

7. Pavlova YU, Vynohrads'kyy B. Vidnovlennya u sporti. Monohrafiya. Lviv: LDUFK; 2011; 204 s. [in Ukrainian]
8. Shapoval YeYu, Shostak OV. Vidnovlennya pratsezdatsnosti v mini-futboli. Poltava: PR Shevchenko R. V. 2014; 113 s. [in Ukrainian]
9. Shapoval YeYu. Formuvannya rukhovnykh navychok divchat 11-14 rokiv zasobamy mini-futbolu u dytyacho-yunatskykh sportyvnykh shkolakh [dysertatsiya]. Kharkiv: Kharkivskyy nats. un-t im. V. N. Karazina. 2015; 266 s. [in Ukrainian]
10. Shakhlina L.G. Mediko-biologicheskiye osnovy sportivnoy trenirovki zhenshchin. Kiiv: Olimpiyskaya literature. 2000; 560 s. [in Russian]
11. Zhurid SN, Nasonkina YeYu. Sravnitel'nyy analiz sorevnovatel'noy deyatel'nosti kvalifitsirovannykh igrokov razlichnogo amplya v zhenskom i muzhskom futbole. Fizicheskoye vospitaniye studentov. 2010; № 2: 81-84. [in Russian]
12. Shapoval EY. Didactic essence of the differential approach to the formation of motor skills in women's mini-football. Nauka i Studia. Pedagogicne nauki. Psychologia i sociologia. 2013; 39 (107) : 88-93.

Реферати

ИЗУЧЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА В ПРОЦЕССЕ ЗАНЯТИЙ МИНИ- ФУТБОЛОМ.

Шаповал Є.Ю., Момот О.О., Свіртнієв О.А.,
Хоменко П.В.

Автором рассмотрены подходы к дифференциации физических нагрузок и направленности учебно-тренировочного процесса футболисток, которые учитывают особенности деятельности женского организма в каждой фазе ОМЦ. Одной особенностью современного спорта есть широкое привлечение женщин к участию в подавляющем большинстве его видов. В то же время, при подготовке женщин-спортсменок их гендерные отличия достаточно часто игнорируются и тренировка женщин осуществляется за методиками, разработанными для мужчин в аналогичных видах спорта. Особенно это касается тех видов спорта, которые традиционно считались «мужскими», а в настоящее время переживают период бурного развития в качестве «женских». Вопрос подходов к тренировкам женщин в таких видах спорта, как мини-футбол, нуждается в разностороннем детальном исследовании и научном обосновании.

Ключевые слова: мини-футбол, тренировочный процесс, физиологические особенности, женский организм, объем нагрузок, дифференциация.

Стаття надійшла 4.01.18р.

THE STUDY OF PHYSIOLOGICAL PECULIARITIES OF FUNCTIONAL ACTIVITY OF FEMALE PLAYER'S BODY WHILE PLAYING MINI-FOOTBALL.

Shapoval Ye.Yu., Momot O.O., Sviertniev O.A.,
Khomenko P.V.

The author considers the approaches to the differentiation of physical loads and the orientation of the training process of football players, which take into account the peculiarities of the activity of the female organism in each phase of the CMC. One feature of modern sports is the widespread involvement of women in the vast majority of its species. At the same time, when training female athletes, their gender differences are often ignored and training of women is carried out using techniques developed for men in similar sports. This is especially true for those sports that were traditionally considered "male", and are currently experiencing a period of rapid development as "women's". The issue of approaches to training women in such sports as mini-football, needs a comprehensive detailed study and scientific justification.

Key words: mini-football, training process, physiological characteristics, female organism, volume of loads, differentiation.

Рецензент Шепітько В.І.

DOI 10.26724 / 2079-8334-2018-2-64-103-109
УДК 614.2

В.В. Шафранський

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ

СТАН ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

E-mail: shafrav@gmail.com

З використанням методу соціологічного дослідження було вивчено ставлення медичних працівників дев'яти областей України до профілактичної роботи серед населення, її ролі та місця в діяльності лікаря, можливості проведення, якості та наслідків цієї роботи на протязі останніх років. Встановлено, що сучасна система охорони здоров'я країни не сприяє профілактиці хвороб серед населення. Значна частина медичних працівників позбавлена можливості проводити профілактичну роботу серед населення. За останні три роки погіршилися стан здоров'я, спосіб життя та відношення населення до особистого здоров'я. Переважна більшість громадян не має пріоритету особистого здоров'я, а від цього не сприяє його покращенню.

Ключові слова: громадське здоров'я, стратегія просування здоров'я, медичні працівники, профілактична робота, профілактика хвороб.

Робота є фрагментом НДР «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні», № державної реєстрації 0115U2852.

Наприкінці минулого століття у світі розпочала активно впроваджуватися стратегія просування здоров'я, так звана «health promotion». Появу цієї концепції зумовили зміни в соціально-економічному житті суспільства, а також певні тенденції в розвитку системи охорони здоров'я. На перший план вийшли хронічні захворювання, виникнення і лікування яких багато в чому пов'язане з умовами життя людини та її поведінки. Розвиток медичних технологій і розробка

нових ліків, призвели швидше до зростання попиту на медичні послуги, ніж до поліпшення стану здоров'я населення. Тому зв'язок між соціально-економічним середовищем існування, способом життя, з одного боку, і станом здоров'я – з іншого, став усвідомлюватися не лише фахівцями-медиками, але й політиками, суспільством [6, 5]. Основною ідеєю стратегії «health promotion» є адвокація здоров'я, мотивування окремих особистостей і спільнот на досягнення здоров'я. Такий підхід дозволяє через освіту, економічні та політичні дії допомогти індивідуумам і суспільним групам досягати найкращого контролю і поліпшення свого здоров'я. Конкретні дії спрямовані на побудову політики громадського здоров'я, створення сприятливого навколишнього середовища, посилення потенціалу спільнот, розвиток навичок, переорієнтацію послуг з охорони здоров'я тощо [7, 9]. Зміцнення здоров'я не є єдиним науковим підходом до аналізу впливу на здоров'я індивіда і суспільства, проте він має ряд очевидних переваг. Це, передусім, холістичний підхід до здоров'я, що має на увазі включення усього населення в контексті повсякденного життя; участь в процесі розробки і реалізації політики, спрямованої на поліпшення здоров'я населення, не лише державних структур, але і самої людини, а також інститутів громадянського суспільства; акцент на необхідності зміни чинників, що впливають на здоров'я, тобто соціальних, поведінкових, економічних і екологічних умов, які є головними причинами здоров'я або хвороби; виявлення і використання можливостей і ресурсів поліпшення здоров'я усього населення, а не тільки осіб, що відносяться до груп ризику; використання різноманітних, але комплементарних стратегій на усіх рівнях суспільства і відносно усіх груп населення [10, 11].

«Health promotion» здійснюється, як правило, шляхом первинної, вторинної і третинної профілактики. Первинна профілактика захворювання передбачає заходи для уникнення захворювання шляхом визначення груп підвищеного ризику та надання їм певних послуг (консультування, інформування, вакцинація, регулярні медичні огляди). Вторинна профілактика захворювання спрямована на зміну певних видів поведінки з метою зменшення випадків виникнення захворювання або уповільнення його прогресування (освіта щодо прийому медикаментів; поради щодо здорового харчування для діабетиків; методи релаксації для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями тощо). Третинна профілактика захворювання сприяє зменшенню наслідків захворювання, які впливають на якість життя (інвалідність, ускладнення) і включає реабілітацію, навчання навичкам життя в нових умовах (часто у поєднанні з наданням медичної допомоги) тощо [12, 3, 2].

Європейський план дій щодо зміцнення потенціалу та послуг охорони громадського здоров'я визначає десять основних оперативних функцій громадського здоров'я, однією з них є профілактика хвороб, яка включає раннє виявлення порушень у здоров'ї [1].

Метою роботи було вивчити стан профілактичної роботи серед населення, її ролі та місця в діяльності лікаря; можливості проведення; ставлення медичних працівників до профілактичної роботи; якості та наслідків цієї роботи серед населення на протязі останніх років.

Матеріал та методи дослідження. Групу учасників соціологічного дослідження склали 340 організаторів охорони здоров'я, 356 лікарів загальної практики - сімейної медицини та 201 лікар, що надають допомогу на вторинному і третинному рівнях медичної допомоги. Загалом у дослідженні взяло участь 897 респондентів з дев'яти областей нашої країни. Для проведення соціологічного дослідження серед медичних працівників було розроблено спеціальну анкету, яку респонденти заповнювали в онлайн-режимі або на паперових носіях. Отримані під час соціологічного дослідження дані оброблялися статистично. При проведенні порівняння використано критерій χ^2 -квадрат із поправкою Йейтса. Загальна характеристика респондентів – організаторів охорони здоров'я, які взяли участь у дослідженні, була наступною. Відповідно до опрацьованих даних, 28,2 % респондентів працює в сільській місцевості та 60,9% - в містах, 10,9% респондентів на дане питання не відповіли. Чоловіки-респонденти склали 37,3%, а жінки - 55,9%. Найбільшу групу респондентів склали ті, що мають стаж роботи з організації охорони здоров'я до 5 років (24,7%), стаж роботи 5-9 років - 21,5% респондентів та більше 21 року - 20,9%.

На рисунку 1 представлено розподіл респондентів - організаторів охорони здоров'я за стажем роботи: $M_e = 10$ років ($QI = 4$ роки; $QIII = 18,75$ року). Загальна характеристика респондентів - лікарів загальної практики – сімейної медицини, які взяли участь у дослідженні, була наступною. Відповідно до опрацьованих даних, 46,6% респондентів працює в сільській місцевості та 45,8% працює в містах. Чоловіки серед респондентів склали 24,4%, а жінки - 71,1%. Виявилося, що 29,5% від загальної кількості опитаних, пройшли підготовку із загальної практики-сімейної медицини в інтернатурі, а 70,5% навчалися на курсах спеціалізації.

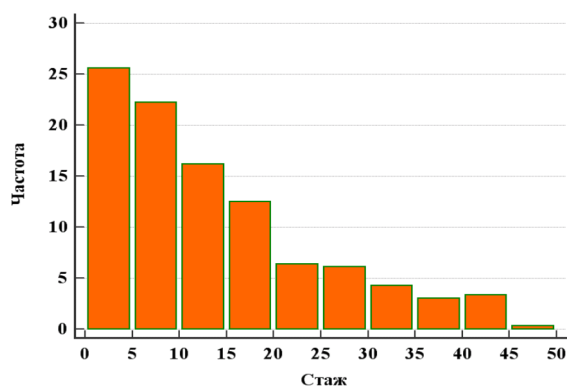


Рис. 1. Характеристика респондентів - організаторів охорони здоров'я за стажом роботи, роки, %.

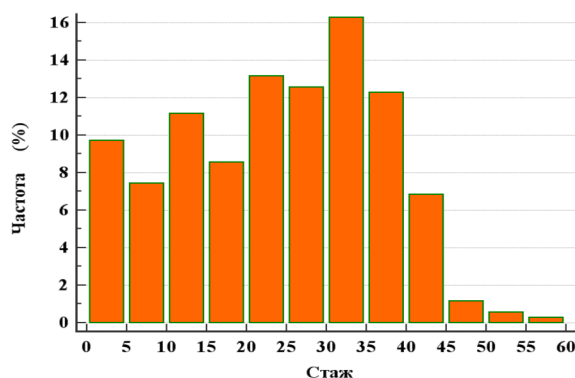


Рис.2. Розподіл лікарів загальної практики-сімейної медицини за стажом роботи, роки, %.

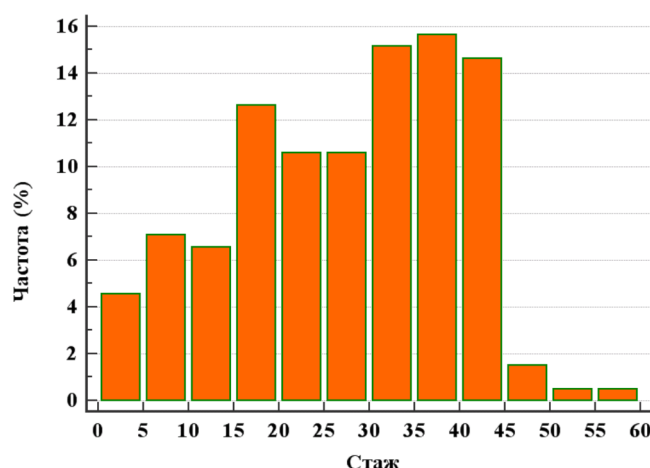


Рис.3. Розподіл респондентів - лікарів, які надають медичну допомогу на вторинному та третинному рівнях, за стажом роботи, роки, %.

На рисунку 2 представлено дані щодо стажу роботи респондентів – лікарів загальної практики – сімейної медицини: $Me = 24,5$ року ($Q_I = 13$ років; $Q_{III} = 33$ роки). Загальна характеристика респондентів - лікарів, які надають медичну допомогу на вторинному та третинному рівнях, та які взяли участь у дослідженні, була наступною. Аналіз опрацьованих даних вказує на те, що серед респондентів - лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу, в сільській місцевості працює 24,9% та в містах 64,7%. Чоловіки в даній групі склали 37,3%, а жінки - 56,7%. На рисунку 3 представлено розподіл респондентів - лікарів, які надають медичну допомогу на вторинному та третинному рівнях, за стажом роботи: $Me = 28$ років ($Q_I = 17$ років; $Q_{III} = 37$ років).

Результати дослідження та їх обговорення. Першим кроком дослідження стало вивчення результатів оцінки респондентами можливості проводити профілактичну роботу серед населення. Результати статистичної обробки даних соціологічного дослідження наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Оцінка респондентами умов праці

Показник	Організатори ОЗ		Лікарі ЗП-СМ		Лікарі, що надають допомогу на вторинному та третинному рівнях		Рівень значущості відмінності, р
	абс	%	абс	%	абс	%	
Задоволеність умовами праці							
Задоволені	199	59,6	174	50,0	87	44,4	<0,001*
Не задоволені	108	32,3	139	39,9	69	35,2	
Не визначився	27	8,1	35	10,1	40	20,4	
Можливість надання пацієнтам медичної допомоги у відповідності до галузевих стандартів							
Можливо	187	58,3	167	48,1	123	62,8	0,006*
Не можливо	97	30,2	135	38,9	49	25,0	
Не визначився	37	11,5	45	13,0	24	12,2	
Умови праці дають можливість проводити профілактичну роботу серед населення							
Так	232	70,9	239	69,7	132	66,3	0,82
Ні	50	15,3	57	16,6	38	19,1	
Не визначився	45	13,8	47	13,7	29	14,6	
Умови праці сприяють проведенню профілактичної роботи серед пацієнтів							
Сприяють	245	76,3	250	72,5	142	72,1	0,68
Не сприяють	39	12,1	53	15,4	32	16,2	
Не визначився	37	11,5	42	12,2	23	11,7	
Забезпеченість засобами комунікацій з населенням для проведення профілактичної роботи:							
Забезпечені	196	60,7	189	55,3	124	64,2	0,19
Не забезпечені	125	38,7	152	44,4	67	34,7	
Не визначився	2	0,6	1	0,3	2	1,0	

Аналіз наведених в таблиці 1 результатів соціологічного дослідження щодо вивчення оцінки умов праці та можливості проводити профілактичну роботу вказав на наступне. Виявилися незадоволеними умовами праці 32,3 % організаторів охорони здоров'я, 39,9 % лікарів загальної практики-сімейної медицини; 35,2 % лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Рівень значущості відмінності, $p < 0,001$. Вважають, що неможливо надавати медичну допомогу у відповідності до галузевих стандартів 30,2 % організаторів охорони здоров'я, 38,9 % лікарів загальної практики-сімейної медицини; 25,0 % лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Рівень значущості відмінності, $p = 0,006$. Вважають, що умови праці не дають можливості проводити профілактичну роботу серед населення 15,3 $\pm$ 2,0% організаторів охорони здоров'я, 16,6 $\pm$ 2,0 % лікарів загальної практики-сімейної медицини; 19,1 $\pm$ 2,8 % лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Рівень значущості відмінності, $p = 0,82$. Вказали, що умови праці не сприяють проведенню профілактичної роботи серед пацієнтів 12,1 $\pm$ 1,8 % організаторів охорони здоров'я, 15,4 $\pm$ 1,9 % лікарів загальної практики-сімейної медицини; 16,2 $\pm$ 2,6 % лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Рівень значущості відмінності, $p = 0,68$. Вважають, що не забезпеченні засобами комунікації з населенням для проведення профілактичної роботи 38,7 $\pm$ 2,6 % організаторів охорони здоров'я, 44,4 $\pm$ 2,6 % лікарів загальної практики-сімейної медицини; 34,7 $\pm$ 3,4 лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Рівень значущості відмінності, $p = 0,19$.

Наступним кроком дослідження було вивчення результатів оцінки респондентами стану здоров'я та способу життя і відношення до особистого здоров'я населення в цілому та пацієнтами безпосередньо. Результати статистичної обробки анкет соціологічного дослідження в цілому в залежності від посади респондентів наведено в таблиці 2. Зокрема було встановлено, що респонденти у наступний спосіб оцінили нижченаведені твердження.

- За останні три роки стало більше надходити пацієнтів із занедбаними стадіями хвороби. Підтвердило дане твердження 69,7 $\pm$ 2,5% організаторів охорони здоров'я, 59,4 $\pm$ 2,6 % лікарів загальної практики-сімейної медицини, 54,4 $\pm$ 3,5% лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Спростували дане твердження 24,2 % організаторів охорони здоров'я, 32,3 % лікарів загальної практики-сімейної медицини та 34,9% лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Рівень значущості відмінності, $p = 0,007$.

- За останні три роки населення стало частіше звертатися за медичною допомогою з профілактичною метою. Позитивно оцінило це твердження 23,5 % респондентів-організаторів охорони здоров'я, 29,3 % респондентів-лікарів загальної практики-сімейної медицини; 30,8% респондентів-лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Негативно відповіло 69,6 $\pm$ 2,5 % організаторів охорони здоров'я , 64,8 $\pm$ 2,5% лікарів загальної практики-сімейної медицини; 62,6 $\pm$ 3,4% лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Рівень значущості відмінності, $p = 0,35$.

- За останні три роки населення стало більш відповідально ставитися до диспансеризації та оздоровлення. Позитивно таке твердження оцінило 19,9 % організаторів охорони здоров'я, 22,5% лікарів загальної практики-сімейної медицини; 25,5 % лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Негативно - 72,4 $\pm$ 2,4 % організаторів охорони здоров'я, 67,1 $\pm$ 2,5 % лікарів загальної практики-сімейної медицини; 68,4 $\pm$ 3,3% лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Рівень значущості відмінності, $p = 0,40$;

- За останні три роки населення стало більш відповідально ставитися до особистого здоров'я. Позитивну оцінку даному твердженню дало 19,9% організаторів охорони здоров'я, 24,9 % лікарів загальної практики-сімейної медицини; 20,1% лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Негативно оцінили це твердження 71,4 $\pm$ 2,5 % організаторів охорони здоров'я, 62,0 $\pm$ 2,6 % лікарів загальної практики-сімейної медицини; 68,6 $\pm$ 3,3% лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Рівень значущості відмінності, $p = 0,11$;

- Для більшості населення особисте здоров'я є найбільшим пріоритетом. Позитивно дане твердження оцінило 24,9 % організаторів охорони здоров'я, 36,1 % лікарів загальної практики-сімейної медицини, 39,6 % лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Негативно - 52,3 $\pm$ 2,7% організаторів охорони здоров'я, 48,8 $\pm$ 2,6 % лікарів загальної практики-сімейної медицини, 45,3 $\pm$ 3,5% лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Рівень значущості відмінності, $p < 0,001$;

- Більшість населення веде здоровий спосіб життя. Позитивну оцінку даному твердженню дали 12,7 % організаторів охорони здоров'я, 17,0 % лікарів загальної практики-сімейної медицини; 29,1% лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Негативно таке

припущення оцінили 75,3±2,3 % організаторів охорони здоров'я, 71,2±2,4 % лікарів загальної практики-сімейної медицини; 60,2±3,5 % лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Рівень значущості відмінності, $p < 0,001$;

Таблиця 2

**Результати оцінки респондентами стану здоров'я пацієнтів та населення в цілому
в залежності від посади респондентів**

Показник	Організатори ОЗ		Лікарі ЗП-СМ		Лікарі, що надають допомогу на вторинному та третинному рівнях		Рівень значущості відмінності, Р
	абс	%	абс	%	абс	%	
За останні три роки стало більше надходити пацієнтів із занедбаними стадіями хвороби							
Так	228	69,7	206	59,4	103	54,5	0,007*
Ні	79	24,2	112	32,3	66	34,9	
Не визначився	20	6,1	29	8,4	20	10,6	
За останні три роки населення стало частіше звертатися за медичною допомогою з профілактичною метою							
Так	78	23,5	103	29,3	61	30,8	0,35
Ні	231	69,6	228	64,8	124	62,6	
Не визначився	23	6,9	21	6,0	13	6,6	
За останні три роки населення стало більш відповідально ставитися до диспансеризації та оздоровлення							
Так	65	19,7	78	22,5	48	24,5	0,40
Ні	239	72,4	233	67,1	134	68,4	
Не визначився	26	7,9	36	10,4	14	7,1	
За останні три роки населення стало більш відповідально ставитися до особистого здоров'я							
Так	66	19,9	86	24,9	39	20,1	0,11
Ні	237	71,4	214	62,0	133	68,6	
Не визначився	29	8,7	45	13,0	22	11,3	
Для більшості населення особисте здоров'я є найбільшим пріоритетом							
Так	82	24,9	125	36,1	74	39,6	0,001*
Ні	172	52,3	169	48,8	85	45,5	
Не визначився	75	22,8	52	15,0	28	15,0	
Більшість населення веде здоровий спосіб життя							
Так	42	12,7	59	17,0	57	29,1	<0,001*
Ні	250	75,3	247	71,2	118	60,2	
Не визначився	40	12,0	41	11,8	21	10,7	
Більшість населення має можливість вести здоровий спосіб життя							
Так	140	42,0	161	46,5	69	35,6	0,18
Ні	146	43,8	142	41,0	97	50,0	
Не визначився	47	14,1	43	12,4	28	14,4	
Більшість населення поінформоване про засоби профілактики інфекційних хвороб							
Так	205	64,7	248	73,4	107	56,9	0,004*
Ні	75	23,7	63	18,6	54	28,7	
Не визначився	37	11,7	27	8,0	27	14,4	
Більшість населення поінформоване про засоби профілактики хронічних не інфекційних хвороб							
Так	192	60,4	230	68,0	112	59,9	0,17
Ні	88	27,7	76	22,5	48	25,7	
Не визначився	38	11,9	32	9,5	27	14,4	

- Більшість населення має можливість вести здоровий спосіб життя. Позитивно оцінили таке твердження 42,0% організаторів охорони здоров'я, 46,5 % лікарів загальної практики-сімейної медицини; 35,6 % лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Негативно - 43,5 % організаторів охорони здоров'я, 41,0 % лікарів загальної практики-сімейної медицини; 50,0% лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Рівень значущості відмінності, $p = 0,18$;

- Більшість населення поінформоване про засоби профілактики інфекційних хвороб. Позитивно оцінили таке твердження 64,7% організаторів охорони здоров'я, 68,0 % лікарів загальної практики-сімейної медицини; 56,9% лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Негативно - 23,7% організаторів охорони здоров'я, 18,6 % лікарів загальної практики-сімейної медицини; 28,7% лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Рівень значущості відмінності, $p = 0,004$;

- Більшість населення поінформоване про засоби профілактики хронічних не інфекційних хвороб. Позитивно оцінило дане твердження 64,4±2,6% організаторів охорони здоров'я, 68,0±2,5 % лікарів загальної практики-сімейної медицини, 59,9±3,5% лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Негативно оцінили 27,7% організаторів охорони здоров'я, 22,5 % лікарів загальної

практики-сімейної медицини та 25,7% лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу. Рівень значущості відмінності, $p = 0,17$.

Висновок

Встановлено, що сучасна система охорони здоров'я країни не сприяє профілактиці хвороб серед населення. Значна частина медичних працівників позбавлена можливості проводити профілактичну роботу серед населення. За останні три роки погіршилися стан здоров'я, спосіб життя та відношення населення до особистого здоров'я. Переважна більшість громадян не має пріоритету особистого здоров'я, а від цього не сприяє його покращенню. В той же час, протягом останніх десятиліть у високорозвинених країнах світу завдяки державній політиці, спрямованій на створення необхідних умов для широкого впровадження у повсякденне життя різних форм рухової активності в органічному їх поєднанні з раціональним харчуванням, боротьбою проти шкідливих звичок та поліпшенням екології навколишнього середовища, смертність людей молодого та середнього віку скоротилася у кілька разів, середня тривалість життя збільшилася на 10-20 років, різко підвищилася життєздатність населення, що, безумовно, забезпечило суттєве економічне зростання країн. У наукових дослідженнях переконливо показано, що стосовно запобігання хронічних неінфекційних захворювань всі можливості лікувальної медицини у 5-6 разів поступаються за ефективністю факторам здорового способу життя [11, 12, 13]. Таким чином, розбудова в нашій країні сучасної системи громадського здоров'я, що базується на стратегії «health promotion» та кращому світовому досвіді впровадження десяти основних оперативних функцій громадського здоров'я, дозволить покращити стан здоров'я населення, підвищити якість та продовжити тривалість життя громадян нашої держави.

Список літератури

1. Yevropeyskyi plan diy shchodo zmitsnennya potentsialu ta posluh okhorony hromadskoho zdorovya – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2012 (dokument EUR/RC62/12): 52 s. [in Ukrainian]
2. Moskalenko VF. Kontseptualnyye podkhody k formirovaniyu sovremennoy profilakticheskoy strategii v zdavookhraneni: ot profilaktiki meditsinskoj k profilaktike sotsialnoj. – M. Geotar-media. 2011; 238 s. [in Russian]
3. Uvarenko AR. Prevnytna medytyna. Zhytomyr. Polissya. 2014; 85 s. [in Ukrainian]
4. Baton Rouge Healthy Eating and Lifestyle Program (BR-HELP): A Pilot Health Promotion Program. Kenned BM, Ryan DH, Johnson WD. J Prev Interv Community. 2015; 43 (2): 95–108.
5. Gelius P, Rütten A. Conceptualizing structural change in health promotion: why we still need to know more about theory. Health Promot Int. 2017, Feb. 28.
6. Gracia M. Health promotion for patients and their families. Br J Nurs. 2017, Mar. 23; 26 (6): 367.
7. Grossmeier J. The art of health promotion. Am J Health Promot. – 2017, May. 31 (3): 251–261.
8. Hetherington SA, Borodzicz JA, Shing CM. Assessing the real world effectiveness of the Healthy Eating Activity and Lifestyle (HEAL) program. Health Promot J Austr. 2015, Aug. 26 (2): 93–8.
9. Johnson SS. The art of health promotion ideas for improving health outcomes. Am J Health Promot. 2017, Mar. 31 (2): 163–164.
10. Jones CM, Clavier C, Potvin L. Adapting public policy theory for public health research: A framework to understand the development of national policies on global health. Soc Sci Med. 2017, Mar. 177: 69–77.
11. Latham SR. Political Theory, Values and Public Health. Public Health Ethics. 2016, Jul. 9 (2): 139–149.
12. Miettinen OS. Reflections on preventive medicine. Prev Med. 2014, Oct. 67: 313–5.
13. The impact and process of a community-led intervention on reducing environmental inequalities related to physical activity and healthy eating - a pilot study. Davey RC, Hurs GL, Smith GR. BMC Public Health. 2011, Sep. 12(11): 697.

Реферат

СОСТОЯНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Шафранский В.В.

С использованием метода социологического исследования было изучено отношение медицинских работников девяти областей Украины к профилактической работе среди населения, ее роли и места в деятельности врача, возможности проведения, качества и последствий этой работы в течение последних лет. Установлено, что современная система здравоохранения страны не способствует профилактике болезней среди населения. Значительная часть медицинских работников лишена возможности проводить профилактическую работу среди населения. За последние три года ухудшились состояние здоровья, образ жизни и отношение населения к личному здоровью. Подавляющее большинство граждан не имеет приоритета личного здоровья, а из-за этого не способствуют его улучшению.

STATE OF PREVENTIVE WORK AMONG THE POPULATION THROUGH THE PRISM OF A SOCIOLOGICAL SURVEY OF MEDICAL WORKERS

Shafranskyi V.V.

Using the method of sociological research, the attitude of medical workers in nine regions of Ukraine to preventive work among the population, its role and place in the activity of the doctor, the possibility of carrying out, the quality and consequences of this work during the last years has been studied. It is established that the modern health care system of the country does not contribute to disease prevention among the population. A significant part of medical workers is deprived of the opportunity to conduct preventive work among the population. Over the past three years, the state of health, lifestyle and attitude of the population to personal health have worsened. The vast majority of citizens do not have the priority of personal health, and because of this does not contribute to its improvement.

Ключевые слова: общественное здоровье, стратегия промоции здоровья, медицинские работники, профилактическая работа, профилактика болезней.

Key words: public health, health promotion strategy, medical workers, preventive work, disease prevention.

Стаття надійшла 11.04.18р.

Рецензент Шепітько В.І.

DOI 10.26724 / 2079-8334-2018-2-64-109-112

UDC 616-089 : 612[51+563]

D.A. Shkurupiy

HSEE of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Separate Division of the Association of Anaesthesiologists of Ukraine in the Poltava region, Poltava

CHARACTERISTIC OF INTRAOPERATIVE TEMPERATURE HOMEOSTASIS AND PREVENTION OF INADVERTENT INTRAOPERATIVE HYPOTHERMIA

E-mail: d.a.shkurupiy@gmail.com

The aim of research is to determine the characteristics of intraoperative temperature homeostasis and develop methods of prevention of inadvertent intraoperative hypothermia. The study included study of temperature homeostasis in 160 surgical patients. The patients of the test group were operated on in the conditions of correction of their temperature homeostasis was provided by local applying of polyethylene terephthalate polymer coating. The patients of the control group underwent surgeries without using any techniques aimed to correct their temperature homeostasis. Was found out a progressive decrease in temperature in all parts of the body as well as in integral indicators of temperature homeostasis in the intraoperative period. The most pronounced decrease in the temperature of the surgical patients was observed at 60th minute of the surgical procedure was observed on the skin of hips and arms. Prevention of decrease in the temperature was possible by insulating thighs and arm of the patients with shielding materials.

Key words: temperature homeostasis, inadvertent intraoperative hypothermia, prevention.

This article is a part of research work "Optimizing the quality of anaesthesia and intensive care patients based on age and gender dimorphism clinical and functional, immune and metabolic changes", state registration number 0114U006326.

Inadvertent intraoperative hypothermia (IIH) is unplanned drop of core body temperature of the patient below 36°C. Its registration in the perioperative period are from 40 to 90% [8].

There are the factors that can contribute to the patient's temperature loss in the operating room is transcutaneous losses (make up to 60% of total heat losses), breathing losses (make up to 20% of total losses), convection losses (make up to 15%), conductive loss (make up to 5%) [9].

IIH is known to increase the risk of cardiac and infectious postoperative complications. IIH can contribute to increased postoperative blood loss and as a consequence needs for transfusion. Patients who experienced IIH during the operation, wake up more slowly, and their awakening is often accompanied by muscular shivering. Perioperative hypothermia leads to prolonged terms of hospital staying and may be a cause of nosocomial mortality [2-4, 7]. Moreover, all general anesthesia medications considerably influence on the thermoregulation by changing thresholds of compensatory cardiovascular reactions, reducing heat production, perspiration and muscle thermogenesis [1].

Hence, IIH prevention must become an inseparable part of planning and performing on surgical operations in all areas of surgery.

The purpose of research is to determine the characteristics of intraoperative temperature homeostasis and develop methods of prevention of inadvertent intraoperative hypothermia.

Materials and methods. Our study, which included two phases, was carried out for the period from August, 2015, to October, 2016, in surgical in-patient departments of Poltava. Phase I included ascertaining prospective open-label study of temperature homeostasis in 100 patients operated on for surgical pathology of abdominal organs, aged from 18 to 83 years old, whom have been measured the changes in basal body and internal body temperature in standard operating conditions during the surgical operation in standard conditions of operating room (air temperature was 23°C and relative humidity of the air equaled 55% in accordance with current safety standards). Phase II represented double randomized prospective study of temperature homeostasis in 160 patients underwent elective surgical operations for pathologies of abdominal organs. The operations, open laparotomies, were performed under total intravenous anesthesia, prolonged myoplegia, artificial lung ventilation, and airway intubation. The patients similar by the age, sex, extent and type of surgery and anesthesia, were divided into 2 groups of 80 people. The patients of the test group were operated on in the correction of their temperature homeostasis was provided by local applying of polyethylene terephthalate polymer coating «Leina-Werke», Germany. The patients of the control group underwent surgeries in standard of operating room without using any techniques aimed to correct their temperature homeostasis.