

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України  
Міністерство охорони здоров'я  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

## Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine

**Збірник тез доповідей**  
III Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2015

анкетування та зробити аналіз даних для досягнення поставленої мети. Матеріали та методи. Проведено анонімне анкетування 75 жителів міста, які були розділені на 3 групи за віком. Група А – віком до 30 років. Група В – віком 30-60 років. Група С – віком від 60 років. Кожен відповідав на 5 запитань, кожне із них оцінювалось в 1 бал. Результати та їх обговорення. В групі А було опитано 32(42,67% від загальної кількості), в групі В 22(29,33%), в групі С 21(28%). Група віком до 30 років розподілила бали з таким результатом – пріоритет за державними закладами 38 балів(23,75%), за приватними 122бали (76,25%). Група В державні установи - 47 балів(42,73%), приватні - 63 бали(57,27%). Група С: Державні - 61 бал (58,1%), приватні 44бали(41,9%). Всього балів набрано за державні послуги 146(38,93%). Всього балів набрано за приватні установи 229(61,07%). По кожному запитанню респонденти розділились(Д- державні заклади, П- приватні):

В якому закладі краща професійна допомога.?

Д- 27(36%) П- 48(64%).

Швидка допомога повинна бути:

Д- 31(41,33%) П- 44(58,67%).

Вибір між приватною та державною лабораторією для аналізів.

Д- 20(26,67%) П- 55(73,33%).

Довіра до дотриманням лікарської таємниці краща в державному або приватному секторі?

Д- 31(41,33%) П- 44(58,67%).

Де повинні лікуватися тяжко хворі?

Д- 37(49,33%), П- 38(50,67%).

Висновки. Таким чином сучасне суспільство віддає пріоритети приватній медицині, але стосовно лікування тяжких захворювань державні установи мають майже той самий авторитет що і приватні. Це вказує на те що державні заклади потребують реформ для покращення надання медичних послуг.

## ТЕХНОЛОГІЇ mHEALTH У АКТИВІЗАЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ

*Сміянов В.А., Тарасенко С.В., Клименко В.О.*

*Медичний інститут СумДУ*

*Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я*

Регресивний тип вікової структури населення, збільшення рівня хронічних захворювань та їх омолодження, швидкий ріст частоти виявлення хвороб цивілізації (ІХС, ЦД, АГ, ожиріння, остеохондроз і т.д.) збільшують навантаження на сімейних лікарів (терапевтів), тривалість перебування хворого у стаціонарі, рівні інвалідизації працездатного населення та смертності. Такі тенденції зумовлені, у першу чергу, ставленням населення до збереження та покращення здоров'я, адже частка впливу на здоров'я способу життя людини складає 51-52%, у той час як вплив медичних чинників – лише 8-9%.

Одним з інструментів підвищення прихильності людей до слідкування за власним здоров'ям є мобільні технології, які дозволяють пацієнту у короткий термін отримати інформацію про стан здоров'я та удосконалюють роботу лікаря.

Під мобільною медициною (m-Health) розуміють програми, послуги та сервіси в галузі медицини, при реалізації яких використовуються мобільні пристрої (телефони, смартфони, планшети та ін.) та технології інтернет зв'язку.

Сьогодні існує близько 20 тис. медичних програм та додаткових гаджетів до них, які дозволяють спостерігати за різними системами організму та управляти своїм здоров'ям. Програми для контролю ваги та ведення щоденника харчування (MyFitnessPal), вимірювання пульсу (Runtastic Heart Rate Monitor, Instant Heart Rate), календар вагітності (Pregnancy watcher widget, Period Calendar), контроль водного балансу (Water Your Body), діагностика шкірних

захворювань (Doctor Mole), контроль глюкози крові (за допомогою портативного глюкометра, який підключається до смартфона) та ін.

Технології mHealth здатні підвищити прихильність населення до здорового способу життя за рахунок:

- 1) можливості перевірки стану здоров'я у будь-який час, так як мобільний телефон знаходиться у безпосередній близькості 24 години на добу;
- 2) спілкування людини з лікарем (надання рекомендацій щодо подальшої профілактики у режимі он-лайн);
- 3) можливості постановки нагадувань або SMS-розсилки для виконання процедур, фізичного навантаження, раціону харчування та ін.;
- 4) застосування методів ігрофікації (англ. gamification - підходи, які використовують напрацювання з ігрової індустрії для неігрових процесів з метою зацікавлення користувачів) для залучення пацієнта (особливо дітей та підлітків) у процес збереження власного здоров'я.

Таким чином, завдяки доступності, необмеженим можливостям застосування і перспективам розвитку за допомогою мобільних технологій можна побудувати систему активізації населення до здорового способу життя, яка буде підпорядковуватися правилу «4P»: predictive – припущення проблем до їх появи; preventive – усунення проблем до їх появи; personalized – індивідуальна медицина; participatory – ефективна участь у процесі діагностики та лікування усіх необхідних спеціалістів.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУМАРНИХ ПОКАЗНИКІВ ВІДТВОРЕННЯ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ ЄВРОПИ

*Доц. Сміянов В.А., ас. Сміянова О.І., Богма К.В.*

*Сумський державний університет, кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я*

З 2002 р. динаміка народжуваності в Україні набула позитивного спрямування – впродовж останнього десятиріччя загальний показник народжуваності зріс майже на 31%. При цьому відзначається доволі значне його коливання: від 9,3 на 1 тис. населення у Чернігівській області до 14, 7 у Рівненській та Закарпатській областях.

Для оцінки народжуваності у світі найчастіше використовується сумарний коефіцієнт відтворення. Нашою метою було провести порівняльний аналіз цього показника в Україні та країнах Європейського регіону.

У світі налічується 65 країн, з яких 43 належать до найрозвиненіших і переважно знаходяться в Європі, де сумарний коефіцієнт народжуваності є нижче рівня простого відтворення – 2,1 дитини на жінку. До європейських країн з низьким значенням цього показника (від 1,07 до 1,3 дитини на 1 жінку) відносяться Грузія, Україна, Російська Федерація, Італія, Болгарія, Словенія, Греція. Дещо сприятливіша ситуація (1,6 – 1,8 дитини) спостерігається в Бельгії, Нідерландах, Великій Британії, Ірландії та Скандинавських країнах.

Регіони України за рівнем сумарного показника можна розподілити на три групи: східні – з найнижчими показниками (до 1,1 дитини), західні – з відносно високими показниками (1,2-1,6 дитини) і решту регіонів, що займають проміжні позиції між західними та східними регіонами (1,1-1,2 дитини).

Звертає на себе увагу постійне зростання частки дітей, народжених в незареєстрованих (консенсуальних) шлюбах. У 2013 р. в Україні їх питома вага становила 21%, що значно менше, ніж у країнах Західної Європи – 40,7%.

Слід зазначити вплив на зниження показників народжуваності погіршення соціально-економічних умов. За даними соціологічних досліджень, проведених Інститутом демографії України у 2013 р., 40 % українських жінок вказали на незадовільний матеріальний рівень як причину відсутності бажаної кількості дітей.