

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



Петрусяк Ю. І., Чебан В. І.
ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Підлітковий вік – це особливий (перехідний) період у розвитку людини, протягом якого організм дитини внаслідок нейроендокринних перетворень досягає біологічної і соціальної зрілості. Підлітком слід вважати особу, віком від 10 до 18 років, яка знаходиться в періоді статевого дозрівання. Період статевого дозрівання (підлітковий вік) займає 2/3 шкільного віку.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я юнацтво поділяється на дві стадії: раннє юнацтво (9-14 років) і пізнє юнацтво (14-19 років). По завершенню цього періоду всі молоді люди стають біологічно і сексуально зрілими. Юнацтво – це час швидких змін організму, фізичних параметрів розвитку, відношень, цінностей та інтелекту.

На протязі всього життя не проходить така кількість змін, як проходить в юнацтві. В цьому періоді у підлітків існують наступні потреби: стати незалежним від своїх батьків; встановити нові соціальні і ділові відношення, як з ровесниками, так і з дорослими; пристосуватись до статевої зрілості та ролей, які змінюються; запланувати майбутнє; підготуватися до громадянської відповідальності; відчутти значимість своєї особистості; визначити філософію життя разом з моральними установками і стандартами в суспільстві.

Перед тим, як дитина успішно покине безпечне дитинство і залежність від інших, вона повинна мати уявлення про те хто вона, куди йде і чого вона там досягне. Перехід може бути бурхливим або спокійним. Багато залежить від підготовленості до цих змін.

По відношенню до підлітків батькам і вчителям необхідно: турботливі настанови дорослих є значимими. Такі настанови допомагають молодим людям впорядкувати своє життя під час періоду різких змін. Незалежно від того, що відчувають дорослі – неспокій, устид, боязнь по відношенню до підлітків, у них є обов'язок – забезпечити їх знаннями, захистом і підтримкою.

Допомога підліткам повинна бути тонкою і дипломатичною. Використовуйте корисну критику і направляйте її на подію; не атакуйте особистість; говоріть про свої відчуття з приводу якої-небудь ситуації. Дотримуйтеся підходу, який вирішить проблему: зважте всі “за” і “проти” проблеми/ситуації з підлітком і знайдіть оптимальне рішення (розділіть емоції і розум, зважуйте рішення).

Підлітки повинні навчитися у дорослих відрізняти між собою події, які неприємні або, які роздратовують, і ситуації, які серйозні і трагічні. Дорослим необхідно бути точними по відношенню границь свободи, яку вони хочуть дати, або обмежень, які вони бажать встановити підліткам. Обмеження ніколи не повинні бути арбітражними або капризними. Вони повинні бути пов'язані з цінностями або націлені на становлення характеру. Обмеження повинні бути обговорені з підлітком з метою досягнення консенсусу, а в протилежному випадку цього можна не добитись. Ці рішення повинні перетворитись в чіткі і точно обумовлені правила, які торкаються: обмеження часу і частоти вечірок або зустрічей з друзями; зовнішнього вигляду і одягу; кишенькових грошей і особистих розходів; роботи по дому і домашніх обов'язків; успішності.

Треба відмітити, що підлітки не можуть стати зрілими шляхом беззаперечного «послухання». Вони повинні навчитися приймати рішення, створити свою систему цінностей і жити своїм життям.

Таким чином, весь період юнацтва відрізняється підсиленою увагою до себе, до своїх змін: в силу швидких змін в собі – до виникненню нових запитань. І, якщо суспільні і соціальні аспекти розвитку підлітка якимось обговорюється з дорослими, то питання інтимного характеру обговорювати не прийнято або вони обговорюються більшістю дорослих, як вчителями, так і батьками вкрай не охоче. Від того підліток не почне менше цікавитись хвилюючими його питаннями, але в ситуації, яка складається отримує менш якісну інформацію про свої проблеми.

За даними наших досліджень, на питання про джерело інформації в сфері сексуальних відношень 46,9% молодих людей у віці 14-17 років дали відповідь – бесіди з друзями, 13,9% - вивчення спеціальних предметів в школі або інших закладах. Разом з тим, питання репродуктивного здоров'я дуже актуальне. Особливості охорони репродуктивного здоров'я підлітка пов'язані з особливостями їх фізіологічного, психологічного і соціального розвитку. Тенденція сексуальної поведінки згідно наших досліджень: ранній початок статевого життя; позитивна установка на сексуальні відношення до і поза шлюбом; небезпечна сексуальна поведінка; невідповідність між знаннями, установками і реальною поведінкою.

Таким чином, підлітки – це вікова категорія, яка потребує інформації з питань репродуктивного здоров'я, реальніше і легше всього вони можуть отримати її від дорослих, які їх оточують щоденно, тобто від батьків, педагогів і медичних працівників.

Ревенко Ж.А., Навчук І.В., Бідучак А.С.
ВИВЧЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ ЛІКАРІВ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ З ХСК

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Хвороби системи кровообігу (ХСК) є основною причиною смертності населення непрацездатного віку України. Питома вага їх становить 64% з-поміж усіх причин смерті, а в структурі смертності населення

працездатного віку ХСК посідають 2-ге місце і складають 28%. Тому медико-соціальне значення профілактики цих хвороб для українського суспільства надзвичайно велике.

Метою нашого дослідження було вивчити обізнаність лікарів про стан здоров'я своїх пацієнтів, що хворіють на ХСК.

Дослідження проводилося шляхом анкетного опитування лікарів лікувально-профілактичних закладів області.

На перше запитання «Як Ви оцінюєте стан здоров'я своїх пацієнтів?» відповіді розподілилися таким чином: відмінно – 0,5±1,1%; добре – 34,1±2,2%; задовільно – 63,5±3,3%; незадовільно – 1,9±1,6%.

Результати опитування показали, що більша частина опитаних лікарів оцінюють стан здоров'я своїх пацієнтів як задовільний, а це на нашу думку свідчить про те що серед населення області переважають хронічні хвороби.

Наступне запитання «Який з чинників ризику виникнення ХСК Ви вважаєте найбільш небезпечним?» отримали наступні відповіді: 49,5±3,4% – тютюнопаління; 62,6±2,5% – вживання спиртних напоїв; 40,4±2,4% – нерациональне харчування; 49,2±3,6% – надлишкова маса тіла; 35,4±2,5% – низька фізична активність.

Висновок очевидний, вживання спиртних напоїв та тютюнопаління, на думку медичних працівників, є основними причинами розвитку ХСК у їх пацієнтів.

Відповіді на запитання «Чи використовуєте Ви у повсякденній практиці шкалу ризику SCORE з метою оцінки ризику виникнення ХСК?» «так» відповіло 38,7±3,8% респондентів, «ні» – 61,3±4,2%. Але хочемо зазначити, що половина опитаних медичних працівників працює в стаціонарі, тому вони не достатньо займаються первинною профілактикою ХСК, а сконцентровані на їх лікуванні.

На запитання «Чи маєте Ви можливість обговорювати з пацієнтом зміни способу життя з метою профілактики виникнення хронічних неінфекційних захворювань?» «так» відповіло 36,0±2,3% медичних працівників, «ні» – 64,0±1,6%.

Отже, лікарі стаціонару обговорюють з пацієнтами наявність у них шкідливих звичок та необхідність їх усунення. Лікарі поліклінік недостатньо займаються профілактичною роботою або через відсутність достатнього рівня знань, часу чи бажання, тобто індивідуальна профілактика хромає. З іншого боку, вони погано обізнані у популяційних підходах, внаслідок чого й популяційна профілактика не розвивається. У країні немає єдиної системи стандартів навчання методам профілактики хронічних неінфекційних захворювань як на додипломному, так і на післядипломному рівнях. Таким чином, є потреба у зміцненні кадрового потенціалу служб охорони здоров'я фахівцями з профілактики. Це означає, що подальший розвиток системи підготовки кадрів має сприяти поліпшенню роботи з розповсюдження знань з профілактики хвороб серед населення.

Аналіз відповіді на запитання «Чи дотримується ваш пацієнт рекомендацій щодо зміни способу життя?» розподілилися таким чином: «так» відповіло 20,6±1,3%; «ні» – 28,6±1,2%; «частково» – 50,8±1,8%.

Отже, для організації надання ефективної допомоги пацієнтам з поведінковими чинниками ризику медичний працівник має володіти ключовими елементами консультування, що дозволить не лише сформулювати у пацієнта бажання відмовитись від шкідливих звичок, але й значно зекономить час на консультацію. чинниками ризику.

Наступним запитанням анкети було «Чи вірите Ви в успіх дотримання рекомендацій щодо здорового способу життя?» 81,0±3,1% медичних працівників відповіло «так», а 19,0±1,8% – «ні».

Для підвищення ефективності всієї профілактичної роботи медичного працівника серед пацієнтів вона має стати пріоритетом у його роботі. Медичний працівник повинен володіти основами профілактичної допомоги з припинення дії шкідливих звичок.

Зазначимо, що значно підвищує ефективність оздоровчо-профілактичного втручання використання допоміжних матеріалів у вигляді пам'яток, буклетів, відеоматеріалів, Інтернет, телефонне консультування та спеціалізована допомога. Звернення медичного працівника до пацієнта під час спілкування повинні бути чіткими, переконливими та мати партнерський підхід. При такому консультуванні пацієнт буде ставитися до медичного працівника як до людини, яка здійснює професійну дружню підтримку у правильно обраному пацієнтом кроці – профілактика, або відмова від шкідливої поведінки.

Встановлено, що лікарі обізнані про стан здоров'я своїх пацієнтів, можуть його оцінити і відповідно вжити заходів щодо корекції лікування, знають про наявні у них шкідливі звички та проводять роботу з їх профілактики.

Таралло В.Л.
СИСТЕМНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ ПО УЛУЧШЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

*Кафедра соціальної медицини та організації здравоохранения
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Буковинский государственный медицинский университет»*

Важную роль в повышении отдачи от расходов на охрану здоровья населения призвано сыграть сопоставление конечных результатов работы с затратами на их получение. Но проводить такое сопоставление при сложившемся многообразии причинно-следственных взаимосвязей можно только при наличии единой унифицированной методики измерения каждого звена, участвующего в лечебно-профилактической работе.



Целью исследования является выделение системных параметров для определения результатов реализации целевых программ по улучшению здоровья населения. Материалами исследования являлись демографические показатели численности и структуры населения, его рождаемости, смертности с последующим определением на этой основе системных параметров его выживания и здоровья.

Трудности получения интегральных системных критериев для оценки «затраты – эффект» в здравоохранении обусловлены, прежде всего, отсутствием общепризнанных специалистов методологии и информационной основы для определения таких параметров. Действительно, до открытия закона выживания популяций и закона сохранения здоровья невозможно было найти приемлемых для указанных целей критериев. Теперь они найдены и стали основой создания универсальных таблиц для оценки деятельности социоэкологических национальных и территориальных систем (служб) охраны, сохранения и развития здоровья населения (в любой из стран мира).

Этими критериями являются два системных параметра указанных законов: внутренней (α) и внешней (γ) жизнеспособности и жизнестойкости, а также болезнестойкости (соответственно (α_1 и γ_1) населения. Первое название представляет социобиологический аспект показателей, второе – медико-экологический, третье – риск заболеваний в определенное время и определенной среде, а все вместе – способность к выживанию: α – врожденную, заложенную видом *homo sapiens* и предками, γ – расходную, связанную со средой проживания, способом, образом, укладом жизни в ней, в том числе и качеством медико-профилактической помощи.

Приведенные параметры позволяют оценивать результаты любой планируемой и действующей (реализуемой) оздоровительной программы, определять ожидаемые показатели средней продолжительности жизни, её здоровую и болезненную части, качество жизни на любой территории проживания, в том числе с учетом распространенности хронических (сокращающих продолжительность жизни), заболеваний и влияющих на их увеличение (уменьшение) факторов, затрат на их устранение: как общесоциальных, так и в здравоохранении.

Чебан В.І., Петрусак Ю.І.

СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ (ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД)

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Ринок праці (робочої сили) - це система суспільних відносин, пов'язаних із купівлею і продажем товару «робоча сила». Крім цього, ринок праці є сферою працевлаштування, формування попиту й пропозиції на робочу силу. Особливість ринку праці полягає в тому, що він охоплює не тільки сферу обігу товару «робоча сила», а й сферу виробництва, де найманий працівник працює.

Ринок охоплює всіх *здатних* працювати: як зайнятих, так і незайнятих найманою працею. Це особи, що не працюють, але бажають працювати й шукають роботу (безробітні, які мають відповідний статус: особи, які мають вперше приступити до трудової діяльності; особи, які шукають заняття після перерви у роботі); особи, котрі хоча і мають роботу, проте не задоволені нею і шукають друге місце основної або додаткової роботи; 3) особи, які зайняті, проте явно ризикують утратити роботу і тому шукають друге місце роботи.

Вказані категорії людей і визначають пропозицію праці на ринку праці. Отже, *ринок праці* — це ринок найманої праці. Він охоплює відносини від моменту наймання працівників на роботу до їхнього звільнення.

Суб'єктами ринку праці є роботодавці і наймані робітники. Ринок праці являє собою взаємовідносини між роботодавцями і найманими працівниками на підставі договору або контракту щодо купівлі-продажу спеціального товару «робоча сила».

Метою дослідження є аналіз досвіду з працевлаштування на прикладі окремих європейських держав та підвищення рівня компетентності випускників навчальних закладів. Методами дослідження були бібліографічний, семантичний, використання Інтернет-ресурс.

Важливими складовими алгоритма працевлаштування є:

Резюме – це пропозиція/запит кандидата на певну посаду до роботодавця на підтримку відносин праці чи стажування; пакет документів, що подається для прийому на роботу, практику чи стажування. В одних випадках ми або значно скорочуємо обсяг резюме, або навпаки, навмисно збільшуємо кількість сторінок, в інших випадках пишемо багато, але не по суті, а адже фактично, резюме при пошуку роботи сприймається як професійна автобіографія і від його написання залежить багато чого - одержувач вашого резюме не бачить вас, не чує і орієнтується виключно на те, що ви самі про себе і написали. Інформація повинна бути вичерпною і достатньою. Його види: 1. Письмове – відправляється поштою. 2. Електронне – електронною поштою. 3. Онлайн-резюме: заповнюється особлива апликаційна форма у базі даних так званої «кар'єрної сторінки» фірм та інституцій.

Структура резюме: титульний лист, супровідний (мотиваційний) лист, автобіографія, посвідчення про роботу, відгуки про практику, диплом про освіту. Важливу роль при подачі заявки на роботу відіграє так звана «папка-резюме»; вона повинна відображати професійні якості свого власника, його організований та структурований стиль роботи з документами.

Структура резюме. Титульний лист. Основні елементи включають: назву організації і посаду, на яку претендуєте; Ваші ПІБ, адреса, телефон, ел. пошта; фото (за бажанням): краще робити професійне фото в належній якості;



Фото повинне справляти враження Вас як ділової людини = бажано бути одягнутим в стилі «бізнес-лук» (офіційний діловий костюм в чорних, сірих, синіх тонох, світла сорочка чи блузка, охайний вигляд волосся, стриманий макіяж і привітний вираз обличчя, можна з легкою посмішкою);

Якщо Ви не використовуєте титульний лист, то фото можна вставити/вклеїти на сторінку Вашої автобіографії у правому верхньому кутку, якщо Ви пересилаєте документи ел. поштою, використовуйте цифрову копію/оригінал, зроблені фотографом (*не використовуйте відскановані фото – при подальшому збереженні чи копіюванні Ваших документів якість фотографії втрачається.*

Супровідний (мотиваційний) лист є так званим персональним зверненням до роботодавця з метою переконати його – з огляду на Ваші фахові навички й досягнення - взяти саме Вас на дану посаду. Важливо: саме персоналізоване звернення до роботодавця, правильно написане ПІБ контактної особи (секретарки, ... кадрів тощо) і конкретна адреса установи. Повинен включати відповіді на так звані питання-блоки: Хто Ви? (випускник з «червоним» дипломом, фахівець сфери такої-то з досвідом роботи 5 років у престижній клініці тощо); Що Ви можете? (керувати колективом навіть у надзвичайних ситуаціях, зробити Вашу установу провідною у №1 в країні за якістю надання мед. послуг і т.д.).

Які причини/мотивація подачі Вашого резюме? Чому саме Ви можете обіймати дану посаду? Під час написання бажано максимально наблизити Ваші кваліфікації та фазові навички до вимог, які написані у вакансії.

Тому бажано подавати документи на посаду яка оптимально відповідає Вашому профілю.

При цьому потрібно звісно бути чесним у представленні Вашого фахового рівня (брехня може перевершити все)

Намагайтеся підкреслити Ваші сильні сторони і скласти про себе враження впевненої у власних силах але привітної і комунікабельної особистості.

Автобіографія або Curriculum Vitae (CV) є ключовим елементом Вашого резюме оскільки у формі блоку-схеми презентує роботодавцеві Ваш професійний шлях. Чим вона повніша і зрозуміліша, тим легше справити позитивне враження на роботодавця.

Отже, резюме – це позитивна реклама Ваших професійних та особистих здібностей і якостей; від того як Ви себе «прорекламуєте» роботодавцеві буде залежати Ваша кар'єра та успіх.

Юрнюк С.В., Сенюк Б.П.*, Борейко Л.Д.**

ЮРИДИЧНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ В МЕДИЦИНІ

*Кафедра судової медицини та медичного правознавства,
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*,
Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти**
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

З усіх багатств, якими дано володіти людині, найціннішими є життя і здоров'я. Їх охорона зведена в конституційний ранг, вони надійно захищені кримінальним законодавством. Однак, в реальному житті ці цінності часто перебувають, в буквальному сенсі слова, в руках конкретного лікаря та повністю залежать не тільки від рівня професійних знань, але й від сумлінності та правослужняності. Остання ж багато в чому визначається рівнем правової культури, внутрішньої готовності дотримуватися вимог закону при наданні медичної допомоги пацієнту, неухильним виконанням професійного обов'язку.

Метою нашого дослідження було визначення складності лікарської професії та її правової відповідальності перед суспільством.

Мистецтво лікування вимагає постійної готовності виконання лікарського обов'язку незалежно від наявності або відсутності бажання, натхнення чи втоми. А тому важливим стає створення оптимальних умов для належного надання медичної допомоги на сучасному рівні розвитку медицини. Відповідні державні органи повинні не тільки надавати можливість лікарю систематично підвищувати кваліфікацію, але й заохочувати його прагнення до підвищення рівня професійної підготовки.

Питання відповідальності медичних працівників при здійсненні ними професійної діяльності стає все більш актуальним. Зростає кількість претензій до медичних закладів і медичних працівників, збільшується кількість кримінальних справ у зв'язку з ненаданням або неналежним наданням медичної допомоги. Це пов'язано не з погіршенням якості медичної допомоги, а з низькою правовою культурою медичного співтовариства, в тому числі і керівників медичних закладів.

В юридичному відношенні медичні правопорушення являють собою порушення встановлених законом і відомчими інструкціями правил поведінки і виконання медичними працівниками своїх професійних обов'язків. В даний час відзначається зростання випадків звернення пацієнтів до судових органів і регіональні товариства захисту прав споживачів з позовами про відшкодування шкоди, заподіяної неналежним наданням медичної допомоги. Звернення в судові інстанції можуть ініціюватися і страховими медичними організаціями. При наданні медичної допомоги пацієнтам лікарі постійно приймають величезну кількість, іноді миттєвих, ситуаційних рішень (наприклад, при медичних втручаннях і операціях). Але при цьому лікарі несуть величезний тягар відповідальності – і моральну, і матеріальну, і юридичну.

Відповідальність лікарів за результати їхньої професійної діяльності в даний час в центрі уваги фахівців різних областей знань: медиків, біологів, біоетика, юристів, а також політичних і громадських діячів.