також внаслідок травм головного мозку.

При олігофренії кора півкуль головного мозку вражена дифузно, тобто анатомічні зміни мають місце на окремих її ділянках і не поширені на всю кору. Це не виключає поєднання дифузного ураження кори з її локальними пошкодженнями, що в деяких випадках зачіпають і підкіркові зони. Все це зумовлює різноманітні порушення в розвиткові пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери дітей-олігофренів.

Загальною ознакою для таких дітей є недорозвинення складних форм ВНД (мислення, узагальнення, обґрунтування, абстрагування). З цим симптомом олігофренії, фізіологічною основою якого є значне порушення динаміки нервових процесів у дифузно ушкодженій корі головного мозку, пов'язані інші недоліки пізнавальної діяльності – неточність, повільне сприйняття, мовленнэве недорозвинення, порушення уваги, пам'яті, що призводить до порушення здатності до розуміння та засвоєння інформації. Всім олігофренам властиве недорозвинення емоційно-вольової сфери, якостей особистості; натомість грубість, замкнутість, гнів. Спостерігається порушення моторики та загального розвитку.

Для здійснення диференційованого та індивідуального корекційного підходу до таких дітей у процесі їх навчання та виховання слід розрізняти чотири форми олігофренії:

1. основна, неускладнена, що характеризується дифузним, але відносно поверховим ураженням кори півкуль головного мозку, при цьому не спостерігається додаткових порушень у діяльності органів чуття, в емоційній, вольовій, моторній, мовній сферах, не спостерігається неврівноваженість процесів збудження і гальмування.
2. поєднання недорозвиненості пізнавальної діяльності з вираженими нейродинамічними розладами, а саме:

- з патологічним переважанням збудження над гальмуванням. Особливу увагу слід приділяти формуванню в дитини вміння зосереджуватись на завданні;
- з патологічним переважанням гальмування над збудженням. Такі діти виявляють млявість, уповільненість, тому їх слід постійно активізувати ззовні, враховуючи темп їх діяльності.

3. поєднання загальної недорозвиненості складних форм пізнавальної діяльності з додатковими порушеннями мовного розвитку, як моторної, так і сенсорної його сфер або просторового сприймання, що зумовлює значні додаткові утруднення в засвоєнні матеріалу.

4. поєднання загальної недорозвиненості складних форм пізнавальної діяльності з порушенням розвитку особистості в цілому. Це спостерігається при локальних ураженнях лобних долей головного мозку.

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

Найбільш тяжка форма – ідіотія. Ідіотам недоступне осмислення навколишнього світу, мовлення їх незв'язне, спостерігається порушення моторики. Вони можуть засвоїти лише окремі механічні види праці. Дефекти пам'яті, мислення, мовлення роблять неможливим процес навчання в школі.

При ідіотії спостерігається різке фізичне недорозвинення, яке виявляється в загальній дисгармонійності, ендокринних розладах, у спотвореності скелету. При найбільш тяжких формах не формуються навіть навички сидіння. Кортикальні функції в ідіотів настільки грубо порушені, що і найпростіші умовні рефлекси виробляються з великими труднощами.

При глибоких ступенях ідіотії мовлення формується лише у вигляді вимови окремих звуків, у інших вона більш розвинена, вони вимовляють окремі слова, фрази, але змісту їх здебільшого не розуміють. Ідіоти навчанню не підлягають.

Дещо легшим ступенем порушення інтелекту та загального розвитку є *імбецильність*. Імбецили спроможні засвоювати деякі елементи та навички практичної та розумової діяльності, можуть оволодіти механічними видами фізичної праці і навіть елементами грамоти. Проте за наявності важких дефектів сприйняття, пам'яті, мислення, мовного розвитку, які поєднуються з порушенням емоційно-вольової сфери та моторики, практично неможливо здійснювати навчання імбецилів у спеціальних школах. Вони потребують постійної опіки.

Імбецили стоять на більш високому рівні фізичного і психічного розвитку порівняно з ідіотами. Їм, хоч і меншою мірою, ніж при ідіотії, властиві загальна диспластичність, аномалії у будові черепа, недорозвинення моторики. Їхні рухи характеризуються загальмованістю, недиференційованістю. Діти-імбецили часто неспроможні виконати ізольовану дію – заплющити одне око, підняти одну руку. Значні відхилення від норми спостерігаються у психічній діяльності імбецилів. Різке недорозвинення процесів аналізу і синтезу ускладнює пізнання об'єктивної дійсності, засвоєння і зберігання знань. Дуже обмежений у них власний досвід. Сприймаючи об'єктивну дійсність, вони не роблять узагальнень, кожний факт сприймається ними поодиноко, ізольовано від інших. Діти-імбецили неспроможні зрозуміти найпростішого сюжетного малюнка. Вони сприймають лише окремі зображені об'єкти або їх деталі, які найчастіше яскраво розфарбовані, але змістових зв'язків між ними не бачать. Не вміють ці діти класифікувати об'єкти за певною ознакою. Дістався завдання покласти малюнки, де зображено посуд, на одну купку, а малюнки із зображенням тварин – на другу, діти просто перекладають усі малюнки з одного місця на друге.

Характерним для цих дітей є патологічна нестійкість уваги. Вони навіть на кілька хвилин не можуть зосередитись на певному завданні. Низький рівень розумового розвитку імбецилів позбавляє їх можливості жити самостійно, вони і в дорослому віці потребують постійної опіки. Вони так само, як і ідіоти, не підлягають навчанню.

Дебільність менш виражений ступінь розумової відсталості, проте інтелектуальний дефект не дає змоги цим дітям навчатись у школі, тому що в них порушена пам'ять, повільність темпів сприйняття і осмислення інформації. Вивчення навчального матеріалу у дебілів пов'язане з труднощами. Все це фізіологічно зумовлене недорозвиненістю аналітико-синтетичної функції ЦНС, порушенням фонематичного слуху; вони погано рахують внаслідок вад логічного мислення. Порушення моторики, дефекти пізнавальної діяльності стають перешкодою при формуванні у дебілів трудових умінь і навичок.

Розумова відсталість може бути зумовлена органічним ураженням головного мозку, яке дитина перенесла на більш пізніх етапах розвитку. У таких дітей до ураження мозку був певний період нормального розвитку. Пізнавальні можливості такої дитини дещо більші, ніж у олігофренів, але нижчі, ніж у звичайної дитини такого віку. У таких дітей інтелектуальний дефект ускладнюється додатковими порушеннями розвитку. До цієї категорії дітей належать діти, що перенесли травми головного мозку (спостерігається зниження розумової працездатності, підвищена втомлюваність).

Діти-дебіли здатні навчатися за спеціальною програмою допоміжної школи, набувати професій, навіть таких, які потребують певної кваліфікації, працювати, відповідати за свої вчинки, брати участь у громадському житті. Після закінчення школи вони добре працюють на підприємствах.

Проте їхні можливості навчатися реалізуються лише у допоміжних школах; якщо ж вони навчаються у масових – розвиток їх штучно затримується, вони залишаються на дуже низькому рівні і своєю поведінкою, розумінням навколишнього дуже нагадують імбецилів.

Характеризуючи олігофренів-дебілів, треба зазначити, що вони неоднакові за своєю працездатністю, поведінкою, характеристиками особистості. М.С. Певзнер виділяє п'ять основних форм олігофренії, кожна з яких має свою патофізіологічну, клінічну і психологічну характеристику. До першої належать діти, у яких так само, як і у всіх розумово відсталих, має місце зниження рівня розвитку найскладніших форм пізнавальної діяльності, пов'язаних з узагальненням і абстрагуванням. Відрізняються ж вони від інших тим, що у них немає грубої патології в емоційно-вольовій сфері. Факти показують, що вони задовільно розуміють нескладні життєві ситуації, свої учнівські обов'язки, радіють успіхам, переживають невдачі. Характерним для них є те, що під час виконання доступних завдань вони здатні до стійкої цілеспрямованої діяльності. Вони досить спокійні, урівноважені, у них немає грубих порушень моторики. Тому вони досить швидко навчаються писати букви, цифри, набувають інших шкільних навичок. Названі позитивні

характеристики сприяють тому, що діти з першою формою олігофренії здебільшого відвідують дитячі садочки для нормальних дітей. Оскільки ж вони програму цих закладів засвоїти неспроможні, то кваліфікуються як малоздатні до навчання, але, як правило, направляються до загальноосвітніх шкіл, де зразу ж стають невстигаючими учнями.

Отже, діти з першою формою олігофренії на перший погляд не відрізняються від таких, які мають низькі здібності або педагогічно занедбані, і тому потрапляють до масової школи. Від них різко відрізняються діти, які мають другу форму олігофренії. Характерним для них є поєднання недостатності складних форм пізнавальної діяльності з грубим порушенням поведінки, яка має під собою патофізіологічну основу. Причиною такого стану виступає порушення балансу між основними нервовими процесами при перевазі у корі головного мозку збудження над гальмуванням. Об'єктивно це проявляється в тому, що на уроках вони не вміють себе організувати, не можуть спокійно сидіти, крутяться, перебирають речі у портфелі, на парті, схоплюються з місця. Властиві їм неорганізованість та імпульсивність виявляються в будь-якій діяльності, при виконанні як простих, так і складних завдань. Вони швидко реагують на всі подразники. Так, не дослухавши запитання вчителя до кінця, схоплюються з місця, викрикують відповідь. Розв'язуючи задачу чи виконуючи вправу, вони так само діють імпульсивно, недослухавши або недочитавши умови до кінця.

Поведінка таких дітей великою мірою залежить від умов, у яких вони перебувають. При індивідуальному навчанні і за звичних умов вони більш спокійні й організовані. Якщо ж вони потрапляють у колектив, особливо новий, або ж коли у клас заходить нова людина, збудження їх значно зростає.

Для дітей з цією формою олігофренії характерне порушення працездатності. Вони неспроможні довго зосереджено займатися однією справою, швидко забувають про завдання, яке виконується, і починають робити щось інше. Це стосується і найпростіших завдань.

Патологічна нестійкість уваги дітей з другою формою олігофренії веде до нерівномірності в роботі: правильно написавши слово, вони при повторному його написанні роблять помилку.

Особливості дітей з другою формою олігофренії виявляються рано.

Протилежна картина спостерігається у дітей-олігофренів з третьою формою, у яких порушення балансу між основними нервовими процесами виявляється у перевазі активного гальмування над збудженням. Як і для всіх олігофренів, характерною для них є недорозвинена здатність до узагальнення та абстрагування, специфічними ж їхніми особливостями виступає загальмованість, кволість, уповільненість, які виявляються у будь-якій діяльності, поведінці, моториці.

Серед олігофренів зустрічаються діти, у яких має місце слабкість основних нервових процесів і збудження, і гальмування. У таких випадках немає сталого стану збудження чи гальмування, ці стани швидко змінюють один одного.

Окрему групу олігофренів становлять такі, в яких дифузне порушення кори головного мозку збігається з порушенням лобних частин. Складність такого порушення призводить до того, що у дітей, крім недорозвинення пізнавальної діяльності, настає грубий недорозвиток особистості, зміна системи потреб і мотивів, недорозвиток емоційно-вольової сфери. Цей дефект, як правило, супроводжується своєрідним недорозвиненням моторики. В силу зазначеної складності дефекту, навчання таких дітей дуже ускладнене.

Причиною розумової відсталості може стати пошкодження мозку під впливом енцефаліту (запалення мозку), який уражає головним чином підкоркову частину головного мозку. Розумова відсталість, яка виникає внаслідок енцефаліту, пов'язана з різкими змінами емоційно-вольової сфери. Діти, які хворіли на цю хворобу, дуже дратівливі, запальні, рухливо-неспокійні, настрій у них нестійкий. Вони швидко і безпосередньо реагують на всі подразники. Водночас у них повільний темп мислення. Характеризує їх також велика навіюваність, вони легко підпадають під негативний вплив. У деяких випадках наслідки енцефаліту виявляються інакше: діти стають малорухливими, з млявою, одноманітною моторикою, мають погане нерозбірливе мовлення (говорять, наче у них повний рот каші). Зовні вони мають вигляд глибоко відсталих, навіть тоді, коли інтелект у них не дуже знижений. Свої особливості мають діти, які хворіли на ревматичний енцефаліт. Для них характерні метушливість, надзвичайна рухливість і вразливість психіки, вони швидко втомлюються, а при втомі ця метушливість ще більше зростає. Така ж реакція настає і тоді, коли дитина нервує.

Дітей, які перенесли травми мозку або енцефаліт, споріднює з олігофренами те, що у них немає швидкого процесу, який далі знижував би їхній психічний розвиток. Відрізняє і те, що розумова неповноцінність виникає пізніше, коли певною мірою вже було сформоване мовлення. Інколи трапляються випадки, коли це відставання більш виразне, ніж при олігофренії.

Розумова відсталість, що виникла на більш пізніх етапах розвитку, може бути викликана енцефалітом, де крім інтелектуального дефекту спостерігається імпульсивність реакцій, нестійкість уваги, послаблення мислення, паталогічна уповільненість, загальмованість. Наслідки енцефаліту також можуть викликати другорядні відхилення – неадекватну поведінку. У таких дітей, порівняно з олігофренами, розумова відсталість не прогресує, а внаслідок корекційно-педагогічних зусиль рівень їх психічного розвитку підвищується.

Існує ще категорія дітей, у яких інтелектуальна неповноцінність пов'язана із захворюванням ЦНС – це епілепсія, шизофренія, сифіліс головного мозку, ревматичні ураження. Кожне з цих захворювань викликає своєрідний перебіг порушень психічного розвитку. Так, при епілепсії характерна надмірна повільність та інертність; при шизофренії – зниження

інтересу до навколишнього світу, власні емоції, спостерігається деградація, яка прогресує.

У дефектології *розумова відсталість* визначається як стан, що виникає внаслідок органічного дифузного ураження головного мозку, на відміну від затримки психічного розвитку, яка пов'язана з мінімальною мозковою дисфункцією. Те, що обидва ці стани пов'язані з пошкодженням мозку, веде до певної схожості в їхньому прояві. Різниця ж у формі ураження центральної нервової системи визначає відмінність між розумовою відсталістю і затримкою психічного розвитку.

На відміну вище охарактеризованих, є розумово відсталі, які потерпають від захворювань головного мозку. Такими захворюваннями є епілепсія і шизофренія. Епілепсія виявляється у вигляді нападів, під час яких дитина втрачає притомність, у цей час у неї скорочуються м'язи, смикаються голова, верхні і нижні кінцівки. Крім розгорнутих, спостерігаються так звані оптимальні (малі) напади, за яких дитина непритомніє лише на мить, вона наче завмирає, після чого продовжує дію. Спостерігаються нетипові напади, які не супроводжуються втратою притомності, але мають різноманітні прояви (дитина крутиться на одному місці, кудись біжить або повторює одне слово чи речення, інколи сміється або плаче).

Епілепсія може також виявитися у вигляді так званих психічних еквівалентів, під час яких у дітей розладнується свідомість і вони роблять безглузді вчинки (стрибають у вікно, б'ються тощо).

Під впливом такої хвороби нерідко своєрідно порушується пізнавальна діяльність. Найхарактернішою рисою епілептиків є повільний перебіг усіх психічних процесів. Вони повільно сприймають, думають, говорять, повільно виконують будь-яке завдання. Надзвичайно характерною для них є також інертність психічної діяльності. Дитину-епілептика дуже важко переключити на інший вид діяльності доти, поки вона не виконала попередньої. В основі цієї особливості лежить порушення рухливості основних нервових процесів збудження і гальмування. Поряд із змінами у пізнавальній діяльності у дітей, що хворіють на епілепсію, спостерігаються своєрідні зміни характеру. Відзначено, що вони виявляють улесливість, догідливість, підкреслену повагу до дорослих і сильніших за себе і бувають грубими, жадібними і навіть жорстокими до слабших.

Інертність, властива розумово відсталим епілептикам, виявляється і в емоційно-вольовій сфері. Так, намітивши зробити щось, дитина намагається будь-що зробити це навіть тоді, коли їй доведено недоцільність наміченого.

Свої особливості мають діти, в яких розумова відсталість є наслідком такої психічної хвороби як шизофренія. Виникнення її у ранньому дитинстві часто викликає недорозвинення пізнавальної діяльності й емоційну тупість. Дітям із шизофренічним слабоумством властиве аутистичне слабоумство – відірваність від реальної дійсності, непродуктивне, не досить активне мислення. Вони часто погано орієнтуються в місці, часі, в оточенні. Значно знижена у них здатність до узагальнення й абстрагування, що помітно

позначається на навчанні їх лічби і читання. Часто у дітей, хворих на шизофренію, спостерігається порушення мовлення: бідність словникового запасу, схильність до нових беззмістовних словоутворень. Інколи порушується й артикуляція. У таких випадках голос у дітей стає глухим, мало модульованим, а мовлення уповільненим. Емоційна тупість цих дітей виявляється і в замкнутості, нестійкості настрою, у негативізмі, байдужості до навколишнього. Ці діти часто не знають імен своїх однокласників. І епілепсія, і шизофренія – це захворювання, під впливом яких постійно з'являються певні морфологічні зміни в мозку, що, у свою чергу, позначаються на психічному розвиткові хворої дитини.

Отже, причиною виникнення розумової відсталості завжди є органічне ураження головного мозку. Проте ушкодження його не обов'язково викликає аномальність психічного розвитку. Відомо, що у більшості дітей, які хворіли на менінгіт (запалення мозкової оболонки) або енцефаліт (запалення мозку), після видужання психічний розвиток перебігає нормально, хоча, безумовно, в результаті хвороби певні зміни у мозку залишаються. Такі діти задовільно або і добре встигають у масовій школі, а згодом і у вищому навчальному закладі.

Контингент допоміжної школи становлять учні, у яких внаслідок захворювань мозку порушена пізнавальна діяльність. Це – неоднорідна група, до якої належать діти з різними відхиленнями в розвитку. Найбільш поширена серед них олігофренія.

Кожний вид розумової відсталості має свої особливості. Психічна діяльність усіх розумово відсталих дітей характеризується особливостями, які відрізняють їх від дітей з нормальним розвитком. Процес відчуттів у розумово відсталих дітей не має грубих відхилень від норми, хоч аномалії в окремих видах відчуттів у них трапляються частіше, ніж при нормальному психічному розвитку. Так, серед учнів допоміжної школи частіше, ніж серед учнів масової, трапляються діти із захворюваннями сітківки, зорових провідних нервів або їх центрів, що веде до своєрідних аномалій зору.

Наприклад, у деяких розумово відсталих під впливом пошкодження провідних нервових шляхів спостерігається так звана ***геміанопсія*** (випадіння в кожному оці однієї половини поля зору).

При олігофренії частіше, ніж при нормі, спостерігається зниження слуху.

Складнішим пізнавальним процесом, ніж відчуття, є сприймання. Своєрідність сприймання дітей-олігофренів виявляється в обмеженості його обсягу та в повільності темпу. Дитина-олігофрен у кожний момент сприймає значно меншу кількість об'єктів, ніж дитина з нормальним розвитком.

Розумово відсталі діти дуже погано відображають зв'язки співвідношення між об'єктами, що сприймаються. Малий обсяг сприймання заважає дитині бачити одночасно кілька об'єктів, вона їх бачить послідовно. Через це дитина неспроможна швидко оглянути приміщення, в якому вона

перебуває, вулицю, по якій іде, картину, що розглядає, і особливо, якщо на ній зображено багато об'єктів.

У процесі навчально-виховної роботи враховується обмеженість обсягу і повільність сприймання розумово відсталих дітей. Наприклад, використовуючи на уроках малюнки, беруть невелику їх кількість з небагатьма об'єктами, особливо другорядними, які створюють фактично фон сюжету. Під впливом корекційної роботи в школі у дітей-олігофренів темп сприймання прискорюється, обсяг збільшується. Своєрідність сприймання розумово відсталих дітей великою мірою зумовлюється бідністю їх минулого досвіду. І, навпаки, бідність минулого досвіду розумово відсталих пов'язана з недосконалістю самого процесу сприймання. Сприймаючи навколишнє середовище, розумово відсталі не виділяють істотного, не класифікують, не відкидають випадкових побічних асоціацій, які в них виникають. Тому в пам'яті дитини накопичуються випадково поєднані враження.

Сприймаючи певне явище, розумово відсталі діти не актуалізують свої знання, пов'язані з цим або аналогічним явищем. Вони відображають кожне явище ізольовано від інших, не помічають зв'язку між ними, особливо істотного, внутрішнього, тому в їх уявлені кожне явище бідніше, простіше, ніж воно є насправді.

У розумово відсталих дітей, особливо у тих, які ще тільки починають навчання, розвиток мимовільного сприймання переважає над розвитком довільного.

Через недостатню активність сприймання у розумово відсталих дітей з великими труднощами розвивається спостережливість. Органічна пошкодженість мозку розумово відсталих дітей значною мірою позначається на розвиткові їх пам'яті. Своєрідністю характеризується процес запам'ятовування. Характерним для нього, порівняно з нормою, є обмеженість обсягу. При цьому, чим складніший матеріал, тим меншу кількість його здатні запам'ятати розумово відсталі. Відрізняється від норми учнів допоміжних шкіл і темп запам'ятовування. Якісною своєрідністю, у порівнянні з нормою розумово відсталих дітей, відрізняються обидва види запам'ятовування – мимовільне, або ненавмисне, і довільне, або навмисне. У людей, які розвиваються нормально, довільне запам'ятовування значно продуктивніше, ніж мимовільне. У розумово відсталих, як показали спеціальні дослідження, така закономірність не спостерігається. Кількість матеріалу, який вони запам'ятовують довільно, майже не відрізняється від тієї кількості, яка в них зберігається внаслідок мимовільного запам'ятовування.

При нормальному розвитку одним з дійових мотивів довільного запам'ятовування є пізнавальні інтереси. У розумово відсталих дітей ці інтереси розвинені недостатньо. Не маючи стійкого інтересу до знань, діти не докладають зусиль до їх здобуття, не намагаються зрозуміти навчальний матеріал. Таке пасивне ставлення учнів до змісту матеріалу у процесі його вивчення також знижує проективність довільного запам'ятовування.

Розумово відсталі діти віддають перевагу механічному заучуванню, яке ґрунтується на багаторазовому повторенні матеріалу без його розуміння. Ця тенденція перебуває у прямій залежності від складності матеріалу, що заучується. Чим менше учень допоміжної школи розібрався в логічних зв'язках оповідання, вірша, правила тощо, тим більш механічним стає запам'ятовування, зміст матеріалу при цьому заучується ізольовано, без зв'язку з іншим, уже відомим. Засвоєний таким способом матеріал не стає надбанням дитини, не збагачує її досвіду і швидко забувається. Особливості запам'ятовування позначаються і на процесі відтворення. Відтворюючи матеріал, учні допоміжної школи передають його хаотично, пропускають істотні фрагменти, виявляють тенденцію змінювати текст.

Протилежним запам'ятовуванню є процес забування. Якщо в основі запам'ятовування лежить утворення тимчасових нервових зв'язків у корі головного мозку, то в основі забування – згасання їх. У розумово відсталих ці зв'язки недостатньо міцні, вони швидко згасають, тому діти швидко забувають вивчене.

Соціальна реабілітація інвалідів.

В нашій країні, як і всьому світі, спостерігається тенденція зростання кількості дітей-інвалідів. Тому проблема організації соціальної роботи з дітьми з особливими потребами, внаслідок її актуальності, широко розроблялась і розробляється дослідниками різних галузей: психологами, фізіологами, соціальними педагогами, соціологами.

Велику роботу в цьому напрямку провела А.Й. Капська, яка розробила ряд принципів і закономірностей соціальної роботи з дітьми-інвалідами, в основу яких покладено процес реабілітації. В своїй роботі вона визначила дві головні мети щодо організації такої роботи, насамперед: забезпечити соціальний, економічний, інтелектуальний і фізичний розвиток дитини з відхилення за допомогою організації соціальної, матеріальної та медичної підтримки, а також попередити виникнення вторинних дефектів у дітей-інвалідів. Крім того наукова розробка даної теми висвітлена в працях Л.І. Акатової, О.В. Безпалько, Л.Т. Тюпті, І.Б. Іванової, М.П. Лукашевича, І.Т. Миговича, О.І. Карякіна та інших, які за основу соціальної роботи з дітьми-інвалідами використовують реабілітаційний процес.

Для осмислення проблеми аналізу інвалідності у дітей як соціального феномену важливою залишається сутність соціальної норми, яку вивчали Е. Дюркгейм, М. Вебер, Р. Мертон, П. Бергер, П.Бурдьє та інші.

Аналіз соціальної проблеми інвалідизації в цілому, а також організації соціальної роботи з дітьми-інвалідами зокрема здійснюється в площині соціологічних конвенцій. Так, К. Девісом, Р. Мертоном та Т. Парсонсом були розглянуті проблеми інвалідності дітей як специфічного соціального стану індивіда, соціальної реабілітації, соціальної інтеграції, соціальної політики держави відносно дітей-інвалідів, на базі чого і формуються сучасні засади

організації соціальної роботи. І саме в рамках даного підходу було розроблено поняття «діти з обмеженими можливостями» як синонім до поняття «діти-інваліди».

Більшість дослідників зазначає, що основою соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями є реабілітація О.В. Безпалько було запропоновано відокремити певний ряд правил реабілітації дітей-інвалідів, а також напрямків, що покликані допомогти дитині сформувати здатність до самообслуговування, розвивати свій творчий потенціал, тобто стати повноцінним членом суспільства. Доповнюючи цю думку М.П. Лукашевич і І.І. Мигович значну увагу приділяють тому, що реабілітація дітей з особливими потребами є схемою розвитку здібностей дитини – соціальній адаптації, при чому ці заходи обов'язково мають охоплювати й інших членів сім'ї. В свою чергу О.І. Карякіна та Т.Н. Карякіна в своїй роботі «Основи реабілітації інвалідів» зазначають, що соціальна робота з даною категорією має включати, окрім реабілітації, систему інтеграції дитини-інваліда у суспільство та систему соціального захисту, що має надаватися державою.

В Україні протягом тривалого часу сформовано державну систему соціальної підтримки дітей-інвалідів і дітей з вадами психічного та фізичного розвитку, яка організаційно розподілилася між Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України, Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством праці та соціальної політики України, Державним комітетом України з фізичної культури і спорту.

Правові засади щодо задоволення особливих потреб дітей з обмеженими фізичними та психічними можливостями у соціальному захисті, навчанні, лікуванні, соціальній опіці та громадській діяльності відображені у Законах України: «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про освіту», «Про пенсійне забезпечення», «Про державну допомогу сім'ям з дітьми», «Про фізичну культуру і спорт», «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні», «Про благодійництво та благодійні організації», в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Основах законодавства України про культуру.

У 1989 році ООН прийняла текст Конвенції «про права дитини», у ній закріплено права дітей, що мають відхилення у розвитку, вести повноцінне життя в умовах, які дозволяють їм зберегти власну гідність, почуття впевненості у собі і полегшують їм активну участь у житті суспільства, а також право неповноцінної дитини на особливу турботу та допомогу, яка повинна надаватися по можливості безкоштовно з урахуванням фінансових можливостей батьків чи інших осіб, що забезпечують турботу про дитину, з метою забезпечення ефективного доступу до послуг в сфері освіти, професійної підготовки, медичного обслуговування, підготовки до трудової діяльності та доступу до засобів відпочинку тощо. Це сприятиме найбільш повному залученню дитини в соціальне життя і розвитку її особистості, включаючи культурний та духовний розвиток.

Більшість людей (80 %) стають інвалідами у працездатному віці, при цьому рівень реабілітації та відновлення працездатності складає 10-12 %.

Соціальний захист – це система гарантованих державою економічних, соціальних та правових заходів, що забезпечуватимуть інвалідам певні умови життя, подолання та заміщення (компенсації) обмежень життєдіяльності.

Реабілітація інвалідів – це процес і система медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення чи повну компенсацію обмежень життєдіяльності людини, спричинених порушенням здоров'я та стійкими розладами функцій організму. Метою реабілітації є відновлення соціального статусу інваліда, досягнення ним матеріальної незалежності та його соціальна адаптація у суспільстві.

Реабілітаційний потенціал – комплекс біологічних та психофізіологічних характеристик людини, а також соціальних факторів, які в тій чи іншій мірі дозволяє реалізувати його здібності.

Сьогодні організація реабілітації дітей-інвалідів займає одне з пріоритетних місць в Україні та розглядається, як проблема національного значення. Створена система реабілітаційної допомоги дітям-інвалідам з ураженням нервової системи, зокрема порушенням психіки, яка базується на основних принципах діяльності, своєчасності неперервності, послідовності та доступності у наданні комплексної реабілітаційної допомоги дітям з фізичними та розумовими вадами. Слід зауважити, що цих заходів не достатньо для повноцінної організації життя дитини-інваліда.

Соціальна реабілітація дитини-інваліда – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв'язків та відносин.

Метою соціальної реабілітації дитини-інваліда є відновлення соціального статусу дитини, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві та досягнення певної соціальної незалежності.

Неодмінною умовою соціальної реабілітації є культурна самоактуалізація особистості, її активна робота над своєю соціальною досконалістю. Якими б сприятливими не були умови реабілітації, її результати залежать від активності самої особистості.

Соціальна реабілітація дітей з функціональними обмеженнями – це складний процес, що потребує переорієнтації, і насамперед – у напрямі розробки методології і методики соціально-педагогічної та психологічної моделі соціальної роботи. Специфіка такого підходу викликає необхідність суттєвих змін у ставленні до дітей-інвалідів, які потребують не тільки матеріальної, фінансової, гуманітарної підтримки і заходів реабілітації (медичної, професійної, соціально-побутової), а й належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку особистих якостей і потреб у соціальному, моральному і духовному самовдосконаленні.

Реабілітація дітей з обмеженими можливостями має свої особливості, оскільки вона повинна забезпечувати і контролювати розвиток усіх систем і функцій організму людини в цілому, попереджувати затримку у рості та

розвитку. Тому організація процесу соціальної реабілітації має базуватися на ряді принципів. Принципи організації соціально-реабілітаційної практики відображають основні вимоги, що висуваються до соціально-реабілітаційної діяльності і визначають її організацію, зміст, форми та методи реабілітаційного впливу.

У соціально-реабілітаційній діяльності виділяють такі основні принципи: принцип гуманістичного спрямування, опору на провідну діяльність, опору на позитивні та сильні сторони особистості дитини, навчання діяльності, принцип психологічної комфортності тощо.

Принцип гуманістичного спрямування соціально-реабілітаційного процесу передбачає необхідність поєднання цілей суспільства та особистості. Реалізація цього принципу потребує підпорядкування всього соціально-реабілітаційного процесу формування особистості дитини-інваліда.

Принцип опору на провідну діяльність – в його основу покладено ідею, що процес соціальної реабілітації на різних вікових етапах дитини повинен відповідати провідній діяльності, що є характерною для кожного вікового етапу і психологічним можливостям та обмеженням, що пов’язані з віковими особливостями дитини-інваліда.

Принцип навчання діяльності передбачає в свою чергу активізацію дітей з обмеженими можливостями з метою оволодіння ними різноманітних видів діяльності, починаючи від найпростішої предметно-практичної діяльності переходячи до складних дій в пізнавальній сфері, тобто у дітей-інвалідів мають бути сформовані вміння щодо контролю та самоконтролю, оцінки та самооцінки.

Принцип опору на позитивні та сильні сторони особистості дитини. У кожної дитини, навіть якщо вона має значні проблеми розвитку, є потяг до морального самовдосконалення. Суть принципу полягає в тому, щоб дитина-інвалід, при оволодінні новими формами поведінки та діяльності, досягненні позитивних результатів переживала радість, впевненість у своїх власних силах, прагнення до подальшого росту тощо.

Принцип психологічної комфортності передбачає створення в соціально-реабілітаційному процесі довірливої, стимулюючої активності дитини-інваліда, з опорою на внутрішні мотиви, а також на мотивацію успішності.

Діяльність центрів соціальної допомоги та реабілітації дітей з обмеженими можливостями має формуватися на основі організації центрів та програм реабілітації, з використанням медичної, соціальної, політико-правової моделей, а також моделі культурного плюралізму, на яких базується теоретична та практична діяльність соціального працівника. Найбільш поширеними є дві моделі: модель соціально-педагогічної роботи та медична модель.

Медична модель інвалідності розглядає інвалідність як хворобу, патологію, що є неприпустимим при роботі з дитиною-інвалідом. Така модель послаблює соціальну позицію дитини , в суспільстві, відособлює її від

«нормального» дитячого суспільства. У межах медичної моделі інвалідність – це особиста проблема інваліда.

Модель соціально-педагогічної роботи – це сукупність теоретичних положень і технологій практичної діяльності.

Завдання соціально-педагогічної роботи полягає в підтриманні життєдіяльності особистості, переважно за допомогою медичних та соціальних заходів по відношенню до інвалідів. Головним завданням соціальної моделі є взаємозв'язок між людиною з обмеженими можливостями та соціумом. Сутність соціально-педагогічної реабілітації полягає у створенні таких умов для саморозвитку людини, в результаті яких виробляється активна життєва позиція особистості.

Таким чином, соціальна реабілітація організовується з метою найбільш повного розвитку у дитини з обмеженими можливостями духовних і фізичних сил шляхом використання її збережених функцій, виникаючих потреб та інтересів, її особистісної активності та створення відповідних внутрішніх та зовнішніх умов, в яких вони можуть найбільш повно проявлятися та розкриватися. Така організація соціальної роботи базується на ряді вищевикладених принципів, яких мають дотримуватися усі суб'єкти соціальної роботи з дітьми-інвалідами, і на їх базі має формуватися державна допомога дітям та їх родинам.

Цікаво знати що…

- За оцінками ВООЗ 2011 року, майже 15% населення у всьому світі має інвалідність.
- За даними Державного комітету статистики України, на початок 1999 року в Україні налічувалося понад 2,5 млн. осіб офіційно визнаних інвалідами, тобто близько 5% усього населення країни.
- Станом на 1 січня 2002 року вона становила 2 млн. 659 тис., що дорівнювало 5,5% від населення України. Станом на 2008 рік в Україні працювало понад 500 тис. осіб з обмеженими можливостями, що становить 20% загальної чисельності інвалідів або 38% чисельності інвалідів працездатного віку.
- Група інвалідності – ступінь постійної чи продовжуваної втрати працездатності. Встановлюється група інвалідності медико-соціальною експертною комісією, згідно з Інструкцією «Про встановлення груп інвалідності», затвердженою Міністерством охорони здоров'я України, від 28 грудня 1991 р. Встановлені три групи інвалідності – I, II, III. Основою для встановлення групи інвалідності є медичні показники стану здоров'я.

Питання для самоперевірки

1. Дайте визначення поняттям інвалід, інвалідність, соціальний захист,

реабілітація інвалідів, реабілітаційний потенціал
2. Охарактеризуйте основні показники, що характеризують інвалідність.
3. Які чинники впливають на рівень інвалідності.
4. Вкажіть основні тенденції показників інвалідності в Україні серед дорослого та працездатного населення.
5. Принцип гуманістичного спрямування в соціальній медицині.
6. Принцип психологічної комфортності в соціальній медицині.
5. Охарактеризуйте основні принципи соціально-реабілітаційної діяльності.
6. Які ви знаєте загальні системні порушення мовлення?
7. Дайте визначення поняття олігофренія. Чим відрізняється олігофренія від інших категорій розумової відсталості?
8. Як розрізняють форми олігофренії? У чому полягає здійснення диференційованого та індивідуального корекційного підходу до таких дітей у процесі їх навчання та виховання?
9. Як розумову відсталість при олігофренії поділяють за глибиною дефекту?
10. Охарактеризуйте групу олігофренів, у яких дифузне порушення кори головного мозку.
11. Що споріднює і що відрізняє дітей з олігофренами, які перенесли травму мозку або енцефаліт?
12. Які особливості мають діти, у яких розумова відсталість є наслідком шизофренії?
13. Охарактеризуйте поняття геміанопсія.
14. Як відбувається розвиток мислення у розумово відсталих дітей?
15. Які вам відомі спеціальні прийоми для активізації діяльності розумово відсталих дітей?
16. Що характерно для дітей-олігофренів з астеноневротичними розладами?
17. Чому діти-олігофрени потребують спеціальних умов навчання?
18. Охарактеризуйте основні принципи соціально-реабілітаційної діяльності.
19. Особливості соціальної реабілітації дітей з функціональними обмеженнями.
20. Дайте визначення поняттяс «соціальний захист», «реабілітація інвалідів» та «реабілітаційний потенціал».

Література

1. Авельцева Т. П., Басюк Т. П., Безпалько О. В., Журавель Т. В., Зимівець Н. В. Основи громадського здоров'я: теорія і практика: навч.-метод. посібник /Український фонд «Благополуччя дітей» ; Центр з проблем соціальної педагогіки та соціальної роботи АПН України ; Луганський національний педагогічний ун-т ім. Тараса Шевченка / О.В. Безпалько (ред.). – Ужгород : Патент, 2008. – 322с.

2. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) / А.Й. Капська, О.В. Безпалько, Р.Х. Вайнола; Заг, ред. А.Й. Капської. – К., 2002. – 164 с.
3. Бадалян Л.О. Невропатология: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов. – М.: Просвещение, 1982. – 350 с.
4. Басова А.Г. Егоров С. Ф. История сурдопедагогики. М: Просвещение, 1984. – 295 с.
5. Белова Н.И. Специальная дошкольная сурдопедагогика. – М: Просвещение. 1985. – 128 с.
6. Бердишев Г.Д., Криворучко І.Ф. Медична генетика: навч. посібник. – К.: Вища школа, 1993. – 336 с.
7. Валецька Р.О. Основи медичних знань.: – Луцьк: Волинська книга. 2007 – 380 с.
8. Власова Т.А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. – М: Просвещение, 1973. – 175 с.
9. Вороненко Ю. В. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, Л. О. Прус, А. П. Чуйко. – К.: Здоров'я, 2002. – 358 с.
10. Дмитриев А.А. Организация двигательной активности умственно-отсталых детей. – М: Сов. спорт, 1991. – 32 с.
11. Ермаков В.П., Якунин Г.А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушением зрения. – М: Просвещение. 1990. – 223 с.
12. Єрьоменко І. Г. Аномалії у дітей. – К., 1966. – С. 15-25
13. Зайцева Г.Л. Дактилология. Жестовая речь. М: Просвещение, 1991. – 159с.
14. Зайченко В.В. Подготовка глухих учащихся к самостоятельной трудовой деятельности. – К: Рад. шк. – 1990. – 102 с.
15. Колтуненко И.В. Развитие речи глухих школьников. М: Просвещение, 1980. – 160 с.
16. Кузьмичова Е. П. Развитие речевого слуха у глухих. – М: Педагогика. 1983. – 160 с.
17. Лапшин В.А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии. М.: Просвещение, 1990 – 145 с.
18. Литвак А. Т. Тифлопсихология. – М: Просвещение. 1985. – 208 с.
19. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
20. Матвеев В.Ф. Психические нарушения при дефектах зрения и слуха. – М., 1987.
21. Мещеряков А.И. Опыт обучения детей, страдающих множественными дефектами. //Дефектология. – 1973. – № 3.
22. Миргородський В., Нижник Л. Визначення адекватних умов навчання дітей з особливими потребами. // Психолог. 2003. – № 25-27. – С. 2-27
23. Питання дефектології: Респуб. науково-метод. збірник. – К.: Рад. шк., 1980. – 13. – 112 с.

24. Питання дефектології: Респуб. науково-метод. збірник. – К.: Рад. шк., 1982. – в. 14. – 104 с.
25. Розанова Т. В. Развитие способности у глухих детей в процессе обучения. – М.: Педагогика., 1991. – 176 с.
26. Свиридюк Т. П. Подготовка слабовидящих детей к школе. – К., 1984.
27. Синьов В. М., Кобернік Г. М. Основи дефектології: Навч. посібник. – К.: Вища шк.., 1994. – 143 с.
28. Спеціальна педагогіка.: понятійно-термінологічний словник / за редак. акад. В.І. Бондаря.: – Луганськ: Альма матер, 2003. – 436 с.
29. Власова Т.А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. – М: Просвещение, 1973. – 175 с.
30. Лапшин В.А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии. М.: Просвещение, 1990 – 145с.
31. Лубовський В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
32. Лучкевич В.С. Основи социальной медицини и управлення здравоохранением: Уч. пособие. – СПб., 1997. – 184 с.
33. Методика оцінки якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я: українська версія / За ред. С. В. Пхіденко. – Дніпропетровськ, 2001. – 599 с.
34. Питання дефектології: Респуб. науково-метод. збірник. – К.: Рад. шк., 1980. – в. 13. – 112 с.
35. Питання дефектології: Респуб. науково-метод. збірник. – К.: Рад. шк., 1982. – в. 14. – 104 с.
36. Синьов В.М., Копернік Г. М. Основи дефектології: Навч. посібник. – К.: Вища шк.., 1994. – 143 с.
37. Спеціальна педагогіка.: понятійно-термінологічний словник / за редак. акад. В. І. Бондаря.: – Луганськ: Альма матер, 2003. – 436 с.
38. Холина О. П. Корекційна спрямованість навчання дітей з обмеженими розумовими можливостями. //Дефектологія. – 1998. – № 2. – С. 2-3.

Медико-соціальні аспекти адаптацій та дезадаптацій.

Поняття «адаптація» та «дезадаптація» є не тільки медичними поняттями, насамперед вони є соціально обумовленими.

Термін адаптація виник в XIX столітті і є одним з центральних понять біології. Механізми адаптації підвищують стійкість організму до перепадів температури, нестачі кисню, змін тиску, негативних факторів навколишнього середовища тощо. Пізніше його стали застосовувати не тільки до різноманітних моментів життєдіяльності організмів, й до особистості людини, до колективної поведінки.

Адаптація – пристосування до умов навколишнього середовища. Це універсальна властивість живого, яку можна спостерігати як в рослинному, так і тваринному світі.

Адаптація – це зміни, що виникають на рівні психічної регуляції організму людини та процес активного пристосування індивіда до умов життєдіяльності.

Адаптація – динамічний процес, завдяки якому рухливі системи живих організмів, незважаючи на мінливість умов, підтримують стійкість, необхідну для існування, розвитку, продовжування роду.

Отже, процес адаптації відбувається тоді, коли в системі організм-середовище відбуваються значні зміни, які формують новий гомеостатичний стан, що дає змогу досягти максимальної ефективності фізіологічних функцій та поведінкових реакцій (Березін Ф.Б.).

Дезадаптація – це процес дисгармонійного розвитку особистості, нездатність людини виконувати звичайну для її становища роль у суспільстві, яка зумовлена обмеженням життєдіяльності з урахуванням віку, статі, місця проживання, освіти тощо, що призвела до нездатності до самостійного проживання, неможливості установлення соціальних зв'язків, потреби в допомозі інших осіб, до підтримки економічної незалежності, занять, властивих людині, включаючи професійну діяльність. Внаслідок цього процесу виникає неузгодженість цілей і результатів особистості, психічна напруга, внутрішній дискомфорт тощо (А. Фурман). Інші автори вважають дезадаптацією хід внутрішньо-психічних процесів, що призводить не до розв’язання проблемної ситуації, а до її посилення, зростання труднощів та викликаних нею неприємних переживань (А. Налчаджян).

За Н. Сарджвеладзе, *дезадаптація* – це непристосованість до інших і до себе, складний соціально-психологічний процес, що характеризується неадекватністю комунікативних навичок та дезорганізацією поведінки, невпевненістю у власних силах і недовірливим внутрішньо-особистісним відношенням.

Невипадково проблема адаптації притягує пильну увагу вчених. Низка авторів зосередили свою увагу на вивченні різних видів адаптації: психологічної (Л.В. Китаєв-Смик, В.П. Кондрашова О.М. Леонтьєв, В.О. Семиченко та ін.); соціальної (Л.Г. Єгорова, Д. В. Ольшанський, К. С. Полянський та ін.); професійної (М.О. Кузнецов, О.Г. Мороз, В.О. Солоницин та ін.); виробничої (О.К. Крокінська, В.С. Панюков, Є.Є. Смирнова та ін.); соціально-професійної (П.Р. Атутов, М.М. Захаров, М.М. Калугін, Є.М. Павлютенков та ін.). Деякі роботи присвячені соціалізації індивіда, адаптації в мікрогрупі, колективі, суспільстві (І.А. Георгієва, Д.І. Фельдштейн та ін.).

Психічна адаптація до екстремальних ситуацій. До екстремальних ситуацій можливо в деякій мірі адаптуватися. Виділяють кілька видів адаптації: *стійка* адаптація, *переадаптації*, *дезадаптація*, *реадаптація*.

Стійка психічна адаптація – це ті регуляторні реакції, психічна діяльність, система ставлення і т. д., які виникли в процесі онтогенезу в конкретних екологічних і соціальних умовах, функціонування яких у межах оптимуму не вимагає значної нервово-психічної напруги.

П.С. Граве і М.Р. Шнейдман пишуть, що людина знаходиться в адаптованому стані тоді, «коли її внутрішній інформаційний запас відповідає інформаційному змісту ситуації, тобто коли система працює в умовах, в яких ситуація не виходить за рамки індивідуального інформаційного діапазону». Однак адаптований стан складно визначити, оскільки межа, яка відокремлює адаптовану (нормальну) психічну діяльність від патологічної, не схожа на тонку лінію з широким діапазоном функціональних коливань та індивідуальних відмінностей.

Однією з ознак адаптації є те, що регуляторні процеси, що забезпечують рівновагу організму як цілого в зовнішньому середовищі, протікають плавно, злагоджено, економічно, тобто в зоні «оптимуму». Адаптоване регулювання обумовлюється тривалим пристосуванням людини до умов навколишнього середовища. Іншими словами, адаптована поведінка не вимагає від людини максимальної напруги регуляторних механізмів для підтримки в певних межах як життєво важливих констант організму, так і психічних процесів, що забезпечують адекватне відображення реальної дійсності.

За нездатності людини до переадаптації нерідко виникають нервово-психічні розлади. Ще М.І. Пирогов зазначав, що у деяких новобранців з російських сіл, що потрапили на тривалу службу в Австро-Угорщину, ностальгія призводила до летального результату без видимих соматичних ознак хвороби.

Психічна дезадаптація. Душевна криза в звичайному житті може бути викликана розривом звичної системи відносин, втратою важливих цінностей, неможливістю досягнення поставлених цілей, втратою близької людини і т. д. Все це супроводжується негативними емоційними переживаннями, нездатністю реально оцінювати ситуацію і знайти раціональний вихід з неї. Людині починає здаватися, що вона у глухому куті, безвихідному положенні. Психічна дезадаптація в екстремальних умовах проявляється у порушеннях сприйняття простору і часу, в появі незвичних психічних станів, що супроводжуються вираженими вегетативними реакціями. Деякі незвичайні психічні стани, що виникають в період кризи (дезадаптації) в екстремальних умовах, аналогічні станам, які характерні при вікових кризах, при адаптації до військової служби у молодих людей і при зміні статі тощо. У процесі наростання глибокого внутрішнього конфлікту чи конфлікту з оточуючими, ламаються і перебудовуються всі колишні відносини до світу і до самого себе, здійснюється психологічна переорієнтація, встановлюються нові системи цінностей, змінюються критерії суджень, виникають надцінні ідеї, тривожність, страх, емоційна лабільність, нестійкість та інші стани.

Психічна переадаптація. У «Сповіді» Л.М. Толстой наочно і переконливо показав, що при виході з кризи людина переоцінює духовні цінності, переосмислює сенс життя, намічає новий шлях і по-новому бачить своє місце в ній. Читаючи «Сповідь», ми немовби присутні при переродженні

особистості, яке здійснюється у процесі самотворення з душевними муками та ваганнями.

Мільйони людей у процесі внутрішньої роботи долають важкі життєві події і положення, відновлюють втрачену душевну рівновагу – переадаптовуються, однак це не всім вдається. У деяких випадках психічна криза може призводити до трагічних наслідків – до спроб самогубства і самогубства.

Осіб, які нездатні самостійно вийти з важкої душевної кризи, або людей, які намагалися вчинити спроби самогубства, направляють в кризові стаціонари служби соціально-психологічної допомоги (мова йде про психічно здорових людей). Психотерапевти та психологи за допомогою спеціальних засобів (раціональна групова психотерапія, рольові ігри та ін) допомагають пацієнтам кризових стаціонарів у переадаптації, яку самі вони оцінюють як «переродження особистості».

Психічна реадаптація. Повторно сформовані динамічні системи, що регулюють відносини людини, його рухову діяльність тощо, у міру збільшення часу перебування в незвичайних умовах існування перетворюються в стійкі стереотипні системи. Колишні адаптаційні механізми, які виникли у звичайних умовах життя, забуваються і втрачаються. При повернення людини з незвичайних у звичайні умови життя динамічні стереотипи, що склалися в екстремальних умовах, руйнуються, виникає потреба щодо їх відновлення колишніх стереотипів, тобто реадаптування.

Дослідження І.А. Жильцової показали, що процес реадаптації моряків до звичайних берегових (суходільних) умов проходить через фази напруги, відновлення та звикання. За її даними, повне відновлення психологічної сумісності чоловіка і дружини завершується через календарний місяць спільного відпочинку; а повна ж адаптація до берегових умов настає через 55-65 днів.

Встановлено, що чим довший термін життя і роботи на гідрометеорологічних станціях, тим важче люди реадаптуються до звичайних умов. Особи, які пропрацювали в експедиційних умовах на Крайній Півночі протягом 10-15 років, а потім переїхали на постійне місце проживання у великі міста, повертаються на гідрометеорологічні станції, не зумівши реадаптуватися щодо звичайних умов життя. З подібними труднощами стикаються при поверненні на батьківщину емігранти, які прожили тривалий час на чужині.

Таким чином, психічна реадаптація, так само як і переадаптації, супроводжується кризовими явищами.

Етапність адаптації. Незалежно від конкретних форм незвичайних умов існування психічна переадаптація в екстремальних умовах, дезадаптація в них і реадаптація до звичайних умов життя підпорядковуються чергуванню наступних етапів: підготовчий; стартової психічної напруги; гострих психічних реакцій входу; переадаптації; кінцевої (завершальної) психічної

напруги; гострих психічних реакцій виходу та реадаптації. Етап переадаптації за певних обставин може змінюватися етапом глибоких психічних змін. Між цими двома етапами існує проміжний етап – етап нестійкої психічної діяльності.

Форма та процеси адаптації залежать від змін зовнішнього або внутрішнього середовища. Процес адаптації ґрунтується на розширенні знань та навиків, необхідних для правильної орієнтації, на вмінні керувати своєю поведінкою, на накопиченні досвіду практичних дій та на психологічній готовності до активних дій.

На думку деяких вчених, схожими поняттями є професійна та соціальна адаптація. Дві форми адаптації, які не можуть існувати окремо, оскільки професійна адаптація передбачає соціальну адаптацію, однак не завжди соціальна адаптація може спричинювати професійну адаптацію.

Соціальна адаптація, як вважає Т.Н. Вершиніна – це процес «вживання» в середовище індивіда (групи), перетворення середовища у сфері діяльності, що передбачає: входження в середовище, прийняття та засвоєння й норм та цінностей, активне відношення суб'єкта до даного середовища для найбільш повного задоволення обопільних інтересів.

Соціальна адаптація потребує наявності стійких суспільних орієнтирів, на які була б напрямлена сама адаптація. У випадку, якщо вони є нестійкими, і перебувають у постійних видозмінах, такі адаптаційні дії швидко втрачають силу та стають неефективними.

Професійна адаптація – це складний процес опанування людиною професійних ролей. Реальна основа людської особистості полягає не в закладених генетичних програмах, природних задатках, навиках, знаннях, вміннях, а в тій системі діяльностей, що реалізуються цими знаннями та вміннями. Саме професійна адаптація робить можливою професійну діяльність (О.М. Леонтьєв). Для молодого фахівця професійна адаптація – це засвоєння професійних і соціальних функцій, активнее включення в життя трудового колективу. Як вважають Кряжева І.К. Зотова О.І., професійна адаптація – це складний та внутрішньо суперечливий процес «вливавання» працівника у різні структурні елементи виробничого середовища, для виконання ним певних соціальних функцій в даному колективі. Подібно до того, як кожне нове покоління людей, вступаючи у життя не вільне у виборі тих чи інших суспільних відносин, так само і людина, яка вступає у виробничий колектив займає певне соціальне середовище, перед нею постає проблема адаптації в цьому середовищі тощо. Звичайно, людина не є тільки пасивним об'єктом середовища. Навпаки, підлягаючи впливу соціальної системи суб'єкт сам виступає засобом її зміни. До чинників професійної адаптації відносять: ставлення особи до обраної професії і бажання працювати в певній галузі знань; прагнення поглибити знання про особливості професії, стати фахівцем в обраній спеціальності; рівень підготовки абітурієнта до навчання у вищому навчальному закладі: відповідність обсягу і рівню знань, умінь і навичок абітурієнтів вимогам

освітнього процесу; потреба абітурієнта в навчальній діяльності; усвідомлення необхідності засвоєння визначеного обсягу знань для одержання професійної освіти; стійкий інтерес до предметів спеціального і загального циклу; набуття навичок самостійності в навчальній і науковій праці; потреба самоосвіти; уміння застосовувати знання на практиці; структура та організація навчального процесу; професійна та педагогічна компетентність викладачів навчального закладу; наявність інституту кураторства; педагогічний і психологічний моніторинг ходу навчального процесу; індивідуальний підхід до студента, незалежно від показників успішності; задоволеність міжособистісними відносинами у студентській групі та ін.

Процес професійної адаптації є надзвичайно важливим для молодих фахівців.

На думку В.С. Немченко, професійна адаптація молоді – це процес залучення підростаючого покоління до трудової діяльності. У процесі адаптації важливе місце займає вірний вибір професії, роду занять. Деякі автори, зокрема Б.М. Коган, виділяють у процесі адаптації: внутрішню і зовнішню адаптації, дійсну адаптацію та псевдоадаптацію.

Внутрішня адаптація – це повне внутрішнє пристосування індивіда до норм, звичаїв, поглядів поведінки суспільства.

Зовнішня адаптація – це пристосування формальне, в поведінці в проявленні при якій зберігається внутрішня автономія та резерв).

Дійсна адаптація – це успішне пристосування за рахунок зміни особистості. Вона може бути *активною* внаслідок самостійної та свідомої праці, *пасивною* – внаслідок зміни відносин за рахунок позитивних факторів ззовні.

Псевдоадаптація – це зміна відносин в результаті сприятливих життєвих ситуацій.

Аналіз сучасного стану діяльності молодих спеціалістів свідчить про досить низький рівень їх адаптації. Процес входження молодого спеціаліста в середовище професійної діяльності розглядається як акт взаємодії комплексу соціальних норм, вимог, умов, характеризуючих сферу професійної діяльності. Т.Л. Кончанін розглядає професійну адаптацію як структурну частину соціальної адаптації.

Професійна адаптація являє собою складний процес становлення людини-професіонала, включення її в систему виробничих відносин. Професійна адаптація лежить в основі всього адаптивного процесу особистості в колективі (Л.М. Растова). Науковці виокремлюють декілька підходів до визначення етапів професійної адаптації.

Так, Н.А. Свиридов визначає дві основні стадії адаптації: *передадаптаційний* період; період *безпосередньої адаптації*. Другий період поділяється ще на три етапи: початковий період адаптації (перший рік роботи), етап середньої адаптованості (до трьох років роботи), етап високої

адаптованості (більше трьох років роботи в даному колективі). На кожному етапі професійна адаптація має свою специфіку.

В біології та медицині вчені виділяють біологічну, фізіологічну, напружену та паталогічну адаптації.

Біологічна адаптація – це пристосування людського організму до клімато-географічних та соціальних умов середовища.

Фізіологічна адаптація – адаптація при якій усі органи та системи органів функціонують узгоджено і відповідно.

Напружена адаптація – це стан, що потребує посилення функцій напруження.

Паталогічна адаптація – при перевищенні адаптаційних можливостей функціональні системи працюють в несприятливих режимах (хвороба).

Адаптація інвалідів. Проблема соціально-психологічної адаптації інвалідів до умов життя в суспільстві є однією з найважливіших граней загальної інтеграційної проблеми. Останнім часом це питання набуває актуальності у зв'язку з великими змінами по відношенню до інвалідів. Незважаючи на це, процес адаптації цієї категорії громадян до основ життєдіяльності суспільства залишається практично невивченим, а саме він вирішальним чином визначає всю ефективність тих корекційних заходів, які роблять фахівці, що працюють з інвалідами. Найсерйозніші аспекти проблеми інвалідності пов'язані з виникненням численних соціальних бар'єрів, що не дозволяють інвалідам та особам з хронічними захворюваннями, а також багатодітним родинам, людям похилого віку, дітям-сиротам, дітям з порушеннями соціальної поведінки активно включитися у життя суспільства. Дана ситуація-наслідок неправильної соціальної політики, яка орієнтована тільки на частину «здорового» населення і виражає інтереси цієї категорії громадян.

Потреби інвалідів можна умовно поділити на дві групи: загальні, тобто аналогічні потребам інших громадян і особливі, тобто потреби, викликані хворобою. Найбільш типовими з «особливих» потреб інвалідів є наступні потреби: відновлення (компенсації) порушених здібностей до різних видів діяльності; пересування; спілкування; вільного доступу до об'єктів соціально-побутової, культурної та ін сфери; можливості отримувати знання; працевлаштування; комфортних побутових умов; соціально-психологічної адаптації; матеріальної підтримки. Задоволення вищевказаних потреб є неодмінною умовою успішності всіх інтеграційних заходів по відношенню до інвалідів. У соціально-психологічному плані інвалідність ставить перед людиною безліч проблем, тому необхідно особливо виділити соціально-психологічні аспекти осіб з обмеженими можливостями.

Інвалідність – це специфічна особливість розвитку та стану особистості, яка супроводжується обмеженнями життєдіяльності в найрізноманітніших її сферах. Внаслідок цього інваліди стають особливою соціально-демографічною групою. У більшості інвалідів спостерігається

відсутність інтересу до життя і бажання займатися громадською діяльністю. На наш погляд, найважливішою умовою досягнення цілей соціальної адаптації є впровадження в суспільну свідомість ідеї рівних прав і можливостей для інвалідів. Соціальна адаптація не буде досягнута, поки суспільство не усвідомить правильність цієї ідеї. Потрібен перехід від певних видів допомоги інвалідам (у вигляді спеціальних медико-навчальних та виробничих установ) до більш якісних методів, що дозволить таким особистостям перебувати в «потоці» суспільного життя.

Взаємовідносини інвалідів та здорових людей – найпотужніший фактор адаптаційного процесу. Як показує зарубіжний та вітчизняний досвід, інваліди нерідко навіть маючи всі потенційні можливості брати активну участь в житті суспільства, не можуть їх реалізувати тому, що інші співгромадяни не хочуть спілкуватися з ними, підприємці побоюються брати на роботу інвалідів дотримуючись певних стереотипів. Тому організаційні заходи з соціальної адаптації, не підготовлені у психологічному плані, можуть виявитися неефективними.

Досвід роботи громадських організацій інвалідів показує, що інваліди вважають за краще об'єднуватися з людьми, що мають ідентичні захворювання, і негативно ставляться до інших.

Одним з головних показників соціально-психологічної адаптації осіб з обмеженими можливостями є їх ставлення до власного життя. Практично половина інвалідів (за результатами спеціальних соціологічних досліджень) оцінюють якість свого життя на оцінку «незадовільно» (в основному, це інваліди 1 групи). Близько третини інвалідів (в основному, це інваліди 2-ої і 3-ої груп) характеризують своє життя як цілком прийнятне, «задовільне».

Одним з факторів відношення до життя є самооцінка інвалідом стану свого здоров'я. Важливим елементом психологічного самопочуття і соціальної адаптації осіб з обмеженими можливостями є їх самосприйняття.

Кількість осіб з особливими потребами постійно зростає, хоча причини і наслідки інвалідності можуть бути різними: зумовленими як неоднаковими соціально-економічними обставинами, так і різним ступенем забезпечення державами добробуту громадян. Сьогодні можна говорити про глобальний характер проблеми інвалідності – в усьому світі ті чи інші можливості обмежено приблизно в кожної десятої людини (650 млн людей), з них майже 470 млн осіб працездатного віку.

Для України проблема соціального захисту інвалідів є особливо значущою у зв'язку зі стійкою тенденцією до зростання частки інвалідів у загальній структурі населення. Якщо на початку 90-х рр. XX століття минулого століття загальна чисельність інвалідів в Україні становила близько 3 % усього населення, або 1,5 млн. осіб, то в 2008 р. їх чисельність складала 2,65 млн осіб, у тому числі 122,6 тис. дітей-інвалідів, тобто частка осіб цієї категорії в загальній структурі населення складала 5,3% усього населення, відповідно їх кількість зросла майже в 1,6 рази. Збільшення кількості людей з інвалідністю зумовлене суперечливим соціально-

економічним розвитком українського суспільства, незадовільним станом системи охорони здоров'я, низьким рівнем екологічної культури, наявністю різноманітних катаклізмів – природних, екологічних, воєнних, зокрема наслідки Другої світової війни, війн в Афганістані та на інших територіях, Чорнобильської катастрофи тощо. Рівень державного соціального захисту осіб з обмеженими можливостями є відображенням рівня розвитку суспільства в цілому.

В Україні кожен 18-й громадянин – інвалід, тобто людина, яка потребує допомоги та підтримки від держави не лише в грошовому еквіваленті, а й особливого планування житла, облаштування під'їздів, громадського транспорту, забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення, сприяння у здобутті освіти, професійних знань, працевлаштування, медичних і культурних послуг. Широкий спектр проблем людей з інвалідністю в Україні свідчить про необхідність посиленої і комплексної уваги з боку держави й суспільства. Сучасне життя формує відповідні вимоги до соціального захисту цієї категорії населення.

Соціальна підтримка інвалідів у провідних країнах Європи за останні 30 років характеризується виділенням значних ресурсів на створення доступного для осіб з обмеженими можливостями середовища для існування, навчання, створення спеціальних і облаштування наявних робочих місць.

На наш погляд, сучасна система соціального захисту інвалідів охоплює не лише державну соціальну допомогу та пенсійне забезпечення, систему пільг і компенсацій та соціально-побутове обслуговування, але й включає охорону здоров'я, освіту та зайнятість осіб з інвалідністю, а також соціальну і професійну реабілітацію та соціальну інтеграцію в суспільство. Тобто соціальний захист осіб з інвалідністю включає не лише матеріальні питання, а й весь спектр проблем і потреб людського життя. Ця теза зумовлена тим, що в сучасному суспільстві будь-яка людина потребує розширеного соціального захисту, який полягає не тільки в фінансово-матеріальній підтримці, а й у створенні різнобічних умов для повноцінного функціонування і розвитку особи, максимальної реалізації її потреб та інтересів.

Політика соціального захисту інвалідів має включати нові концептуальні підходи, що охоплюють соціально-економічні, політико-правові, організаційно-управлінські, науково-методологічні, морально-етичні та інформаційні аспекти. Сьогодні Україна намагається перейти від медичної до соціальної моделі інвалідності. Остання полягає у взаємозв'язку між людиною з обмеженими можливостями та соціумом, а не фіксування відхилення у її здоров'ї та розвитку, як це притаманно медичній моделі і було характерно для радянської системи управління.

Сучасна державна політика соціального захисту інвалідів включає в себе низку заходів, зокрема створення умов для інтеграції інвалідів до активного суспільного життя; підвищення державних гарантій у досягненні

вищих соціальних стандартів у матеріальному забезпеченні інвалідів; створення безперешкодного середовища для інвалідів; забезпечення активної взаємодії державних органів та громадських організацій інвалідів у розв'язанні проблем інвалідів тощо.

Головним суб'єктом соціального захисту інвалідів залишається держава. Діяльність держави полягає в розробці заходів, створенні відповідних інститутів, застосуванні механізмів, призначених забезпечувати життєві та соціальні потреби інвалідів, реалізовувати громадянські права та свободи, створювати рівні можливості для їх інтеграції в суспільство, сприятливі умови для забезпечення соціальної, медичної, трудової реабілітації інвалідів. Органи державної влади та місцевого самоврядування зобов'язані створювати нормативно-правову базу відповідно до міжнародного законодавства, а також відповідні інституції, сприяти розвитку громадських організацій у цій сфері, забезпечити у належному обсязі матеріально-фінансову складову соціального захисту осіб з інвалідністю, розширювати та вдосконалювати перелік соціальних послуг, активно сприяти професійній реабілітації осіб. Держава включає мережу профільних міністерств, відомств та відповідних закладів. Нині у сфері управління різних відомств функціонує 557 реабілітаційних установ: у Мінпраці – 289, у системі Міносвіти діє 145 центрів соціально-психологічної реабілітації, у сфері охорони здоров'я – 61, дітей та молоді з функціональними обмеженнями, при громадських організаціях інвалідів здійснюють реабілітацію осіб з обмеженими можливостями 62 установи. Міністерству праці та соціальної політики України підпорядковано: 289 реабілітаційних центрів та відділень: Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів; 15 реабілітаційних установ професійної реабілітації інвалідів; 6 міжрегіональних центрів – АР Крим, Вінницька, Луганська, Львівська, Донецька, Чернівецька області; 7 обласних та міських центрів (Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Одеська, Рівненська, Черкаська області); управління праці та соціального захисту населення; Державна служба зайнятості; Фонд соціального захисту інвалідів тощо.

Активними партнерами держави стають інші суб'єкти соціального захисту інвалідів, такі як недержавні громадські організації, благодійні і релігійні організаціїта фонди, політичні партії, юридичні особи, підприємці, небайдужі люди, також справляючи регулюючий вплив на соціальний захист інвалідів, особливо у сфері соціальної реабілітації та надання соціальних послуг. Посилюється участь і самих інвалідів, їхніх громадських організацій. В Україні близько 120 діючих Всеукраїнських громадських організацій, які представляють інтереси різних категорій інвалідів, цілеспрямовано і поступово змінюючи їх життя на краще. За допомогою громадських організацій інваліди мають змогу отримати певні соціальні та реабілітаційні послуги, інформацію про свої права, пільги, соціальні гарантії. Громадські об'єднання інвалідів створюються для їх соціального захисту, культурної та спортивної роботи, професійної, трудової, медичної, психолого-педагогічної

реабілітації, надання умов для повноцінного життя тощо. Функції таких громадських організацій до певної міри збігаються з функціями уповноважених державних органів з питань соціального захисту, тому держава і громадські організації інвалідів є соціальними партнерами у вирішенні проблем осіб з обмеженими можливостями.

Дезадаптація сьогодні є досить масовим явищем і тому вона є найскладнішою медико-соціальною проблемою. Дезадаптація найчастіше виникає як наслідок травмування, однак не всі травми можуть призводити до розвитку посттравматичного стану. Дезадаптацію обумовлюють два основних фактори:

1. вроджені, генетично обумовлені особливості;
2. медико-соціальні умови, в які попадають громадяни.

Перший фактор є універсальним, він характерний для більшості країн, народів, однак другий – характеризує тільки ті суспільства, в яких відбуваються соціальні катаклізми. До таких країн належить сучасна Росія, Україна, Грузія, Білорусія.

В Україні внаслідок отриманих травм, кількість дезадаптаційних громадян складає близько 3-4 млн., серед яких дорослі, діти та підлітки, (виняток складають люди старечого віку, розумово-відсталі особи та психічно хворі люди). Якщо до цієї цифри додати 2,5 млн. осіб – число на яке населення України скоротилося за останні п’ять років, то виходить досить невтішна картина.

Інвалідність у дітей як стійка соціальна дезадаптація, зумовлена хронічними захворюваннями чи патологічними станами, що різко обмежує можливість включення дитини в адекватні до її віку виховні й педагогічні процеси, у зв’язку з чим вона постійно потребує догляду і допомоги. Це значне обмеження життєдіяльності, що призводить до соціальної дезадаптації внаслідок порушень розвитку і росту дитини, самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, навчання, спілкування, трудової діяльності у майбутньому.

До груп з високим ризиком травматизації і дезадаптації в сучасних конкретних умовах відносять: військовослужбовців, ліквідаторів ЧАЕС, постраждалих внаслідок землетрусів та паводків, шахтерів, мігрантів, вимушених переселенців, безпритульних, дітей-сиріт, «важких» підлітків, інвалідів-дитинства, людей похилого віку, матерів-одиначок, одиноких, психічно хворих людей (невротиків, психопатів), соціопатів, олігофренів та психохроніків і т.д. Всі ці люди – об’єкт діяльності соціальної медицини.

Цікаво знати, що…

❖ Т. Кабаченко зазначає, що соціально-психологічна адаптація людини реалізує кілька функцій. Суть основних з них полягає у формуванні засобів, знаходженні умов і форм для вільного прогрессивного розвитку особистості. При цьому автор підкреслює, що адаптація в колективі є

умовою продуктивної соціальної активності, самовизначення та розвитку особистості.

- ❖ Ефективність адаптації суттєво залежить від того, наскільки адекватно індивід сприймає себе і свої соціальні зв'язки: викривлене чи недостатньо розвинуте уявлення про себе веде до порушення адаптації та виявлення аутизму.
- ❖ На думку науковців успішній адаптації сприяють такі особистісні якості молодого фахівця як: *комунікабельність* – здатність до спілкування, швидкого встановлення контактів і зв'язків, що надає можливість легко входити в нові колективи; швидке визначення свого місця в спільній діяльності та своєї ролі в колективі; уміння бути зрозумілим; *самокритичне ставлення до себе, знання і врахування своїх сильних та слабких рис при виборі стилю діяльності; зібраність і цілісність особистості, уміння планувати свої дії та поведінку і неухильно дотримуватись цього плану*; уміння в різноманітних умовах (особливо в нестандартних) *знаходити можливості для вияву своєї організованості, активності та добросовісності*.

Питання для самоперевірки

1. Дайте визначення поняттям «адаптація», «дезадаптація» та «переадаптація».
2. Види адаптації та їх характеристика.
3. Соціальна адаптація, як процес «вживання» в середовище індивіда.
4. Професійна адаптація та її особливості.
5. Адаптація інвалідів у соціальній медицині.
6. Основні функції соціально-психологічної адаптації людини.
7. Успішна адаптація та комунікабельність.
8. Вкажіть від чого залежить ефективність адаптації.

Література

1. Айшевурд М.М. Полноценная жизнь инвалида. – М.: Педагогика, 1991. – 88 с.
2. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основі: Учеб. пособие для студ. вісш. учеб. заведений. – М.: Гу-манит. узд. центр ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
3. Аксенова Л.И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии // Дефектология. – 1997. - №1. – С. 3-10.

4. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) / А.Й. Капська, О.В. Безпалько, Р.Х. Вайнола // Заг, ред. А.Й. Капської. – К., 2002. – 164 с.
5. Бадалян Л.О. Невропатология: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов. – М.: Просвещение, 1982. – 350 с.
6. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка в схемах і таблиця: Навчальний посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 2003. – 134 с.
7. Богданов С. Соціальний захист інвалідів. Український та польський досвід / С. Богданов, наук. ред. О.М. Палій. – К.: Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2002. – 93 с.
8. Бойко М.Д. Право соціального забезпечення України: Навчальний посібник. Вид. 3-те, доп. та переробл. – К.: Атіка, 2006. – 380 с.
9. Врегулювання проблемних питань працевлаштування та захисту прав інвалідів у сфері праці : практ. посіб. / уклад. О.В. Бабак, І.В. Гладка, Н.М. Малиновська, В.Й. Скаковська; за заг. ред. В.М. Дьяченка, М.Л. Авраменка. – К.: «Ун-т Україна», Всеукр. центр професійної реабілітації інвалідів, 2007. – 156 с.
10. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» // http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=1&nreg=875-12
11. Закон України «Про охорону дитинства» // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2001. – № 30. – С. 142
12. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2006. – № 2–3. – С. 36
13. Звєрєва І.Д., Іванова І.Б. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями. // Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції. – К., 1995, С. 4-10.
14. Капська А.Й. Соціальна робота: Навчальний посібник. – Київ: Центр навчальної літератури, 2005. – 328 с.
15. Карякина О.И., Карякина Т.Н. Основы реабилитации инвалидов: Учебное пособие. – Волгоград: Издательство Волгоградского государственного университета, 1999. – 88 с.
16. Кизименко Л.Д., Бєдна Л.М. Словник-довідник соціального працівника (для студентів та соціальних працівників) – Мініглосарій – Львів, ДЦ МОУ, 2000. – 67 с.
17. Коваль А.Т., Звєрєва І.Д., Хлєбік С.Р. Соціальна педагогіка / Соціальна робота: Навчальний посібник. – К.: ІЗМН, 1997. – 392с.
18. Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989), (вступила в силу для СССР 15.09.1990) // Сборник международных договоров СССР, выпуск XLVI, 1993.
19. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
20. Кузнецова Л.П. Основные технологии социальной работы: Учебное пособие. – Владивосток: Изд-во ДВГТУ, 2002. – 92 с.

21. Лукашевич М.П., Мигович І.І. Теорія і методи соціальної роботи: Навч. посіб. – 2-ге вид., доп. і випр. – К.: МАУП, 2003. – 168 с.
22. Мошняга В.Т. Технологии социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями. – М.: Инфра–М, 2003. – 348 с.
23. Про становище інвалідів в Україні. Національна доповідь / Мінпраці України, Держ. установа «Наук.-дослід. ін-т соц.-труд. відносин». – К., 2008. – 200 с.
24. Соколян М. Внутрішній комунікаційний аудит. Діагноз: людський чинник //«Києво-Могилянська Бізнес Студія», 2004. – №9. – С. 5–8
23. Соціальний захист населення України: навч. посіб. / авт. кол.: І.Ф. Гнибіденко, М.В. Кравченко, О.М. Коваль, О.Ф. Новікова та ін.; за заг. ред. В.М. Вакуленка, М.К. Орлатого. – К.: Вид-во НАДУ; Вид-во «Фенікс», 2010. – 212 с.
24. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред. Ю. В. Вороненька, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
25. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Ю. В. Вороненька. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 332 с.
26. Ткачишина, О.Р. Соціально-психологічна адаптація особистості як невід'ємна складова її соціалізації / О.Р. Ткачишина // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2006. – Т. VIII. – Вип. 1. – С. 341–348.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ

До найважливіших захворювань відносять хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, травми, психічні розлади, наркоманії, туберкульоз і СНІД.

Медико-соціальне значення найважливіших захворювань обумовлене зростанням їх ролі в структурі захворюваності та смертності населення світу.

Хвороби системи кровообігу як соціально-гігієнічна проблема.

Хвороби системи кровообігу займають друге місце в структурі загальної захворюваності (16%) та перше місце серед причин смерті (рівень смертності складає 980 випадків на 100 тис. населення). Зростання показників смертності від цих захворювань відбувається на фоні збільшення загальної смертності населення. Встановлено, що кількість хворих за цією патологією досить інтенсивно зростає серед чоловіків у віці 40-50 років.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) займають перше місце серед причин інвалідності населення нашої країни, при цьому 4% чоловіків отримують першу групу, 60% – другу групу інвалідності. У жінок ці показники є набагато нижчими у порівнянні з чоловіками.

Серед причин інвалідності переважають ішемічна та гіпертонічна хвороби, судинні ураження мозку, ревматизм тощо. З віком лікарі відмічають підвищення рівня захворюваності серцево-судинної системи, окрім ревматизму. У жінок ці показники окрім інфаркту міокарду є набагато вищими у порівнянні з чоловіками. Зростання показників смертності населення від СС захворювань обумовлено такими факторами як старість населення, застаріле обладнання щодо діагностики тощо.

У структурі захворюваності населення України на хвороби системи кровообігу протягом останніх 10 років перші три місця займають гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця та цереброваскулярні розлади.

Гіпертонічна хвороба (ГХ) – захворювання серцево-судинної системи, яке виникає як наслідок первинної дисфункції вищих судинно-регулюючих центрів, нейрогуморальних та ниркових механізмів і характеризується артеріальною гіпертензією тощо.

Виділяють первинну та вторинну артеріальну гіпертензію. Есенціальна гіпертензія (первинна гіпертензія, гіпертонічна хвороба) характеризується підвищеним артеріальним тиском за відсутності очевидної причини його підвищення. Вторинна гіпертензія (симптоматична) – це гіпертензія, причина якої може бути виявлена.

Ішемічною або коронарною хворобою серця (ІХС) називають захворювання, що обумовлене недостатнім надходженням крові до міокарду.

ІХС – патологічний стан, що характеризується абсолютним або відносним порушенням кровопостачання міокарду, що виникає внаслідок ураження коронарних артерій серця. ІХС в Україні займає провідні позиції в структурі причин смертності від захворювань. За даними ВООЗ серед країн Європейського Союзу, країн СНД, та інших європейських країн – Україна посідає одне з перших місць серед смертності населення від ІХС. Так, наприклад, за показником раптової серцевої смертності від ІХС у віці від 0 до 64 років на 100 тис. населення – Україна посідає перше місце серед цих країн (143,78 / 100 тис. населення).

В залежності від характеру захворювання та стану хворого лікарі рекомендують лікувально-профілактичні заходи: медикаментозне і стаціонарне лікування, фізіотерапію, лікувальну фізкультуру, санаторно-курортне лікування і т.д.

Травматизм – як соціально-гігієнічна проблема.

Травматизм є третьою причиною смерті населення. Питома вага травм в структурі загальної захворюваності в Україні складає близько 12%, досить високою спостерігається частота травм серед підлітків – 8%, щодо дорослого населення цей показник складає 121 випадків на 1 тис. населення. Питома вага смертності серед нещасних випадків зросла на 8 – 10%, тобто в 1,5 – 2 рази. Транспортний травматизм складає 30 – 40% від усіх нещасних випадків.

Травматизм є важливою соціально-гігієнічною проблемою, розв'язання якої тісно пов'язане з покращенням стану здоров'я населення, зі зниженням рівня тимчасової непрацездатності, інвалідності, смертності тощо.

Термін «травма» (з латинської – *trauma)* – тілесне пошкодження при пораненні.

Сукупність травм, що виникають протягом визначеного терміну на певній території, серед певної групи населення називається ***травматизмом.***

Основними видами травматизму є: дорожньо-транспортний, виробничий, побутовий, спортивний, вуличний та шкільний. До основних причин травматизму відносять:

- ✓ дорожньо-транспортний та побутовий – втома, алкоголізм, наркоманія, незадовільний стан доріг, погані побутові умови тощо;
- ✓ виробничий – технічні, організаційні, санітарно-гігієнічні.

Питома вага смертності від травм в багатьох розвинутих країн світу становить понад 10%.

В Україні найбільш поширеним видом є побутовий травматизм, який зустрічається найчастіше у порівнянні з іншими видами травматизму. Найбільш поширеними є рани, поверхневі пошкодження та забої, причому в побуті найбільш поширені травми відділу нижніх кінцівок, а на виробництві – верхніх кінцівок. Встановлено, що найчастіше причиною інвалідності є переломи кісток нижньої кінцівки.

Друге місце посідає вуличний травматизм (62,1 на 10 тис. населення). Проблема виробничого травматизму є дуже гострою, щорічно на виробництві травмується близько 50 тис. чоловік, з них 1,5 тис. гинуть, понад 3,5 тис. отримують професійні захворювання.

Рівень дорожньо-транспортного травматизму за останні роки суттєво зростає. Основними причинами аварій та травмування є незадовільна організація робочих місць і безпечного виконання робіт, порушення технологічної та трудової дисципліни, безвідповідальність керівників виробництва і безпосередніх виконавців в питаннях дотримання вимог безпеки з охорони праці.

Під *виробничою травмою* розуміють ушкодження, яке виникло в працівників чи службовців при виконанні роботи на території виробничого підприємства чи установи і спричинило порушення цілісності тканини або функції органа чи організму в цілому.

Розрізняють такі види виробничого травматизму:

- ✓ *механічні* – від рухомих частин машин, ручного інструмента, падаючих предметів тощо;
- ✓ *термічні* – від прямого контакту з парою, гарячою рідиною, полум'ям, розплавленим металом;
- ✓ *хімічні* – від концентрованих хімічних речовин (кислот, лугів);
- ✓ *електричні* – від контакту з електричним струмом, обриву проводів тощо.

Єдиної класифікації щодо причин виробничого травматизму не існує, однак розрізняють три групи причин такого травматизму: *технічні*, *організаційні* та *санітарно-гігієнічні*.

До *технічних* відносять недосконаліть конструкцій машин і устаткування, самого технологічного процесу, несправність верстатів, машин, ручного інструменту, відсутність чи недосконаліть захисної техніки, устаткування.

До організаційних причин – неправильну організацію трудового процесу, застосування небезпечних методів праці, недотримання правил техніки безпеки, відсутність індивідуальних засобів захисту.

Серед *санітарно-гігієнічних* причин слід відзначити порушення санітарно-гігієнічного режиму на виробництві, слабке освітлення, високу чи низьку температуру та вологість повітря, виробничий пил, високу концентрацію токсичних речовин у повітрі, забрудненість приміщення, сильний шум, вібрації тощо.

Виробничий травматизм умовно поділяють на промисловий та сільськогосподарський травматизм, оскільки за умовами виникнення, характером та локалізацією, наданням медичної допомоги та заходами, щодо попередження травматизму вони суттєво відрізняються.

Промисловий травматизм – це пошкодження, різні за характером, що були отримані на виробництві.

До основних заходів щодо боротьби з травматизмом відносять:

- контроль за обладнанням, інструментами, за достатнім огородженням частин, що рухаються;
- покращення природного та штучного освітлення;
- систематичний нагляд за дотриманням правил техніки безпеки;
- забезпечення всіх робітників засобами індивідуального захисту і контроль за їх використанням під час роботи;
- проведення заходів щодо боротьби з втомлюваністю, покращення зовнішнього виробничого середовища, раціоналізація режиму праці та відпочинку.

Алкоголізм, тютюнопаління, наркоманія як медико-соціальна проблема

За останнє десятиріччя поширення наркоманії та алкоголізму в Україні набуло катастрофічних розмірів, що загрожує національній безпеці країни. Це призводить до найтяжчих психічних, особистісних і поведінкових розладів, адміністративних порушень і карних злочинів, венеричних захворювань та СНІДу.

Вживання алкоголю під час вагітності призводить до виникнення фізичних вад розвитку та розумової затримки. Кожного року понад 50 тисяч немовлят народжується з різними проявами уражень, що пов’язані з вживанням алкоголю. За даними Інституту медицини кожного року у світі народжується від 5 до 40 тисяч дітей з алкогольним синдромом плоду

(поєднання фізичних та розумових вад розвитку). Дія алкогольного синдрому плоду триває протягом всього життя.

Алкоголізм – один з факторів ризику розвитку різних захворювань. Алкоголізм розглядають як медико-соціальну проблему, що впливає на показники стану здоров'я, захворюваності та смертності.

Алкоголізм – це хронічне захворювання, що характеризується певною залежністю та викликане систематичним вживанням алкогольних напоїв, що призводить до психічних, фізичних та фізіологічних розладів. При такій залежності спостерігають специфічні зміни поведінки, виникають соматичні, нервово-психічні захворювання та з'являються соціальні конфлікти. При цьому захворюванні виникають патологічні зміни усіх внутрішніх органів і систем організму, зокрема вражаються центральна нервова система, печінка, нирки, серцево-судинна системи. Алкоголь як наркотична отрута вражає клітини головного мозку, знижує швидкість реакції, паралізує центри уваги та самоконтролю. Загальна опірність організму хворого на алкоголізм швидко знижується. Рівень загальної захворюваності серед осіб, що вживають алкогольні напої в 1,5 рази є вищим за рахунок захворювань кровообігу, органів травлення та травм. В Україні рівень алкогольних психозів складає близько 10,5 випадків на 100 тис. населення.

Рівень смертності серед осіб, які систематично вживають алкогольні напої є в 3 рази вищим, ніж серед непитущих. Надмірне вживання алкоголю скорочує середню тривалість життя на 20 років. Рівень алкоголю в крові залежить від кількості випитого, здатності печінки окислювати алкоголь, маси людини, харчування. Загальна опірність організму хворого на алкоголізм швидко знижується. За даними ВООЗ, алкоголь у мінімальних та середніх кількостях вживають мешканці західного та центрального регіонів Європи, перш за все в такі країни як Італія, Франція, Іспанія, Португалія. Саме в цих країнах високо розвинуте виноградарство, сформувалася культура вживання натуральних вин, коньяків. В багатьох країнах відбувається «алкоголізація» – тенденція до росту виробництва та вживання алкогольних напоїв. Токсичний ефект алкоголю зумовлений ацетальдегідом, який впливає на зміни білкового, вуглеводневого та жирового обмінів.

Розрізняють три стадії вживання алкогольних напоїв: ознайомлення, експериментування та стабільна поведінка відносно алкоголю.

Виділяють такі прояви споживання алкоголю:

- побутове пияцтво;
- ранній алкоголізм;
- базовий алкоголізм;
- хронічний алкоголізм.

Побутове пияцтво називають «симптоматичним» – людина починає вживати алкогольні напої заради зняття стресу або тому що початкові стадії залежності залишаються непоміченими.

Ранній алкоголізм характерний в основному для підлітків, вони вживають в основному слабкі алкогольні напої (пиво, вино, енергетичні напої), (ризик захворювання не збільшується з дією соціуму)).

Базовий алкоголізм – людина не може зупинитися, поки не досягне стадії отруєння, внаслідок чого виникає фізичне погіршення здоров'я і зменшується стійкість до алкоголю.

Хронічний алкоголізм – людина морально деградує, у неї часто виникають розлади мислення, страхи, фантазії, алкогольні психози. Стадія хронічного алкоголізму характерна для осіб, які систематично в надмірній кількості вживають алкогольні напої протягом 5 – 20 років.

Зловживання бувають:

- *без алкоголізму* – регулярне вживання вище доз «відносної безпеки» без сильного сп'яніння;
- *початковий алкоголізм* – регулярне вживання з втратою контролю, і сильним сп'янінням;
- *алкоголізм* – вживання супроводжується абстинентним синдромом, це найбільш характерна ознака, що свідчить про формування патологічної залежності особи від алкоголю.

Тверезість – нерегулярно вживання алкоголю (1 раз на місяць) в невеликих кількостях.

Помірне вживання – не частіше 3 разів на місяць за соціально-детермінованими звичаями, тобто на «свята» (пасивно-залежні риси особистості і мінімальний зв'язок з злочинністю (ризик захворювання високий, якщо є вплив соціуму)). Доза «відносної безпеки» для чоловіків менше 14 стандартних доз алкоголю на тиждень, для жінок – менше 9 на тиждень. У випадках хронічного алкоголізму, запоїв, розвитку алкогольних психозів настає рання інвалідність і передчасна смерть.

Чинники, що впливають на виникнення алкоголізму в окремої особи поділяють на біологічні – до 30 % випадків генетично-детерміновані, передається схильність по чоловічій лінії, але якщо мати страждала на алкоголізм, то в підлітка формуватиметься залежність «з першої спроби»; психологічні – має значення тип нервової системи; схильність до психопатій, психозів; соціальні – найбільш впливові, хоча вирішальним моментом є комплексна дія чинників на особистість.

Розрізняють вікові розбіжності в структурі чинників, що сприяють вживанню алкоголю. 95 % усіх алкоголіків вперше долучається до спиртних напоїв переважно у віці до 15-16 років, майже в 60% випадків першу чарку підліткам наливають батьки. В 16-25 років підтримують вживання алкоголю звичаї, вплив оточуючого середовища, незадовільна організація відпочинку. Розвитку пияцтва сприяють вік та стать, і пов'язані з ним певні психічні установки та вплив мікросередовища. У віці старше 26 років остаточно закріплюють вживання алкоголю та розвиток алкоголізму психологічна, психічна, а далі фізична залежність на фоні конфліктів у родині, на роботі, в суспільстві.

Виділяють 2 групи факторів, що сприяють алкоголізації, серед них це індивідуальні та психологічні особливості особистості та моральна незрілість особистості. Загалом ці фактори порушують «поріг» психосоціальної адаптації людини, підвищуючи її чутливість до патогенних впливів соціального та біологічного значення.

У жінок показник успадкування щодо вживання алкоголю у одружених є нижчим, ніж у неодружених, релігійне виховання також знижує ризик захворювання. Виникнення алкогольної залежності визначається активністю ферменту алкогольдегідрогенази, яка приймає участь у розчепленні алкоголю. Неприємні відчуття пов`язані з підвищенням оцтового альдегіда в крові. Існує алель (варіант гена) ALDH22, що кодує структуру алькогольдегідрогенази з зниженою активністю. Цей фермент затримує перетворення оцтового альдегіда в оцтову кислоту, внаслідок чого у людей з таким варіантом алькогольдегідрогенази вживання алкоголю викликає неприємні відчуття.

В різних європейських популяціях кількість людей з таким варіантом ферменту варіює від 5 до 20 %, а у Азії – становить понад (90 %). Наявність такого гена і ферменту в гомозиготному стані у населення Східної Азії становить близько 50 % , що є практично не сумісним з алкоголізмом.

В Японії люди, гомозиготні за алелем ALDH22, вживають протягом місяця в 10 разів менше алкоголю, ніж люди, в генотипі яких відсутній даний алель. У випадку наявної однієї копії цього алеля щомісячне вживання алкоголю знижується в 3 рази.

В 2000-2005 рр. зросла кількість досліджень, присвячених проблемі генетики алкоголізму.

І. Анохіна (2000 р.) виявила біологічні показники – маркери, які відображають індивідуальну схильність до алкоголізму. До них відносять гуанілатциклазну активність в лімфоцитах і тромбоцитах, активність фермента дофамінбетагідроксилази, який перетворює дофамін в норадреналін. У хворих з високим біологічним ризиком розвитку алкоголізму виявлено низьку активність щодо концентрації цього ферменту. У нащадків алкоголіків моноамінооксидазу виявляють в мітохондріях та в плазмі крові. Висока концентрація моноамінооксидаз свідчить про патологію емоційної сфери та є підтвердження частоти появи алкоголізму, розладів особистості, афективних розладів, особливо депресій, у нащадків батьків алкоголіків. Д. Москаленко, Т. М. Рожнова встановили, що у дорослих синів, які народилися від батьків алкоголіків ризик появи алкоголізму сягає близько 67 %.

Незважаючи на величезну кількість досліджень, проведених вченими, лікарями різних країн світу, встановити роль генетичного фактору в розвитку алкоголізму у певній популяції хворих на алкогольну залежність досить складно.

За даними ВООЗ значно нижчою є смертність людей у країнах, в яких високо розвинуте виноградарство і виноробство, оскільки відсутнє

споживання «сурогатів». Результати соціологічних досліджень свідчать, що показники вживання алкогольних напоїв в Україні зростають. Така ситуація вкрай несприятливо позначилася на стані здоров'я населення та призвела до збільшення рівня смертності та захворюваності на алкоголізм населення України. За Україною визнається першість у молодіжному алкоголізмі.

Боротьба з алкоголізмом – найбільша соціальна та медична проблема будь-якої держави. Навіть малі дози алкоголю можуть стати причиною травм, автокатастроф, втрати працездатності, розпаду сімей, втрати духовних потреб тощо.

Сучасними напрямками профілактики алкоголізму ВООЗ вважає: зниження потреби у використанні алкогольних напоїв і зниження дози вживання.

Тютюнопаління – один з факторів ризику розвитку тяжких захворювань, таких як злоякісних новоутворень трахеї, бронхів, легень, гортані, стравоходу, порожнини рота, хвороб системи кровообігу.

Сьогодні тютюн є фактором ризику понад 25 хвороб, що є причинами смертності населення. Медико-соціальна значимість тютюнопаління проявляється в показниках здоров'я населення. З тютюнопалінням пов'язують 90 % захворювань на рак легень. У курців частіше розвиваються серцево-судинні захворювання, обструктивний бронхіт та емфізема легень. Серед курців рівень смертності на 70 % є вищим у порівнянні з некурцями. Куріння скорочує тривалість життя на 8–15 років. Тютюнопаління поширене серед усіх соціальних, статевих і професійних груп населення України. В останні роки тенденціями поширеності є «фемінізація» та «омолодження» тютюнопаління, що характерно для всіх регіонів України. Особливо негативним є те, що серед жінок дітородного віку (20-39 років) палить 25-30 %, хоча відомо, що з тютюнопалінням пов'язані такі патологічні стани як токсикоз вагітності, патологічний перебіг пологів, передчасні пологи, синдром гіпоксії та недоношеності плоду тощо.

Втрати населення України внаслідок тютюнопаління складають майже 120 тис. осіб щорічно. За даними Українського науково-дослідного інституту кардіології серед працездатного населення 41,4 % чоловіків та жінок – 25,7 % палять тютюн.

Проблема наркоманії нині є однією з найактуальніших в усьому світі. Це зумовлено як зростанням частоти даної патології, особливо серед молоді, так і низькою ефективністю запропонованих лікувально-профілактичних заходів. За статистикою ВООЗ (2010) сьогодні жінки складають 20-25 % усіх хворих на наркоманію у світі. Серед тих, хто зловживають наркотиками, висока частка припадає на жінок дітородного віку та вагітних. У зв'язку з цим відмічається також збільшення кількості дітей, народжених матерями-наркоманами. Вживання наркотичних речовин вагітними жінками є однією з актуальних та драматичних проблем сучасного світового суспільства. Швидке зростання частоти даної патології ставить під загрозу фізичний та соціальний добробут майбутніх поколінь. Крім того, наркотики діють на сам

плід, ускладнюють перебіг вагітності та пологів. У випадках, якщо вагітна жінка не припиняє вживання наркотичних препаратів лікарі відмічають передчасні пологи, зростання частоти викиднів, відшарування плаценти, хоріоамніоніт, плацентарну недостатність, еклампсію, передчасний розрив плаценти тощо. У новонароджених дітей, матері яких вживали наркотики під час вагітності та не отримували пренатальної допомоги акушера-гінеколога, нарколога відмічають досить високу смертність (до 75%).

Наркоманія – це захворювання, що виникає внаслідок вживання наркотичних речовин і призводить до глибокого виснаження фізичних і психічних особливостей людини.

Наркоманії – це свідомий неконтрольований потяг до речовин, що впливають на центральну нервову систему, викликаючи стан штучного психологічного та фізичного благополуччя, аналгезії, сп'яніння аж до наркотичного сну. Сьогодні «біла смерть» охопила майже 100 млн. людей. Домінуючою країною за розповсюдженістю є США. Вживання наркотичних речовин в Європі є досить різноманітним: в об'єднаному Королівстві, Ірландії, Італії, Чехії і Данії – продукти з коноплі; ЛСД, екстазі, амфітамін в об'єднаному Королівстві; синтетичні засоби – в Ірландії, регіонах Західної частини Тихого океану; опіум, канабіс, кхат – в країнах Близького Сходу. В країнах Центральної Америки поширене зловживання летючими розчинниками, в Південно-Східній Азії вживають комбінації кількох наркотиків.

Проблема наркоманій та токсикоманій багатогранна, має різноманітні негативні наслідки і пов'язана з стражданнями та трагічною загибеллю людини. В першу чергу страждає психіка людини, знижуються інтелектуальні здібності, звужується коло інтересів, відчуття обов'язку, відбуваються зміни фізичного і фізіологічного станів, формується психічна і фізична наркотична залежність, настає моральна деградація. Явище патологічного звикання до наркотику супроводжується синдромом абстиненції, який може призвести до смерті наркомана. Механізми звикання, толерантності та абстиненції різноманітні, пов'язані з адаптацією організму до токсичного агента та в основному призводять до патології.

Основними чинниками, що сприяють поширеності наркоманії в усьому світі є соціальні, біологічні та психологічні чинники. До соціальних відносять кризові періоди розвитку країн. Основними біологічними чинниками є вік і стать. Серед чоловіків наркоманія зустрічається частіше, ніж у жінок, однак останнім часом вона швидкими темпами розповсюджується серед жіночого населення.

До групи чинників, що сприяють виникненню наркоманій відносять: соціальні, медичні, біологічні та психофізіологічні чинники.

Соціальні чинники – спосіб життя, порушення взаємодії особистості та навколишнього середовища, непевність у майбутньому, низький освітній та культурний рівень, неповна чи конфліктна сім'я, безробіття тощо.

Медичні і ***біологічні чинники*** обумовлені особливостями метаболізму, захворюваннями певних органів.

Психофізіологічні чинники впливають на швидкість виникнення наркотичної залежності.

Експерти ВООЗ виділяють 4 психологічні типи особистості, які схильні до залежності:

- інфантильні особи, що легко піддаються навіюванню, підкоряються чужій волі;
- з вразливою психікою, невпевнені в собі, сором'язливі, які вважають себе неповноцінними, з підвищеною втомлюваністю;
- емоційно нестабільні, схильні до депресій, плаксиві, з потягом до негайного задоволення;
- дратівливі, запальні, схильні до ризику і гострих відчуттів.

В Україні вживають різні наркотики: вироби з макової соломки, препарати з коноплі та медпрепарати, препарати з використання героїну, кокаїну, екстазі, ін'єкційні препарати з використанням синтетичних препаратів останнього покоління тощо.

Одним з небезпечних видів наркоманії є токсикоманія. Досить часто токсикоманами стають підлітки, алкоголіки, особи похилого віку. На початковому етапі наркомани приймають «легкі» та доступні стимулятори. На другому – приймають більш важкі препарати, що пролонгують час дії хімічних речовин. Третій етап характеризується вживанням опіатів, які швидко викликають біологічну залежність.

В Україні в боротьбі з наркоманією активно використовують замісну терапію, як один із компонентів стратегії зменшення шкоди від наркотиків для суспільства та наркоманів.

Наркоманія і токсикоманія є медико-соціальною проблемою, оскільки вони суттєво впливають на рівень інфікування ВІЛ-інфекцією.

Синдром набутого імунодефіциту (СНІД)

Ситуація в Україні з епідемією СНІДу – одна з найскладніших серед європейських країн. Продовжує поширюватись не лише епідемія СНІДу, вона супроводжується проблемою туберкульозу, і якщо говорити про ріст нових випадків, то ми маємо один з найвищих показників у світі. Разом з тим є позитивні тенденції. Завдяки широкомасштабним профілактичним програмам, вдалося взяти під контроль епідемію серед споживачів ін'єкційних наркотиків, однак зростає кількість інфікувань, які відбуваються статевим шляхом, через незахищені сексуальні контакти. Якщо говорити про цифри, то в Україні близько 1,3 % всього дорослого населення є ВІЛ-інфікованими, тобто це майже 400 тис. українських громадян. Якщо епідемію не взяти під контроль, вже через кілька років вона може стати генералізованою.

Найбільш сприйнятливою до ВІЛ-інфекції групою є молоді люди віком 25-30 років. Сьогодні за добу у світі чотириста тисяч осіб заражається цією

хворобою. Темпи поширення інфекції переважають серед жіночої частини населення, а швидкість розвитку хвороби максимальна у дітей віком до 12 місяців. Високими темпами хвороба прогресує в підлітковому віці на фоні загального зниження резистентності організму в період статевого дозрівання. Стан здоров'я ВІЛ–інфікованих погіршується за наявності супутніх комплексних захворювань, особливо туберкульозу, алкоголізму, наркоманії тощо.

СНІД – вірусне інфекційне захворювання, яке зумовлює порушення імунної системи, внаслідок якого організм втрачає здатність до захисту від патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів, і характеризується комплексом клінічних проявів.

Феномен СНІДу виник наприкінці ХХ століття. Синдром набутого імунодефіциту вперше було зафіксовано в США у 1982-1983 рр. У грудні 1982 р. вже було зареєстровано 711 випадків цієї хвороби у 16 країнах світу. В лютому 1987 р. до ВООЗ надійшли повідомлення з усіх континентів про 41919 випадків СНІДу в 91 країні. Сьогодні, за даними ООН, кількість людей у світі, що живуть зі СНІДом, перевищує понад 38 млн., з них 1,5 млн. дітей. Понад 20 млн. вже померло. У Росії перший хворий був зареєстрований у 1986 р., а в Україні – у 1987 році. У 1989 і 1990 рр. в Україні було виявлено всього два випадки. У 1997 році в Україні вже зареєстровано понад 16 тис. ВІЛ інфікованих, у цьому ж році ВІЛ вперше був виявлений у вагітної жінки. За даними Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД на червень 2005 р. діагноз ВІЛ-інфекції встановлений у 81 200 українців, з яких 71 575 – дорослі й 9 665 – діти. Кількість хворих на СНІД становить 10 687, у тому числі 360 дітей. Кількість померлих від СНІДу в Україні з початку епідемії 6348, у тому числі 165 дітей. За статистикою ВООЗ, серед країн СНД Україна утримує перше місце з поширення СНІДу. Поширеність ВІЛ-інфекції в регіонах України нерівномірна. Найбільш уражені Дніпропетровська, Донецька, Одеська, Миколаївська області, автономна республіка Крим (АРК), тобто регіони, розташовані на Сході та Півдні країни. Важливо відзначити, що саме Схід і Південь України є лідерами за кількістю споживачів ін'єкційних наркотиків, які перебувають на обліку, а також за захворюваністю на гепатит С – інфекцію, що має аналогічні ВІЛ шляхи передачі. ВІЛ/СНІД, враховуючи основні групи ризику зараження – це багатостороння соціальна проблема.

Щомісяця у нас реєструється 800–900 нових випадків інфікування ВІЛ (рис.5 - 8).

Рис. 5. Поширеність ВІЛ в Україні у 2007р.

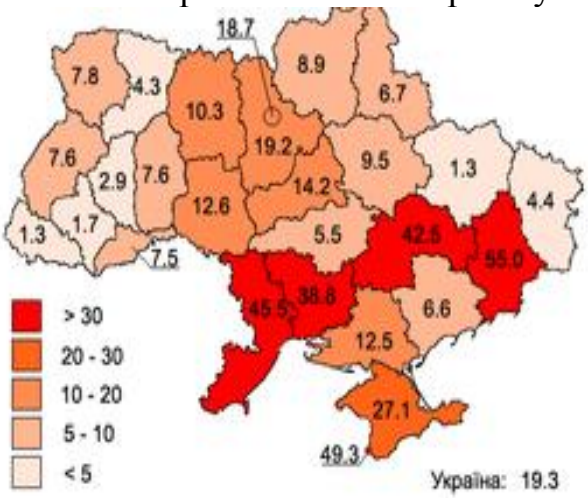

Рис. 6. Поширеність СНІД в Україні у 2007р.

Рис. 7. Смертність від СНІД в Україні у 2007р.

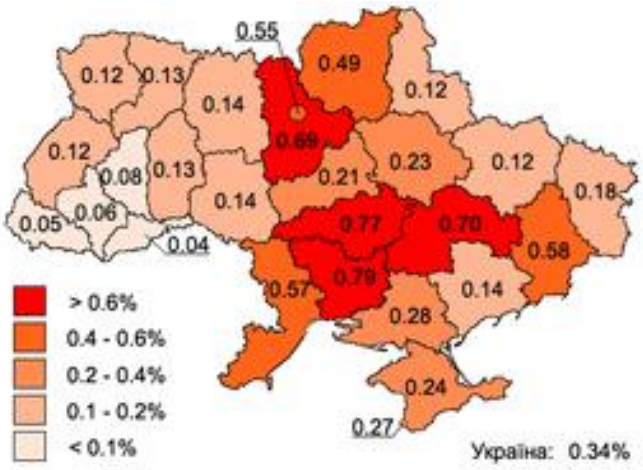

Рис. 8. Поширеність ВІЛ серед вагітних в Україні у 2007р.

За результатами дослідження, проведеного Міністерством охорони здоров'я України спільно зі Світовим банком (за фінансової підтримки Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією та за технічної допомоги ЮНЕЙДС), точна кількість ВІЛ-інфікованих в Україні невідома. З 1987 року по березень 2005 року в Україні офіційно зареєстровано 768750 осіб ВІЛ-інфікованих громадян України та 314 іноземців. Україна, відповідно до доповіді ООН в 2005 році, посідала 6-е місце у світі за рівнем поширення епідемії ВІЛ/СНІД. За оцінками Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС) і ВООЗ, кількість ВІЛ-інфікованих в Україні 2003 року визначалася на рівні 360 тисяч осіб (у межах 170 - 580 тис. осіб) віком 15-49 років (не менше 1,4% дорослого населення). За деякими розрахунками, на початок 2005 року кількість ВІЛ-інфікованих становила 448 - 491 тис. осіб (близько 1,8% населення віком 15-49 років). Аналіз офіційних даних щодо поширення ВІЛ-інфекції свідчить, що пандемія триває з тенденцією до дальшого зростання в усіх регіонах України, але поширення по країні є нерівномірним.

Станом на 2010 рік за даними ООН, поширення епідемії СНІДу в світі в цілому сповільнилися. За останні 5 років кількість виявлених випадків зараження ВІЛ/СНІД скоротилась на 20 %. Натомість в Україні серед країн Східної Європи і Центральної Азії ступінь поширеності ВІЛ/СНІД найвищий, серед дорослого населення він складає 1,1%. Щодня в Україні реєструється 48 випадків захворювання ВІЛ-інфекцією. Також в Україні зростає кількість ВІЛ-інфікованих жінок. За оцінками експертів до 2014 року загальна кількість ВІЛ-інфікованих громадян України становитиме від 479 до 820 тис. 479 тис. осіб – число, яке передбачає оптимістичний сценарій, можливий за доступності антиретровірусної терапії для 50 % тих, хто її потребує, а також за умови успішного виконання Національної програми протидії ВІЛ/СНІД. В той же час, за песимістичним сценарієм, антиретровірусна терапія буде доступна лише для 5 % тих, хто потребує. За прогнозами у 2014 року це буде 820 тис. ВІЛ-інфікованих, що становитиме 3,5 % дорослого населення. За результатами прогнозу, в 2014 році 36-43 % від загальної кількості ВІЛ-

інфікованих та 31-38 % числа смертей від СНІД в Україні припадатимуть на Дніпропетровську, Одеську, Миколаївську та Донецьку області. 2014 року прогнозні показники смертності від СНІД у цих областях в 1,5 – 2,1 рази будуть перевищувати середні показники по країні.

В табл.1. представлені статистичні результати щодо інфікованості на ВІЛ, захворюваності на СНІД та загальної смертності серед дорослих та дітей.

Таблиця 1

Моніторинг результатів щодо інфікованості на ВІЛ, захворюваності на СНІД та загальної смертності серед дітей та дорослих (1987-2007 рр.)

Кількість випадків, осіб	Всього, чол.	Дорослі	Діти до 14 років
ВІЛ-інфіковані	185 147	155 683	29 464
Хворі на СНІД	38 455	37 428	1 027
Померлі від СНІД	21 407	21 114	293

Примітка. За матеріалами Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам.

Європейськими лідерами за кількістю хворих є Іспанія, Італія, Франція, Німеччина, Великобританія. У світі перше місце з поширення ВІЛ належить центрально-африканським країнам. Друге місце за кількістю ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД займають Сполучені Штати Америки. Взагалі поширення цієї хвороби у світі має характер пандемії.

ВІЛ характеризується високою генетичною варіабельністю: виявлено два основних штами – ВІЛ-1 та ВІЛ-2. Останній менш патогенний і поширений у регіонах Західної Африки. Збудник має багато варіантів структурних білків, що різняться рядом властивостей: одні штами пошкоджують Т-лімфоцити, інші – макрофаги. В організмі однієї й тієї ж людини, зараженої вірусом, може бути одночасно декілька штамів вірусу, дуже схожих між собою за генетичною структурою. В міжнародній генетичній базі даних накопичено інформацію про 75 тис. різних геномів ВІЛ. Клінічна картина хвороби, викликаної ВІЛ-1 і ВІЛ-2, подібна.

Джерело інфекції – безпосередній носій ВІЛу. Зараження можливе при: статевому контакті з інфікованим (70-80 %), при переливанні крові через ВІЛ-інфіковану кров (18-28 %), при трансплантації органів, при ін'єкційному вживанні наркотиків, при штучному запліднені, при хірургічному втручанні, перинатально (1 %), при вигодовуванні грудним молоком інфікованою матір'ю малюка. Частота зараження дитини перинатально від ВІЛ-інфікованої матері залежить від багатьох факторів: тривалості хвороби матері, наявності у неї безсимптомної або клінічно маніфестної стадії, рівня вірусного навантаження, стану імунної системи. При проведенні антиретровірусної терапії ризик передати вірус від матері до дитини знижується до 6 %. За результатами досліджень встановлено, що у випадках, коли ВІЛ-інфікована жінка народжує дитину, ця дитина не обов'язково може бути носієм вірусу.

Повторна вагітність у порівнянні з першою підвищує ризик зараження дитини в 2-3 рази.

Період «вікна» – час, коли вірус ВІЛ присутній в крові людини, однак аналіз на антитіла до нього є негативним. В цей період людина може передавати вірус іншим. Період «вікна» триває від двох місяців до шести місяців. Оскільки вакцини проти СНІДу не існує, єдиним способом запобігти інфекції є уникнення ситуацій, що несуть ризик зараження. Багато людей, інфікованих вірусом імунодефіциту, не мають симптомів захворювання. Отже, неможливо знати напевно, що статевий партнер ВІЛ-неінфікований, якщо немає повторних негативних результатів його перевірки на інфікованість. Це, звичайно, за умови, що за час, який минув з моменту останнього обстеження, він не вступав у потенційно небезпечний статевий контакт.

Соціальними причинами виникнення пандемії СНІДу експерти ВООЗ вважають: підвищення темпів міграції населення, особливо в Африці; широке розповсюдження в розвинутих країнах шкідливих звичок, насамперед наркоманії та проституції, а також, як це не парадоксально – розвиток медичних технологій – широке застосування внутрішньовенних маніпуляцій, нові методи збирання, зберігання, переливання, переробки людської крові та її препаратів; розширення обсягу та доступність для широкого населення оперативних медичних втручань.

Історична довідка

- 1 грудня з 1988 року відзначається як Всесвітній день боротьби зі СНІДом
- У 1983 році – Люк Монтанье з інституту Пастера у Франції виділив з крові, відкрив та ідентифікував у хворих вірус імунодефіциту людини.
- Незалежно від Люка Монтанье у 1984 році – Роберта Галло з США виділилив той же вірус з крові і сперми обстежених осіб та їх статевих партнерів. Пізніше Р. Галло розшифрував будову вірусу імунодефіциту людини.
- Збудник СНІДу – ретровірус, який у 1986 р. отримав назву вірус імунодефіциту людини (ВІЛ).
- Україна займає 1 місце в Європі та Центральній Азії та 6 місце у світі за рівнем поширення епідемії ВІЛ/СНІД. Щорічні показники захворюваності на ВІЛ в Україну збільшилися з 2001-го по 2010 рік більш ніж у два рази (*Доповідь UNAIDS про Всесвітню епідемії СНІДу, 2010*).

Цікаво знати, що…

- *Смертність від хвороб системи кровообігу одна з найвищих у Європі.*

З рішення колегії Міністерства охорони здоров'я України від 25.11.2008 р. № 11 можна дізнатися про такі жахливі факти: упродовж останніх 10 років поширеність хвороб системи кровообігу в Україні серед дорослого населення зросла в 1,8 разів, захворюваність – на 55,3%, а смертність від хвороб системи кровообігу зросла в Україні від 862,8 до 1034,4 на 100 тис. населення та посідає одне з перших місць в Європі як серед всього населення, так і серед населення працездатного віку (П. Патлатий).

❖ Очікувана тривалість життя населення України складає 68,2 року, що в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах Євро Союзу (ЄС). Коефіцієнт дитячої смертності в 2,5 разу вищий, ніж у «старих» країнах ЄС. Рівень передчасної смертності втричі перевищує аналогічний у країнах ЄС, рівень смертності від туберкульозу – в 20 разів вищий.

❖ ***Україна втрачає щороку понад 40 тис. своїх громадян*** (звіти голови Національної ради з питань охорони здоров'я при президентові України М. Поліщук за 2008, 2010, 2011 рр.), загибель яких обумовлена алкоголем; (журнал «Здоров'я і довголіття» опублікував іншу статистичну інформацію щодо кількісті втрат громадян: 46 тис. – №24 (949), 2010 р.). Це близько 8 тис. отруєнь, ще 8 тис. – кардіопатій, а також інші захворювання та нещасні випадки, пов'язані з вживанням алкоголю. Крім того, за його словами, в Україні зараз фіксується 25-30% випадків дитячої патології новонароджених, і дуже часто причиною цього є саме алкоголь, тобто вживання алкоголю як мамою, так і татом. Але цей факт зазвичай не розголошується... *Смертність уже багато років поспіль значно перевищує народжуваність.*

❖ За 17 років населення України скоротилося майже на 6 млн. (51,94 млн. на 1 січня 1991 року – 46,19 млн. (станом на 1 жовтня 2008 року). Якщо до алкогольних втрат додати ще близько 120 тис. українців, що гинуть за рік внаслідок тютюнопаління, та 10 тис. – від вживання нелегальних наркотиків (знову ж таки, це лише офіційні дані!), отримаємо, що скорочення населення як мінімум наполовину спричинене алкоголем, тютюном та іншими наркотиками.

❖ Україна вийшла в європейські лідери зі вживання наркотиків з макової соломки, залишивши попереду лише Росію та Естонію.

❖ Статистика смертності від алкоголю в одиницях на 100 тис. населення (*за даними http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html*) загальні цифри за даними Держкомстату (рис.3).

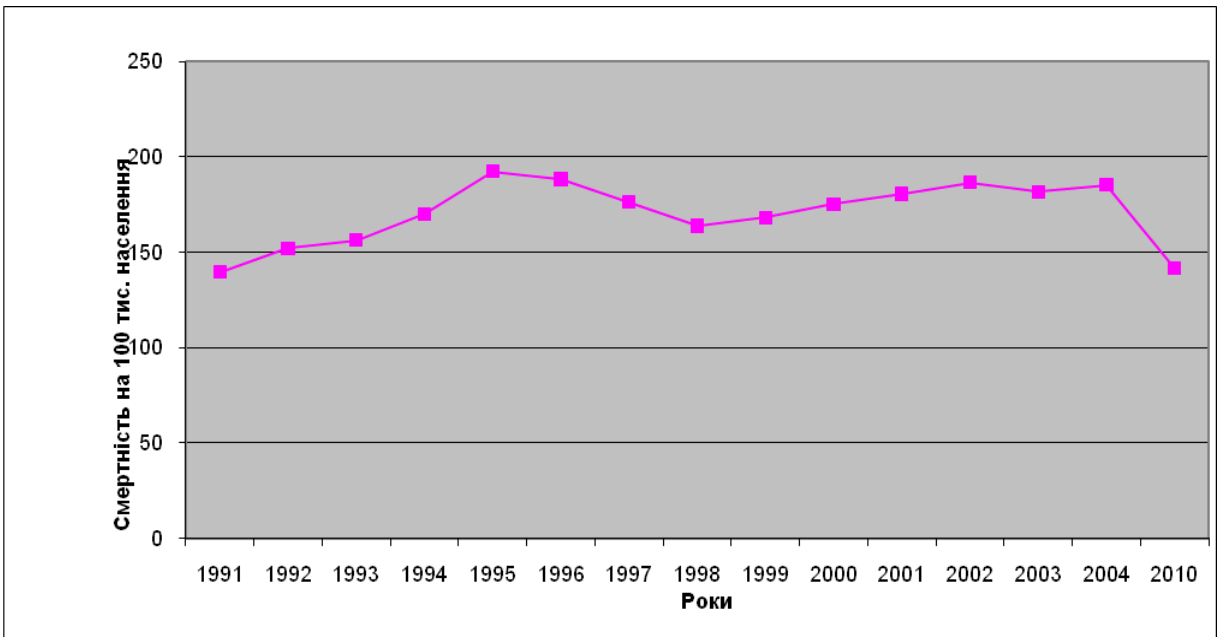

Рис.3. Статистика смертності від алкоголю в одиницях на 100 тис. населення

❖ Сьогодні рівень споживання алкоголю в Україні є одним із найвищих у світі і становить близько 20 літрів абсолютного спирту на душу населення за рік (офіційна статистика повідомляє про 12-13 літрів), ри.4.

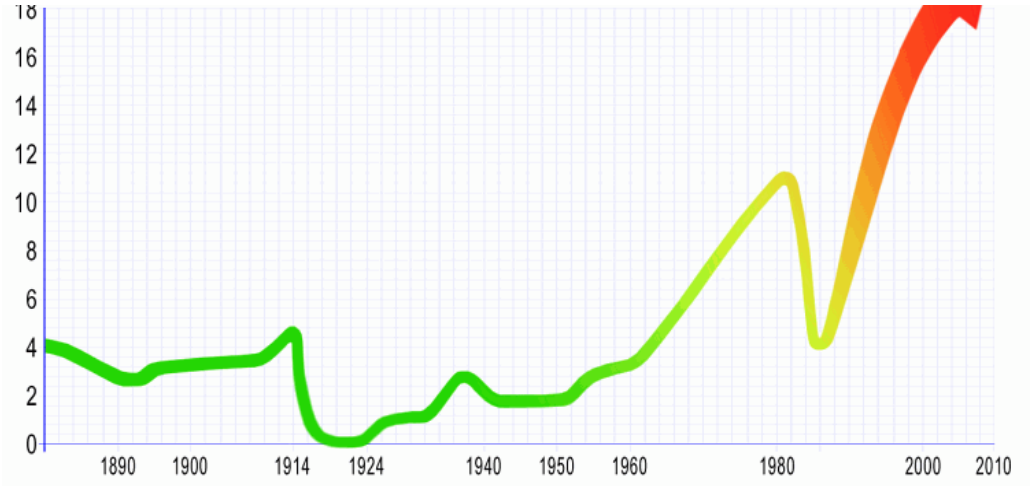

Рис.4. Вживання алкоголю у нашій країні (в літрах абсолютного спирту на душу населення за рік).

❖ За даними маркетингових досліджень міжнародної компанії Nielson Україна стала абсолютним лідером у списку найшвидше зростаючих ринків за обсягами продажу алкогольної продукції.

❖ За даними ВООЗ, Україна займає перше місце в світі по вживанню алкоголю серед дітей та молоді. 40% дітей у віці від 14 до 18 років вже залучені до систематичного вживання алкоголю. Армія алкогольних та тютюнових наркоманів постійно поповнюється, одурманюючі суміші невпинно поглинають нові покоління...

❖ За інформацією головного психіатра-нарколога Київської області, заслуженого лікаря України Г. Зільберблата, кожен десятий українець, що вживає алкоголь, стає алкоголіком. За останні 10 років кількість осіб, що знаходяться в залежності тільки від пива, зросла в 10-12 разів.

❖ За даними кафедри психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. Шупика в Україні 30% чоловіків віком від 25 до 50 років залежні від алкоголю.

❖ В Україні офіційно зареєстровані та поставлені на наркологічний облік 700 тис. осіб (точна кількість залежних від алкоголю невідома, оскільки її важко встановити).

❖ Ретровірус складний за будовою та хімічним складом, чутливий до фізичних і хімічних факторів, при температурі 25 °С вірус зберігає здатність до зараження протягом 15 діб, при 37 °С – 11 діб. Часткова інактивація вірусу відбувається під впливом іонізуючого й ультрафіолетового випромінювання. Збудник гине від дії ацетону, ефіру, 20 % етилового спирту та деяких інших дезінфікуючих речовин.

❖ Під егідою ВООЗ діє міжнародна медична організація AIDS Care Education and Training, її основна мета – профілактика і турбота про людей хворих на СНІД у різних країнах Європи, Африки, Азії, Америки та Австралії.

❖ Т. Бахтєєва (депутат Партії регіонів, голова Комітету ВР з питань охорони здоров'я) «Ми другі в Європі і п'яті у світі за темпами поширення ВІЛ-інфекції, і другі в Європі за темпами зростання мультирезистентного туберкульозу. Така ситуація – спадщина нашого минулого, коли у нас не було регулярних поставок протитуберкульозних препаратів і системної роботи в цьому напрямку».

❖ Відомо, що в Україні за 24 роки існування епідемії ВІЛ/СНІДу померли 21 тис. молодих людей.

Інфекційні і епідемічні хвороби.

Більшість мікроорганізмів є патогенними (тобто здатними викликати певні захворювання). Всі мікроорганізми поділяють на *три групи – сапрофіти, умовно-патогенні* та *патогенні.*

Сапрофіти – це мікроорганізми, які не спричиняють заразних хвороб.

Умовно-патогенні мікроорганізми в організмі є завжди присутні, але спричиняють хворобу лише за певних умов.

Патогенні мікроорганізми здатні викликати інфекційні хвороби, та виділяють *токсини.*

Процес попадання патогенних мікроорганізмів в організм людини та їх розмноження називається *інфікуванням.*

Інфекційна хвороба – взаємодія патогенного мікроорганізму з організмом людини, що супроводжується відповідною реакцією організму. Взаємодія мікро- і макроорганізму зовні може не проявлятись. У таких випадках перебіг

інфекційного процесу є безсимптомним, що супроводжується певною імунною відповіддю, а людину в такому випадку називають бактеріо- або вірусоносієм.

Інфекція – це розмноження мікроорганізмів у макроорганізмі з наступним розвитком складного комплексу їх взаємодії.

В медицині під терміном інфекція розуміють такі поняття як інфекційна хвороба, збудники захворювань, стан заразності організму та локалізація збудника. Однак за своєю біологічною сутністю, інфекція – це процес взаємодії макро-і мікроорганізму, внаслідок якого виникають інфекційні захворювання.

Від неінфекційних (соматичних) захворювань інфекційні захворювання відрізняються за такими ознаками:

- ❖ заразністю (передається від хворої людини до здорової);
  наявністю живого збудника, який і є «пусковим» механізмом;
- ❖ має інкубаційний (прихований) період;
- ❖ після одужання формується імунітет (несприйнятливість організму до повторного захворювання).

Сприйнятливість людини до різних інфекційних захворювань є неоднаковою, тобто різною. Так, людина у 100 % випадків сприйнятлива до чуми, грипу, вітряної віспи. Щодо сибірської виразки сприйнятливість організму людини складає всього 20-40 %.

Інфекційні хвороби мають тенденцію до швидкого поширення серед людей. Якщо інфекційним захворюванням охоплюються великі групи людей, території пов’язані між собою ланкою зараження, говорять про *епідемії.*

Епідемія це не тільки масові інфекційні захворювання, але і особливий психічний стан людини. Людська психіка не могла залишатися здоровою в «нормі» за двома основними причинами: по-перше людина переживала смерть своїх родичів, близьких, знайомих та власне своєї смертності. Яке б не було б відношення у людини щодо епідемій та власне своєї смертності саме під час епідемій воно радикально змінюється, оскільки змінюється психічний стан людини. Історія має в своєму арсеналі чимало літературних джерел, що описують масові психічні зміни, які виникають при епідеміях та пандеміях у різних народів, в різні епохи, при різних віросповіданнях тощо, однак всі вони є досить подібними незважачаючи ні нащо. Будь-яку епідемію більшість психологів, соціологів, медиків та науковців називають одночасно і психологічною епідемією.

В сучасному світі більшість епідемій виникають не з вини інфекційних хвороб. Епідемічний характер мають серцево-судинні захворювання, смерть молодих, здорових людей, глобальне старіння населення тощо. Разом з цим, можна говорити і про епідемії здоров’я. Наприклад, випадки, коли Спарта «заражала» здоров’ям сусідні грецькі держави. Так, в 776 році виникли Олімпійські ігри, організатором яких був цар Спарти Лікург. Тоталітарні режими також практикували «епідемії» здоров’я. Такі масові рухи були і в колишньому СРСР та в фашистській Німеччині.

Епідеміологія – це наука, яка вивчає об'єктивні закономірності виникнення та розповсюдження інфекційних, серцево-судинних, психічних та інших захворювань.

Історія показує, що виникнення епідемій важко пов'язати з однією глобальною причиною. Медицині відомо багато теорій виникнення епідемій, однак ми досить коротко зупинимося на більш важливих на наш погляд теоріях виникнення епідемій.

Теорія природних катаклізмів походить від древніх єгиптян, за часів правлення жінки фараона Хатшепсут. Серед її прибічників – лікар, філософ, архітектор, географ, військовий стратег Сенемнут, з іменем якого вперше пов'язують цю теорію. Прибічником поглядів теорії природних катаклізмів був також італійський філософ та історик Джамбаттісто Віко (1668-1744).

Космологічна теорія пов'язана насамперед з іменем російського вченого А.Л. Чижевського.

Соціально-економічна теорія вперше чітко викладена та описана англійським економістом Давідом Рікардо (1772-1823).

Етико-культорологічна теорія – її виникнення пов'язують тільки з одним іменем А. Швейцера (1875-1965), «лікаря із Ламбаране», лауреата Нобелівської премії.

Ми назвали тільки призвіща видатних діячів, які мають відношення до створення теорій виникнення епідемій, у яких природньо є і опоненти, і апологети. Зрозуміло, що причинини епідемій в кожному конкретному випадку є різними, однак питання щодо причин виникнення епідемій і по сьогодні залишаються маловивченими та відкритими. Історія знає тільки одиниці випадків, коди одночасно відбувалися епідемії захворювань людини, та епідемії загибелі тварин. Епідемії виникали – виникають, розвивалися – розвиваються, розповсюджувалися – розповсюджуються в будь-якому людському суспільстві, чи в суспільстві древніх єгиптян, чи в європейській співдружності у двадцять першому столітті на початку третього тисячоліття.

Епідемічними називають інфекційні хвороби, які швидко розповсюджуються і поширюються на великі території та інфікують значну кількість людей. До таких захворювань відносять: грип, кір, поліомієліт, чума, скарлатина, холера, вітряна віспа та інші.

Епідемічний процес, як і будь-яке явище в природі, можна охарактеризувати як кількісно, так і якісно. Розрізняють 4 ступені інтенсивності розвитку епідемічного процесу, які обумовлені насамперед видом збудника, сприйнятливістю колективу, соціально-економічними умовами тощо:

1. спорадична захворюваність;
2. епідемічний спалах;
3. епідемія;
4. пандемія.

Спорадичними захворювання називають поодинокі інфекційні захворювання, що з'являються рідко.

Епідемічний спалах – це форма епідпроцесу, при якій на певній території з'являються епідемічні захворювання, які пов'язані з загальним джерелом інфікування.

Епідемія – це форма епідпроцесу, при якій інфекція швидко поширюється на великі території (село, місто, район, область), і характеризується виникненням епідемічних спалахів, що тісно пов'язані між собою.

Рівень епідемічних спалахів захворюваності при епідемії в 5-10 разів перевищує рівень спорадичної захворюваності цією інфекцією на певній території.

Пандемії – це одна з форм епідпроцесу, при якій за короткий проміжок часу епідемія будь-якої інфекції уражає населення країн, континентів, та навіть усієї земної кулі.

Характерними прикладами є пандемії грипу в 1918-1919 рр., 1957-1958 рр.

Ендемія – це форма епідемічного процесу, при якій будь-яка інфекція постійно зустрічається на певній території, а джерело інфекції зберігається тільки на цій території (наприклад комарний енцефаліт, туляремія).

Епізоотія – епідемічний процес, що зустрічається тільки серед тварин, та є джерелом інфікування людини.

З поняттями ендемія та епізоотія тісно пов'язане вчення про природнє джерело інфікування людини, засновником якого є Е.Н. Павловський. Природнє джерело захворювання це одна з особливостей деяких інфекційних захворювань людини, яка полягає в тому, що вони мають в природі еволюційні джерела, існування яких в природі забезпечується послідовним переходом збудника від однієї тварини до іншої. Переносниками захворювання є кровосисні членистоногі, шлях передавання інфекції – трансмісивний. Природні джерела захворювання характеризуються сезонністю. До таких захворювань відносять: туляремію, чуму, весняно-літній енцефаліт та інші захворювання.

Смертність – це кількість смертельних випадків інфекційних захворювань, що зареєстровані за певний календарний період. Серед дорослого населення показники смертності визначають на 100 тис. осіб, дитяча смертність – 10 тис.осіб.

Летальність – це кільсть летальних (тобто смертельних) випадків, що зареєстрована у 100 осіб, які перехворіли на конкретну інфекцію за певний календарний період.

Характерною особливістю гострих інфекційних захворювань є циклічність перебігу. Виділяють чотири періоди циклічності: *інкубаційний, продромальний, період розвитку хвороби, реконвалесценсія.*

Інкубаційний (латентний) період – це початковий прихований період інфекційного захворювання, який триває від моменту заселення збудника в макроорганізмі до появи перших клінічних ознак захворювання, триває від кількох годин до кількох діб або навіть років.

У цей період відбувається активне розмноження збудника і накопичення в організмі людини продуктів його життєдіяльності та їх дисемінація у сусідні клітини, тканини та органи.

Продромальний період характеризується появою перших симптомів захворювання та обумовлений загальною інтоксикацією організму (нездужання, загальна слабкість, швидка втома, головний біль, погіршення апетиту тощо), його тривалість – від 4 до 5 діб.

У *період розвитку хвороби* стають помітними типові для неї ознаки, які з'являються у певній послідовності. Клінічні прояви інфекційних захворювань різноманітні, в основному залежать від особливостей збудника. Даний період характеризується підвищенням температури, розладами нервової, дихальної систем організму людини, розладами шлунково-кишкового тракту тощо.

Протягом *реконвалесценсії* спостерігається зменшення інтоксикації та прояву специфічних ознак, організм видужує, однак можливі й рецидиви – перехід у хронічну форму, а також летальність.

Період одужання характеризується тим, що відновлюються нормальні фізіологічні функції організму. Загалом даний період триває від декількох тижнів до декількох місяців. Організм звільняється від патогенних мікроорганізмів, однак у деяких випадках, можливе формування бактеріоносійства, наприклад після дизентерії, холери та черевного тифу.

Для розвитку інфекційного епідемічного процесу потрібна наявність трьох основних факторів: джерела інфекції, механізмів поширення інфекції і сприйнятливості до даного захворювання. Джерелом тієї чи іншої заразної хвороби можуть бути хворі люди або тварини з клінічно-вираженою, стертою, атиповою формою хвороби та носії збудника.

Антропонозами називають заразні хвороби, джерелом інфекції яких є хвора людина, бактеріоносій – хворіє тільки людина.

Антропозоонозами називають заразні хвороби, джерелом інфекції яких є хвора тварина – хворіють як тварини, так і людина.

Зоонозами називають хвороби, джерелом інфекції яких є хвора тварина, хворіють тільки тварини. Однак в практичній медичній роботі більшість захворювань людини джерелом інфікування яких є тільки тварини називаються зоонозами, наприклад, бруцельоз, туляремія, сибірська виразка, сказ, лептоспіроз та інші.

Деякі заразні хвороби (черевний тиф) можуть передаватися не тільки через хворих осіб, а й через тих, які видужали, оскільки в їхньому організмі ще залишилися хвороботворні мікроби. Джерелом поширення таких інфекцій, як чума, туляремія, кліщовий енцефаліт тощо є гризуни.

Механізм передачі – це процес виділення збудника з інфікованого організму. Для будь-якого збудника характерно такі особливості як органотропність, тобто специфічна локалізація в макроорганізмі, та специфічний патогенез – рух та розмноження мікроорганізму. В організм

здорової людини мікроорганізми попадають визначеними специфічними для кожного збудника шляхами.

Вхідними воротами інфекції називають орган або тканину, через які мікроорганізм попадає в макроорганізм. Так, гонококи викликають захворювання, якщо вони попадають на слизову оболонку статевих органів (гонорея) або кон'юктиву очей (бленорея); збудник дизентерії – на слизову оболонку товстої кишки; віруси грипу, корі – якщо вони попадають у верхні дихальні шляхи. Якщо ці мікроорганізми попадають в макроорганізм через інші вхідні ворота, вони, як правило гинуть, не викликаючи жодних інфекційних процесів.

Існують такі *основні шляхи передачі інфекції: контактний, повітряно-крапельний, фекально-оральний (аліментарний), трансмісивний.*

Шляхом прямого контакту передаються венеричні захворювання, сифіліс, гонорея, гепатит В, СНІД, короста, деякі грибкові захворювання шкіри, лептоспіроз, ящур, стафілококові інфекції тощо. Найчастіше контактно-побутовим шляхом передаються кишкові інфекції.

Аерогенний спосіб передачі збудника в основному забезпечується через повітря. Розрізняють повітряно-крапельний та повітряно-пиловий шляхи передачі збудника.

Повітряно-крапельним шляхом передаються збудники грипу, вітряної віспи, кашлюка, туберкульозу, кору, дифтерії, скарлатини; повітряно-пиловим – туберкульозу, натуральної віспи, сибірської виразки, туляремії.

Фекально-оральний (аліментарний) спосіб передачі збудника в основному забезпечують інфікована їжа та вода, таким шляхом передаються збудники холери, дизентерії, червного тифу тощо.

Трансмісивний спосіб передачі збудника в основному забезпечують членистоногі (воші, блохи, кліщі, комарі, москіти).

Залежно від шляхів проникнення збудника в організм і його виділення та місця локалізації інфекційного процесу в організмі розрізняють чотири види інфекцій: *інфекції дихальних шляхів, кишкові інфекції, інфекції зовнішніх покривів і кров'яні інфекції.*

Розвиток інфекційного захворювання та особливості його протікання залежать від загальної фізіологічної реактивності організму, тобто від його здатності зберігати гомеостаз (сталість внутрішнього середовища). Голодання, переохолодження, радіація, алкоголізм, тютюнопаління тощо – це фактори, які ослаблюють організм та сприяють розвитку інфекційного процесу. Виникнення інфекційного захворювання тісно пов'язане з сприйнятливістю організму людини до нього.

Сприйнятливість до захворювань – це здатність реагувати на вторгнення в організм збудників інфекцій розвитком хвороби. Несприйнятливість людини до збудників інфекційних захворювань забезпечується факторами специфічної несприйнятливості і неспецифічної фізіологічної резистентності.

Профілактика інфекційних захворювань включає в себе комплекс державних загальносанітарних заходів, які передбачають поліпшення умов

праці та побуту населення з метою попередження будь-яких захворювань, будівництво різноманітних споруд із врахуванням санітарних і протиепідемічних вимог. Такі заходи, як благоустрій міст і сіл, спорудження водоводів і каналізації, також спрямовані на боротьбу з інфекційними хворобами. Медичні заходи проводяться цілеспрямовано з урахуванням всіх ланок епідемічного процесу. Заражену людину та носія (бактеріо- або вірусоносія) як джерело інфекції ізолюють від оточуючих і лікують (інфікованих тварин – знищують). З метою попередження поширення інфекції за межі епідемічного вогнища застосовують *карантин* – комплекс адміністративних і санітарно-гігієнічних заходів, спрямованих на виявлення хворих і осіб, які підлягають ізоляції або нагляду. Для знищення збудника хвороби проводять дезінфекцію і дератизацію (знищення гризунів-переносників хвороб). За умови комплексного і своєчасного проведення протиепідемічних заходів можна запобігти багатьом інфекційним захворюванням, а деякі з них – знищити зовсім.

Інфекційні хвороби органів дихання.

Група інфекцій з крапельним механізмом передачі нараховує понад сотню нозологічних форм мікробної та вірусної етіології. Усім збудникам цієї групи інфекційних хвороб характерне розмноження на слизових оболонках дихальних шляхів, що супроводжується запальним процесом, а при кашлі, чханні і розмові збудник інтенсивно видаляється в повітря.

Гострі респіраторні вірусні інфекції становлять етіологічно неоднорідну групу поширених інфекційних захворювань, їх об’єднує спільність епідеміологічних закономірностей та подібність клінічних проявів.

До інфекцій дихальних шляхів відносять велику групу вірусних та бактеріальних захворювань. Серед хвороб найбільш поширені грип та ГРВІ (гострі респіраторні вірусні інфекції), які складають до 70 % усієї інфекційної захворюваності.

Грип – це гостре інфекційне захворювання, з періодичним епідемічним поширенням, яке спричиняється кількома серологічними типами РНК-вірусів (А, В і С) із групи міксовірусів та супроводжується ураженням дихальної, нервової, серцево-судинної систем організму людини. Захворювання найчастіше зумовлюють віруси типу А.

Епідемії та пандемії грипу були відомі в далекому минулому, однак особливо небезпечною пандемія «іспанки» була зареєстрована в 1918 - 1920 рр., яка викликала захворювання 1,5 млрд. чоловік, з яких померло понад 22 млн. чоловік. У 1957 - 1958 рр. спостерігали масові захворювання грипу, кількість осіб, що перехворіли на цю недугу за офіційною статистикою складала понад 2 млрд. чоловік.

Гострі респіраторні вірусні захворювання (ГРВЗ) – група захворювань, спричинених широким спектром інфекційних збудників і поєднаних спільними особливостями епідеміології та патогенезу ураження дихальних шляхів, розвитком респіраторного синдрому і загально-

інтоксикаційних проявів різного ступеня вираженості. При ГРВЗ респіраторний синдром, на відміну від багатьох інфекційних (кір, краснуха, ротавірусний гастроентерит) та неінфекційних хвороб (хронічний фарингіт курців, поліпозна риносинусопатія, алергічний ларингіт), за яких ураження дихальних шляхів є лише однією з багатьох ознак клінічної картини, завжди є провідним.

ГРВЗ – це гострі вірусні хвороби з групи інфекцій дихальних шляхів, які супроводжуються помірною загальною інтоксикацією, ураженням дихальних шляхів, кон'юнктив та лімфатичних вузлів, їх спричинюють різні серовари аденовірусів, що містять ДНК, РНК-вірусів із групи параміксовірусів, пневмовірусів, риновірусів. До гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) належать: парагрип, аденовірусна інфекція, респіраторно-синцитіальна інфекція, риновірусна інфекція тощо. Це найбільш поширені інфекційні захворювання, що вражають усі вікові групи населення.

В Україні щорічно на ГРВЗ хворіють 10-14 млн. осіб, що становить 25-30 % усієї та близько 75-90 % інфекційної захворюваності. Експерти ВООЗ відзначають, що ця найпоширеніша в людській популяції група захворювань в останні роки має постійну тенденцію до зростання. Для ГРВЗ властиві 2 форми епідемічного процесу – спорадичні захворювання та епідемічні спалахи.

Соціальні причини, пов'язані з глобальним процесом постійного зростання урбанізації, більш тісні контакти людей практично в будь-якій точці земної кулі та посилення міжконтинентальних міграційних процесів сприятимуть подальшому поширенню ГРЗ.

За серологічними властивостями віруси грипу поділяються на типи: А; $А_2$; В; С. Віруси грипу дуже мінливі, а поява нових штамів обумовлює періодичний розвиток епідемій та пандемій. Стійкість вірусів грипу значна. Хворий стає заразним з перших днів хвороби, особливо при грипозній лихоманці. Певну небезпеку створюють хворі при легких формах грипу. Інфекція передається в основному повітряно-крапельним та контактно-побутовим шляхами. Хворий перестає бути заразним після 5-7 днів хвороби. Поширенню вірусу сприяють: висока скупченість людей, незадовільні побутові умови, низька санітарна культура дорослих та дітей, хронічні хвороби, відсутність імунітету, екологічні фактори, важка праця, переохолодження тощо. Сприйнятливість людей до вірусу грипу, особливо дітей та людей похилого віку, надзвичайно висока. Найчастіше епідемії грипу виникають і поширюються восени та на весні. До воріт інфекції відносять слизову оболонку верхніх дихальних шляхів, носоглотки, трахеї тощо. Грипозна інфекція пошкоджує захисні механізми, викликає ускладнення, сприяє загостренню хронічних процесів. Загальна профілактика грипу включає проведення санітарно-гігієнічних та оздоровчих заходів: загартування, заняття фізкультурою і спортом, раціональне харчування, а також уникнення контактів із хворими і переохолоджень. Специфічна

профілактика спрямована на підвищення опірності організму – це вакцинація і прийом препаратів, що обумовлюють несприйнятливість організму до вірусних інфекцій. Важливим компонентом профілактики є обмеження поширення інфекції за рахунок ізоляції хворих, використання респіраторів, проведення дезінфекцій у приміщеннях, карантинні заходи в дитячих садках, школах, лікарнях тощо.

Пташиний грип. Збудником захворювання є вірус грипу типу А (H5N1), що раніше вважався непатогенним для людини, оскільки респіраторний епітелій людини не містить специфічних для цього штаму рецепторів. Існує гіпотеза, згідно з якою, вірус набуває патогенності для людини в організмі «проміжного хазяїна», в дихальному епітелії якого є рецептори як до пташиного, так і до людського збудників. Саме таким «хазяїном» є свиня. Питання про епідемічне розповсюдження пташиного грипу в людській популяції може постати лише за умови подолання міжвидового бар'єру та здійснення передачі інфекції від людини до людини. Посьогодні достовірних фактів такого передавання не зареєстровано. Зараження пташиним грипом відбувається найчастіше повітряно-пиловим шляхом або при контакті з кров'ю хворих птахів.

За рекомендаціями ВООЗ, випадок пташиного грипу у людини визначається як ГРВЗ, що супроводжується підвищенням температури тіла до 38-41 °С, кон'юнктивітом, міальгіями, прогресивним розвитком дихальної недостатності та гострого респіраторного дистрес-синдрому. Інкубаційний період становить 2-4 дні. Захворювання починається гостро з підвищення температури тіла до38 °С, кон'юнктивіту, міалгій, можливий біль у горлі, ринорея. У більше як половини хворих відзначають блювання та водянисту діарею без патологічних домішок. З 2-го дня хвороби проявляється ураження нижніх дихальних шляхів – вологий кашель, часто з домішками крові, аускультативно – жорстке дихання, різноманітні хрипи. При рентгенологічному дослідженні легень виявляються дифузні, мультифокальні окремі інфільтрати, здатні до швидкого злиття та поширення. Подальший перебіг захворювання супроводжується розвитком гострого дистрес-синдрому з дихальною недостатністю. У період хвороби можуть уражатися печінка, нирки (гостру ниркову недостатність реєструють у 30% хворих). Найтяжчий перебіг захворювання відзначають у дітей раннього віку, який може супроводжуватися приєднанням порушення свідомості та судом, зумовлених розвитком енцефаліту, до основних клінічних симптомів.

Мексиканський (свинячий) – каліфорнійський грип. Вірус грипу А H1N1-2009-Каліфорнія виник внаслідок рекомбінації вірусу грипу людини А H1N1, вірусів грипу свиней (європейський та північноамериканський серовари) та вірусу грипу птахів: A/H1N1 2009 (S-OIV)=SIVn-a+SIVe-a+HIV+AIV – вірус реасортант, походження якого невідоме. Групами ризику для тяжкого перебігу грипу А H1N1-2009-Каліфорнія є особи молодого віку, до 45 років, які страждають на ожиріння III–IV ступеня, на цукровий діабет.

Клінічні прояви каліфорнійського грипу суттєво не відрізняються від грипу, спричиненого іншими сероварами і типами. За даними вітчизняних та зарубіжних дослідників, тяжкий перебіг грипу А H1N1-2009-Каліфорнія відзначався частіше, ніж при сезонному грипі, – значно частіше виникала так звана грипозна вірусна чи вірусно-бактерійна пневмонія.

«Нетипова пневмонія» або SARS – нове інфекційне захворювання, яке виникло в середині листопаду 2002 р. в Південному Китаї, провінції Гуандун, та поширилося на території 29 держав світу. Вперше описане лікарем К. Урбані в Гонконзі. Офіційно повідомлено про 8422 випадки захворювання, серед яких понад 900 мали летальний кінець. Після 2004 р. повідомлень про захворювання на SARS не було.

SARS – типова короновірусна інфекція, яка клінічно проявляється грипоподібним захворюванням та шлунково-кишковими розладами. Збудником хвороби є новий штам РНК-вмісного коронавірусу тварин, який став патогенним для людини внаслідок мутацій.

Джерелом інфекції є хвора людина, не виключаються також деякі тварини. Шлях передачі – краплинний або повітряно-пиловий (вірус виділяється не лише із секретом дихальних шляхів, а й з сечею та калом). Хворіють переважно особи молодого і середнього віку, найрідше – діти, особи похилого віку. Інкубаційний період 2–10 днів, тяжкість захворювання варіює від мінімальних проявів до прогресивної дихальної недостатності з летальним кінцем. Початок гострий, з підвищення температури тіла вище 38°С. Середня та тяжка форми хвороби, головним чином, пов’язані з розвитком пневмоній. Небезпечним для життя є набряк легень. Найбільш небезпечна властивість короновірусів – це здатність уражати макрофаги, що веде до зменшення кількості лімфоцитів в організмі і в особливо важких випадках призводить до розвитку лімфопенії. Короновіруси можуть блокувати первинну неспецифічну імунну відповідь організму людини, пригнічуючи синтез інтерферону і тим самим знижуючи імунітет.

Туберкульоз. Туберкульоз – інфекційне захворювання, яке спричиняється мікобактеріями. Хвороба має схильність до хронічного перебігу. Бацили Коха стійкі навіть при температурі 100 °С зберігають життєздатність до 5 хв., у сухій мокроті живуть до 10 місяців, при низькій температурі збудник зберігається тривалий час. Мікобактерії туберкульозу зберігаються в навколишньому середовищі в різних місцях від 1до 8-12 місяців.

Вважається, що туберкульоз існує стільки, скільки існує людина. Доказом давності туберкульозу є дані розкопок. Серед десяти скелетів єгипетський мумій, що відносяться до XVII ст. до н.е., чотири мають сліди туберкульозного ураження хребта. Гіпократ вважав: «Всі масові хвороби переносяться повітрям. Повітря дає нам життя, воно приносить і хвороби».

Сьогодні туберкульоз є найпоширенішою в світі інфекційною хворобою, яка посідає перше місце за смертністю людей від інфекційної патології. У 2010р. у світі близько 15 млн. людей щорічно хворіли на

туберкульоз, а 5 млн. помирало від нього. За прогнозами в найближчі 10 років кількість померлих досягне 30 млн. Високі рівні захворюваності реєструються в Південно-Західній Азії та Африці, зростання відбувається також в країнах інших регіонів. Ця тенденція притаманна і для країн СНД. В Європі найбільша захворюваність була відмічена в Румунії, значно менші показники зафіксовані в Болгарії та Угорщині.

Таким чином, підвищення захворюваності та смертності від туберкульозу має місце як в Східній, у Західній Європі, в Росії та на Україні. Кожної секунди у світі збудник туберкульозу вражає одну людину, а кожні 10 секунд від нього помирає одна людина. У світі на туберкульоз страждають понад 50-60 млн. чоловік.

За даними ВООЗ щодо туберкульозу Україна з 1995 р. увійшла в число країн, охоплених епідемією туберкульозу. Всього в Україні виявлено майже 30 тис. хворих на туберкульоз і більше ніж 100 тис. інфікованих.

Актуальною проблемою щодо даного захворювання є поява стійкості мікобактерій туберкульозу до лікарських препаратів. Медики розрізняють три взаємопов'язаних епідемії: *традиційна епідемія* – типовий туберкульоз (добре піддається лікуванню); *хіміорезистентна епідемія*, обумовлена хімічною стійкістю мікобактерій до лікарських препаратів (поширюється швидкими темпами і створює велику небезпеку), при цьому відмічають низьку ефективність лікування та високу смертність; *епідемія туберкульозу і СНІДу, туберкульозу у ВІЛ-інфікованих* (кількість таких хворих має тенденцію до зростання).

До факторів, що сприяють підвищенню захворюваності та смертності від туберкульозу в Україні відносять: погіршення матеріального стану широких верств населення; збільшення чисельності групи підвищеного ризику; недостатній обсяг протитуберкульозних заходів через нестачу етіопато-генетичних препаратів, медичної апаратури, обладнання тощо; недостатня увага лікарів загальної мережі до раннього виявлення та профілактики туберкульозу; несприятлива екологічна ситуація в Україні – високий рівень захворюваності населення, яке потерпіло внаслідок аварії на ЧАЕС; погіршення матеріально-технічної бази фтизіатричної служби.

Серед шляхів передачі захворювання виділяють: повітряно-крапельний, повітряно-пиловий, контактно-побутовий, харчовий та плацентарний. Основним джерелом інфекції є хворі люди, домашні тварини, корови тощо. Більшість людей, заражених збудником туберкульозу, залишаються здоровими внаслідок імунітету – вродженого або набутого після вакцинації БЦЖ. Достатня опірність організму, особливо при зараженні малою дозою збудника, дає можливість побороти хворобу. Але під впливом несприятливих умов: порушенні нормального харчування, тяжких захворювань, незадовільних побутових і виробничих умов, дії алкоголю тощо – стійкість організму знижується й інфекція може активуватись. Первинне зараження частіше відбувається в дитячому віці. Існують два основні чинники, що визначають індивідуальний ризик зараження: концентрація

мікобактерій у зараженому повітрі та тривалість перебування людини у цьому середовищі. Найбільший ризик інфікування – від осіб, що виділяють бактерії, значно менший – від хворих на позалегеневий туберкульоз. Залежно від форми туберкульозу, шляхів зараження та імунних властивостей організму можливі різні прояви захворювання, однак найбільш постійною ознакою туберкульозу є кашель, який супроводжується виділенням мокроти. Спостерігаються кровотечі, задишка та біль при диханні, підвищення температури тіла, слабкість, блідість, пітливість тощо. Останнім часом зросла кількість хворих на туберкульоз із нетиповим перебігом та кількість хворих похилого віку, що раніше було рідкістю. Це призводить до несвоєчасної діагностики хвороби, тяжких ускладнень та смерті.

Сьогодні в Україні кожен третій із хворих на туберкульоз помирає (у 2007 р. – 24,8% осіб на 100 тис. населення).

Факторами ризику інфікування і захворювання дітей на туберкульоз є контакт із хворими на відкриту форму туберкульозу, відсутність або неякісне проведення вакцинації БЦЖ, часті гострі респіраторні захворювання, несприятливі соціально-побутові умови тощо. Наявність трьох і більше факторів ризику інфікування є безумовним показанням щодо ретельного обстеження дітей з метою виключення прихованої форми туберкульозу.

Профілактика захворювань на туберкульоз. Профілактика захворювань на туберкульоз включає три аспекти – *соціальний, санітарний* і *специфічний*.

Соціальна профілактика – це сукупність державних заходів, спрямованих на поліпшення стану здоров'я населення: розвиток трудового законодавства, законодавства про охорону здоров'я, поліпшення матеріальних умов життя, підвищення рівня санітарної культури населення.

Санітарна профілактика включає заходи, спрямовані на попередження зараження туберкульозом: ізоляція хворих на відкриту форму туберкульозу, їхня госпіталізація і лікування; постійне обстеження осіб, які контактують із хворим; проведення один раз на рік флюорографічного обстеження населення; проводити щеплення; здійснення санітарно-просвітницької роботи з населенням.

Специфічна профілактика туберкульозу. Вакцинація БЦЖ сприяє виробленню в організмі специфічних захисних механізмів – імунітету, який зберігається протягом 5 років з урахуванням індивідуальних особливостей організму. Вакцинація БЦЖ дітям раннього віку дозволяє запобігти розвитку важких форм туберкульозу – дисемінованого й міліарного туберкульозу, туберкульозного менінгіту. Імунізація цією вакциною практично не впливає на захворюваність на туберкульоз дорослого населення.

В Україні вакцинацію проводять всім новонародженим на третій, четвертий день у пологовому будинку, а ревакцинацію здійснюють у 7, 12 та 17 років, а потім, до 30 років, – через кожні 7 років. Ослабленим дітям уводять менш активну вакцину – БЦЖ-М.

Протипоказаннями до БЦЖ-вакцинації є природжені вади розвитку, пологові травми, гострі інфекційні захворювання.

Дітям, народженим від матерів, які хворіють на туберкульоз і виділяють мікобактерії туберкульозу, до вакцинації проводять туберкулінову пробу. Якщо результати проби позитивні (тобто дитина інфікована), але ознак захворювання немає, вакцинацію не проводять і призначають хіміопрофілактику.

До респіраторних вірусних інфекцій відносять також катаральний, гіпертрофічний, атрофічний ларингіти, трахеїт тощо.

Ларингіт – це запалення гортані, що виникає найчастіше при гострій респіраторній вірусній інфекції, грипі та інших інфекційних захворюваннях, а також в результаті перенапруження голосу. Симптоми ларингіту: зміна голосу від легкої охриплості до цілковитої втрати, кашель, сухість, біль в горлі. Інколи невелике підвищення температури, головний біль.

Різновиди ларингіту. *Катаральний ларингіт* проявляється охриплістю, періодично виникає кашель. Катаральний ларингіт – це найлегша форма захворювання.

Гіпертрофічний ларингіт виражається більш сильної охриплістю голосу, кашлем і першінням у горлі. На голосових зв'язках утворюються невеликі «вузлики співака», які й надають голосу хрипоту. У деяких дітей, страждаючих ларингітом у дитинстві, в підлітковому віці захриплість голосу проходить. Лікарі пояснюють це гормональними змінами.

Атрофічний ларингіт проявляється витонченням внутрішньої слизової оболонки гортані. Хворі скаржаться на сухість у роті, кашель тощо. Причиною такого ларингіту медики вважають надмірне захоплення гострою їжею. Зазвичай, при цьому, крім гортані, уражується також і задня стінка глотки. Недуга часто зустрічається у жителів Кавказу.

Професійний ларингіт – зазвичай хворіють викладачі, вчителі та інші люди, яким за родом служби доводиться часто напружувати голос. На зв'язках нерідко утворюються своєрідні потовщення – «вузлики співака». Згодом голос стає, як у Віто Корлеоне з фільму «Хрещений батько».

Трахеїт – це запалення слизової оболонки трахеї, клінічна симптоматика якого надто мізерна. Хворі скаржаться на дряпання та біль за грудиною, сухий кашель. Інколи під час аускультації вислуховуються жорстке дихання та сухі хрипи над трахеєю.

Менінгококова інфекція (МІ) є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини, зважаючи на її глобальне поширення, високу летальність, часту інвалідизацію реконвалесцентів, а також схильність до виникнення масових епідемічних спалахів та швидкого поширення в людській популяції. Саме через ці особливості ВООЗ віднесла менінгококову інфекцію до групи особливо небезпечних інфекцій та постійно контролює захворюваність. Постійним епідемічним осередком даної патології в останнє десятиліття було східне Середземномор'я та так звана субсахарна Африка – країни, розташовані південніше Сахари. Лише

за 1996–1999 рр. в Буркіна Фасо, Чаді, Малі, Судані, Нігерії та деяких інших країнах цього регіону було зареєстровано 360 755 випадків цієї хвороби, летальність становила 10,5 %. У США щорічно виникає від 2400 до 3 тис. випадків менінгококової інфекції, летальність від якої становить близько 10 %. Останній епідемічний спалах менінгококової хвороби в Україні закінчився в середині 80-х років минулого століття. В останні роки знову відзначено поступове підвищення захворюваності, рівень її коливається у межах 1,92–2,0 на 100 тис. населення, 1000 випадків на рік. Відзначається зростання захворюваності і в Києві. Якщо у 1998–1999 рр. у клініці інфекційних хвороб лікувалося 11 хворих на генералізовану форму менінгококової інфекції, то в 2000–2001 рр. – 13 хворих, 2002–2003 рр. – 21 хворий, а за 5 місяців поточного року уже проліковано 12 хворих. І це з урахуванням того, що до клініки поступають хворі лише з тяжкими генералізованими формами.

МІ – антропонозна гостра хвороба з групи інфекцій дихальних шляхів, що викликається менінгококом *Neisseria meningitidis* і характеризується клінічним поліморфізмом у вигляді назофарингіту, гнійного менінгіту і сепсису. Джерелом інфекції є хвора людина і здорові носії. В епідеміологічному відношенні небезпечніші особи з менінгококовим назофарингітом, оскільки вони виділяють менінгококи у навколишнє середовище протягом 3-4 тижнів. Хворі з іншими клінічними формами інфекції заразні тільки в тих випадках, коли на слизовій носоглотки містять менінгококи. При генералізованій інфекції це спостерігається тільки у 18 % хворих. Здорове носійство може тривати 2-6 тижнів, воно частіше трапляється в осіб з хронічними запальними змінами в носоглотці. Відомо, що на 1 хворого припадає до 2 тис. здорових носіїв. При спорадичній захворюваності носійство не перевищує 1 %, під час епідемії охоплює 35-45 % контактних осіб.

Усе частіше у світі лікарями реєструється легіонельоз – інфекційне захворювання, яке характеризується високим показником летальності (до 40 %). Назва хвороби походить від спалаху невідомого гострого респіраторного захворювання, що виникло в 1976 році серед учасників конгресу організації Американський легіон (штат Філадельфія). Захворіло 221 (5 %) з 4500 присутніх, померло 34 особи (15,2 %).

Легіонельоз – це гостра сапронозна інфекційна хвороба, яку викликають бактерії роду Legionella. Характерним для легіонельозу є розвиток пневмонії або гострого респіраторного захворювання з вираженою інтоксикацією і гарячкою. Найбільше епідеміологічне значення має вид *Legionella pneumophilla* , який складається з 11 серотипів.

Найбільш сприятливі умови для посиленого розмноження легіонели виникають в системах питного і аварійного водопостачання, випарних конденсаторах, декоративних фонтанчиках, кондиціонерах, очисниках і зволожувачах повітря тощо. У більшості випадків високоефективні системи прямого охолоджування повітря можуть містити легіонели, бурхливий ріст

яких відбувається під час процесу обробки, транспортування та розподілу повітря. У людський організм ці бактерії потрапляють через повітря за рахунок дрібних крапель зараженої води.

Історична довідка

- Збудник туберкульоз відкритий Р. Кохом у 1882 році.
- В 1943 році дослідники на чолі з З. Ваксманом, виділили активну речовину під назвою стрептоміцин, яку почали використовувати для лікування туберкульозу.
- В 1952 році З.А. Ваксман отримав Нобелівську премію за відкриття стрептоміцину, першого антибіотика, ефективного проти туберкульозу.
- Збудник грипу – вірус, вперше був відкритий в 1933 році.
- Внаслідок різкого збільшення захворюваності на туберкульоз ВООЗ у 1993 р. XX століття проголосила туберкульоз глобальною небезпекою.
- В XVII ст. Вілліс (Вилізій) та Сиденгем вперше описали клінічну картину менінгококового менінгіту. Однак виділення захворювання в окрему нозологічну одиницю відбулося лише наприкінці XIX ст. після відкриття Вайгзельбаумом (1887) збудника та виділення Ослером (1899) з крові хворого на менінгіт.
- Вперше легіонели виділені в 70-х рр. XX століття. Назва пов'язана зі спалахом в 1976 р. у Філадельфії важкого респіраторного захворювання (по типу пневмонії), що спричинило загибель 34 із 220 захворілих делегатів з'їзду Американського легіону. З кожним роком кількість випадків легіонельозу і країн, неблагополучних щодо цієї інфекції, зростає.

Цікаво знати, що…

- Станом на 2011 рік Україна посідає 7-ме місце у Європі за рівнем захворюваності на туберкульоз.
- ВООЗ віднесла Україну у 2011 році до третьої категорії країн Європи щодо високих показників захворюваності на туберкульоз.
- У 2010 р. захворюваність на туберкульоз становила 68,4 випадки на 100 тис. населення (31 295 осіб), що на 6,4% менше, ніж у 2009 р. Смертність за 4-річний період знизилася на 29% – з 25,3 до 16,8 випадка на 100 тис. населення у 2010 р. (7048 осіб). Знизилася також захворюваність дітей та підлітків, яка у 2010 р. становила відповідно 29,9 і 7,8 випадка на 100 тис. населення, а саме: 477 випадків серед підлітків та 504 – серед дітей віком до 14 років.
- У період з 29 жовтня 2009 року по 21 березня 2010 року від грипу й ГРВІ померли 1 126 людей.

Інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом.

Кінець XX і початок XXI сторіччя ознаменувався різким зростанням кількості захворювань, які передаються статевим шляхом, як в Україні, так і в інших країнах колишнього Радянського Союзу. Зрозуміло, що причини цього не лише в площині медицини, а й у сфері економіки, соціології, політики; до того ж вони тісно взаємопов'язані.

Інфекції, що передаються статевим шляхом – національна проблема охорони здоров'я України.

До інфекційних захворювань, що передаються статевим шляхом відносять: сифіліс, гонорея, хламідіоз, трихомоніаз, мікоплазмоз, генітальний герпес, СНІД, вірусниий гепатит тощо.

Інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом (венеричні хвороби), викликають більше ніж 20 збудників, вони швидко поширюються, особливо серед наркоманів, алкоголіків, повій тощо. Увага суспільства до проблеми венеричних хвороб обумовлена їх поширеністю, тяжкими наслідками для здоров'я хворого і впливом на нащадків.

За класифікацією ВООЗ, хвороби, які передаються статевим шляхом, поділяють на такі групи:

- «класичні» венеричні хвороби – це сифіліс, гонорея м'який шанкер;
- інфекції, що передаються статевим шляхом з переважним ураженням статевих органів – хламідіоз, трихомоніаз, мікоплазмоз, генітальний герпес;
- інфекції, що передаються статевим шляхом з переважним ураженням інших органів - СНІД, гепатити.

Медико-соціальні дослідження свідчать про тенденцію до підвищення сексуальної активності молоді в усьому світі. Крім того, вживання алкогольних напоїв, наркотиків, вплив молодіжної субкультури, незахищені статеві стосунки, більш висока сприйнятливість до інфекцій призводять до підвищеної захворюваності молоді та людей активного репродуктивного віку.

Сифіліс. Сифіліс – хронічна венерична хвороба, що викликає ураження шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів, кісток, нервової системи тощо. Збудником даного захворювання є бліда спірохета, яка проникає в організм здорової людини через ушкодження шкіри або слизової оболонки. У зовнішньому середовищі спірохета нестійка і швидко гине, особливо при висиханні заразного матеріалу, під впливом дезінфікуючих речовин, кип'ятіння. Джерелом зараження є хвора на сифіліс людина. Шляхи поширення: статевий; побутовий; професійний; транс плацентарний.

За останні п'ять років ситуація значно покращилася. Ще у 2006 році хворих на сифіліс серед підлітків було майже 450 чоловік. Сифіліс – це хвороба, яка має коливання 11-22 роки, тобто вона поступово йде на спад, а потім може раптово починати «набирати обертів». Чому так відбувається, сказати важко. Є гіпотеза, що це пов'язано з природними факторами. Останній піковий період захворювання сифілісом у нас відзначався в кінці 90-х XX століття.

Гонорея. Збудник гонореї гонокок уражає слизову оболонку сечовидільного каналу, каналу шийки матки, прямої кишки, кон'юнктиви. Проникнення гонококів у слизову оболонку відбувається досить швидко, і вже через 3-4 дні виникає запалення. До місця запалення мігрують нейтрофіли і лімфоцити, що спричиняє гнійний процес. Гонококи нестійкі у зовнішньому середовищі, швидко гинуть під впливом висушування, кип'ятіння, дезінфікуючих речовин, проте вони досить стійки в організмі людини. Вродженого і набутого імунітету до гонококової інфекції не існує.

Останніми роками статистичні показники захворюваності на гонорею в Україні зменшилися, особливо це стосується великих міст, однак не слід забувати, що багато хворих користується послугами приватних клінік, де не ведеться відповідний облік, частина з них займається самолікуванням, тому вважається, що гонорея, як і раніше, досить поширена, зокрема серед підлітків. Джерело зараження – хвора на гонококову інфекцію людина. Шляхи поширення: статевий; побутовий; професійний.

Інкубаційний період триває від декількох годин до 3-5 днів. Якщо хворий у цей час лікується антибіотиками, то зазначений період розтягується довше, ніж на місяць. За перебігом розрізняють: гонококову інфекцію з гострим перебігом, що триває не більше 2-х місяців; хронічну гонококову інфекцію, що триває більше 2-х місяців; приховану гонококову інфекцію, коли у хворих відсутні ознаки захворювання, але в організмі є збудники гонореї.

Урогенітальний хламідіоз. Урогенітальний хламідіоз є найпоширенішою інфекцією, що передається статевим шляхом. За деякими даними, 12-15 % всього населення інфіковані хламідіями. Причинами поширення цієї хвороби є малосимптомний або безсимптомний перебіг, складність діагностики і лікування, відсутність специфічних засобів профілактики та інші фактори, які сприяють поширенню всіх хвороб, що передаються статевим шляхом. Показники частоти урогенітальних хламідіозів у чоловіків і жінок залежать також від соціокультурних факторів і стереотипів статевої поведінки. Згідно зі статистичними даними, в Україні співвідношення інфікованих хламідіями чоловіків і жінок становить 3/5. Вікові показники захворюваності свідчать про переважне поширення хламідійної інфекції в чоловіків і жінок активного статевого віку – від 20 до 35років. Відзначається тенденція до збільшення захворюваності в жінок більш молодого віку. Найбільша сприйнятливість до хламідіозу спостерігається у віці 17-25 років.

Хламідіоз – типовий приклад «повільної бактеріальної інфекції». Бактерії можуть існувати в організмі хазяїна десятки років або все життя, зберігаючи патогенні властивості. Однак хламідії не просто перебувають в організмі. Вони включають складний каскад запальних та імунних реакцій, які призводять до поступового розвитку патологічних проявів в уражених органах. Джерелом зараження є хворі на хламідіоз. Інкубаційний період триває від 5 до 30 днів.

Орнітоз – це гостра інфекційна хвороба з групи зоонозів, яку спричинює *Clamidia psittaci* з роду хламідій. Вона характеризується ураженням легень, нервової системи, гепатолієнальним синдромом, інтоксикацією організму.

Урогенітальний мікоплазмоз – збудником захворювання є мікоплазма *Mycoplasma hominis* або *M. genitalium* – внутрішньоклітинний паразит . Мікоплазми займають проміжне місце між вірусами й бактеріями. Основний шлях зараження – статевий, можливий також через предмети домашнього вжитку, медичні інструменти в акушерсько-гінекологічних та урологічних кабінетах при порушенні правил їх дезінфекції. Встановлена також можливість інфікування плода внутрішньо-утробно та при проходженні його через інфіковані мікоплазмою пологові шляхи. Інкубаційний період може тривати від 3 днів до 5 тижнів.

У вагітних жінок, хворих на урогенітальний мікоплазмоз, у 23 % випадків має місце інфікування плода, що проявляється тяжкою клінічною картиною – уражаються органи дихання, очі, печінка, нирки, центральна нервова система. Приблизно 50 % дітей, народжених хворими на мікоплазмоз жінками, помирають після народження, у 12 % спостерігаються вроджені вади розвитку.

Вірусний гепатит А. Високий рівень захворюваності на вірусний гепатит А(ВГА) пов’язаний з інтенсивним забрудненням довкілля, у першу чергу питної води і ґрунту, порушенням санітарних вимог при виготовленні та реалізації харчових продуктів.

Одним з основних факторів передачі збудника ВГА є питна вода, знезараження якої не гарантує її повного очищення від вірусів, що потребує впровадження більш ефективних методів її обробки.

Поширенню ВГА сприяє незадовільне забезпечення населення якісною питною водою у достатній кількості. Це зумовлено незадовільним технічним станом водопровідних та водоочисних мереж. Передача інфекції можлива шляхом вживання інфікованих харчових продуктів, у першу чергу тих, що не мали достатньої термічної обробки. Забруднення харчових продуктів відбувається під час використання недоброякісної води для їх обробки і миття посуду та приготування їжі особами, які захворіли на гепатит А. Такий шлях передачі інфекції сприяє розвитку спалахів та групових захворювань.

Збудник гепатиту довго зберігається в зовнішньому середовищі, не гине при кип’ятінні протягом 30-40 хв. Віруси, вражаючи клітини печінки, порушують структуру та функції одного з найважливіших органів. Основними функціями печінки, що забезпечують нормальну життєдіяльність організму, є: знешкодження отруйних речовин, що потрапляють в організм; обмін білків, жирів, вуглеводів, пігментів; синтез вітамінів та їх засвоєння; накопичення мікроелементів; утворення жовчі та її виділення в дванадцятипалу кишку. Ушкодження клітин печінки призводить до різких порушень її функцій і супроводжується такими ознаками хвороби: жовтухою; порушенням травлення; загальною інтоксикацією. Найбільш тяжкою формою

ураження печінки є так звана печінкова недостатність, яка може спричинити смерть хворого. Джерелом інфекції є хвора людина або носій вірусу гепатиту. Найбільш небезпечним для передачі збудника є хворий в інкубаційному періоді та в перші 2-3 тижні з моменту захворювання.

Згідно з оцінками спеціалістів у світі нараховується більше ніж 200 млн. носіїв вірусу гепатиту А. Відомо, що існують групи з високим ризиком виникнення цієї хвороби. До них належать особи, які ведуть неупорядковане статеве життя, гомосексуалісти, наркомани; діти, народжені від матерів, що хворіли на гепатит; медичні працівники хірургічних спеціальностей, стоматологи, маніпуляційні сестри, які мали професійні контакти з хворими. Найбільш високий ризик зараження існує при переливанні крові. Збудника також знаходять у сім'яній рідині чоловіків та на слизових оболонках жіночих статевих органів, з чим пов'язаний статевий шлях поширення захворювання на ВГ. Існують відомості про те, що серед гомосексуалістів 30 % хворіють на ВГ, у той час як у людей, які мають нормальні статеві контакти, захворювання виявляється лише у 5 % випадків.

Основне місце у профілактиці ВГА займає забезпечення населення якісною питною водою, дотримання санітарних правил при заготівлі, транспортуванні, зберіганні, приготуванні та реалізації продуктів харчування, санітарно-протиепідемічного режиму і правил особистої гігієни у дитячих установах, навчальних закладах, гігієнічне навчання населення.

Статевий герпес. Існує два види вірусу герпесу. При зараженні вірусом I типу герпес виникає на обличчі у вигляді дрібних пухирців, а вірусом II типу – на статевих органах. Статевий герпес передається під час статевого контакту. Хвора людина є джерелом інфекції до тих пір, поки не відпаде герпесний струп. Як правило, ранки добре видно на чоловічих статевих органах, а на жіночих їх можна не помітити, особливо коли з'являються внутрішні висипання на слизовій оболонці статевих шляхів.

Інкубаційний період розвитку хвороби – від 2 до 20 днів. Інфекція проявляється, в першу чергу, у вигляді висипань – з'являються плями червоного кольору, вкриті пухирцями з нагноєнням. Ранки можуть утворюватися у будь-якому місці, через які вірус проникає в організм. У людини виникає лихоманка, біль і неприємні відчуття в ділянці висипання. Через 2-3 тижні ранки загоюються, але вірус залишається в організмі. Хвороба має рецидивуючий характер, її загострення може бути наслідком переохолодження; інфікування іншим збудником, що веде до зниження опірності організму; виникнення стресової ситуації або просто наслідком статевого контакту.

В США кожен рік реєструється приблизно 600 тис. нових захворювань на герпес, понад 30 млн. американців страждають від цієї хвороби. Відповідних статистичних даних щодо України немає. В той же час вчені вважають, що серед представників європеоїдної раси кожна п'ята людина інфікована вірусом герпесу II типу, а серед негроїдів вірус зустрічається у трьох з п'яти

людей. У 50-70 % інфікованих статевим герпесом немає симптомів і навіть підозри на хворобу. Найбільш поширена вона серед гомосексуалістів (46 %), безпритульних (60 %) і повій (80 %). У жінок зустрічається приблизно в п'ять разів частіше, ніж у чоловіків.

Історична довідка

- Збудник гонореї гонокок відкритий німецьким вченим А. Нейссером в 1879 році.
- 28 липня в Україні і світі відзначають Міжнародний день боротьби з вірусними гепатитами.

Цікаво знати, що…

- Інфекції, що передаються статевим шляхом викликає велика кількість мікроорганізмів: бактерій, вірусів та грибів (хламідіоз, трихомоніаз, мікоплазмоз, уреоплазмоз та інші). Ці захворювання протікають практично безсимптомно, що є дуже небезпечно.
- За даними Міністерства охорони здоров'я України, одну з інфекцій, що передаються статевим шляхом, діагностують у 125 тис. українців.
- Близько 33 % пацієнток жіночих консультацій хворіють на запалення придатків матки. А через це захворювання 75 % не можуть народжувати дітей, 14 % жінок мають ендометріоз.
- За даними МОЗ, в Україні щорічно реєструється близько 400 тис. нових випадків сифілісу, гонореї, хламідіозу, герпесу, сечостатевого мікоплазмозу, генітального кандидозу та трихомонозу. Причому трихомонадна інвазія є найбільш поширеною – близько 250 хворих на 100 тис. населення зареєстровано в 2007 році (це приблизно 120 тис. інфікованих). Офіційна статистика відображає, за різними оцінками, від 30 до 40 % реальної кількості випадків ІПСШ. Це пов'язано зі збільшенням прихованих форм і тим, що окремі групи населення не отримують належної дерматовенерологічної допомоги.
- В Україні щорічно ІПСШ заражаються не менше 2 млн. людей.

Злоякісні новоутворення як соціально-гігієнічна проблема

Друге місце в структурі причин смертності населення в економічно розвинених країнах з 50-60-х рр. XX ст. займають злоякісні новоутворення. За даними ВООЗ в останні 50 років смертність від злоякісних новоутворень підвищилась в усьому світі. В 90-х роках XX століття тільки в найбільш розвинутих країнах від злоякісних новоутворень щорічно помирало 140-150 чоловік на 100 тис. населення.

У Росії найбільш висока захворюваність на злоякісні новоутворення зустрічається серед жінок, а в Україні - серед чоловіків. Серед онкологічних

захворювань у чоловіків на першому місці реєструють рак легень та рак шлунку, у жінок – рак молочної залози. У жінок частота виникнення раку шлунку є значно нижчою у порівнянні з чоловіками. Особливо знизилася захворюваність на рак шийки матки. Зазначимо, що сьогодні в Україні захворюваність на злоякісні новоутворення є нижчою, у порівнянні з європейськими країни. Проте за показниками смертності, особливо серед чоловічого населення Україна значно випереджає Росію, Угорщину, Чехію, Казахстан, Естонію, Латвію, Польщу, Словенію, Литву, Білорусію.

Ризик захворіти на рак в Україні має кожен третій чоловік та кожна п'ята жінка, до 30 % хворих – це особи працездатного віку. На обліку онкологічних установ перебуває близько 1 млн. хворих, щорічно реєструється понад 160 тис. нових випадків раку. За прогнозними оцінками Міністерства охорони здоров'я України, до 2020 року рівень захворюваності на злоякісні новоутворення в країні досягне 180 тис. нових випадків, тобто збільшиться на 15%.

Щоденно в Україні в середньому на ракові захворювання хворіють 50 та помирають 40 чоловік. Рівень смертності від злоякісних новоутворень складає близько 280 випадків на 100 тис. населення. Досить стрімко за останні 25 років зросла смертність від раку органів дихання, особливо серед чоловіків старших вікових груп. Окремі нозологічні форми пухлин мають різну динаміку: при сталому зростанні ураження населення раком щитоподібної залози, спостерігаються випадки захворювань на рак передміхурової залози, сечового міхура, молочної залози, матки (за 2008-2009 рр. темпи зростання сягають 3-5 %, 2009-2010 рр. – 4-6 %). Знижується рівень захворюваності на рак ротової порожнини, губ, трахеї, бронхів, легень (що найбільш реально пов'язане зі зниженням профілактичних флюорографічних оглядів населення). Поширеність захворювань серед міських жителів України має більш високий рівень порівняно з сільським майже в усіх областях. Слід зазначити, що в різних областях України спостерігаються певні відмінності щодо зростання кількості захворювань на рак однієї локалізації у 2-3 рази.

Протягом 2000-2010 рр. захворюваність дитячого населення на злоякісні новоутворення значно зросла. Найвищі рівні в м. Севастополі, Черкаській, Дніпропетровській областях, де показники перевищують середній рівень по Україні в 1,5-2 рази. Структура онкологічної захворюваності в дітей має свої особливості. Перше місце займають злоякісні новоутворення лімфатичної та кровотворної тканин, на які припадає близько 46,1 % всіх захворювань. Найвищий рівень захворюваності на гострі лейкози в дітей зареєстровано в Харківській, Івано-Франківській та Чернігівській областях. У дітей часто спостерігається рак щитоподібної залози особливо в областях, що найбільш постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС та інших регіонах України (Чернігівська, Закарпатська, Житомирська, Київська області).

Під онкологічними хворобами розуміють велику групу захворювань (понад 200), які зумовлені появою в організмі змінених соматичних клітин.

Такі клітини характеризуються низкою біологічних особливостей: безконтрольним поділом, безсмертям, порушенням диференціації, здатністю до інфільтрації та знищення сусідніх нормальних клітин, можливістю мігрувати по організму та утворювати *метастази*.

Розвиток хвороби (*канцерогенез*) є довгим процесом, усі етапи якого(від ініціації до утворення метастазів) пов'язані з перебудовами геному трансформованих клітин. Найчастіше всі популяції трансформованих клітин в організмі є нащадками однієї зміненої соматичної клітини.

Отже, онкологічні захворювання є одним із типів спадкових хвороб соматичних клітин.

Основними чинниками ризику виникнення новоутворень вчені різних країн світу вважають *мутагени, канцерогени, тератогени* та *генетичну схильність*. Епідеміологічні дані підтверджують концепцію про довготривалість, багатоступеневість канцерогенезу, який перебуває під впливом багатьох факторів. Одні фактори на ранніх стадіях виступають як ініціатори, більшість – як промотори, а деякі – протягом усього часу сприяють перетворенню нормальної клітини на ракову.

Отже, єдиної причини раку по сьогодні немає. Навпаки є багато зовнішніх канцерогенних факторів злоякісних новоутворень, які зумовлюють поліетіологічність раку, що утруднює оцінювання ролі того чи іншого фактору у виникненні пухлин. Саме тому, рак можна зарахувати до поліетіологічних захворювань.

Лейкоз – це системне злоякісне захворювання крові, яке характеризується порушенням процесу дозрівання кровотворних клітин на різних стадіях розвитку.

У дітей лейкоз зустрічається здебільшого в дошкільному віці як гострий варіант. Хронічні форми лейкозу у дітей зустрічаються значно рідше. Протягом останнього десятиріччя спостерігається виражена тенденція до збільшення захворюваності на лейкоз.

Лейкоз є поліетіологічним захворюванням. На користь пухлинної теорії свідчить схильність лейкемічних клітин до пухлиноподібних розростань у різних органах і тканинах, та можливість експериментального відтворення в одних випадках пухлин, в інших – лейкозу за допомогою тих самих канцерогенних факторів. Доведено етіологічну роль іонізуючого опромінення в розвитку лейкозу. Відносно частіше на лейкоз хворіють лікарі рентгенологи та люди, які лікувалися за допомогою променевої терапії. Серед людей, що залишилися живими після атомного бомбардування в містах Хіросімі і Нагасакі лейкоз спостерігається в 11-18 разів частіше, ніж серед мешканців інших районів Японії. Щодо хімічних професійних отруйних речовин велику роль у виникненні лейкозу відіграє бензол, серед хімічних речовин ендогенного походження дейкозогенно впливають на організм людини продукти обміну триптофану, стероїдні хімічні сполуки (наприклад, статеві гормони, жовчні кислоти, радіоактивні ізотопи калію, вуглецю і радію).

Вважають, що у виникненні лейкозу певну роль відіграють спадкові фактори цього захворювання, про це свідчать випадки родинного лейкозу, захворюваність на лейкоз у однояйцевих близнюків. У дітей з хворобою Дауна випадки захворювання на лейкоз зустрічаються в 15-20 разів частіше, ніж у нормальній популяції, що пов'зано із зниженням екскреції проміжних метаболітів триптофану. Згідно з клоновою теорією, в основі лейкозу лежить хромосомна мутація в одній кровотворній клітині, яка, розмножуючись, утворює клон патологічних клітин, схильних до трансформації. Причиною мутації можуть бути різноманітні екзогенні та ендогенні фактори.

Прогресивне збільшення патологічно змінених, незрілих клітин крові в організмі дитини зумовлюється посиленою проліферацією клітин та їх життєздатністю, в порівнянні зі здоровими клітинами (в період розпалу хвороби рівень патологічно змінених, незрілих клітин крові є високим, однак під час ремісії, кількість клітин помітно зменшується, проте повністю ліквідувати їх препаратами не вдається).

Клініка лейкозу у дітей визначається його морфологічним варіантом. Практично розрізняють різні форми лейкозу, що утворюються від будь-якої клітини на відповідній стадії дозрівання. Форма лейкозу дістає назву тих клітин, на рівні яких почалося патологічні зміни щодо кровотворення. Відповідно до сучасної класифікації лейкозу (Н. С. Кисляк та ін.) виділяють лімфобластну, мієлобластну (з підваріантами), недиференційовану та інші цитоморфологічні форми гострого лейкозу.

В клінічному перебігу захворювання виділяють такі періоди: *початковий, період розпалу хвороби, період ремісії, рецидив захворювання, термінальний* періоди.

Клінічним проявам гострого лейкозу може передувати так званий передлейкозний період, який характеризується невизначеними скаргами на погане самопочуття, зниження апетиту, втомлюваність. У початковий період клінічні симптоми можуть розвиватися поступово або досить швидко. Серед ранніх клінічних симптомів гострого лейкозу, зумовлених ростом лейкемічних інфільтратів у·різних органах, є збільшення периферичних лімфовузлів. Симптоматика початкового періоду в основному зумовлюється локалізацією лейкемічних інфільтратів. У периферичній крові спостерігаються незначні зміни у вигляді слабко вираженої анемії, в пункціях кісткового мозку є невелика кількість лейкемічних клітин. У період розпалу – виражена блідість шкіри з наявністю окремих лейкемічних інфільтратів, блідість слизових оболонок, різко виражений геморагічний синдром, який проявляється крововиливами, спостерігається системне ураження лімфатичних вузлів. Ураження шийних лімфатичних вузлів може супроводжуватися симптомами задухи.

Клінічна картина різних варіантів гострого лейкозу має деякі особливості. При лімфобластному варіанті гострого лейкозу звичайно

домінує проліферативний синдром – біль у кістках, і суглобах. При мієлобластному і мієломонобластному варіантах – розлади нервової системи в активній фазі хвороби характерні для 5-10 % хворих. В аналізі крові – анемія, тромбоцитопенія, різна кількість бластних (незрілих) клітин в лейкоцитарній формулі, підвищенашвидкість осідання еритроцитів (ШОЕ).

Період ремісії настає внаслідок лікування. Критеріями її визначення є: відсутність явних симптомів лейкозу, в тому числі збільшення печінки, селезінки, лімфатичних вузлів; нормальна картина периферичної крові з рівнем гемоглобіну понад 7,45 ммоль/л; вміст бластних елементів у кістковому мозку менший за 5 %.

Рецидив захворювання здебільшого діагностується на підставі мієлограми або гемограми. Клінічна картина рецидиву лейкозу на фоні резистентності до терапії має такі самі прояви, як і в період розпалу, однак частіше відмічається лейкемічна інфільтрація мозку, яєчок, печінки, легень.

Вивчення загальних закономірностей виникнення і розвитку злоякісних пухлин свідчить, що їх можна зарахувати до хвороб цивілізації. Тому проблема раку повинна вирішуватися на індивідуальному, біологічному, на загальнолюдському і соціальному рівнях. Цю проблему потрібно розглядати як частину соціально-економічних проблем, які постають перед населенням Землі третього тисячоліття.

Для профілактики виникнення раку важливо розуміти, що ризик багатьох видів ракових захворювань можна знизити більш ніж на 40% лише за рахунок способу життя, наприклад, правильної дієти і фізичних вправ. Пересівши з машини на велосипед або перемінивши жирну їжу на фрукти й овочі, можливо убезпечити себе від раку грудей, кишечнику та інших органів. Головне правило залишається незмінним – регулярні медичні обстеження та дотримання порад лікарів.

Цікаво знати, що…

- Найпоширеніше онкологічне захворювання в жінок – рак молочної залози. Щорічно його діагностують у 180 тис. пацієнток у Європі, 130 тис. – у США, 16 тис. пацієнтів – в Україні.
- «Кожні 35–37 хвилин в Україні виявляється новий випадок захворювання на рак молочної залози і щогодини вмирає жінка від даної патології. Рівень захворюваності за останні 40 років збільшився більш ніж утричі» (інформація із санбюлетеня, який висить перед одним із кабінетів Інституту онкології НАМН України).
- 90 % новоутворень піддаються лікуванню, щоправда, на це потрібно від 25 до 500 й більше тисяч гривень.
- Приводом візиту до лікаря є**:** тривалі захворювання, які спричиняють можливі ускладнення; деформація частини тіла; запаморочення,

нудота; зниження ваги, апетиту; загальна слабкість; порушення функцій органу.

- ❖ Підвищують захист від онкохвороб: здоровий спосіб життя; відмова від шкідливих звичок; профілактичні обстеження не рідше як раз на рік, а в разі спадкової схильності – раз на півроку.

Питання для самоперевірки

1. Які хвороби належать до найважливіших хронічних захворювань?
2. Медико-соціальне значення найважливіших хвороб.
3. Які нозологічні одиниці серед хвороб системи кровообігу мають найбільше значення та чому?
4. Яке місце в структурі загальної смертності та захворюваності населення України та світу займають хвороби системи кровообігу?
5. Провідні фактори ризику виникнення хвороб системи кровообігу.
6. Система спеціалізованої допомоги хворим на хвороби системи кровообігу.
7. Які основні напрямки профілактики хвороб системи кровообігу?
8. Вкажіть місце злоякісних новоутворень у структурі захворюваності та смертності населення світу та України.
9. Охарактеризуйте динаміку захворюваності та смертності на злоякісні новоутворення.
10. Провідні фактори ризику злоякісних новоутворень.
11. Ситуація з епідемією травматизму в світі та в Україні.
12. Місце травматизму серед причин смертності та інвалідності населення світу та України.
13. Види травматизму, найбільш поширені у світі та в Україні.
14. Характеристика виробничого, побутового та дитячого травматизму в Україні.
15. Охарактеризуйте світові тенденції поширення наркоманій, становище в Україні.
16. Основні наслідки наркоманій у суспільстві.
17. Основні чинники, що сприяють виникненню наркоманії.
18. Соціально-гігієнічна характеристика розповсюдження наркоманій та токсикоманій в Україні.
19. Алкоголізація в світі та в Україні, прогноз.
20. Провідні причини в структурі смертності осіб, що хворі на алкоголізм.
21. Основні групи чинників, що впливають на ризик розвитку алкоголізму.
22. Сучасний стан проблеми туберкульозу в світі та Україні, тенденції і прогноз, профілактика.
23. В яких вікових групах реєструється найбільш висока захворюваність на туберкульоз?
24. Серед яких груп населення спостерігається найбільш висока смертність від туберкульозу?

25. Які фактори сприяють підвищенню захворюваності та смертності на туберкульоз?
26. Профілактика туберкульозу: соціальна, санітарна, специфічна та хіміопрофілактика.
27. Медико-соціальне значення ВІЛ/СНІДу.
28. Соціальні причини поширення пандемії ВІЛ/СНІДу.
29. Основні світові тенденції розвитку пандемії ВІЛ/СНІДу.
30. Найбільш високий рівень захворюваності населення на ВІЛ/СНІД
31. Провідні шляхи передачі ВІЛ та їх порівняльна інтенсивність.

Література

1. Валецька Р.О. Основи медичних знань.: – Луцьк: Волинська книга. 2007 – 380 с.
26. Вороненко Ю. В. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, Л. О. Прус, А. П. Чуйко. – К.: Здоров'я, 2002. – 358 с.
27. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
4. Запорожан В.М., Аряєв М.Л. ВІЛ-інфекція і СНІД. – К.: Здоров'я, 2004. – 636 с.
5. Здоровье населення в Европе. – Копенгаген: ВОЗ. Европейское региональное бюро, 1998. – 13 с.
6. Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я: Щорічна доповідь. – К., 1998. – 386 с.
7. Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я: Щорічна доповідь. – К., 1999. – 594 с.
8. Консультирование в связи с ВИЧ/СПИД: Учеб. пособие / Т.В. Проценко, И.В. Куценко,О.А. Проценко. – Донецк, 2002. – 64 с.
9. Лучкевич В.С. Основи социальной медицини и управлення здравоохранением: Уч. пособие. – СПб., 1997. – 184 с.
10. Мавров Г.И. Хламидийные инфекции: биология возбудителей, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. — К.: Геркон, 2005. – 524 с.
11. Мавров И.И. Половые болезни: Рук-во для врачей, интернов и студентов. – Харьков: Факт, 2002. – 789 с.
12. Методики лікування і профілактики інфекцій, які передаються статевим шляхом / Мавров І.І., Мавров Г.І., Калюжна Л.Д., Коляденко В.Г. та ін. – Харків: ФАКТ, 2001. – 55 с.
13. Основы консультирования по вопросам репродуктивного сексуального здоровья / Бондаренко С.Г., Ворник Б.М., Гарнец О.Н., Квашенко В.П. и др. – К., 2004. – 264 с.
14. Протоколи лабораторної діагностики інфекцій, спричинених Neisseria gonorrhoeae / Мавров Г.І, Бондаренко Г.М., Кочетова Н.В. та ін. // Дерматологія та венерологія. – 2007. – № 1(35). – С. 65-90.

11. Протоколи лабораторної діагностики сифілісу у країнах східної Європи / Мавров Г.І., Бондаренко Г.М., Кочетова Н.В. та ін. // Дерматологія та венерологія. – 2008. – № 1(39). – С. 90-116.
15. Руководство по социальной гигиене и организаций здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицина: В 2 т. – М.: Медицина, 1987. – Т. I. – 429 с, Т. II. – 463 с.
16. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. Серен-ко А.Ф. и Ермакова В.В. – М.: Медицина, 1984. – 639 с.
17. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Н.І. Кольцової, 0.3. Децик. – 2-е видання, перероб. і доп. – Ів. –Франківськ, 1999. – 304 с.
18. Степаненко В.І., Заплавська О.О., Лебедюк М.М. Урогенітальний кандидоз – удосконалена комплексна терапія // Актуальні проблеми медицини ті біології. – 2000. – № 1. – С. 139-143.
19. Centers for Disease Control and Prevention. 2002 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases // Morb. Mortal. Wkly. Rep. – 2002. – Vol. 51 (RR6). – P. 1-84.
20. Herring A.J., Ballard R.C., Pope V. et al. A multi-centre evaluation of nine rapid, point-of-care syphilis tests using archived sera // Sexually Transmitted Infections. – 2006. – Vol. 82. – P. v7-v12.
21. Peeling R.W., Holmes K.K., Mabey D., Ronald A. Rapid tests for sexually transmitted infections (STIs): the way forward // Sexually Transmitted Infections. – 2006. – Vol. 82. – P. v1-v6.

ЦИВІЛІЗАЦІЯ, ЕКОЛОГІЯ, КУЛЬТУРА – ПРОБЛЕМА СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

З кожним роком людство стає більш цивілізованим у всіх відношеннях. Однією з причин цього є науково-технічна революція (НТР). Однак цивілізація не зміцнює здоров'я (людини, людей, суспільства, нації, народу) це визнано спеціалістами усього сучасного світу. Не випадково під егідою Юнеско в Парижі відбувся конгрес по соціальній медицині присвячений темі: «Цивілізація, науково-технічний прогрес та здоров'я народонаселення Землі» Якщо робити висновки відповідно до нашої країни, то цивілізація скоріш за все сприяє появі захворювань, виникненню та розповсюдженню епідемій, інвалідизації та смертності. Тільки друга складова характеристика суспільства, а саме культура захищає здоров'я від негативних наслідків цивілізації.

Етико-моральні імперативи, які вона пред'являє суспільству напрямлені на захист здоров'я населення. СНІД, губчастий енцефаліт, вірус грипу H5N1, епідемії токсикоманії та наркоманії, алкоголізм, дитяча проституція, олігофренія, психози та багатьох інших захворювань мають коріння в моральній деградації суспільства при суперактивному розквіті сучасної цивілізації. Науково технічний прогрес (НТП) з однієї сторони, та

комерційні інтереси з іншої, фактори, які не завжди приділяють увагу питанням здоров'я людини (фізичні, психічні та духовні). В цих сферах є механізми, які підвищують вірулентність збудників масових захворювань, та понижують імунітет, тобто здатність боротися з інфекціями та її факторами (наприклад, серцево-судиннні захворювання, зупинка серця). Звідси вітальність, тобто життєздатність населення планети знижується, що підтверджується багатьма параметрами.

Культура здоров'я складалась у індивідуальній свідомості особистості поступово під впливом природних умов життя і була важливим елементом загальної культури людини. В теперішній час вся сукупність факторів діяльності людини, які негативно впливають на її здоров'я, вимагає іншого підходу щодо розв'язання проблеми формування здоров'я.

Забруднення навколишнього середовища, аварія на Чорнобильській атомній станції, погіршенням екологічного стану довкілля, соціальні проблеми, неякісне харчування, не висипання, недостатньо ефективне медичне забезпечення, високий рівень механізації та автоматизації виробничих процесів – особливо негативно позначилась на стані здоров'я населення нашої країни.

Вирішення проблеми здоров'я людини закладено в самій людині, у знанні та розумінні нею низки проблем (формування, збереження, зміцнення і відновлення свого здоров'я), а також в умінні дотримуватись правил здорового способу життя.

І.В. Муравйовим встановлено, що з розвитком технічного прогресу скорочується частка м'язової діяльності в енергетичному балансі людства. Рухова активність людини в процесі сучасного виробництва істотно зменшується, що призводить *до гіпокінезії.*

Гіпокінезія – це вимушене зменшення обсягу довільних рухів людини (мала рухливість) внаслідок характеру її трудової діяльності. Гіпокінезія негативно впливає на організм і зумовлює його виснаження.

Сучасні умови трудової діяльності людини несуть значні психічні навантаження на її організм. Темп праці, монотонність, соціальна ізоляція, збільшення навантажень на зоровий, слуховий та інші аналізатори – все це є причиною погіршення здоров'я.

Негативний вплив на організм людини чинять шкідливі відходи виробництва, що потрапляють у навколишнє середовище. Природа неспроможна утилізувати їхню велику кількість. Тому разом із їжею, водою, повітрям до організму надходять і шкідливі речовини.

Актуальним й сьогодні є вислів Гіпократа, що єдиною причиною всіх хвороб є невідповідність між можливостями організму і вимогами, котрі висувають йому умови та спосіб життя. Досягнення НТР, розвиток суспільства, соціальна сутність людини все більше деформують її біологічну природу. Одне із завдань суспільства – запобігти несприятливому впливові на все живе, у тому числі на здоров'я і довголіття людей.

Вітчизняними і зарубіжними вченими встановлено, що на здоров'я людини впливає ряд факторів, згрупованих певним чином. Встановлено, що здоров'я людини залежить від стану довкілля. Це означає, що у людей, котрі проживають в екологічно чистій місцевості, здоров'я може бути кращим, ніж у людей, які живуть в екологічно забрудненій місцевості. До іншої групи факторів належить генетичний фактор (спадковість). Відомо, що у батьків, які ведуть здоровий спосіб життя, є всі передумови для народження здорових дітей. Доведено, що передумови негативної спадковості можна частково чи повністю усунути, дотримуючись здорового способу життя. На 50 % здоров'я людини залежить від способу її життя. Умови, в яких перебуває індивід, визначаються рядом характеристик місця його проживання. Спосіб життя визначається, наприклад, тим, як людина харчується, чи має шкідливі звички, чи займається фізичними вправами і спортом, чи вдосталь часу перебуває на свіжому повітрі, як проводить вихідні дні. чи дотримується режиму роботи, навчання і відпочинку.

Життєве середовище людини складається з трьох компонентів: природного, соціального або соціально-політичного та техногенного середовища. Форми спільної діяльності людей, що історично склалися і характеризуються певним типом взаємовідносин, утворюють людську спільноту або соціум.

Соціум – це специфічна система, свого роду організм, що розвивається за своїми особливими законами, які характеризуються надзвичайною складністю. У соціумі взаємодіє величезна кількість людей. Результатом їх зв'язків стають особливі умови життєдіяльності та особливе оточення, які створюються в окремих соціальних групах. Ці умови можуть впливати на інших людей, які не входять до цих груп. Все це утворює соціальне або соціально-політичне середовище.

Процеси, що відбуваються у суспільстві загалом і в окремих суспільних групах, вивчають суспільствознавство та соціологія.

Закономірності поведінки та діяльності окремих людей, зумовлені належністю їх до певних соціальних груп, та психологічні характеристики цих груп досліджує соціальна психологія.

Вплив соціальних чинників на стан здоров'я суспільства вивчає соціальна гігієна.

Компонентами життєвого середовища є житло, транспорт, знаряддя праці, промислові та енергетичні об'єкти, зброя, домашні і свійські тварини, сільськогосподарські рослини, тобто матеріальна культура, створена людством за час його існування. Це оточення формується людиною фактично в односторонньому порядку без участі природи, а переважно за її рахунок і є сукупністю досягнень суспільства в результаті матеріального і духовного розвитку. Слово, яким можна охарактеризувати таке оточення є культура у широкому його значенні.

Культура здоров'я – це важливий складовий компонент загальної культури людини, що визначає формування, збереження та зміцнення її

здоров’я. Культурна людина є не тільки «споживачем» свого здоров’я, але і його виробником. Високий рівень культури здоров’я людини передбачає її гармонійне спілкування з природою та оточуючими людьми. Елементом культури здоров’я є уважне і правильне ставлення людини до самої себе, прагнення до самопізнання, формування розвитку і самовдосконалення своєї особистості. Культура здоров’я це не тільки сума знань, обсяг відповідних умінь та навиків, але і здоровий спосіб життя гуманістичної орієнтації. Рівень культури здоров’я визначається знанням резервних можливостей організму (фізичних, психічних, духовних) та вмінням їх правильно використовувати.

Отже, довголіття, здорове, щасливе життя багато в чому залежить і від самої людини. Якщо люди часто хворіють, мають надлишкову масу тіла, вживають алкоголь, палять, дратівливі, некомфортно почувають себе з оточуючими, тобто не дотримуються здорового способу життя – це означає, що у них низький рівень культури здоров’я. Аргументоване обґрунтування необхідності бути здоровим і прагнути стати таким – це і є елементи культури здоров’я, якими повинна володіти кожна сучасна людина.

Культура – сукупність досягнень і творчості того чи іншого народу; характерні особливості життя і діяльності певних історичних, географічних і кон’юнктурних людських спільнот; ступінь досконалості в тій чи іншій сфері людської діяльності (культура праці, мови, поведінки).

Отже, таке середовище точніше було б назвати «культурним», або «матеріально-культурним», натомість таке середовище називається техногенним, штучним, побутово-виробничим або ж антропогенним.

Головною причиною створення і розвитку техногенного середовища є прагнення людей задовольняти свої потреби, які весь час зростають. Однак, дуже часто через незнання законів природи та халатність людська діяльність призводить до небажаних, а інколи навіть і трагічних наслідків. Через людську діяльність відбулося вимирання багатьох видів рослин і тварин, забруднення і деградація природних екологічних систем на значних територіях, пошкодження і вичерпання природних ресурсів, навіть зменшення в атмосфері озонового шару, який захищає біологічні об’єкти на Землі від руйнівного впливу ультрафіолетового випромінювання.

Техногенне середовище склалося в процесі трудової діяльності людини. Сутність його знаходиться там, де закінчується природа і починається людина, причому не як біологічна істота, а як істота, що мислить, має мораль і естетичне відчуття. До об’єктів матеріальної культури належить будь-яка матеріальна субстанція, яка створена трудовою діяльністю. Техногенне середовище поділяють на побутове та виробниче.

Побутове середовище – це середовище проживання людини, що містить сукупність житлових будівель, споруд спортивного і культурного призначення, а також комунально-побутових організацій та установ. Параметрами цього середовища є розмір житлової площі на людину, ступінь електрифікації, газифікації житла, наявність центрального опалення, холодної та гарячої води, рівень розвитку громадського транспорту та ін.

Виробниче середовище – це середовище, в якому людина здійснює свою трудову діяльність. Воно складається з підприємств, організацій, установ, засобів транспорту, комунікацій тощо. Виробниче середовище характеризується передусім параметрами, які специфічні для кожного виробництва і визначаються його призначенням. До параметрів виробничого середовища відносять: вид продукції, обсяги виробництва, кількість працівників, продуктивність праці, енергомісткість, сировинна база, відходи виробництва, загазованість, запиленість, освітленість робочих місць, рівень акустичних коливань, вібрації, іонізуючої радіації, електромагнітного випромінювання, пожежо- та вибухонебезпечність, наявність небезпечного обладнання, засобів захисту працівників, ступінь напруженості праці, психологічний клімат тощо.

Чорнобильська аварія значно погіршила екологічну ситуацію в Україні. З урахуванням часу, що минув після аварії на ЧАЕС, виділяють декілька післяаварійних етапів та вивчають їх вплив на стан здоров'я дитячого населення. В перші післяаварійні роки в зв'язку з гострим радіаційним навантаженням на організм дитини та суттєвим психоемоційним напруженням постраждалого контингенту населення, в тому числі й дитячого, медичні наслідки аварії проявлялися, головним чином, різними функціональними розладами у вигляді порушень вегетативної та серцево-судинної системи, а також наявністю респіраторного синдрому, гіперплазії лімфоїдної тканини, змін периферичної крові.

На другому етапі після аварії у переважної більшості дітей зберігалася поширеність функціональних розладів різних органів і систем, але їх перебіг відбувався уже на фоні виражених гормональних, імунологічних та метаболічних порушень. Це, мабуть, і визначало той факт, що кількість дітей з різними соматичними захворюваннями була значно більшою, ніж серед неопроміненої дитячої популяції. На третьому і четвертому році після аварії, тобто на початку третього етапу, серед радіаційно постраждалого контингенту дітей вже спостерігалося збільшення різних хронічних процесів зі стійким перебігом, з розвитком вираженого синдрому дезадаптації.

Органи й тканини людини поділяються за ступенем чутливості до радіонуклідів. Так, на першому місці знаходиться щитоподібна залоза, що в післяаварійному періоді проявилося значним збільшенням різних патологічних станів цього ендокринного органу, з яких найбільш тяжким був рак щитоподібної залози. Всупереч прогнозам, він почав реєструватися вже на 4-6-му році після Чорнобильської катастрофи, з різким підвищенням рівня захворюваності у подальшому.

Усі онкологічні захворювання, як і вроджені вади розвитку, у певних груп радіаційно постраждалого контингенту дітей розцінюються як хвороби, що виникли внаслідок ЧАЕС катастрофи. Моніторинговими дослідженнями, встановлено, що різна спрямованість патологічних змін щитоподібної залози у дітей, які постійно мешкають в радіаційно контрольованих районах, відмічається не тільки під час накопичення в щитоподібній залозі

радіоактивного йоду, але й протягом усього післяаварійного періоду. Це особливо виражено у дітей, які зазнали поєднаного впливу негативних факторів, тобто мають ендемічний дефіцит йоду та дію малих доз радіації.

В післяаварійному періоді збільшення окремих хвороб у дітей було зумовлене певними імунологічними порушеннями, що на різних етапах мали свої характерні особливості. Так, на 5-6-му році після аварії у дітей спостерігалися зміни Т-клітинної ланки імунітету, що супроводжувалися суттєвим зменшенням рівня Т-клітин у периферичній крові, порівняно з дітьми з «умовно чистих» районів. На 10–12-му році післяаварійного періоду у дітей з районів радіаційного контролю відмічалося подальше зниження рівня Т-клітин крові, ступінь якого залежав від щільності забруднення місцевості проживання цезієм. Водночас, у здорових дітей зберігався високий рівень Т-хелперів та їх співвідношення до Т-цитотоксинів. Такі характерні імунологічні порушення могли зумовлювати збільшення захворювань, спричинених тривалою персистенцією бактерій та вірусів в організмі постраждалого контингенту дітей.

Розглядаючи проблему Чорнобильської катастрофи з позиції її впливу на біологічну систему «вагітна жінка – плід – дитина» на підставі всебічних досліджень Інституту педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України, можна в цілому констатувати, що вивчення медичних наслідків аварії стосовно стану здоров’я вагітних жінок та їх нащадків залишається актуальним питанням і по сьогодні.

Вивчення особливостей психічного та інтелектуального розвитку першого покоління нащадків опромінених у дитячому віці матерів свідчить, що ці діти у всі періоди свого розвитку мають більш низьку рухливість нервових процесів, нестійку увагу та знижені процеси фіксованої пам’яті. Їх розумова працездатність схильна до швидкого виснаження, порівняно з дітьми з «умовно чистих» районів.

Протягом усього післяаварійного періоду важливим питанням було відстеження у нащадків радіаційно постраждалих батьків наявності виникнення можливих цитогенетичних ефектів або успадкованих мутацій. У дітей, які мешкають в районах з підвищеним рівнем радіаційного забруднення, в організмі спостерігається підвищений рівень кластогенних факторів, ці речовини є біомаркером оксидантного стресу, і їх збільшення корелює з виникненням хромосомних аберацій. В цьому аспекті важливими залишаються питання щодо виникнення мутагенних ефектів успадкованого характеру, особливо у нащадків ліквідаторів Чорнобильської катастрофи.

Отже, Чорнобильська катастрофа значно ускладнила екологічну ситуацію в нашій країні, однак окрім радіаційних чинників, є чимало інших факторів, що негативно впливають на стан здоров’я дітей. Серед цих факторів суттєве місце посідає забруднення питної води.

Моніторинг якості води поверхневих водойм свідчить про те, що їх екологічний стан практично не покращується. У середньому по країні

відмічається тенденція до погіршання стану водойм І класу за мікробіологічними показниками (табл. 2).

Таблиця 2

Питома вага досліджених проб води з водойм І класу за мікробіологічними показниками, що не відповідали санітарним нормам (2004-2008 рр.), (%).

Показники	2004	2005	2006	2007	2008
Санітарно-хімічні	21,4	20,3	18,4	18,0	18,4
Санітарно-бактеріологічні	19,2	21,8	21,4	19,3	17,9

Це забруднення зумовлене, головним чином, впливом різних хімічних речовин внаслідок діяльності окремих галузей промисловості. Основні забруднювачі поверхневих водойм - перенаванжені очисні каналізаційні споруди та мережі, які перебувають у незадовільному технічному стані та потребують проведення капітальних ремонтів та реконструкції загалом.

Понад 90 % забруднених стоків дають водоканали міст області, промислові підприємства гірничо-видобувного та металургійного комплексів тощо.

Всі хімічні речовини, що розповсюджуються за межі промислового об’єкту, мають назву токсикантів, які саме і спричиняють токсикоінфекцію води. Крім того, шкідливу дію справляють і так звані ксенобіотики, тобто токсичні речовини звичайного походження. Перелік ксенобіотиків, що надходять до наземних та водних екосистем, з кожним роком збільшується.

Розглядаючи негативний вплив токсикантів на стан здоров’я дітей, необхідно зазначити, що забруднення питної води сполуками азоту є досить розповсюдженим явищем, здебільшого в населених пунктах сільськогосподарських регіонів. Зростання нітратного забруднення грунтових вод здійснюється внаслідок ненормованого та неконтрольованого використання мінеральних та органічних добрив. Зважаючи на високу патологічну дію нітратів, цей факт викликає особливе занепокоєння, тому що діти раннього віку більш чутливі до дії нітратів, ніж дорослі. Забруднення води понад нормативні концентрації нітратів призводить до виникнення захворювань на водно-нітратну метгемоглобінемію у дітей, зниження загальної резистентності організму, що сприяє збільшенню рівня загальної захворюваності, у тому числі на інфекційні та онкологічні хвороби. Гостре нітратне отруєння у дітей в 7-8 % випадків закінчується летально.

Вивчення медичних наслідків нітратного забруднення довкілля на здоров’я дітей проводилося в багатьох країнах світу. Існують дані, які свідчать, що ці токсиканти викликають серйозні метаболічні порушення, є обтяжуючим фоном для розвитку онкогематологічних захворювань, а також інсулінзалежного цукрового діабету у дітей.

Дослідженнями українських вчених, доведена негативна роль нітратів у патогенезі виникнення безсимптомної метгемоглобінемії, вродженої гіпоксії, хвороб органів травлення, а також порушення стану вегетативної нервової системи.

Значне місце в екопатології дітей посідає забруднення солями важких металів. Підвищення вмісту ртуті у повітрі навколишнього середовища є серйозною загрозою погіршення стану здоров'я дітей, особливо тих, хто вже має хронічні захворювання. Джерелами надходження ртуті у зовнішнє середовище є промислові підприємства, місця зберігання та утилізації відпрацьованих ртутних приладів, люмінесцентних ламп, а також міські звалища з відходами виробництва тощо.

За даними спеціалістів Інституту медичної праці, при вивченні стану здоров'я дітей, що проживають в м. Горлівці, в регіоні Нікітського ртутного комбінату, а також при обстеженні дітей у школах, де відмічали випадки забруднення ртуттю навчальних приміщень, встановлено, що промислові викиди ртутного комбінату та вторинні джерела забруднення ртуттю приміщень негативно позначаються на показниках здоров'я дітей, рівні та структурі загальної захворюваності.

Отже, вкрай необхідно, щоб педіатри разом з гігієністами вживали всіх необхідних заходів з профілактики негативної дії ртуті на стан здоров'я, а у випадках, коли ця дія відбулася, – заходів з ліквідації її наслідків, з обов'язковим моніторингом стану здоров'я постраждалого контингенту дітей.

Ще одним екологічно негативним чинником стосовно здоров'я дітей є підвищений вміст свинцю в оточуючому середовищі. Це, зокрема, населені пункти, розташовані неподалік автомобільних магістралей.

Вітчизняними вченими встановлено, що майже у 15 % дітей з таких зон виникають проблеми в навчанні та поведінці, 5 % дітей вже потребують лікувального втручання і контролю за їх поведінковими реакціями. Серед дітей з підвищеним вмістом свинцю в крові частіше спостерігається знижена здатність до запам'ятовування чи зосередження уваги, некомунікабельність, а також проблеми зі сприйняттям шкільної програми чи адаптацією в колективі. В цілому можна зазначити, що підвищений рівень свинцю в організмі дітей в першу чергу негативно позначається на їхній інтелектуальній сфері у зв'язку з нейротоксичністю цього важкого металу. Іншою системою, яка дуже вразлива до негативної дії свинцю, є кровотворна, порушення діяльності якої проявляються збільшенням випадків гемолізу та анемій. До чинників, що зумовлюють негативні тенденції в здоров'ї дитячого населення, слід також віднести й загальне забруднення навколишнього середовища (наприклад, в мікрорайонах, де розташовані промислові підприємства, від яких є реальна загроза антропогенного погіршення екологічної ситуації).

Так, дослідженнями, проведеними в Інституті гігієни та медичної екології НАМН України впродовж понад 20 років, доведено зміни стану

здоров’я дітей, що мешкають в промислових мікрорайонах. Значно більше страждає стан здоров’я дітей в мікрорайонах, де розташовані прилади з випромінюванням електромагнітних полів (так, ризик виникнення хронічних та гострих захворювань збільшується майже втричі – здебільшого це алергії, хвороби органів дихання, кровообігу). Якщо говорити про вплив шкідливих екологічних чинників на стан здоров’я дітей з урахуванням їхньої статі, то можна відмітити, що наслідки є більш серйозними для дівчат, тому вони можуть негативно позначатися на їхньому репродуктивному здоров’ї.

Експерти Чорнобильського форуму ООН серед актуальних медичних проблем Чорнобилю зазначили чотири головні нейропсихіатричні ефекти, а саме: 1) пов’язані зі стресом розлади; 2) ефекти радіаційного впливу на головний мозок, що розвивається; 3) органічне ураження мозку в учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС і 4) суїциди.

Головними проблемами визначення нейропсихіатричних наслідків Чорнобильської катастрофи залишаються: 1) відсутність міжнародного консенсусу щодо діагностики нервово-психічних розладів і цереброваскулярних, зокрема, та 2) значний брак доказових нейропсихіатричних епідеміологічних досліджень із надійним дозиметричним супроводом.

За ВООЗ та даними останнього епідеміологічного дослідження щодо психічного здоров’я Україна посідає 2-ге місце у світі за поширеністю психічних розладів – 20,5% популяції (WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004). Однак серед постраждалих поширеність психічних розладів ймовірно підвищена, причому переважно за рахунок депресивних станів. Це величезний тягар для суспільства, що потребує виключної уваги з боку держави, медичної науки і практики. Безумовно, стрес, пов’язаний із найбільшою у світі радіаційною техногенною аварією, евакуація, переселення, пострадянські соціально-економічні зміни у суспільстві, недосконала політика соціального захисту постраждалих з боку держави, невизначеність майбутнього спричинили погіршення психічного здоров’я постраждалих. Водночас не можна зводити усі нейропсихіатричні наслідки Чорнобильської катастрофи лише до площини соціально-психологічного стресу. Постійно зростаючий пул експериментальних, клінічних і епідеміологічних доказів спростовує ортодоксальне положення про радіорезистентність головного мозку. На сьогодні визначено, що ЦНС є радіочутливим органом, ступінь дисфункції якої квантифіковано електрофізіологічними, біохімічними та поведінковими параметрами. Порушення функцій ЦНС виявлено за цими ж параметрами також і при загальному опроміненні у малих дозах. Нейропсихічні розлади залишаються пріоритетною медичною і соціальною проблемою постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Охорона психічного здоров’я постраждалих має перебувати у фокусі суспільної уваги при можливих радіаційних аваріях і радіологічних

терористичних атаках у майбутньому. Національні та міжнародні зусилля мають бути спрямовані для поліпшення системи охорони психічного здоров'я і психореабілітації постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Таким чином, сучасний стан доказів щодо нейропсихіатричних наслідків Чорнобильської катастрофи свідчить про те, що відповідно до висновків Чорнобильського форуму ООН (2006 р.) підтверджено довгостроковий несприятливий ефект на психічне здоров'я всіх категорій постраждалих. Існує нагальна потреба розробки і впровадження загальнонаціональної системи охорони психічного здоров'я постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи та можливих у майбутньому радіаційних аварій і терористичних атак з застосуванням радіологічного диспергуючого пристрою.

Цікаво знати, що...

Порушення психічного здоров'я постраждалих є міжнародно визнаною пріоритетною медико-соціальною проблемою Чорнобильської катастрофи (World Health Organization, 2006; Bromet E., Havenaar J., 2007)., однак причини виникнення її нейропсихіатричних наслідків залишаються вкрай дискусійними та по сьогодні відкритими (Логановський К.М., 2006; Гуськова А.К., 2007).

Питання для самоперевірки

1. Охарактеризуйте складові життєвого середовища.
2. Цивілізація , екологія, культура – проблема соціальної медицини.
3. Вплив умов навколишнього середовища на стан здоров'я населення.
4. Гіпокінезія та організм сучасної людини.
5. Які фактори максимально впливають на стан здоров'я населення.
6. Охарактеризуйте компоненти життєвого середовища.
7. Культура здоровя та її вплив на формування, збереження та зміцненняздоров'я населення.
8. Назвіть головну причину створення і розвитку техногенного середовища.
9. Техногення середовище та його класифікація.

Література

1. Логановский К.Н., Хавенаар Й.М., Бромет Э.Дж. Психическое здоровье ликвидаторов. В кн.: Тези доповідей Міжнар. наук.-практ. конф. «Епідеміологія медичних наслідків аварії на Чорнобильській АЕС. 20 років потому», 9–10 жовтня 2007 р., Київ. Вебер, Донецьк – 2007, с. 91–92.
2. Лившиц Л. А. и др. Анализ наследуемых мутаций в геноме у детей ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Междунар. журнал радиоционной медицины – 2002, № 4 (1–4). – С. 184–194.

4. Лукьянова Е. М., Антипкин Ю. Г., Чернышов В. П. и др. Ионизирующие излучения и иммунная система у детей: Монография. – К.: Експерт, 2003.5. Лучкевич В.С. Основи социальной медицини и управлення здравоохранением: Уч. пособие. – СПб., 1997. – 184 с.
6. Руководство по социальной гигиене и организаций здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицина: В 2 т. – М.: Медицина, 1987. – Т. І. – 429 с, Т. ІІ. – 463 с.
7. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. Серенко А.Ф. и Ермакова В.В. – М.: Медицина, 1984. – 639 с.
8. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Н.І. Кольцової, 0.3. Децик. – 2-е видання, перероб. і доп. – Ів. –Франківськ, 1999. – 304 с.
9. Трахтенберг І. М., Лук'янова О. М., Неділько В. П. та ін. Вплив ртуті на організм дітей, які мешкають поблизу джерел викиду металу в навколишнє середовище// Журнал АМН України. – 1996. – Т. 2, № 1. – С. 109–117.
10. Чернобыльская катастрофа. Состояние здоровья женщин и детей: Монография // Под ред. акад. Е. М. Лукьяновой. – М.: Знание-М, 2003.
11. Яворовский З. Я. Жертвы Чернобыля: реалистическая оценка медицинских последствий чернобыльских аварий// Мед. радиология и радиационная безопасность. – 1999. – Т. 44, № 1. – С. 19–30.

МЕДИЦИНА І СУСПІЛЬСТВО В КОНТЕКСТІ СОЦІАЛЬНИХ ПОТРЯСІНЬ ХХ СТОЛІТТЯ

Революції та війни: соціальні наслідки.

ХХ століття увійшло в історію як століття світових війн та революцій. Розпадалися імперії, змінювалася картина світу.

Революції (з лат. *revolutio* – розвертання) – швидка зміна встановленого політичного, соціального чи економічного порядку суспільства здебільшого насильницьким способом. Революція завжди є наслідком інтелектуальної та етичної неспроможності провідної верстви суспільства. Революція змушує неелітні маси вдаватися до інтелектуальної діяльності, замінюючи вироджену еліту, оскільки неелітні маси майже завжди є малокомпетентними, і їм необхідно декілька революцій, іноді навіть ряд революцій , що не призводить до покращення ситуації, але вони дають шанс розпочати такий процес.

Найбіш жорстокимий спустошливими в історії людства були перша та друга світові війни.

Війна – надзвичайний стан, до якого спонукають націю, державу чи світову спільноту міждержавні суперечності, що нагромадились на попередніх етапах суспільного розвитку. Крайнє загострення цих суперечностей, що не могли бути розв'язані іншими методами (політичними, дипломатичними, економічними) призводить до застосування зброї.

Війни поділяються на світові, міжетнічні, регіональні, національно-визвольні, локальні, громадянські, інформаційні та ін. Розрізняють війни загарбницькі та визвольні.

Загарбницька війна – це захоплення чужих земель, підкорення і пограбування незалежних, суверенних держав і народів.

Визвольна війна – це захист народом своєї споконвічної території, своїх матеріальних і духовних надбань, національних традицій.

Війни, незалежно від їх характеру, справляють негативний згубний вплив на поступальний розвиток людства – ламаються міждержавні кордони, руйнуються економічні ресурси держав, знищується людський потенціал нації, відбувається духовне зубожіння цілих народів.

Життя людини, згідно зі ст. 3 Конституції України, є найвищою соціальною цінністю. Кожна людина має невід'ємне право на життя і ніхто не може свавільно позбавити її життя. Тому охорона життя людини – найважливіше завдання кримінального права України. Серед злочинів проти особи вбивство становить особливу небезпеку – це найтяжчий злочин проти життя людини.

У частині 1 ст.115 Кримінального кодексу України дається *поняття вбивства* як умисного протиправного заподіяння смерті іншій людині. Крім того, в ст.119 передбачена відповідальність за *вбивство* через необережність. Тому загальне *поняття вбивства* може бути визначене як умисне або необережне заподіяння смерті іншій людині (позбавлення її життя).

Об'єктом вбивства є життя людини. Закон рівною мірою охороняє життя будь-якої людини, незалежно від її життєздатності, віку, моральних якостей тощо. З об'єктивної сторони вбивство може бути здійснене шляхом дії або бездіяльності. Для позбавлення людини життя може застосовуватися як фізичний вплив (удар ножем, задушення, отруєння), так і психічний (заподіяння душевної травми, що викликала смерть, підбурювання до самогубства особи, яка не усвідомлює значення цього акту тощо). У разі вчинення вбивства шляхом бездіяльності йдеться про вчинення винним дій, що запобігли б настанню смерті за умови, що він зобов'язаний був і мав можливість їх вчинити (напр., особа медичного персоналу з метою заподіяння смерті хворому не застосовує необхідного лікування).

Обов'язковою ознакою закінченого складу вбивства є настання злочинного наслідку – смерті людини.

Вбивство – це протиправне позбавлення життя. Тому не є вбивством, наприклад, позбавлення життя людини в стані необхідної оборони. Навпаки, згода потерпілого на позбавлення його життя не виключає протиправності діяння. Суб'єкт вбивства – будь-яка особа, яка досягла 14-ти років за вбивства, передбачені статтями 115-117, і 16-ти років – за вбивства, передбачені статтями 118 і 119. З суб'єктивної сторони вбивство може бути вчинене як з умислом (прямим або непрямим), так і через необережність (злочинну самовпевненість або злочинну недбалість).

Види вбивств. За суб'єктивною стороною розрізняють вбивства ***умисні*** (статті 115-118: Ст.115. Умисне вбивство; Ст.116. Умисне вбивство, вчинене в стані сильного душевного хвилювання; Ст.117. Умисне вбивство матір'ю своєї новонародженої дитини; Ст.118. Умисне вбивство при перевищенні меж необхідної оборони або у разі перевищення заходів, необхідних для затримання злочинця) і вбивства ***через необережність*** (ст. 119).

У свою чергу умисні вбивства розрізняються за ступенем своєї суспільної небезпеки (тяжкості) на три види: *просте вбивство*, тобто вчинене без обтяжуючих чи пом'якшуючих обставин (ч. 1 ст. 115); вчинене за обтяжуючих обставин, так зване *кваліфіковане вбивство* (ч. 2 ст. 115) і вчинене за пом'якшуючих обставин, так зване привілейоване вбивство. Цей розподіл має дуже важливе практичне значення, оскільки у разі вчинення умисного вбивства за наявності як обтяжуючих, так і пом'якшуючих обставин, вчинення належить кваліфікувати як вбивство *за пом'якшуючих обставин*.

Найстрашніше, що приносять війни та революції – це розрухи соціально-психологічного захисту населення вцілому, так і конкретних осіб. Інфекції та інактивні фактори стають надмірно вірулентними для фізично, психічно і морально ослаблених людей.

Війни XX століття вперше відкрили світу зброю масового ураження, яка спричиняє масові захворювання. Після першої світової війни людство дізналося про нові захворювання, які виникають внаслідок використання хімічної зброї. З медико-соціальними наслідками використання ядерної зброї людство не може оговтатися з часів Другої світової війни.

Ми назвали тільки деякі аспекти медико-соціальних проблем, які виникають внаслідок революцій та війн. До них, безперечно, слід віднести також моральні і правові аспекти, загальні проблеми соціальної медицини та етики (наприклад, права людини), соціальної медицини та пенітинціарної соціології (зростання злочинності – злодіїв, крадіїв, бандитів – як результат зростання соціальних катаклізмів), соціальної психології (сучасні наукові знання щодо обліку комлексів неповноцінності та вини), необхідно також згадати і таку серйозну проблему для соціальної медицини як міграція населення, що супроводжується багаточисельними психічними порушеннями та травмами, безхатченків тощо.

Соціальна медицина і міграційні процеси.

Проблеми соціальної медицини, що пов'язані з міграцією можна спостерігати на початку історії цивілізації – переміщення через природні катаклізми, несприятливі кліматичні умови, голод, територіальну агресію з боку ворожих громад тощо.

У другій половині XX ст. людство стало свідком виникнення процесів глобалізації, які охопили всі сфери суспільного життя.

Вперше поняття «міграція» вводиться в науковий обіг в кінці XIX ст. англійським вченим Е. Равенштеном у праці «Закони міграції», який розглядав міграцію як «неперервний процес, зумовлений взаємодією чотирьох основних груп факторів, які діють у першому місці проживання, на стадії його переміщення, а також у місці приїзду і факторів особистісного характеру».

Е. Равенштейн, У. Томас, Ф. Знанецький, Р. Парк, Е. Берджерс, Р. Маккензі, В. Зомбарт розглядали причини й фактори міграції, механізми саморозвитку і самопідтримки міграційних процесів.

Важливим теоретичним питанням у науковій літературі є проблема типологізації міграції. Один із перших типологічних підходів до історичних форм міграції був розроблений видатним соціологом В. Зомбартом, який прослідкував зв'язок між переселенцями й розвитком «капіталістичного духу» і виділив поодинокі та масові типи переселень. У цілому аналіз таких підходів до типологізації міграційних процесів, як соціологічний, історичний, соціокультурний, демографічний, правовий, дав змогу виділити основні типології, що базуються на соціокультурних і правових основах, причинах міграції, а також на синтезі просторово-територіальних аспектів.

Таким чином, соціологічний аналіз міграції передбачає застосування інституційного, системного, функціональних підходів, у рамках яких увага дослідників акцентується на таких предметно-об'єктивних характеристиках міграції, як процесуальність, системність, функціональність, а також на інституційних характеристиках і безпосередній належності їх до систем соціальної дії. Всі існуючі парадигми можна розділити, по-перше, на структурні, які розглядають організаційно-функціональні, системні, суспільні сторони соціального життя, суспільство як цілісність та його елементи. По-друге, виділяють інтерпретативні парадигми (вивчення, інтерпретації людської поведінки, мотивації діяльності особистості). По-третє, діалектичні парадигми (в яких соціальна реальність аналізується крізь призму єдності об'єктивного й суб'єктивного, структурного та динамічного, суспільного й особистісно-індивідуального (праці П. Сорокіна, П. Бурдьє, П. Уолліса, П. Штомпки, Е.Гіденса та ін.)).

Міграція населення впливала на довготривалі соціальні трансформації, які відбувалися в громадах людей і, таким чином, виконувала стійкі соціально значущі функції або викликали дисфункціональні стани (Е. Дюркгейм).

Міграція, як один із соціальних феноменів, виступала «соціальним фактом» суспільного життя. Е. Дюркгейм сконструював дихотомічну типологію суспільства, яка заснована на різних якостях соціальних зв'язків, таких як: «механічна солідарність», яка полягає в нерозвиненості й схожості індивідів та їх функцій; «органічна солідарність», в основі якої взаємозалежність, кооперація і взаємодоповнюваність великої кількості ролей і занять. Відповідно до теоретичного підходу Р. Мертона, соціальні функції міграції також можуть бути класифіковані як явні й латентні. Явні

функції – це ті об'єктивні наслідки, які роблять свій внесок у регулювання або пристосування системи. Латентні функції – відповідно, ті об'єктивні наслідки, які не входили у вимірювання і не були усвідомленими.

Е. Лі (1972 р.) виділяє чотири чинники, що визначають міграцію: «чинники в країні походження», «чинники в країні місця призначення», наявні перешкоди та індивідуальні чинники. Важливість психологічного чинника була розвинута Дж. Уолпертом (1965 р.). У межах його моделі міграція розглядається як форма адаптації індивідума чи групи людей до змін у середовищі. Процес адаптації пояснюється за допомогою двох теоретичних компонентів. Суть першого компоненту полягає в тому, що кожен потенційний мігрант оцінює місце свого проживання за рівнем корисності. До другого належить, наприклад, етносоціологічний підхід (К. Девіс, Ю. Арутюнян, Л. Дробіжева та ін.), який виник і розвивався тоді, коли для вирішення проблем міграції недостатнім став простий рахунок кількості мігрантів та їх складу, їх особистісних характеристик і установок, коли необхідно було враховувати, що на міграційну поведінку впливають не тільки індивідуальні переваги людини, а й соціальні групи, до складу яких вона входить, а також референтні групи, та норми на які вони орієнтуються.

Аналіз сучасної вітчизняної й зарубіжної соціологічної літератури, яка присвячена міграційній проблематиці, показує, що стосовно визначення «міграція населення» не існує єдності думок.

Під міграцією доцільно розуміти будь-яке територіальне переміщення, яке здійснюється між населеними пунктами однієї чи декількох адміністративно-територіальних одиниць, незалежно від тривалості, регулярності й цільової спрямованості.

Всіх мігрантів умовно можна поділити на біженців та вимушених переселенців. Цей розподіл відбувається за принципом громадянства: *вимушені переселенці* – це жителі тієї країни, в межах якої біженець пересувається; *біженці* – це люди, які втікають за межі країни, наприклад, за біблійними свідченнями, ханаанці були вимушеними переселенцями, а євреї – біженцями.

Перша світова війна та революція на початку XX ст. викликали такий потік біженців та вимушених переселенців, що це явище стало предметом багатьох наукових досліджень. Наприклад, в Німеччині кожна десята людина – турецького походження, у Франції відмічають заселення арабів.

Міграція – один з самих складних механізмів саморозвитку населення. Інтенсивність міграційних процесів залежить від природно-географічних, демографічних, етнічних та соціально-психологічних факторів. Для перших років існування України як самостійної держави характерною була інтенсивна імміграція етнічних українців з країн ближнього зарубіжжя. У наступні роки, більш вираженою стала етнічна еміграція до Ізраїлю, Німеччини та Росії. Імміграційні потоки в Україну стосуються переважно трьох міграційних регіонів: Донбас, до якого імігрували, біженці із зон бойових дій – Азербайджану, Вірменії, Грузії, Нагорного Карабаху, Чечні;

Південь України, куди переселились мігранти з Казахстану, Киргизстану, Придністров'я, Таджикистану; Крим став мігрантоприймаючим регіоном для депортованих кримських татар, болгар, греків, німців.

До 1995 р. сальдо зовнішньої міграції України мало позивне значення, протягом 1995-2004 рр. – від'ємне, а починаючи з 2005 р. й до сьогодні кількість імігрантів перевищує кількість емігрантів.

Зовнішні мігранти в Україні становлять за різними ознаками п'ять груп:

- ✓ *репатріанти;*
- ✓ *особи, депортовані за національною ознакою;*
- ✓ *мігранти із далекого зарубіжжя;*
- ✓ *мігранти ближнього зарубіжжя;*
- ✓ *нелегальні (транзитні) мігранти.*

В останні роки в Україні набули широкого розповсюдження міграційні процеси. Населення різних регіонів неоднаковою мірою залучена в міграційні процеси. Регіонами, де в найбільшій мірі відбуваються міграції населення, зокрема працездатного віку є такі: Південно-Східний (Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Луганська, Миколаївська, Харківська і Херсонська області). У цих регіонах інтенсивність міграційних процесів вища загальнодержавного рівня, причому має місце зближення міграційної ситуації в місті та селі.

За підсумками багаторічних міграційних процесів, переписами населення і особливостями перебігу офіційно зареєстрованих міграцій наприкінці XX ст. на початку XXI ст. усі регіони України можна об'єднати у 7 географічно цілісних міграційних районів. Зокрема, Кримський – автономна республіка Крим і Севастопольська міськрада.

Специфіка міграційної ситуації у Криму зумовлена, по-перше, процесом повернення депортованих народів, по-друге, особливостями етнічної структури населення, зокрема високою часткою етнічних росіян. Згідно з переписом населення 2001 р., Крим займає перше місце в Україні за питомою вагою осіб, які хоча б один раз протягом життя брали участь в міграційних переміщеннях 60,6 % в автономній республіці Крим (АРК) та 59,3 % – в Севастополі. У 1989-1993 рр. в Криму спостерігався надзвичайно великий міграційний приріст населення (+180 тис. чол. за 5 років), у наступні роки особливо в 1996-1998 р., півострів зазнав найбільш істотних міграційних втрат Південно-Східний міграційний регіон – Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Луганська. Миколаївська, Харківська і Херсонська області.

Інтенсивність міграційних процесів вища загальнодержавного рівня, причому має місце зближення міграційної ситуації в місті та селі. Питома вага осіб, які хоча б раз у житті змінювали місце проживання в чисельності сільського населення цих областей майже дорівнює відповідним показникам міського населення, а інтенсивність міграційного обороту в післяпереписному періоді у селах значно вища, ніж у містах. В економічно

розвинених регіонах України проходить зближення демографічної ситуації в місті та селі, що значною мірою обумовлено знаходженням більшої частини сільської місцевості в межах урбанізованого простору міських агломерацій. Середньоукраїнським міграційним регіоном вважають Одеську, Кіровоградську, Полтавську та Сумську області. У цих регіонах, що протягнулися широкою смугою з південного заходу на північний схід і відділяють колишній Південно-Західний економічний район – (згідно з сіткою економічного районування, прийнятою в радянський період, від Сходу та Півдня, практично всі основні показники міграційної ситуації близькі до середніх по Україні.

Столичний міграційний регіон – Київська міськрада. Питома вага осіб, які народилися за межами регіону, тут майже так само велика, як і в Криму, причому, на відміну від Криму, більшість некорінних жителів столиці народилася на території України. Починаючи з 1995 р., Київ тривалий час був єдиним регіоном України, де спостерігається стабільно додатне сальдо міграції населення, причому, з тенденцією до його зростання. Крім столиці України, значного і стабільного перевищення чисельності прибулих над кількістю вибулих ніде в Україні не спостерігається.

У період переходу до ринкових відносин сформувався значний розрив в умовах життя між Києвом та усіма іншими регіонами України. У результаті рівень привабливості столиці для мігрантів різко підвищився. Все це дає підстави виділити Київ в окремий столичний міграційний район.

Значного поширення в нашій країні набуло таке негативне явище, як нелегальна міграція. Територія України активно використовувалася для незаконного переправлення людей із ряду азіатських та африканських країн до Західної Європи.

Масштаби нелегальної міграції в Україні важко визначити. Достовірних та надійних даних стосовно перебігу процесів нелегальної міграції на теренах України, і у світі загалом, не існує в силу неофіційної природи цього явища. Оцінки експертів досить суттєво різняться: від кількох десятків тисяч до 1,6 млн. осіб.

За свідченням співробітників органів внутрішніх справ близько третини іноземців, які приїздять в Україну з метою навчання, не з’являється у вузах. Легально за кордоном щороку працевлаштовується близько 50-60 тис. осіб. За неофіційними даними, цифра сягає мільйонів. На четвертому Всесвітньому форумі українців називалась цифра – 7 млн. трудових мігрантів. Більшість з них виїжджає за туристичними чи приватними візами, працює без необхідних документів.

Оцінка впливу трудової міграції на розвиток регіональних ринків праці дає підстави зробити висновок, що учасники міграційних поїздок, у випадку відсутності можливості їх здійснення, пропонували б свою робочу силу в регіоні проживання. Тобто розвиток трудової міграції виявляє вплив на зниження пропозиції робочої сили в регіонах виїзду.

Основними завданнями щодо регулювання міграції можна визначити: скорочення масштабів нелегальної трудової міграції населення за межі країни, забезпечення соціальної захищеності українських працівників за кордоном; попередження виїзду висококоосвічених спеціалістів для заняття за кордоном низько кваліфікованими роботами; протидія нелегальної міграції українських громадян та нелегальної еміграції громадян інших країн.

За неофіційними даними, через територію України щорічно проходить до 500 тис. нелегальних мігрантів. Органами внутрішніх справ станом на червень 2010 року було виявлено майже 6 тис. нелегальних мігрантів – понад 4,3 тис. з них було вислано з країни. Максимум нелегальних мігрантів затримано в Київській і Закарпатській областях, а також в м. Києві. В Україні накопичуються іммігранти країн Південно-Східної Азії, Ближнього й Середнього Сходу, Африки, а також громадяни країн СНД, які використовують територію країни для транзиту в країни ЄС – їхнє загальне число становить від 100 до 150 тис. чоловік.

Міжнародна трудова міграція є однією зі сфер державного регулювання міжнародних економічних відносин. Державна політика охоплює іммиграційні та еміграційні процеси. Важливою формою державного регулювання міграції є встановлення кількісних квот на в'їзд мігрантів до країни в цілому, а також для окремих регіонів та галузей. Пріоритети на в'їзд, як правило, мають особи, які володіють значним фінансовим капіталом та інтелектуальним потенціалом. Певну зацікавленість розвинуті країни можуть виявити і до некваліфікованих працівників, яких за мінімальну плату приймають для виконання важких непрестижних та шкідливих робіт. Квотування мігрантів, як правило, доповнюється контролем за терміном їх перебування в країні. Країни, що приймають мігрантів, нерідко реалізовують програми зі стимулювання реміграції. Регулювання міжнародних міграційних процесів здійснюють також і міждержавні органи спеціального призначення, наприклад, Міжнародна організація праці.

В умовах світової економічної кризи 2007-2010 років посилилися процеси трудової реміграції, пов'язані із заходами державної міграційної політики щодо обмеження можливостей працевлаштування іноземних громадян і навіть прямої їх депортації.

Місце України в міжнародній міграції робочої сили визначається рівнем її економічного розвитку, що є нижчим порівняно з країнами Західної та Центральної Європи, Росією, але вищим порівняно з деякими країнами Східної Європи та Азії (Таджикистан, В'єтнам та ін.). Це обумовлює наявність в Україні трудової іммиграції. Прагнення підвищення життєвого рівня, отримання більш високої заробітної плати є фактором активізації еміграції. Основними країнами в'їзду для українських емігрантів стали Білорусь, Ізраїль, Німеччина, Росія, США, Чехія. Певна кількість емігрантів виїхала до Австралії, Вірменії, Казахстану, Канади, Польщі, Туреччини. Основу емігрантських потоків складають два діаметрально протилежні сегменти ринку праці: з одного боку, висококваліфікована робоча сила,

зацікавлена у більш повній реалізації та вищій оплаті; з іншого боку, низькокваліфікована робоча сила, для якої еміграція є альтернативою безробіттю. Залучення українських працівників до роботи за кордоном може мати і специфічні причини, наприклад, пов'язані з розривом традиційних господарських зв'язків на території СНД.

Цікаво знати, що…

- ❖ В історії України експерти і вчені виділяють 4-5 хвиль еміграції, але оскільки мова йде про сьогоднішній день, то фактором виїзду за кордон є практично стовідсотково різниця між економічними реаліями та соціальними запитами.
- ❖ Аналіз напрямків міграційних потоків України показав, що серед прибулих в Україну 77,5 % становили іммігранти з країн СНД і 22,5 % – з інших країн. Серед вибулих з України 65,9 % виїхали до країн СНД і 34,1% – до інших країн.
- ❖ Найбільшими центрами офіційного працевлаштування українців в Західній Європі є Німеччина, Франція, Великобританія та Греція, які за оцінками Держкомстату приймають до 30 % всіх легальних емігрантів.
- ❖ За останні роки (2008-2010) збільшився потік емігрантів до сусідньої нам Росії.
- ❖ Загальна кількість українських мігрантів, що працюють за кордоном становить 4,93 млн. чоловік, з яких 2 млн. перебувають у Росії, 1 млн. – у Польщі, а також значна кількість в Італії (500 тис. чол.), Греції (350 тис.) та Португалії (200 тис.). Левова частка українців працює в країнах Східної Європи, далі йдуть країни Європейського Союзу.
- ❖ Україна займає 5 місце у світі серед країн з найбільшою кількістю емігрантів. За даними Світового банку на 2010 рік, за кордоном знаходиться 6,6 млн. українців, які виїхали в різні роки (це майже 15% від загальної кількості нинішнього населення країни). *За кількістю емігрантів* Україна поступається тільки Мексиці (11,9 млн.), Індії (11,4 млн.), Росії і Китаю (11,1 і 8,3 млн. відповідно).

Питання для самоперевірки

1. Дайте визначення поняттям «революції», «війни», «вбивства» та прокоментуйте їх.
2. Охарактеризуйте види вбивств за суб'єктивною стороною
3. Умисне, кваліфіковане вбивства, вбивство через необережність та їх особливості.
4. Соціальні наслідки революцій та війн XX століття.
5. Соціальна медицина і міграційні процеси у другій половині XX ст.
6. Дайте визначення поняття «міграція»
7. Міграція – складний механізмів саморозвитку населення.

8. Охарактеризуйте особливості зовнішніх мігрантів (репатріанти; особи, депортовані за національною ознакою; мігранти із далекого зарубіжжя; мігранти ближнього зарубіжжя; нелегальні (транзитні) мігранти).

Література

1. Буртяк Г.Я. Міжнародна політика та міжнародні відносини в сучасному світі: Навч. посіб. для студ. техн. вузів. – Вінниця: ВДТУ, 2006. – 60 с.
2. Галкина В.А., Маруев С.А. Мировая экономика и международные экономические отношения: Учебно-практ. пособ. для дистанционного обучения. – М., 2006. – 108 с.
3. Герасимчук З.В., Горбач Л.М. Міжнародні економічні відносини: Навч. посіб. для студ. екон. спец. вищ. навч. закл. – Луцьк: Надстир'я, 2001. – 328 с.
4. Дахно І. І., Бовтрук Ю.А. Міжнародна економіка: Навч. посіб. – К.: МАУП, 2002. – 216 с.
5. Демени П. Глобализация и международная миграция: противоречивые перспективы / П. Демени // Миграция и развитие : доклады и статьи ведущих секций и докладчиков международной конференции "Миграция и развитие", Москва, 13–15 сентября 2007 г. / гл. ред. В.А. Ионцев. – М., 2007. – С. 55.
6. Дещинський Л.Є., Панюк А.В. Міжнародні відносини України: історія і сучасність. – Л.: Видавництво Національного ун-ту «Львівська політехніка», 2007. – 424 с.
7. Козик В.В., Панкова Л.А., Даниленко Н.Б. Міжнародні економічні відносини. – 4. вид., стер. – К: Знання–Прес, 2005. – 407с.
8. Лазебник Л.Л. Міжнародна економіка: Курс лекцій: Навч. посібник. – Ірпінь: Академія ДПС України, 2006. – 218 с.
9. Новицький В.Є. Міжнародна економічна діяльність України: Підручник. – К.: КНЕУ, 2003. – 948 с.
10. Румянцев А.П., Климко Г.Н., Рокоча В.В., Савчук В.І., Дідківський М.І. Міжнародна економіка. – К.: Знання-Прес, 2006. – 448 с.
11. Савельєв Є. В. Міжнародна економіка: теорія міжнародної торгівлі і фінансів: Підручник. – Т.: Економічна думка, 2006. – 496 с.
12. Філіпенко А.С., Будкін В.С., Веклич О.О., Годун С.Д., Дудченко М. А. Світова економіка: Підручник. – К.: Либідь, 2006. – 582 с.
13. Черевань В.П., Румянцев А.П., Романенко Л.Ф. Міжнародна економічна діяльність: Навч. посіб. – К.: Слово, 2005. – 278 с.
14. Шевчук В.О. Міжнародна економіка: теорія і практика. – Л.: Каменяр, 2003. – 719 с.
15. Катеренчук М. Динаміка розвитку імміграційного законодавства США / Право України. – 2006. – № 4. – С. 14-16.
16. Міграційні процеси у сучасному світі: світовий, регіональний, національний виміри (потенційний апарат, концептуальні підходи, теорія та практика) // Енциклопедія / За ред. Ю. Римаренка. – К., 2006. – С. 20-21.

17. Діяльність Прикордонних військ України з протидії нелегальній міграції за 2006 р.: – Аналіт. довід., 2007. – 218 с.
18. Траверсе Т. Транскордонні контакти громадян України // Політичний менеджмент. – 2005. – № 2 (11). – С.180-182.
19. Todaro M. Internal migration in developing countries: a survey // Population and economicchange in developing countries / Ed. R. Easterlin. – Chicago: University of Chicago Press, 1980. – P. 361–402.
20. Thomas W. The Polish peasant in Europe and America / W. Thomas, F. Znanieck. – New York, 1958. – C. 741.

Безхатченки як предмет соціальної медицини

Безхатченки (бездомні, безпритульні, бомжі, волоцюги) – люди без певного місця проживання. Вони виникли в СРСР як соціальний феномен у 1989 році XX століття. Головною причиною появи безхатченків у суспільстві була приватизація і вільний продаж житла тощо.

В Україні зростає кількість безхатченків. І якщо безпритульних дітей на вулиці все меншає, то дорослих бездомних реєструють все більше. Відтак, і збільшується мережа установ соціальної допомоги безхатченкам. А фінансування закладів та соціальний супровід бездомних здійснюються тільки за рахунок місцевих бюджетів.

На безпритульних натикаєшся всюди – на ринках, у переходах, на вокзалах, у транспорті. Вони не мають певного місця проживання, але у їх мегаполісах – тисячі. Всупереч усім спробам влади їх зареєструвати, більшість людей без певного місця проживання прагнуть залишитися в тіні, однак незареєстровані особи теж хочуть їсти та їм потрібна медична допомога. До категорії безхатченків відносять бродяг (пройдисвітів), нищих, психічно хворих людей тощо.

Люди стають волоцюгами не лише через матеріальні фінансові проблеми, алкоголізм чи наркоманію – одні самі обирають такий спосіб життя, інших обирає доля. Після безлічі життєвих складнощів, безпритульні втрачають віру в себе та просто пливуть за течією. Щоб реінтегрувати безпритульного в суспільство, спочатку треба задовольнити його базові потреби – харчування та сон. В Україні, за підрахунками експертів, лише чверть бездомних повертається до нормального життя. І чим довше людина жила на вулиці, тим складніше їй знову стати повноцінним членом суспільства. Ті, хто хоче вирватися, докладають значних зусиль і найчастіше повертаються до нормального життя. Відомо, що немало людей свідомо стають безпритульними, велика група ризику – це алкоголіки. Взагалі деякі психологи стверджують, що бомжі – вічне явище, і жодна, навіть найрозвиненіша країна ніколи їх не позбудеться. Є безпритульні-алкоголіки, а є – просто волелюбні романтики, які зневажають суспільними правилами і хочуть жити за своїми законами, не брати на себе ніякої відповідальності. У суспільстві існує думка, що від безпритульних чимало користі: вони

сортують сміття, збирають макулатуру, пластик і пляшки, нерідко підбирають покинутих тварин. Якщо у бомжа немає одягу, він не буде його красти, а знайде на смітнику. Зазвичай бомжі неагресивні, стороняться соціуму і не розраховують на чиюсь допомогу. До певної міри безпритульних можна було б назвати санітарами міст, якби не загроза підхопити якусь заразу від цих санітарів.

Охорона дитинства в Україні законодавчо визначена як стратегічний загальнонаціональний пріоритет. Проте в даний час продовжує існувати така гостра соціальна проблема, як безпритульність дітей. Більш того, в умовах економічної кризи в установах соціального захисту дітей з'явилася нова категорія дітей – діти із сімей, що не мають коштів для існування. У 2009 році в притулках для дітей знаходилося 14 тис. дітей, у центрах соціально-психологічної реабілітації – близько 4 тисяч дітей. Соціальними службами протягом 2009 року виявлено 68,7 тис. сімей, що опинилися в складних життєвих обставинах, в яких виховується 109 тис. дітей.

У 2006 році Уряд затвердив Державну програму подолання дитячої безпритульності на 2006-2010 роки. У складі Міністерства освіти і науки, молоді та спорту було створено Державний департамент по усиновленню і захисту прав дитини. Проблема безпритульності дітей залишається невирішеною. Безпритульні діти займаються бродяжництвом, здійснюють крадіжки, вживають спиртне та наркотики тощо. Під загрозою їх життя і здоров'я, а збільшення їх чисельності становить певну загрозу для суспільства. Однією з перешкод на шляху побудови демократичного суспільства є порушення прав підростаючого покоління. У Конвенції про права дитини, прийнятій ООН 20 листопада 1989 р. і ратифікованій Україною 21 лютого 1990 р., проголошено, що людство зобов'язане дати дітям усе найкраще, надійно забезпечити дитинство, що гарантує в майбутньому розвиток повноцінних громадян, дитина зі своїми потребами не має достатніх сил, знань, досвіду і можливостей захистити себе. Для кожної дитини важливу роль в її житті відіграють потреби в щирому, турботливому ставленні до неї, однак безпритульна дитина, через власне соціальне становище, позбавлена цього. Такі діти також не можуть забезпечити свою потребу у безпеці, оскільки вони самотні і практично не відчувають захисту та підтримки з боку оточуючих, а це свідчить про те, що вони позбавлені можливості повноцінно жити, зростати і розвиватися.

Збільшення кількості дітей вулиці, у першу чергу, зумовлено динамікою сімейного життя. За інформацією Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), «дитина потрапляє на вулицю через те, що її сім'я переживає кризу, і якщо ще не розпалася, то перебуває на межі розпаду». Попри змістовну законодавчу роботу в галузі захисту прав дитини, економічна ситуація, в якій нині перебуває наша держава, значно уповільнює процес втілення в життя міжнародних стандартів життя дитини. Це призводить до такого жахливого явища, як соціальне сирітство. Коли суспільство перестає помічати підвищену потребу дітей у захисті і не забезпечує його, майбутнє

стає небезпечним. Катастрофічною реалією життя українського суспільства стала дитяча безпритульність. Протягом останніх років проблема дітей вулиці набула в нашій державі небувалого масштабу. Так, за інформацією Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, протягом І кварталу 2010 року служби у справах дітей разом із підрозділами кримінальної міліції у справах дітей під час рейдів щодо запобігання дитячій бездоглядності та безпритульності виявили 5 318 безпритульних дітей. За оцінками різних експертів, кількість безпритульних дітей становить близько 40 тисяч. Загальновідомо, що переважна більшість дітей, які живуть на вулиці, вживають алкогольні напої, наркотичні речовини та стають жертвами сексуального насилля. Життя і здоров'я таких дітей постійно перебуває під загрозою, а збільшення їх чисельності становить певну небезпеку для суспільства.

За дослідженнями соціологів, головними причинами поширення явища дитячої безпритульності й бездоглядності, як правило, стають загальнодержавні фактори з яких випливають внутрішньо-сімейні: алкоголізація і наркоманія в родинах, поширення агресії відносно дітей. Також є сім'ї, для яких наведені форми поведінки є природними і звичними, незалежно від зовнішніх обставин. Наприклад, є батьки, які взагалі не хочуть працювати і заробляти гроші, тоді вони примушують своїх дітей до протизаконних методів отримання доходу (жебракування, крадіжки, проституції). Найчастіше саме бідність, недостатня увага з боку держави до сімей з дітьми підштовхують батьків до асоціальної поведінки, саме тому політику щодо подолання соціального сирітства слід починати з сім'ї, з вирішення її нагальних проблем і потреб.

У нашій державі діє певна система соціального захисту і підтримки безпритульних дітей. Проблемами безпритульності в Україні займається низка державних і благодійних організацій, однак вирішуються вони на недостатньому рівні, про що свідчить зростаюча кількість бездомних дітей. Тому є нагальна потреба в удосконаленні існуючої системи державних закладів та установ для такої групи дітей. Для вирішення цього питання також необхідно залучити представників громадських організацій, благодійні фонди, які могли б надавати фінансову та матеріальну допомогу. Окрім цього, не слід забувати, що першопричинами цієї проблеми є інститут родини, рівень морального і духовного розвитку батьків, культури народження і виховання батьків. Тож питання дитячої безпритульності слід розглядати через призму внутрішньо-сімейних відносин, які формуються під впливом загальнодержавних факторів. Саме тому, для виходу із такої непростої ситуації держава має приділяти значну увагу соціальному, матеріальному, моральному становищу сучасної сім'ї, заохочувати до здорового способу життя, створення повноцінної родини, яка свідомо та відповідально ставитиметься до питання народження дитини і буде здатна її виховати й забезпечити усім необхідним.

Вирішення проблеми безпритульності в Україні є головним обов'язком держави, основними напрямами правової політики якої мають стати подальше реформування системи нормативно-правового забезпечення захисту цієї категорії суспільства, що стане запорукою позитивних зрушень у цій сфері в найближчому майбутньому. Подолання дитячої безпритульності як загрозливої соціальної аномалії вимагає невідкладних заходів, матеріально-фінансових, організаційно-правових, соціально-психологічних дій з боку державних органів влади та широкої громадськості.

У 2005 році Україна вперше визнала існування безпритульних, з'явилися центри обліку і нічліжки. Сьогодні на території України функціонує 90 закладів, які надають соціальні послуги бездомним громадянам. У 2009 році безпритульних було 10 тис. осіб. Впродовж 2010 року центрами обліку бездомних громадян було виявлено понад 11,5 тис. таких осіб. Ця сфера фінансується виключно за рахунок місцевих бюджетів і не завжди в тій мірі, в якій необхідно. Щоб повернутися до нормального життя безпритульним потрібне житло і робота. А для цього – необхідні документи. Більшість тих, хто живе на вулиці не мають не тільки реєстрації, а й навіть паспорту. Виходить, що вони опиняються у замкнутому колі – бо без одного нема і іншого. Вирішувати такі проблеми безхатченків покликані центри обліку бездомних громадян. Людина, звернувшись до такого центру, може поновити особисті документи, паспорт, і згодом – звернутися до соціальних служб, стати на облік у центр зайнятості. Іншою державною установою, яка допомагає бездомним людям, є будинок соціального піклування.

Цікаво знати, що…

- В Україні налічується до 150 тис. дітей, які є так званими «соціальними сиротами».
- У вересні 2008 року (коли в Києві був відкритий перший центр обліку бездомних громадян) було зареєстровано майже 4 тис. безпритульних.
- Доля безпритульного може спіткати і успішну людину. Тільки за офіційною статистикою МВС України в Україні понад 30 тис. бомжів, стільки ж безпритульних дітей. За даними громадських організацій у Західній Франції нараховують 100 тис. безпритульних, тож в Україні їх ніяк не може бути менше.

Питання для самоперевірки

1. Назвіть головні причини поширення явища дитячої безпритульності.
2. Безхатченки – проблема соціальної медицини
3. Дитяча безпритульність в українському суспільстві.

Література

1. Лучкевич В.С. Основи социальной медицини и управлення здравоохранением: Уч. пособие. – СПб., 1997. – 184 с.
2. Руководство по социальной гигиене и организаций здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицина: В 2 т. – М.: Медицина, 1987. – Т. І. – 429 с, Т. ІІ. – 463 с.
3. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. Серенко А.Ф. и Ермакова В.В. – М.: Медицина, 1984. – 639 с.
4. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Н.І. Кольцової, 0.3. Децик. – 2-е видання, перероб. і доп. – Ів. – Франківськ, 1999. – 304 с.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Людина народжується на світ з генетично закладеними в неї потенційними можливостями стати саме людиною. Система генетичних, анатомічних, фізіологічних чинників передбачає становлення людини тільки в певних соціальних, культурно-історичних умовах цивілізації. Щоб підкреслити біологічно приналежність новонародженої дитини і дорослої людини саме до людського роду та відрізнити їх від тварин, використовують поняття «індивід». Формування поняття індивід базується на основі біологічної концепції розвитку людини.

Індивід – це людська біологічна основа розвитку особистості у певних соціальних умовах; це продукт розвитку особини у взаємодії з навколишнім середовищем на протязі онтогенезу (індивідуального розвитку).

Індивідуальність – це поєднання психологічних особливостей людини, що утворюють її своєрідність, відмінність від інших людей тощо. Індивідуальність проявляється у здібностях людини, в її потребах, інтересах, схильностях, у рисах характеру, в почутті власної гідності, у світобаченні, системі знань, умінь, навичок, у рівні розвитку інтелектуальних, творчих процесів, в індивідуальному стилі діяльності та поведінки, в типі темпераменту, в характеристиках емоційної та вольової сфер тощо. Індивідуальність формує важливу характеристику особистості людини, яка забезпечує властивий тільки їй стиль взаємозв'язків з навколишньою дійсністю.

Якщо уявити, (за П. Жане), неймовірне: що внаслідок певних драматичних подій зникнуть створені людством культура, мистецтво, наука, техніка, різноманітний предметний світ, інститути людської соціалізації, а маленькі діти залишилися в цих умовах без дорослих, які втілюють у своїй спільній діяльності суспільні стосунки, то розвиток індивіда за антропологічним типом зупинився б, став неможливим, а в кращому разі пішов шляхом, характерним для тваринного світу.

У стосунках з батьками, іншими людьми психіка дитини розвивається саме як психіка людини. На певному етапі постає особистість із притаманними їй соціальне зумовленими ознаками – вищими психічними функціями, свідомістю і самосвідомістю, здатністю до активного пізнання та перетворення довкілля та себе самого.

Розвиток особистості відбувається у конкретних суспільних умовах. У процесі розвитку людина оволодіває засобами людської діяльності та спілкування, мовою, в неї формуються вищі психічні функції, свідомість, воля, самосвідомість, вона стає суб'єктом активного цілеспрямованого пізнання й перетворення навколишнього соціального та природного середовища. В людини виникає здатність до самовдосконалення, самотворення власної особистості в процесі самопізнання, самовиховання та самонавчання. Вона вступає у «суб'єкт–суб'єктні» стосунки з іншими людьми.

Людина як соціальна та біологічна істота є носієм особистості. Поняття людини значно ширше за поняття особистості, оскільки включає у себе велике коло соціальних і біологічних ознак (антропологічних, етнографічних, культурних тощо).

Особистість – це індивід із соціально зумовленою системою вищих психічних якостей, що визначається залученістю людини до конкретних суспільних, культурних, історичних відносин. Ця система виявляється і формується в процесі свідомої продуктивної діяльності людини і спілкування. Особистість опосередковує та визначає рівень взаємозв'язків одного індивіда з іншими з суспільним та природнім середовищем.

У філософсько-психологічному аспекті *особистість* – це об'єкт і суб'єкт історичного процесу і власного життя. В ході свого становлення як особистості індивід поступово стає суб'єктом цілеспрямованого пізнання та перетворення об'єктивної дійсності й самого себе. Особистість характеризується якісними та кількісними проявами психічних особливостей, які утворюють її індивідуальність. Кожна людина є неповторною особистістю. Вона має індивідуальні характеристики показників фізіологічних процесів і психічної діяльності. Індивідуальні психофізіологічні особливості людини визначають її темперамент.

Темперамент – це індивідуальна особливість людини, яка проявляється у силі емоційних реакцій, а також у збудливості, врівноваженості, швидкості, ритму та інтенсивності психічних проявів; це вияв індивідуальних особливостей вищої нервової діяльності у вигляді швидкості оцінювання ситуації, формування емоційної реакції на певну подію тощо.

Фізіологічною основою темпераменту є властивості процесів гальмування та збудження в окремих індивідів. Класична систематизація темпераментів належить давньогрецькому лікарю Гіппократу. І.П. Павловим встановлено, що нервова система людини і тварин відрізняються за силою, врівноваженістю та рухливістю процесів збудження та гальмування. Людей

за типом темпераменту поділяють на сангвініків, флегматиків, холериків, меланхоліків.

Сангвінік – енергійні, широкі інтереси, велике самовладання і стриманість характеру.

Флегматик – енергійні, наполегливі, постійні у звичках та прихильностях.

Холерик – нестримані, легко збуджуються, рішучі, але іноді необачні в своїх вчинках.

Меланхолік – боязкі, замкнені, надмірно чутливі та схильні перебільшувати труднощі.

Тип нервової системи є природженим і складає основу психічної діяльності людини, її темпераменту, а також має певний вплив на швидкість формування конкретних рис характеру людини. Відомо, що в процесі онтогенезу, під впливом соціальних чинників, певного виховання тип нервової системи може змінюватись. У результаті досліджень з'ясовано, що класичними типами темпераменту і нервової системи не вичерпуються індивідуальні психофізіологічні особливості людини. І.П. Павлов розкрив механізми взаємодії середовища та організму, показав, що поведінка вищих істот завжди має своє пояснення й зумовлена природними (біологічними) потребами організму та можливостями середовища, які можуть задовільнити ці потреби. Своїми працями з проблем вивчення психічної діяльності І.П. Павлов започаткував фізіологію вищої нервової діяльності як науку, а також обґрунтував природу темпераменту, виділив притаманні тільки людині типи нервової системи, що визначаються співвідношенням І та ІІ сигнальних систем.

Сигнальна система – це сукупність нервових процесів у ході яких людина сприймає, обробляє і передає певну інформацію.

Сигнальна система забезпечує взаємодію організму із зовнішнім середовищем. Розрізняють такі співвідношення І та ІІ сигнальних систем:

- Розумовий (мислительський) – переважання другої сигнальної системи;
- Художній – переважання першої сигнальної системи;
- Середній – обидві системи урівноважені (більшість людей).

Фізіологи в своїх дослідженнях виявили функціональну асиметрію півкуль головного мозку. Найяскравіше це проявляється в стилі мислення. Ліва півкуля забезпечує логічне мислення, права – база конкретного образного мислення. Припускається, що саме навчання мови відіграє роль пускового механізму для нормальної спеціалізації півкуль. Серед характеристик особистості важливу роль відіграють такі поняття, як ***характер, здібності, обдарованість, цілісність*.**

Біологічною основою психофізіологічної індивідуальності людини є типи нервових процесів, типи темпераменту і домінантність великих півкуль тощо. Всі ці характеристики є успадкованими і є природною основою характеру. У процесі розвитку людини, під впливом зовнішніх умов, виховання і навчання формується певний тип її поведінки, або її характер.

Риси характеру формуються в процесі розвитку, під впливом виховання і самовиховання, а їх прояв залежить від здоров'я людини. Характер може бути визначеним – при наявності однієї або кількох чітко визначених головних рис; цілісним – при єдності думки, почуттів і поведінки людини. Формуванню характеру сприяє та діяльність, яку людина здійснює в процесі свого розвитку.

Здібності людини – це сукупність таких психофізіологічних властивостей, які необхідні для успішного виконання певної діяльності. Розрізняють фізичні здібності, що залежать від природних даних, і розумові – здатність виконувати певну розумову роботу.

Під ***схильністю*** розуміють потяг прагнення до будь – якого виду діяльності. Схильність і здібності часто відповідають одне одному і розвиваються разом, часто залежать від умов життя, виховання. В результаті численних досліджень доведено, що здібності людини визначаються однаково як спадковістю, так і вихованням.

Обдарованість – це вияв природних можливостей організму людини, що значно перевищують середній рівень. У народжені обдарованої дитини основну роль відіграють біологічні фактори. Успадковуються не лише соматичні ознаки, а й психофізіологічні якості організму. Найбільше успадковується здатність до просторових уявлень, на відміну від пам'яті, оскільки її необхідно розвивати.

Людина – єдиний біологічний вид, у якого в процесі еволюції утворилась друга сигнальна система. Така властивість дала змогу позначити словом не тільки безпосередні подразники, але й створила можливість абстрактного мислення. У тварин також можуть утворюватися умовні рефлекси на словесні накази, однак в даному випадку слово діє як звуковий подразник.

Захворювання нервової системи. Психологічні травми, психози, психоневрози.

Захворювання нервової системи різноманітні та пов'язані з перенесеними інфекціями, травмами, порушеннями в генетичному апараті тощо. Загальну групу захворювань нервової системи складають запальні або інфекційні захворювання. Нейроінфекції займають перше місце серед захворювань за частотою в дитячому віці. Розрізняють енцефаліти, мієліти, радикуліти, плексити, менінгіти, васкуліти.

Енцефаліти – запалення головного мозку; *мієліти* – запалення спинного мозку; *радикуліти* – запалення корінців спинномозкових нервів; *плексити* – запалення нервових сплетінь та запалення периферичних нервів, менінгіти – запалення мозкових оболонок.

Інфекційні запальні ураження кровотворних судин головного і спинного мозку спричинюють розвиток васкулітів. Васкуліти часто супроводжують перебіг менінгітів, енцефалітів, мієлітів.

Порушення внутрішньоутробного розвитку нервової системи спричинюються різними шкідливими впливами на плід під час вагітності: вірусні захворювання матері, недостатній матково-плацентарний кровообіг, іонізуюча радіація, вживання алкоголю під час вагітності, хімічними речовинами та ін.

Пренатальна патологія нервової системи об'єднує різні патологічні стани, зумовлені впливом на плід шкідливих факторів до часу пологів (пренатальний вплив), під час пологів (інтранатальні) та в ранні терміни після пологів (постнатальні). У пренатальному періоді патогенними факторами, що впливають на плід, можуть бути різні захворювання матері (токсикози вагітності, інфекції, вплив деяких хімічних і лікарських препаратів, порушення обміну речовин). Патологічні фактори спричинюють гіпоксію плоду (кисневе голодування), що, в першу чергу, уражує мозок. Інтранатальне ураження, тобто ураження нервової системи під час пологів, або пологова черепно-мозкова і спинно-мозкова травма, є ускладненням під час пологів. Їх спричинюють вузький таз жінки, затяжні або швидкі пологи, передчасне відходження навколоплідних вод, передчасне відшарування плаценти, обгортання пуповини навколо шиї плоду, неправильне положення плоду та ін.

Вроджені (спадково-дегенеративні захворювання) нервової системи – велика група захворювань, які зумовлені порушенням генетичної інформації. Другу групу захворювань складають травматичні ураження нервової системи, а саме, струс мозку, защемлення або розрив окремих нервових стовбурів. До третьої групи захворювань відносять інтоксикації – отруєння нервової системи алкоголем, солями свинцю, ртуті, високими дозами деяких антибіотиків. Пухлини нервової системи трапляються рідко.

Неврологія (грец. neuron – нерв, logos – вчення) – медико-біологічна наука, що вивчає структуру та функції нервової системи.

Неофобія (грец. neos – молодий, новий, fobos – страх) – хворобливий стан перед усім новим.

Неврози (грец. neuron – нерв) – функціональний розлад вищої нервової діяльності, що виникають внаслідок перенапруження основних нервових процесів.

Неврози – це зворотні, тимчасові функціональні захворювання нервової системи, спричинені зривом основних нервових процесів – збудження і гальмування. Основними причинами неврозів є тривалі психічні травми – психічні потрясіння, спадковість, насильство в сім'ї, алкоголізм батьків тощо.

Основними невротичними проявами у дітей є психогенні шокові реакції, неврастенія, невроз страху, невроз нав'язливих рухів, нічне нетримання сечі (енурез), нервова анорексія (відсутність апетиту), мовленнєві неврози.

Психогенні шокові реакції виникають внаслідок гострих психічних травм. Вони проявляються різким панічним страхом, розладом свідомості, психомоторним збудженням або гальмуванням. Проявом шокової реакції

буває мутизм – припинення мовленнєвого спілкування з іншими з наступним заїканням.

Неврастенія (грец. neuron – нерв, astheneia - безсилля) – одна із форм неврозів, це – нервове виснаження, викликане перевтомою або тривалим впливом психотравмуючих факторів. Неврастенія розвивається у дітей, які тривалий час перебувають у психотравмуючих їх ситуаціях; не меншою мірою це стосується і дітей, які мають слабкий тип нервової системи або перенесли тривале виснажуюче захворювання. Неврастенія проявляється у формі нестабільності емоційного стану, підвищеною збудливістю, дратівливістю, плаксивістю, втомою. Працездатність дитини значно знижується, вона швидко втомлюється, з'являються головний біль, млявість, сонливість, пасивність. Проявом невротичних розладів у дітей є невроз страху.

Одним із частих неврозів у дітей є *невроз нав'язливих станів*. Нав'язливі стани найчастіше розвиваються у віці трьох – десяти-чотирнадцяти років. Характерними для дитячого віку є нав'язливі страхи гострих предметів, відкритих просторів – коли дитина уявляє небезпечними природні та казкові явища, смерть, темряву, шкільні ситуації, боїться заразитися. Невроз нав'язливих станів часто розвивається у дітей з істеричним розвитком .

Невроз нав'язливих рухів характеризується появою будь-яких зайвих рухів (сіпання, тик): шморгання носом, часті кліпання, кривляння, різні рухи рукою, плечем та ін. Такі рухи відрізняються від гіперкінезів (автоматичних недоцільних рухів, спричинених мимовільними скороченнями скелетних м'язів) тим, що дитина може на якийсь час подолати їх зусиллям волі; вони часто зникають, коли дитина перебуває одна або захоплена грою, читанням, проте знову з'являються і посилюються у зв'язку з появою людей та небажанні відповідати на уроці. Частим проявом неврозів у дітей є нічне нетримання сечі (енурез) та мовленнєві неврози або логоневрози – заїкання, аутизм. Причиною невротичного заїкання найчастіше є гострі психічні травми. Сприятливими умовами для появи заїкання можуть бути вроджені особливості нервово-психічного розвитку, сімейна обтяжливість щодо заїкання, ослаблення організму в результаті різних захворювань, помилки у вихованні, особливо перевантаження дитини мовною інформацією в поєднанні з відсутністю уваги до її власної мови та ін. Важливе місце у виникненні невротичного заїкання належить фактору наслідування. У таких випадках заїкання легко закріплюється за типом негативного умовного рефлексу.

Характерною ознакою неврологічного заїкання є *логофобія* – страх мови. Вона виражена в основному в шкільному віці. Поява логофобії значно погіршує перебіг заїкання, сприяє шкільній та соціальній дезадаптації і може проявлятися у вигляді підвищеної збудливості, погіршення сну, інколи нічного нетримання сечі, сіпання. До невротичних форм мовного розладу належать мутизм і сурдомутизм. Мутизм (німота) виникає після гострої важкої психічної травми. У таких випадках він поєднується з іншими невротичними розладами. Таке походження може мати й сурдомутизм (глухонімота). Найчастіше мутизм виникає як пасивна реакція протесту на несприятливі дії

навколишнього середовища. Мутизм є однією із перших ознак психічного захворювання (зокрема дитячої шизофренії), також може бути проявом істеричних реакцій.

При психоневрозах людина зберігає свою орієнтацію в середовищі і контакт з реальністю, але страждає від невідповідності емоційних процесів зі свідомістю. Це заважає успішній адаптації до життєвих умов і є результатом інтенсивної боротьби особистості проти свого життєвого середовища. При ліквідації основних факторів стресу може спостерігатись повне одужання.

Психічні розлади – це хвороби, які тісно пов'язані з соціальними та спадковими чинниками. Виникнення патології може бути пов'язане також з інфекційними агентами, травмами, різними соматичними захворюваннями тощо.

Психози – це важкі психічні захворювання, в результаті яких відбувається серйозний розлад емоційних процесів свідомості людини. Вони можуть виникати внаслідок фізичних захворювань, або бути наслідком психологічних проблем людини при взаємодії з соціальним середовищем. Психічній цілісності людини загрожують зміни в суспільному та соціально-економічному середовищі, які є дуже нестабільними та неврівноваженими, і тому можуть бути потужним стресором.

Маніакально-депресивні психози. Манія – це патологічний психічний стан, який зазвичай представляє фазу маніакально-депресивного захворювання. Характеризується високим духовним підйомом, гіперактивністю, а підвищена самооцінка часто збагачується параноїдальним уявленням про свою велич. Жадоба до нових вражень і переживань відображається у «мовному напорі» і «польоті ідей». Підйом настрою і завищена самооцінка не відповідають реальності, оскільки в дійсності індивід переживає (зазвичай неусвідомлено) відчуття втрати, катастрофи. Індивід знаходиться у стані «прекрасного» самопочуття, заперечуючи своїй уяві реальність травматичних переживань, як дійсних, так і тих, які мали місце в минулому. Таким чином, пацієнт протидіє депресії, але з великими втратами для самопізнання і критичності, і тільки тимчасово,оскільки епізоди неминуче поступаються місцем депресивним станом.

До сучасної класифікації маніакально-депресивних психозів відносять ряд психічних захворювань, пов'язаних з порушеннями настрою. Серед них виділяють *біполярну* та *уніполярну* депресії. Легкі форми маніакально-депресивних психозів ***дистинія*** і ***циклотимія*** розглядають як особливості темпераменту, які можуть викликати певні форми депресії.

При біполярній депресії спостерігаються періоди депресії, які можуть змінюватися епізодами манії. На цій стадії знижується потреба у сні, збільшуються функція мовлення та цілеспрямована активність, підвищується самооцінка. Для депресії характерно пригнічений стан, знижується зацікавленість будь-якого роду діяльності. Ризик захворювання на цю форму депресії протягом життя одинаковий як для чоловіків, так і жінок, і в різних країнах складає 0,3–1,5 %. Частота появи біполярної форми депресії в сім'ї

пацієнта, що страждає на це захворювання складає близько 10 %. Якщо у дитини, обоє батьків страждають на біполярну депресію, то у цьому випадку ймовірність появи захворювання складатиме 75 %. У хворих на біполярну форму депресії, кількість родичів жіночої статі у 1,5–2,0 рази вище, у порівнянні з хворими родичами чоловічої статі. Метод близнюків дає високу ступінь конкордантності щодо біполярної форми депресії у монозиготних близнюків (80 %), а у дизиготних до 8%.

Від біполярної депресії уніполярна відрізняється відсутністю стадії манії. Крайньою формою вираження депресії є самогубство, ризик суїциду для хворих людей на депресією протягом життя становить 15 %.

Дистинія – легка форма уніполярної депресії, яка в залежності від чинників довкілля та стану людини може переходити у хронічний стан. Для жінок частота захворювання на дистинію складає 5–9 % для жінок, для чоловіків – 2–3%, пік захворюваності припадає в основному на 25–44 роки. У родичів хворих на уніполярну депресію значно зростає ризик появи захворюваності на дистинію та складає 1–18 %, у порівнянні з контрольною групою (0,7–7,0 %). Цікаво, що кореляція і конкордантність за уніполярною депресією при цьому захворюванні між подружжям (чоловіком і дружиною) та дизиготними близнюками є досить високою, і становить 17–29 %, що свідчить про значну роль факторів середовища при виникненні цього захворювання, однак певна спадкова схильність існує. Одним з значних факторів ризику прояву захворювання є розлучення та зловживання алкоголем.

Хвороба Альцгеймера (ХА) – найбільш поширена форма деменції, яка виникає внаслідок захворювань мозку або психічних розладів.

Деменція (недоумкуватість, слабоумство) – грубе порушення інтелектуальних функцій при органічному ураженні мозку, що виникає в результаті захворювання чи травми.

Вперше хвороба Альцгеймера була описана в 1906 році німецьким психіатром А. Альцгеймером. Автор помітив, що поряд зі звичайними старечими бляшками при цьому захворюванні виникають характерні зміни неврофібрил. Як виявилося пізніше, патоморфологічна картина головного мозку за хвороби Альцгеймера подібна до змін, зумовлених звичайним старечим недоумством. Амнестичні розлади призводять до ранньої прогресуючої втрати елементарних навичок, невміння виконувати звичні домашні справи. У подальшому це призводить до ***апраксії*** – відсутності можливості користуватися предметами, згідно за їх призначенням. Незважаючи на глибокий розлад психіки, хворі відносно довго зберігають відчуття власної неповноцінності, що викликає тяжкі переживання. Поступово розвивається глибока деменція з повною інтелектуальною безпорадністю. Характер деменції, зумовлений хворобою Альцгеймера, має певні відмінності порівняно із сенильною деменцією. Розлади зорового сприйняття виявляються оптичною агнозією й втратою здатності впізнавати на відстані, відчувати перспективу, будову приміщення, в якому перебуває

хворий (він не знаходить двері, вікна, наштовхується на предмети). Виникнення ***афато-агнозо-апраксичного*** синдрому (втрата здатності до мовлення, пізнання та цілеспрямованих дій) є чітким діагностичним критерієм хвороби Альцгеймера.

Особи, які є близькими родичами (батьки – діти, брати – сестри) мають у чотири рази вищий ризик захворіти самим. Ризик виникнення хвороби Альцгеймера зростає у 40 разів за наявності 2 і більше хворих у родині. Саме при аутосомно-домінантному типі успадкування патологічний ген, який перебуває в одній із аутосом, домінує над нормальним геном – алелем і проявляє себе в гетерозиготному стані при цьому пенетрантність гена наближається до 100 %. При генеалогічному дослідженні хворі спостерігаються у кожному поколінні.

Домінантне успадкування хвороби Альцгеймера пов’язане із зміною однієї амінокислоти в гені білкового попередника амілоїду, накопиченням аномальних білків β-амілоїду і ε-протеїна в тканині мозку, що призводить до дегенерації нейронів. Хвороба характеризується вираженою дегенерацією кори, гіпокампу, стовбура головного мозку.

Клінічні симптоми прояву хвороби багато в чому залежать від того, якою людина була до хвороби, тобто від фізичного стану і способу життя. Відомо 3 стадії хвороби Альцгеймера – *рання, середня і пізня*. Кожна з цих стадій характеризується певними симптомами.

Рання стадія досить часто протікає непоміченою. У людини може спостерігатися: втрата пам’яті, особливо короткочасної, що викликає порушення мовлення; погана орієнтація в добре знайомих місцях; дезорієнтація в часі; втрата ініціативи, здатності до зосередження; втрата інтересу до улюблених занять; поява ознак депресії та агресії. Ці ранні прояви хвороби Альцгеймера можуть зберігатися на протягом 2-7 років. Згідно критеріям міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКБ-10) на ранній стадії втрата пам’яті виражена настільки, що це ускладнює повсякденну діяльність, хоча стан все ж таки дозволяє вести незалежне існування. Хворий не може засвоїти матеріал, має труднощі, пов’язані з зберіганням і відтворенням інформації необхідної в повсякденному житті. Так, він не може пригадати, куди поклав ту або іншу річ; постійно забуває про призначені зустрічі, дати і терміни; не здатний запам’ятовувати відомості, нещодавно отримані від родичів. Ступінь послаблення когнітивних функцій при легкій формі характеризується невмінням справитися з своїми повсякденними справами, проте не до такого стану, щоб це привело до залежності від оточуючих.

Середня стадія. З перебігом хвороби проблеми посилюються і починають сильніше обмежувати діяльність хворого, а саме: хворий не знає важливих дат власного життя, може помилятися в назві дати на 10 днів і більше; не може приготувати їжу, виконати звичну домашню роботу, робити закупвлі; потребує сторонньої допомоги в повсякденному житті; зазнає

труднощі в спілкуванні із-за розладу мовлення, виникають галюцинації; дратівливість.

Пізня стадія. З розвитком хвороби спостерігаються серйозні порушення. Хворий на цій стадії частіше є бездіяльним і повністю залежить від оточуючих. У нього спостерігаються: порушення пам'яті (він не може назвати імені людини, що живе з ним, не знає свою адресу, дату свого народження, своїх батьків), втрата орієнтації, як в суспільних місцях, так і у себе удома; зазнає труднощі при пересуванні або втрачає здатність пересуватися; не може самостійно їсти; спостерігається порушення мовлення, розлади сечостатевої системи; прояви гніву, агресії, порушення сну. Згідно критеріям, на пізній стадії захворювання стан пацієнта характеризується повною (або майже повною) відсутністю явних ознак інтелектуальної діяльності.

Отже, у клінічній медицині хвороба Альцгеймера є першим прикладом розповсюдженого захворювання, для якого встановлено провідний генетичний фактор схильності. У зв'язку із цим хвороба Альцгеймера може розглядатися як своєрідна модель розробки методологічних аспектів ДНК-тестування при мультифакторних хворобах людини.

Депресія – це насамперед розлад настрою, коли переважають пригніченість і сум. Людина не спроможна увесь час бути в доброму гуморі, вона болісно переживає втрати та невдачі. Тому інколи досить важко зрозуміти, коли саме починається депресія, такий стан триває не день-два, а принаймні тиждень. Хвороба також може мати цілком фізіологічні прояви – слабість, бракує сил, небажання щось робити. Найпростіші справи видаються нездоланними, а невеличкі проблеми – розміром із слона. Надзвичайно тяжко приймати рішення, мучить немотивоване відчуття провини. Вранці хворі на депресію дуже тяжко прокидаються і встають із ліжка, хоча в інших, навпаки, можливе безсоння і прокидаються вони дуже рано. У разі тяжкої депресії можуть з'являтися думки про самогубство. Це дуже небезпечний момент, коли відразу потрібно звертатися до фахівця. Інколи стан депресії змінюється станом повної ейфорії – це так званий біполярний розлад, який раніше називали маніакально-депресивним психозом. У маніакальній фазі людина активна, контактна, мало спить, схильна до творчості, однак у депресивній їй дуже погано. Незважаючи на досить чіткі ознаки захворювання, пацієнти з депресією рідко відразу звертаються до психотерапевтів чи психіатрів – спочатку вони довго ходять по кабінетах терапевтів, невропатологів тощо. У нас особистості дуже тяжко усвідомити, що її хвороба не має тілесного походження. Врешті їй ставлять діагноз на кшталт вегетосудинної дистонії чи синдрому хронічної втоми. Трапляється, що депресія може маскуватися навіть під остеохондроз, нудоту і біль у животі, кінцівках. Багато людей звикають жити із своєю хворобою, вони постійно перебувають у «зоні сутінок». Загалом, будь-який стан можна вважати нормальним, якщо він не завдає страждань і не заважає насолоджуватися життям. Депресія може бути одноразовим захворюванням,

а може перейти у хронічну форму, яка триватиме майже протягом усього життя. Багато залежить від особистості пацієнта і від його оточення. Більшість випадків депресії спричинені соціальними чинниками, внаслідок взаємодії конкретної особистості зі світом. Вживання алкоголю, перехід на іншу роботу чи місце проживання ситуацію не змінять. Адже це зовнішні дії, тоді як депресія – внутрішня проблема. Часто хвороба загрожує тим, хто зраджує свої внутрішні потреби, глибинні цінності. Скажімо, для жінки, яка одружена з чоловіком лише заради грошей або з інших мотивів, депресія може бути розплатою за такий спосіб життя. Зрозуміти глибинні причини депресії можна лише під час роботи з психотерапевтом, однак навіть тоді їх дуже тяжко прийняти. Традиційно підвищений ризик захворіти на депресію мають люди професій, пов'язаних з великою емоційною напруженістю – пожежники, військовослужбовці, лікарі, міліціонери тощо. Селяни на депресію хворіють рідше, ніж городяни, особливо жителі великих мегаполісів.

У сільській культурі більше терплячості та менше амбіційності, і це діє позитивно. Крім того, постійний контакт із землею, живою природою дає людині силу й енергію. Дуже велике значення має, щоб людина не була самотньою. Є багато родин, у яких самотні всі: тато, бо зациклений на амбіціях та зароблянні грошей, мама – бо зосереджена на виживанні родини, дитина – бо згинається під вимогами батьків, суспільства, ровесників та вчителів водночас.

Шизофренія – порушення, яке виникає до 45 років, триває не менше 6 місяців і в гострі фази захворювання характеризується психотропними синдромами, які не зумовлені органічними і афективними порушеннями**.**

Ризик захворювання на шизофренію в Україні складає близько 1 %. До основних симптомів шизофренії відносять: марення, галюцинації, порушення мислення та сприйняття аж до виразних форм викривлення реальності. Симптоми шизофренії умовно поділяють на 2 групи:

- ***позитивні*** – галюцинації, спотворення сприйняття, підозрілість, неадекватна поведінка, жорстокість;
- ***негативні*** – пасивність, апатія, емоційна тупість, прогресуюче гальмування емоційно-вольової сфери, труднощі з абстрактним мисленням, бідність мовлення.

Слухові галюцинації мають характерні особливості: голосно або коментують дії хворого, або говорять про хворого як за іншу людину. Для дітей, матері яких хронічно хворі на шизофренію, ризик захворювання складає 10 %. Сімейний аналіз показує, що 10–15 % родичів хворого, також хворіють на шизофренію. Під час дослідження монозиготних близнюків хворих на шизофренію частота прояву захворювання складає 18–65 %, а у дизиготних близнюків цей показник становить 3–10 %. Оцінка коефіцієнта наслідування складає 89 %, а вплив середовища дорівнює нулю. Кров припустив, що в основі шизофренії є мутації гена або генів, які контролюють розвиток асиметрії великих півкуль головного мозку. Відомо, що у хворих та

їх здорових родичів спостерігається порушення нормальної асиметрії півкуль.

Встановлено, що імбридинг (близькоспоріднені шлюби) не впливає на появу захворювання на шизофренію. У країнах з високим рівнем близькоспоріднених шлюбів (Японія, Бразилія, Індія, Ізраїль) та в країнах з низьким рівнем (Данія, Франція, Італія, США) інбридингу вченими і лікарями зафіксовано подібну кількість хворих на шизофренію.

На прояв захворювання на шизофренію впливають ряд факторів: вірусні захворювання; народження дітей взимку і ранньою весною; діти народжені в містах;харчування; інтоксикації; дія алергенів. Тварини можуть бути переносниками бактеріальних, вірусних, паразитичних інфекцій, що суттєво впливає на перебіг шизофренії.

Встановлено, що ускладнення пологів у 2 рази підвищує ризик появи захворювання на шизофренією, що призводить до порушення стійкості уваги.

Дослідження Маркуса свідчать, що із 24 дітей з синдромом дефіциту уваги у 5 спостерігається розвиток шизофренії. Розлад уваги спостерігається за кілька років до того, як починає проявлятися байдужість до інших, соціальна ізоляція. Соціальна нестабільність, жорстокість, непослідовність матерів, які хворі на шизофренію підвищує ризик захворюваності у дітей. Зростає ризик захворювання на шизофренію у тих, хто ніколи не одружувався. У чоловіків фактор ризику становить 49, у жінок 14 %. Інші фактори ризику пов`язують з дивною поведінкою (боязливість спілкування (3,7:1), панікою (2,3:1), фобіями різного типу (страх комах) (2,8:1)).

Серед факторів ризику схильності до шизофренії виділяють: *агедонію* (нездатність відчувати задоволення); *порушення уваги*; *знижену здатність до прослідковування поглядом предметів*, які рухаються.

Найбільш характерними ознаками шизофренії є: *соціальне відокремлення; соціальна тривожність; пасивність; емоційна нестабільність; ексцентрична поведінка, недовіра, підозрілість*

Шизоїдний розлад особистості проявляється у випадках, коли людина не відчуває задоволення від близьких стосунків; завжди вибирає поодиноку діяльність; не зацікавлена в сексуальних контактах; отримує незначне задоволення від деяких видів діяльності; не має друзів; байдужий до похвали або критики; демонструє емоційну холодність.

Шизотипові розлади особистості виникають у випадках, коли у людини спостерігається дефіцит в соціальному і міжособистісному спілкуванні; зниження можливості або дискомфорт під час соціальних взаємодій; когнітивні порушення; перекручене сприйняття; ексцентрична поведінка;

До особливостей поведінки людини, хворої на шизофренію відносять: марновірство, телепатію; незвичайні відчуття, ілюзії, дивність у мисленні і мовленні; підозрілість, параноїдальне мислення; недоречні або обмежені емоції; ексцентрична поведінка; відсутність друзів; соціальна тривожність.

Стрес. Біосоціальні причини прояву стресу.

Термін стрес в наукову термінологію був введений у 1936 році Г. Сельє, який зробив висновок про існування загального адаптаційного синдрому, що забезпечує пристосування організму до умов середовища, які змінюються.

За Сельє: «***стрес*** – це неспецифічна реакція організму на будь-яку вимогу ззовні». На сьогодні визначені ключові поняття, що лежать в основі стресу: «***стрес*** – це реакція організму на важливий для нього подразник»; «***стресова реакція*** – це психофізіологічна реакція».

Хронічний стрес – наявність постійного значного фізичного й морального навантаження на людину у результаті якого її нервово-психологічний чи фізіологічний стан є надзвичайно напруженим.

Гострий стрес – стан особи після події чи явища, у результаті якого вона втратила психологічну рівновагу.

Фізіологічний стрес – виникає від фізичного перевантаження організму і впливу на нього шкідливих факторів навколишнього середовища.

Психологічний стрес є наслідком порушення психологічної стійкості особистості. Варіантом психологічного стресу є емоційний стрес, що виникає в ситуаціях загрози, небезпеки, образи.

Інформаційний стрес – виникає в ситуаціях інформаційних перевантажень, від інформаційного вакууму. Крім того, на сьогодні виділяють так званий «менеджерський тип стресу», зумовлений багатьма факторами, пов'язаними з діяльністю менеджерів і їхніми взаєминами з людьми в умовах складних ринкових відносин, коли динамічно змінюється навколишнє середовище й кон'юнктура ринку, посилюється конкурентна боротьба, і тому необхідно приймати оперативні адекватні управлінські рішення для забезпечення стійкого розвитку підприємства та його конкурентоздатності.

Подразник, що викликає стрес називається *стресором* (стресовим подразником). Він стає стресовим в залежності від того значення, яке людина йому приділяє. Однак існують природні чинники, які внаслідок довготривалої дії можуть викликати стрес: жара, холод, шум; через механізми травлення та метаболізму: споживання кофеїну, нікотину, амфітамінів; внаслідок значного фізичного навантаження. У багатьох людей постійне перебування в стресовій ситуації може призвести до дисфункціональних та патологічних змін робочого органу, навіть до структурних змін в тканинах і внаслідок цього виникає психосоматична хвороба. Якщо функціональна система, на яку впливає стрес є життєво важливою, то тоді психофізіологічні порушення можуть призвести до загального виснаженню організму, і навіть, до смерті.

Стресова активація організму може бути викликана не тільки негативними, але й позитивними чинниками. Фізіологи розглядають стресову реакцію як природжений захисний механізм, що виник на ранніх етапах еволюції і давав можливість людині виживати в первісних умовах. Фізіологічна реакція на стрес не залежить від природи стресора. Синдром відповіді на стресовий

чинник – це модель захисних реакцій, направлених на захист сталості організму.

Загальний адаптаційний синдром характеризується трьома стадіями: на першій стадії – ***стадія тривоги***; на другій – стадія ***резистентності***; третя стадія – ***виснаження***.

Реакція занепокоєння **(*стадія тривоги)*** – в організмі проявляються зміни, які повинні нейтралізувати дію стресового чинника, при цьому захисні сили організму знижуються, відбувається мобілізація захисних реакцій організму. Запускаються механізми гуморальної регуляції гомеостазу організму, внаслідок чого стимулюється синтез адреналіну, мінералокортикоїдів та тироксину, що мобілізує організм і прискорює метаболізм. В корі головного мозку формується домінанта, стійка ділянка збудження, що підпорядковує всю діяльність організму.

Стадія ***резистентності*** – організм починає адаптуватись до довготривалої дії стресора (виникає збільшення стійкості організму до дії стресорів). Зміни в організмі свідчать про адаптацію людини, чи тварини до цієї ситуації.

Стадія ***виснаження*** виникає під час довготривалої дії стресового чинника і характеризується виснаженням адаптаційних резервів. Це призводить до появи тих ознак, що були притаманні першій стадії. Захисна реакція, якщо вона буде сильною і довготривалою переходить у хворобу. Це відбувається тоді, коди захисна реакція тривала у часі, що призводить до виснаження фізіологічних механізмів. В загальних випадках на фізіологічному рівні це призводить до збільшення наднирників, зморщення тимусу, селезінки та лімфатичних вузлів, з'являється виразка 12-палої кишки та шлунку.

Г. Сельє розмежував поняття *стрес* та *дистрес*: стрес є корисним і приводить до адаптації, дистрес – шкідливим і призводить до різноманітних психосоматичних захворювань. Негативні стресові реакції викликають нервові зриви, руйнують здоров'я людини й паралізують або деформують її активну соціальну діяльність. Вони особливо руйнівні для організму, якщо людина «стримує» себе, контролює свої емоційні реакції. Л.О. Китаєв-Смик в загальному адаптаційному синдромі виділив ще чотири субсиндроми: *емоційно-поведінковий, вегетативний, когнітивний та соціально-психологічний*.

Класичні уявлення про стрес були розвинуті Р. Лазарусом. Ним були виділені два його види: *фізіологічний та психічний*. Види стресу, згідно з автором, відрізняються за своєю природою та механізмами розвитку: *фізіологічний* стрес характеризується опосередкуванням стимулів автоматичними гомеостатичними механізмами, а *психічний* – психічними процесами оцінки можливої загрози та пошуком адекватної відповіді на неї. Пізніше набули поширення погляди про умовність цілковитого поділу стресу на фізіологічний та психічний, оскільки в фізіологічному стресі є психічні елементи і навпаки.

Проаналізувавши велику кількість вітчизняних і зарубіжних досліджень, А.Б. Леонова виділила три основних підходи до аналізу професійного стресу: *екологічний, трансактний і регуляторний*. Згідно з першим підходом стрес розуміється як результат взаємодії індивіда з навколишнім середовищем; відповідно до другого – як індивідуально-пристосувальна реакція людини на ускладнення ситуації; третього – як особливий клас станів, що відбиває механізм регуляції діяльності в важких умовах.

Один із представників екологічного підходу С. Касл виділив два основних поняття стресу у зв'язку з трудовою діяльністю – звужене та розширене. В першому, стрес розглядається як переважання вимог середовища над тими наявними можливостями суб'єкта, що необхідні для їх задоволення, а в другому – як неадекватність у цілісній системі «людина – середовище». Згідно з трансактною моделлю стресу Т. Кокса стрес являє собою індивідуальний феномен, що є результатом взаємодії між людиною і ситуацією, в якій вона перебуває.

Фінськими науковцями A. Makirangas та U. Kinnunen було встановлено, що підвищений рівень психічного стресу в найманих працівників пов'язаний із зниженою самооцінкою та оптимізмом і має виражені статеві особливості.

Стресовий стан – це стан, що виникає в результаті невідповідності «внутрішніх» можливостей людини умовам і вимогам діяльності і який може призвести до зниження ефективності діяльності та негативних наслідків для психічного і фізичного здоров'я.

Нервово-психічна напруга як різновид стресу. Нервово-психічна напруга розглядається як загальна реакція організму при зміні стереотипу діяльності і найбільш різко виявляється при реальній або уявній загрозі життю або здоров'ю. До основних причин, що зумовлюють розвиток нервово-психічної напруги відносять: *психологічну непідготовленість до роботи* (відсутність вольової установки, слабку тренованість, невпевненість у своїх силах); *фізичну чи психічну втому різного походження*; *несприятливі умови життя*. Стан нервово-психічної напруги, за М.С. Корольчуком, може виявлятися у двох формах зрушень: за типом наростання збудження, або за типом розвитку гальмівних реакцій. Небезпека такого стану для особистості й колективу полягає в тому, що він призводить до дезорганізації поведінки, гальмування раніше напрацьованих навичок, негативних реакцій на зовнішні подразнення, труднощів у розподілі уваги, звуження обсягу уваги та пам'яті, імпульсивних дій (що, природно, негативно позначається на виконанні діяльності). Від стану нервово-психічної напруги необхідно відрізняти стан психоемоційної напруги, який характеризується адекватним вираженням емоційних реакцій, спрямованих на мобілізацію функцій для успішного виконання професійної діяльності.

В умовах конфлікту люди ведуть себе неоднаково.

Під *психічним станом* розуміється цілісна картина психічного функціонування в обмежений проміжок часу. Незважаючи на різноманітність психічних станів, при конфліктах виділяють типові стани.

Фрустрація – психічний стан людини, що виражається в характерних переживаннях і поведінці і те, що викликається об'єктивно непереборними (або суб'єктивно сприйманими як непереборні) труднощами на шляху до досягнення мети.

У деяких людей конфлікти не викликають фрустрацію. Про таких людей кажуть, що вони володіють терпимістю, витривалістю. Найбільш бажаним слід вважати психологічний стан, що характеризується спокоєм, розсудливістю, готовністю використовувати те, що сталося, як життєвий урок, але без нарікань на себе. Реакція людини на конфліктну ситуацію може бути виражена в напруженості, стримуванні небажаних емоцій. Одним із активних проявів фрустрації є агресивність людини – *гнів*, імпульсивна безпорадність, злість. Досить розповсюдженим проявом фрустрації є грубість. Іншою формою активного прояву фрустрації вважають фіксацію. У такому стані людина продовжує робити зусилля по досягненню своєї мети тоді, коли ця діяльність марна або навіть шкідлива. Пасивною формою фрустрації може бути *депресія* – людина охоплена почуттям суму, безсилля, а іноді й відчаю. Депресивні стани частіше виникають у людей з послабленою нервовою системою і похилих людей. Серед психічних станів, які виникають після конфлікту або якщо конфлікт досить тривалий, слід виділити посттравматичний стрес.

Посттравматичний стрес розглядається як особливий стан, який є нормальною реакцією на незвичайну ситуацію. В основі посттравматичного стресу лежить психічна травма, подія, яка здатна викликати психічний стрес. З-поміж ситуацій, які викликають посттравматичний стрес, виділяють природні і викликані людиною. Серед природних розрізняють кліматичні (урагани, смерчі, повені) і сейсмічні (землетруси, виверження вулканів). Серед ситуацій, викликаних людиною, розрізняють нещасні випадки (на транспорті, в промисловості, вибухи, пожежі, біологічні, хімічні, ядерні) і навмисні (тероризм, бунти, соціальні вибухи, війни). У розвитку посттравматичного стресу значну роль відіграють несподіваність, раптовість (вибухи, катастрофи, стихійні лиха) і жорстокість того, що відбувається (військові дії чи напади терористів), психологічна чи фізична слабкість жертви, недостатня соціальна підтримка.

Гострий посттравматичний стрес виявляється на різних рівнях: ментальному, емоційному, фізичному, на рівні поведінки. Так, порушення на ментальному рівні можуть бути у вигляді розгубленості, втрати пам'яті, її погіршення, порушення розумових процесів, уваги тощо. На емоційному рівні порушення виявляються у вигляді страхів, тривоги, горя, депресії, безнадійності, безпорадності, обурення, дратівливості, почуття покинутості, ізоляції тощо. Фізичні прояви посттравматичного стресу можуть бути у вигляді втоми, тремору, пітливості, запаморочення, головного болю, частого

дихання і пульсу. На рівні поведінки спостерігаються мовчазність, соціальна ізоляція, гіперактивність, агресивний гумор, неуважність, лякливість тощо. Повторне переживання посттравматичного стресу виявляється в гнітючих думках; у постійному чи епізодичному згадуванні про психічну травму; в несподіваному відчутті того, що подія і те, що їй передувало, повторюються знову і знову; у психологічному пригніченні, наприклад, ілюзії, галюцинації, у тих випадках, коли події, що відбуваються в даний момент, нагадують або символічно пов'язуються з психічною травмою (сюди відносять дати і різні річниці, пов'язані із психотравмуючими подіями). Дослідження останніх років дали змогу виявити динаміку посттравматичного стресу. Так, виділяють три основні етапи: *шок, удар, вирішення*. На першому етапі людина переживає дію стресора, демобілізується, витісняє подію. На другому етапі у неї з'являється тривога, невпевненість, депресія. На третьому етапі відбувається діагностування і прийняття події. На кожному з етапів потрібна своя корекційна методика. Так, у роботі з особами, які перебувають у важкому фізичному стані, важливим є відновлення фізичних ресурсів. Одним з напрямків психотерапевтичної допомоги може бути мануальна психотерапія, розроблена Б.Г. Кравцовим. У тих випадках, коли дозволяє фізичний стан потерпілих, важливим є проведення дебрифінгу. Оскільки посттравматичний стрес має свої відмінності в залежності від індивідуальних, статевих і вікових властивостей дорослого чи дитини, то важливим є знання кожною людиною проявів власного посттравматичного стресу. Це дозволяє своєчасно розпочати роботу по подоланню наслідків власного посттравматичного стресу. На сьогодні класична концепція стресу зазнала модифікацій. Багато вчених вважає, що фізіологічна реакція організму на стресор визначається не присутністю чинника, а його психологічним впливом на особистість. Існує декілька сучасних концепцій стресу, що розрізняються підходом до визначення стресових факторів та ситуацій.

Концепція Вайтца (1970) полягає в визначенні стресогенних ситуацій. Вони можуть бути викликані: необхідністю прискореної обробки інформації; шкідливими факторами навколишнього середовища; усвідомленою загрозою; порушенням фізіологічних функцій; ізоляцією та виключенням з суспільства; остракізмом; груповим тиском; розчаруванням; відсутністю контролю за подіями.

За Велфродом на протязі життя організм пристосовується до впливу певної кількості стимулів. Якщо ця кількість занадто велика, або мала для цієї особини, то це призведе до розвитку стресу. Це може бути тимчасовим явищем, якщо організм пристосується до цих умов існування, або призведе до розвитку психосоматичної хвороби.

За теорією Кокса і Маккея (Cox, Mackay) стрес може бути описаним як частина комплексної системи взаємодії людини та навколишнього середовища.

Як підсумок сучасних уявлень про стрес можна виділити такі положення:

1. Стрес розвивається внаслідок певної взаємодії між людиною та навколишнім середовищем. Стрес розглядається як індивідуальний феномен. Існують значні індивідуальні відмінності не тільки в переживаннях стресу, але й у відповідних реакціях організму на стрес.

2. Дуже часто соціальний фон переживання людини є вирішальним фактором.

Наслідком тривалої дії стресора може бути дезінтеграція психічної цілісності людини, на фоні чого розвиваються різноманітні психосоматичні захворювання, неврози, психоневрози, психози.

Самогубства в сучасному суспільстві.

Проблема самодеструктивної поведінки, тобто поведінки, направленої на фізичне знищення свого організму, достатньо серйозна і вимагає серйозних роздумів про реальні причини, що штовхають людей на самогубство.

Україна відноситься до держав з середнім і високим рівнем суїцидальної активності (10,0-20,0 на 100 тис. населення). В західних регіонах він є середнім. В окремих розвинутих промислових районах і областях рівень значно перевищує середній (до 44,4 на 100 тис. населення). Сільські мешканці в 1,5 рази частіше від міських закінчують життя самогубством. Максимальна частота самогубств у чоловіків 20-59 років. Загалом, в Україні показники суїцидальної активності для чоловіків становлять 53 %, для жінок 9,8 % на 100 тис. населення. За останні роки різко підвищився рівень самогубств серед дітей у віковій категорії 5-14 років, загалом цей показник становить понад 0,5 % самогубств від усіх вікових груп населення.

До соціальних факторів, що сприяють зростанню суїцидальної активності населення України відносять: різке зниження рівня життя; підвищення безробіття; алкоголізм і наркоманія; зростання соціальної ізоляції; збільшення кількості розлучень, нестабільних сімей; діяльність псевдорелігійних сект і об’єднань.

Самогубством називається будь-який випадок смерті, який безпосередньо або опосередковано є результатом вчинку, зробленого самим потерпілим. Суїцид є усвідомлене позбавлення себе життя і, з цієї точки зору, самогубство є чисто людським свідомим, поведінковим актом.

Самогубство (суїцид) – свідоме самостійне позбавлення себе життя, спричинене своєю безпосередньою, умисною і бажаною дією. Медичний термін самогубства «суїцид» має коріння у латинській мові – лат. *sui caedere* вбивати себе.

Суїцид – акт самогубства або спроби самогубства, який здійснюється у стані сильного душевного розладу або під впливом якогось психічного захворювання.

Самовільний вихід із життя – це усвідомлений акт самоусунення з життя під впливом гострих психотравмуючих ситуацій, при яких власне життя як вища цінність втрачає сенс.

За даними, серед населення віком від 15 до 44 років самогубство є одним з трьох головних причин смертності. Щороку в світі близько мільйона людей покінчують життя самогубством, тобто одна людина кожні 40 секунд. Щодо суспільних категорій, які найбільш схильні до скоєння подібних вчинків, то найвищий показник самогубств відзначається серед психічнохворих, хронічних алкоголіків, наркоманів, інвалідів. До групи ризику можна також віднести літніх людей, засуджених, а також дітей та підлітків. Кількість самогубств, скоєних дітьми, збільшується, а вік самогубців зменшується. Особливо вразливою до соціальних негараздів у суспільстві є молодь. Основні причини самогубств лежать у сфері соціальній, соціально-психологічній, що окреслює втрату соціальних зв'язків, депресію, фрустрацію, алкоголізм, наркоманію, невдачі у навчанні, конфлікти із родичами, однолітками, страх перед майбутнім, самотність, розчарування у коханні, втратою смислу життя і професійних перспектив, хронічною відсутністю грошей і роботи тощо. Тому нинішні молоді громадяни, на відміну від старшого покоління, поставлені подвійно в екстремальні умови, вихід з яких може бути непередбачуваним і неконтрольованим. За даними центру досліджень дитинства Українського НДІ, у 27% дітей віком від 10 до 17 років час від часу з'являються суїцидальні думки. Крім того, більшість дитячих самогубств пов'язана не з психічними захворюваннями, а з недоліками морального виховання. До важливих чинників суїцидальності неповнолітніх відносять: втрату батьківської любові, нерозділене кохання, розлучення батьків, що породжує відчай, образу, ревнощі, вражене самолюбство, приниження, знущання, вагітність, страх, тривогу при нестійкій, ще не повністю сформованій психіці.

У всьому світі самогубство є однією з важливих проблем суспільного здоров'я. Проблемою самогубств займається така міждисциплінарна наука як суїцидологія, що визнана у всьому світі, має свій методичний інструментарій і спирається на знання філософського, соціологічного, психологічного, медичного, біологічного (генетичного) характеру.

Останніми роками інтерес до проблеми самогубств в суспільстві (зокрема в Україні) посилився. Не зважаючи на те, що в свідомості людей зберігається безліч міфів щодо самогубства, можна стверджувати, що загальне небажання обговорювати цю проблему поступається місцем зацікавленій дискусії. В значній мірі цьому сприяли позиція ВООЗ численні публікації, діяльність волонтерських і інших громадських організацій. ВООЗ, як відомо, внесла превенцію суїцидів до числа пріоритетних напрямів у сфері суспільного здоров'я і ще в 1989р. рекомендувала країнам-учасницям

розробляти та впроваджувати національні превентивні програми. ВООЗ сформулювала ряд важливих положень, що надають можливість громадськості і професіоналам розробляти і застосовувати практичні заходи. Так, в звіті ВООЗ за 2009 р. містяться наступні висновки:

• самогубство є однією з найважливіших проблем суспільного здоров'я, суїцид приносить страждання сім'ї і суспільству, а також завдає істотного економічного збитку;

• значній частині самогубств можна запобігти;

• превенція самогубств повинна мати різнобічний та мультидисциплінарний характер, охоплювати різноманітні аспекти життя людини і сфери суспільного життя;

Необхідно розвивати національні стратегії і політику у галузі суїцидальної превенції з урахуванням специфічних проявів цієї проблеми, а також культурних традицій, системи цінностей і особливостей соціальної структуризації в кожній окремій країні .

В Україні до недавнього часу проблема превенції самогубств обговорювалася в основному з теоретичних позицій. Громадська організація «Екологічне здоров'я людини» зареєстрована на території України з 1997 р., займається розробками і освітніми програмами у галузі суїцидальної превенції з 1999 р. З 2000 р. «Екологічне здоров'я людини» є центром Європейської мережі з моніторингу та превенції суїцидальних спроб і суїцидів. З 2001р. організація є виконавцем Українсько-шведського проекту «Суїцидальна превенція і вивчення суїцидальної поведінки в Україні». В ході науково-дослідної і освітньої роботи сформована мережа професійно підготовлених фахівців в містах України, яка може стати важливим ресурсом в просуванні безпосередніх практичних заходів суїцидальної превенції. «Екологічне здоров'я людини» підтримує зв'язки і співпрацює з ВООЗ, Шведським національним центром суїцидологічних досліджень і превенції, громадською організацією «*Mental Health – Europe*», міжнародною асоціацією суїцидальної превенції (IASP), низкою громадських організацій і рухів в Україні.

Згідно з офіційними даними ВООЗ за станом на 2010 р. Україна входить в першу десятку країн світу з найбільш високим рівнем самогубств. За період перебування України у складі СРСР, з 1981 р. по 1985 р. намітилася тенденція до зниження числа випадків суїциду, що привело в 1988 р. до мінімального їх рівня за останні 25 років. Це явище було пов'язане з одного боку, з антиалкогольною кампанією, що почалася в той період в колишньому СРСР, а з іншого – із стрімкими демократичними змінами в суспільстві, які породили значний соціальний оптимізм і активізацію ринкових процесів. Проте надалі, у міру наростання неминучих економічних труднощів перехідного періоду, особливо з 1992 року, почалося помітне зростання числа самогубств, що у поєднанні з наростаючими міграційними процесами і депопуляцією привело до значного зростання рівня суїцидів, який досяг свого максимуму в 1996 р. і залишався майже незмінним аж до 2005 р.

Починаючи з 2005 р. спостерігався помітний спад числа і рівня самогубств (не зважаючи на зниження чисельності населення), який продовжувався аж до 2008 р. Істотне зниження рівня самогубств припало на період економічної стабілізації. Проте, мінімальний рівень 1988 р. ще не був досягнутий, і з першої десятки Україна ще не вийшла.

В суїцидологічних дослідженнях важливим є питання про гендерні відмінності в суїцидальній поведінці. У різних культурах гендерне співвідношення індексів самогубств варіює, проте загальною закономірністю в країнах Європи є переважання чоловічих самогубств над жіночими.

В Україні чоловіки здійснюють самогубства в 4-5 разів частіше, ніж жінки.

Таким чином, соціально-економічні та інші зовнішні чинники більшою мірою позначаються на суїцидальній поведінці чоловіків, жінки меншою мірою піддаються впливу як негативних, так і позитивних чинників довкілля. Слід зазначити, що спостережувані відмінності в суїцидальній поведінці чоловіків і жінок в Україні недвозначно вказують на те, що чоловіки є групою підвищеного ризику, що відповідає всій світовій практиці. Розглянемо такий чинник, як вік. При розрахунку індексів суїциду на число чоловіків і жінок, що входять до кожної вікової групи, виявляється, що серед жінок частота самогубств неухильно росте пропорційно віку. У чоловіків спостерігається інша закономірність – індекси суїциду досягають першого максимуму у віковій групі 45-54 роки і другого, у віці 75 років і старше.
Виявлені закономірності дозволяють уточнити групу максимального ризику – в Україні це чоловіки найбільш працездатного віку, тобто періоду життя, який прийнято називати періодом розквіту творчих сил і досягнення вищого професійного рівня. В той же час до груп з високим ризиком відносять чоловіків і жінок літнього віку, а також молодих людей, наслідки самогубств яких є особливо тяжкими для суспільства та їх родин.

Особливості суїцидальної поведінки в Україні.

Найбільш високий середній рівень суїцидів за 8 років (2002–2010 рр.) спостерігали в східній частині України, причому найбільший рівень зареєстровано в Сумській області. Найнижчий рівень суїцидальної поведінки протягом багатьох років спостерігали в Західному регіоні, зокрема, в Закарпатській, Львівській та Чернівецькій областях.

У Центральному і Південному регіонах (показники за 2000-2005 рр.)максимальні суїцидальні спроби реєстрували серед жінок у віковій категорії 20–24 р., в більш старших вікових групах відмічали незначні відмінності.

В плані превенції представляє інтерес аналіз методів суїцидальних спроб. На відміну від звершених суїцидів, в даному випадку близько половини всіх спроб здійснюється шляхом медикаментозного самоотруєння (49,7 %), самопорізи (35 %); отруєння іншими токсичними речовинами,

повішення і падіння з висоти складають по 3,5-4 % кожне відповідно, вогнепальні поранення (0,5-1 %).

Все вищевикладене важливе для формулювання основних програмних цілей і завдань національного плану суїцидальної превенції. За останні 10 років щорічно в Україні від самогубств гине близько 13 тис. осіб. За період з 1985 по 2010 р. загальне число загиблих в результаті самогубства перевищувало 330 тис. осіб. Щодня в Україні в результаті самогубств вмирає 35-40 осіб та здійснюється близько 500 суїцидальних спроб. Кількість осіб загиблих в результаті самогубств в Україні перевищує число загиблих в результаті вбивств і аварій на транспорті. Значна частина людей, що подумують про самогубство, звертається до лікарів загального профілю з невизначеними скаргами. Значна частина людей, що здійснюють суїцидальні спроби, не одержує адекватної психологічної допомоги.

Суїцидальна поведінка – поняття більш ширше і поряд з суїцидом, включає в себе суїцидальні замахи, спроби та прояви.

Суїцидальні замахи – всі суїцидальні акти, котрі не закінчились летально з певних причин, незалежних від суїциденту.

Суїцидальними спробами вважають демонстративно-установчі дії, при яких суїцидент частіше всього знає про безпеку здійснюючого ним акту.

Суїцидальні прояви – думки, вислови, натяки, які не супроводжуються будь-якими діями, направленими на позбавлення себе життя.

Аномічні самогубства – акт самогубства, що є наслідком неспроможності людини пристосуватися до швидкоплинних умов суспільства. Причини суїциду різноманітні, вони полягають не тільки в особистісних деформаціях суб'єкта і обстановці, яка травмує психіку, але й у соціально-економічній та моральній організації суспільства.

Сьогодні психологи виділяють такі основні мотиви суїцидальної поведінки серед молоді:

- переживання образи, самотності, відчуженості, неможливість бути зрозумілим;
- реальна або уявна втрата батьківської любові, нерозділене кохання (кохання без взаємності), ревнощі;
- переживання, пов'язані із смертю одного з батьків, розлучення батьків;
- почуття провини, сорому, образи, невдоволення;
- страх перед ганьбою, глузуванням, приниженням;
- страх перед покаранням;
- любовні невдачі, сексуальні ексцеси, вагітність;
- почуття помсти, погроз, шантажу;
- бажання привернути до себе увагу, викликати жаль, співчуття.

Сімейні конфлікти спричинюють 60-80 % суїцидів. Здебільшого це несправедливе ставлення, образи, приниження, ревнощі, подружня зрада, розлучення, хвороба чи смерть родичів, нерозділене кохання, статева неспроможність тощо. За статистичними даними люди, які перебувають у шлюбі, вчиняють самогубство значно рідше, ніж холостяки або розлучені.

Великий рівень суїцидів спостерігається серед людей, які втратили партнера – вони покінчують з життям утричі частіше, ніж сімейні.

Наприкінці XX століття було з'ясовано, що на рівень суїцидальності впливають також нові технічні засоби передавання інформації. У час бурхливого розвитку засобів масової інформації, комп'ютерних ігор, ці тенденції суттєво поглибились. Розвиток науково-технічного прогресу, накопичення інформаційних ресурсів, поява соціальних інновацій далеко не завжди йдуть паралельно із зростанням задоволеності життям, гармонією з довкіллям. Не сприяють зниженню рівня самогубств такі супутники науково-технічного прогресу у суспільстві, як загроза економічних і технологічних катастроф, екологічний дискомфорт від надмірного скупчення людей у забруднених, неестетичних, гнітючих містах, інтенсифікація контактів, надмірні емоційні навантаження тих, хто прагне зробити кар'єру. Фахівці відзначають збільшення кількості самогубств після аварії на ЧАЕС серед чорнобильців–ліквідаторів. Суспільні катаклізми безпосередньо впливають на рівень самогубств. Внаслідок економічних криз часто людина відчуває себе повною невдахою, звинувачуючи у першу чергу не зовнішні обставини, а саму себе. У такій ситуації майбутнє видається їй невизначеним, а самогубство – єдиним способом виходу із скрутної ситуації. Інша група дослідників стверджує протилежне – рівень життя і кількість самогубств не пов'язані між собою (наприклад, Швеція – одна з високорозвинених і багатих країн Європи, протягом 10 років є лідером за кількістю суїцидів). Життєві реалії й наукові дослідження засвідчують тісний взаємозв'язок між наркоманією, алкоголізмом, депресією і суїцидальною поведінкою. Соціологічні дослідження свідчать, що самогубство є наслідком психічного розладу людини. Основною причиною скоєння самогубств в Україні є психологічні проблеми людини.

Вирішення проблеми зниження кількості самогубств серед людей з психічними розладами і серед населення в цілому вимагає конкретних дій з боку систем охорони здоров'я, професійних психіатрів, психологів, соціальних працівників і державних чиновників тощо. Служби охорони здоров'я повинні прагнути до своєчасного діагностування психічних розладів. Працівники системи охорони здоров'я повинні приділяти підвищену увагу проблемі боротьби з негативним відношенням і дискримінацією, оскільки вони досить часто супроводжують психічні розлади і самогубства у певних людей. Психіатри повинні підвищити якість надання спеціалізованої психіатричної допомоги та попередження виникнення психічних розладів для забезпечення психічного благополуччя населення, що буде сприяти підвищенню якості життя населення України.

Способи самогубства. Існує багато різних способів покінчити життя самогубством: повішення, отруєння, передозування лікарськими засобами, падіння з висоти, різання вен, утоплення тощо. На вибір одного з способів скоєння суїциду впливає психологічний стан людини. У багатьох державах доведення до самогубства карається законом.

В українському законодавстві це питання розглядається в ст. 120 Кримінального кодексу. На законодавчому рівні в жодній країні світу не закріплене право людини на позбавлення себе життя, щоправда декілька таких випадків мали місце в історії. У християнстві самогубство вважається гріхом. В ісламі суїцид також засуджується, але вважається, що мученики, які померли у ході джихаду, одразу потрапляють до Раю. Цим користуються численні шахіди – терористи - смертники, які таким чином не вважають себе грішниками. Так само в ісламі перевага віддається смерті перед нестерпним стражданням чи безчестю мусульманина. В індуїзмі та буддизмі самогубство вважалося безглуздим, оскільки згідно концепції реінкарнації, у наступному житті самогубець повернувся б у ту ж саму ситуацію. Водночас самогубство, яке виконувалося як жертвоприношення богам або людиною похилого віку, яка залишила нащадка, схвалювалося. У культурі багатьох народів світу самогубство не лише не засуджувалося, але й вважалося почесним чи навіть обов'язковим у деяких випадках. Наприклад, у японських самураїв практикувалося ритуальне самогубство сепуку. В Індії довгий час існувала традиція саті – самоспалення вдови після смерті чоловіка. Під час Другої світової війни набули поширення японські пілоти – смертники - камікадзе.

Питання для самоперевірки

1. Дайте визначення поняттям самогубство, суїцид, суїцидальна поведінка, суїцидальні замахи, спроби, прояви та анатомічні самогубства та прокоментуйте їх.
2. Охарактеризуйте основні мотиви суїцидальної поведінки серед молоді:
3. Що впливає на зростання суїцидальності?
4. Прокоментуйте способи самогубства.
5. Самогубства та релегійні віросповідання.
6. Самогубства та сучасне суспільство

З історії науки

❖ В 1943 р. Л. Каннер уперше описав хворобливий стан психіки людини, що характеризується послабленням зв'язків із реальністю; виявляється в зосередженості на власних переживаннях, обмеженні спілкування з іншими людьми, назвавши його раннім дитячим аутизмом. Цей стан характеризується глибокою недостатністю емоційних контактів, тривожним прагненням зберегти постійність, незмінність оточення, надзвичайною зосередженістю на окремих об'єктах, маніпулюванням ними, мутизмом, не спрямованим на комунікацію, достатньо високим пізнавальним потенціалом. За даними Каннера, у 15–20 % випадків у таких дітей інтелект буває в межах норми. Чимало з них, маючи непогані інтелектуальні

можливості, можуть бути обдарованими: добре грати в шахи, малювати, мати музичні здібності та ін.

❖ Статистика свідчить, що на 10 тисяч новонароджених припадає 4–5 випадків раннього дитячого аутизму. Це порушення розвитку спостерігається в усіх країнах світу незалежно від соціального середовища чи етнічної належності. Показник поширеності цієї патології в Україні, за офіційними статистичними даними, становить 2 на 10 тис осіб (0,02 %).

❖ Численні дослідження раннього дитячого аутизму (Аспергер (1944), Ван Кревелен (1957), С. Мнухін (1947), Д. Ісаєв (1969), В. Каган (1973) та ін.) виявили, що поряд із «класичним» аутизмом Л. Каннера, цей синдром входить до структури різних нозологічних форм, іноді є одним із проявів викривленого психічного розвитку, наприклад, у випадках олігофренії, затримки психічного розвитку.

❖ Україна займає 1 місце в Європі за кількістю самогубств.

Цікаво знати, що…

❖ На 2000 рік у всьому світі приблизно нараховується близько 12 млн. пацієнтів з хворобою Альцгеймера, що займає четверте місце серед причин смерті в літньому віці і визнана однією з чотирьох головних медико-соціальних проблем сучасності.

❖ Прогнозується, що в період з 1990 по 2010 роки кількість випадків деменції в розвинених країнах зросте з 7,4 млн. до 10,2 млн. (тобто на 37 %), популяція літніх людей (старше 65 років) зросте від 140 млн. до 185 млн. (на 30%), а населення цих країн в цілому зросте з 11,40 млн. до 1213 млн. (на 6 %).

❖ У період з 1990–2010 рр. в малорозвинених країнах очікується зростання кількості літніх людей у віці 65 років і старше з 183 млн. до 325 млн. (тобто на 78%). Ці прогнози припускають, що рівень поширеності деменції сам по собі в майбутньому не зміниться.

❖ Хвороба Альйцгеймера найбільш поширена у США. Її частота зростає з віком людей. Вважають, що на це захворювання хворіють від 2,3% до 10,3% осіб віком понад 64 роки, та від 13 % до 48 % тих, хто має більше за 84 роки. Жінки хворіють частіше за чоловіків.

❖ Частота хвороби Альйцгеймера є різною в різних країнах. Незначне поширення (від 0,07 % до 0,4 %) спостерігається серед мешканців китайських міст. Не виявлено захворювання в племенах Нігерії. Не відомо, чи такі відмінності відображають різну генетичну схильність до ХА, чи залежать від впливу чинників довкілля.

Література

1. Александров А. А. Психогенетика. – СПб Питер. 2007.— 192 с.
2. Біологія. Довідник для вступників у ВНЗ / за ред. В.О. Мотузного. – К.: Вища школа. 1995 – 667с.

3. Бужієвська Т.І. Основи медичної генетики. – К.: Здоров'я, 2001. – 136 с.
4. Валеологія.: Навч. посібник для студентів вищих закладів освіти: В2 ч. За ред. В.І. Бобрицької. – Полтава «Скайтек», 2001. – 46с.
5. Вітенко І.С. та ін. Основи загальної і медичної психології: Навч. Посіб. – К.: Вища школа, 1991. – 271с.
6. Зикмунд В.Болезни – следствие цивилизации? Братислава, Веда, 1987. – 236с.
7. Малых С. Б., Егорова М. С., Мешкова Т. А. Психогенетика. – Спб, Питер, 2008, т.1. – 406 с.
8. Малых С. Б., Егорова М. С., Мешкова Т. А. Психогенетика – Спб, Питер, 2008, т.2. – 336 с.
9. Малых С. Б. Психогенетика: теория, методология, эксперимент. – М.:Эпидавр, 2004. – 414 с.
10. Пішак В.П., Мещишен І.Ф., Пішак О.В., Мислицьки В.Ф. Основи медичної генетики.: – Чернівці: Мед академія, 2000 – 248 с.

Проблеми залежностей в сучасному суспільстві

Залежність – набута гостра потреба здійснювати певні дії або вживати певні речовини. У повсякденній мові термін «залежність» використовується в основному стосовно людей, які зловживають наркотиками, алкоголем та сигаретами. У ширшому контексті можна послатися на багато інших видів поведінки, таких, як ігри, перегляд телевізора, комп'ютерна залежність, Інтернет або сексуальна залежність тощо.

Залежність поділяють на *фізіологічну* та *психічну.* Дії, що здійснюються через залежність людини від тієї чи іншої речовини, яку вона вживає, переважно є шкідливими для організму людини. Вони перешкоджають людини розвиватися як розумово, так і фізично. Серед цих звичок виділяють декілька найшкідливіших – це наркоманія, алкоголізм, токсикоманія та тютюнопаління.

Історично, «залежність» була визначена тільки щодо психоактивних речовин (наприклад, алкоголь, тютюн, наркотики тощо), які проходять через гематоенцефалічний бар'єр, тобто одноразове вживання спричиняє, тимчасові хімічні зміни в середині мозку. Сучасні дослідження в області феноменології, історії сімейної медицини показують, що періодичні вибухові хворобливі прояви такі як клептоманія, проблема азартних ігор, піроманія і тріхотілломанія можуть бути пов'язані з розладами настрою, впливом алкоголю і наслідком вживання психоактивними речовин а також тривожних розладів. Саме тому, такі поведінкові обсесивно-компульсивні розлади людини, класифікуються Американською психологічною асоціацією, як розлади імпульсного управління і, отже, не як «залежність», а як стан особи, який при не вчасному його унормуванні, тоді вже призводить до проявів «залежності». Багато людей, фахівців і неспеціалістів з психології, тепер відчувають, що повинні бути зроблені певні поправки в їх дослідженнях, для

можливості включення до психологічної «залежності», проявів людської поведінки, які є наслідком від азартних ігор, харчування, сексу, порнографії, комп'ютерів, трудоголізму, фізичних навантажень, духовною одержимістю (на відміну від релігійної відданості), самокаліцтво і шопінг, тому ці прояви в поведінці вважаються «залежністю», а також спричиняють до симптоматики – провини, сорому, страху, безвиході, невдач, відмов, тривоги або приниження, пов'язані, крім інших медичних станів, ще й до депресії і епілепсії. Хоча вищезгадані прояви або їх наслідки, в загальному, не вписуються в традиційне уявлення про «залежність» і можуть бути чіткіше визначені як обсесивно-компульсивний розлад, але при запущеній хворобі чи поведінці може таки виникнути абстинентний синдром, який згодом таки призводить до всіх типових уже проявів «залежності». Однак, є спеціалісти, хто дотримується традиційно-консервативної думки, що подібні симптоми не чітко відображають «залежність», а скоріше свідчать про поведінкові розлади. Тому існують суперечки навколо визначення «залежності» з боку представників двох основних медично-наукових таборів – «залежність» як захворювання людини чи «залежність» як прояв поведінки людини.

Фармакологи та інші практикуючі лікарі продовжують говорити про «залежність» із фізіологічної точки зору (деякі називають це «фізичною залежністю»); а психіатри посилаючись на хворобливий, пригнічений стан людини, називають її наслідком «психологічної залежності». Відомо, що більшість лікарів ставляться до цієї хвороби загалом, як до «Залежності».

«Залежність» – «неконтрольований, компульсивний стан пацієнта».

На практиці ці два види «залежності» не завжди легко відрізнити, оскільки «залежні» пацієнти водночас володіють фізичними та психологічними компонентами цього стану. Існує також менш відома медична ситуація, яка ще називається «псевдозалежність», коли пацієнт буде проявляти симптоми «залежності», особливо своєю поведінкою нагадуючи про «психологічну залежність», однак цю симптоматику вони проявляли внаслідок справжньої болі або інших симптомів, які сталися внаслідок лікування чи загального стану пацієнта. На відміну від справжньої «психологічної залежності», така поведінка людини, як правило, припиняється, коли проводиться адекватне лікування.

«Фізична залежність» від речовин спостерігається з появою характерних симптомів, коли речовину раптово припинено вживати. Опіати, бензодіазепіни, барбітурати, алкоголь і нікотин та інші важкі фармакологічні засоби викликають «фізичну залежність». З іншого боку, деякі категорії речовин до цих пір не розглянуті в розрізі звикання: кортизон, бета-блокатори і антидепресанти. Таким чином, у той час як «фізична залежність» може бути важливим чинником у «психологічній залежності», і часто стає первинною мотивацією до «залежності» людини – первісного присвоєння первинного звикання до речовини, як правило, це здатність викликати задоволення, хоча і при тривалому використанні, наслідком є не стільки задоволення, як примус організму чи потреба в полегшенні тривоги чи

дискомфорту, викликані згодом уже відсутністю даної речовини (до дії якої організм звикся), внаслідок чого речовина уже стала використовуватися людиною-пацієнтом вимушено.

Швидкість, з якою дана людина стає залежною від різних речовин, змінюється в залежності від самої речовини, частоти її використання, способів прийому, інтенсивності задоволення чи ейфорії організму, генетичної та психологічної сприйнятливості індивідума. Деякі люди можуть проявляти алкогольні тенденції з моменту першого свого сп'яніння, у той час як інші люди можуть пити доволі часто й ніколи не стануть «залежними».

Більшість вчених, лікарів, психологів вважають «залежність» генетичною проблемою.

Психологічна залежність – залежність, яку пов'язують з розумовими здібностями людини, вона виникає внаслідок психологічних абстинентних синдромів (наприклад, потяг, дратівливість, безсоння, депресія, анорексія і т.д.). «Залежність», в теорії, може бути отримана від будь-якої винагороди поведінки, і, як вважають, буде в значній мірі пов'язана з системою дофамін-ергічних впливів, що виникають в мозку.

Лікування хворих з «хімічними залежностями» зазвичай включає в себе планування конкретних шляхів, щоб уникнути стимуляцію звикання терапевтичні заходи покликані допомогти клієнтові дізнатися більше про себе й свою проблему, щоб знайти інші способи задоволення запитів у пацієнта. Клінічні лідери в сфері лікування «залежності», в останні роки намагалися пристосувати різні підходи втручання до вирішення конкретних дій пацієнта, які випливають з адиктивної поведінки, та з використанням терапевтичних бесід у спробі виявити негативні фактори та першопричини, які призвели до виникнення нездорових симптомів звикання, виявлення джерел задоволення або звільнення від болю іншими методами. Хоча «залежність», здавалося б, пов'язана з неконтрольованим емоціями чи діями, та ймовірно, може мати коріння в генетичній схильності конкретної людини, тому лікування «залежностей» проводиться широким спектром медичних та суміжних професій, у тому числі; медичними фахівцями, психіатрами, психологами, а також належним чином підготовленими медсестрами, соціальними працівниками і консультантами.

Законодавство країн світу в боротьбі з «залежністю».

Більшість країн світу створили законодавчу базу в боротьбі з асоціальним явищем «залежності», яке визначає різні лікарські препарати, засоби і наркотики як речовини, що знаходяться під контролем системи ліцензування. Як правило, в цих законах охоплюється різноманітні або всі види опіатів, амфітаміни, канабіс, кокаїн, барбітурати, галюциногени (триптамін, ЛСД, фенциклідін (PCP), псилоцибін) і ряд сучасніших синтетичних наркотиків постачання або володіння якими може бути розцінені кримінальним злочином. Зазвичай, класифікація наркотиків, як

лікарських препаратів, чітко регулюється законодавчими актами, оскільки вони пов'язані з звиканням. Вказані речовини мають різні форми «звикання», і як наслідок, деякі схильні заподіяти значну фізичну «залежність», а інші мають лише місцеві впливи, рідко коли можуть заподіяти «залежність», швидше її компульсивні прояви.

Більшість державних органів світу почали боротися з негативними наслідками «залежності». Тому з самого початку була виведена форма боротьби з цими явищами, яка окрім самого лікування, включає в себе: виявлення першопричин виникнення «залежності» та їх усунення чи вдосконалення суспільних норм та законів для її унеможливлення.

В Україні, окрім медичних закладів та самих пацієнтів, які вже борються з наслідками «залежності», залучені до вивчення та вдосконалення цих важливих для суспільства проблем громадські організації, державні органи тощо.

Державний апарат – Уряд України, Верховна Рада України створюють законодавчі акти та норми згідно яким суспільство має можливість законним чином усувати негативні першопричини явищ, що спонукають до проявів «залежності», а державні органи на місцях, органи правопорядку та громадські структури слідкують за втіленням та слідуванням цим нормам та правилам в суспільстві, займаються профілактикою й попередженням винекнення негативних наслідків «залежності». В законодавстві України існує багато Законів й підзаконних актів, що мають безпосередній зв'язок з усуненням першопричин виникнення «залежності». Звичайно, що не в усіх законодавчих актах передбачені всі можливі наслідки «залежностей», тому з роками ця нормативна база збільшується й розширюється сегмент суспільства, що охоплений проблематикою «залежності».

Випадкові залежності. Слово «залежність» іноді використовується у випадках, коли людина має пристрасть до чогось, наприклад, до: книжок, шоколаду, роботи, бігу чи спорту, їди, чи різноманітного колекціонування тощо. Таку «залежність» називають випадковою, для людини та суспільства вона не є шкідливою», однак, вона виліковна.

Азарт – пережиття моменту задоволення. Проблема лудоманії (психотерапевтичний термін для означення залежності від азартних ігор) розвинулася до неймовірних розмірів. Ігроманія (лудоманія) – така ж важка форма залежності, як і наркоманія, алкоголізм. І хоч при цьому людина не отруює організм шкідливими хімічними речовинами, однак її психіка зазнає нищівного удару. Лудоманія на заключній стадії – це затьмарення свідомості і божевілля. Розрізняють такі теорії азартності:

1. *Нейробіологічна теорія* свідчить, що азарт і геймлінг – це схильність до гри, вони пов'язані з біологічними змінами, які виникають в мозку. Біологічно доведено, що в мозку є біологічна субстанція дофамін, при її подразненні виникає момент задоволення.
2. *Психодинамічна теорія* – згідно з нею, азартна гра – це спосіб заміщення тієї частини особистості, якої не вистачає. Особистість

розвивалася в емоційному голоді, й вона запозичує в азартній грі ті відчуття та переживання, яких не здатна переживати в реальному життя.

3. *Теорія нейропластичності* – нервова система, як і всі інші, здатна пристосовуватися до навколишніх умов, тобто ми можемо змінити перебіг нервових імпульсів у мозку за допомогою зовнішніх впливів. У випадку, коли людина підходить до грального апарату і виграє, в неї виникає умовний рефлекс, що вона може виграти ще раз, і це підтримує глибоке відчуття радісних емоцій. Ця людина ще і ще тиснутиме на педаль, щоб отримати задоволення.

4. *Казкова теорія (не дитяча)*. Зауважте, гравці – це здебільшого хлопці. Можу пояснити, чому. На яких казочках ростуть дівчатка? Позитивна героїня дівчат – Попелюшка. Довго мучитися, страждати, тяжко працювати – і врешті здобути нагороду у вигляді щастя. У казці про 12 місяців позитивною героїнею знову є бідна сирітка. Сита бабина донька, яка має всі іграшки та насолоджується своїм дитинством, – негативна героїня. За те, що сирітка тяжко працює і страждає, вона стає щасливою.

Отже, жіноча модель щастя – мазохістична. Своє щастя жінка має вистраждати.

Натомість на яких казочках ростуть хлопчики? Візьмімо “Кота у чоботях”. Перший син отримав у спадок млин, на якому треба працювати, аби щось мати. Це не позитивний герой. Другому синові дістався осел, на якому теж треба дрова возити, – теж не позитивний герой. А позитивний герой – це ледар. Йому дістався Кіт у чоботях, який замість сина досягає для нього все: і принцесу, і маєток.

Про Ємелю та щуче веління теж знаєте. Чоловіки в нас запрограмовуються на очікування всіх благ без тяжкої щоденної праці. Закладається очікування якогось магічного способу (Кіт у чоботях чи Щука), який дозволить усього досягнути легкою ціною. Тому саме хлопці в ігрових автоматах шукають свою Щуку та Кота в чоботях...

Класифікація ігроманій. Єдиної класифікації залежності до азартних ігор не існує, та все ж можна запропонувати класифікацію по наступних десяти видах: карткові ігри, шахрайство; лохотронство, гра в наперстки; лотереї; іподром, ставки на результати заїздів, ставки на результати собачих і півневих боїв та ін.; рулетка і інші азартні ігри в казино; лудоманія – залежність від гри на апаратах (деякі фахівці цей термін використовують як назву для всієї групи ігрової залежності); гра на різних тоталізаторах, букмекерство; ставки, парі, суперечки тощо; комп’ютерні, електронні**,** відеоігри; залежність від електронних іграшок і пристроїв – тамагочі.

Канадська класифікація

- *Перший клас*: постійні ігри, включаючи місцеві лотереї, бінго, казино –це ставки на перегонах, спортивні ставки і відео лотереї.
- *Другий клас:* різні грошові парі і ставки між друзями і колегами по роботі. Це можуть бути спортивні, політичні, карткові, більярдні і вчинено будь-

які парі і ставки, і вони займають значне місце в культурному і суспільному житті населення.

- *Третій клас:* ставки у нелегальних букмекерів, нелегальні гральні заклади для гри в карти і рулетку, казино в Інтернеті.
- *Четвертий клас:* гра на біржі, що носить характер азартної гри, а не професійного обов'язку.

Люди, страждаючі від лудоманії, самі того не розуміючи, наражають себе в порочний круг, де вони безуспішно займаються боротьбою самі з собою, з своїми відчуттями сорому і вини, своїми неадекватними самооцінками (самооцінка може бути сильно занижена або ж навпаки – надмірно завищена), відчуттям нікчемності, з своїми страхами і нагромадженнями психологічного захисту (захисні фантазії, система ритуальних дій). Інших проблем особового плану, як у сфері взаємостосунків, так і в своєму внутрішньому емоційному і духовному світі, криза довір'я, фінансова кабала у величезних боргів. Чим і відрізняється залежна людина від інших, вона вирішує свої особові проблеми тільки одним способом – через азартну гру, яка ще більше додає і усугубляє ті самі особові проблеми.

Проблема ігроманії серед неповнолітніх існує вже не перший рік. В окремих країнах ігроманія вважається навіть серйозною хворобою, і таких хворих лікують. Однак краще боротися не з наслідками, а з причинами біди. Інколи ці наслідки бувають несумісні з життям.

За статистикою, 80% азартних гравців мають суїцидальні думки, а 20% робили спроби самогубства. Гральні автомати можуть відігравати конструктивну роль, якщо це річ, якою ви справді керуєте. Ви маєте усвідомлювати, що гральний зал – це місце, де отримуєте певну порцію емоцій, але дозовану. Раз на місяць можна програти 100 грн., але коли дійсно є контроль над собою. Тут нічого страшного немає, якщо людина це усвідомлює й не обманює себе. Бо є ж інші види залежностей: футбол, бокс, зустріч Нового року тощо. Люди очікують видуманого стану афекту, бо ці переживання є потрібні для них. Головне – аби ці афекти не були деструктивними.

Гра – це захист від своїх внутрішніх переживань. Із людини, яка має антисоціальну агресію, завжди вийде чудовий хірург. А нестримно самотня людина стає прекрасним митцем. Із гравців виходять дуже добрі бізнесмени, оскільки вони знаходять азарт у цій доволі нудній справі. Багато труднощів і проблем підлітків пояснюються основною суперечністю його розвитку – рухом до відособлення і соціалізацією. Ці взаємозв'язані процеси проходять нелегко: найчастіше вони є драматичними і для самого підлітка і для оточуючих його людей.

За допомогою енцефалограми дослідники встановили, що в лудомана відбуваються такі зміни в мозку, як у хворого на епілепсію.

Ігроманія – важковиліковна хвороба, яка за симптоматикою мало відрізняється від інших адикцій, проте може виявитися навіть небезпечнішою. На відміну від людей із нарко- чи алкозалежністю, лудомани

часто схожі на цілком нормальних, здорових людей, і їх важко вирізнити з-поміж натовпу, тим паче, що багато із них виглядають досить пристойно, мають хороші роботи, хоча насправді це не так. Вони вважають себе вільними робити, що їм заманеться, але їхня примарна свобода закінчується, коли їхні очі засліплює блиск яскравих мигалок і ілюмінацій, якими обладнані вітрини грального залів і самі «однорукі бандити».

З особливою обережністю треба ставитися до розваг з азартними іграми тим, хто, за твердженням психологів, перебуває в групі ризику. Це люди, котрі в підлітковому віці конфліктували з батьками чи втратили їх, котрих змалку не навчили бережливо ставитися до грошей, хто відчув на собі неадекватний стиль поведінки батьків. До психіатричних лікарень люди з хворобливою схильністю до азартних ігор звертаються відтоді, як в країні почав активно розвиватися гральний бізнес. Дехто лікується в стаціонарі, але, зазвичай, люди з такою залежністю не хочуть лягати до лікарні, а відвідують поліклінічне відділення психлікарні. Здебільшого такі пацієнти – це чоловіки віком до 30 років, часто трапляються й підлітки, яких на прийом до лікаря батьки приводять за руку. Часті випадки, коли підлітки крадуть значну суму грошей, а програвши їх, потім намагаються покінчити життя самогубством.

Заходи попередження азартної залежності. Дозволити грати в азартні ігри потрібно не з 18 років, а з 21-го, як на Заході. Саме в 21 рік, за медичними ознаками, завершується формування всіх структур особистості, і людина стає справді повнолітньою.

Основними причинами розвитку епідемії лудоманії є: особисте оточення хворого та невнормованість грального бізнесу.

За даними медиків, фізіологічним чинником виникнення лудоманії є брак в організмі людини дофаміну – речовини, яка передає у мозок відчуття задоволення. Тому таким людям доводиться постійно шукати стимулів для вироблення цієї речовини.

Азартна залежніть – патологічна схильність до азартних ігор – це хвороба, така сама, як шизофренія, депресія чи алкоголізм. Вилікувати патологічну схильність до азартних ігор може лише психотерапевт. Стан ігрової залежності минає не одразу – потрібна психотерапія і спеціальні ліки, які слід приймати рік, а то й два. Стаціонарне лікування у психіатричній лікарні та послуги психотерапевта й психолога надаються безкоштовно.

Азарт – це афективний стан, під час якого людина відчуває сильні емоції, причому чимало емоцій. Для того, щоб мати ці відчуття, потрібно стимулювати свій центр емоційних переживань у гіпоталамусі – частині мозку, яку називають князем емоцій. Люди роблять це заради однієї мети – задоволення.

Азарт – це енергетична субстанція, яка рухає людину в тому чи іншому напрямку. Він присутній у будь-якому поведінковому явищі, яке спрямоване на досягнення результату. Якщо нам вдається щось робити, і потім люди із задоволенням сприймають це, то в нас з’являється щоразу більший стимул до роботи, а азарт робить цей процес енергетично й емоційно зарядженим. Це

природний процес. В азарті справді залучені дофамінові та серотонінові механізми мозку. Наші емоційні відчуття – хімічно обґрунтовані. Той же дофамін стимулює відчуття закоханості, піднесення, радості. Так само в ігрових переживаннях, відбувається викид дофаміну, і потім його щоденний дефіцит людина знову доповнює дією – грою.

Цікаво знати, що…

- ❖ За даними психіатрів, кожна десята людина, яка спробувала пограти і при цьому щось виграла, переживає ейфорію удачі і з часом стає патологічно залежною від гри. За найскромнішими підрахунками, сьогодні в Україні є понад мільйон людей з діагнозом «лудоманія».
- ❖ Понад 50 % постійних клієнтів ігрових клубів є підлітки.
- ❖ Статистика показує, що із 48,5 млн. українців понад 4 млн. – гравці

Питання для самоперевірки

1. Назвіть основні причини розвитку епідемії лудоманії.
2. Азартна залежніть та сучасне суспільство.
3. Охарактеризуйте фізіологічну та психічну залежність.
4. Законодавство країн світу в боротьбі з «залежністю».
5. Проблема лудоманіїї в сучасному суспільстві.
6. Теорії азартності в соціальній медицинв.
7. Випадкові залежності та сучасне суспільство.
8. Нейробіологічна теорія та сучасність.
9. Психодинамічна теорія та сучасність.
10. Теорія нейропластичності та сучасність.

Література

1. Бадалян Л.О. Невропатология: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов. – М.: Просвещение, 1982. – 350 с.
2. Бердишев Г.Д., Криворучко І.Ф. Медична генетика: навч. посібник. – К.: Вища школа, 1993. – 336 с.
3. Валецька Р.О. Основи медичних знань.: – Луцьк: Волинська книга. 2007 – 380 с.
4. Власова Т.А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. – М: Просвещение, 1973. – 175 с.
5. Вороненко Ю. В. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров’я / Ю. В. Вороненко, Л. О. Прус, А. П. Чуйко. – К.: Здоров’я, 2002. – 358 с.
6. Лапшин В.А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии. М.: Просвещение, 1990 – 145 с.
7. Литвак А. Т. Тифлопсихология. – М: Просвещение. 1985. – 208 с.

8. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
9. Матвеев В.Ф. Психические нарушения при дефектах зрения и слуха. – М., 1987.
10. Мещеряков А.И. Опыт обучения детей, страдающих множественными дефектами. //Дефектология. – 1973. – № 3.
11. Миргородський В., Нижник Л. Визначення адекватних умов навчання дітей з особливими потребами. // Психолог. 2003. – № 25-27. – С. 2-27
12. Питання дефектології: Респуб. науково-метод. збірник. – К.: Рад. шк., 1980. – 13. – 112 с.
13. Питання дефектології: Респуб. науково-метод. збірник. – К.: Рад. шк., 1982. – в. 14. – 104 с.
14. Синьов В. М., Кобернік Г. М. Основи дефектології: Навч. посібник. – К.: Вища шк.., 1994. – 143 с.
15. Спеціальна педагогіка.: понятійно-термінологічний словник / за редак. акад. В.І. Бондаря.: – Луганськ: Альма матер, 2003. – 436 с.
16. Лапшин В.А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии. М.: Просвещение, 1990 – 145с.
17. Лубовський В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
18. Лучкевич В.С. Основи социальной медицини и управлення здравоохранением: Уч. пособие. – СПб., 1997. – 184 с.
19. Синьов В.М., Копернік Г. М. Основи дефектології: Навч. посібник. – К.: Вища шк.., 1994. – 143 с.
20. Спеціальна педагогіка.: понятійно-термінологічний словник / за редак. акад. В. І. Бондаря.: – Луганськ: Альма матер, 2003. – 436 с.
21. Холина О. П. Корекційна спрямованість навчання дітей з обмеженими розумовими можливостями. //Дефектологія. – 1998. – № 2. – С. 2-3.

ГЕРОНТОЛОГІЯ В СОЦІАЛЬНІЙ МЕДИЦИНІ

Історія розвитку геронтології як науки.

Феномен старіння цікавив людей дуже здавна. Міфи і легенди про вічну молодість, довголіття і безсмертя супроводжували людство протягом всієї історії. З впевненістю можна сказати, що вчення про старість бере свій початок з моменту виникнення медицини. В працях Гіпократа та учнів-лікарів його школи виявляються перші описи ознак старіння і хвороб у старих людей. Так, на думку Гіпократа, флегматики особливо прийнятні до хвороб старості. Він підкреслював, що люди з холодним темпераментом старіють скоріше. Для холериків, навпаки, старечий вік – самий здоровий період життя. Також було відмічено, що старші люди почувають себе краще літом і на початку осені.

У Древній Греції вперше була розроблена схема гігієнічного режиму для старих людей. В її основу був покладений принцип «все в міру» –

зменшення кількості вживання їжі, збереження звичних навичок і поступове припинення активності трудової діяльності.

Школа Гіпократа вперше розмежувала хронологічний вік людини: дитинство до 14 років; зрілість від 15 до 42 років; старість від 43 до 63 р.; довголіття від 64 і старше.

Древньогрецький лікар і вчений Гален вивчав старіння і старість, виходячи із прийнятої древньогрецької медичної концепції суті життя, як рівноваги між елементарними якостями: теплом, холодом, вологістю, сухістю. Гален ввів поняття «дискразії» – це аномальний стан тіла або певної його частини, що пов'язано його аномальним розвитком чи порушенням обміну речовин (метаболізму). В класичній медицині таке поняття використовують для визначення дизбалансу тіла, що є причиною більшості захворювань. Припинення рухливого способу життя для старих людей розцінювалося як катастрофа з важкими наслідками.

Гален вперше звернув увагу на самотність як на одну із основних причин старіння. Він рекомендував старим людям жити у колі своєї сім'ї, родини.

В епоху середньовіччя значний внесок у розвиток герокомії (напрямок в медицині як вчення про старість) внесли лікарі Салермської медичної школи. Вони вважали, що лікарське мистецтво не може продовжити життя людини за межі біологічної норми, проте може зробити все можливе, щоб досягнути цієї границі життя. На їх думку довголіття залежить від того, які засоби використовувались людиною ще в активному віці: «поміркований стиль життя, радісний настрій і відпочинок».

З іменем англійського філософа і вченого XVI ст. Ф. Бекона пов'язаний новий напрямок у розвитку геронтології як науки. У своїй фундаментальній класифікації наук Ф. Бекон розділив їх на 2 групи: науки про природу і людину. Він спеціально виділив науку про збільшення тривалості людського життя. Бекон був впевнений, що саме на процес старіння впливають шкідливі звички.

У XIX ст. клінічні спостереження стають основою вчення про старість в Німеччині, Англії, Франції. У Парижі створюються геріатричні центри.

Основоположником американської геронтології вважають лікаря І. Нашера, який вважав, що старість – це хвороба, перед якою медицина безсила. Під його керівництвом у 1912 р. в Нью-Йорку було створено перше наукове товариство.

У середині XVIII ст. у Росії виходить книга І. Фішера «Про старість, її ступені та хвороби».

На початку XIX ст. на медичну літературу вплинули ідеї відомого лікаря С.П. Боткіна. Під його керівництвом велися спостереження за фізіологією і патологією старості.

У травні 1958 року XX ст. в Києві був створений Інститут геронтології та експериментальної патології АМН СРСР. Організація такого інституту саме в Києві була історично зумовлена тим, що Україна відігравала і відіграє особливу роль у розвитку світової геронтології. В Україні працювали вчені, з іменами яких пов'язане становлення геронтології: І.І. Мечніков – вітчизняний основоположник геронтологічної проблеми, багато років був професором Новоросійського університету в Одесі; О.М. Сєверцев і І.І. Шмальгаузен, які заклали основи вивчення біології старіння, працювали в Київському університеті; школа онтофізіологів О.В. Нагорного формувалася в Харківському університеті; О.О. Богомолець – Президент Академії наук України в 30-х роках XX ст. і організатор двох київських науково-дослідних інститутів медико-біологічного профілю, на багато років визначив шляхи наступного розвитку геронтологічної проблематики.

О.О. Богомолець ініціював експедиційні обстеження довгожителів. Творча співдружність з М.Д. Стражеском сприяла подальшому розвитку в Україні клінічної фізіології людини, що старіє. В 1938 році О.О. Богомолець скликав у Києві одну з перших конференцій в світі, присв'ячену проблемам старіння та довголіття. Інститут геронтології, організований через 20 років після проведеної конференції, очолив відомий патофізіолог, учень О.О. Богомольця – академік М.М. Горєв. Період становлення інституту характерний тим, що його колектив з перших кроків був націлений на дослідження фундаментальних механізмів старіння, на вивчення біології старіння як основи геронтології і геріатрії. В цьому безумовна заслуга першого директора інституту. З перших років існування інституту і до кінця XX ст. в ньому плідно працював всесвітньо відомий фізіолог і геронтолог В.В. Фролькіс, засновник найкрупнішої наукової школи з фізіології старіння; Д.Ф. Чеботарьов – клініціст широкого профілю, який створив можливості посилення фундаментальних досліджень процесів старіння людини; В.В. Безруков – вихованець інституту, фахівець у галузях фізіології старіння і соціальної геронтології. Ідеї наукові традиції шкіл М.Д. Стражеска і О.О. Богомольця, по-творчому сприйняті Д.Ф. Чеботарьовим, визначили подальші тенденції розвитку інституту – було збережено провідне значення біології старіння, але акцентовано увагу на клініко-фізіологічному напрямку геронтологічних досліджень, на комплексності вивчення експериментальних, клінічних, гігієнічних і соціальних аспектів геронтологічної проблематики.

Геронтологія – наука про старіння, старість та людей старечого віку.

Старіння населення є однієї з глобальних проблем сучасного світу. Відповідно до класифікації ВООЗ до літнього віку відноситься населення у віці від 60 до 74 рр., до старого – від 75 до 89 років, а до довгожителів –

90 років і більше. Соціологи називають ці періоди людського життя «третім віком», а демографи вводять поняття «третього» (60-75 років) і «четвертого» (понад 75 років) віків.

Геронтологія – це комплексна наука, що розвивається на основі міждисциплінарних досліджень.

Геронтологія (з латинської gerontos – старий і logos - вчення) – це наука про старість і старіння, що вивчає процеси старіння із загальнобіологічних позицій, а також досліджує суть старості та вплив її приходу на людину і суспільство.

Соціальна геронтологія вивчає людину як соціобіологічну істоту, саме тому і інтегрує гуманітарні та медико-біологічні підходи до розв'язання власних проблем.

Головна проблема геронтології полягає в наступному: яким слід вважати процес старіння – нормальним, фізіологічним чи хворобливим, патологічним? В суспільстві існують різні варіанти відповідей щодо цього запитання.

Римський філософ Т. Публій вперше висловив думку, що «старість – це хвороба», а Сенека підкреслив, що старість – «невиліковна хвороба».

Гален був переконаний, що старість – це не хвороба, а особливий стан організму і в той же час це не здоров'я, характерне для молодості. Він розміщував старість на півдорозі між хворобою і здоров'ям.

Ф. Бекон вважав, що старість – це хвороба, яку треба лікувати.

І. Давидовський – старість може бути ранньою або пізньою виключно з біологічних причин, але як правило, завжди своєчасною, і тільки смерть завжди завчасна.

До основних понять геронтології відносять: вік, старіння, старість, довголіття, безсмертність, оскільки вони відображають людські уявлення про життєві процеси, об'єктивні закони життя, а також бажання жити довго.

Кожний із нас має певну уяву про старість і старіння. Принаймні ми легко можемо відрізнити молоду людину від старої. До ознак старості відносять: зміну ходи, посивіння і випадіння волосся, поява зморшок і сутулість, скарги на погіршення самопочуття.

Старіння – особлива пора у житті людини, це наслідок безперервних біологічних зрушень, що відбуваються протягом життя в кожному організмі, це процес суперечливого розвитку живих клітин від моменту зародження життя до його закінчення тощо. Це період, коли доводиться осмислювати результати минулого, своєї праці і невиправдані надії, звикати до нового ритму і сенсу життя. Період в житті людини, коли вона стає особливо вразливою і незахищеною, загострюються наявні і виникають нові соматичні та психічні захворювання тощо. І важливим є те, що саме в такий період життя людина потребує особливої родинної, загальносуспільної та лікарської уваги. Фізіологічні зміни, що відбуваються в організмі людей похилого віку суттєво впливають на

перебіг патологічних процесів, фармакокінетику та фармакодинаміку лікарських засобів.

Старіння організму – закономірний біологічний процес, який визначається його індивідуальною, генетично обумовленою програмою розвитку. Протягом усього існування організму старіють одні складові елементи і з'являються нові. Загальний розвиток організму людини можна розділити на два періоди – висхідного та низхідного розвитку. Перший, висхідний, закінчується з повною зрілістю організму, а другий – низхідний починається у віці 30-35 років. Саме в період старіння поступово змінюються різні види метаболізму (обміну речовин), стану функціональних систем організму, обмежуються його можливості, збільшується ймовірність розвитку патологічних процесів, гострих захворювань і настання смерті. Останнє не означає, що старість як заключний етап в процесі старіння організму завжди хвороблива.

Уявлення про старість як про хворобу, що існувало довгий час, являється хибним. В кінці XIX століття С.П. Боткін і на початку XX І.І. Мечников вказували на існування двох видів старіння – *нормального* (фізіологічного) і *передчасного* (патологічного).

Старіння як загальнобіологічний процес не може бути тотожнім до хвороби. Великий діапазон можливостей, які пристосовуються, старіючого організму може на досить довгий час, а у багатьох до глибокої старості, забезпечує достатнє збереження функцій, що характеризують практичне здоров'я і пізній період життя людини. Вченими Інституту геронтології НАМН України під час масового обстеження людей віком 70-80 років (близько 40 тис.) було виявлено, що більше 36% осіб цього віку являються фактично здоровими, які досягли фізичної старості.

В медицині розрізняють такі види старіння: *природнє, сповільнене* та *передчасне* старіння.

Природнє – характеризується визначеним типом і послідовністю вікових змін, що відповідають біологічним, адаптаційно-регулятивним можливостям даної людської популяції.

Сповільнене – відмічається більш повільним, темпом вікових змін, проявом цього типу старіння є феномен довголіття.

Передчасне старіння характеризується раннім розвитком вікових змін чи більш вираженим проявом у певний віковий період. Даний процес обумовлений впливом факторів зовнішнього середовища та дією різних, особливо хронічних, захворювань на функції визначених систем і органів людського організму. Передчасне старіння виявляється на 4-5-му десятилітті, це одна із причин ранньої дезадаптації, обмеження інтересів, незадоволення життям, дестабілізації особистості тощо. На даному етапі важливим завданням геронтології є не тільки будь-яким чином продовжити життя, скільки навчитися своєчасно розпізнавати суттєві ознаки старіння і, головне, контролювати їх розвиток.

Старість – це неминучий, тривалий фізіологічний процес, заключний період вікового розвитку. У процесі старості хвороби як порушення життєдіяльності організму людини можуть виникати в будь-який період.

Н.Д. Стражеско (1940) зазначав, що симптоматика (суб'єктивна, суб'єктивно-об'єктивна, об'єктивна) різних захворювань в старості є значно біднішою, ніж в зрілому віці, оскільки всі хвороби у людей похилого віку протікають в'яло та повільно; під час хвороб швидше виснажуються фізіологічні системи; порушується гуморальний і тканинний імунітет, і разом з серцево-судинною системою, органами обміну, клітинами і тканинами не може гарантувати рух енергетичних процесів під час різних захворювань на такій висоті, як у зрілому віці, оскільки у старої людини патологічні процеси наростають повільно.

На думку І.В. Давидовського, причина прихованого протікання хвороб, їх безсимптомність свідчать про загальне зниження рівнів реактивних процесів організму людини. Однак, слід зауважити, що це стосується тієї групи хвороб, що складають основну патологію похилого віку, а саме: атеросклероз, кардіосклероз, судинні ураження головного мозку, емфізема легень та інші хронічні неспецифічні захворювання легень, пізній сахарний діабет, новоутворення, хвороби кісток і суглоб, органів зору, слуху та інші. Процес появи цих захворювань у сучасному суспільстві сьогодні відмічають навіть у віці 40-45 років.

Для попередження передчасного старіння людина повинна вести розумний, здоровий спосіб життя, саме він, сприятиме збереженню нормальних функцій нервової системи, найскладніших механізмів, що регулюють обмін речовин, діяльність серцево-судинної системи тощо.

Основними факторами, які позитивно впливають на нервову та ендокринну системи, підтримують фізіологічну рівновагу організму людини є: раціональне харчування та режим харчування, активний, руховий спосіб життя, доброзичливі стосунки між людьми та інші.

Віковий розвиток життя людини супроводжується специфічними змінами анатомії, фізіології та психіки індивідума. Умовно, залежно від характерних змін виділяють такі вікові періоди: період новонародженості (10діб після народження), грудний (10 діб – 1 рік), раннє дитинство (1-3), перше дитинство (4-7), друге дитинство (8-11 жін., 8-12 (чол.)), підлітковий (12-15 жін., 13-16 (чол.)), юнацький (16-21 жін., 17-21)), зрілий вік (21-55 жін., 22-60 чол.)), похилий (56- 74 жін., 61-74 (чол.)),

Похилий вік – це період, коли загострюються наявні психічні розлади, наприклад, біполярний афективний розлад чи шизофренія, можуть виникати нові захворювання, такі як депресія, серцево-судинні розлади, наслідки порушень мозкового кровообігу, соматогенні захворювання та атрофічні процеси тощо.

Важливим фактором допомоги хворим похилого віку повинна бути добре організована соціальна допомога, у тому числі, залучення до роботи волонтерів, студентів медичних ВУЗів, соціальних працівників та психологів.

Важливо, щоб людина даної вікової групи мала можливість отримати допомогу служби довіри. Враховуючи те, що похилий вік є випробуванням на шляху до осягнення нового сенсу життя, доцільним є залучення таких осіб до груп проведення дозвілля, груп спілкування, гуртків зайнятості та набуття нових знань).

Людина старіє, і популяція старіє також. Вже на сьогодні кількість осіб старше 65 років складає суттєвий сегмент популяції розвинутих країн: у 2003 р. в США їх нараховувалось 35,9 млн., в 2009 – 44,1 млн., в 2011 - 48,8 млн., а до 2030 р. очікується подвоєння кількості (J.I. Sirven, B.L. Malamut, 2008, J.I. Sirven, 2011).

Чисельні особливості цієї вікової групи осіб, особливо у сфері здоров'я, привели до появи нової галузі – геріатричної медицини, яка існує вже більше століття (термін «геріатрія» введений у 1909 р. Ignatz L. Nascher для осіб старше 65 років).

Геріатрія у певному розумінні є інтегральною спеціальністю, бо застосовується у більшості медичних дисциплін. Але найбільшою мірою, вірогідно, геріатричні проблеми постають у неврології. Абсолютна більшість неврологічних патологій є вікозалежними чи вікозумовленими – від дегенеративних захворювань нервової системи до вторинних уражень її при серцево-судинних захворюваннях. З віком стрімко зростає когнітивний компонент будь-якого ураження нервової системи і те, що не помічається чи більш-менш компенсується у хворих молодшого віку, стає домінуючою проблемою після 65 – когнітивний дефіцит та деменція відсувають на другий план навіть виразні рухові порушення (внаслідок інсульту, хвороби Паркінсона тощо). Перелік захворювань нервової системи, клінічні прояви та перебіг яких мають суттєві вікові особливості, може бути довгим. І не в останню чергу за рахунок коморбідності – «типовий» геріатричний пацієнт демонструє, як правило, комплекс хронічних патологій, які в сукупності суттєво впливають на його можливості у фізичному, емоційному, соціальному сенсах та знижують загальну якість життя. Фізіологічні зміни, яких зазнає нервова система з віком, впливають на спосіб оцінки неврологічного стану пацієнта та інтерпретацію отриманих даних.

Відомо, що з віком кількість нейронів передніх рогів спинного мозку та сенсорних гангліїв падає на 25%, вага мозку до 6-7-ої декади – на 233г, кількість нейронів у гіпокампі зменшується на 27 %. У нейрональній цитоплазмі накопичується ліпофусцин, в нервових корінцях – амілоїд (а після 70 років – і у стінці церебральних судин). Гіалінізація стінок дрібних судин призводить до зниження мозкового кровотоку та підвищення резистентності судинного русла. З віком знижується концентрація в мозку та обіг основних медіаторів – ацетилхоліну, норадреналіну, дофаміну. М'язи втрачають значну кількість волокон та атрофуються, а зміни структури мієліну призводять до зменшення швидкості проведення нервового імпульсу (M. Critchley, 1952). Тому в неврологічному статусі осіб похилого віку звичайно відмічаються більш вузькі зіниці, послаблення реакцій на світло та

акомодацію, зменшення обсягу та швидкості рухів очима, певна гіпомімія та зниження звучності голосу. Дифузне зниження м'язової сили (на 20-30% порівняно з молодими людьми) є віковою особливістю, як і певне підвищення тонусу м'язів. Рефлекси можуть бути збереженими або фізіологічно пригніченими. Підвищення порогу подразливості при перевірці чутливості може дати хибне уявлення про патологію, хоча насправді зумовлене втратою кількості чутливих волокон з віком (вібраційна чутливість знижується на 30-50%). Найбільш обережно слід оцінювати автономні функції, які загалом знижуються, як і вегетативна реактивність у забезпеченні діяльності. Наслідком можуть бути ортостатична гіпотензія, тазові порушення та температурна дизрегуляція. Безумовно, наявність асиметрій, ознак вогнищевого ураження та локальних порушень тих чи інших функцій мають розглядатись у контексті патології нервової системи, але чимало вікових змін зустрічається при звичайному огляді осіб похилого віку. Обережність у прийнятті рішення, діагностичного і, особливо, терапевтичного, є доцільною ще й із тої точки зору, що фармакодинаміка більшості препаратів у похилому віці є зміненою, і кількість побічних ефектів в осіб від 65 років вдвічі більша, ніж у молодому та середньому віці. Слід підкреслити і такий аспект вікових особливостей, як емоційний стан. Підвищення тривожності та депресивні розлади, особливо поширені у цій віковій категорії, суттєво впливають на клінічну картину та перебіг основних неврологічних порушень. Особлива чутливість осіб старшого віку до стану свого здоров'я породжує велику кількість симптомів, які не пояснюються з медичної точки зору. Біологічні (в тому числі й генетичні) та психологічні механізми соматизації у осіб похилого віку призводять до формування специфічної «хворобливої поведінки», яка, в свою чергу, стає дистресовим фактором і для хворого, і для його оточення.

Історія розвитку соціальної геронтології

Соціальна геронтологія як розділ геронтології – це суспільна дисципліна, що вирішує демографічні та соціально-економічні проблеми старіння населення.

Соціальна геронтологія вивчає біологічні процеси старіння людини з метою відшукати соціальні можливості для збереження тілесної і духовної значимості, притаманні літньому та старечому вікові. Геронтологія знаходиться у системі дисциплін, які досліджують людину і суспільство (медицина, соціологія, соціальна психологія, філософія, економіка та ін.).

У соціальному аспекті геронтологія вивчає індивідуальні переживання старих людей; місце і становище їх у суспільстві та соціальну політику стосовно старих людей.

Соціальна геронтологія має ще один важливий аспект своєї діяльності – соціальну роботу, зміст якої полягає у наданні практичної допомоги літнім

і старим людям, сім'ям та групам осіб старечого віку з низьким рівнем достатку та порушеними соціальними контактами; у соціальній реабілітації (процес відновлення основних соціальних функцій) літніх і старих людей, створення умов, які підвищують їхню соціальну активність; у проведенні соціальних експериментів з метою отримання результатів і створення банку даних для покращення життєвих умов та матеріального благополуччя старих людей тощо.

Соціальна геронтологія займається проблемами підвищення якості життя старих людей, розвитку для них служб здоров'я, створення такого життя, щоб у ньому знайшлося гідне місце для старих людей. У соціальній геронтології є декілька теорій старіння: *теорія звільнення та роз'єднання*; *активності*; *розвитку і неперервності життєвого шляху*; *маргінальност*і; та теорія *вікової стратифікації*.

Теорія старіння була запропонована американськими психологами Каммінзом та Генрі у 1961 році – це теорія звільнення та роз'єднання.

Прибічники теорії активності вважають, що в середньому віці, при нормальному старінні, людство повинно підтримувати соціальні контакти та активність.

Із позицій теорії розвитку і неперервності життєвого шляху для адекватного розуміння життя старої людини необхідно знати специфіку її попередніх життєвих етапів, тобто зміст усього життєвого шляху, що передував старості.

Теорія маргінальності подає старість як стан девіантності. Представники старшого покоління безкорисні, маргінальні, ті, що втратили попередні можливості, впевненість у собі і почуття соціальної та психологічної незалежності.

Прихильники теорії вікової стратифікації розглядають суспільство як сукупність вікових груп, які мають обумовлені віком відомості у здібностях, рольових функціях, правах та звичках, тобто суспільство розділене у віковому та соціальному відношенні.

Соціальний статус – показник становища людини в соціальній ієрархії суспільства. Він включає в себе: стать; професію та становище; календарний вік. Соціальний статус старої людини визначається у першу чергу: її професійною активністю, індивідуальними можливостями; інтересами поза межами трудової діяльності; фізичною активністю, яка відповідає стану здоров'я; умовами і способом життя.

Довголіття – тривалість життя вище середнього терміну. Соціальне довголіття являє собою збільшення виживання і середньої тривалості життя у даній популяції, у певний час, у конкретних суспільних, економічних та соціальних умовах.

Індивідуальне довголіття ґрунтується на біологічних особливостях певних індивідів і не залежить від життєвого шляху та соціального статусу. На думку більшості демографів загальний характер старіння населення знаходиться у прямій залежності від рівня суспільно-політичного розвитку і

за своєю природою є прогресивним процесом. Він притаманний тільки нашому часові і має серйозні демографічні, економічні, психологічні, культурні і медичні наслідки. Змінилась вікова структура населення і процеси природного руху – народження і смерті. Висловлювалась думка, що старіння населення є причиною соціальних конфліктів, оскільки з економічної точки зору старі люди являють для суспільства тягар, причому затрати на їхнє утримання постійно збільшуються (теорія Стігліца). В 1949 році особливе незадоволення викликала та обставина, що «сучасна цивілізація дозволяє слабким людям дозріти до літніх років», у результаті «мільйони таких старих створюють небезпеку для виживання найбільш здібних». Він вбачав у цьому порушення законів природи, розцінюючи «потурання» суспільства старим людям як «дороговартуюче рицарство». Саме недомагання та хвороби старих людей, на його думку, є причиною «бюджетної асиметрії» та економічних труднощів. Проте таке ставлення до людей, які ще вчора створювали матеріальні та духовні цінності, є дуже цинічним та жорстоким. Заявляючи про те, що ці люди є тягарем для суспільства, сучасні політики і державні діячі повинні пам'ятати, що вони таким чином оцінюють своїх батьків, котрі забезпечили їм можливість отримати освіту і, кінець-кінців, дали їм життя.

Кожна працююча людина рік за роком створює значно більше ніж споживає. З першої хвилини трудової діяльності людина починає повертати свій борг за роки довиробничого віку. Вже у віці 30-35 років людина (працююча) повертає суспільству усі засоби, витрачені на її виховання і навчання, а протягом наступних 20-30 років професійного життя вона створює «залишки», частину яких суспільство повертає у вигляді пенсії і безкоштовної охорони здоров'я.

Історія розвитку людства свідчить про те, що старі люди у різний час займали різне становище у суспільстві і здійснювали на нього неоднаковий вплив. Американський антрополог і етнограф Я. Морган виділив 3 основних періоди у розвитку суспільства: ***дикість, варварство і цивілізацію.***

Одним із перших дослідників соціально-психологічних аспектів старості вважається американський вчений Дж. Холл, а його монографія «Старіння, остання половина життя» (1922 р.) була прологом нової науки – соціальної геронтології. Вона почала швидко розвиватися після II світової війни. Батьківщиною соціальної геронтології вважається США, які першими зіткнулися з економічними проблемами старих людей. Потрясіння, викликані «Великою депресією», і масові рухи старих людей у 30-ті роки вперше показали, що їхні соціально-психологічні труднощі являють собою гостру соціальну проблему.

Першочерговим завданням соціальної геронтології є підготовка спеціалістів – соціальних геронтологів, які повинні добре знати і розуміти процеси старіння, пропонувати реальні заходи для підвищення соціальної захищеності старих людей.

Історична довідка

- ✓ Термін «соціальна геронтологія» був уперше вжитий американським вченим Е. Стігліцем у кінці 40-х рр. XX ст.
- ✓ На початку 60-х р. XX ст. соціальна геронтологія отримала визначення як самостійна наукова дисципліна.
- ✓ У 1928 р. була організована Американська асоціація захисту старості, а в сер.60-х рр.. у Мічиганському університеті була розроблена программа нової навчальної дисципліни – соціальної геронтології.

Цікаво знати що….

- ❖ У наш час США вважається центром теоретичної соціальної геронтології.
- ❖ Україна займає 11 місце серед країн світу за кількістю пенсіонерів (людей 65 років і більше в структурі населення).

Питання для самоперевірки

1. Соціальна геронтологія та її місце у сучасному суспільстві.
2. Соціальний статус людини в соціальній ієрархії суспільства.
3. Проблеми соціальної геронтології в сучасному суспільстві.
4. Що вивчає соціальна геронтологія та геріатрія?

Література

1. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) / А.Й. Капська, О.В. Безпалько, Р.Х. Вайнола; Заг, ред. А.Й. Папської. – К., 2002. – 164 с.
2. Бакка М.Т., Мельничук А.С., Сівко В.І. Охорона і безпека життєдіяльності людини: Конспект лекцій. – Житомир: Льонок, 1995. – 165 с.
3. Бедный М. С. Демографические процессы и прогнозы здоровья населения. – М., 1980.
4. Вороненко Ю. В. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, Л. О. Прус, А. П. Чуйко. – К.: Здоров'я, 2002. – 358 с.
5. Мартыненко А. В. Медико-социальная работа. – М.: Наука, 1999. – 240с.
6. Методика оцінки якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я: українська версія / За ред. С. В. Пхіденко. – Дніпропетровськ, 2001. – 599 с.
7. Ткачук В. Г. Медико-социальные основы здоровья: Конспект лекций. – К.: МАУП, 1999. – 72 с.
8. Яцемирская Р. С., Беленькая И. Я. Социальная геронтология. – М., 1999.

9. J.I. Sirven, B.L. Malamut. Clinical neurology of the older adult, II edition. – Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2008. – P. 642.

Професія, праця та здоров'я. Суть і фактори працездатності людини. Поняття працездатності та її рушійні сили

Праця і здоров'я. Сучасні умови трудової діяльності людини несуть значні психічні навантаження на її організм. Темп праці, монотонність, соціальна ізоляція, збільшення навантажень на зоровий, слуховий та інші аналізатори – все це є причиною погіршення здоров'я. Хоча побутові умови людей покращилися, проте поспіх, брак часу, великий потік інформації негативно позначаються на стані здоров'я сучасної людини. Досягнення науково-технічного прогресу, розвиток суспільства, соціальна сутність людини все більше деформують її біологічну природу. Одне із завдань суспільства – запобігти несприятливому впливові на все живе на планеті, у тому числі на здоров'я і довголіття людей. Зрозуміти, як впливає трудова діяльність на здоров'я людини, можна лише шляхом детального вивчення особливостей її професії.

Зрозуміти, як впливає трудова діяльність на здоров'я людини, можна тільки шляхом детального вивчення особливостей її професії.

Професія – це вид діяльності людини, що забезпечує її існування і визначає становище в суспільстві.

Фізіологія, гігієна праці та виробнича санітарія – комплекс організаційних, гігієнічних і санітарно-технічних заходів та засобів, спрямованих на запобігання або зменшення дії на працюючих шкідливих виробничих факторів.

Працездатність людини – здатність до трудової діяльності, яка залежить від стану здоров'я людини.

У різних галузях існують наступні визначення поняття працездатність.

Працездатність – потенційна здатність людини протягом заданого часу та з певною ефективністю виконувати максимально можливий обсяг роботи.

Працездатність – здатність організму витримувати відповідне фізичне та нервово-психологічне навантаження та забезпечувати нормальний хід трудового процесу за визначений період часу.

Працездатність – здатність людини виконувати певну роботу, яка визначається рівнем її фізичних і психофізіологічних можливостей, а також станом здоров'я і професійною підготовленістю.

Залежно від характеру роботи, яку може виконувати людина, розрізняють:

- *загальну* (здатність до виконання роботи в звичайних умовах);
- *професійну* (здатність до виконання роботи певної професії);

- *спеціальну* (здатність до виконання робіт у певних виробничих або кліматичних умовах – під землею, у тропіках тощо).

Проблема працездатності є центральною у фізіології і психології праці, оскільки ефективна трудова діяльність може бути забезпечена лише на основі врахування фізіологічних і психологічних закономірностей функціонування людського фактору. Саме завдяки працездатності можлива реалізація знань, умінь і досвіду людини. Працездатність людини є фізіологічною основою продуктивності праці. Існує дуже багато визначень категорії «працездатність», деякі автори ототожнюють працездатність з продуктивністю праці.

Так, С.О. Косилов визначає працездатність як здатність людини тривалий час виконувати певну роботу з дотриманням відповідних кількісних і якісних її показників. Аналогічне визначення дають В.П. Загрядський і А.С. Єгоров, які під працездатністю розуміють здатність людини до виконання конкретної діяльності в рамках заданих часових лімітів і параметрів ефективності.

Інші автори під працездатністю людини розуміють максимальні функціональні можливості її організму для виконання конкретної роботи. Зокрема, Г. Леман характеризує працездатність максимумом роботи, який може виконати людина. І.М. Єфімов вважає, що працездатність – це потенціал властивостей і якостей, які характеризують стан організму відносно його готовності до трудової діяльності. Є.Л. Ільїн під працездатністю розуміє стан систем організму, їх готовність виявити максимум своїх можливостей.

Г.А. Стрюков, М.А. Грицевський (третя група вчених) вважають доцільним термінологічно відокремити працездатність як продуктивність, ефективність діяльності і працездатність як психофізіологічний потенціал працівника, оскільки:достатній рівень продуктивності праці може зберігатися за умови різкого зниження працездатності;на виробництві людина не працює на межі своїх можливостей, а використовує їх частину, рівномірно розподіляючи протягом робочого дня. У найбільш загальному формулюванні працездатність можна визначити як здатність організму людини витримувати навантаження у процесі праці.

Згідно з теорією функціональної системи, розробленою П.К. Анохіним, будь-яка робота являє собою завдання перед організмом в цілому. Її виконують всі функціональні одиниці: рецептори, нервові клітини і нерви, м’язи, органи і системи життєзабезпечення (дихання, серцево-судинна, терморегуляційна тощо).

Працездатність – це здатність клітин, тканин і органів до дії. Зрозуміло, що ці дії на різних рівнях організму виявляються по-різному (одні одиниці сприймають і переробляють інформацію, інші виконують конкретні трудові рухи і дії або здійснюють енергетичне забезпечення виконання роботи і т.д.). Працездатність створюється рушійними силами організму – процесом збудження на нейрофізіологічному рівні та енергією хімічних

речовин на молекулярному рівні. Збудження здійснює взаємодію рецепторів, нервових шляхів і нервових клітин з робочими органами. Під впливом нервових імпульсів сприймаючі,перероблюючі та виконавчі нервові клітини і периферійні органи витрачають свій енергетичний потенціал для виконання притаманних їм функцій. Чим більше навантаження у вигляді збудження здатні витримати функціональні одиниці, тим вищою є працездатність людини. Процес збудження забезпечується енергетичними речовинами, які знаходяться в самих функціональних одиницях (нервових і м'язових клітинах) та в різних «депо», тобто в місцях зосередження резервів органічних речовин. Вирізняють загальний рівень працездатності і наявний стан працездатності. Загальний рівень працездатності конкретної людини як максимально можливий її психофізіологічний потенціал визначається такими факторами:стан здоров'я; м'язова сила і витривалість та їх співвідношення; властивості нервових процесів. Він залежить від віку і статі людини, соціально-економічних умов життя і праці. Загальний рівень працездатності, характерний для конкретної людини, є досить стабільним, а його зміни відбуваються повільно і мають тривалий характер. З огляду на це, розрізняють повну, часткову та залишкову працездатність.

Повна працездатність – здатність людини до праці без обмежень.

Часткова працездатність – здатність людини до праці з певними обмеженнями.

Залишкова працездатність – працездатність, яка характерна для осіб старшого віку і зумовлена зменшенням фізіологічного потенціалу внаслідок старіння. Наявність її дозволяє цим людям пропонувати свої трудові послуги на ринку праці. Наявний стан працездатності зазнає короткочасних коливань і відбиває вплив багатьох факторів та умов, які діють на організм людини. Загальна працездатність, яка характеризується фізичною і розумовою працездатністю та емоційною стійкістю людини, реалізується в процесі праці як професійна працездатність.

Ефективність професійної працездатності залежить від: трудових навантажень; умов виробничого середовища; професійної підготовки і професійної придатності до даного виду праці; мотивації. Всі ці фактори зумовлюють трудове напруження, тобто підвищення інтенсивності фізіологічних і психічних процесів, які забезпечують професійну діяльність. О.О. Навакатикян, В.В. Крижанівська і В.В. Кальниш вважають, що різні види праці залежно від їх напруженості спричиняють різне трудове напруження організму. Проте одна й та сама робота зумовлює різне трудове напруження у працівників, які відрізняються за віком, статтю, станом здоров'я, рівнем кваліфікації, мотивацією тощо. Тому при визначенні працездатності ці вчені виходять з таких критеріїв, як стан здоров'я людини і ефективність праці. В одних випадках підвищення ефективності праці не супроводжується змінами в стані здоров'я за умови значних коливань трудового напруження, в інших – ефект діяльності виявляється при такому рівні трудового напруження, яке негативно впливає на стан здоров'я

працівника. В конкретних умовах для кожного працівника існує оптимальний рівень трудового напруження, при якому досягається найвища ефективність праці. Отже, професійну працездатність можна визначити як максимальну ефективність діяльності людини при такому рівні функціональної мобілізації, яка не викликає перенапруження організму. В даному випадку результати діяльності відповідають рівню адаптації людини до трудових навантажень.

Характеристиками працездатності є нервово-психічна стійкість, темп виробничої діяльності, стомлюваність людини. Межа працездатності як величина змінна залежить від конкретних умов: здоров'я, раціонального харчування, віку, величини резервних можливостей людини (сильна або слабка нервова система), санітарно-гігієнічнічних умов праці, професійної підготовленості та досвіду, мотивації, спрямованості особистості тощо. Серед обов'язкових умов, що забезпечують працездатність людини важливе місце займає правильне чергування праці та відпочинку. У зв'язку з цим однією із основних задач керівника є створенні для персоналу оптимального режиму праці та відпочинку. Режим праці слід встановлювати з урахуванням особливостей конкретної професії, характеру виконуваної роботи, конкретних умов праці, індивідуально-психологічних особливостей працівників. Перш за все, від цього залежать частота, тривалість і зміст перерв. Перерви на відпочинок протягом робочого дня обов'язково повинні передувати початку очікуваного зниження працездатності, а не призначатися пізніше.

Психофізіологами встановлено, що психологічна бадьорість починається з 6 години ранку і утримується протягом 7 годин без особливих коливань. Подальша працездатність вимагає підвищеного вольового зусилля. Поліпшення добового біологічного ритму починається знову близько 15 години дня і продовжується протягом двох наступних годин. До 18-ї години психологічна бадьорість поступово зменшується, а до 19 годин спостерігаються специфічні зміни в поведінці: зниження психічної стабільності породжує схильність до конфліктних ситуацій, виникають головні болі, цей час психологи називають критичною точкою. До 20 години знову активізується психіка, час реакцій скорочується, людина швидше реагує на сигнали. Такий стан продовжується і далі: до 21 години, особливо загострюється пам'ять, вона стає здатною відобразити багато чого, що не вдалося протягом дня. Пізніше відбувається падіння працездатності, на 23 годину організм готується до відпочинку, о 24 годині того, хто ліг спати о 22 годині, вже сняться сни.

У післяобідній час є 2 найбільш критичних періоди: 1 – близько 19 годин, 2 – близько 22 годин. Для співробітників, що працюють в цей час, потрібне особливе вольова напруга і посилення уваги. Найбільш небезпечний період – 4 година ранку, коли всі фізичні і психічні можливості організму близькі до нуля.

Працездатність коливається і протягом тижня. Добре відомі витрати продуктивності праці в перший, а іноді і в другий день робочого тижня.

Працездатність зазнає також сезонні зміни, пов'язані з порами року (навесні вона погіршується). Щоб уникнути шкідливого перевтоми, для відновлення сил, а також для формування того, що можна назвати готовністю до роботи, необхідний відпочинок. Для попередження перевтоми співробітників доцільні так звані «мікропаузи», тобто короткочасні перерви, тривалістю 5-10 хвилин, перерви під час роботи. У наступний час відновлення функцій сповільнюється менш ефективно: чим одноманітніша монотонність праці, тим частіше повинні бути перерви.

При розробці режиму праці та відпочинку менеджеру слід прагнути до заміни невеликого числа тривалих перерв коротшими, але частими. У сфері обслуговування, де потрібна велика нервова напруга, бажані короткі, але часті 5-хвилинні перерви, причому в другій половині робочого дня у зв'язку з більш вираженим стомленням час на відпочинок має бути довшим. Як правило, такі «перепочинки» в сучасних організаціях не вітаються. Парадоксально, але факт: у більш сприятливому становищі опиняються курці, які перериваються, як мінімум, щогодини. зосереджуючись на сигарети. Мабуть тому, так складно зжити куріння в установах, тому що йому поки немає альтернативи для відновлення сил при короткочасному відпочинку, який ніхто не організовує. У середині робочого дня не пізніше ніж через 4 години після початку роботи вводиться перерву на обід (40-60 хвилин).

Існує три види тривалого відпочинку для відновлення сил після роботи:
1. Відпочинок після робочого дня. Перш за все досить тривалий і міцний сон (7-8 годин). Недолік сну не може компенсуватися ніяким іншим видом відпочинку. Крім сну, рекомендується активний відпочинок, наприклад, заняття спортом в неробочий час, який вельми сприяє опірності організму втоми на роботі.

2. Вихідний день. В цей день важливо запланувати такі заходи, щоб отримати задоволення. Саме отримання задоволення найбільш добре відновлює організм від фізичних і психічних перевантажень. Якщо такі заходи не плануються, то способи отримання задоволення можуть бути неадекватними: алкоголь, переїдання, сварки з сусідами і т. п.

3. Найбільш тривалий відпочинок – відпустка, її строки встановлюються керівництвом, однак її планування також залишається за співробітниками. Керівник (профспілковий комітет) може лише дати раду з організації відпочинку та допомогти з придбанням путівок на санаторно-курортне лікування.

Для відновлення працездатності використовуються також такі додаткові методи як релаксація (розслаблення), аутогенне тренування, медитація, психологічні тренінги.

Поняття про професійні шкідливості та професійні захворювання

У трудовій діяльності на працівників впливають різні шкідливі фактори

виробничого середовища. Тому умови праці на виробництві значною мірою визначаються наявністю виробничих шкідливостей.

Професійне захворювання (профзахворювання) – це захворювання, що виникло внаслідок професійної діяльності та зумовлюється виключно або переважно впливом шкідливих речовин і певних видів робіт та інших факторів, пов'язаних з роботою.

Хвороби, в основі яких лежить виключно чи переважно професійний фактор називають *професійними*.

Під виробничими шкідливостями розуміють умови виробничого середовища, трудового й виробничого процесів, які при нераціональній організації праці впливають на стан здоров'я працівників та їх працездатність. Професійна шкідливість та фактори трудового процесу можуть негативно впливати на стан здоров'я людини, яка працює.

Професійні шкідливості можна розділити на три групи:

- ✓ шкідливості, що пов'язані з неправильною організацією праці;
- ✓ шкідливості, що пов'язані з виробничим процесом та умовами навколишнього середовища;
- ✓ шкідливості, пов'язані з обставинами праці.

Професійні шкідливості не є специфічними і зустрічаються на будь-якому виробництві. У ряді випадків професійні шкідливості відіграють вирішальну роль у виникненні патологічного процесу в організмі.

Відомо, що вплив професійних факторів проявляється у зниженні опірності організму до захворювань та у зниженні працездатності.

Адаптаційний синдром – сукупність загальних захисних реакцій, що виникають в організмі тварин і людини при дії значних по силі і тривалості зовнішніх і внутрішніх подразників; ці реакції сприяють відновленню порушеної рівноваги і направлені на підтримку сталості внутрішнього середовища організму – *гомеостазу*.

Поняття *адаптаційний синдром* вперше ввів канадський учений Г. Сельє у 1936 році. До чинників, що викликають розвиток адаптаційного синдрому відносять стресори (інфекції, різкі зміни температури, травма, перенавантаження, крововтрати, іонізуюче випромінювання тощо).

Втома – це зниження працездатності, що зумовлене виконанням певної роботи. Об'єктивно процес втоми (стомлення) проявляється у зниженні продуктивності праці, а суб'єктивно – у відчутті стомлення.

На основі вчення І.П. Павлова, О.О. Ухтомського було з'ясовано основну причину стомлення, що полягала в зміні функціонального стану центральної нервової системи, зокрема кори головного мозку. Ця теорія пояснює механізм стомлення в результаті розумової й статичної праці, яка супроводжується незначними затратами енергії. Проте зміни, які виникають, коли людина стомлюється, неможливо розглядати ізольовано як зміни в корі головного мозку і не враховувати зрушень в цілому організмі. Адже стомлення пояснюється зміною функціонального стану цілого організму, причому провідна роль належить змінам в центральній нервовій системі.

Розрізняють стомлення, що швидко розвивається в результаті незвичної або надмірної праці, та стомлення, яке розвивається повільно в результаті хоча і звичної для людини, але тривалої праці. Необхідно відзначити, що процес стомлення зворотний. Після відпочинку стомлення зникає і працездатність повністю відновлюється. У результаті неправильної організації праці навіть після нічного відпочинку працездатність повністю не відновлюється і поступово наступає перевтомлення. Основними ознаками процесу перевтомлення є головний біль, втрата сну, втрата апетиту, підвищена дратівливість, послаблення пам'яті, зниження опірності організму. Основним заходом щодо боротьби з перевтомленням є раціональне поєднання періодів праці та відпочинку (перерви). Перерва повинна бути достатньою для повного відновлення фізіологічних функцій. Позитивний вплив мають фізичні вправи під час перерви, автоматизація та механізація виробництва.

Цікаво знати, що...

- 38,6 % жінок серед працівників дошкільних закладів, 54,5 % – в середніх та вищих школах. Загалом, жінки працюють у соціально важливих, але низько оплачуваних державних секторах (наприклад, освіта, охорона здоров'я та соціальні послуги).
- на 12 років менше живуть чоловіки в Україні у порівнянні з жінками.
- 40% чоловіків у віці від 16 років помирають до досягнення ними пенсійного віку.
- Найбільш травмонебезпечними галузями в країні на сьогодні є вугільна промисловість, агропромисловий комплекс, гірничорудна промисловість, будівництво, житлово-комунальне господарство, підприємства транспорту, газопостачання.
- 70% випадків травматизму на виробництві відбувається з організаційних причин.
- В Україні у 2011 році зафіксовано 618 смертей на виробництві, всього з початку року було травмовано 7 700 працівників.

Поняття охорони здоров'я на виробництві та її правове забезпечення.

Законодавство України про охорону праці - це система взаємозв'язаних нормативно-правових актів, що регулюють відносини у галузі реалізації державної політики щодо правових, соціально-економічних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів та засобів, спрямованих на збереження здоров'я і працездатності людини в процесі праці.

Базується законодавство України на конституційному праві всіх громадян України на належні, безпечні і здорові умови праці, гарантовані статтею 43 Конституції України. Інші статті Конституції встановлюють право громадян на соціальний захист, що включають право забезпечення їх у

разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності (ст. 46); охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49); право знати свої права та обов'язки (ст. 57) та інші загальні права громадян, в тому числі, право на охорону праці.

Основоположним документом в галузі охорони праці є Закон України «Про охорону праці», який визначає основні положення щодо реалізації конституційного права працівників на охорону їх життя і здоров'я у процесі трудової діяльності, на належні, безпечні і здорові умови праці, регулює за участю відповідних державних органів відносини між роботодавцем і працівником з питань безпеки, гігієни праці та виробничого середовища і встановлює єдиний порядок організації охорони праці в Україні. Інші нормативні акти мають відповідати не тільки Конституції та іншим законам України, але, насамперед, цьому Законові.

Кодекс законів про працю (КЗпП) України затверджено Законом Української РСР від 10 грудня 1971 р. і введено в дію з 1 червня 1972 р. До нього неодноразово вносилися зміни і доповнення. Правове регулювання охорони праці не обмежується главою XI «Охорона праці». Норми щодо охорони праці містяться в багатьох статтях інших глав КЗпП України: «Трудовий договір», «Робочий час», «Час відпочинку», «Праця жінок», «Праця молоді», «Професійні спілки», «Нагляд і контроль за додержанням законодавства про працю».

Відповідно до Конституції України, Закону України «Про охорону праці» та Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у 1999 р. було прийнято Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності». Цей закон визначає правову основу, економічний механізм та організаційну структуру загальнообов'язкового державного соціального страхування громадян від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які призвели до втрати працездатності або загибелі застрахованих на виробництві.

До основних законодавчих актів про охорону праці слід віднести також «Основи законодавства України про охорону здоров'я», що регулюють суспільні відносини в цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і активного довголіття громадян, усунення чинників, які шкідливо впливають на здоров'я людини, попередження і зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності тощо. «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачають встановлення єдиних санітарно-гігієнічних вимог до організації виробничих та інших процесів, пов'язаних з діяльністю людей, а також щодо якості машин, устаткування, будинків та таких об'єктів, що можуть шкідливо впливати на здоров'я людей (ст. 28); вимагають проведення обов'язкових медичних оглядів осіб певних категорій, в тому числі працівників, зайнятих на роботах із шкідливими та небезпечними умовами праці (ст. 31);

закладають правові основи медико-соціальної експертизи втрати працездатності (ст. 69). Відповідно до ст.12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні й культурні права кожна людина має право на медичну допомогу та медичний догляд у разі хвороби.

Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» встановлює необхідність гігієнічної регламентації небезпечних та шкідливих факторів фізичної, хімічної та біологічної природи, присутніх в середовищі життєдіяльності людини, та їхньої державної реєстрації (ст. 9), вимоги до проектування, будівництва, розробки, виготовлення і використання нових засобів виробництва та технологій (ст. 15), гігієнічні вимоги до атмосферного повітря в населених пунктах, повітря у виробничих та інших приміщеннях (ст. 19), вимоги щодо забезпечення радіаційної безпеки (ст. 23) тощо.

Закон України «Про пожежну безпеку» визначає загальні правові, економічні та соціальні основи забезпечення пожежної безпеки на території України, регулює відносини державних органів, юридичних і фізичних осіб у цій галузі незалежно від виду їх діяльності та форм власності. Забезпечення пожежної безпеки є складовою частиною виробничої та іншої діяльності посадових осіб, працівників підприємств, установ, організацій та підприємців, що повинно бути відображено у трудових договорах (контрактах) та статутах підприємств, установ та організацій. Забезпечення пожежної безпеки підприємств, установ та організацій покладається на їх керівників і уповноважених ними осіб, якщо інше не передбачено відповідним договором (ст. 2). Окремо питання щодо правового регулювання охорони праці містяться в багатьох інших законодавчих актах України.

Відповідно до ст. 25 Закону України «Про підприємства в Україні» підприємство зобов’язане забезпечити всім працюючим безпечні та нешкідливі умови праці, однак несе відповідальність за шкоду, заподіяну здоров’ю та працездатності особи. Цією ж нормою передбачено, що працівник підприємства, який став інвалідом на даному підприємстві внаслідок нещасного випадку або професійного захворювання, забезпечується додатковою пенсією незалежно від розмірів державної пенсії, а також, що у разі смерті працівника підприємства при виконанні ним службових обов’язків підприємство добровільно або на основі рішення суду повинно забезпечити сім’ю працівника допомогою відповідно до законодавчих актів України.

Глава 40 Цивільного кодексу України «Зобов’язання, що виникають внаслідок заподіяння шкоди» регулює загальні підстави відшкодування шкоди і у т.ч. відповідальність за ушкодження здоров’я і смерть працівника у зв'язку з виконанням ним трудових обов’язків.

Ст. 7 Закону України «Про колективні договори і угоди» передбачає, що у колективному договорі встановлюються взаємні зобов’язання сторін щодо охорони праці, а ст. 8 визначає, що в угодах на державному, галузевому

та регіональному рівнях регулюються основні принципи і норми реалізації соціально-економічної політики, зокрема щодо умов охорони праці.

Крім вищезазначених законів, правові відносини у сфері охорони праці регулюють інші національні законодавчі акти, міжнародні договори та угоди, до яких Україна приєдналася в установленому порядку, підзаконні нормативні акти: Укази і розпорядження Президента України, рішення Уряду України, нормативні акти міністерств та інших центральних органів державної влади. На сьогодні кілька десятків міжнародних нормативних актів та договорів, до яких приєдналася Україна, а також більше сотні національних законів України безпосередньо стосуються сфери охорони праці. Майже 200 підзаконних нормативних актів прийнято у відповідності з Законом «Про охорону праці» для регулювання окремих питань охорони праці. Всі ці документи створюють єдине правове поле охорони праці в державі Україна.

Під *охороною праці* розуміється сукупність правових норм, що охоплюють увесь комплекс питань застосування праці й приналежних до різних інститутів трудового права (трудового договору, робочого часу і часу відпочинку та ін.). До них належать норми, які забороняють необгрунтовану відмову в прийнятті на роботу, обмежують переведення та звільнення працівників, встановлюють граничну тривалість робочого часу, регламентують час відпочинку, та багато інших, спрямованих на створення сприятливих загальних умов трудової діяльності. Терміном «охорона праці» у вузькому розумінні завжди визначалося створення для працівників здорових та безпечних умов праці. Закон України «Про охорону праці» від 14 жовтня 1992 р. в ст. 1 так визначає охорону праці: «Охорона праці – це система правових, соціально-економічних, організаційно-технічних і лікувально-профілактичних заходів та засобів, спрямованих на збереження здоров'я і працездатності людини в процесі роботи».

Підприємства, які використовують працю інвалідів, зобов'язані створювати для них умови праці з урахуванням рекомендацій медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) та індивідуальних програм реабілітації і забезпечувати інші соціально-економічні гарантії, передбачені законодавством. Законодавством про працю передбачені й інші гарантії в галузі охорони праці жінок, неповнолітніх і осіб із зниженою працездатністю.

Питання для самоперевірки

1. Професія –як вид діяльності людини, що забезпечує її існування і визначає становище в суспільстві
2. Охарактеризуйте працездатність сучасної людини.
3. Класифікація працездатності, залежно від характеру роботи
4. Загальна, професійна та спеціальна працездатність та їх особливості

5. Проблеми працездатності в сучасному суспільстві.
6. Вплив професійних шкідливостей на організм людини.

Література

1. Агапова Е.Г. Основы физиологии и психологии труда. – Самара, 1991. −149 с.
2. Бакка М.Т., Мельничук А.С., Сівко В.І. Охорона і безпека життєдіяльності людини: Конспект лекцій. – Житомир: Льонок, 1995. – 165 с.
3. Валецька Р.О. Основи медичних знань.: – Луцьк: Волинська книга. 2007 – 380 с.
4. Влияние условий труда на работоспособность и здоровье операторов / Под редакцией А.О. Навакатикяна. – К.: Здоров'я, 1984. – 144с.
5. Вороненко Ю. В. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, Л. О. Прус, А. П. Чуйко. – К.: Здоров'я, 2002. – 358 с.
6. Загальна психологія. Маклаков А.Г. СПб.: Пітер, 2001 – 592 с.
7. Загальна психологія. Максименко С.Д.М.: Рефл-бук, 2004 – 528 с.
8. Интегральная оценка работоспособности при умственном и физическом труде (Метод. рекомендации) / Е. А. Деревянко, В. К. Хухлаев и др. – М.: Экономика, 1976. – 76 с.
9. Климов Е.А. Введение в психологию труда. Учебник для ВУЗов. − М.: Культура и спорт, ЮНИТИ, 1998. – 350с.
10. Количественная оценка тяжести труда. Межотраслевые методические рекомендации / Составители В.Г. Макушин и др. – М.: Экономика, 1988. – 116с.
11. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / Заг. Ред. В.М. Пономаренко. – Тернопіль: Укрмедкнига. – 1999. – С.68.
12. Психологія управління. Урбанович А.А. Мн.: Харвест, 2003 – 640 с.
13. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Н.І. Кольцової, 0.3. Децик. – 2-е видання, перероб. і доп. – Ів. – Франківськ, 1999. – 304 с.
14. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. А. Ф. Серенко и В. В. Ермакова. – М.: Медицина, 1984. – 630 с.
15. Чередниченко І.П., Тільних Н.В. Психологія управління / Серія «Підручники для вищої школи». – Ростов-на-Дону: Фенікс, 2004. – 608 с.

Шлюбно-сімейні процеси в соціальній медицині

Дослідження стрктурних та динамічних характеристик дозволяє зробити висновок, що в цілому традиції сімейного способу життя в країні збережені, і

сім’я продовжує виконувати свої основні функції – забезпечення фізичного (біологічного) та соціокультурного відтворення поколінь.

На сьогодні 90 % населення України проживає у складі сім’ї. Більшість дітей народжується у батьків, які перебувають у зареєстрованому шлюбі. Спираючись на досвід країн Європи, можна припустити, що певна частина позашлюбних народжень – це народження дітей у батьків, які перебувають в офіційно не зареєстрованому шлюбі. Більша частина українських дітей виховується в повних сім’ях, де вони проживають з батьком та матір’ю.

Найбільш поширений тип в Україні – це проста сім’я, (тобто шлюбна пара з дітьми чи без дітей). У складі такої сім’ї або сім’ї з одним з батьків подружжя проживає 65 % усього населення.

Сладні сім’ї, тобто, ті, які складаються з двох або більше шлюбних пар не є типовими для сучасної України, вони становлять менше 4 % усіх домогосподарств, і в них проживає 7,8 % населення.

Україна належить до країн Європи з доволі високим рівнем шлюбності, про що свідчать статистичні порівняння шлюбної структури населення нашої країни з іншими Європейськими країнами та аналіз відносних показників шлюбності.

В Україні, як і в інших Європейських країнах відбуваються складні і суперечливі процеси зміни функцій та складу сім’ї, трансформації шлюбно-сімейної структури населення. Ці процеси знаходять своє відображення у зниженні рівня шлюбності та відповідному збільшенні кількості одинаків, широкому розповсюдженні різноманітних форм шлюбного партнерства, у підвищенні віку вступу до шлюбу, посиленні нестабільності шлюбних відносин тощо.

Шлюбні відносини в Україні є вкрай нестабільними, населення країни характеризується високими показниками розлучуваності, за рівнем якої в Україна, поряд з Росією лідирує в Європі.

Рівень народжуваності в Україні слід оцінити як вкрай низький, оскільки народжуваність компенсує смертність тільки наполовину.

У 2004-2008 рр. відбулося певне збільшення чисельності народжених, яке однак не свідчить про перелом у тенденціях народжуваності, а швидше є наслідком так званої «компенсації», відкладених у кризові роки народжень тощо. За період відбулися суттєві зрушення щодо показників народжуваності, зросла частка позашлюбних народжень, підвищився середній вік матері при народженні дитини, збільшилася питома вага первістків у складі новонароджених. Так частка позашлюбних народжень віком у матерів до 18 років зросла до 45 % на відміну від попередніх років, де цей показник складав близько 18 %.

Зниження народжуваності, втрата традицій багатодітності – фундаментальна тенденція сучасності.

Сім'я в соціальній сфері суспільства.

Основою соціального здоров'я суспільства є насамперед здорова родина.

Шлюб – це союз, укладений між чоловіком та жінкою на офіційних правових засадах, що закріплюють їхні матеріальні та особисті інтереси. Головною метою шлюбного союзу є створення сім'ї. Створивши сім'ю, чоловік і дружина вступають у складний комплекс особистісних і майнових взаємин, які характеризуються психологічними, медико-гігієнічними, сексуальними, етичними та соціальними особливостями. Права й обов'язки чоловіка та дружини набувають сили закону тільки після державної реєстрації шлюбу. Справжній шлюб ніколи не зупиняється у своєму розвитку. Життя постійно ставить перед людиною нові завдання, перешкоди, проблеми, які виникають на шляху до родинного щастя, і можуть бути подолані, якщо члени подружжя вміють і хочуть зміцнити почуття любові, якщо вони повною мірою усвідомлюють свою відповідальність перед суспільством за виховання дітей.

Сім'я – це одна з найважливіших форм організації життя людей, яка має фундаментальне значення як для індивіда, особистості, так і для суспільства; це така спільність людей, яка спирається на шлюбний союз, на родинні зв'язки, на різноманітні відносини між чоловіком та дружиною, батьками і дітьми, між самими дітьми, між іншими членами сім'ї, які живуть разом та ведуть спільне господарство.

Сім'я – мала соціальна група, яка існує на основі шлюбних зв'язків, кровної спорідненості або всиновлення, характеризується спільним проживанням її членів та їхньою спільною відповідальністю за виконання притаманних їй різноманітних функцій.

Сім'я, як мала група, є вихідною в соціальній структурі суспільства, саме в ній і через неї здійснюється включення індивіда у свідоме суспільне життя, у ній він формується, і в ній прагне знайти духовну й матеріальну підтримку. Сім'я існує з найдавніших часів і до наших днів. Стійкість цієї соціальної групи ґрунтується на одвічній потребі людини у безпосередньому відтворенні життя, вихованні дітей, догляді за старими батьками.

Сім'я – це відносини між чоловіком і дружиною, батьками та дітьми. У сім'ї стосунки, зумовлені статевими відмінностями та потребами. Сім'я виникла і видозмінювалася разом з історичним розвитком суспільства і культури. І хоча шлюбно-сімейні відносини детермінуються в кінцевому підсумку соціально-економічними факторами, проте вплив останніх суттєво опосередковується культурними, передусім моральними та правовими відносинами й цінностями, саме тому сім'я розвивається порівняно самостійно і характеризується сталістю та спадкоємністю традицій, зумовлених даною культурою. Вживаючи поняття «сім'я» щодо первіснообщинного суспільства, як правило, мають на увазі коло осіб, між якими були дозволені статеві зв'язки. У цьому розумінні виділяють кровно-

родинну сім'ю, у якій такі зв'язки мають тільки одне обмеження – належність до різних поколінь, тобто між батьками і дітьми; групову сім'ю, яка виникла в результаті доповнення цього обмеження забороною статевих зв'язків також між братами і сестрами, і яка мала два різновиди: ендогамну сім'ю (відносини між членами одного роду) та екзогамну (між членами різних родів); і, нарешті, парну сім'ю, яка передбачала статеві зв'язки тільки між одним чоловіком і однією жінкою, але ці відносини були нестійкими і легко розривалися, особливо це стосується дислокальної парної сім'ї, в якій кожен із подружжя жив у своїй родовій групі. На усіх цих щаблях розвитку сім'ї основною формою трудової і побутової діяльності був рід, що мав матріархальну або патріархальну організацію. Як стійке соціальне об'єднання сім'я виникає в епоху пізнього неоліту, в процесі розкладу родового ладу, і пов'язана з появою приватної власності, класів і держави.

Сім'я засновується на певних формах шлюбних союзів, найпоширенішими серед яких є полігамія та моногамія.

Полігамія (багатошлюбність) – це такий шлюб, за якого один із членів подружжя може мати кількох партнерів. Розрізняють полігінію (багато жінок) та поліандрію (багато чоловіків).

Полігінія – одна із історичних форм шлюбу, за якої чоловік перебуває водночас у кількох шлюбних стосунках із різними жінками (форма сім'ї гаремного типу).

Поліандрія – форма шлюбу, за якої жінка може перебувати водночас у кількох шлюбних союзах із різними чоловіками.

Моногамія являє собою історично зумовлену форму шлюбу, за якої чоловік одружений з однією жінкою, і відповідно, жінка перебуває у шлюбі тільки з одним чоловіком. Подружній союз між ними санкціонований суспільством і має пожиттєвий характер. Найпоширенішою формою моногамної сім'ї була патріархальна сім'я, яка управлялася батьком і стала можливою завдяки закріпаченню жінки, що відбулося в результаті зменшення її економічної ролі та зосередження в руках чоловіка. Патріархальна сім'я була суто моногамною лише для жінки. Перед чоловіком розвиток рабства та інших форм залежності й панування відкрив нові можливості для багатоженства – наложництво рабинь, проституція тощо. У країнах Сходу багатоженство було піднесене до рангу законної форми шлюбу, проте навіть європейська патріархальна сім'я складалась як з родичів – нащадків одного батька з їхніми жінками та дітьми, – так і з домашніх рабів, у тому числі й наложниць. За феодалізму поширення світових релігій, насамперед християнства, позитивно вплинуло на розвиток сім'ї, окультурюючи, одухотворюючи її соціально-економічні засади.

В сучасних країнах зустрічаються також нетрадиційні одностатеві сім'ї. Сексуальні меншини ведуть боротьбу за їхнє визнання, правове оформлення тощо.

Кожний перепис населення показує, наприклад, що кількість жінок, які перебувають у шлюбі, більше кількості одружених чоловіків. Очевидно, одне

і те саме явище – фактичний шлюб – люди розцінюють по різному: жінки вважають його реальним, теперішнім часом, чоловіки – тимчасовим співжиттям, безшлюбністю.

Істотно впливає на характер сімейних відносин кількість дітей. За кількістю дітей звичайно виділяють такі різновиди сімей, як бездітні, малодітні і багатодітні сім'ї.

Бездітні сім'ї, сім'ї, в яких протягом 10 років подружнього життя не народилося жодної дитини складають понад 15% усіх сімей. Кожна третя така сім'я розпадається частіше за всього за ініціативою чоловіка.

Однодітні сім'ї складають в містах понад 50% сімей. З них розпадається кожна друга сім'я.

Малодітна сім'я (сім'я з двома дітьми) характеризується більшою стійкістю, у порівнянні з однодітними – більш ніж в три рази). Вона створює кращі умови для формування особистості дитини, його моральних якостей і комунікативних здібностей.

Багатодітна сім'я (троє і більше дітей) розпадається рідко, має і інші переваги, хоча, зрозуміло, що в сучасних умовах її існування пов'язано з матеріальними труднощами. Загальною тенденцією сучасного розвитку сім'ї є зменшення кількості дітей. За даними соціологічних досліджень і чоловіки, і жінки хотіли б мати в середньому менше дітей, ніж було в сім'ях їхніх батьків. Загалом, в сучасній Україні можна виділити наступні тенденції розвитку сім'ї: збільшення кількості розлучень; збільшення кількості неповних сімей; зволікання шлюбу; проживання без оформлення шлюбу; зменшення розмірів сім'ї і народжуваності дітей; збільшення кількості самотніх людей, які не вступають в шлюб; зменшення кількості повторних шлюбів.

Життя сім'ї – це складні і різноманітні процеси або сторони життя людини: біологічні, економічні, моральні, правові, психологічні, естетичні, релігійні тощо. Сім'я дає змогу створити найоптимальніші умови для відтворення людини: народження дитини, догляд за нею, виховання, навчання тощо; здійснює своєрідне накопичення, перерозподіл і передачу наступним поколінням досвіду, знань, навиків найнеобхідніших форм трудової діяльності і взаємодії з навколишнім середовищем, спілкування і співпраці з іншими людьми. Це найдосконаліша форма ведення власного господарства, побуту, відпочинку з досить чітким розподілом функцій, прав та обов'язків. Сім'я – це один з найвагоміших вимірів життя особи, у якому вона реалізує свої важливі особистісні якості. Без сім'ї, сімейного родинного життя особа не може повною мірою реалізувати свою природу, особистісні якості і не може бути повною мірою щасливою.

Головною функцією сім'ї була економічно-господарська функція, а основою шлюбних відносин – відносини панування та підкорення. Ці цінності в суспільній свідомості сприймалися як такі, що стосуються не шлюбу і функціонують не в шлюбі, а поза ним, як його антиподи. Індустріалізація зруйнувала, принаймні в містах, характерний для феодалізму

зв'язок між життям сім'ї та виробництвом, а з усіх економічних функцій залишила у багатьох сім'ях тільки функцію організації побуту. Більшість сімей стали складатися тільки з подружжя та їхніх дітей (нуклеарна сім'я), а сімейні відносини набули менш ієрархічного та менш авторитарного характеру. Жінки отримали широкий доступ до роботи на промислових підприємствах та у сфері послуг. Це значною мірою забезпечило економічну самостійність жінок та їхню незалежність від чоловіків, навіть незважаючи на дискримінацію в оплаті праці жінок. Під впливом виступів прогресивних сил у багатьох країнах жінкам були надані громадянські права і навіть право на розлучення. Шлюб і сім'я з економічної інституції все більше перетворювалися на морально-правовий союз чоловіка і жінки, що ґрунтується на особистісному виборі та любові. Любов поступово стає основою, вищим моральним законом сімейно-шлюбних відносин.

На початку XX ст., в індустріально розвинутих країнах більшість соціальних мислителів констатує кризу патріархальної сім'ї, що виявляється у зменшенні майже до нуля її економічно-господарських функцій, в емансипації жінок і посиленні феміністського руху, у значному звільненні сім'ї від виховних функцій завдяки удосконаленню системи суспільного виховання та освіти, у гіпертрофованому зростанні розлучень, у небажанні значної частини молоді вступати до шлюбу і створювати сім'ю, у зменшенні кількості повторних шлюбів. Усе це, безумовно, дає підстави для висновку про кризу сучасної сім'ї. Так, російський соціолог Ю. Рюриков робить висновок, що з початку XX ст. розпочинається розпад патріархальної сім'ї і становлення нової біархатної сім'ї. Нова форма сім'ї – біархатна сім'я базуватиметься на гармонійному поєднанні чоловічого та жіночого «начала» у сім'ї, на «рівній і повноправній нерівності» подружжя, коли чоловік і дружина гармонійно поєднуватимуть свої зусилля у виконанні спільних функцій сім'ї і доповнюватимуть одне одного перевагами чоловічої і жіночої історично розвинутої антропо-соціокультурної природи. Перевага чоловічої природи вбачається в тому, що чоловік перебуває у творчому пошуку нового, є першовідкривачем нових форм життєдіяльності, а жіночої – в тому, що жінка утримує і закріплює соціокультурні досягнення та надбання. Усе це неможливо без дотримання моральних норм і без душевно-духовного спілкування. У кожної людини є нездолання потреба не просто у спілкуванні, а саме в інтимному, духовному спілкуванні, в якому вона може виразити, вилити свою душу, знайти підтримку, визнання, щиру зацікавленість, співпереживання та співчуття, що допомагають їй у вирішенні як соціально орієнтованих, так і особистісних проблем. Саме в сім'ї створюється та особлива атмосфера відвертості, довіри, взаємодопомоги, які виховуються в людині як невід'ємні якості особистості. Сім'я є тим мікросередовищем, клімат якого сприяє чи перешкоджає збереженню і розвитку моральних і фізичних сил людини. Тільки мала соціальна група близьких людей, якою є сім'я, здатна поєднувати на засадах любові виховання і соціалізацію дитини з її одночасною індивідуалізацією. Зберігається, а останнім часом набуває

більшого значення, з огляду на економічну ситуацію в країні, господарсько-побутова функція сім'ї, пов'язана з веденням домашнього господарства і внутрішньо-сімейним задоволенням побутових потреб. Саме тут відбувається відтворення фізичних і духовних сил людини, які сприяють кращому виконанню нею своїх виробничих, соціальних і культурних функцій у соціумі. Крім того, що сім'я є найважливішим соціальним інститутом, вона одночасно виступає і як своєрідна соціальна група, якій притаманні специфічні особливості, на відміну від інших соціальних спільнот. Дійсно, якщо розглядати сім'ю як малу соціальну групу, то стає очевидним, що вона якісно відрізняється від інших малих соціальних груп, наприклад, первинного виробничого колективу. І відмінності ці, звичайно ж, пояснюються, передусім, тим, що сімейна соціальна група формується, функціонує і розвивається внаслідок того, що їй властиві відносини спорідненості, тобто на абсолютно інших принципах. Так, якщо склад трудового колективу може постійно змінюватися, то склад сім'ї, як правило, стійкий, сім'я будується на спільності інтересів і цілей.

При аналізі сім'ї як малої соціальної групи доцільно виділити два основні типи характеристик:

- характеристики групи в цілому (мета і завдання сімейної групи, склад і структура сім'ї, її соціально-демографічний склад, групова згуртованість);
- характеристики зв'язків і відносин сімейної групи з більш широкими соціальними системами в рамках соціальної структури суспільства (функції сім'ї по відношенню до суспільства, цілі, завдання і функції по відношенню до індивіда, сімейні цінності і зразки поведінки тощо).

Таким чином, різні сім'ї в суспільстві мають в ньому свої інтереси, знаходяться у взаємодії одна з одною і з суспільством в цілому, і тому сім'я виступає як специфічна соціальна спільність, соціальна група і разом з іншими соціально-класовими, етнічними групами є найважливішим елементом соціальної структури суспільства.

Головне призначення сім'ї – забезпечення соціальної і культурної безперервності розвитку суспільства. Як соціальний інститут сім'я виконує перш за все репродуктивну функцію, тобто функцію дітонародження, відтворювання населення. Вона не обмежується біологічним продукуванням, а має соціальний характер, оскільки передбачає не тільки народження дитини, а і відтворювання, виховання людини, яка б відповідала сучасному рівню розвитку суспільства. З репродуктивною функцією тісно пов'язана виховна функція сім'ї, сім'я забезпечує спадковість в розвитку культури, бере участь в збереженні і передачі молодому поколінню духовних цінностей і трудових навичок. Сім'я забезпечує первинну соціалізацію дитини, вводить її в складний світ соціальних зв'язків, прищеплює їй звички, формує погляди, моральні установки, цінності.

Сім'я виконує *економічну, матеріально-виробничу, господарсько-побутову* функції, тобто ***функції накопичення матеріальних благ і передачі наступним поколінням***. Сім'я виконує *рекреативну* (відновлюючу)

функцію, або ***функцію емоційної стабілізації і психологічної терапії***. Сім'ї властива також *комунікативна функція*, оскільки вона задовольняє потребу людини в спілкуванні на основі взаєморозуміння і взаємної підтримки, і, разом з тим, в ізоляції, самотності. Сім'я виконує також *регулятивну функцію*, зокрема, здійснює функцію моральної регламентації поведінки членів сім'ї в спілкуванні одного з іншим і оточуючими людьми, *функцію регуляції сексуальної поведінки*. Врешті решт тільки відчуття приналежності до сім'ї «коректує» поведінку на роботі і в спілкуванні з іншими людьми. Іноді дослідники сім'ї називають також *феліцитативну* функцію, адже саме сім'я дає людині відчуття щастя. Всі соціальні функції сім'ї задовольняють і особисті потреби. Так, функція *відтворювання* задовольняє потребу в дітях, в батьківстві, у вихованні дітей. Економічна і господарсько-побутова функції задовольняють потреби в господарсько-побутових послугах, матеріальній допомозі. Функція соціалізації виявляється в таких індивідуальних функціях як духовне взаємозбагачення членів сім'ї, функція дозвілля задовольняє потреби в загальному дозвіллі, а функція емоційної стабілізації і психологічної терапії забезпечує отримання психологічного захисту, емоційної підтримки в сім'ї, задоволення потреби в особистому щасті, любові. На реалізацію функцій впливають особливості періодів життєдіяльності сім'ї. Виділяють такі періоди життєдіяльності: перший – від вступу до шлюбу до народження першої дитини; другий закінчується з вступом дитини в школу; третій завершується досягненням соціальної зрілості останньою дитиною, а останній, четвертий, починається створенням власної сім'ї останньою дитиною. Структура сім'ї та її внутрішня організація залежать від багатьох чинників, зокрема, вона визначається характером укладеного шлюбу.

Оскільки наше життя безперервно розвивається, а з ним і ми, певних змін зазнає і шлюб. При здоровому, правильному погляді на родинне життя він відкриває чоловікові та дружині нові грані у взаєминах і у ставленні до навколишнього світу. Гармонійний розвиток сім'ї пов'язаний з виконанням різноманітних функцій, які як і її структура, багато в чому залежать від існуючих у суспільстві соціально-економічних умов.

Життя і соціальні функції сім'ї досить багатогранні: вони пов'язані з інтимним життям подружжя, продовженням роду – відтворенням людини, вихованням нового покоління, соціалізацією особистості, зі спільним веденням домашнього господарства, взаємною допомогою в побуті тощо.

Медико-соціальні аспекти охорони здоров'я матері та дитини.

Охорона здоров'я матері та дитини – це комплекс державних і громадських заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок і дітей та покращання демографічної ситуації, на забезпечення здорового всебічного розвитку молоді та дітей. Будь-яке суспільство має бути зацікавленим у відтворенні та збереженні повноцінного людського потенціалу. Медико-

соціальне значення системи охорони здоров'я матері та дитини визначається її провідною роллю в збереженні та поліпшенні здоров'я жінки, зниженні материнської смертності та смертності немовлят, вихованні здорового, гармонійно розвиненого покоління. Здійснення численних державних, громадських, медико-соціальних заходів повинно відбуватися на основі засад, передбачених відповідними законодавчими актами. Законодавча база охорони здоров'я у жінок і дітей в Україні включає більшість визнаних на міжнародному рівні прав людини.

Згідно з Конституцією України: людина, її життя та здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю; кожна людина має невід'ємне право на життя і здоров'я та право на їх захист; кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Вирішення проблем охорони здоров'я матері та дитини та медичного забезпечення, залежить від соціального та економічного статусу жінки. Рівність прав чоловіка та жінки в усіх сферах життя закріплена 24 статтею Конституції України. Реалізація задекларованої рівності може бути реально забезпечена тільки відповідними належними соціально-економічними умовами. Важливе значення має створення оптимальних умов для забезпечення прав жінок, це передусім стосується реалізації положень, визначених документами Міжнародної організації праці (МОП), оскільки більшість з них так або інакше спрямована на захист репродуктивної функції жінки. Конвенція МОП № 103 передбачає державну допомогу майбутній матері – забезпечення необхідного рівня життя, медичної допомоги, заборону під час вагітності працювати в важких та шкідливих умовах, надання відпустки до- та після пологів, для виховання дитини. Ці положення знайшли відтворення в VII розділі Основ законодавства Україна про охорону здоров'я (1992 р.).

Одним з головних напрямків сучасної демографічної політики є планування сім'ї. Пошуки оптимальних заходів щодо вирішення цієї проблеми ведуться ще з часів Платона, однак по сьогодні планування сім'ї залишається однією з актуальних проблем сучасної людини. Мета планування сім'ї, за визначенням ВООЗ, полягає в:

• запобіганні небажаній вагітності;
• можливості регулювати час народження дитини;
• самостійному визначенні сім'єю кількості дітей;
• народженні бажаних здорових дітей;
• профілактиці захворювань, які передаються статевим шляхом;
• профілактиці безпліддя.

В Україні затверджена Національна програма планування сім'ї (1995 р.). В квітні 2001 р. прийнятий Закон України «Про охорону дитинства» – закон визначає охорону дитинства в Україні як стратегічний загальнонаціональний пріоритет і з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіту, соціальний захист і всебічний

розвиток встановлює основні засади державної політики в цій сфері. Проте, в першу чергу, зусилля держави та громадськості повинні бути спрямовані на діяльність відповідних служб, ефективність яких залежить від багатьох чинників. Передусім потрібно провести ретельний аналіз стану системи, її засад, матеріально-технічної бази, організації та якості діяльності лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я. Забезпечення медичною допомогою жінок і дітей буде сприяти збереженню служб охорони здоров'я матері та дитини, їх адаптація до змін в економіці держави; реформуванню первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини, з визначенням її пріоритетності жінкам і дітям; впровадженню ефективних технологій в роботу лікувально-профілактичних закладів; профілактиці захворюваності; гігієнічному вихованню з акцентом на пропаганду здорового способу життя.

Медична допомога жінкам і дітям ґрунтується на загальних принципах організації лікувально-профілактичної допомоги, проте має більш виражену профілактичну спрямованість і надається поетапно:

1 етап – медична допомога майбутній матері та підготовка її до материнства;

2 етап – комплекс заходів з антенатальної охорони плода, здійснюваних спеціалізованими акушерсько-гінекологічними закладами, загальною мережею лікувально-профілактичних закладів, санаторіями для вагітних;

3 етап – інтранатальна охорона плоду – забезпечення допомоги при пологах у акушерських відділеннях пологових будинків;

4 етап – лікувальна допомога новонародженим у відділеннях пологових будинків і відділеннях новонароджених дитячих лікарень;

5 етап – охорона здоров'я дітей дошкільного віку, здійснення профілактичних заходів;

6 етап – охорона здоров'я дітей шкільного віку.

Важливими складовими частинами системи охорони здоров'я матері та дитини є акушерсько-гінекологічна допомога та лікувально-профілактична допомога дітям, розширюється мережа медико-генетичних закладів, до яких відносяться обласні та міжобласні, регіональні центри, медико-генетичні консультації, Львівський НДІ спадкової патології, Інститут генетики репродукції (м. Київ) тощо. Створено центри, відділення, кабінети дитячої та підліткової гінекології. Кабінети відкриті в обласних центрах і великих містах. У деяких регіонах у кожному районному центрі працюють лікарі-гінекологи дитячого та підліткового віку.

Лікувально-профілактична допомога дітям надається в самостійних дитячих поліклініках і поліклініках у складі дитячих об'єднаних лікарень.

Історична довідка

✓ У 1991 р. Україна ратифікувала Конвенцію ООН про права дитини, підписала Всесвітню декларацію про забезпечення виживання, захисту та розвитку дітей і розробила план дій щодо її реалізації.

✓ В квітні 2001 р. прийнятий Закон України «Про охорону дитинства» –закон визначає охорону дитинства в Україні як стратегічний загальнонаціональний пріоритет.

Цікаво знати, що...

- Кількість зареєстрованих шлюбів збільшилась як в цілому по Україні, так і в більшості регіонів (І півріччя 2010 року – 109 261, І півріччя 2011 – 116 700). Виключенням стало лише місто Севастополь, де кількість зареєстрованих шлюбів зменшилась на 3,3% у порівнянні з І півріччям 2010 року.
- У порівнянні з І півріччям 2010 року кількість складених актових записів про розірвання шлюбу зменшилась майже у двічі (2010 рік – 69 820, 2011 – 30 513). Водночас наведені дані загалом не свідчать про зменшення розірвань шлюбів. Одним з пояснень таких показників є те, що з 27 липня 2010 року відповідно до Закону України «Про державну реєстрацію актів цивільного стану» розірвання шлюбу, здійснене в судовому порядку, не підлягає державній реєстрації в органах державної реєстрації актів цивільного стану. На підставі рішення про розірвання шлюбу в актовому записі про шлюб проставляється відповідна відмітка про розірвання шлюбу.
- Так у І півріччі 2011 року відділами державної реєстрації актів цивільного стану в актових записах про шлюб проставлено 51 162 відмітки про розірвання шлюбу на підставі рішень судів, постановлених після набрання чинності вищенаведеним Законом.
- 89% неповних сімей України – це сім'ї, де дітей виховує одна мати.
- 4 хвилини в день український батько приділяє уваги вихованню дитини.
- 32% татусів допомагають дітям робити уроки, 24% татусів у своїх обов'язках мають супровід дітей до школи.
- 100 500 сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування сьогодні проживає в Україні.
- 488 дитячих будинків сімейного типу, в яких виховується 3 288 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування функціонує в Україні.
- 3 653 дітей усиновлено протягом 2010 року, 4 865 дітей усиновлено протягом 2011 року.
- більше 50% населення України потерпали від насильства в сім'ї продовж свого життя, причому 30% зазнавали насильства у дитячому віці.
- 60 600 осіб, які вчинили насильство в сім'ї, було поставлено на облік органами внутрішніх справ за 10 місяців 2009 року.

- ❖ 30-40% викликів, що надходять до міліції, стосуються домашнього насильства, 35-50% жінок, що потрапляють до лікарень з тілесними травмами, є жертвами домашнього насильства.

Питання для самоперевірки

1. Дайте визначення поняттям полігамія, полігінія, поліандрія, моногамія.
2. Здорова родина - основою соціального здоров'я суспільства
3. Шлюбно-сімейні процеси в сучасному суспільстві.
4. Шлюб в сучасному суспільстві.
5. Медико-соціальні аспекти охорони здоров'я матері та дитини.
6. Головне призначення та функції сім'ї.
7. Акушерсько-гінекологічна та лікувально-профілактична допомога дітям в сучасній медицині. Однодітні сім'ї, малодітні сім'ї, багатодітні сім'ї в сучасному суспільстві.

Література

1. Алексеенко И.Р., Кейсевич Л.В. Последняя цивилизация? Человек. Общество. Природа. – К.: Наукова думка, 1997. – 412 с.
2. Валецька Р.О. Основи медичних знань.: – Луцьк: Волинська книга. 2007 – 380 с.
3. Вороненко Ю. В. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, Л. О. Прус, А. П. Чуйко. – К.: Здоров'я, 2002. – 358 с.
4. Кича Д. И. Здоровье и потребность семьи в медико-социальной помощи. – М., 1993. – 65 с.
5. Колбанов В. В. Валеология: основные понятия, термины и определения. – СПб.: ДЕАН, 2001. – 256 с.
6. Лучкевич В.С. Основи социальной медицини и управлення здравоохранением: Уч. пособие. – СПб., 1997. – 184 с.
7. Мислицький В.Ф., Пішак В.П., Проняєв В.І. Спадкові синдроми. Чернівці: Прут, 1998. – 312 с.
8. Оцінка ефективності програми «Здоров'я та розвиток молоді». 1997 – 2001. – К., 2001. – 95 с.
9. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / Заг. Ред. В.М. Пономаренко. – Тернопіль: Укрмедкнига. – 1999. – С.68.
10. Про становище молоді в Україні (за підсумками 1999 р.): Щорічна доп. Президентові України, Верховній Раді, Кабінету Міністрів України. – К., 2000.
11. Ростовцев В.Н. Генетика и диагноз. – Минск: Изд-во Университетское, 1986. – 192 с.

12. Хижняк М.М., Нагорний А.М. Здоров'я людини та екологія. – К.: Здоров'я, 1995. – 229 с.

Роль засобів масової інформації у формуванні здорового способу життя

Теорія і практика формування здорового способу життя (ФЗСЖ) висувають рівень інформованості суспільства в цілому і окремих його членів зокрема з проблем здоров'я як один з найважливіших чинників передумови успіху формування здорового способу життя.

Надання інформації – одна з стратегій ФЗСЖ і, природно, її ефективність безпосередньо пов'язана із рівнем розвитку засобів масової інформації (ЗМІ), особливостями їх функціонування в певному соціумі. Загальновідомо, що в наш час ЗМІ справляють найбільш вагомий вплив на громадську свідомість. Здатність швидко і майже тотально охоплювати найбільш широкі аудиторії дає їм можливість трансформувати традиційну систему духовного виробництва. В розвинутих суспільно-політичних системах панує теза, що ті, хто володіє ЗМІ, володіють громадською думкою. Відповідно до концепції відомого канадського соціолога і культуролога Г.М. Маклуена ера мас-медіа і електронної інформації радикально змінює людину та її життя.

Сучасні ЗМІ як складова частка масової культури долають на планеті простір і час, національні кордони, пов'язуючи в єдину мережу найвіддаленіші куточки на Землі. За допомогою мас-медіа серед різних категорій населення (читачів, слухачів, глядачів) пропагуються певні ціннісні установки, світоглядні стереотипи та моделі поведінки.

Інформаційний простір України протягом останніх років зазнав значних кількісних і якісних змін. Насамперед, з'явилося багато нових періодичних друкованих видань, засновниками яких головним чином виступають комерційні структури, науково-дослідницькі установи, громадські організації, навчальні заклади тощо. Через пресу, радіомовлення широкому загалу населення нав'язуються зразки так званої масової культури. З усіх ЗМІ телебачення є найпотужнішим сучасним інструментом пропаганди та впливу, адже через телеефір, зорове сприйняття найшвидше поширюються культурно-ціннісні стереотипи та формується сучасний світогляд людини. Сьогодні аудиторією телебачення є практично все населення.

Аналізуючи стан сучасного українського телебачення, можна виділити основну тенденцію його розвитку, яка помітна будь-якому телеглядачу, – комерціалізацію. Аналіз програм телебачення, які публікують у пресі, свідчить про значне збільшення кількості передач комерційних жанрів. За змістом комерційна модель орієнтована на масову культуру, а наймасовішою сьогодні є так звана «американська популярна культура», що поширюється глобальними темпами та механізмами виробництва інформації. Саме її, з її

легковажністю діалогу, соціальним керівництвом, насиллям, еротикою тощо, й подає український телеефір.

Як відомо, документальні фільми є носіями інформації пізнавального характеру, а таке вагоме зменшення і так незначної їх частки є негативним чинником формування національної культури. Цей факт ще й ставить під сумнів доцільність створення документальних матеріалів з ФЗСЖ, бо проблематичним буде їх просування в ефір. Натомість збільшилася частка художніх, документальних, науково-популярних фільмів, серіалів, соціальних, правових, музичних, дитячих та релігійних програм.

Українські засоби масової інформації є сьогодні вагомим чинником впливу на свідомість людини. Тому саме від їхньої позиції значною мірою залежить, яким шляхом розвиватиметься українське суспільство. Зараз в інформаційному просторі України відсутня потужна система узгоджених конструктивних ідеологам, здатних консолідувати суспільство для подолання наявної кризи. Натомість він містить низку негативних тенденцій, що за умов їх подальшого розвитку можуть призвести до деморалізації населення. Природно, такий стан речей суттєво перешкоджає ефективній реалізації стратегії інформованості з ФЗСЖ. Мова йде не про відсутність окремих теле- і радіопрограм, друкованих матеріалів, соціальної реклами з проблем здоров'я (вони є і певною мірою виконують своє призначення), а про відсутність єдиної системи пріоритету ФЗСЖ у ЗМІ, керованої на державному рівні і закріпленої законодавчо.

У ситуації сучасної соціально-психологічної нестабільності доцільніше, щоб засоби масової інформації взяли на себе місію вироблення національної ідеології, орієнтованої на оптимістичну перспективу. На думку деяких фахівців, одним з суттєвих компонентів такої ідеології може стати пропагування в ЗМІ ідеї згуртування народу України навколо цінностей здорового способу життя в усієї їх різноманітності – фізичних, психічних, духовних, соціальних цінностей.

За допомогою засобів масової інформації сучасна людина задовольняє одну з основних своїх потреб – потребу в інформації. ЗМІ різного роду впливають на свідомість людини і через перероблену і відредаговану ними інформацію у аудиторії формується не тільки своєрідна картина світу та світосприйняття вцілому, але і встановлюються певні норми і правила поведінки людини в суспільстві. Найбільш чітко вплив ЗМІ на читачів простежується в ілюстрованих журналах, орієнтованих за гендерною ознакою – їх ідеалами є так звані «справжні жінки» і «справжні чоловіки». Такий стереотип сприйняття чоловіки і жінки в сучасному суспільстві простежується в основному в глянцевих, «гламурних» виданнях. Навіть пануючі в суспільстві соціальні норми значною мірою сформовані ЗМІ.

Засоби масової інформації активно впливають на формування здорового способу життя молоді, створюють подвійний взаємовиключний вплив на спосіб життя молодої людини: з одного боку, вони виступають як чинник стимулюючий формування здорового способу життя у молоді, з

іншої – провокують розвиток шкідливих звичок, хімічних залежностей, сприяють розвитку психологічного дискомфорту тощо.

Існує думка, про те, що не слід перебільшувати роль ЗМІ у формуванні способу життя молоді, списуючи всі проблеми, що існують в молодіжному середовищі, на рахунок «згубного впливу заходу» і комерціоналізації радіо, телебачення і преси. У радянські часи, коли в ЗМІ не було абсолютно ніякої реклами, а цензура не пропускала нічого, що могло б негативно позначитися на особі, на способі життя молодої людини, в Україні мали місце такі явища як куріння, пияцтво, і безладні статеві зв'язки, не кажучи вже про неправильне, неякісне харчування та відсутність фізичної активності. Тобто не тільки ЗМІ сьогодні ведуть до того, що значна частина населення веде нездоровий спосіб життя. У той же час роль ЗМІ у формуванні здорового способу життя не можна недооцінювати, проте, не можна не відзначити, що саме в останнє десятиліття величезні засоби, що вкладаються міжнародними і українськими корпораціями в рекламу сигарет і алкогольних напоїв, неякісної харчової продукції не йдуть в жодне порівняння з фінансуванням програм, статей, передач, присвячених формуванню здорового способу життя.

Проблема негативного впливу ЗМІ на спосіб життя молоді не є тільки українською. Реклама, ЗМІ і музика – це не просто різновидність розважальних програм, вони також виконують завдання по рекламуванню окремих осіб, виробів, ідей або стереотипів поведінки, які можуть надати як корисну (позитивну), так і руйнівну (негативну) дію на здоров'ї. З погляду охорони здоров'я значна частина такої рекламної продукції є протипоказаннями, наприклад, наголошується стійкий взаємозв'язок між рекламою тютюнових виробів і показниками поширеності куріння серед підлітків. ВООЗ відзначає, що надмірне захоплення телепередачами, фільмами і комп'ютерними іграми може привести до збільшення випадків насильства, а також пониження фізичної активності молоді.

У більшості країнах приймаються різні заходи для того, щоб ЗМІ в більшій мірі сприяли формуванню здоровому способу життя. Так в США і Канаді всі телепередачі, кінофільми, що містять епізоди жорстокості, насильства, сексу показуються тільки на спеціальних платних каналах, які сім'я повинна спеціально оплачувати. У розвинених країнах світу, у всіх засобах масової інформації широко поширена соціальна реклама, направлена на протидію рекламі тютюну, алкоголю і ін. У всіх країнах, що відносять себе до інформаційного суспільства в учбових закладах вивчається практика адекватного сприйняття різних форм інформації.

Для України на сьогодні актуальним є навчання дорослих і дітей правильному сприйняттю величезного потоку інформації, в якому кожна людина знаходиться щодня. Причому для того, щоб навчити цьому дітей, необхідно в першу чергу навчити дорослих. Культура ж споживання інформації дорослими через сім'ї, учбові і позашкільні установи може стати надбанням молоді. Причому не можна говорити про те, що в ЗМІ сьогодні

такої інформації взагалі немає. Правильніше говорити про те, що дорослі не усвідомлюють всю важливість цієї інформації для себе і підростаючого покоління, тому її не використовують. Кажучи про інформування дорослих не можна зупинятися тільки на культурі сприйняття інформаційних потоків. Окремою проблемою є непоінформованість батьків і вчителів про психологічні і фізіологічні проблеми підліткового віку. На жаль поведінка батьків часом посилює і без того скрутне становище підлітків. Все це відбувається в першу чергу через нерозуміння ситуації, відсутності знань про шляхи вирішення підліткових проблем. Спеціальні брошури, статті, книги, передачі можуть в цьому допомогти батькам, вчителям, а отже і дітям.

Сьогодні існує явна потреба у виготовленні телевізійних сюжетних роликів та ігрових фільмів (можливо серіалів), ігрових радіопередач з проблематики формування здорового способу життя, виготовленні соціальної реклами та розташування її в привабливих для молоді музичних теле- та радіопередачах, шоу-передачах, використання тематичних вкладишів до найбільш популярних серед дорослих, молоді та дітей газет та журналів.

Цікаво знати, що…

- В Україні існують державні та приватні ЗМІ. Частка недержавного сектора у телерадіоінформаційному просторі перевищує 96%.
- Центральним органом влади із забезпечення реалізації державної політики в інформаційній та видавничій сферах є Державний комітет телебачення та радіомовлення України.
- Всеукраїнське інформаційно-аналітичне видання «Медичний світ», засновником та видавцем якого виступають Міністерство охорони здоров'я України та Всеукраїнська Спілка Громадських організацій «Рух за здоров'я», – це єдиний друкований засіб масової інформації цільовою аудиторією якого є управлінці системи охорони здоров'я, головні лікарі, ректори медичних закладів, середній та молодший медперсонал.
- Сьогодні на ринку налічується понад 150 періодичних видань у галузі охорони здоров'я. Це становить близько 8 % від загальної кількості періодики, що видається в Україні. Втім, більшість з них є вузькоспеціалізованими, науковими та не висвітлюють аспекти державної політики в сфері охорони здоров'я.

Література

1. Баранчук С. Духовність в Україні і засоби масової інформації // Україна на порозі третього тисячоліття: духовність як основа консолідації суспільства. – К., 1999. – Т. 15. – С. 589-597.
2. Бебик В.М., Сидоренко О.І. Засоби масової інформації посткомуністичної України. – К., 1996. – 124 с.

3. Борев В.Ю., Коваленко А. Культура и массовая коммуникация. – М.,1986. – 304 с.
4. Багдикян Б. Монополия средств информации. – М., 1987. – 320 с.
5. Ерасов Б.С. Социальная культурология. – М., 1996. – 591 с.
6. Жабский М.И. Социология кино: истоки, предмет, перспективы. – М., 1989. – 64 с.
7. Засоби масової інформації і суспільство України: сучасний стан взаємостосунків. Аналітична записка Українського центру економічних і політичних досліджень // Україна на порозі третього тисячоліття: духовність і художньо-естетична культура. – К., 1999. – Т. 14. – С. 572-607.
8. Карпухин О.И. Самооценка молодежи как индикатор ее социокультурной идентификации // Социс. – 1998. – № 12. – С. 89-94.
9. Колядюк Р. Быть или не быть?.. - вот в чем вопрос // Маркетинг и реклама. – - 1999. – №4. – С. 18-25.
10. Копиленко О.Л. Влада інформації. – К., 1991. – 108 с.
11. Костенко Н. Парадигми та фактичності нових мас-медіа // Соціологія: теорія, методи, маркетинг. – 1998. – № 1/2. – С. 138-150.
12. Телекоммуникация и информация общества: Сборник обзоров. – М., 1990. – 159 с.
13. Устименко Л. Сучасна книга як чинник формування дозвіллєвої культури молоді // Вісник Книжкової палати. – 1998. – №7. – С. 11-12.
14. Федотова Л.Н. Масовая информация: стратегия производства и тактика потребления. – М., 1996. – 232 с.
15. Хоружий Г. Інформаційна політика: сутність і проблеми // Друкарство. – 1999. – № 4(27). – С. 4-5.

СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я В ЗАГАЛЬНІЙ ДЕКЛАРАЦІЇ ПРАВ ЛЮДИНИ

Теоретико-правові підходи щодо сприяння здоровому способу життя.

Законодавчо-нормативне забезпечення формування здорового способу життя починається насамперед із загальних прав людини. Міжнародне співробітництво держав у галузі прав людини здійснюється у формі прийняття певних стандартів стосовно змісту правового статусу індивіда та прийняття державами зобов'язань щодо дотримання цих стандартів у своєму внутрішньому законодавстві та у повсякденній діяльності.

Міжнародне товариство у рамках Організації Об'єднаних Націй (ООН) розробило низку документів, що містять у собі норми, що стосуються питань прав людини взагалі, так і права на збереження та поліпшення здоров'я зокрема. Перший з цих документів – Загальна декларація прав людини затверджена і проголошена Генеральною Асамблеєю ООН, пізніше приймались й інші документи, насамперед Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права та Міжнародний пакт про

громадянські та політичні права. Ці три міжнародно-правових акти прийнято називати «Хартією прав людини».

У Загальній декларації прав людини містяться норми-рекомендації. норми поведінки, закріплені у Пактах, які по суті є міжнародними договорами, вони вважаються обов'язковими для держав, що приєдналися до них. Так, у статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права записано, що кожний має право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я. Заходи щодо втілення положень Пактів у життя містяться як в самих Пактах, так і в окремому документі – факультативному протоколі до Пакту «про громадянські та політичні права». Крім цих документів, існує низка договорів, конвенцій, протоколів, які мають на меті закріплення співробітництва держав з питань боротьби з масовими порушеннями прав людини, захисту прав окремих категорій індивідів та співробітництва держав з питань правового статусу індивидів. Крім вище згаданого Пакту та документів щодо питань охорони здоров'я є інші нормативні акти Всесвітньої Медичної Асоціації: «Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої системи охорони здоров'я» (1983р.), «Положення про генетичне консультування та генну інженерію» (1987 р., 2009 р.), «Положення про доступність медичної допомоги» (1988р., 2004р.), «Положення про професійну відповідальність лікарів при лікуванні хворих на СНІД» (1988р., 1995р.), «Положення про політику в галузі дитячого здоров'я» (1987р., 1998р.), Декларація стосовно прав лікарів у вирішенні екологічних та демографічних проблем (1988 р.), «Положення про захист прав і конфіденційність пацієнта» (1993р., 2003р.), Резолюція про відношення лікарів до проблеми трансплантації (1994р., 2007р.), «Положення про безпеку робочого місця» (1993р.) тощо. Відповідні положення закріплені також у Конвенції Всесвітньої Асоціації психіатрів: «Положення про права та юридичний захист психічнохворих» (1989 р.), документах Ради Європи: Резолюція про приведення у відповідність законодавства держав-учасниць з питань трансплантації матеріалів організму людини (1978 р.), Принципи проведення медичних досліджень на людях (1990 р.) тощо. Україна підписала і ратифікувала практично всі документи, що стосуються прав людини.

Сучасність потребує повної узгодженості національного законодавства з нормами та принципами, закріпленими Європейською Конвенцією про захист прав людини та основних свобод. Разом з тим, необхідно визначити допустимі форми і методи реалізації цих норм і принципів, врахувавши особливості розвитку нашої країни. Відомо, що в Україні відсутні концепії розвитку медичного права та законодавчого забезпечення здорового способу життя, що дали б змогу визначати загальні підходи, структуру, порядок розроблення і прийняття законів. Розвинута, систематизована і прозора законодавчо-нормативна база щодо сприяння здоровому способу життя уже сама по собі є потужним пропагандистським засобом збереження та зміцнення здоров'я.

Законодавство і нормативні акти України щодо здорового способу життя.

Окремого законодавства про сприяння здоровому способу життя в Україні немає. Відповідні правові норми щодо цього містяться у нормативно-правових актах, що відносяться до сфер галузей законодавства.

У статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я, здоров'я визначається як стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів. Здоров'я людини, як і її життя, особиста честь і гідність, недоторканність та безпека визначене найвищою соціальною цінністю.

Згідно із статтею 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я. Основи законодавства України про охорону здоров'я не тільки надають визначення основних понять, змісту права на охорону здоров'я та її принципів, а й водночас встановлюють певні обов'язки для суспільства, держави та особистості. До четвертого розділу Конституції України «Забезпечення здорових і безпечних умов життя» входять статті, що стосуються підтримання необхідного для здоров'я життєвого рівня населення; забезпечення охорони навколишнього середовища як важливої передумови життя і здоров'я людини; забезпечення санітарного благополуччя територій та населених пунктів; створення сприятливих умов праці, навчання, побуту та відпочинку; запобігання інфекційним захворюванням; проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів неповнолітніх, вагітних жінок, працівників підприємств із шкідливими і небезпечними умовами праці, військовослужбовців та осіб, професійна чи інша діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення або підвищеною небезпекою для оточуючих; сприяння здоровому способу життя населення.

У статті 25 «Підтримання необхідного для здоров'я життєвого рівня населення» встановлено, що держава забезпечує життєвий рівень населення, в тому числі їжу, одяг, житло, медичний догляд, соціальне обслуговування і забезпечення, необхідні для підтримання його здоров'я. З цією метою на основі науково обгрунтованих медичних, фізіологічних та санітарно-гігієнічних вимог встановлюються єдині мінімальні норми заробітної плати, пенсій, стипендій, соціальної допомоги та інших доходів населення, організується натуральне, в тому числі безплатне забезпечення найбільш уразливих категорій населення продуктами харчування, одягом, ліками та іншими предметами першої необхідності, вживається комплекс заходів щодо задоволення життєвих потреб біженців, безпритульних, інших осіб, у яких немає певного місця проживання, безплатно надаються медична допомога і соціальне обслуговування особам, які перебувають у важкому матеріальному становищі, загрозливому для їхнього життя і здоров'я.

Стаття 28 «Створення сприятливих умов праці, навчання, побуту та відпочинку» проголошує, що з метою забезпечення сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту та відпочинку, високого рівня працездатності,

профілактики травматизму і професійних захворювань, отруєнь та запобігання іншої можливої шкоди для здоров'я встановлюються єдині санітарно-гігієнічні вимоги до організації виробничих та інших процесів, пов'язаних з діяльністю людей, а також до якості техніки, обладнання, будівель, споживчих товарів та інших об'єктів, які можуть мати шкідливий вплив на здоров'я. Всі державні стандарти, технічні умови і промислові зразки обов'язково узгоджуються з органами охорони здоров'я. Власники і керівники підприємств, установ і організацій зобов'язані забезпечити в їх діяльності дотримання правил техніки безпеки, виробничої санітарії та інших вимог щодо охорони праці, передбачених законодавством про працю, не допускати шкідливого впливу на здоров'я людей та навколишнє середовище. Держава забезпечує нагляд і контроль за створенням сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту і відпочинку, сприяє громадському контролю з цих питань.

Стаття 32 «Сприяння здоровому способу життя населення», встановлює, що держава сприяє утвердженню здорового способу життя населення шляхом поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, вживає заходів щодо підвищення гігієнічної культури населення, створення необхідних умов, у тому числі медичного контролю, для заняття фізкультурою, спортом і туризмом, розвиток мережі лікувально-фізкультурних закладів, профілакторіїв, баз відпочинку та інших оздоровчих закладів, боротьбі із шкідливими для здоров'я людини звичками, встановлення системи соціально-економічного стимулювання осіб, які ведуть здоровий спосіб життя. У цій статті визначається, що в Україні проводиться державна політика щодо обмеження паління та вживання алкогольних напоїв. За міжнародними підходами до розробки й впровадження політики сприяння здоров'ю та пропаганди здорового способу життя, Основи законодавства України про охорону здоров'я в загальному вигляді охоплюють практично весь спектр необхідних стратегій у цій сфері, трактуючи здоров'я, охорону здоров'я та здоровий спосіб життя як багатосторонні поняття і проблеми. Цей акт встановлює цілком адекватне міжнародним підходам розуміння здоров'я, охорони здоров'я, права на охорону здоров'я та здорового способу життя, використовуючи при цьому як основний елемент багатофакторність етіології більшості захворювань і необхідність боротьби з ними на індивідуальному, сімейному та суспільному рівнях.

Додаткове регулювання основних аспектів сприяння здоров'ю та впровадженню здорового способу життя забезпечується низкою інших законодавчих актів та нормативних актів Президента України та Кабінету Міністрів України, центральних органів виконавчої влади. Важливе значення для вирішення проблеми здорового вибору має Закон України «Про рекламу», прийнятий Верховною Радою України 1996 р., (стаття 8). За цим Законом серед інших загальних обмежень рекламної діяльності забороняється надавати відомості або закликати до дій, які можуть

спричинити порушення законодавства, завдають чи можуть завдати шкоди здоров'ю або життю людей і навколишньому природньому середовищу. Крім того, стаття 11 Закону встановлює вимоги щодо поширення соціальної рекламної інформації, що ідентифікується як інформація державних органів з питань здорового способу життя, охорони здоров'я, охорони природи, збереження енергоресурсів, профілактики правопорушень, соціального захисту та безпеки населення, що не має комерційного характеру.

У законі «Про благодійництво та благодійні організації», стаття 4 (1997 р.) записано, що одним з основних напрямів благодійної діяльності є сприяння розвитку охорони здоров'я, масовій фізичній культури, спорту та туризму, пропагування здорового способу життя, участь у наданні медичної допомоги населенню та здійснення соціального догляду за хворими, інвалідами, одинокими, людьми похилого віку та іншими особами, які через свої фізичні, матеріальні чи інші особливості потребують соціальної підтримки та піклування.

Важливим документом є Указ Президента України (1999 р.) «Про заходи щодо розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя», яким затверджено основні напрями державної діяльності у зазначеній сфері, утворено всеукраїнську координаційну раду з питань розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя громадян. Наступним важливим документом є наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про поліпшення діяльності органів і закладів охорони здоров'я з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення». В ньому наведено аналіз результатів діяльності органів та закладів охорони здоров'я України у вказаній сфері та проблеми, що її супроводжують. Робота по формуванню щодо здорового способу життя та гігієнічного виховання населення визначається як пріоритетне завдання органів і закладів охорони здоров'я.

Законодавство України і проблема полегшення вибору здорового харчування

Для забезпечення безпеки, якості продуктів харчування в Україні створено відповідну законодавчу базу. У грудні 1997 р. був прийнятий Закон «Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини». Саме цей закон, є основою регулювання процесу забезпечення якості та безпеки харчових продуктів та продовольчої сировини. Він забороняє виготовляти, ввозити, реалізовувати, використовувати в оптовій чи роздрібній торгівлі, громадському харчуванні неякісні, небезпечні для здоров'я та життя людини або фальсифіковані харчові продукти, продовольчу сировину і супутні матеріали, встановлює чіткі критерії, за якими продукти харчування та продовольча сировина визнаються неякісними, небезпечними для здоров'я і життя людини та фальсифікованими, визначає порядок затвердження харчових добавок, дозволених для використання у харчових продуктах,

вимоги щодо запобігання використанню небезпечних продовольчої сировини, супутніх матеріалів та технологій їх виготовлення. Важливими з точки зору сприяння здоровому вибору є встановлені Законом вимоги до маркування харчових продуктів, які, зокрема, забороняють реалізацію і використання вітчизняних та ввезення в Україну імпортних харчових продуктів без маркування державною мовою України, що містить у доступній для сприймання споживачем формі інформацію про усі характеристики харчового продукту.

Одним з важливих аспектів здорового харчування, увага якому нині приділяється в усьому світі, є запобігання дефіциту йоду. З цією метою Урядом України на виконання Національної програми «Діти України» видано постанову «Про деякі заходи щодо масової профілактики захворювань, пов'язаних з йодною недостатністю».

Про необхідність сприяння здоровому вибору йдеться у програмі профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні. Зокрема, у преамбулі цього документа незбалансоване харчування (надмірне вживання солі, насичених жирів) разом із спадковістю, стресом, палінням, зловживанням алкоголем, зайвою вагою тіла та малорухливим способом життя визначається як один з факторів ризику виникнення і перебігу артеріальної гіпертензії. Пропаганда здорового способу життя з наголосом на зазначених факторах ризику, в тому числі у дитячому та молодіжному середовищі, визначена серед основних заходів програми.

Законодавство України і проблема полегшення здорового вибору щодо фізичних вправ.

В Законодавстві України є значна законодавча і нормативна база щодо підтримки розвитку фізичної культури і спорту в державі – Закони України «Про фізичну культуру і спорт», «Про об'єднання громадян», «Про освіту», «Про професійно технічну освіту», «Про підприємництво», інші закони, підзаконні та нормативні акти. Проблема полегшення здорового вибору стосовно фізичних вправ в Україні передусім регулюється Законом «Про фізичну культуру і спорт», саме він визначає загальні правові, соціальні, економічні і організаційні основи фізичної культури і спорту в Україні, участь державних органів, посадових осіб, а також підприємств, установ, організацій, незалежно від форм власності, у зміцненні здоров'я громадян, досягненні високого рівня працездатності та довголіття засобами фізичної культури і спорту. В ньому наголошується, що держава створює умови для правового захисту інтересів громадян у сфері фізичної культури і спорту, розвиває фізкультурно-спортивну індустрію та інфраструктуру, заохочує громадян зміцнювати своє здоров'я, вести здоровий спосіб життя.

Кабінет Міністрів України за участі громадських організацій розробляє систему заходів щодо підтримання та зміцнення здоров'я різних категорій

населення в соціально-побутовій сфері та забезпечує умови для її впровадження в життя, використання фізичної культури і спорту як засобу профілактики і лікування захворювань. Створення умов для занять фізичною культурою населення за місцем проживання та у місцях масового відпочинку населення покладається на місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування за рахунок коштів відповідних бюджетів на підставі державних нормативів фінансування фізкультурно-оздоровчих програм. Враховуючи посилення негативних тенденцій у соціально-економічній сфері, а також те, що фізична культура і спорт потенційно можуть стати найбільш економічно вигідним і ефективним засобом профілактики захворюваності населення держави, зміцнення генофонду націй і народностей українського суспільства, організації змістовного дозвілля і відпочинку.

У 1998 р. Указом Президента України затверджено Цільову комплексну програму «Фізичне виховання – здоров'я нації», основними її завдання є сприяння духовному і фізичному розвитку молоді, виховання почуття громадянської свідомості та патріотизму, бажання активно сприяти утвердженню державності; розвиток фізичної культури і спорту в державі з урахуванням переходу до ринкових умов господарювання; забезпечення переорієнтації фізкультурно-спортивної галузі на зміцнення здоров'я населення засобами фізичного виховання, фізичної культури і спорту та створення для цього відповідної матеріально-технічної бази; формування у громадян України активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя; забезпечення передових позицій у міжнародному спортивному русі, спорті вищих досягнень, сприяння розвитку олімпійського руху в Україні, піднесення авторитету української держави серед країн світового співтовариства засобами спорту.

В Україні вживаються заходи щодо зближення національного і європейського законодавств у сфері фізичної культури та спорту. У 1997 р. Держкомспортом України було ініційовано питання про приєднання України до Конвенцій Ради Європи з проблем спорту. У липні 1998 р. Україна підписала Антидопінгову Конвенцію Ради Європи. Розпочато роботу по приєднанню України до Європейської конвенції щодо насильства та належної поведінки з боку глядачів під час спортивних заходів, зокрема футбольних матчів.

Законодавство України і проблема полегшення здорового вибору стосовно сексуального життя

Проблеми, що стосуються сексуального здоров'я, в Україні регулюються насамперед Законом «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення», прийнятим Верховною Радою України у лютому 1998 р. На виконання цього Закону 9 березня 1999 р. Кабінет Міністрів видав постанову №341, якою затверджено Програму профілактики

СНІДу та наркоманії на 1999-2000 рр. Крім того, постановою від 23 березня 1998 р. №357 Кабінет Міністрів України затвердив загальнодержавні комплексні заходи щодо запобігання поширенню хвороб, що передаються статевим шляхом. Цими заходами, зокрема, передбачено:

- ✓ створити при МОЗ України Міжвідомчу координаційну раду з питань боротьби з хворобами, що передаються статевим шляхом;
- ✓ активніше висвітлювати у засобах масової інформації матеріали, спрямовані на пропаганду здорового способу життя і профілактику хвороб, що передаються статевим шляхом;
- ✓ розробити та здійснити конкретні заходи щодо боротьби з проституцією, утриманням притонів, розпустою та звідництвом, розбещенням неповнолітніх і недопущення випадків ухилення від лікування венеричних хвороб;
- ✓ у навчальних планах перепідготовки вчителів і викладачів вищої школи та в навчальних програмах середніх загальноосвітніх шкіл, вищих навчальних закладів передбачати тематику запобігання та профілактики хвороб, що передаються статевим шляхом, підготувати навчальні посібники з цих питань;
- ✓ провести науково-соціологічні дослідження з метою вивчення еволюції сексуальної поведінки населення, особливо підлітків та молоді, для розроблення заходів ефективної соціально-психологічної корекції порушень такої поведінки;
- ✓ розробити і запровадити у виробництво новітні діагностичні системи та методи лікування хвороб, що передаються статевим шляхом, налагодити вітчизняне виробництво засобів індивідуальної профілактики;
- ✓ передбачати питання профілактики хвороб, що передаються статевим шляхом, розвитку правильної сексуальної поведінки, гігієни шлюбу з метою впровадження нових рекомендацій у педагогічну практику;
- ✓ продовжити роботу по розгалуженню мережі бюджетних та госпрозрахункових анонімних кабінетів у складі спеціалізованих дерматовенерологічних диспансерів;
- ✓ удосконалювати роботу центрів статевого виховання в медичних закладах шляхом включення до їх програм профілактики хвороб, що передаються статевим шляхом.

Наведені нормативні акти в цілому можна оцінити позитивно і як такі, що сприяють здоровому вибору у питаннях статевого життя. Однак слід наголосити на тому, що законодавство України крім того, на жаль, містить деякі норми, що певною мірою суперечать викладеним вище заходам і навіть можуть сприйматися як такі, що не сприяють здоровому вибору, організації ефективної профілактики ВІЛ/СНІДу та хвороб, що передаються статевим шляхом. Зокрема, при закріплений у законодавстві можливості анонімного обстеження і лікування цих хвороб одночасно продовжує діяти стаття 45 Кодексу України про адміністративні правопорушення, яка передбачає адміністративне стягнення у вигляді штрафу за ухилення від обстеження і

профілактичного огляду для осіб, щодо яких є дані про те, що вони хворі на венеричну хворобу, або за ухилення від лікування для осіб, які були у контакті з хворими на венеричне захворювання. Те саме стосується й статті 1081 Кримінального кодексу України, що встановлює покарання у вигляді позбавлення волі на строк до двох років або виправних робіт на той же строк, або штрафу для осіб, які ухиляються від лікування, венеричної хвороби після відповідного попередження органами охорони здоров'я.

Законодавство України і проблема зменшення шкоди від вживання алкоголю та інших речовин

У статті 32 Основ законодавства України про охорону здоров'я проголошено, що в Україні проводиться державна політика обмеження куріння та вживання алкогольних напоїв. З метою її реалізації і з урахуванням міжнародних підходів до організації діяльності, спрямованої на зменшення шкоди від вживання алкоголю та тютюнопаління, в Україні в основному використовуються такі засоби правового регулювання, як обмеження реклами тютюнових виробів та алкогольних напоїв, заборона їх продажу у невстановлених місцях та продажу неповнолітнім і зменшення економічної доступності цих товарів за допомогою механізмів оподаткування. Рекламодавці зазначеної продукції зобов'язані спрямовувати на виробництво соціальної рекламної інформації щодо шкоди тютюнопаління та вживання алкоголю не менше 5 % коштів, витрачених на розповсюдження ними у межах України реклами тютюнових виробів та алкогольних напоїв. Згідно із Правилами роздрібної торгівлі тютюновими виробами, затвердженими наказом Міністерства зовнішніх економічних зв'язків і торгівлі України від 3 серпня 1996 р. №503 за погодженням з Міністерством охорони здоров'я , роздрібна торгівля ними забороняється:

- з рук, лотків та у непристосованих для зберігання і продажу приміщеннях, що не відповідають вимогам, встановленим цими Правилами;
- на території дошкільних, навчальних і лікувальних закладів;
- у місцях проведення спортивних змагань, гуртожитках та прилеглих територіях, в інших місцях, визначених місцевими радами;
- громадянам, які не досягли 18-річного віку;
- працівниками господарюючого суб'єкта, яким не виповнилося 18 років.

Правила також встановлюють, що маркування тютюнових виробів передбачає наявність на кожній пачці сигарет інформації про вміст смоли та нікотину в одиниці продукції та попередження про шкідливість тютюнопаління для здоров'я.

Аналогічні обмеження передбачено й Правилами роздрібної торгівлі алкогольними напоями, що затверджені наказом Міністерства зовнішніх економічних зв'язків і торгівлі України (1996 р.), №293 за погодженням з Міністерством охорони здоров'я. Зокрема, ними заборонено роздрібну

торгівлю спиртом етиловим, спиртом етиловим питним і коньячним, а також роздрібну торгівлю алкогольними напоями з рук та у непристосованих для цього приміщеннях, на території дошкільних, навчальних і лікувальних закладів і прилеглих територіях, у місцях проведення спортивних змагань, гуртожитках і прилеглих територіях, в інших місцях, визначених місцевими радами. Не дозволяється продаж алкогольних напоїв працівниками господарюючого суб'єкта, яким не виповнилося 18 років.

З метою координації роботи органів державної влади і громадських організацій з контролю над тютюном для зменшення його вживання населенням постановою Кабінету Міністрів України при Уряді утворено Координаційну раду з контролю над тютюном. Однак слід зауважити, що, у законодавчих актах України поки що не визначене і не закріплене право людини на перебування у вільних від тютюнового диму громадських місцях. Відсутня також і законодавчо закріплена заборона спонсорської підтримки з боку тютюнової промисловості. Законодавством не передбачено й спеціального збору на прибутки, отримані від реалізації тютюну та алкоголю, кошти з якого повинні спрямовуватися на потреби охорони здоров'я, принаймні на заходи по боротьбі з тютюнопалінням та зловживанням алкоголю, хоча відповідний законопроект розроблено й вже внесено на розгляд парламенту парламентським Комітетом з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства.

Україна має досить потужне й розгалужене законодавство щодо запобігання незаконному обігу наркотичних засобів і психотропних речовин. Головними актами національного законодавства, що регулюють ці проблеми, є Закон «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів» та Закон «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними». Адміністративна відповідальність за правопорушення, пов'язані з наркотиками, регулюється відповідними статтями Кодексу України про адміністративні правопорушення (статті 44 і 441), кримінальна відповідальність – статтями Кримінального кодексу України, що встановлюють відповідальність за злочини з наркотиками (статті 2291–2298, 22910-22920). Важливим документом є також Інструкція про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини.

Законодавство України про наркотики спрямоване не лише на застосування покарання і силових методів запобігання поширенню наркотиків, а й на надання допомоги особам, що мають наркотичну залежність, їх лікування, трудове перевиховання, створення умов для їх соціальної реадаптації. Що стосується забезпечення здорового вибору та сприяння здоровому способу життя, то найбільше цьому відповідає Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними». Зокрема, цей Закон визначає поняття «наркоманія», «хворий на наркоманію», «незаконне

вживання наркотичних засобів та психотропних речовин», «зловживання наркотичними засобами та психотропними речовинами», «медичний огляд» і «медичне обстеження», «добровільне лікування», «примусове лікування» тощо. Закон врегульовує заходи протидії незаконому обігу наркотиків і психотропних речовин, реалізація яких покладається на відповідні правоохоронні органи, і заходи протидії незаконному вживанню цих речовин, що покладається на органи Міністерства внутрішніх справ та Міністерства охорони здоров'я.

Законодавство України і проблема забезпечення сприятливого для здоров'я середовища.

Україна має досить потужне й розгалужене законодавство про охорону навколишнього природного середовища і забезпечення здорового соціального середовища щодо умов навчання і праці молоді, інших соціально-економічних умов. В основу охорони природного середовища закладено необхідність забезпечення сприятливого для здоров'я довкілля шляхом недопущення його забруднення, раціонального використання та відновлення в процесі господарської діяльності. Основним актом загальнонаціонального рівня з цих питань є Закон «Про охорону навколишнього природного середовища» (1991 р.). Питання створення безпечних робочих місць, в тому числі для молоді, регулюються Кодексом законів «Про працю України», (розділ 13, статті 187-200). Даний законодавчий акт детально регулює такі питання, як вік, з якого допускається прийняття на роботу; роботи, на яких забороняється застосування праці осіб молодше вісімнадцяти років; попередні медичні огляди при прийнятті на роботу осіб, які не досягли вісімнадцяти років та подальші медичні огляди працюючої молоді до досягнення віку 21 року; заборона залучення працівників молодше вісімнадцяти років до нічних, понадурочних робіт і робіт у вихідні дні; скорочення норм виробітку для молодих робітників пропорційно скороченому робочому часу для осіб, що не досягли вісімнадцяти років; оплата праці працівників молодше вісімнадцяти років при скороченій тривалості щоденної роботи; відпустки працівникам віком до вісімнадцяти років; броня прийняття молоді на роботу і професійне навчання на виробництві; надання молоді першого робочого місця після закінчення або припинення навчання у загальноосвітніх, професійних навчально-виховних і вищих навчальних закладах, завершення професійної підготовки і перепідготовки, а також після звільнення зі строкової військової або альтернативної служби; обмеження звільнення працівників молодше вісімнадцяти років; розірвання трудового договору з неповнолітнім на вимогу його батьків або інших осіб; участь молодіжних організацій у розгляді питань праці і побуту молоді. Розділ 11 Кодексу присвячений охороні праці, до нього відносять статті, що пов'язані зі створенням безпечних і нешкідливих умов праці на всіх підприємствах, в установах та

організаціях, забезпечення яких є обов'язком власників підприємств, установ і організацій або уповноважених ними органів.

Охороні праці неповнолітніх присвячено статтю 15 Закону України «Про охорону праці», (жовтень 1992 р.). Проблеми сприяння здоров'ю у процесі навчання дітей та підлітків, формування у них навичок здорового способу життя під час навчання у школі регулюються (1999 р.) Законом України «Про загальну середню освіту». Так, стаття 5 Закону серед інших завдань загальної середньої освіти визначає необхідність виховання свідомого ставлення до свого здоров'я та здоров'я інших громадян як найвищої соціальної цінності, формування гігієнічних навичок і засад здорового способу життя, збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я вихованців.

Стаття 22 визначає, що загальноосвітній навчальний заклад забезпечує безпечні та нешкідливі умови навчання, режим роботи, умови для фізичного розвитку та зміцнення здоров'я, формує гігієнічні навички та засади здорового способу життя учнів. Учні загальноосвітніх навчальних закладів незалежно від підпорядкування, типів і форм власності забезпечуються медичним обслуговуванням, що здійснюється медичними працівниками, які входять до штату цих закладів або відповідних закладів охорони здоров'я, у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. Заклади охорони здоров'я разом з органами управління освітою та органами охорони здоров'я щорічно забезпечують безоплатний медичний огляд учнів, моніторинг і корекцію стану здоров'я, несуть відповідальність за додержання санітарно-гігієнічних норм, проведення лікувально-профілактичних заходів у загальноосвітніх навчальних закладах незалежно від підпорядкування, типів і форм власності. На активізацію багатосекторальних механізмів поліпшення соціальних та економічних умов життя молоді і тим самим на забезпечення її здоров'я спрямовані й прийняті останнім часом деякі акти Президента України, зокрема Укази «Про першочергові заходи щодо реалізації державної молодіжної політики та підтримки молодіжних громадських організацій», «Про заходи щодо забезпечення працевлаштування молоді» та розпорядження «Про сприяння розвитку молодіжного житлового будівництва (жовтень 1999 р.).

Світове законодавство.

Світове співтовариство, приймаючи основоположні нормативно-правові акти, дедалі більше виходить з необхідності забезпечення права людини на збереження та зміцнення здоров'я. Основні ідеї, які містять головні світові документи з питань здоров'я, свідчать про чітке усвідомлення того, що основним шляхом досягнення максимально можливого здоров'я є впровадження здорового способу життя та створення сприятливого навколишнього середовища. Необхідні конкретні дії з боку урядів щодо забезпечення поінформованості людей (Орхуська конвенція 1998 р.);

встановлення довірливих відносин між населенням та органами охорони здоров'я та фахівцями задля контролю за станом свого здоров'я, попередження захворювань та планування здоров'я (Амстердамська декларація 1994 р.); запобігання поширенню та ліквідація інфекційних захворювань (програми імунізації та вакцинації населення 1991 р.); боротьба з поширенням неінфекційних хвороб (програма СІНДІ 1987 р.); викоренення шкідливих звичок та зменшення шкоди від ризикової поведінки (Європейський план дій щодо боротьби з споживанням тютюну 1987 р.), Законодавча стратегія для звільнення Європи від паління, Мадридська хартія по боротьбі із вживанням тютюну 1988 р., Європейська хартія щодо алкоголю 1995 р.; рекомендації щодо здійснення політики та стратегій ВООЗ/ЮНЕЙДС з профілактики та боротьби з хворобами, що передаються статевим шляхом 1997 р.); інвестиції у сферу охорони здоров'я (реформування системи охорони здоров'я) та довкілля, а також розвиток інфраструктури здорового способу життя та програми контролю за шкодою (Веронська ініціатива 1999 р., GMP 1991 р.). У розвинутих країнах Заходу формування здорового способу життя є окремим напрямом правової діяльності.

Досвід з прийняття законодавчо-нормативних актів країнами світової спільноти показує важливе значення законодавчого забезпечення активної участі громадськості – окремих осіб, громад та громадських організацій, впровадження принципу субсидіарності, надання широких можливостей місцевим органам влади у прийнятті відповідних програм і нормативних актів. Комплексний аналіз законодавчої бази України і порівняння її з положеннями відповідних документів міжнародного співтовариства свідчать про те, що законодавство України в цілому відповідає основним міжнародним стратегіям політики сприяння здоров'ю та здоровому способу життя. Сприяння здоров'ю та здоровому способу життя визначене законодавством України як один з основних напрямів державної політики охорони здоров'я, що передбачає необхідність багатосекторальної діяльності, залучення до неї держави, громади, некомерційних і комерційних неурядових організацій та індивідуумів. Як свідчить аналіз, пріоритети цієї діяльності в Україні в цілому збігаються з пріоритетами у цій сфері, визначеними Основами політики досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті в Європейському регіоні. Однак очевидним є те, що деякі положення законодавства України, які прямо чи опосередковано стосуються регулювання проблем, пов'язаних з формуванням здорового способу життя населення, потребують певного вдосконалення з метою врахування міжнародних підходів.

Дослідження законодавчо-нормативної бази і практика її застосування свідчать, що розвиток правових основ охорони здоров'я на сьогодні не повною мірою відповідає потребам формування здорового способу життя. Зокрема, доцільним було б ввести до складу чинних Основ законодавства України про охорону здоров'я або передбачити у майбутньому в окремому

спеціальному законі про контроль над тютюном норми, що повинні визначити право людини на вільні від тютюнового диму громадські місця і правові механізми реалізації цього права. Доцільним було б також повернутися до внесення відповідних змін до Закону України «Про рекламу», які б забезпечили повну заборону, (а не тільки деякі обмеження реклами тютюнових виробів, а також заборону спонсорської підтримки з боку тютюнової промисловості.

У сфері законодавчого врегулювання заходів по боротьбі з хворобами, що передаються статевим шляхом слід звернути увагу на необхідність відміни деяких діючих норм Кодексу України про адміністративні правопорушення та Кримінального кодексу України, які не сприяють конфіденційності та добровільному зверненню за медичною допомогою тощо. Разом з тим, не менш актуальною є проблема забезпечення виконання вимог чинного законодавства щодо сприяння здоров'ю та здоровому способу життя з боку всіх суб'єктів суспільних відносин – органів державної виконавчої влади та місцевого самоврядування, підприємств, громадських організацій та окремих громадян. На сьогодні досить широка нормативна база в Україні, на жаль, є недостатньо ефективною через невиконання відповідних діючих законів. Однією з причин цього невиконання є недостатність фінансування. Через нестачу коштів на охорону здоров'я хворі сьогодні змушені самостійно забеспечувати себе ліками, харчуванням, постільною білизною, а у багатьох випадках й платити за надані медичні послуги, тобто на сьогодні стаття 19-а Конституції України з вини держави не працює. У процесі оновлення та реформування законодавства України щодо сприяння здоровому способу життя слід враховувати різні чинники і явища, що стосуються захисту права кожного індивіда на досягнення максимально можливого здоров'я. По-перше, повинні бути прийняті до уваги діючі міжнародно-правові стандарти стосовно захисту права людини на життя та забезпечення здоров'я. По-друге, недоцільно скасовувати ті закони і норми, права, які витримали перевірку часом – зміни повинні відбуватись поступово. По-третє, за досвідом попередньої законотворчості нові закони досягають своєї мети лише за умов стабілізації економіки.

Отже, потребує доопрацювання чинна законодавча база з метою комплексного забезпечення діяльності по впровадженню здорового способу життя таким чином, щоб вона забезпечила еволюційний перехід до нових форм і методів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я і враховувала б необхідність широкої інтеграції нашої країни у міжнародну діяльність як з питань охорони здоров'я, так і з питань захисту прав людини.

Законодавство щодо здорового способу життя деяких країн Європи та Америки

Про важливість активної участі кожної людини в охороні здоров'я було заявлено у концепції «здоров'я для всіх» (1977 р.), і проголошеної в Алма-

Атинській декларації, прийнятій на Міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги у 1978 році. Охорона здоров'я кожної людини є стрижнем стратегії досягнення «здоров'я для всіх», вона залежить від рівня санітарної освіти та інформованості людини з питань охорони здоров'я.

Одним з головних завдань політики ВООЗ є пропаганда здорового способу життя, мобілізація громадської думки та засобів масової інформації, а також заохочення освіти з питань здоров'я та заходів щодо охорони здоров'я. На початкових етапах реалізації політики «здоров'я для всіх» помилково вважалося, що за наявності відповідної інформації люди автоматично віддаватимуть перевагу «здоровому вибору». Однак, не принижуючи значення глибоких знань, інформації та санітарної освіти, реальні дані засвідчили те, що рішення, пов'язані із сприятливою для здоров'я поведінкою обумовлені домінуючим фізичним, соціальним, економічним та культурним середовищем від якого залежить стереотип поведінки окремих осіб, груп або населення певної місцевості. Більш того, доволі часто шкідливих для здоров'я звичок набувають саме найбідніші прошарки населення, серед яких спостерігаються більш високі показники поширеності куріння, вживання алкогольних напоїв та наркотиків, оскільки саме ці прошарки зазнають найбільшого стресу, намагаючись подолати життєві труднощі, зумовлені неадекватним рівнем доходу, незадовільною освітою, безробіттям та нестабільністю у питаннях працевлаштування. На цьому аспекті особливо наголошувалося на I Міжнародній конференції з питань сприяння здоров'ю, що відбулася в Оттаві (листопад 1986 р.). Результатом цього форуму стало прийняття Оттавської Хартії.

У квітні 1988 року в Аделаїді (Австралія) відбулася II Міжнародна конференція, яка була присвячена питанням сприяння здоров'ю та проблемам здорової громадської політики. Вагомий внесок у визначення міжнародних підходів щодо політики сприяння здоров'ю зробила III Міжнародна конференція з питань сприяння здоров'ю, присвячена проблемам створення сприятливого для здоров'я середовища (Сундсваль, Швеція, червень 1991 р.). В контексті здорового способу життя термін «навколишнє середовище» містить у собі як фізичні, так і соціальні аспекти оточення людини, тобто те середовище, де людина живе, працює і відпочиває, а також визначає доступ людей до життєвих ресурсів і можливостей підвищити свій професійний рівень. У зв'язку з цим діяльність, спрямована на створення сприятливого для здоров'я навколишнього середовища, має багато нерозривно взаємопов'язаних вимірів – фізичний, суспільний, духовний, економічний та політичний, і повинна координуватися на локальному, регіональному, національному та глобальному рівнях. Підсумком діяльності ВООЗ щодо розвитку принципів політики сприяння здоров'ю стала IV Міжнародна конференція з питань сприяння здоров'ю, що відбулася у Джакарті у липні 1997 р. Результатом цієї конференції стало прийняття Декларації про сприяння здоров'ю у XXI столітті, відомої як Джакартська декларація. Підтвердивши правильність основних стратегій

щодо сприяння здоров'ю, визначених Оттавською Хартією, Джакартська декларація визначила основні пріоритети у сфері сприяння здоров'ю на XXI століття: сприяння суспільній відповідальності за здоров'я; збільшення інвестицій у розвиток здоров'я; зміцнення і розширення партнерства в охороні здоров'я; збільшення можливостей громади та індивідуальних можливостей; забезпечення надійної інфраструктури сприяння здоров'ю, що має передбачати нові механізми діяльності урядових, неурядових організацій, освітніх інституцій та приватного сектора з метою максимальної мобілізації їх ресурсів на локальному, національному та глобальному рівнях. Важливим аспектом політики міжнародного співтовариства є запобігання зловживанню речовинами, що зумовлюють залежність, та зменшення шкоди, пов'язаної із вживанням цих речовин. Ця політика визначається передусім конвенцією про наркотичні засоби, конвенцією про психотропні речовини та Конвенцією ООН про боротьбу щодо незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин, ратифікованими в тому числі й Україною. Положення цих документів стосовно сприяння здоров'ю та запровадженню здорового способу життя були враховані при розробці і прийнятті у подальшому нових програмних документів ВООЗ як на глобальному рівні, так і у Європейському регіоні зокрема, таких, як Основи політики досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті в Європейському регіоні. Окрім цього, кожна з країн-лідерів щодо формування здорового способу життя має свої особливості розвитку цієї діяльності.

Стратегії та законодавство Канади щодо сприяння здоровому способу життя

Сприяння впровадженню здорового способу життя – ключовий момент у всій політиці Канадської системи охорони здоров'я як національного, так і регіонального рівнів. Конституція Канади надає право і можливість функціонування єдиної системи, коли у її межах фактично діє дванадцять, у відповідності до адміністративного поділу країни (десять провінцій і дві території), підсистем з великою самостійністю, правами, обов'язками і можливостями, тобто, у провінціях ведеться діяльність щодо впровадження конкретної політики по збереженню та поліпшенню здоров'я, виконання всіх практичних цілей стосовно надання послуг резидентам, забезпечення діяльності лікарів і медичних установ, оплати праці та бюджетів лікарень тощо.

На федеральному рівні урядові органи і служби не займаються наданням послуг в охороні здоров'я. Важлива ж роль Федерального уряду полягає у наданні фінансової допомоги провінціям у тих системах охорони здоров'я, які там впроваджуються, і у збереженні Канадської системи охорони здоров'я в цілому, передовсім через адміністрування і впровадження національного законодавства, зокрема Акту з охорони здоров'я Канади (1984р.) – основного правового документу, який визначає головну мету

політики охорони здоров'я Канади: захист, підтримку та відновлення фізичного, психічного стану здоров'я постійних мешканців Канади, сприяння доступу до служб охорони здоров'я без фінансових та інших перешкод.

У галузі здоров'я провінції мають дотримуватися таких принципів:

– провінції завжди мають діяти у відповідності до Федеральних законів;

– плани провінції повинні здійснюватися на безприбутковій основі і бути відповідальними перед національним урядом за ті послуги, що в обов'язковому порядку мають надаватися на місцях згідно із національним законодавством;

– принципу універсальності – кожний, якщо він є резидентом провінції, незалежно від віку, стану здоров'я, наявності роботи і доходу тощо, має бути застрахованим провінційним планом охорони здоров'я і отримувати всі необхідні послуги;

– принципу доступності, тобто можливість отримання всіх необхідних послуг щодо охорони і збереження здоров'я залишається за резидентом при його переїздах, а також не може бути обмежена фінансовими бар'єрами.

Лікарі, як і лікарні, не мають права отримувати з пацієнтів кошти за надану необхідну допомогу.

Є окремі проблеми щодо приватного страхування. У зв'язку з цим Уряд вивчає можливість впровадження додаткових програм, зокрема: національної програми ліків, програми догляду на дому і деякі інші. Оздоровчі програми проводяться у сферах: санітарія; епідеміологія; здоров'я сім'ї;медична допомога на дому; гігієна харчування; здоровий спосіб життя; додаткові оздоровчі програми та послуги.

Підходи Європейського співтовариства до проблеми формування і впровадження здорового способу життя

Європейська програма «Здоров'я для всіх» пропонує найкращий шлях усвідомлення усіх можливостей системи здоров'я як для старої, так і для нової Європи. Європейське регіональне бюро ВООЗ вирішує широке коло завдань у всіх сферах здоров'я, що тісно пов'язані з загальною системою охорони здоров'я – спосіб життя, навколишнє середовище, служби здоров'я. Стратегія програми «Здоров'я для всіх» передбачає підвищити пріоритетність питань зміцнення здоров'я і профілактики хвороб, вжити позитивних заходів у всіх секторах суспільства, діяльність яких впливає на здоров'я, і приділяти більше уваги ролі окремих осіб, сімей та груп населення. Основними завданнями політики «Здоров'я для всіх» є: забезпечення справедливості в області охорони здоров'я, поліпшення якості життя і тривалості повноцінного життя. Стратегія досягнення цих завдань реалізується шляхом поліпшення способу життя, довкілля і здійснення відповідних медико-санітарних заходів.

Законодавство країн Західної Європи значною мірою узгоджується з основними вимогами у різних сферах життєдіяльності представницьких

органів та організацій світової та Європейського співтовариства. Європейська соціальна хартія передбачає право на захист у випадку звільнення з роботи, право робітника на повагу до його гідності, право на захист від бідності та соціального виключення, право на належні умови життя, чотиритижневу відпустку. Переглянуту Хартію підписали Бельгія, Данія, Естонія, Італія, Кіпр, Литва, Люксембург, Португалія, Румунія, Словенія, Сполучене Королівство Великобританії і Північної Ірландії, Фінляндія, Франція та Швеція.

У Гельсінській декларації щодо дій у галузі довкілля і охорони здоров'я міністри європейських країн взяли на себе зобов'язання щодо забезпечення партнерства між міністерствами та регіональними і місцевими органами управління для підготовки національних планів дій по охороні довкілля і здоров'я.

У Фінляндії активно проводяться фінансування науково-дослідних проектів, щодо проблеми поширення алергічних та онкологічних захворювань.

У Болгарії, Угорщині, Румунії, Словаччині і Чехії реалізуються проекти за підтримки програми «Phare» Європейського Союзу з метою ліквідації наслідків забруднення повітря на здоров'я населення.

У Казахстані, Киргизстані та Узбекістані створено спеціальні фонди з метою використання коштів, що надходять від приватизації, а також низку систем ціноутворення і штрафів для вирішення невідкладних проблем довкілля.

Значний вклад у сприяння впровадженню здорового способу життя зробили III Лондонська конференція (червень 1999 р.), яка була спрямована на вирішення актуальних проблем щодо поліпшення стану здоров'я населення та Форум «Здорова планета» (Комітет Сполученого Королівства Великобританії і Північної Ірландії та Комітет ООН з довкілля і розвитку), на якому були прийняті: «Протокол з проблем водовикористання і здоров'я», «Хартія з питань транспорту, довкілля і охорони здоров'я» та Лондонська декларація. У Протоколі, що є спільною ініціативою ВООЗ та Європейської економічної комісії ООН, визначені завдання і терміни у трьох сферах: забезпечення належного питного водопостачання і санітарії, безпечне водопостачання для сільського і водного господарств, забезпечення ефективності систем моніторингу і регулювання факторів ризику та небезпек для здоров'я людей. Протокол є важливою правовою основою, спираючись на яку працівники охорони здоров'я і всі, хто активно відстоює його інтереси, зможуть протистояти забрудненню довкілля у сільському господарстві та промисловості, а також залучити для цього велику кількість партнерів у найрізноманітніших секторах, що є необхідним для створення доступних умов користування безпечною водою - однієї з найважливіших передумов здоров'я.

У Хартії з питань транспорту, довкілля і охорони здоров'я наголошується на тому, якою користю для людства є зручності дорожного

транспорту з точки зору наслідків для здоров'я широких мас населення і негативного впливу на зростання і розвиток економіки. У Хартії визначені нові завдання стратегії в галузі охорони здоров'я, транспортної політики та землевикористання. Конкретні завдання стосовно поліпшення здоров'я присвячені таким питанням, як якість повітря, травматизм, фізична активність, шум. Хартія закликає удосконалювати координацію політики стосовно довкілля, транспорту і охорони здоров'я; створювати механізми для інтегральної оцінки впливу стратегії стосовно транспорту на довкілля; впроваджувати системи моніторингу; розроблювати для сектору транспорту рекомендації щодо гігієни довкілля.

Лондонська декларація висуває інші першочергові завдання і проблеми, а саме: ранні наслідки кліматичних змін для здоров'я людей; охорона здоров'я дітей і довкілля; реалізація національних планів дій в області гігієни довкілля; сприяння активізації участі широких мас населення і громадськості у вирішенні проблем гігієни довкілля; належна практика діяльності щодо охорони здоров'я у місцях роботи у світлі вимог охорони довкілля і забезпечення безпеки; місцеві проекти в області охорони довкілля і здоров'я; економічні перспективи в області довкілля і здоров'я;

В нормативно-правовх актах Ради Європи закладені основні принципи розвитку фізкультури і спорту: Європейська хартія «Спорт для всіх» (1975 р.); Європейська конвенція проти застосування допінгу (1990 р., 1998р.); Європейська конвенція з насильства та належної поведінки з боку глядачів під час спортивних заходів (1985 р.); Система європейських тестів для визначення фізичного стану населення «Єврофіт»; Спортивна хартія Європи (1997 р.) та інші.

Орхуська конвенція (1998 р.) є найбільш важливим регіональним документом, що дозволяє збільшити права громадськості на доступ до інформації, участь у процесі прийняття рішень і доступ до правосуддя стосовно питань довкілля і екологічно обумовлених аспектів здоров'я. Цю конвенцію підписали 39 держав і Європейське співтовариство.

У соціально стабільних країнах медичне законодавство надзвичайно розвинуте. У Німеччині, Франції, США, Італії існують медичні кодекси, норми яких детально регламентують права громадян у галузі охорони здоров'я, професійну діяльність медиків, встановлюють чітку відповідальність за порушення даних норм.

Медичне законодавство Іспанії, Франції, Німеччини та інших країн охоплює такі його аспекти: розділи загального законодавства про планування сім'ї, місце громадянина, сім'ї, дітей у суспільстві, регулювання питань про права та обов'язки матері та батька, про відшкодування збитків у разі втрати здоров'я; кримінальне законодавство, особливо про покарання за заподіяну шкоду здоров'ю іншій особі або за вбивство; за вживання наркотиків, за злочин, скоєний у нетверезому стані (Іспанія); законодавство про соціальне страхування, регулювавання фінансової підтримки при захворюванності та інвалідності (Німеччина, Іспанія, Франція); законодавство про працю, розділ

про охорону праці, про пожежну охорону на виробництві, про трудову гігієну, про місце жінки та молоді у трудовому процесі (Іспанія, Польща, Німеччина, Люксембург); соціальне законодавство про залучення до суспільного та трудового життя інвалідів дитинства і праці (Німеччина, Франція, Іспанія, Люксембург); законодавство про захист навколишнього середовища (Угорщина, Німеччина, Норвегія, Польща); законодавство про фізичну культуру та спорт (Люксембург); законодавство про податки, кредити, оподаткування, ціноутворення на продукти харчування, алкогольні напої та тютюнові вироби, для закупівлі садових ділянок (Англія, Норвегія, Фінляндія); законодавство про правила вуличного руху, про тверезість, про застосування засобів захисту, про увагу та всі аспекти страхування (Австрія, Люксембург та ін.); накази про розподіл держбюджету на потреби місцевих органів охорони здоров'я та сприяння здоровому способу життя (Франція).

Впровадження здорового способу життя значною мірою залежить від особливостей систем охорони здоров'я.

Відомо, що у Європейських країнах наявні значні розбіжності у системах фінансування і організації служб охорони здоров'я. У Західній Європі системи охорони здоров'я можна розподілити на системи «беверджської» і «бісмаркської» моделей. У межах цих систем медичне обслуговування фінансується шляхом оподаткування, контролюється парламентом, доступне для кожної особи, що проживає у країнах Західної Європи.

Державні службовці є відповідальними за управління службами охорони здоров'я, саме вони, при нагоді, мають можливість займатися медичною практикою. Лікарі за такої системи отримують ставку чи зарплату, розміри якої залежать від кількості населення, що ними обслуговується, а стаціонари мають загальний бюджет. Данія, Ірландія, Норвегія, Сполучене Королівство Великобританії і Північної Ірландії, Фінляндія, Швеція – країни Північної Європи зберегли цю модель після другої світової війни по сьогодні. Тільки країни Південної Європи (Греція, Іспанія, Італія, Португалія) приєдналися до цієї групи у 80-ті рр.. XX століття. На сьогодні ця модель є домінуючою у більшості країнах. Загальний доступ, контроль за видатками, максимальна справедливість і свобода доступу – переваги моделі, які пояснюють її поширеність.

До основних принципів функціонування беверіджської системи охорони здоров'я відносять:

- фінансування за рахунок частки від надходжень податків;
- контроль з боку урядових органів;
- державне фінансування;
- певне використання приватного сектору;
- вільний доступ для всіх громадян;
- управління з боку державних органів та їх пріоритетність;
- лікарі отримують ставку чи зарплату, залежно від кількості обслуговуючого населення;
- наявність доплат з особистого бюджету пацієнтів.

Основу так званих бісмаркських систем охорони здоров'я чи систем медичного страхування становило прийняте у Німеччині соціальне законодавство (1883 р.). У такій системі медичне обслуговування фінансується за рахунок обов'язкових внесків, що сплачуються підприємствами і працівниками у визначені законом фонди. Громадяни, що не мають доступу до таких фондів, охоплюються системами оподаткування чи приватними страховими компаніями. Медичне обслуговування, що надається лікарями оплачується на основі гонорарів, а стаціонари перебувають на загальному бюджеті. Такі системи охорони здоров'я функціонують в Австрії, Бельгії Німеччині, Нідерландах, Франції.

До основних принципів функціонування бісмаркської системи охорони здоров'я відносять:

- фінансування за рахунок обов'язкових внесків, що сплачуються працівниками за рахунок оподаткування;
- кошти направляються до «фондів», органів фінансового управління;
- фонди укладають контракти з лікарнями, сімейними лікарями з питань надання медичного обслуговування на основі контрактів.

Останніми роками сталися корінні зміни у системах охорони здоров'я багатьох країн, такі, як: впровадження зборів з користувачів, конкуруючі страхові фонди і масові експерименти у галузі соціального страхування. У 1996 р. у Любляні відбулася Конференція ВООЗ з питань реформ у галузі охорони здоров'я в Європі.

Ведення здорового способу життя зокрема, збереження і досягнення кращого здоров'я і можливе за умов знання і контролю стану свого організму, що, у свою чергу, неможливе без тісного контакту з фахівцями. Утвердженню взаєморозуміння між пацієнтами і медичними працівниками та іншими спеціалістами у галузі охорони здоров'я сприяла Амстердамська декларація з охорони прав пацієнтів (1994 р.), згідно якої громадянин має мати право на повагу і гідність, невтручання у особисті справи і збереження недоторканності приватного життя, поінформованість, конфіденційність, піклування, лікування і право звертатися зі скаргами..

Світове і Європейське співтовариство все більше уваги приділяють запобіганню поширенню шкідливих звичок, зокрема вживанню наркотиків у немедичних цілях. У країнах Заходу накопичений досить великий досвід використання різноманітних соціальних, соціально-психологічних і духовних підходів до вирішення проблеми наркоманії. Останніми роками у країнах Західної Європи все більшого визнання набуває принцип «мінімізації шкоди», суть якого полягає у створенні багатосторонньої системи заходів, зорієнтованих на досягнення можливих результатів у соціальній і медичній сферах щодо осіб хворих на наркоманію.

Протягом останніх років на рівні Європейського регіону ВООЗ прийнято низку документів, що стосуються детального визначення політики і стратегій у двох напрямах: зменшення шкоди, що спричиняється тютюном та алкоголем та профілактика і боротьба з хворобами, що передаються статевим

шляхом (Європейський план дій по боротьбі із споживанням тютюну (1987), Законодавчу стратегію для звільнення Європи від паління, Мадридську хартію по боротьбі із тютюнопалінням (1988р.) тощо. Саме цими документами визначено 10 стратегій «За Європу без тютюну».

У напрямі організації боротьби проти вживання алкоголю (1995 р.) у Парижі було прийнято 10 стратегій Європейської хартії стосовно цього питання. Пасивний спосіб життя, шкідливі звички, зневажливе ставлення до функціонування систем власного організму, шкідливе фізичне довкілля та несприятливе суспільне середовище – ще не повний перелік причин поширення неінфекційних захворювань, з якими дедалі складніше боротися методами лікування. У 80-х роках XX ст. ВООЗ створено одну з найбільш активних програм – «Загальнонаціональна програма інтегрованої профілактики неінфекційних захворювань – СІНДІ» (1987 р., 1994 р.). Головна мета програми – поліпшення здоров'я неселення за рахунок зниження захворюваності, інвалідності і смертності завдяки профілактиці і контролю за факторами ризику, котрі є спільними для більшості хронічних неінфекційних захворювань.

Офіційну домовленість Міністерства Охорони здоров'я (МОЗ) України з ВООЗ було підписано 1994-1995 рр. У країнах Західної Європи одним з напрямів профілактики інфекційних хвороб є масова вакцинація населення. З цією метою розробляються і впроваджуються спеціальні програми. Практична діяльність, спрямована на збереження та зміцнення здоров'я, вказує на значну роль використання населенням медпрепаратів, вітамінів, мінералів тощо. У зв'язку з цим зростають вимоги Європейського законодавства до виробництва лікарських препаратів, їх якості та адекватності дії.

У 1993 р. було засновано Європейське Агентство з контролю лікарських засобів (EMEA), у 2003 р. розроблено цілісну систему ліцензування фармпрепаратів, яка повинна гарантувати якість, безпеку і ефективність всіх лікарських препаратів, що виробляються і та реалізуються на території ЄС. Всі визначені медичні препарати, що виробляються у Співдружності чи ввозяться у країни Співдружності для застосування повинні вироблятися у відповідності з принципами і головними напрямами міжнародних стандартів (GMP).

Права людини і девальвація суспільного і особистісного здоров'я.

Декларація Прав людини була прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 року. Вона проголошує права людини: громадянські і політичні (рівність усіх перед законом, право кожного на незалежність і недоторканість, свободу совісті та віросповідання тощо), а також соціально-економічні права (на працю, соціальне забезпечення, відпочинок). Своїм прототипом вона вважає Декларацію прав людини – політичний Маніфест Великої Французької Революції, що був прийнятий 26 серпня 1789 р. Пізніше

було створено ціла низка «актів», «пактів», «конвенцій», «резолюцій» ООН, ВООЗ (Всесвітньої організації здоров'я), МОП (Міжнародна організація праці), ЮНЕСКО (Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки та культури), ЮНЕП (програма ООН щодо навколишнього середовища) та інших міжнародних суспільних організацій. Основою усіх вищевказаних документів є ідея здоров'я як головна цінність кожної людини та суспільства загалом. Ця ідея досить чітко викладена в трактаті медицини Авла Корнелія Цельса, Парацельса. В книзі «Медицина і права людини» (1992 р.) автори вказують, що в будь-якому суспільстві необхідно відстоювати право на здоров'я. З позиції формального права, людина має на здоров'я не більше прав, ніж на хворобу. Право на здоров'я та право на хворобу можуть вступати у протиріччя з визначеною соціальною ситуацією. Це відбувається у випадках, коли здоров'я людини або народу обезцінюється або набуває певної вартості та перетворюється в ринковий товар.

Соціальна медицина повинна захищати права людини на здоров'я, оскільки це є її пріоритетною функцією.

В Україні та Росії знецінення здоров'я як соціальна реальність почалося разом з суспільними катаклізмами. В міру змін системи охорони здоров'я девальвувалося і здоров'я (це відображено в масовій дискредитації вітчизняної медицини: на рівні «побутової свідомості» це виглядає як недовіра до лікарів та традиційної медицини, віра в «нетрадиційне лікування», екстрасенсів, цілителів, чаклунів тощо). Однак найбільш показовим в загальній картині знецінення здоров'я є тотальне підпорядкування наших громадян щодо реклами медикаментів (саме в цей період здоров'я стало товаром, і його пропонують купити).

Сучасна людина вже сьогодні бачить соціальні наслідки девальвації здоров'я: демографічні показники не можна пояснити тільки «негативними соціально-економічними умовами» та загальною розрухою. Варто вказати, що в колишньому СРСР бували періоди застою, однак такого низького положення яке здоров'я займає сьогодні в ієрархії суспільних цінностей науковці, медики та педагоги ще не відмічали. У цій ситуації є тільки один вихід: правозахисником здоров'я повинна виступити соціальна медицина.

Вседозволеність по відношенню до здоров'я населення країни потрібно певним чином регулювати на рівні держави. Байдужість та аморальність суспільства призводить до порушення взаємовідношень «права на здоров'я» та «права на хворобу», відбувається заміни «права на життя» «правом на смерть», що призводить до виникнення медико-деонтологічної та правової проблеми – евтаназії.

Соціальний захист осіб, інфікованих вірусом імунодефіциту людини, хворих на СНІД та членів їх сімей.

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» передбачено:

Стаття 17. ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни України користуються всіма правами та свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України. ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни крім загальних прав і свобод, вони також мають право на:

- ✓ відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їх прав, яке мало місце внаслідок розголошення інформації про факт зараження цих осіб вірусом імунодефіциту людини;
- ✓ безоплатне забезпечення ліками, необхідними для лікування будь-якого наявного в них захворювання, засобами особистої профілактики та на психосоціальну підтримку;
- ✓ безоплатний проїзд до місця лікування й у зворотному напрямку за рахунок лікувальної установи, яка видала направлення на лікування;
- ✓ користування ізольованою житловою кімнатою.

Участь ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД осіб у випробуваннях медичних засобів і методів, науковому вивченні або навчальному процесі, фотографуванні, відеозйомках проводиться тільки за їх згодою.

Використання крові та інших біологічних матеріалів ВІЛ-інфікованих або хворих на СНІД осіб для наукових досліджень проводиться лише за їх згодою і передбачає компенсацію в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Стаття 18. Забороняється відмова у прийнятті до лікувальних закладів, у поданні медичної допомоги, ущемлення інших прав осіб на підставі того, що вони є ВІЛ-інфікованими чи хворими на СНІД, а також ущемлення прав їх рідних і близьких на цій підставі.

Стаття 19. Неправомірні дії посадових осіб, які порушують права ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, їх рідних і близьких, можуть бути оскаржені до суду.

Стаття 20. Особи, зараження яких ВІЛ-інфекцією сталося внаслідок виконання медичних маніпуляцій, мають право на відшкодування в судовому порядку завданої їх здоровю шкоди за рахунок винної особи. Положення частини першої цієї статті не поширюється на випадки зараження хворих при переливанні неперевіреної на ВІЛ-інфекцію крові за дотримання умов, передбачених частиною третьою статті 10 відповідного Закону.

Стаття 21. Батьки дітей, інфікованих вірусом імунодефіциту людини або хворих на СНІД, та особи, які їх заміняють, мають право на:

- ✓ спільне перебування в стаціонарах з дітьми віком до 14 років із звільненням на цей час від роботи з виплатою допомоги по тимчасовій непрацездатності у зв'язку з доглядом за хворою дитиною;

- ✓ збереження за одним із батьків у разі звільнення його з роботи у зв'язку з доглядом за дитиною віком до 16 років безперервного трудового стажу для нарахування допомоги по тимчасовій непрацездатності за умови влаштування на роботу до досягнення дитиною зазначеного віку.

Стаття 22. Матері, які мають дітей віком до 16 років, заражених вірусом імунодефіциту людини або хворих на СНІД, мають право на одержання щорічної відпустки в літній чи інший зручний для них час. У разі відсутності матері та виховання такої дитини батьком або іншою особою це право надається зазначеним особам.

Стаття 23. Дітям віком до 16 років, інфікованим вірусом імунодефіциту людини або хворим на СНІД, призначається щомісячна державна допомога у розмірі, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Стаття 24 ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають чи на законних підставах тимчасово перебувають на території України, мають право на соціальний захист у порядку та обсягах, визначених законодавством України та відповідними міжнародними договорами України.

Література

1. Вороненко Ю. В. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, Л. О. Прус, А. П. Чуйко. – К.: Здоров'я, 2002. – 358 с.
2. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
3. Гречаніна О.Я., Гречаніна Ю.Б. Геномний імпринтинг та хвороби імпринтингу. Медичні рекомендації. – Харків, 1998. – 15 с.
4. Методика оцінки якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я: українська версія / За ред. С. В. Пхіденко. – Дніпропетровськ, 2001. – 599 с.
5. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред. Ю. В. Вороненька, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
6. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Ю. В. Вороненька. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 332 с.
7. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. Серенко А.Ф. и Ермакова В.В. – М.: Медицина, 1984. – 639 с.
8. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Н.І. Кольцової, 0.3. Децик. – 2-е видання, перероб. і доп. – Ів. – Франківськ, 1999. – 304 с.
9. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. А. Ф. Серенко и В. В. Ермакова. – М.: Медицина, 1984. – 630 с.

10. Слюсарєв А.О., Жукова С.В. Біологія: Підручник / Пер. з рос. В.О.Мотузний. – К.: Вища шк., 1992. – 422 с.
11. Ткачук В. Г. Медико-социальные основы здоровья: Конспект лекций. – К.: МАУП, 1999. – 72 с.
12. Хижняк М.М., Нагорний А.М. Здоров'я людини та екологія. – К.: Здоров'я, 1995. – 229 с.
13. Яременко О., Вакуленко О., Жаліло Л., Комарова Н., Левін Р. Формування здорового способу життя: Навч. посіб. для слухачів курсів підвищ. кваліфікації держ. службовців / Українсько-канадський проект «Молодь за здоров'я» ; Український ін-т соціальних досліджень / Т. Тележенко (ред.). – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 232с

ГЛОСАРІЙ

А

Абазія (від грец. а – заперечна частка, basis – база, опора) – втрата здатності стояти або ходити, порушення координації рухів ніг.

Абілітація (від лат. habilitatio – вплив, діяння) – система лікувальних і психолого-педагогічних заходів, спрямованих на попередження, лікування, розвиток і корекцію патологічних станів і психологічних порушень у дітей.

Агресивність (від лат. aggressio – напад) – не спричинена об'єктивними обставинами, неспровокована ворожість інваліда до інших людей та довкілля.

Адаптація (від лат. adapto – пристосовую) – пристосування людини до певних умов зовнішнього середовища, зокрема суспільства.

Адаптація – це зміни, що виникають на рівні психічної регуляції організму людини та процес активного пристосування індивіда до умов життєдіяльності.

Адаптація – динамічний процес, завдяки якому рухливі системи живих організмів, незважаючи на мінливість умов, підтримують стійкість, необхідну для існування, розвитку, продовжування роду.

Адаптація біологічна – це пристосування людського організму до клімато-географічних та соціальних умов середовища.

Адаптація фізіологічна – адаптація при якій усі органи та системи органів функціонують узгоджено і відповідно.

Адаптація напружена – це стан, що потребує посилення функцій напруження.

Адаптація паталогічна – при перевищенні адаптаційних можливостей функціональні системи працюють в несприятливих режимах (хвороба).

Адаптаційний синдром – сукупність загальних захисних реакцій, що виникають в організмі тварин і людини при дії значних по силі і тривалості зовнішніх і внутрішніх подразників; ці реакції сприяють відновленню порушеної рівноваги і направлені на підтримку постійності внутрішній середовища організму – гомеостазу.

Азартна залежніть – патологічна схильність до азартних ігор – це хвороба, така сама, як шизофренія, депресія чи алкоголізм.

Азарт – це афективний стан, під час якого людина відчуває сильні емоції, причому чимало емоцій.

Акаталазія – перша описана в літературі фармакогенетична ензимопатія, що характеризується надчутливістю до етанолу і стійкістю до метанолу.

Акінезія (від грец. а – заперечна частка, kinesis - рух) – цілковита втрата рухової активності.

Алель – один з двох чи більше альтернативних варіантів гена, що має унікальну послідовність нуклеотидів.

Алкоголізм – це хронічне захворювання, що характеризується певною залежністю та викликане систематичним вживанням алкогольних напоїв, що призводить до психічних, фізичних та фізіологічних розладів.

Алотрансплантація – донором трансплантата є генетично і імунологічно інший людський організм.

Амавроз (від грец. а – заперечна частка, mauros – темний) – сліпота, що виникає внаслідок ураження центрального відділу зорового аналізатора.

Амавротична ідіотія – група спадкових захворювань, які характеризуються прогресуючим зниженням зору й інтелекту в поєднанні з іншими неврологічними симптомами.

Анеуплодія – стан клітини, тканини чи організму, при якому одна чи декілька хромосом звичайного набору або відсутня, або представлена додатковими копіями.

Аниридія – відсутність райдужної оболонки ока.

Анкілоз – нерухомість суглобів.

Анофтальм (від грец. anophthalmos – відсутність ока) – вроджена аномалія розвитку органу зору як наслідок патологічного пренатального розвитку дитини.
Антропонозами називають заразні хвороби, джерелом інфекції яких є хвора людина, бактеріоносій – хворіє тільки людина.
Антропозоонозами називають заразні хвороби, джерелом інфекції яких є хвора тварина – хворіють як тварини, так і людина.
Апатія (від грец. apatheia - нечутливість) – байдужість до себе, оточення та подій, відсутність бажань, спонукань тощо.
Асинергія (від грец. a – заперечна частка, sin - разом, ergon – робота) – розлад складних рухових актів та навичок.
Астенія (від грец. asthenia - слабість) – хворобливий стан, підвищена втомлюваність, нездатність до тривалого розумового чи фізичного напруження.
Астигматизм (від грец. a – заперечна частка, stigmus – точка, astigmatismus – відсутність фокусної точки) – аномалія заломлюючої здатності ока.
Асфіксія (від грец. a – заперечна частка, sphygmos – пульс) – ядуха, що виникає у новонародженої дитини під час пологів.
Атаксія-телеангіектазія (синдром Луї-Бара) – комплексне захворювання імунної, нервової та ендокринної систем з частим ушкодженням шкіри та печінки.
Атрофія (від грец. a – заперечна частка, trophe – живлення) – зменшення об'єму певного органу, м'язів внаслідок порушення живлення.
Атрофія зорового нерва – наслідок захворювань, супроводжується набряком, запаленням, стисканням волокон зорового нерва або судин, які їх живлять.
Аутизм (від грец. autos – сам) – хворобливий стан психіки людини, що характеризується послабленням зв'язків із реальністю.
Аутосома – будь-яка нестатева хромосома.

Афазія (від грец. a – заперечна частка, phasis – мова) – повна або часткова втрата мовлення.
Афонія (від грец. a – заперечна частка, phone – голос) – відсутність гучності голосу при збереженні шепітного мовлення.
Аутотрансплантація – реципієнт трансплантата є його донором для самого себе (аутотрансплантація шкіри з непошкоджених ділянок на обпалені ділянки; аутотрансплантація кісткового мозку або гемопоетичних стовбурових клітин після протипухлинної хіміотерапії широко застосовується при лейкозах, лімфомах і хіміочутливих злоякісних пухлинах.

Б

Баттаризм (від грец. battarismos - заїкання) – патологічно прискорений темп мовлення.
Більмо – стійке помутніння рогової оболонки ока.
Біоетика – нормативне знання, що охоплює моральну проблематику, пов'язану з розвитком біомедичних наук, які стосуються питань передання життя, генетики, медичних досліджень, терапії, турботи про здоров'я і життя людини.
Біоетика або етика життя – це розділ прикладної етики, філософської дисципліни, що вивчає проблеми моралі насамперед стосовно людини, визначає, які дії щодо морального погляду є припустимими, а які – неприпустимими
Біоетика – це органічне поєднання новітніх досягнень біологічної науки та медицини з духовністю. У сучасному суспільстві вона стала ознакою цивілізованості. Утвердження засад біоетики несе відповідну частку в практичну реалізацію в суспільстві основних засад християнського буття, побудові цивілізації любові та формування здорового способу життя громадян.
Біоетика – це сукупність понять і принципів, направлених на моральне вдосконалення людства, охорону прав і достоїнств людини у зв'язку з революційними досягненнями

сучасної біології, особливо молекулярної генетики, генетичної інженерії, розшифрування генома людини і тварин.
Біоетика – це наука, яка займається відношеннями, які етика має із проблемою пов'язаної з життям, як наприклад: штучне запліднення, генетична маніпуляція, розмноження – in vitro, тощо.
Блефарофімоз – звуження щілини ока.

Брадикінезія (від грец. bradys – повільний, ksnesis - рух) – сповільнення темпу рухів за нормальної сили м'язів.

Брадилалія (від грец. bradys – повільний, lalia - мовлення) – патологічно уповільнене мовлення.
Брадипсихія (від грец. bradys – повільний, psyche - психіка) – уповільнення усіх процесів.
Брадифразія (від грец. bradys – повільний) – надмірно уповільнений темп мовлення з подовженою вимовою голосних, млявою, нечіткою артикуляцією.
Брахідактилія – короткопалість.
Брахіцефалія – збільшення поперечного розміру голови.
Брока центр (Брок – франц. антрополог і хірург) – ділянка кори головного мозку, що міститься в нижній лобній звивині задньої третини лівої півкулі.
Бульбарний параліч (від лат. bulbus – цибулина, форму якої нагадує довгастий мозок) – клінічний прояв захворювання довгастого мозку.
Буфтальм – природжена глаукома.

В

Війна – надзвичайний стан, до якого спонукають націю, державу чи світову спільноту міждержавні суперечності, що нагромадились на попередніх етапах суспільного розвитку.
Військова соціальна медицина – вивчає моральний і психофізичний стан *людей,* які беруть участь у походах, у військових діях.
Вік похилий вік – це період, коли загострюються наявні психічні розлади, наприклад, біполярний афективний розлад чи шизофренія, можуть виникати нові захворювання, такі як депресія, судинні розлади, наслідки порушень мозкового кровообігу, соматогенні захворювання та атрофічні процеси.
Вільямса синдром – рідкісна спадкова аномалія, для якої характерне специфічне поєднання розумової відсталості, вродженого пороку серця і своєрідної будови обличчя.

Внутрішня адаптація – це повне внутрішнє пристосування індивіда до норм, звичаїв, поглядів поведінки суспільства.
Виробниче середовище – це середовище, в якому людина здійснює свою трудову діяльність.
Вхідними воротами інфекції називають орган або тканину, через які мікроорганізм попадає в макроорганізм.

Г

Галюцинації (від лат. gallucinatio – марення, видіння) – обман відчуттів, сприймання, що виникає без відповідних зовнішніх подразників.
Гаплоїд – клітини (наприклад, гамети), що містять половину хромосом соматичних клітин.
Геміанопсія (від грец. hemi – пів, an – без, ops – око) – відсутність сприймання кожним оком предметів, розташованих у одній з половин поля зору.
Гемізиготний ген – ген, що знаходиться в генотипі в одному екземплярі.
Геміплегія (від грец. hems – половина, plego - уражаю) – втрата рухливості м'язів однієї половини тіла.

Ген – структурна одиниця спадковості; послідовність нуклеотидів, якій належить відповідна функція: кодування поліпептидів, кодування рРНК та тРНК, забезпечення транскрипції іншого гена.
Генетичний моніторинг – слідкування за темпом та спектром мутаційного процесу.
Генетично-модифіковані організми (з англ. g*enetically modified organisms*) – це трансгенні організми, які отримують у результаті специфічних молекулярно-біологічних і біотехнологічних маніпуляцій
Геронтологія (з латинської gerontos – старий і logos - вчення) – це наука про старість і старіння, що вивчає процеси старіння із загальнобіологічних позицій, а також досліджує суть старості та вплив її приходу на людину і суспільство.
Геронтологія соціальна –вивчає людину як соціобіологічну істоту, саме тому і інтегрує гуманітарні та медико-біологічні підходи до розв'язання власних проблем.
Гестаційний період – це період вагітності
Гетералопія (від грец. hetera – день, alaos – сліпий, ops – око) – зниження здатності бачити при слабкому освітленні.
Гідроцефалія (від грец. hydos – вода, kephale – голова) – водянка мозку, надмірність спинномозкової рідини в порожнині черепа.
Гіперекінези (від грец. hyper – частка, що вказує на надмірні kinesis – рухи) – мимовільні рухи, позбавлені змістового фізичного значення.
Гіперестезія (від грец. hyper – частка, що вказує на надмірність, aisthesis – відчуття, почуття) – підвищена хвороблива чутливість до подразників.
Гіпертрихоз – надмірний ріст волосся.
Гіпертрофія (від грец. hyper – частка, що вказує на надмірність, trophe – їжа, живлення) – збільшення об'єму і маси органа, підсилений розвиток окремих психічних функцій.
Гіпноз – це тимчасовий стан свідомості, що характеризується звуженням його обсягу і різким фокусуванням на утриманні навіювання, що пов'язано зі зміною функції індивідуального контролю і самосвідомості.
Гіпобулія (грец. hipo – префікс, bule – воля) – зниження вольової активності, ініціативи – є наслідком перевтоми.
Гіпогевзія – послаблення відчуття смаку.
Гіпокінезія (грец. hipo – префікс, що означає зменшення, kinesis – рухливість) – зниження рухової активності.
Гіпоплазія тимуса (синдром Ді Джорджі) характеризується вродженою відсутністю вилочкових та паращитоподібних залоз, проявляється з народження судомами (гіпопаратиреоз), підвищеною схильністю до вірусних та грибкових інфекцій, аномаліями розвитку кісткової системи, вродженими вадами серця і судин, ротової порожнини, внутрішніх органів, аплазією або гіпоплазією вилочкової залози, недостатністю Т-клітинного імунітету.
Гіпоспадія – нижня розщілина уретри.
Гіпостезія (грец. hipo – префікс, що означає зменшення, stresis – відчуття, почуття) – зниження чутливості до зовнішніх подразників.
Гіпотрихоз – недостатній ріст волосся.
Гірсутизм – аномальне оволосіння, збільшений ріст волосся.
Глаукома (від грец. glaukas – зелений) – захворювання очей, яке є найчастішою причиною сліпоти.
Глухонімота – відсутність або глибока вада слуху і, у зв'язку з цим, відсутність мовлення.
Гострий стрес – стан особи після події чи явища, у результаті якого вона втратила психологічну рівновагу.
Гострі респіраторні вірусні захворювання – група захворювань, спричинених широким спектром інфекційних збудників і поєднаних спільними особливостями епідеміології та патогенезу ураження дихальних шляхів, розвитком респіраторного синдрому і загальноінтоксикаційних проявів різного ступеня вираженості.

Гострі респіраторні вірусні захворювання – це гострі вірусні хвороби з групи інфекцій дихальних шляхів, які супроводжуються помірною загальною інтоксикацією та ураженням дихальних шляхів, кон'юктив та лімфатичних вузлів.
Грип – це гостре інфекційне захворювання, з періодичним епідемічним поширенням, яке спричиняється кількома серологічними типами РНК-вірусів (А, В і С) із групи міксовірусів та супроводжується ураженням дихальної, нервової, серцево-судинної систем організму людини.

Д

Дактилографія (від грец. dactilos – палець, grafio - пишу) – допоміжний засіб спілкування з глухим або сліпоглухим співрозмовником.
Дактилологія (від грец. dactilos – палець, logos – слово) – своєрідна форма мовлення, що базується на використанні пальців рук.
Далекозорість (гіперметропія) – різновид аномалії рефракції.
Дальтонізм (протанопія) – вроджений розлад кольорового зору.
Дауна хвороба (синдром Дауна) – хромосомна хвороба, одна із форм олігофренії.
Девіантність – це відхилення від норми поведінки
Дезадаптація – це процес дисгармонійного розвитку особистості, нездатність людини виконувати звичайну для її становища роль у суспільстві, яка зумовлена обмеженням життєдіяльності з урахуванням віку, статі, місця проживання, освіти тощо, що призвела до нездатності до самостійного проживання, неможливості установлення соціальних зв'язків, потреби в допомозі інших осіб, до підтримки економічної незалежності, занять, властивих людині, включаючи професійну діяльність.
Делікнвентність – злочинна поведінка
Декомпенсація (від de – префікс із значенням відсутності, compensatio - врівноваження) – порушення діяльності організму.
Делеція – хромосомна чи генна мутація, при якій втрачається певна ділянка хромосоми чи гена.
Деменція (від лат. dementia - безумство) – набуте слабоумство.
Депресивний стан (від лат. depressio, deprimo – придушую, пригнічую) – хворобливий стан пригніченості, безвиході, відчаю.
Дефект (від лат. defectus - недолік) – фізичний чи психічний недолік, який порушує хід нормального розвитку.
Дефект розвитку – психічна чи фізична вада, що спричинює порушення нормального розвитку дитини.
Дефектологія – наука про психофізіологічні особливості розвитку дітей з фізичними та психічними вадами.
Децентрація – один із механізмів розвитку пізнавальних процесів особистості.
Дизартрія (від грец. dys - порушення) – це розлад розбірливого мовлення.
Дисграфія - (від грец. dys – розлад, grapho - пишу) – це часткове специфічне порушення процесу письма.
Дискінезія (від грец. dys – розлад, kinesis – рух) – розлад рухової функції.
Дислалія (від грец. dys – розлад, lalia – мовлення) – порушення звуковимови за нормального слуху.
Дислексія (від грец. dys – порушення, lekso – читати) – часткова специфічна вада процесу читання.
Дисмнезія (від грец. dys – розлад, mneme – пам'ять) – розлади пам'яті.
Дисплазія (від грец. dys – розлад, plasis – утворення) – неправильний розвиток органів та тканин.
Дистинія (від грец. dys – розлад, euphoria – підвищений настрій) – похмурий, дратівливий, злостивий настрій.

Дистрофія (від грец. dys – розлад, живлення) – патологічний стан у дітей, що спричинюється різноманітними проявами хронічних розладів живлення.
Дистрофія м'язова (міопатія) – група спадкових недуг м'язів.
Дитячий церебральний параліч – захворювання, що виникає у дітей внаслідок уражень головного мозку у пренатальний період, під час пологів.
Діастема – широка щілина між першими верхніми різцями.
Дійсна адаптація – це успішне пристосування за рахунок зміни особистості.
Доліхостеномелія – довгі, тонкі кінцівки.
Доліхоцефалія – подовжена форма черепа.
Домінантний – алель або ознака, що проявляється в гетерозиготі.

Е

Евтаназія – практика припинення або скорочення лікарем життя людини, яка страждає невиліковним захворюванням, відчуває нестерпні страждання, на задоволення прохання хворого в безболісній або мінімально болісній формі з метою припинення страждань.
Евтаназія пасивна – (зумисне припинення медиками підтримуючої терапії хворого);
Евтаназія активна – (введення помираючому ліків або інші дії, котрі викликають швидку смерть).
Екологія – це наука про взаємозв'язки живих організмів та їх угруповань між собою та довкіллям, про структуру та функціонування надорганізмових систем.
Екзофтальм (від грец. exophtamos – витрішкуватий або банькутість) – зміщення очного яблука вперед.
Ектопія кришталика – вивих кришталика ока.
Емпатія (від грец. empatheia - співпереживання) – проникнення в емоційний стан іншої людини.
Ендемія – це форма епідемічного процесу, при якій будь-яка інфекція постійно зустрічається на певній території, а джерело інфекції зберігається тільки на цій території
Енцефаліт (від грец. enkephalos – головний мозок) – запалення головного мозку.
Епідеміологія – це наука, яка вивчає об'єктивні закономірності виникнення та розповсюдження інфекційних, серцево-судинних, психічних та інших захворювань.
Епідемічний спалах – це форма епідпроцесу, при якій на певній території з'являються епідемічні захворювання, які пов'язані з загальним джерелом інфікування.
Епідемія – це форма епідпроцесу, при якій інфекція швидко поширюється на великі території (село, місто, район, область), і характеризується виникненням епідемічних спалахів, що тісно пов'язані між собою.
Епізоотія– епідемічний процес, що зустрічається тільки серед тварин, та є джерелом інфікування людини.
Епікантус – вертикальна складка шкіри біля внутрішнього кутка ока.
Епілепсія (від грец. epilepsia – схоплення, синонім – падуча хвороба) – хронічне поліетіологічне захворювання.
Етіологія – розділ медицини, який вивчає причини хвороб.

З

Заїкання – одне з найскладніших і тривалих мовленнєвих порушень.
Заклади охорони здоров'я – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників.
Затримка психічного розвитку – особливий тип аномалії психічного розвитку дитини різного походження.
Зчеплення – рівень зв'язку алелів різних генів в мейозі чи генетичному схрещенні.

Здоров'я – це стан організму, всі частини якого нормально розвинені та правильно функціонують (енциклопедичний словник Брокгауза та Ефрона).
Здоров'я – стан індивіда, чий організм функціонує добре.
Здоров'я – це стан організму, при якому він здатний повноцінно виконувати свої функції" (А.Д. Степанов).
Здоров'я – це природний динамічний стан організму, що характеризується його самоврівноваженістю і врівноваженістю з навколишнім середовищем у духовному, фізичному, а також соціальному плані і ефективно протидіє захворюванням.
Здоров'я– це здатність чинити опір, пристосовуватись і пристосовувати, здатність до самозбереження і саморозвитку, до все більш різнобічного середовища існування.
Здібності людини – це сукупність таких психофізіологічних властивостей, які необхідні для успішного виконання певної діяльності.
Зовнішня адаптація – це пристосування формальне, в поведінці в проявленні при якій зберігається внутрішня автономія та резерв).
Зоонозами називають хвороби, джерелом інфекції яких є хвора тварина, хворіють тільки тварини.

І

Ігроманія – важковиліковна хвороба, яка за симптоматикою мало відрізняється від інших адикцій, проте може виявитися навіть небезпечнішою.
Інвалідність – це сукупність показників, що характеризують частоту стійкої втрати працездатності населення та чисельність інвалідів на даній території за віком, групами, причинами тощо.
Інвалідність – це обмеження в можливостях, зумовлених фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дають змогу людині бути інтегрованою у суспільство і брати участь у житті сім'ї і держави на тих умовах, як і інші члени суспільства.
Індивід – це людська біологічна основа розвитку особистості у певних соціальних умовах; це продукт розвитку особини у взаємодії з навколишнім середовищем на протязі онтогенезу (індивідуального розвитку).
Індивідуальність – це поєднання психологічних особливостей людини, що утворюють її своєрідність, відмінність від інших людей тощо.
Індивідуальний рівень здоров'я – рівень, який сформовано в умовах всього суспільства та групи, так, і на основі фізіологічних і психічних особливостей індивідуму та неповторного способу життя, який веде кожна людина.
Індивідуальне здоров'я – це стан цілісного та гармонійного розвитку при адаптації кожного з органів один до одного, при цьому, кожен орган більш ефективно працює на користь цілого організму, ніж на власну користь; будь яка хвороба – це порушення законів життєдіяльності організму, законів природи (За *Г. Шелтоном)*.
Індивідуальне здоров'я – абсолютна і непересічна цінність, яка перебуває на найвищому щаблі ієрархічної шкали цінностей, а також у системі таких філософських категорій людського буття, як інтереси та ідеали, гармонія, зміст і щастя життя, творча праця, програма та ритм життєдіяльності.
Інкубаційний період – це початковий прихований період інфекційного захворювання, який триває від моменту заселення збудника в макроорганізмі до появи перших клінічних ознак захворювання, триває від кількох годин до кількох діб або навіть років.
Інфантилізм (від лат. infantilis - дитячий) – збереження у психіці і поведінці дорослої людини особливостей, властивих дитячому віку.
Інформаційний стрес – виникає в ситуаціях інформаційних перевантажень, від інформаційного вакууму.
Іридодонез – дрижання райдужки при вивиху кришталика ока.

Істерія (від давньогрец. hystera – матка) – нервово-психічні розлади, які в давні часи пов'язували з ураженням матки.
Ішемічною хворобою серця називають захворювання, що обумовлене недостатнім надходженням крові до міокарду.

К

Катаракта (від грец. katarata - каламутити) – помутніння кришталика ока або його капсули.
Клайнфельтера синдром – аномалія, що спостерігається у чоловіків і зумовлена порушенням кількості статевих хромосом.
Клаустрофобія (від лат. claustrum – закрите місце, fobos - страх) – страх замкнутого простору.
Клонічна судома (від грец. klonos – швидкий рух) – короткочасні скорочення та розслаблення м'язів, що швидко настають один за одним.
Колобома – природжений щілинний дефект, що найчастіше зустрічається при аномаліях очного яблука.
Компенсація (від лат. compensatio – урівноважування, зрівнювання) – відновлення недорозвинених чи порушених психічних функцій.
Корекційна спрямованість навчально-виховного процесу – принцип спеціальної педагогіки, що об'єднує всі її галузі.
Корекція (від лат. correctio – поліпшення, виправлення) – сукупність педагогічних та лікувальних засобів, спрямованих на поліпшення та виправлення процесу розвитку особи.
Короткозорість (міопія) – різновид аномалії рефракції, при якому паралельні промені з'єднуються перед сітківкою у вигляді розсіяного пучка.
Косоокість – зміна положення очного яблука в очній щілині.
Кретинізм – стан, що характеризується незворотними порушеннями нервового та соматичного розвитку.
Крипторхізм – затримка яєчка на його природному шляху спускання в калитку.
Криптофтальм – природжене повне зрощення повік.
Ксеростомія – сухість у роті.
Культура здоров'я – це важливий складовий компонент загальної культури людини, що визначає формування, збереження та зміцнення її здоров'я.
Культура – сукупність досягнень і творчості того чи іншого народу;
характерні особливості життя і діяльності певних історичних, географічних і кон'юнктурних людських спільнот; ступінь досконалості в тій чи іншій сфері людської діяльності (культура праці, мови, поведінки).

Л

Лабіринтит – запалення лабіринту, внутрішнього вуха.
Лагофтальм – неповне змикання повік.
Ларингіт – це запалення гортані, що виникає найчастіше при гострій респіраторній вірусній інфекції, грипі та інших інфекційних захворюваннях, а також в результаті перенапруження голосу.
Легіонельоз – це гостра сапронозна інфекційна хвороба, що її спричиняють бактерії роду Legionella.
Летальність – це кількість летальних (тобто смертельних) випадків, що зареєстрована у 100 осіб, які перехворіли на конкретну інфекцію за певний календарний період.
Лейкоз – це системне злоякісне захворювання крові, яке характеризується порушенням процесу дозрівання кровотворних клітин на різних стадіях розвитку.
Літтля синдром – форма дитячого церебрального паралічу, при якій уражені переважно ноги.
Логоневроз (від грец. logos – слово, мова і neuron - нерв) – медичне визначення заїкання.

Логопати (від грец. logos – слово, мовлення та pathos – страждання, хвороба) – самостійна категорія дітей, у яких виявляються значні порушення мовлення при збереженні слуху та інтелекту.
Логопатія (від грец. logos – слово, мовлення, pathos – страждання, хвороба) – загальна назва розладів усного та писемного мовлення.
Логопедія (від грец. logos – слово, мовлення, paideia – виховання, навчання) – спеціальна педагогічна наука, галузь дефектології.
Локус – місце розташування певної мутації чи гена на генетичній карті, часто вживається замість термінів «мутація» чи «ген».

М

Макроглосія (від грец. macros – великий, лат. glossa - язик) – гіпертрофія (розростання) м'язів язика.
Макросомія (гігантизм) – збільшення розмірів тіла, внутрішніх органів.
Макростомія – надмірне збільшення ротової щілини.

Макроцефалія (від грец. macros – великий, kephale – голова) – збільшення голови, що є наслідком збільшення головного мозку.
Манія – це патологічний психічний стан, який зазвичай представляє фазу маніакально-депресивного захворювання.
Маразм (від грец. marazmos - виснаження) – біологічний і психічний розлад.
Медико-санітарна допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів.
Медико-генетичне консультування – спеціалізований найпоширеніший вид медичної допомоги та профілактики спадкових хвороб.
Менінгіт (від грец. meninx – мозкова оболонка) – запалення мозкових оболонок і спинного мозку.
Менінгококова інфекція – антропонозна гостра хвороба з групи інфекцій дихальних шляхів, що зумовлюється менінгококом *Neisseria meningitidis* і характеризується клінічним поліморфізмом у вигляді назофарингіту, гнійного менінгіту і сепсису.
Міжвидова трансплантація – трансплантація органів від тварини іншого біологічного виду
Молекулярне клонування – процедура ізоляції певної послідовності ДНК і отримання багатьох копій цієї послідовності in vivo.
Моногамія – історично зумовлена форму шлюбу, за якої чоловік одружений з однією жінкою, і відповідно, жінка
Моноплегія (від грец. monos – один, лат. oculus - око) – бачення одним оком.
Муковісцидоз або фіброз кістозний (підшлункової залози) – спадкова хвороба, що зумовлена мутацією в гені трансмембранного регуляторного білка, який відповідає за транспорт натрію, хлору та води крізь мембрани клітин.
Мутагени – чинники, що провокують мутації.
Мутант – організм, що несе мутантний алель.
Мутація – стійка зміна генетичного апарату, що виникає раптово та призводить як до переходу гена з одного алельного стану до іншого, так і до різних змін кількості чи будови хромосом.
Мутизм (від грец. mutus - німий) – порушення мовленнєвого спілкування внаслідок психічної травми.
Мутування – процес, унаслідок якого в генетичній програмі з'являються зміни, що успадковуються.

Н

Нав'язливих станів невроз – форма неврозу, при якій, крім загальноневротичних симптомів, спостерігаються різні нав'язливі стани.

Наркоманія – це захворювання, що виникає внаслідок вживання наркотичних речовин і призводить до глибокого виснаження фізичних і психічних особливостей людини.

Неврастенія (від грец. neuron – нерв, astheneia - безсилля) – одна із форм неврозів.

Неврит слухового нерва – захворювання ствола слухового нерва і його рецепторного апарату.

Неврози (від грец. neuron – нерв) – функціональний розлад вищої нервової діяльності внаслідок перенапруження основних нервових процесів.

Неврастенія (грец. neuron – нерв, astheneia - безсилля) – одна із форм неврозів, це – нервове виснаження, викликане перевтомою або тривалим впливом психотравмуючих факторів.

Неврологія (від грец. neuron – нерв, logos - вчення) – медико-біологічна наука, що вивчає структуру та функції нервової системи.

Невропатія – хворобливий стан, спричинений уродженим порушенням функцій вегетативної нервової системи.

Невропатологія (від грец. neuron – нерв, pathos – хвороба, logos – вчення) – вчення про хвороби нервової системи.

Неофобія (грец. neos – молодий, новий, fobos – страх) – хворобливий стан перед усім новим.

Недуга – втрата чи аномалія психічних або фізіологічних функцій, елементів анатомічної структури, що утруднює певну діяльність;

Недієздатність – внаслідок дефекту або обмежена можливість конкретної людини, що перешкоджає чи обмежує виконання нею певної нормативної ролі, виходячи з вікових, статевих або соціальних факторів.

Нейротизм (від грец. neuron – нерв) – стан, риса характеру людини, що виявляється в нестійкості.

Неофобія (від грец. neos – молодий, новий, fobos – страх) – хворобливий стан перед усім новим.

Німота – збірний термін, який використовується для визначення зумовленої різними причинами відсутності усного мовлення.

Ністагм (від грец. nistagmos - кивання) – мимовільні, швидкі, ритмічні рухи очей.

Нозологія (з грецької) nosos)) – хвороба; вчення про хворобу, – розділ патології, що включає загальне учення об хвороби (загальна нозологія), а також вивчення причин (етіологія), механізмів розвитку (патогенез) і клінічних особливостей окремих хвороб (приватна нозологія), класифікацію і номенклатуру хвороб.

Норма реакції – всі можливі фенотипи, які можуть сформуватися на основі певного генотипу в різних умовах середовища.

О

Обдарованість – це вияв природних можливостей організму людини, що значно перевищують середній рівень.

Ознаки, обмежені статтю – генетично зумовлені ознаки, що фенотипічно проявляються у особин однієї статі.

Олігофренія (від грец. olygos – малий, phren – розум) – одна з найпоширеніших форм психічної недорозвиненості, що виникає внаслідок ураження ЦНС.

Онкоген – ген, ушкодження якого може призвести до малігнізації клітини.

Онтогенез – індивідуальний розвиток організму.

Особистість – це індивід із соціально зумовленою системою вищих психічних якостей, що визначається залученістю людини до конкретних суспільних, культурних, історичних відносин.

Осліплі діти – діти, що втратили зір після 2-3 років.
Отосклероз (від грец. otos – вухо, scleros – твердий, жорсткий) – хвороба органа слуху.
Охорона здоров'я – система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.
Охорона здоров'я матері та дитини – це комплекс державних і громадських заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок і дітей та покращання демографічної ситуації, на забезпечення здорового всебічного розвитку молоді та дітей.

П

Пандемії – це одна з форм епідпроцесу, при якій за короткий проміжок часу епідемія будь-якої інфекції уражає населення країн, континентів, та навіть усієї земної кулі.
Параліч (від грец. paralisis - розслаблення) – цілковите припинення рухових функцій.
Парафізія (від грец. para – біля, поблизу, phasis – мовлення) – порушення експресивного усного мовлення.
Парез (від грец. paresis - ослаблення) – неповний параліч, зменшення сили довільних рухів.
Парестезії (від грец. para – префікс, що означає знаходження біля чогось чи відхилення від чогось, aesthesis – відчуття) – несправжні відчуття.
Патогенез – механізми виникнення і розвитку хвороби і окремих її проявів на різних рівнях організму людини.
Патологія (від грец. pathos – страждання, logos - навчання) – 1) загальна назва медичних наук, які визначають хворобливі процеси в організмі людини й тварин.
Перверсія – збочення.
Період «вікна» – час, коли вірус ВІЛ присутній в крові людини, однак аналіз на антитіла до нього є негативним.
Пенітенціарна медицина займається вивченням генетичних, психосоматичних, характерологічних і соціальних взаємозв'язків між «геніальністю, безумством та злодійством».
Пенетрантність – імовірність фенотипічних проявів у осіб певної ознаки, що кодується домінантним геном чи рецесивним геном у гомозиготному стані.
Пізньооглухлі – це люди, що втратили слух тоді, коли їхнє мовлення було більшою мірою чи меншою мірою сформованим.
Плейотропія – вплив одного гена на кілька фенотипічних ознак.
Побутове середовище – це середовище проживання людини, що містить сукупність житлових будівель, споруд спортивного і культурного призначення, а також комунально-побутових організацій та установ.
Полігамія (багатошлюбність) – це такий шлюб, за якого один із членів подружжя може мати кількох партнерів. Розрізняють полігінію (багато жінок) та поліандрію (багато чоловіків).
Полігінія – одна із історичних форм шлюбу, за якої чоловік перебуває водночас у кількох шлюбних стосунках із різними жінками (форма сім'ї гаремного типу).
Поліандрія – форма шлюбу, за якої жінка може перебувати водночас у кількох шлюбних союзах із різними чоловіками.
Полідактилія (багатопалість) – збільшення кількості пальців на кистях чи стопах.
Поліморфізм – наявність у популяції кількох форм гена.
Поліомієліт (хвороба Гейне Медіна) (від грец. polios – сірий, mielos - мозок) – гостре інфекційне захворювання, що уражає сіру речовину.
Поліфагія – надмірний апетит, обжерливість.
Постнатальний (від лат. post – після, natalis – той, що відноситься до народження) – той, що відноситься до періоду після народження, тобто після пологів.

Працездатність людини – здатність до трудової діяльності, яка залежить від стану здоров'я людини. У різних галузях існують наступні визначення цього поняття:

Працездатність – потенційна здатність людини протягом заданого часу та з певною ефективністю виконувати максимально можливий обсяг роботи.

Працездатність – здатність організму витримувати відповідне фізичне та нервово-психологічне навантаження та забезпечувати нормальний хід трудового процесу за визначений період часу.

Працездатність – здатність людини виконувати певну роботу, яка визначається рівнем її фізичних і психофізіологічних можливостей, а також станом здоров'я і професійною підготовленістю.

Працездатність повна – здатність людини до праці без обмежень.

Працездатність часткова – здатність людини до праці з певними обмеженнями.

Працездатність залишкова – працездатність, яка характерна для осіб старшого віку і зумовлена зменшенням фізіологічного потенціалу внаслідок старіння.

Продромальний період характеризується появою перших симптомів захворювання та обумовлений загальною інтоксикацією організму (нездужання, загальна слабкість, швидка втома, головний біль, погіршення апетиту тощо), його тривалість – від 4 до 5 діб.

Психічні розлади – це хвороби, які тісно пов'язані з соціальними та спадковими чинниками.

Пренатальний (від лат. prae - перед, natalis – той, що відноситься до періоду перед народженням) – у медицині застосовується визначення періоду розвитку організму до моменту пологів.

Прогенія (від грец. pro – вперед, genetion - підборіддя) – аномалія прикусу, значне висування нижньої щелепи уперед.

Прогнатія – надмірний виступ нижньої щелепи.

Професійна адаптація – це складний процес опанування людиною професійних ролей.

Профілактика соціальна – це сукупність державних заходів, спрямованих на поліпшення стану здоров'я населення: розвиток трудового законодавства, законодавства про охорону здоров'я, поліпшення матеріальних умов життя, підвищення рівня санітарної культури населення.

Псевдоадаптація – це зміна відносин в результаті сприятливих життєвих ситуацій.

Псевдобульбарний параліч дитячий – центральний параліч міміко-артикулярної мускулатури.

Психологом називають людину, яка завдяки життєвому досвіду може багато відчути, побачити, зрозуміти і навіть передбачити в інших людях.

Психологія – це наука, що вивчає загальні закономірності психічних процесів і своєрідність їхнього протікання в залежності від умов діяльності та від індивідуально-типологічних особливостей людини.

Психогенії (від грец. psyehe – душа, genesis - походження) – розлади психіки, що виникають під впливом психічних травм.

Психологічний стрес є наслідком порушення психологічної стійкості особистості. Варіантом психологічного стресу є емоційний стрес, що виникає в ситуаціях загрози, небезпеки, образи.

Психози – розлад психічної діяльності.

Психіатр – це лікар, його сфера компетенції – психічні розлади (захворювання).

Психотерапевт – це або лікар-психіатр, або психолог, які обов'язково пройшли післядипломну підготовку за фахом «психотерапія» відповідно до обраного методу або підходу (психоаналіз, символдрама, гештальт тощо).

Птеригій (птеригіум) шиї – природжена товста складка шкіри на боковій поверхні шиї.

Птоз (від грец. ptosis - падіння) – опущення верхньої повіки.

Публічна медицина займається проблемами здоров'я трудових колективів, прогнозуванням та соціометрикою змін психосоматичних статусів, і відповідно, функціонуванням членів трудових колективів.
Психологічна залежність – залежність, яку пов'язують з розумовими здібностями людини, вона виникає внаслідок психологічних абстинентних синдромів (наприклад, потяг, дратівливість, безсоння, депресія, анорексія і т.д.).

Р

Реабілітація (у медико-педагогічному значенні, лат. rehabilitation, від лат. re – проти, habilimas – здатність) – повернення хворого до нормального життя і праці в межах психофізичних можливостей.
Реабілітація інвалідів – це процес і система медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення чи повну компенсацію обмежень життєдіяльності людини, спричинених порушенням здоров'я та стійкими розладами функцій організму.
Реабілітаційний потенціал – комплекс біологічних та психофізіологічних характеристик людини, а також соціальних факторів, які в тій чи іншій мірі дозволяє реалізувати його здібності.
Революції (від лат. *revolutio* –розвертання) – швидка зміна встановленого політичного, соціального чи економічного порядку суспільства здебільшого насильницьким способом.
Реактивні стани (від лат. re – проти, action – дія) – патологічні прояви, породжені надмірно важкими переживаннями.
Реактивність організму – відповідь організму на внутрішні або зовнішні подразненняння.

Резус-фактор – особлива антигенна речовина, яка вперше була виявлена у крові мавпи.

Резистентність – це стійкість організму щодо дії патогенних факторів. Ретиніт (від лат. retina - сітківка) – запалення сітківки ока. Ретрогнатія – зміщення верхньої щелепи назад, порівняно із звичайним абрисом.

Релаксація (від лат. relaxatio – зменшення напруги, ослаблення) – стан спокою, розслабленості, що виникає внаслідок зняття напруги, після сильних переживань чи фізичних зусиль.

Розщілина губи та піднебіння – уроджена аномалія верхньої губи та піднебіння.

С

Самогубством називається будь-який випадок смерті, який безпосередньо або опосередковано є результатом вчинку, зробленого самим потерпілим. Суїцид є усвідомлене позбавлення себе життя і, з цієї точки зору, самогубство є чисто людським свідомим, поведінковим актом.
Самогубство (від лат. sui caedere - вбивати себе, суїцид) – свідоме самостійне позбавлення себе життя, спричинене своєю безпосередньою, умисною і бажаною дією.
Саморегуляція (від лат. regulart – впорядковувати, нагороджувати) – здатність людини керувати собою.
Сенсибілізація (від лат. sensibilis - чутливість) – підвищення чутливості організму до впливів будь-яких подразників.
Сигнальна система – це сукупність нервових процесів у ході яких людина сприймає, обробляє і передає певну інформацію.
Симптом – ознака паталогічного стану або хвороби.
Синдактилія – зрощення двох чи більше пальців частково або повністю.
Синдром (від грец. syndrome - збіг) – сполучення симптомів хвороби.

Синестезії (від грец. syn – разом, aishesis – почуття, відчуття) – несправжні відчуття дотику.
Синкинезії (від грец. sen – разом, kinesis - рух) – додаткові рухи, що мимовільно додаються до довільних.
Синофриз – збільшення та зрощення брів.
Сиреномелія – злиття нижніх кінцівок.
Система охорони здоров'я – це сукупність взаємопов'язаних санітарно-профілактичних, лікувально-профілактичних, фізкультурно-оздоровчих, санітарно-курортних, аптечних, науково-медичних, санітарно-епідеміологічних підсистем.
Сифіліс – хронічна венерична хвороба, що викликає ураження шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів, кісток, нервової системи тощо. Складний дефект – поєднання двох і більше дефектів розвитку.
Склероз (від грец. scleros – твердий, жорсткий) – патологічне ущільнення органа.
Слабозорість – значне зниження зору внаслідок важкого захворювання очей.
Сліпі діти – у яких повністю відсутні зорові відчуття.
Сліпоглухонімота – це відсутність зору і слуху, німота.
Сліпота – різко виражений ступінь аномалії розвитку і порушень зорового аналізатора.
Слухонімота – затримка розвитку мовлення у дитини, яка добре чує.
СНІД – вірусне інфекційне захворювання, яке зумовлює порушення імунної системи, внаслідок якого організм втрачає здатність до захисту від патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів, і характеризується комплексом клінічних проявів.
Соціальний статус – показник становища людини в соціальній ієрархії суспільства.
Соціальна робота в системі охорони здоров'я – система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку оптимальної працездатності та соціальної активності людей з інвалідністю, сприяння здоровому способу життя громадян.
Соціальна профілактика – це сукупність державних заходів, спрямованих на поліпшення стану здоров'я населення: розвиток трудового законодавства, законодавства про охорону здоров'я, поліпшення матеріальних умов життя, підвищення рівня санітарної культури населення.
Соціальна реабілітація дитини-інваліда – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв'язків та відносин.
Соціальна реабілітація дітей з функціональними обмеженнями – це складний процес, що потребує переорієнтації, і насамперед – у напрямі розробки методології і методики соціально-педагогічної та психологічної моделі соціальної роботи.
Соціальний захист – це система гарантованих державою економічних, соціальних та правових заходів, що забезпечуватимуть інвалідам певні умови життя, подолання та заміщення (компенсації) обмежень життєдіяльності.
Сифіліс – хронічна венерична хвороба, що викликає ураження шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів, кісток, нервової системи тощо. Збудником даного захворювання є бліда спірохета, яка проникає в організм здорової людини через ушкодження шкіри або слизової оболонки.
Сім'я – це одна з найважливіших форм організації життя людей, яка має фундаментальне значення як для індивіда, особистості, так і для суспільства; це така спільність людей, яка спирається на шлюбний союз, на родинні зв'язки, на різноманітні відносини між чоловіком та дружиною, батьками і дітьми, між самими дітьми, між іншими членами сім'ї, які живуть разом та ведуть спільне господарство.
Сім'я – це відносини між чоловіком і дружиною, батьками та дітьми. У сім'ї стосунки, зумовлені статевими відмінностями та потребами.
Старіння – це наслідок безперервних біологічних зрушень, що відбуваються протягом життя в кожному організмі, це процес суперечливого розвитку живих клітин від моменту зародження життя до його закінчення.

Старіння організму – закономірний біологічний процес, який визначається його індивідуальною, генетично обумовленою програмою розвитку.Стрес – це реакція організму на важливий для нього подразник»; «стресова реакція – це психофізіологічна реакція».
Старість – це неминучий та тривалий фізіологічний процес, заключний період вікового розвитку.
Суїцид – акт самогубства або спроби самогубства, який здійснюється у стані сильного душевного розладу або під впливом якогось психічного захворювання.
Суспільна медицина – займається проблемами і ситуаціями, які виникли після захворювань, трагедій, насилля, терору, проблемами шлюбу, сім'ї, здоров'я і виховання дітей, відношення з рідними, що страждають на невиліковні або психічні хвороби, вирішення питань, пов'язаних зі змінами образу та стилю життя, професії або власного психосоматичного іміджу, проблеми, які виникають у клієнтів в зв'язку з міграцією чи еміграцією тощо.
Соціологічна медицина виникла як самостійна галузь соціальної медицини в зв'язку з науково-практичними досягненнями в галузі медичної генетики, медичної електронної технології.
Спадковими називають хвороби, етіологічними чинниками яких є мутації, які спричиняються впливом променевої енергії, хімічних речовин, біологічних факторів.
Спазмофілія (від грец. spasmos – спазма, philia - схильність) – захворювання дітей здебільшого двох років, що проявляється в запальних і часткових нападах судоми.

Спосіб життя людини – це сукупність матеріальних умов, суспільних соціальних установок (культура, освіта, традиції тощо), умов поведінки (включаючи соціально-психологічну та фізіологічну реактивність) особистості і зворотний її вплив на ці умови.

Статеві хромосоми – хромосоми, які різняться у представників різної статі та визначають стать особи.
Стигматизм (від грец. назва букви) – спотворена вимова свистячих.
Страбізм – косоокість.
Стрес (від англ. stress - напруга) – емоційний стан людини у складній ситуації.
Стрес хронічний– наявність постійного значного фізичного й морального навантаження на людину у результаті якого її нервово-психологічний чи фізіологічний стан є надзвичайно напруженим.
Стрес гострий – стан особи після події чи явища, у результаті якого вона втратила психологічну рівновагу.
Стрес фізіологічний – виникає від фізичного перевантаження організму і впливу на нього шкідливих факторів навколишнього середовища.
Стрес психологічний є наслідком порушення психологічної стійкості особистості.
Стрес інформаційний – виникає в ситуаціях інформаційних перевантажень, від інформаційного вакууму.
Стресовий стан – це стан, що виникає в результаті невідповідності «внутрішніх» можливостей людини умовам і вимогам діяльності і який може призвести до зниження ефективності діяльності та негативних наслідків для психічного і фізичного здоров'я.
Ступор (від лат. – stupor, stupeo - засинаю) – форма психічного розладу, значна або повна нерухомість хворого.
Сублімація (від лат. sublimare – піднімаю, підношу) – у психоаналізі З. Фрейда – один із механізмів психологічного захисту.
Сурдомутизм (від лат. surditas – глухота, mutismus - мовчання) – функціональне порушення слуху та мовлення.
Сурдопедагогіка (від лат. surdus - глухий) – наука про виховання, освіту і навчання дітей з вадами слуху.

Т

Тахілалія (від грец. tachys – швидкий, lalia - мова) – патологічне прискорення темпу мовлення.

Телекант – збільшення відстані між внутрішніми кутками очей при нормально розташованих орбітах.

Темперамент – це індивідуальна особливість людини, яка проявляється у силі емоційних реакцій, а також у збудливості, врівноваженості, швидкості, ритму та інтенсивності психічних проявів; це вияв індивідуальних особливостей вищої нервової діяльності у вигляді швидкості оцінювання ситуації, формування емоційної реакції на певну подію.

Тератогенні фактори – фактори, які сприяють формуванню вад у зародка та плоду.

Тетизм (від грец. назви букви) – порушення мовлення.

Тифлологія – галузь дефектології, яка об'єднує науки: тифлопедагогіку, тифлопсихологію.

Тифлопедагогіка (від грец. typhlos – сліпий) – наука про виховання дітей із порушенням зору.

Токсоплазмоз – захворювання людини і тварини, спричинене токсоплазмами, ураження лімфатичних вузлів.

Тонус (від лат. tonys, від tovos – напруження) – тривале, без стомлювання, збудження нервових центрів та м'язових тканин.

Травматизм – це сукупність травм, які виникають протягом певного проміжку часу на певній території серед певної групи населення.

Трансплантація – це пересадка органів і тканин від донора до реципієнта; це – хірургічний метод лікування, що полягає в пересадці реципієнту органа або іншого анатомічного матеріалу, взятого у людини чи у тварини, а також електронних імплантантів або інших штучних імплантантів.

Трансплантація *аутотрансплантація* – реципієнт трансплантата є його донором для самого себе (аутотрансплантація шкіри з непошкоджених ділянок на обпалені ділянки; аутотрансплантація кісткового мозку або гемопоетичних стовбурових клітин після протипухлинної хіміотерапії широко застосовується при лейкозах, лімфомах і хіміочутливих злоякісних пухлинах

Трансплантація *гомотрансплантація* – донором трансплантата є 100% генетично та імунологічно ідентичний реципієнту однояйцевих близнюків реципієнта.

Трансплантація *алотрансплантація* – донором трансплантата є генетично і імунологічно інший людський організм.

Трансплантація *міжвидова* – трансплантація органів від тварини іншого біологічного виду

Трахома (від грец. trachs – шорсткий, oma - пухлина) – хронічне двостороннє запалення слизової оболонки ока.

Туберкульоз – інфекційне захворювання, яке спричиняється мікобактеріями, які були відкриті Р. Кохом.

Туговухі діти – з частковою недостатністю слуху, що призводить до мовленнєвого розвитку.

Туговухість – стійке зниження слуху, яке значно утруднює сприймання мовлення.

Ф

Фенілкетонурія – особлива форма недоумства, в основі якої – спадково обумовлене порушення білкового обміну.

Фенокопії – неспадкові фенотипічні модифікації, що імітують подібний фенотип спадкової мутації.

Фізичне здоров'я – це рівень росту і розвитку органів і систем організму, основу якого складають морфологічні і функціональні резерви, що забезпечують адаптаційні реакції.

Фізіологічний стрес – виникає від фізичного перевантаження організму і впливу на нього шкідливих факторів навколишнього середовища.
Фільтр – відстань між носом та верхньою губою.
Фобії (від грец. phobos - страх) – нав'язливі страхи, які людина не в змозі переборювати.
Фокомелія – відсутність деяких проксимальних частин кінцівок.
Фонастенія (від грец. phone – голос, astenus - слабкий) – порушення голосоутворення без явних органічних змін у голосовому апараті.
Фонація (від грец. fowun – звук) – утворення звуків.
Фрустрація – психічний стан людини, що виражається в характерних переживаннях і поведінці і те, що викликається об'єктивно непереборними (або суб'єктивно сприйманими як непереборні) труднощами на шляху до досягнення мети.

Х

Хвороба – це патологічний процес, порушення життєдіяльності організму під впливом шкідливих подразників зовнішнього та внутрішнього середовища; це порушення нормального способу реалізації матеріальних і духовних потреб.
Хорея (від грец. choreia - танок) – захворювання нервової системи.
Хронічний стрес – наявність постійного значного фізичного й морального навантаження на людину у результаті якого її нервово-психологічний чи фізіологічний стан є надзвичайно напруженим.

Ц

Церебрастенія (від лат. cerebrum – головний мозок, грец. a nencia – безсилля) – ослаблення діяльності ЦНС під впливом різних зовнішніх несприятливих факторів.
Циклопія – одне або подвоєне око, що розташоване посередині лоба.
Цитологія – наука, яка вивчає будову клітин.
Цукровий діабет – генетично гетерогенна патологія, яка може бути наслідком аутоімунних процесів, зумовлених порушенням генів з системи HLA, мутаціями в структурній та регуляторній ділянках гена інсуліну, дефектами рецепторів клітинних мембран, наявністю інгібіторів інсуліну в крові, посиленням руйнування інсуліну, іншими генетичними дефектами та різноманітними їх поєднаннями.

Ш

Шизофренія (від грец. schizo – розділяю, розсікаю, phren – розум, думка, душа) – психічне захворювання, яке характеризується глибокими змінами особистості.
Шлюб – це союз, укладений між чоловіком та жінкою на офіційних правових засадах, що закріплюють їхні матеріальні та особисті інтереси.

Додаток

НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ

Укази Президента України

1. Указ Президента України від 17.03.1998 №197/98 «Про деякі заходи щодо державної підтримки сімей з неповнолітніми дітьми працівників органів внутрішніх справ, які загинули під час виконання службових обов'язків»
2. Указ Президента України від 18.03.1998 №200/98 «Про затвердження Комплексних заходів щодо профілактики бездоглядності та правопорушень серед дітей, їх соціальної реабілітації в суспільстві»
3. Указ Президента України від 18.03.1998 №199/98 «Про економічний експеримент «Курортополіс Трускавець»
4. Указ Президента України від 27.03.1998 №228/98 «Про Всеукраїнський благодійний медичний фонд»
5. Указ Президента України від 31.07.1998 №1823/98 «Про заходи щодо врегулювання діяльності в сфері народної і нетрадиційної медицини»
6. Указ Президента України від 17.08.1998 №884/98 «Про Положення про Міністерство охорони здоров'я України»
7. Указ Президента України від 01.09.1998 №963/98 «Про затвердження Цільової комплексної програми «Фізичне виховання – здоров'я нації»
8. Указ Президента України від 31.12.1998 №1420/98 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 26 листопада 1998 року «Про нейтралізацію загроз, обумовлених погіршенням екологічної і технічної обстановки в країні»
9. Указ Президента України від 28.01.1999 №95/99 «Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров'я у сільській місцевості»
10. Указ Президента України від 01.02.1999 №96/99 «Про вдосконалення державного контролю за якістю та безпекою продуктів харчування, лікарських засобів та виробів медичного призначення»
11. Указ Президента України від 04.02.1999 №118/99 «Про Цільову комплексну програму генетичного моніторингу в Україні на 1999 -2003 роки»
12. Указ Президента України від 04.02.1999 №117/99 «Про Програму профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні»
13. Указ Президента України від 15.02.1999 №176/99 «Про надання Центральному музею медицини України статусу національного»
14. Указ Президента України від 29.03.1999 №301/99 «Про Положення про Національне агентство з контролю за якістю та безпекою продуктів харчування, лікарських засобів та виробів медичного призначення»
15. Указ Президента України від 27.04.1999 №456/99 «Про заходи щодо розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя громадян»
16. Указ Президента України від 21.05.1999 №556/99 «Про Комплексну програму «Цукровий діабет»
17. Указ Президента України від 28.06.1999 №757/99 «Про підтримку фармацевтичної промисловості»
18. Указ Президента України від 06.09.1999 № 1125/99 «Про статус Української фармацевтичної академії»
19. Указ Президента України від 07.09.1999 № 1128/99 «Про День фармацевтичного працівника»
20. Указ Президента України від 11.05.2000 року №679/2000 «Про невідкладні заходи щодо боротьби з туберкульозом»

Закони України

1. Закон України від 03.03.98 №155/98-ВР "Про внесення змін до Закону України "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення".
2. Закон України від 14.01.99 №395-XIV «Про внесення змін до деяких законодавчий актів України, що стосується донорства крові та її компонентів".
3. Закон України від 23.12.98 №352-XIV "Про внесення змін до Кодексу України "Про адміністративні правопорушення у зв'язку з прийняттям деяких законодавчих актів з питань охорони здоров'я".
4. Закон України від 08.07.99 №862 – XIV "Про символіку Червоного Хреста і Червоного

Півмісяця в Україні".
5. Закон України від 08.07.99 №863-XIV "Про внесення змін до Закону України "Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів".
6. Закон України від 16.07.99 №1007- XIV "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині".
7. «Закон України від 11.01.2000 №1370-XIV "Про дозвільну діяльність у сфері використання ядерної енергії".
8. Закон України від 22.02.00 №1489-III "Про ратифікацію Конвенції про передачу психічно хворих серед держав СНД".
9. Закон України №1-14/352 "Про психіатричну допомогу".
10. Закон України від 06.04.00 №1628-III "Про внесення змін до ст. 6 Закону України "Про державну допомогу сім'ям з дітьми".
11. Закон України від 06.04.00 №1642-III "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення".
12. Закон України від 06.04.00 №1645-III "Про захист населення від інфекційних хвороб".

Постанови (розпорядження) Кабінету Міністрів України

1. Постанова від 05.01.1998 № 9 «Про Комплексну програму соціально-економічного розвитку Великої Ялти і як курорту загальнодержавного значення».
2. Постанова від 19.01.1998 № 40 «Про затвердження нормативів мінімального забезпечення населення державними та комунальними закладами охорони здоров'я, що здійснюють реалізацію лікарських засобів».
3. Постанова від 19.01.1998 № 43 «Про заборону закупівлі закладами і установами охорони здоров'я, що фінансуються з державного бюджету, діагностикумів, вакцин, сироваток та інших медичних імунобіологічних препаратів імпортного виробництва, аналоги яких у достатній кількості виробляються».
4. Постанова від 21.01.1998 № 62 «Питання Державної акціонерної компанії "Ліки України".
5. Постанова від 26.01.1998 № 80 «Про створення Кримського державного медичного університету імені С.І. Георгієвського».
6. Постанова від 26.01.1998 № 86 «Про розробку Державного індикативного плану науково-технічного розвитку України на 1999 - 2005 роки та визначення інноваційних пріоритетів держави».
7. Постанова від 09.02.1998 № 133 «Про підсумки роботи промисловості і сільського господарства Автономної Республіки Крим у 1997 році та заходи щодо поліпшення її соціально-економічного становища».
8. Постанова від 16.02.1998 № 158 «Про виділення коштів для потреб лікувально-профілактичних закладів міст Ялти та Алушти».
9. Постанова від 16.02.1998 № 169 «Про створення Національної комісії України із зводу харчових продуктів Кодекс аліментаріус».
10. Постанова від 16.02.1998 № 179 «Про затвердження Положення про Державну інспекцію з контролю якості лікарських засобів Міністерства охорони здоров'я».
11. Постанова від 25.02.1998 №1215 «Про продовження чинності постанови Кабінету Міністрів України від 16 листопада 1997 року №1224».
12. Постанова від 27.02.1998 № 224 «Про членів колегії Державного комітету України з медичної та мікробіологічної промисловості».
13. Постанова від 02.03.1998 № 252 «Про внесення змін до Порядку надання медичної допомоги іноземнім громадянам, які тимчасового перебувають на території України».
14. Постанова від 02.03.1998 № 263 «Про Положення про порядок організації направлення дітей на оздоровлення за кордоном».
15. Постанова від 06.03.1998 № 278 «Про виділення коштів для здійснення першочергових лікувально-профілактичних і протиепідемічних заходів серед населення м. Кривого Рогу».
16. Постанова, Положення від 30.03.1998 № 391 «Про затвердження Положення про державну систему моніторингу довкілля».
17. Постанова від 16.03.1998 № 292 «Про заходи щодо державної підтримки реалізації Комплексної програми еколого-економічного та соціального розвитку гірської Рахівщини на період 1998 - 2005 рр.».

18. Постанова від 17.03.1998 № 310 «Про внесення змін та доповнень до Положення про дитячий будинок сімейного типу».
19. Постанова від 17.03.1998 № 312 «Про тимчасову зміну постанов Кабінету Міністрів України від 5 вересня 1996 р. №1068 та від 3 квітня 1997 року №302».
20. Постанова від 17.03.1998 № 328 «Про укладення Угоди між Кабінетом Міністрів України та Урядом Республіки Вірменія про співробітництво в галузі фармацевтичної промисловості».
21. Постанова від 17.03.1998 № 330 «Про схвалення і подання на ратифікацію Верховною Радою України Угоди між Урядом України та Урядом Швейцарської Конфедерації про надання безповоротної фінансової допомоги на Проект "Охорона здоров'я матерів і дітей (неонатологія)".
22. Постанова від 20.03.1998 № 348 «Про Комплексні заходи Кабінету Міністрів України щодо реалізації державної молодіжної політики в Україні ("Молодь України")».
23. Постанова від 23.03.1998 №357 «Про комплексні заходи для запобігання розповсюдженню хвороб, що передаються статевим шляхом».
24. Постанова від 30.03.1998 № 377 «Про виділення коштів для будівництва обласного онкологічного диспансеру в м. Херсоні».
25. Постанова від 02.04.1998 № 425 «Про фінансування виробництва інсуліну на Київському акціонерному товаристві "Індар".
26. Постанова від 02.04.1998 № 422 «Про заходи щодо реалізації у 1998 -2000 роках Основних напрямів соціальної політики».
27. Постанова, Положення від 07.04.1998 № 469. «Про затвердження Положення про державну атестацію науково-дослідних (науково-технічних) установ».
28. Постанова від 20.04.1998 № 513 «Про увічнення пам'яті П.Л.Шупика».
29. Постанова, Порядок від 27.04.1998 № 569 «Про затвердження Порядку державної реєстрації (перереєстрації) лікарського засобу і розмірів збору за державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарського засобу».
30. Постанова від 30.04.1998 № 591 «Про розвиток Міжнародного дитячого центру "Артек" та дитячих оздоровчих закладів».
31. Постанова від 07.05.1998 № 620 «Про внесення доповнень до Порядку видачі посвідчень особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи».
32. Постанова від 07.05.1998 № 622 «Про виділення коштів для погашення кредиторської заборгованості з будівництва корпусу Української алергологічної лікарні в с.Солотвині Тячівського району Закарпатської області»
33. Постанова від 07.05.1998 № 624 «Про виділення коштів для завершення будівництва гуртожитку Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава)».
34. Постанова від 13.05.1998 № 671 «Про проведення Тижня планування сім'ї».
35. Постанова від 18.05.1998 № 701 «Про підписання Угоди між Кабінетом Міністрів України та Урядом Російської Федерації про співробітництво у боротьбі проти незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зловживання ними».
36. Постанова, Положення від 18.05.1998 № 703 « Про Положення про санітарну охорону Скадовської медичної зони в межах Скадовського району».
37. Постанова від 16.06.1998 № 905 «Про відрядження осіб начальницькогр складу органів внутрішніх справ для роботи у психіатричній лікарні з суворим наглядом Міністерства охорони здоров'я».
38. Постанова від 16.06.1998 № 909 «Про поліпшення матеріального забезпечення дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування».
39. Постанова від 16.06.1998 № 920 «Про затвердження Порядку переробки і зберігання донорської крові та її компонентів, реалізації їх і виготовлених з них препаратів».
40. Постанова від 10.07.1998 № 1047 «Про склад наглядової ради Всеукраїнського фонду оздоровлення і відпочинку дітей та підлітків».
41. Постанова від 15.07.1998 № 1088 «Про виділення коштів для проведення першочерговий заходів з ліквідації наслідків підтоплення у смт Деражня».
42. Постанова від 15.07.1998 № 1099 «Про порядок класифікації надзвичайних ситуацій».
43. Постанова від 15.07.1998 № 1100 «Про затвердження Порядку випуску, обігу та погашення податкових векселів, що видаються на суму акцизного збору за реалізований спирт етиловий, який використовується на виготовлення лікарських засобів, пектину, есенції та оцту харчових, ветеринарних препаратів».
44. Постанова від 18.07.1998 № 1106 «Про внесення доповнення до пункту 3 постанови

Кабінету Міністрів України від 29 вересня 1997 р. № 1073»
45. Постанова від 18.07.1998 № 1115 «Про посилення науково-дослідної роботи з проблем фізичного виховання і спорту сільського населення».
46. Постанова, Порядок від 18.07.1998 № 1122 «Про затвердження Порядку проведення громадських] слухань з питань використання ядерної енергії та радіаційної безпеки».
47. Постанова, Порядок від 30.07.1998 № 1186 «Про порядок звільнення від обкладення податком на додану вартість операцій з надання послуг з харчування у закладах (установах) охорони здоров'я».
48. Постанова, Порядок від 30.07.1998 № 1187 «Про затвердження Порядку віднесення харчових продуктів до категорії спеціальних».
49. Постанова, Порядок від 03.08.1998 № 1216 «Про затвердження Порядку ведення реєстру місць видалення відходів
50. Постанова, Порядок від 03.08.1998 № 1217 «Про затвердження Порядку виявлення та обліку безхазяйних відходів».
51. Постанова, Порядок від 03.08.1998 № 1218 «Про затвердження порядку розроблення, затвердження і перегляду лімітів на утворення та розміщення відходів».
52. Постанова, Перелік від 17.08.1998 № 1303 «Про впорядкування безоплатного да пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань».
53. Постанова, Порядок від 14.09.1998 № 1427 «Про затвердження Порядку реалізації за межі України компонентів донорської крові і препаратів, виготовлених з донорської крові та її компонентів, а також вивезення з України донорської крові та її компонентів».
54. Постанова від 21.09.1998 № 1480 «Про виділення коштів для проведення аварійних робіт на інженерних мережах та мережах теплопостачання Семенівської центральної районної лікарні Чернігівської області».
55. Постанова від 05.10.1998 № 1602 «Про послуги з охорони здоров'я, операції з надання яких закладами охорони здоров'я, які мають спеціальний дозвіл на надання таких послуг, звільняються від обкладення податком на додану вартість».
56. Постанова від 12.10.1998 № 1616 «Про ставку акцизного збору на спирт етиловий, що використовується вітчизняними товаровиробниками для виготовлення лікарських засобів».
57. Постанова від 12.10.1998 № 1617 «Про присвоєння Львівському державному медичному коледжу імені Андрія Крупинського».
58. Постанова від 16.10.1998 № 1642 «Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності».
59. Постанова від 09.11.1998 № 1754 «Про виділення коштів для ліквідації наслідків паводку у Закарпатській області».
60. Постанова від 12.11.1998 № 1778 «Про внесення зміни до Порядку розподілу товарів, отриманих як благодійна допомога, та контролю за цільовим розподілом благодійної допомоги у вигляді наданих послуг або виконаних робіт».
61. Постанова від 16.11.1998 № 1809 «Про додаткові заходи щодо недопущення імпорту неякісних лікеро-горілчаних виробів».
62. Постанова від 04.12.1998 № 1926 «Про створення мережі закладів з організації надання медичної допомоги "Асістанс-Україна".
63. Постанова від 04.12.1998 № 1929 «Про заходи щодо посилення охорони материнства та дитинства».
64. Постанова від 05.12.1998 № 1927 «Про виділення коштів для закупівлі санітарних автомобілів, лікувально-профілактичних, діагностичних препаратів та обладнання для Закарпатської області».
65. Постанова від 10.12.1998 № 1948 «Про надання гарантії Кабінету Міністрів України щодо забезпечення погашення кредиту ФРН, який залучається акціонерним товариством закритого типу "Індар" для фінансування проекту закупівлі субстанцій інсулінів для виробництва вітчизняних інсулінів».
66. Постанова від 10.12.1998 № 1949 «Про заходи щодо розширення мережі дитячої кардіохірургічної служби».
67. Постанова від 10.12.1998 № 1944 «Про фінансування виробництва інсуліну на підприємстві

Київського акціонерного товариства "Індар".
68. Постанова від 10.12.199 8 № 1946 «Про затвердження Типового положення про управління охорони здоров’я обласної. Київської та Севастопольської міської державної адміністрації».
69. Постанова від 10.12.1998 № 1950 «Про поліпшення організації медко-санітарного забезпеченні плавскладу морського, річкового та рибопромислового флоту».
70. Постанова від 14.12.1998 № 1969 «Про надання гарантій Кабінету Міністрів України щодо забезпечення погашення кредиту ФРН, який залучається відкритим акціонерним товариством "Фармак" для фінансування закупівлі лінії з виробництва нафтизіну, галазоліну та ін’єкційних розчинів у пластикових ампулах».
71. Постанова від 17.12.1998 № 1996 «Про виділення коштів для проведення невідкладних аварійно-відбудовних робіт з ліквідації наслідків підтоплення на території Костянтинівського району Донецької області».
72. Постанова від 17.12.1998 № 1999 «Про укладення Угоди між Кабінетом Міністрів України і Урядом Російської Федерації з питань забезпечення екологічної безпеки та екологічного контролю в місцях базування Чорноморського флоту Російської Федерації на території України».
73. Постанова від 18.12.1998 № 2024 «Про правовий режим зон санітарної охорони водних об’єктів».
74. Постанова від 18.12.1998 № 2026 «Питання запобігання та захисту населення від ВІЛ-інфекції та СНІД».
75. Постанова від 29.12.1998 № 2092 «Про додаткове виділення коштів на закупівлю обладнання для виробництва нових дитячих гігієнічних матеріалів».
76. Постанова від 04.01.1999 № 12 «Про затвердження переліку харчових добавок, дозволених для використання у харчових продуктах».
77. Постанова від 18.01.1999 № 55 «Про внесення змін і доповнення до Порядку отримання суб’єктами підприємницької діяльності спирту етилового, що використовується вітчизняними товаровиробниками для виготовлення вибухових речовин, парфумів, нітроцелюлози та напівфабрикатів: спиртованих соків, морсів, настоїв, які реалізуються для промислової переробки і не підлягають реалізації в роздрібній торгівлі».
78. Постанова від 03.02.1999 № 133 «Про фінансування Київського акціонерного товариства закритого типу "Індар".
79. Постанова від 04.02.1999 № 141 «Про затвердження Програми розвитку курорту Східниця».
80. Постанова від 22.02.1999 № 247 «Про фінансування закупівлі ядерно-магнітного резонансного томографа "SYMPHONY".
81. Постанова від 22.02.1999 № 241 «Про внесення змін до Порядку державної реєстрації (перереєстрації) лікарського засобу і розмірів збору за державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарського засобу».
82. Постанова від 23.02.1999 № 254 «Про грошові норми витрат на харчування, медикаменти та м’який інвентар у госпіталях (відділеннях, палатах) для інвалідів Великої Вітчизняної війни».
83. Постанова від 04.03.1999 № 318 «Про введення додатково однієї посади заступника Міністра охорони здоров’я України».
84. Постанова від 09.03.1999 № 341 «Про Програму профілактики СНІДу та наркоманії на 1999 - 2000 роки».
85. Постанова від 09.03.1999 № 343 «Про затвердження Порядку організації та проведення моніторингу в галузі охорони атмосферного повітря».
86. Постанова від 09.03.1999 № 323 «Про включення легкових автомобілів спеціального призначення (санітарні автомобілі) до переліку транспортних засобів, оборот з реалізації яких не підлягає обкладенню акцизний збором».
87. Постанова від 15.03.1999 № 379 «Про створення Харківської медичної академії післядипломної освіти»
88. Постанова від 15.03.1999 № 371 «Про подання на ратифікацію Верховною Радою України Угоди про співробітництво у розв’язанні проблем ВІЛ-інфекції»
89. Постанова від 16.03.1999 № 406 «Про порядок створення єдиної державної системи контролю та обліку індивідуальних доз опромінення населення».
90. Постанова від 22.03.1999 № 430 «Про утворення Національного центру здоров’я»
91. Постанова від 24.03.1999 № 448 «Про доповнення пункту 7 Правил роздрібної реалізації лікарських засобів
92. Постанова від 25.03.1999 № 465 «Про затвердження Правил охорони поверхневих вод від

забруднення зворотними водами».
93. Постанова від 31.03.1999 № 486 «Про виділення коштів для дооснащення опікового центру Інституту невідкладної і відновної хірургії».
94. Постанова від 05.04.1999 № 542 «Про Комплексну програму поводження з радіоактивними відходами».
95. Постанова від 19.04.1999 № 616 «Про затвердження Положення про Національну комісію із зводу харчових продуктів Кодекс аліментаріус та її персонального складу
96. Постанова від 19.04.1999 № 635 «Про затвердження складу наглядової ради Національного музею медицини України».
97. Постанова від 12.04.1999 № 667 «Про Комплексні заходи боротьби з туберкульозом».
98. Постанова від 24.04.1999 № 696 «Про затвердження Правил санітарної охорони території України».
99. Постанова від 07.05.1999 № 767 «Про питання Національного агентства з контролю за якістю та безпекою продуктів харчування, лікарських засобів та виробів медичного призначення».
100. Постанова від 10.05.1999 № 782 «Про затвердження нового складу Національної ради з питань безпечної життєдіяльності населення».
101. Постанова від 10.05.1999 № 786 «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, з обігом яких пов'язана діяльність, що підлягає ліцензуванню».
102. Постанова від 10.05.1999, № 796 «Про затвердження Порядку видачі посвідчення і вручення нагрудного знака «Почесний донор України».
103. Постанова від 24.05:1999 № 883 «Про присвоєння Кременецькому медичному училищу імені Арсена Річинського».
104. Постанова від 24.05.1999 № 884 «Про виділення коштів для закінчення робіт, пов'язаних із здійсненням протихолерних заходів у Кілійському районі Одеської області».
105. Постанова від 26.05.1999 № 909 «Про виділення коштів на прискорення будівництва дитячого відділення центральної районної лікарні у смт Березанка Миколаївської області».
106. Постанова від 03.06.1999 № 961 «Про деякі заходи щодо підтримки здоров'я сім'ї, і безпечного материнства і відповідального батьківства».
107. Постанова від 03.06.1999 № 953 «Про затвердження переліку установ, які входять до складу Академії медичних наук».
108. Постанова від 16.06.1999 № 1048 «Питання Комітету медичної та мікробіологічної промисловості».
109. Постанова від 18.06.1999 № 1068 «Про нагородження працівників галузі охорони здоров'я Почесною грамотою Кабінету Міністрів України».
110. Постанова від 19.06.1999 № 1084 «Про нагородження працівників галузі охорони здоров'я Почесною грамотою Кабінету Міністрів України».
111. Постанова від 22.06.1999 № 1109 «Про затвердження Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні».
112. Постанова від 22.06.1999 № 1088 «Про зміни у складі наглядової ради Національного медичного університету імені О.О. Богомольця».
113. Постанова від 29.06.1999 № 1159 «Про підготовку фахівців для роботи в сільській місцевості».
114. Постанова від 02.07.1999 № 1176 «Про утворення Українського науково-дослідного інституту медичної генетики у м. Києві».
115. Постанова від 05.07.1999 № 1197 «Про порядок отримання закладами та установами охорони здоров'я, суб'єктами підприємницької діяльності, вітчизняними товаровиробникам спирту етилового і здійснення контролю за його цільовим використанням».
116. Постанова від 07.07.1999 № 1201 «Про утворення Українського науково-дослідного протичумного інституту імені І.І.Мечнікова у м.Одесі».
117. Постанова від 08.07.1999 № 1211 «Про інноваційну підтримку виробництва вітчизняних субстанцій інсуліну».
118. Постанова від 09.07.1999 № 1224 «Про затвердження положень про координаційні ради з питань розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя громадян».
119. Постанова від 14.07.1999 № 1269 «Про затвердження Положення про Всеукраїнську дитячу оздоровницю курорт Євпаторія».
120. Постанова від 21.07.1999 № 1309 Євпаторійського, Керченського, Ковельського медичних

училищ».
121. Постанова від 09.08.1999 № 1441 «Про спеціальну економічну зону туристсько-рекреаційного типу "Курортополіс Трускавець".
122. Постанова від 09.08.1999 № 1451 «Про питання функціонування медичних витверезників».
123. Постанова від 13.08.1999 № 1492 «Про утворення при Кабінеті Міністрів України Національної координаційної ради з питань запобігання захворюванню на СНІД».
124. Постанова від 21.08.1999 № 1578 «Про укладення Угоди між Кабінетом Міністрів України і Урядом Російської Федерації про порядок розрахунків у зв'язку з реалізацією для осіб, які входять до складу військових формувань Чорноморського флоту Російської Федерації на території України та членів їх сімей - громадян Російської Федерації, рівних з громадянами України прав на навчання в навчальних закладах загальної освіти, початкової, середньої та вищої професійної освіти, приймання до дитячих дошкільних закладів, а також на охорону здоров'я та інші види соціального обслуговування».
125. Постанова від 27.08.1999 № 1561 «Про укладення Угоди між Кабінетом Міністрів України та Урядом Російської Федерації про медичне страхування громадян Російської Федерації, які тимчасово перебувають в Україні, і громадян України, які тимчасово перебувають в Російській Федерації».
126. Постанова від 09.09.1999 № 1660 «Про фінансування виробництва томографічних гамма-камер».
127. Постанова від 11.09.1999 № 1666 «Про внесення змін до Порядку державної реєстрації (перереєстрації) лікарського засобу і розмірів збору за державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарського засобу».
128. Постанова від 15.09.1999 № 1690 «Про затвердження умов конкурсу на залучення іноземних інвесторів до заснування центрального закладу "Асістанс-Україна".
129. Постанова від 15.09.1999 № 1697 «Про затвердження Національної програми патріотичного виховання населення, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства».
130. Постанова від 15.09.1999 № 1707 «Про відзначення 100-річчя Одеського державного медичного університету».
131. Постанова від 18.10.1999 № 1913 «Про затвердження Статуту Академії медичних наук України».
132. Постанова від 15.11.1999 № 2090 «Про нагородження медичних працівників Почесною грамотою Кабінету Міністрів України».
133. Постанова від 16.11.1999 № 2095 «Про затвердження складу наглядової ради Національної фармацевтичної академії України».
134. Постанова від 29.11.1999 № 2174 «Про нагородження колективу Київського медичного училища №2 Почесною грамотою Кабінету Міністрів України».
135. Постанова від 09.12.1999 № 2243 «Про присвоєння Київському медичному училищу №2 імені П.І. Гаврося».
136. Постанова, Програма від 09.12.1999 № 2232 «Про Програму розвитку вітчизняного виробництва нових високоефективних коагулянтів і флокулянтів та технологій їх впровадження».
137. Постанова від 11.12.1999 № 2273 «Про присвоєння імені В.Я. Данилевського Українському науково-дослідному інституту фармакотерапії ендокринний захворювань».
138. Постанова від 14.02.2000 №298 "Про присвоєння Рівненському обласному клінічному лікувально-діагностичному центру імені Віктора Поліщука".
139. Постанова від 17.02.2000 №342 "Про внесення змін до переліку харчових добавок, дозволених для використання у харчових продуктах".
140. Постанова від 22.03.2000 №536 "Про утворення Міжвідомчої координаційної ради при Міністерстві охорони здоров'я з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я".
141. Розпорядження від 22.03.2000 р. № 143-р "Про утворення організаційного Комітету з підготовки огляду меценатства і спонсорства".
142. Постанова від 22.03.2000 р. № 544 "Про порядок митного оформлення вантажів гуманітарної допомоги".
143. Постанова від 22.03.2000 р. № 553 "Питання комісії з питань гуманітарної допомоги при Кабінеті Міністрів України" .
144. Постанова від 30.03.2000 № 588 "Про утворення Державного департаменту з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення".

145. Розпорядження від 12.04.2000 №172-р "Про закупівлю інсулінів АТЗТ "Індар".
146. Постанова від 12.04.2000 р. № 646 "Про затвердження Інструкції з обліку дітей і підлітків шкільного віку".
147. Постанова від 14.04.2000 № 656 "Про затвердження наборів продуктів харчування, наборів непродовольчих товарів та наборів послуг для основних соціальних і демографічних груп населення".
148. Постанова від 24.04.2000 № 695 "Деякі питання реалізації Закону України про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів".
149. Постанова від 25.04.2000 № 710 "Про призначення Коротка О.Ш. головою Державного департаменту з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення".
150. Постанова від 26.04.2000 № 728 "Про затвердження Порядку вивезення за межі України або знищення неякісних та непридатних до споживання товарі (предметів) гуманітарної допомоги".
151. Розпорядження від 27.04.2000 р. № 202-р "Про відпочинок та оздоровлення дітей".
152. Постанова від 06.05.2000 № 770 "Про затвердження наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів".
153. Постанова від 29.05.2000 № 852 "Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 04.10.1996 №1218".
154. Постанова від 05.06.2000 № 897 "Про подальше реформування медичної та мікробіологічної промисловості".

Основні накази Міністерства охорони здоров'я України

1. Від 12.01.98 № 2 «Про затвердження стандартів державної акредитації закладів охорони здоров'я України».
2. Від 16.01.99 № 5 «Про заходи щодо поліпшення становища жінок і підвищення їх ролі в суспільстві».
3. Від 29.01.98 № 12 "Про затвердження Положення про клінічну ординатуру".
4. Від 30.01.98 № 16 "Про передачу аптечних закладів, підпорядкованих МОЗ України, ДАК "Ліки України".
5. Від 09.02.98 № 30 "Про заходи щодо профілактики і боротьби з грипом та гострити респіраторними інфекціями в Україні".
6. Від 1 10.02.98 № 31 "Про удосконалення автоматизованої; системи обліку та аналізу професійної захворюваності в Україні".
7. Від 10.02.98 № 32 "Про заходи щодо розробки та затвердження автомобільної аптечки першої медичної допомоги".
8. Від 11.08.98 № 36 "Про затвердження Положення про організацію роботи цілителя, який здійснює медичну діяльність в галузі народної та нетрадиційної медицини".
9. Від 04.03.98 № 49 "Про затвердження Інструкції з планування епіднагляду за побічною дією імунобіологічних препаратів; виявлення та реєстрації поствакцинальних реакцій, ускладнень та внесення зміни до наказу МОЗ України від 25.01.96 № 14''.
10. Від 09.03.98 № 55 «Про оперативне забезпечення україномовними підручниками та навчально-методичною літературою вищих медичних та фармацевтичних закладів освіти МОЗ України».
11. Від 24.03.98 № 74 "Про орієнтовні нормативи потреби у стаціонарній медичній допомозі дітям, вагітним, роділлям, породіллям та гінекологічним хворим".
12. Від 09.04.98 № 92 "Про невідкладні заходи протидії в Україні розповсюдженню хвороб, що передаються статевим шляхом".
13. Від 14.04.98 № 94 "Про посилення контролю за додержанням суб'єктами підприємницької діяльності умов та правил здійснення медичної праники, проведення судово-медичної і судово-психіатричної експертизи, роздрібної реалізації медикаментів".
14. Від 16.04.98 № 97 "Про затвердження кількості ліжок санаторіїв туберкульозного профілю для дорослих та підлітків".
15. Від 27.04.98 № 101 "Про затвердження Норм харчування і рекомендацій щодо складання наборів продуктів донорам в день здавання крові та (або) її компонентів)".
16. Від 27.04.98 № 104 "Про розвиток клінічної імунології в Україні".
17. Від 04.05.98 № 109 "Про внесення змін до наказу від 06.103.96 № 50 "Про затвердження

Переліку спеціальностей та строків навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів".
18.Від 11.05.98 № 116 "Про заходи щодо подальшого розвитку медсестринства в Україні".
19.Від 12.05.98 № 117 "Про виконання рішення Національної координаційної ради боротьби з наркоманією від 24 квітня 1998 року".
20.Від 18.05.98 № 123 "Про затвердження Типового положення про будинок дитини".
21.Від 18.05.98 № 124 "Про впровадження Програми пренатального генетичного і моніторингу "Реплікація".
22.Від 19.05.98 № 125 "Про створення фармацевтичного факультету в Національному медичному університеті ім.О.О.Богомольця".
23.Від 21.05.98 № 127 "Про створення Єдиного інформаційного поля системи охорони здоров'я України".
24.Від 29.05.98 № 135 "Про забезпечення виконання Комплексних заходів щодо профілактики бездоглядності та правопорушень серед дітей, їх соціальної реабілітації в суспільстві".
25.Від 04.06.98 № 148 "Про введення довідника інфекційної захворюваності".
26.Від 04.06.98 № 151 "Про створення Міжвідомчої координаційної ради з питань боротьби з хворобами, що передаються статевим шляхом".
27.Від 05.06.98 № 153 "Про передачу корпусу № 7 санаторію "Шахтар".
28.Від 12.06.98 № 156 "Про посилення відповідальності за порушення фінансової дисципліни".
29.Від 16.06.98 № 158/417 "Про затвердження Порядку проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами".
30.Від 17.06.98 № 162/69 "Про затвердження Положення про уповноважену організацію - Центр для виконання робіт зі стандартизації в галузі медичної промисловості".
31.Від 01.07.98 № 183 "Про внесення змін та доповнень до наказу МОЗ України від 08.10.97 № 303 "Про регламентацію діяльності анестезіологічної служби України".
32.Від 07.07.98 № 186 "Про затвердження плану заходів щодо забезпечення виконання програми "Здоров'я літніх людей".
33.Від 14.07.98 № 198 "Про внесення змін до наказу від 29.07.97 №305 "Про ліквідацію Українського об'єднання "Укрфармація" та створення Державної акціонерної компанії "Ліки України".
34.Від 22.07.98 № 210 "Про заходи щодо боротьби з інфекційними захворюваннями в Україні".
35.Від 23.07.98 № 213 "Про реорганізацію вищих медичних закладів освіти".
36.Від 23.07.98 № 215 "Про виконання проекту щодо оцінки стану здоров'я підлітків".
37.Від 23.07.98 № 216 "Про заходи щодо поліпшення медико-санітарного забезпечення постраждалого населення внаслідок Чорнобильської катастрофи".
38.Від 27.07.98 № 225 "Про скорочення чисельності працівників закладів і установ, що підпорядковані МОЗ".
39.Від 27.07.98 № 226 "Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних доз".
40.Від 03.08.98 № 233/27 "Про виконання проекту "Ліквідатор" програми ВООЗ "АЙФІКА".
41.Від 04.08.98 № 235/106/474 "Щодо регламентації порядку закупівлі медичної техніки за бюджетні кошти".
42.Від 05.08.98 № 238 "Зміни і доповнення до Порядку встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня втрати професійної працездатності працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків, затверджених наказом від 20.07.1995 р. № 212".
43.Від 05.08.98 № 238 "Про затвердження Критеріїв встановлення ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках, особливостей працевлаштування хворих та інвалідів, внесення змін і доповнень до Порядку встановлення ступеня втрати професійної працездатності".

44.Від 07.08.98 № 244 "Про організацію виконання доручень міжвідомчої Координаційної ради щодо адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу".

45.Від 10.08.98 № 247 "Про внесення змін і доповнень до наказу і МОЗ України від 30.12.92 № 206 "Про заходи щодо поліпшення якості кардіологічної допомоги населенню України".

46.Від 14.08.98 № 250 "Про апробацію моделей організації медико-санітарної допомоги населенню на засадах сімейної медицини в умовах сільського адміністративного району".

47.Від 14.08.98 № 252 "Про затвердження Положення про систему ліцензійних інтегрованих іспитів фахівців з вищою освітою напрямків "Медицина" і "Фармація".
48.Від 17.08.98 № 254 "Про термінові заходи щодо виконання постанови КМ України від 23.05.95 № 356 "Про розмір державної допомоги дітям, інфікованих вірусом імунодефіциту людини або хворих на СНІД".
49.Від 18.08.98 № 255 "Про підготовку до введення Міжнародної класифікації хвороб Десятого перегляду (МКХ)".
50.Від 14.09.98 № 273 "Про надання статусу клінічних закладів лікувально-профілактичним закладам охорони здоров'я АР Крим, Дніпропетровської, Одеської, Вінницької, Харківської, Київської, Донецької, Запорізької, Тернопільської, Полтавської, Львівської, Волинської, Чернівецької, Херсонської областей та м.Києва".
51.Від 23.10.98 № 307 "Про створення державного підприємства "Український центр по лікуванню вітіліго".
52.Від 28.10.98 № 313 "Про утворення Українського медичного центру безпеки дорожнього руху".
53.Від 11.11.98 № 321 "Про створення клінічного центру ВІЛ-інфекції/СНІДу".
54.Від 04.12.98 № 343 "Про утворення Комітету з питань народної нетрадиційної медицини при МОЗ".
55.Від 07.12.98 № 344 "Про заходи Міністерства охорони здоров'я України на виконання Указу Президента України від 01.09.98 № 963/98 «Про затвердження Цільової комплексної програми «Фізичне виховання - здоров'я нації».
56.Від 07.12.98 № 346 «Про затвердження Переліку назв циклів спеціалізації та удосконалення лікарів і провізорів у вищих медичних (фармацевтичному) закладах (факультетах) післядипломної освіти».
57.Від 08.12.98 № 350 "Про зупинення надання платних послуг".
58.Від 10.12.98 № 353 "Про забезпечення безпеки та якості донорської крові, її компонентів та виготовлених з них препаратів".
59.Від 21.12.98 № 453/362/260 "Про встановлення розміру плати за проживання в студентських гуртожитках".
60.Від 24.12.98 № 367 ‘‘Про затвердження Переліку спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів, в яких можуть проводитись клінічні випробування лікарських засобів".
61.Від 25.12.98 № 368 "Про розробку регіональних стандартів фізичного розвитку дітей".
62.Від 25.12.98 № 369 "Про заборону необгрунтованого закриття або перепрофілювання в сільській місцевості закладів охорони здоров'я".
63.Від 31.12.98 № 375 "Про створення Центру з профілактики йод залежних захворювань".
64.Від 31.12.98 № 376 "Про порядок затвердження інвестиційних програм і проектів будівництва та проведення їх комплексної державної експертизи".
65.Від 11.01.99 № 5 «Про затвердження Інструкції про порядок витрачання бюджетних асигнувань на заходи боротьби з епідеміями, оплату праці й відряджень медичних та інших працівників, які направлені на боротьбу з епідеміями».
66.Від 15.01.99 № 7 «Про заходи щодо виконання наказу МОЗ України від 14.08.98 № 251 «Про затвердження Положення про систему ліцензійних інтегрованих іспитів фахівців з вищою освітою напрямів «Медицина» і «Фармація».
67.Від 22.01.99 № 11 «Про затвердження списків і введення в дію гігієнічних регламентів шкідливих речовин у повітрі робочої зони, атмосферному повітрі населених місць та забруднення шкіри рук працюючих».

68.Від 08.02.99 № 22 “Про порядок розгляду та затвердження штатних розписів закладів та установ, що підпорядковані МОЗ”.

69.Від 11.02.99 № 30 «Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров»я у сільській місцевості».

70.Від 28.02.99 № 33 «Про заходи щодо зміцнення у 1999-2000 роках матеріально-технічної бази лікувальних закладів, будинків-інтернатів, центрів соціально-медичної реабілітації та інших закладів, що обслуговують інвалідів».
71.Від 22.02.99 № 40 «Про створення Науково-дослідного центру з проблем гігієни харчування».

72.Від 02.03.99 № 47 «Про затвердження Положення про державний реєстр засобів дезінфікуючих в Україні та Положення про порядок реєстрації (перереєстрації) засобів дезінфікуючих в Україні».
73.Від 11.03.99 № 57 «Про реалізацію Цільової комплексної програми генетичного моніторингу».
74.Від 17.03.99 № 64 «Про впровадження менеджмент-інформаційної системи «Репродуктивне здоров'я».
75.Від 24.03.99 № 68 «Про затвердження програми підготовки медичних кадрів для сільської місцевості».
76.Від 30.03.99 № 74 «Про затвердження плану заходів щодо забезпечення виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні».
77.Від 13.04.99 № 83 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо профілактики СНІДу та наркоманії на 1999-2000 роки».
78.Від 21.04.99 № 91 «Про атестацію санітарних лабораторій підприємств і організацій з метою надання їм права проведення санітарно-гігієнічних досліджень факторів виробничого середовища і трудового процесу для атестації робочих місць за умовами праці».
79.Від 24.04.99 № 97 «Про затвердження Положення про порядок спеціалізованої оцінки (експертизи) та обліку дезінфекційних засобів в Україні та Положення про обліковий перелік дезінфекційних засобів в Україні».
80.Від 03.05.99 № 105 «Про затвердження Статуту Центру тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація».
81.Від 11.05.99 № 118 «Про затвердження Інструкції та умов і правил проведення підприємницької діяльності (ліцензійні умови) з переробки і збереження донорської крові та її компонентів, реалізації їх і виготовлених з них препаратів та контроль за їх дотриманням (повний №44/118)».
82.Від 07.06.99 № 139 «Про внесення змін і доповнень до Положення про порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій».
83.Від 21.06.99 № 155 «Щодо розробки і затвердження регіональних заходів по практичному виконанню Комплексної програми «Цукровий діабет».
84.Від 02.07.99 № 162 «Про проведення з'їзду молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів України».

85.Від 05.07.99 № 164 «Про затвердження інструкцій, регламентуючих діяльність закладів служби крові України».

86.Від 22.07.99 № 175 «Про порядок ввезення на територію України лікарських засобів, що надходять у вигляді гуманітарної допомоги».

87.Від 22.07.99 № 177 «Про стан та невідкладні заходи з питань охорони праці, медико-санітарного та медико-соціального експертного обслуговування шахтарів на підприємствах вугільної промисловості».

88.Від 23.07.99 № 181 «Про затвердження тимчасового набору продуктів харчування для непрацездатного населення України».

89.Від 30.07.99 № 190 «Про внесення змін та доповнень до додатків, затверджених наказами МРЗ України від 19.06.96 № 175 «Про заходи щодо удосконалення швидкої медичної допомоги» та від 04.06.97 № 171 «Про утворення Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф».

90.Від 05.08.99 № 199 «Про створення Державного реєстру харчових продуктів, продовольчої сировини, супутніх матеріалів та Реєстру висновків державної санітарно-гігієнічної експертизи».

91.Від 19.08.99 № 211 «Про створення Центру екогігієни і токсикології діоксинів та інших стійких органічних забруднюючих речовин».

92.Від 19.08.99 № 212 «Про створення Українського науково-методичного центру первинної профілактики стоматологічних захворювань у дітей».
93.Від 19.08.99 № 213 «Про утворення Українського науково-дослідного інституту медичної генетики».
94.Від 25.08.99 № 214 «Про заходи щодо поліпшення стану ендокринологічної допомоги населенню України».
95.Від 06.09.99 № 221 «Про затвердження норм фізіологічних потреб населення України в

основних харчових речовинах та енергії».
96. Від 10.09.99 № 223 «Про затвердження Переліку першочергових нормативно-правових документів у сфері поводження з радіоактивними відходами».
97. Від 13.09.99 № 225 «Про утворення Колегії державної санітарно-епідеміологічної служби, затвердження Положення та її складу».
98. Від 27.09.99 № 235 «Про додаткові заходи щодо подальшого поліпшення наркологічної допомоги населенню України».
99. Від 27.09.99 № 361 «Про внесення доповнень до Переліку вітчизняних та імпортних лікарських засобів і виробів медичного призначення, ціни на які підлягають державному регулюванню, і затвердженого наказом МОЗ і Мінекономіки від 01.08.97 № 265/101».
100. Від 01.10.99 № 240 «Про заходи щодо попередження захворюваності населення України на гепатит».
101. Від 29.10.99 № 261 «Про поліпшення проведення диспансерних оглядів та оздоровлення сільського населення».
102. Від 12.11.99 № 268 «Про забезпечення заходів на виконання Національної програми патріотичного виховання населення, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства».
103. Від 25.11.99 № 277 «Про удосконалення надання медичної допомоги жителям Донецької області».
104. Від 08.12.99 № 289 «Про невідкладні протиепідемічні заходи, натравлені на зниження розповсюдження гепатитів В і С та ВІЛ-інфекції».
105. Від 15.12.99 № 292 «Про затвердження нормативних актів, хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС».
106. Від 24.12.99 № 299 «Про затвердження Переліку захворювань та вад, при яких особа не може бути допущена до керування транспортом».
107. Від 27.12.69 № 300 «Про вдосконалення діяльності держсанепідслужби України з питань здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду за безпекою продукції, що надходить по імпорту, у т.ч. на пунктах пропуску через Державний кордон України».
108. Від 27.12.99 № 303 «Про затвердження складу та Положення про Комісію зі змісту і стандартизації оцінки якості підготовки спеціалістів-медиків та фармацевтів МОЗ України".
109. Від 23.02.2000 № 30 «Про затвердження списків і введення в дію гігієнічних регламентів шкідливих речовин у повітрі робочої зони і атмосферному повітрі населених місць».
110. Від 23.02.2000 № 31 «Про затвердження положень про спеціальні санітарно-карантинні підрозділи».
111. Від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
112. Від 24.02.2000 № 35 «Про затвердження Положення про особливості, ступеневої освіти медичного та фармацевтичного спрямування».
113. Від 103.02.2000 № 42 «Про посилення контролю та усунення порушень у сфері медикаментозного забезпечення населення і лікувально-профілактичних закладів».
114. Від 29.02.2000 № 43 «Про внесення змін до Порядку застосування фінансових санкцій та порушення санітарного законодавства, затвердженого наказом МОЗ України від 20.07.95 № 135».
115. Від 03.03.2000 № 45 «Про забезпечення планомірного функціонування Державного реєстру осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи».
116. Від 09.03.2000 № 46 «Про затвердження Тимчасової Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності нового зразка».
117. Від 09.03.2000 № 50 «Про впровадження програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2000-2005 роки».
118. Від 17.03.2000 № 155 «Про затвердження цін та тарифів спеціалізованої оцінки та експертизи матеріалів щодо державної реєстрації (перереєстрації) лікарських засобів у Державному науково-експертному центрі лікарських засобів МОЗ України».
119. Від 17.03.2000 № 58 «Про виконання Указу Президента України від 23.02.2000 № 276 «Про першочергові заходи щодо реалізації Послання Президента України до Верховної Ради України: поступ в XXI сторіччя. Стратегія економічного та соціального розвитку на 2000-2004 роки».
120. Від 30.03.2000 №61 «Про затвердження персонального складу Міжвідомчої координаційної ради з питань міжгалузевої взаємодії закладів оборони здоров'я».
121. Від 18.04.2000 № 78 «Про затвердження Положення про державну санітарно-

епідеміологічну службу Міністерства охорони здоров'я України».
122. Від 19.04.2000 № 79 «Про затвердження складу бюро, голів комісій Комітету з питань гігієнічного регламентування МОЗ України та Типового положення про комісію Комітету з питань гігієнічного регламентування МОЗ України».
123. Від 20.04.2000 № 83 «Про оптимізацію та уніфікацію проведення протитуберкульозних заходів в умовах недостатнього їх фінансування».
124. Від 26.04.2000 № 87 «Про організацію виконання протокольного рішення спільного засідання національних координаційних рад боротьби з наркоманією та з питань запобігання захворювання на СНІД при Кабінеті Міністрів України».
125. Від 28.04.2000 № 93 «Про затвердження заходів МОЗ України щодо удосконалення організації контролю за виконанням актів та доручень Президента України».
126. Від 10.05.2000 № 101 «Про врегулювання окремих питань, пов'язаних з введенням посади сімейного лікаря в закладах охорони здоров'я».
127. Від 11.05.2000 № 103 «Про впровадження рейтингової оцінки діяльності закладів охорони здоров'я МОЗ АР Крим, областей, міст Києва та Севастополя».
128. Від 12.05.2000 № 107 "Про державну реєстрацію лікарських засобів".
129. Від 12.05.2000 № 108 "Питання Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів МОЗ України".
130. Від 12.05.2000 № 109 "Про поліпшення взаємодії МОЗ України з Верховною Радою України".
131. Від 25.05.2000 № 119 "Про створення і склад робочої групи для підготовки пропозицій щодо внесення змін та доповнень до Порядку державної реєстрації лікарських засобів".
132. Від 25.05.2000 № 120 "Про удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД".
133. Від 26.05.2000 № 121 "Про підготовку проекту Державного бюджету України на 20001 рік по Міністерству охорони здоров'я".
134. Від 26.05.2000 № 122 "Про ліквідацію Донецького науково-практичного центру транспортної медицини".
135. Від 06.06.2000 № 125 "Про виділення коштів на проведення протиепідемічних заходів".