

у тому числі перебували у зоні бойових дій близько 8 міс (8,4). Більшість військовослужбовців перебували на службі за мобілізацією (20 осіб), 1 особа перебувала на строковій службі.

Для оцінки психічного стану колишніх військовослужбовців було проведено тест PHQ – 9 для діагностики рівня депресії. Середній показник даного тесту у вибраній категорії хворих складає 12,8 балів, що відповідає рівню помірної депресії. Під час діагностики рівня тривоги виявлено в середньому субклінічний рівень тривоги, середній бал у групі дослідження складав 9,9.

Без сумніву, виділена категорія осіб має соціальні ризики дезадаптації: відсутність власного житла, роботи за фахом та відсутність повноцінної сім'ї. Поряд з цим, помірний рівень де-

пресії та субклінічний рівень тривоги свідчить про високий ризик розвитку повноцінного психічного розладу (це стосується тих, у кого не діагностовано захворювання) та погіршує процес психологічної адаптації. Саме тому цілком доречною є організація медико-психологічної допомоги поряд із соціальною адаптацією.

З іншого боку, для дестигматизації надання допомоги важливо, щоб первинні консультації та психотерапевтичні сесії проводилися поза стінами лікарської установи, без необхідності перебування у чергах. Саме такий підхід втілила у життя ГО «Комплексна психологічна допомога». Адміністратор організації з'ясується з клієнтом, обговорює години прийому спеціалістів, і людина завжди може вибрати

зручний для себе час. Ще однією з переваг такого методу роботи є можливість вибору, який отримує клієнт після першої ж зустрічі з психологом: клієнт сам вирішує, чи продовжувати терапію, чи звертатися до психіатра або невропатолога, чи на якийсь час залишити все, як є. Як показує досвід, для людини (особливо учасника бойових дій) дуже важливо почувати себе вільною у виборі своїх дій. Неодноразово клієнти ділилися думками щодо певної недовіри, страхів, скепсису, які супроводжують будь-яку згадку про державні медичні установи. Отже, основним завданням організації є надання комплексної професійної медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій у комфортних для них обставинах.

Городнова Н.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

СТАН ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ ЯК ФАКТОР ДОСЯГНЕННЯ І ЗАБЕСПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ

Повноцінне визначення стану здоров'я населення України не обмежується тільки біологічною та медичною сферами, потрібно враховувати ґендерні, психологічні, екологічні, економічні та соціально-культурні чинники, менталітет населення різних регіонів, звичаї, традиції, роботу суспільних інституцій, тобто, все те, що зумовлює причини й особливості стану здоров'я особистості.

Погіршення стану здоров'я українців притаманне майже всім віковим групам чоловіків та жінок. Серед дорослого населення найбільш поширені захворювання системи кровообігу (26,2%), органів дихання (18,6%), нервової системи та органів чуття (10,6%) і органів травлення (9,6%).

За даними МОЗУ серцево-судинні захворювання у 2–3 рази вищі у жінок, ніж у чоловіків. Жінки у 3,3 рази частіше, ніж чоловіки, хворіють на хвороби крові та кровотворних органів; утричі — на хвороби сечостатевої системи; майже вдвічі частіше — на хвороби ендокринної системи та порушення обміну речовин; у 1,8 — на новоутворення.

Серед чоловіків, завдяки зловживанню алкоголю, більш поширені захворювань печінки. Вони частіше жінок травмуються; отримують поранення. Чоловіки значно рідше, ніж жінки, користуються профілактичними медичними послугами. Їхнє небажання та нехтування профілактикою створює бар'єри для ранньої діа-

гностики і лікування захворювань.

У смертності від туберкульозу питома вага чоловіків становить майже 70,0 %, випадкових отруєнь алкоголем – 82,0 %, самогубств – 90,0 %, вбивств – більше 78,0%.

Натомість порівняльний аналіз смертності у ґендерному вимірі від нещасних випадків, отруєнь і травм серед чоловіків становить – 16,2%, а серед жінок — 4,0 %; від злоякісних новоутворень серед чоловіків — 14,5% серед жінок — 10,9%; від хвороб органів дихання серед чоловіків — 7,6%, серед жінок — 3,8%.

Серед чоловіків найбільш поширені рак трахеї, бронхів, легень, шлунка, шкіри, передміхурової залози, лімфатичної та кровотворної тканини і прями-

мої кишки. Серед жінок — рак молочної залози, шкіри, шлунка, тіла матки, шийки матки. Чоловіки хворіють на рак гортані у 32 рази, трахеї, бронх та легень — у 5-6 разів, шлунка — у 1,8 разів частіше, ніж жінки.

Сьогодні в Україні активізувалися й інші так звані соціальні хвороби, зокрема, туберкульоз. Щороку реєструється 20 — 23 тис. хворих на туберкульоз, з них 600 — 700 дітей віком до 14 років.

Отже, стан здоров'я чоловіків та жінок в Україні є неоднаковим. Відрізняються й причини та складо-

ві, що формують здоровий спосіб життя обох статей. Однакові можливості у користуванні послугами охорони здоров'я, що закріплені законодавством України, на практиці чоловіками і жінками реалізуються по-різному. Відрізняються й наслідки негативного впливу навколишнього середовища на стан здоров'я жінок та чоловіків, особливо, коли йдеться про репродуктивне здоров'я.

Усуненню наявних відмінностей значною мірою сприятиме диференційований гендерний підхід до роз-

в'язання проблем охорони здоров'я на національному, регіональному і галузевому рівнях. Необхідною передумовою для досягнення оптимального стану здоров'я протягом усього життя є рівність чоловіків і жінок.

Проблему поліпшення охорони здоров'я жінок і чоловіків можна розв'язати лише системно, спираючись на концепцію «життєвого циклу». Зміст її полягає у тому, що дбати про здоров'я особистості потрібно на всіх етапах її життя — від народження, в дитинстві, юності, зрілості й до старості.

Гринзовський А.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Дема О.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Калашченко С.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

НАБУТТЯ КОМПЕТЕНЦІЙ ПРОФІЛАКТИКИ БОЙОВОГО СТРЕСУ, ЯК ЗАВДАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДОМЕДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ СУЧАСНОГО МЕДИКА

Сучасна система підготовки лікарів передбачає обов'язкове опанування навичкам надання домедичної підготовки, серед яких передбачено вивчення основ профілактика та надання домедичної допомоги в бойових (секторі укриття та евакуації) та не бойових умовах.

Розлади поведінки, що можуть виникати у людей, що проходять військову службу на території, де проводяться бойові дії, містять в собі початковий прояв розладів поведінки,

— бойовий стрес, — бойову втому та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і реактивні стани як різновид найважчих форм психіатричної патології, що виникає в бойових умовах. Враховуючи досвід та статистичні опитування, ми можемо бачити, що розлади поведінки складають від 10 до 50% всіх санітарних втрат в сучасних збройних конфліктах [2].

За даними аналізу структури санітарних втрат терапевтичного профілю серед військовослужбовців в зоні

АТО психічні та поведінкові розлади складають 4,9%. Серед цієї групи розладів 77,5% припадає на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади.

Зокрема, в перший день бойових дій відсоток психічної дезадаптації та психологічних стресових реакцій може сягати — 20%, невротичні розлади — до 4%, реактивні психози — 0,8% [1].

Бойовий стрес — це загальний термін, що охоплює реакції військо-