



Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Медичний інститут

Методичні вказівки
до проведення практичних занять з теми 25
**«Проблеми жіночого і дитячого здоров'я. Репродуктивне
здоров'я»**
з дисципліни «Пропедевтика громадського здоров'я» для
студентів спеціальності 229 «Громадське здоров'я»
денної форми навчання

Суми
Сумський державний університет
2020

Методичні вказівки до проведення практичних занять з теми «Проблеми жіночого і дитячого здоров'я. Репродуктивне здоров'я» із дисципліни «Пропедевтика громадського здоров'я» / укладач: С. М. Півень. – Суми : Сумський державний університет, 2020. – 55 с.

Кафедра громадського здоров'я

Зміст

Перелік скорочень	4
Вступ	5
1. Основні проблеми жіночого здоров'я	8
2. Стан жіночого здоров'я в Україні та світі.....	11
3. Організація медичної допомоги майбутнім матерям.....	14
4. Медичні заклади, що надають допомогу жінкам	16
5. Визначення репродуктивного здоров'я.....	19
6. Значення репродуктивного здоров'я для процесів відтворення населення.	20
7. Проблеми репродуктивного здоров'я.....	21
8. Когнітивні та психологічні установки репродуктивного здоров'я.....	24
9. Планування сім'ї.....	28
10. Вплив соціально-економічних факторів на стан репродуктивного здоров'я	31
11. Проблеми здоров'я дітей і підлітків. Стан дитячого і підліткового здоров'я в Україні.	33
12. Організація медичної допомоги дітям і підліткам	39
13. Медичні заклади, що надають допомогу дитячому населенню.....	41
14. Профілактична спрямованість роботи медичних закладів, що надають допомогу дітям	45
15. Формування поведінки, що підтримує здоров'я	47
16. Система профілактичної освіти учнів	50
Основні терміни	51
Питання до самоконтролю.....	53
Список літератури	54

Перелік скорочень

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗСЖ – здоровий спосіб життя

ІХС – ішемічна хвороба серця

ЛПЗ – лікувальн-профілактичний заклад

МЛ – міська лікарня

НІЗ – неінфекційні захворювання

ФА – фізична активність

ЦМЛ – центральна міська лікарня

ЦРЛ – центральна районна лікарня

Вступ

Репродуктивне здоров'я як категорія громадського здоров'я є одним з основних критеріїв ефективності соціально-економічної політики держави, чинником національної безпеки. Погіршення соматичного здоров'я населення і зростання патології органів репродуктивної системи у поєднанні з несприятливою демографічною ситуацією є об'єктом державної політики як на світовому рівні, так і в Україні, що спонукає до здійснення комплексу заходів, спрямованих на поліпшення репродуктивного здоров'я населення держави.

Протягом останніх років у динаміці здоров'я населення України спостерігається стійке явище депопуляції. За статистичними даними коефіцієнт народжуваності в Україні – один з найнижчих в Європі і в світі. Жінки України фактично до 33-річного віку вже припиняють дітонародження. Народжуваність зменшується через безплідність шлюбних пар, збільшення гінекологічних захворювань, кількості абортів, ранньої дитячої смертності за рахунок змін у період внутрішньоутробного розвитку (стан здоров'я матері, несприятливі екологічні умови, генетичні відхилення). Крім того, специфіка демографічних процесів (спаду народжуваності, зростання смертності, деформація статеві-вікової структури населення та інше) призвела до того, що знизилась загальна чисельність найбільш продуктивної групи населення.

Формування репродуктивного здоров'я – дуже складний і тривалий процес, тому, що значною мірою визначається умовами розвитку дитини, починаючи ще з особливостей перебігу внутрішньоутробного періоду. Найбільше навантаження на репродуктивне здоров'я припадає на дітей підліткового віку та молодь, оскільки в цьому віці відбувається бурхливий розвиток індивіда як на соматичному, так і на психічному рівнях з формуванням усіх функціональних систем організму. Саме в цей період відбувається активний розвиток репродуктивної сфери та формуються основи репродуктивної поведінки.

На основі результатів ряду досліджень встановлено, що сучасний стан здоров'я молоді має тенденцію щороку погіршуватися і зумовлений низьким економічним рівнем сімей, фізичними та психоемоційними навантаженнями. Провідну роль відіграють і виявлені ознаки кризових явищ в ідеологічній та духовній сферах підлітків і молоді, наявність поширення шкідливих звичок та ризикової поведінки серед цієї категорії населення.

До вагомих факторів, що впливають на стан репродуктивного здоров'я молоді відносять ряд психосоціальних чинників:

- вільне ставлення до шлюбу;
- недостатній рівень загальної та репродуктивної культури населення;
- високий рівень штучного переривання вагітності, що у ранньому репродуктивному віці ставить під загрозу репродуктивні можливості жінки;
- трансформацію репродуктивної поведінки, що призводить до збільшення частоти захворювань, які передаються статевим шляхом
- збільшення частоти непланованої вагітності, яка супроводжується ускладненнями та недостатньою психологічною й соціально-економічною підготовленістю молодих жінок до материнства і створення сім'ї.

Репродуктивна система дуже чутлива до впливу несприятливих факторів середовища. На формування екологічно залежної патології репродуктивної системи впливають специфічні, неспецифічні і конституціональні чинники. Ці порушення проявляються у вигляді клінічних, патофізіологічних, імунологічних та біохімічних змін. В останні роки інтенсивно розвивається екологічна репродуктологія. Одним з фундаментальних її положень є те, що репродуктивна система особливо чутлива до впливу зовнішніх факторів будь-якого походження та інтенсивності. Для оцінки небезпеки впливу факторів навколишнього середовища на репродуктивне здоров'я використовують поняття репродуктивної токсичності –

несприятливих ефектів, які супроводжують процеси запліднення, вагітності і позначаються на потомстві (ембріотоксичність, гератогенність, мутагенні ефекти в статевих клітинах). При цьому в екологічно несприятливих регіонах відмічається висока частота репродуктивної патології та ускладнень перебігу вагітності і пологів.

Вагомий вплив на обмеження репродуктивних можливостей мають і особливості репродуктивної поведінки та репродуктивної мотивації населення. Тому важливою є проблема становлення репродуктивної поведінки як системи дій та стосунків, що впливають на народження дитини або відмову від нього в шлюбі чи поза шлюбом через формування адекватної мотивації.

Отже, для збереження репродуктивного здоров'я населення необхідно проводити наукові дослідження з даного питання, визначати основні фактори ризику порушень здоров'я і способи їх викорінення.

1. Основні проблеми жіночого здоров'я

Хоча і чоловіки, і жінки страждають різними станами, деякі проблеми зі здоров'ям частіше визначаються у жіночому організмі.

Вчені виділяють ряд захворювань, які мають виключно жінки або ж, які у них переважають:

- рак молочної залози, рак шийки матки, менопауза та вагітність;
- серцевий напад;
- депресія та тривога;
- захворювання сечовивідних шляхів;
- захворювання, що передаються статевим шляхом.

Серед захворювань, які найчастіше спостерігаються у жінок, наступні вісім захворювань становлять значний ризик для здоров'я.

Хвороби серця

Захворювання серця викликає кожену четверту смерть жінок. Хоча громадськість вважає захворювання серця загальною проблемою серед населення, цей стан майже однаково зачіпає чоловіків та жінок. Проте лише 54 % жінок усвідомлюють, що хвороби серця є основним станом здоров'я, який загрожує їх статі. 49 % усіх пацієнтів страждають від високого кров'яного тиску, високого рівня холестерину або куріння – це фактори, які сприяють серцевим захворюванням.

Рак молочної залози

Рак молочної залози виникає у слизовій оболонці молочних проток, поширюється на інші органи і є найбільш агресивним онкологічним захворюванням, що вражає всесвітнє жіноче населення. Цей стан найбільш поширений серед жіночого населення в розвинених країнах світу.

Рак яєчників і шийки матки

Багато жінок не знають про відмінності між раком яєчників та шийки матки. Рак шийки матки бере свій початок у нижній частині матки, тоді як рак яєчників починається у фаллопієвих трубах. Хоча обидва стани викликають подібний

біль, рак шийки матки також викликає виділення та біль під час статевого акту, а онкологія яєчників має розмиті симптоми.

Гінекологічне здоров'я

Кровотеча і надмірні виділення під час менструації можуть свідчити про проблеми зі здоров'ям, а незвичні симптоми, такі як кровотеча між менструаціями та часте сечовипускання, можуть імітувати інші стани здоров'я. Вагінальні проблеми свідчать переважно про захворювання, що передаються статевим шляхом. Ці захворювання лікуються, якщо їх не контролювати, вони можуть призводити до безпліддя або ниркової недостатності

Питання вагітності

Хронічні захворювання можуть погіршувати репродуктивне здоров'я під час вагітності, загрожуючи життю і здоров'ю матері та її дитини. Для жінок важливе раннє встановлення вагітності (до 12 тижнів) і постановка на облік до жіночої консультації. Профілактичні огляди вагітної і консультації лікаря акушера-гінеколога знизять ризики загострення хронічних та виникнення первинних захворювань.

Аутоімунні захворювання

Аутоімунні захворювання виникають, коли клітини організму, які усувають загрози, атакують здорові клітини. Цей стан продовжує поширюватися переважно серед жіночого населення. Більшість аутоімунних захворювань мають подібні симптоми: виснаження, легка гарячка, біль, подразнення шкіри, запаморочення.

Остеопороз

Остеопороз послаблює кістки, дозволяючи їм легко ламатися. Виділяють ряд факторів, що призводять до нього наприклад: вік, вживання алкоголю, генетика, відсутність фізичних вправ, низька маса тіла, куріння, вживання стероїдів.

Щоб виявити стан, лікарі вимірюють щільність кісток за допомогою рентгенівської або ультразвукової діагностики. Повністю вилікувати захворювання не можливо, але можна профілакувати його загострення дотримуючись здорового способу життя, дієти або медикаментозного лікування.

Депресія та тривога

Природні гормональні коливання можуть призвести до депресії або тривоги. Яка частіше за все проявляється перед менструцією, після народження дітей, у період переходу до менопаузи. Якщо б інтенсивності не були симптоми захворювання, їх можна полегшити за рахунок ранньої діагностики і лікування.

2. Стан жіночого здоров'я в Україні та світі

На стан жіночого здоров'я в Україні та світі впливають різні чинники. Загалом спостерігається тенденція до погіршення стану жіночого здоров'я. І одна з причин – штучний аборт як метод регулювання народжуваності у випадках недостатньої або неефективної контрацепції. Аборт не є методом планування сім'ї, але, у випадку прийняття жінкою такого рішення у термін, дозволений законодавством, послуги мають бути надані з використанням безпечних методів і дотриманням репродуктивних прав жінки.

В Україні законодавством визначені права жінки на штучне переривання вагітності до 12 тижнів за власним бажанням і до 22 тижнів за медичними показаннями. Аборти бувають таких видів: 1. **медикаментозний аборт** – проводиться до 7 тижнів за допомогою медичних препаратів; 2. **міні-аборт** або вакуумне витягнення ембріона, проводить до 5 тижнів вагітності; 3. **хірургічний аборт** проводиться до 12 тижнів.

Кількість жінок, що станом на 2019 рік зробили аборт становить 74 тис. 606, з них 727 – це неповнолітні особи. Наразі світова спільнота визнає ефективність медикаментозного абортів. Реєстрація медикаментозних абортів в Україні розпочата з 2007 р. і за десятирічний період їх кількість зросла у 5,6 разів (рис. 1).



Рис. 1 Правовий статус абортів у світі

Важливим методом планування сім'ї та збереження репродуктивного потенціалу населення шляхом попередження абортів і їх ускладнень є контрацепція. Аборти мають негативні наслідки на здоров'я жінки: безпліддя, захворювання репродуктивної системи, зниження фізіологічної зрілості майбутніх дітей.

Зниження кількості абортів можна досягти за умови охоплення сучасними методами контрацепції 70–75 % жінок фертильного віку. За п'ять останніх років спостерігають негативну тенденцію щодо застосування як гормональних засобів контрацепції так і протизаплідної спіралі.

Одним із основних поведінкових чинників розладу репродуктивного здоров'я є захворювання, що передаються статевим шляхом. Вони стають причиною безпліддя, невиношування вагітності, пренатального інфікування плоду з важкими наслідками і вадами розвитку плоду. Тривалий перебіг цієї групи хвороб часто призводить до безпліддя.

Реальним показником епідемічного стану захворюваності на ЗПСШ є захворюваність на сифіліс. Останніми роками в Україні є тенденція до зниження захворюваності на сифіліс і гонококову інфекцію. У 2018 р., порівняно з 2017-м, кількість жінок з уперше в житті діагностованим сифілісом зменшилася і становила 6 випадків на 100 тисяч осіб.

Упродовж останніх років в Україні щорічно виявляють понад 15 000 жінок з локалізацією злоякісних новоутворень у жіночих статевих органах.

Дані щодо захворюваності жінок на злоякісні новоутворення у 2013–2017 рр.:

- тіла матки (зниження на 9%);
- молочних залоз (зниження на 6,4%);
- шийки матки (зниження на 14%);
- яєчників (зниження на 7,7%).

Водночас лишається високою захворюваність на злоякісні новоутворення жінок фертильного віку – 19% на рак шийки матки, 7,5% – рак тіла матки, 9% – на рак яєчників і 32% – рак молочної залози.

Залишається незадовільним стан здоров'я вагітних жінок на тлі збільшення тенденції основних хвороб, що впливають на розвиток перинатальної патології та перинатальної смертності. Наразі у кожній четвертій вагітній спостерігається анемія, яка залежить від якості й повноцінності харчування та є маркером як соціально-економічного добробуту країни, так і гіпоксії плоду. Серйозною проблемою в сучасній Україні є зростання удвічі захворюваності вагітних на цукровий діабет (до 0,5 – у 2017 р.).

Спостерігається негативна тенденція щодо розвитку хвороб системи кровообігу 13,5 – 14 %.

У жінок, що курять, спостерігають безпліддя, порушення менструального циклу, хронічні запальні захворювання статевих органів та невиношування вагітності. Найбільш небезпечним для репродуктивного здоров'я є куріння 10 і більше цигарок протягом доби. Високий ризик безпліддя у цієї категорії жінок пояснюється низкою патофізіологічних змін: порушенням фолікулогенезу, продукції стероїдних гормонів, рецептивності ендометрію, імплантації заплідненої яйцеклітини тощо.

Середній вік жінок в Україні з алкогольною інтоксикацією становить 21–25 років. Стан репродуктивного здоров'я в молодих жінок з алкогольною залежністю характеризується такими порушеннями:

- 82,5 % – хронічні запальні захворювання статевих органів;
- 60 % розлади менструальної функції
- 35,3–47,1 % невиношування вагітності.

Під час хронічного вживання наркотичних речовин у людини знижується рівень статевих гормонів у плазмі крові, у жінок порушується функція яєчників. Наркотичні речовини негативно впливають на внутрішньоутробний розвиток організму у зв'язку з пошкодженням внутрішньоклітинних структур заплідненої яйцеклітини, ембріона і плода. Вони змінюють властивості слизової оболонки матки, порушують гормональний фон вагітної жінки. У зв'язку з цим багато ембріонів гине, вагітність переривається.

3. Організація медичної допомоги майбутнім матерям

Організація медичної допомоги майбутнім матерям здійснюється відповідно Наказу № 417 МОЗ від 15.07.2011р. «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

На I рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу мешканці села отримують у ФАПах, у амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини (без лікаря акушера-гінеколога). Амбулаторна робота акушерки на I етапі має профілактичний характер з метою попередження небажаної вагітності, ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань. Вагітні без ускладнень можуть знаходитися під динамічним спостереженням сімейного лікаря з обов'язковою консультацією лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації центральної районної лікарні (ЦРЛ) на 19–21 і 30 тижнях вагітності. У разі виникнення акушерських ускладнень, патології плоду, загострення екстрагенітальної патології вагітна негайно передається під нагляд лікаря акушера-гінеколога.

На II рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу вагітним і гінекологічним хворим здійснює медичний персонал ЦРЛ, ЦМЛ, МЛ, жіночих консультацій, гінекологічних кабінетів центральних районних лікарень, центрів планування сім'ї, оглядових кабінетів поліклінік. У ЛПЗ II рівня спостерігаються вагітні без ускладненого перебігу вагітності та з акушерськими ускладненнями, з супутньою тяжкою екстрагенітальною патологією, вродженими вадами розвитку плоду. За наявності показань вагітні скеровуються на III рівень надання медичної допомоги. При необхідності вагітні направляються у денні стаціонари

На III рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу здійснюють спеціалісти обласних лікарень. В ЛПЗ III рівня забезпечується поглиблене виконання обсягу медичного обстеження, який не може бути виконаний на попередніх етапах надання медичної допомоги вагітним та гінекологічним хворим.

При необхідності проводиться консультування, додаткове обстеження іншими спеціалістами. Після проведеного обстеження складається індивідуальний план спостереження вагітної для медичного персоналу перших двох рівнів.

Стационарна медична допомога, яка надається майбутнім матерям також ділиться на 3 рівні:

I рівень – ЦРЛ і міські лікарні, в яких відсутні відділення анестезіології й інтенсивної терапії. Установи цього рівня надають допомогу вагітних з низьким ризиком розвитку ускладнень, надання ургентної гінекологічної допомоги.

II рівень – ЦРЛ і акушерсько-гінекологічні відділення міських лікарень, міські пологові будинки, у яких є відділення анестезіології й інтенсивної терапії, черговий неонатолог цілодобово. Установи цього рівня надають допомогу вагітним низького і високого ступенів ризику та виконують всі функції установ I рівня. Надають стационарну допомогу жінкам з гінекологічною патологією, окрім спеціалізованої гінекологічної допомоги.

Також установи II рівня забезпечують надання медичної допомоги новонародженим з масою тіла > 1800 г і терміном гестації > 34 тижнів, які мають неважкі форми захворювань.

III рівень – обласний і міський пологові будинки, перинатальні центри, які можуть бути клінічними базами кафедр акушерства і гінекології III-IV рівня акредитації, які мають відділення акушерської реанімації та інтенсивної терапії новонароджених. Установи цього рівня надають допомогу вагітним дуже високого та високого ступенів ризику розвитку ускладнень з важкою акушерською й екстрагенітальною патологією. Вони також виконують всі функції установ I-II рівня, надають спеціалізовану гінекологічну допомогу із застосуванням сучасних методів діагностики та лікування.

Установи III рівня забезпечують надання медичної допомоги новонародженим з масою тіла < 1800 г і терміном гестації < 34 тижнів незалежно від наявної патології та новонародженим з важкими формами захворювань.

4. Медичні заклади, що надають допомогу жінкам

Будь-які види акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам надають:

- 1) пологові будинки;
- 2) жіночі консультації;
- 3) відповідні відділення лікарень і поліклінік;
- 4) перинатальні центри;
- 5) центри реабілітації репродуктивних функцій.

Розглянемо основні завдання деяких з них.

Жіноча консультація – це амбулаторно-поліклінічний лікувально-профілактичний заклад, основним завданням якого є надання жіночому населенню амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги.

Державні ЖК працюють за дільничними принципами у складі пологових будинків, перинатальних центрів, дільничних та районних лікарень, а також можуть бути самостійними медичними установами.

Поширені на території всіх країн пострадянського союзу, у європейській медичній практиці функції жіночої консультації виконують сімейні лікарі, спеціалізовані гінекологічні клініки та амбулаторії.

Основні завдання жіночої консультації:

1. Ведення профілактичного огляду й амбулаторного прийому гінекологічно хворих і вагітних жінок;
2. Ведення диспансеризації вагітних жінок, профілактика патологій періоду вагітності та після пологів;
3. Своєчасне виявлення і лікування гінекологічних захворювань;
4. Контроль та диспансеризація жінок з хронічними захворюваннями;
5. Впровадження сучасних методів діагностики та лікування жінок;
6. Проведення роботи щодо питань контрацепції, профілактики абортів та захворювань, які передаються статевим шляхом;

7. Профілактика та лікування безпліддя;
8. Здійснення експертизи тимчасової непрацездатності;
9. Медико-гігієнічне виховання вагітних з метою підготовки до материнства.

Пологовий будинок – лікувально-профілактичний заклад, що забезпечує надання всіх видів кваліфікованої акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам, а також медичної допомоги новонародженим.

До складу пологового будинку можуть входити жіноча консультація і стаціонар, фізіологічне акушерське відділення, відділення для жінок з патологією вагітності, обсерваційне акушерське відділення, гінекологічне відділення.

Основними завданнями пологового, будинку є:

1. Надання кваліфікованої стаціонарної лікувально-діагностичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та гінекологічним хворим;

2. Забезпечення пацієнтів невідкладною акушерсько-гінекологічною та неонатологічною допомогою;

3. Забезпечення пацієнтів кваліфікованою анестезіологічною та реанімаційною допомогою;

4. Впровадження у практику сучасних засобів діагностики та лікування ускладнень вагітності, захворювань породіль, гінекологічних захворювань;

5. Вивчення та впровадження сучасних методик ведення пологів та післяпологового періоду, діагностики та лікування гінекологічних захворювань, ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Перинатальний центр – це клініка широкого профілю, у якій проводиться консультації, лікування та реабілітація вагітних, породіль, новонароджених дітей. У перинатальному центрі жінкам надають допомогу з моменту планування вагітності і до пологів.

Завдання перинатального центру:

1. Госпіталізація, лікування, ведення пологів та післяпологового періоду, ведення вагітних з складною екстрагенітальною та акушерською патологією;

2. Ведення передчасних пологів в терміні 22-34 тижнів;
3. Ведення вагітних та прийняття пологів з патологією плоду;
4. Надання організаційно-методичної допомоги районам області;
5. Створення сучасної навчальної бази для спеціалістів з районів та міст області.

5. Визначення репродуктивного здоров'я.

ICPD (International Conference on Population and Development) – міжнародна конференція з народонаселення і розвитку, яка відбулася у 1994 році у Каїрі. В ній взяли участь 10 000 делегатів з різних країн світу, а уряди 179-ти країн прийняли нову програму щодо підтримки репродуктивного здоров'я і прав жінок. У програмі цієї конференції зазначено, що репродуктивне здоров'я є не лише відсутністю хвороб репродуктивної системи, а станом повного фізичного, розумового і соціального благополуччя. Цей стан передбачає: задовільне та безпечне сексуальне життя; здатність до відтворення; право чоловіків і жінок на інформацію та доступ до методів планування сім'ї та інших методів регулювання народжуваності; право на доступ жінок до медичних послуг щодо вагітності та пологів; право батьків на створення найкращих умов для народження здорової дитини.

Отже, за визначенням ВООЗ, *репродуктивне здоров'я* – це стан фізичного, розумового і соціального благополуччя, що характеризує здатність до зачаття і народження дітей; можливості сексуальних стосунків без загрози ЗПСШ; безпечної вагітності, пологів, виживання і здоров'я дитини; благополуччя матері; можливості планування наступних вагітностей із попередженням небажаної.

Репродуктивна система людини закладається ще в період внутрішньоутробного розвитку. Передумовою правильного розвитку та функціонування репродуктивної системи майбутнього малюка є нормальний фізіологічний перебіг вагітності та пологів у матері. Тому для вагітної жінки дуже важливо уникати ризикованих видів поведінки.

6. Значення репродуктивного здоров'я для процесів відтворення населення.

Основною рушійною силою розвитку країни є її населення. Тому в основі багатьох довгострокових суспільних перспектив лежать демографічні процеси. Демографічне неблагополуччя в Україні підвищує значущість репродуктивного здоров'я для забезпечення відтворення населення. Сучасна демографічна ситуація характеризується скороченням чисельності населення внаслідок перевищення числа смертей над числом народжень (депопуляцією), незадовільним станом здоров'я населення. Високою залишається передчасна смертність населення у працездатному віці. Також на складену ситуацію впливають значні масштаби трудової міграції з країни.

В Україні після тривалого періоду підвищення народжуваності (2002–2012 роки), починаючи з 2013 року спостерігається її скорочення. Особливо відчутним воно стало у 2015 році, коли чисельність народжень скоротилася, порівняно з попереднім роком, більш ніж на 54 тисяч осіб (або на 11,6 %). У перспективі ця тенденція збережеться бо у вік найвищої дитородної активності вступає покоління народжених у кризові 1990-ті роки, коли рівень народжуваності був низьким. Згідно із національним демографічним прогнозом, чисельність жінок дитородного віку (15–49 років) у 2020 році менша, порівняно з 2015 роком на 6 %, а до 2025 року – це скорочення сягне 11 %.

Кризова соціально-економічна ситуація та військово-політична нестабільність мають негативний вплив на дитородну активність населення і здоров'я народжених дітей. Так, окрім помітного зниження частоти дітонародження у 2015 році порівняно з попереднім роком, високим залишається показник малюкової смертності. У таких умовах зростає цінність кожного народження, а збереження репродуктивного здоров'я потенційних матерів та батьків стає національним пріоритетом для відтворення людського потенціалу України.

7. Проблеми репродуктивного здоров'я.

Згідно з українськими та світовими даними, **основними проблемами репродуктивного здоров'я є:**

- 1) материнська і дитяча смертність;
- 2) інвалідність серед дітей;
- 3) високий рівень абортів;
- 4) невиношування вагітності;
- 5) високий рівень ускладнень вагітності та пологів;
- 6) поширеність жіночої та чоловічої безплідності;
- 7) захворюваність населення на ЗПСШ.

Одним з найважливіших показників стану репродуктивного здоров'я населення є материнська та малюкова смертність, високий рівень якої потребує вжиття невідкладних додаткових заходів для забезпечення планування сім'ї, запровадження сучасних стандартів профілактики, діагностики та лікування хвороб репродуктивної системи, надання якісної медичної допомоги, а також удосконалення діяльності неонатологічної служби.

Материнська смертність – статистичний показник, що включає смертність жінок протягом вагітності, пологів і у післяпологовий період. Показник розраховується на 10 тисяч живонароджених дітей. Основні причини материнської смертності:

1. кровотечі;
2. гестози другої половини вагітності;
3. септичні ускладнення;
4. аборти.

Малюкова смертність – базовий статистичний показник демографії, складова частина смертності населення, що включає смертність серед дітей молодше одного року.

Причини малюкової смертності:

1. на першому місяці життя – стани, що виникають у перинатальному періоді (приблизно 2/3) і вроджені аномалії (більш ніж на 1/4);

2. після першого місяця життя – захворювання органів дихання (20 % усіх випадків смерті), інфекційні та паразитарні хвороби (15 %), травми в результаті нещасних випадків (10 %).

Результати аналізу свідчать, що ризик материнської та дитячої патології значно підвищується у зв'язку з незадовільним станом здоров'я вагітних. Це є причиною великої кількості ускладнених пологів. Саме хвороби, що виникають у перинатальний період (дихальні розлади, гіпоксія та розлади харчування), впливають на рівень захворюваності дітей віком до 14 років та дитячої інвалідності.

Великої шкоди загальному стану здоров'я жінки завдають аборти, що впливають на фертильність і перебіг наступної вагітності та пологів. Штучне переривання вагітності і його ускладнення призводять до смерті майже кожної десятої жінки в Україні.

Про негативні тенденції свідчить також аналіз стану здоров'я дівчат підлітків. Так, кількість захворювань серед дівчат 15–17-річного віку становить 8277,3 на 10 тисяч. При цьому протягом останніх років в Україні загальна захворюваність серед дівчат зросла в 1,7 рази, а хвороб сечостатевої системи та запалення репродуктивних органів у 4,6 рази. Значний вплив на репродуктивне здоров'я зазначеної категорії населення має поведінка та особисте ставлення до свого здоров'я. Негативну роль у репродуктивній поведінці підлітків та молоді відіграють пропаганда сексуального насилля, широке рекламування шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків), що також потребує уваги і прийняття відповідних заходів з боку держави.

Одним з основних факторів розладу репродуктивного здоров'я населення вважаються інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом. Вони у підлітковому і дорослому віці стають причинами безплідності, невиношування вагітності, онкогінекологічної патології, внутрішньоутробного інфікування плода з ускладненнями і вадами розвитку. Результати досліджень, показують, що кожна десята вагітність закінчується самовільним викиднем або передчасними пологами. Серед

причин таких ускладнень найбільш поширеними є інфекції, що передаються статевим шляхом, та штучне переривання вагітності. Прямі репродуктивні втрати від невиношування вагітності щороку становлять 36–40 тис. ненароджених дітей.

Ще однією з причин розладу репродуктивного здоров'я населення необхідно виділити ВІЛ-інфікування та захворюваність на СНІД. Починаючи з 1995 року відбувається надзвичайно швидке зростання чисельності ВІЛ-інфікованих. Україна перебуває в епіцентрі епідемії ВІЛ у Східній Європі. Викликають стурбованість високі темпи поширення такої інфекції не тільки у групах ризику, а й серед так званих благополучних груп населення. У зв'язку з цим особливої важливості набуває проблема ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, що в свою чергу пов'язана з негативною динамікою збільшення ВІЛ-інфікованих дітей. Щороку кількість ВІЛ-інфікованих вагітних збільшується на 20 %. Сучасні світові технології дають змогу майже в усіх випадках запобігти ВІЛ-інфікуванню новонароджених. Проте ситуація, що склалася з перинатальним інфікуванням, зумовлює необхідність посилення боротьби з поширенням ВІЛ-інфекції не лише лікарів, а й усього суспільства.

Одним з важливих показників стану репродуктивного здоров'я населення є безплідність. На сьогодні 10–15 % українських сімей безплідні, що відноситься до прямих репродуктивних втрат. Кількість безплідних подружніх пар досягає близько 1 мільйона. За науковими даними, майже у 80 відсотків випадків причиною безплідності у жінок є штучне переривання вагітності, у 15–25 % запалення статевих органів.

Онкогінекологічна патологія репродуктивних органів призводить до втрати значної кількості молодих жінок, які не реалізували свою репродуктивну функцію. Щороку від онкологічних захворювань помирає понад 1000 жінок працездатного віку, що майже збігається з репродуктивним віком.

8. Когнітивні та психологічні установки репродуктивного здоров'я

Репродуктивна установка – це психічний регулятор поведінки, схильність особистості, що визначає узгодженість дій, обумовлених позитивним чи негативним відношенням до народження дітей. Репродуктивна установка означає готовність до певного результату репродуктивної поведінки, прийнятність для особистості народження тієї чи іншої кількості дітей з розподілом на синів і дочок. Поняття «репродуктивної установки» введено в наукову літературу на початку 1970-х років і вживається не тільки в демографії, але і в інших суспільних науках.

Репродуктивна мотивація (репродуктивні мотиви, мотиви народження дітей) – психічний стан особистості, який спонукає індивіда до досягнення особистої мети економічного, соціального і психологічного характеру через народження дітей, розкриває якісний бік потреби в дітях, її зміст і виражає собою спонукальний компонент репродуктивної установки. На думку В. Медкова, репродуктивні мотиви – це самостійний психічний феномен, проте водночас він є складовою структури установок, перш за все їх поведінковим, збуджувальним компонентом. Розрізняють економічні, соціальні і психологічні репродуктивні мотивації (рис. 2).

Економічні репродуктивні мотивації спрямовані на зміцнення добробуту сім'ї, підвищення економічного статусу батьків, різноманітні пільги, що надаються при народженні певної кількості дітей.

Соціальні репродуктивні мотивації сприяють збереженню або підвищенню соціального статусу батьків, суспільного авторитету і престижу індивіду, спадкоємності роду та сім'ї. Така мотивація в минулому, була притаманна певним верствам суспільства, насамперед вищим. Сьогодні соціальна мотивація формується в сучасній Україні серед деяких представників класу підприємців.

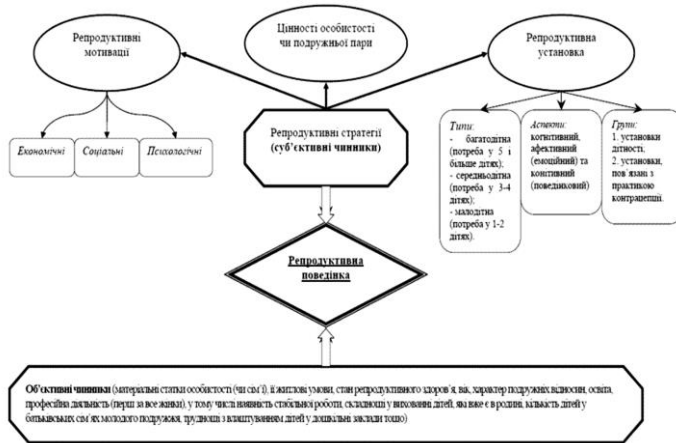


Рис. 2. Види репродуктивної мотивації, їх вплив на репродуктивну поведінку

Психологічні репродуктивні мотивації поділяються на три групи. *I група* – мотивації, обумовлені потребою в наповненні свого життя сенсом, потребою батьків в любові дитини, повазі, намаганням продовжити в дітях себе. *II група* обумовлена потребою піклуватися про маленьку дитину, любити її і по мірі зростання самому (самій) направляти його розвиток, передавати свій життєвий досвід. В *III групі* умовно поєднуються всі інші види психологічної репродуктивної установки – бажання уникнути самотності в старості, бажання подружжя зміцнити шлюб тощо.

Таким чином, маючи певний стан репродуктивного здоров'я, людина через репродуктивну установку і репродуктивні мотивації здійснює особисту *репродуктивну поведінку*. Це віддзеркалюється у повному або неповному репродуктивному циклі, який закінчується народженням живої дитини або контрацептивною поведінкою (аборт). Результат репродуктивного циклу безпосередньо впливає на подальший стан репродуктивного здоров'я людини.

Найпоширенішим типом репродуктивної мотивації є психологічний тип. Структура репродуктивних мотивацій у різних людей різна, але в основному представляє собою ієрархію мотивів, які характерні для історичних періодів,

регіонів, країн, міст, соціальних верств тощо. У минулі часи, коли домінувала потреба у багатодітності і перевага віддавалася синам, провідними були економічні репродуктивні мотивації. За сучасних умов перевага віддається психологічному типу останніх.

Щодо репродуктивної установки то вона є одним із головних регуляторів репродуктивної поведінки особистості. Про наявність репродуктивних установок має сенс говорити у тому разі, коли індивіду притаманна нормальна плідність. У разі неплідності готовність мати дітей свідчить про виникнення установок до усиновлення або удочеріння. До основних індикаторів репродуктивних установок відносяться: середнє ідеальне, бажане і очікуване (заплановане) число дітей.

Розрізняють три основних типи репродуктивної установки:

- багатодітна – потреба у 5 і більше дітях;
- середньодітна – потреба у 3-4 дітях;
- малодітна – потреба у 1-2 дітях.

Оскільки репродуктивна установка належить до соціального типу установок, вона виявляється у трьох основних аспектах: когнітивному, афективному (емоційному) та конітивному (поведінковому). Саме взаємопов'язаність усіх цих аспектів і визначає сутність репродуктивної установки.

Когнітивний аспект включає установки дитності, установки на бажану стать дитини, на вагітність та її успішне завершення тощо. Кількісні аспекти репродуктивної установки виявляються в орієнтації на те або інше число дітей, на інтервали між народженнями. Для установок на малодітність зазвичай характерні, розширення інтервалу між народженнями; активізація установок на застосування контрацепції та абортів; однакова налаштованість на народження сина або дочки. Така репродуктивна установка притаманна сучасній молоді.

Емоційний компонент репродуктивної установки складають позитивні і негативні почуття, пов'язані з народженням того або іншого числа дітей.

Поведінковий компонент репродуктивної установки характеризує інтенсивність стремління до народження, силу або

слабкість установки. Усю сукупність репродуктивних установок можна поділити на дві групи. До першої відносяться установки дитності, що регулюють досягнення головного результату репродуктивної поведінки. У другу групу входять всі установки пов'язані з практикою контрацепції.

Отже, репродуктивні мотивації розкривають якісні сторони потреби у дітях та є важливим компонентом репродуктивної установки. Репродуктивна установка означає готовність до певного результату репродуктивної поведінки, бажаність народження того або іншого числа дітей, в тому числі – синів або дочок. Таким чином, репродуктивні стратегії, засновані на репродуктивних мотиваціях, цінностях людини чи подружньої пари, є важливим суб'єктивним чинником репродуктивної поведінки сучасної молоді.

9. Планування сім'ї

В умовах погіршення демографічної ситуації в країні, зниження життєвого рівня більшої частини населення, погіршення репродуктивного здоров'я населення особливої уваги заслуговують питання планування сім'ї. Планування сім'ї відіграє важливу роль у зниженні материнської та дитячої смертності, профілактики захворювань, які передаються статевим шляхом і збереження здоров'я населення.

Планування сім'ї (ПС) – це комплекс медико-соціальних заходів, спрямованих на зниження захворюваності, збереження здоров'я жінок, запобігання небажаній вагітності, забезпечення оптимальних інтервалів між пологами, кількості дітей у сім'ї, попередження занадто ранніх, пізніх, частих пологів, профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), ВІЛ.

Однією зі складових системи ПС є контрацепція і попередження непланової вагітності. Потреби щодо планування сім'ї існують упродовж усього репродуктивного життя і часто змінюються з віком. Тому надання послуг із ПС спрямоване на пацієнтів у різні етапи життя (як перший вибір контрацепції дівчиною так і протягом репродуктивного періоду, наприклад після пологів). Вибір контрацептивів жінкою змінюється через зміну її ставлення до методів, а саме ефективності щодо попередження вагітності, зворотності методу та легкості щодо використання.

Під час підбору контрацептивного засобу важливо, щоб метод був ефективним та зручним у застосуванні, з мінімумом можливих ускладнень. Протизаплідний ефект повинен бути тимчасовим, щоб репродуктивна функція могла відновлюватися за бажанням пацієнта. При цьому не повинні порушуватися фізіологія статевого акту і виникати негативні емоції.

Важливим аспектом ПС є наявність медичних працівників, обізнаних щодо питань репродуктивного здоров'я, контрацепції та консультування різних прошарків населення з цих питань. Тому великого значення набуває якість підготовки медичних

спеціалістів: акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, середнього медичного персоналу.

Планування сім'ї поєднує проблему непланованої вагітності з проблемою збереження репродуктивного здоров'я. За даними світової статистики, щорічно від чинників, пов'язаних із вагітністю або її перериванням, помирає близько 500 тисяч молодих жінок. Використання сучасних контрацептивних методів сприяє зменшенню частоти штучних і нелегальних абортів, а відповідно знижує рівень материнської, малякової та дитячої смертності.

Види контрацепції:

1. *регулярне вживання гормональних протизаплідних фармакологічних засобів;*

2. *внутрішньоматкова контрацепція* – введення до порожнини матки спеціальної спіралі або петлі;

3. *хімічні засоби контрацепції* – сперміцидні розчини, пінки, аерозолі, пасти;

4. *пролонгована, «довготермінова» контрацепція* – введення до організму препаратів, які запобігають вагітності на термін від трьох місяців до п'яти років;

5. *термінова контрацепція безпосередньо після статевого акту* – застосування спеціальних гормональних фармакологічних засобів;

6. *метод лактаційної аменореї* – грудне вигодовування дитини, як метод запобігання наступній вагітності після пологів;

7. *перерваний статевий акт;*

8. *стерилізація* – чоловіча стерилізація (вазектомія) – передбачає блокаду хірургічним методом проходження сім'явивідних протоків, яка заважає сперматозоїдам потрапити в сперму. Жіноча стерилізація – досягається хірургічною окклюзією маткових труб з метою перешкодити заплідненню.

9. *природні методи уникнення вагітності* – в основі натуральних методів планування сім'ї лежить спостереження за фізіологічними ознаками організму протягом різних фаз менструального циклу.

Доведено, що сучасна контрацепція як основний засіб планування сім'ї для подружніх пар є безпечною. Важливими ефективними цільовими заходами щодо вдосконалення та поліпшення послуг із планування сім'ї є: вибір методу контрацепції відповідно до періодів життя, післяпологова та післяабортна контрацепція з урахуванням прав пацієнтки, її бажання, можливостей, прихильності до застосування того чи іншого контрацептиву.

Планування сім'ї є запорукою здорового потомства і щасливого материнства.

Основними завданнями служби планування сім'ї визначено:

1. вивчення основ сексуальної поведінки та методів контрацепції в учбових закладах і центрах для молоді;
2. підвищення безпеки абортів і вдосконалення рекомендації по запобіганню небажаної вагітності після абортів і пологів;
3. розповсюдження сучасних методів контрацепції;
4. запобігання захворювань, що передаються статевим шляхом;
5. широка інформаційна діяльність з проблеми планування сім'ї;
6. надання допомоги жінкам та дівчатам-підліткам, жертвам сексуального насильства.

10. Вплив соціально-економічних факторів на стан репродуктивного здоров'я

До основних соціально-економічних факторів, що впливають на репродуктивне здоров'я в країні, належать: соціальне становище громадян, недостатня увага до ролі інституту родини, втрата історичних українських традицій щодо сім'ї, збереження культури взаємовідносин усередині сім'ї. Несприятливим фактором є чимала кількість розпадів сімей після народження дитини. За останнє десятиріччя значно збільшилася кількість неповних сімей (з одним із батьків) або сімей, де один із батьків не є біологічним батьком/матір'ю дитини.

Забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони репродуктивного здоров'я населення набуває першочергового значення, особливо в питанні нормативно-правової бази. Перегляду і удосконалення потребують чинні нормативно-правові акти.

Недостатня соціальна і правова захищеність у сфері праці, відсутність належного контролю за дотриманням правил та норм охорони праці і техніки безпеки є однією з причин незадовільного стану здоров'я жінок. Поширена з боку роботодавців дискримінація жінок витісняє їх у низькооплачувані сфери або змушує шукати роботу в тіньовому секторі економіки або за кордоном.

На стан репродуктивного здоров'я населення впливає смертність чоловіків працездатного віку, що перевищує смертність жінок і несе загрозу для відтворення нації. Незворотні втрати чоловічого населення у репродуктивному віці позначаються на статевому співвідношенні у суспільстві, зумовлюючи наявність значної кількості одиноких жінок, неповних сімей та дітей-сиріт.

Також важливими є розмір доходу, рівень освіти і наявність зайнятості. За думкою деяких дослідників, більше половини всіх випадків порушень здоров'я пов'язані саме з цими соціальними факторами.

Слід враховувати, що репродуктивне здоров'я населення України існує в певних умовах. Тобто чинники, здійснюючи свій вплив на репродуктивне здоров'я населення, проходять через призму умов його існування. До умов існування населення відносять екологічні, демографічні, економічні, соціальні, політичні, а до чинників впливу: загальний стан здоров'я населення, репродуктивні установки, державну підтримку молодих сімей, розвиток мережі закладів охорони здоров'я населення, плідність жінок. Отже, необхідно зазначити, що навіть найкращі репродуктивні установки подружжя, потрапляючи до поганих соціальних і економічних умов, зазнають змін.

11. Проблеми здоров'я дітей і підлітків. Стан дитячого і підліткового здоров'я в Україні.

Наявна тенденція погіршення показників здоров'я дітей та підлітків в Україні, а саме:

1. зростає кількість функціональних розладів, гострої та хронічної соматичної захворюваності;
2. зростає кількість синдрому дезадаптації;
3. зростає кількість вроджених вад розвитку, морфофункціональних відхилень;
4. зростає число дітей-інвалідів;
5. збільшується кількість дітей із розладами психіки та поведінки;
6. зменшується група здорових дітей.

Високий темп та ритм життя, модернізація навчального процесу, інформаційні перенавантаження висувають високі вимоги до організму школярів. Тривалий вплив несприятливих чинників сприяє виникненню функціональних розладів, які з часом призводять до формування стійкої патології.

Основний вплив на стан здоров'я дітей має так званий шкільний фактор, про що свідчить збільшення різних захворювань під час тривалого навчання у школі. Доведено, що у 70 % дітей молодшого шкільного віку індивідуальна, розумова та фізична працездатність не відповідає їх шкільному навантаженню. Надалі впродовж п'яти років навчання в школі у дітей у 3–4 рази зростає патологія органів травлення, у два рази – органів зору та нервової системи.

Також, вчені звертають увагу на дезадаптацію як чинник стимулюючий розвиток захворювань у дітей молодшого шкільного віку. Аналізуючи динаміку стану здоров'я першокласників встановили, що вже через декілька місяців навчання у них погіршилось самопочуття і з'явилися різноманітні скарги, які можна було трактувати як прояви шкільної дезадаптації. Серед скарг 50,7 % становила швидка втомлюваність, 49,3 % - пригнічення настрою, 40,7 % - порушення сну, 36,8 % - зниження апетиту та інші. Проблеми

дезадаптації стають основою для різних відхилень психосоціального розвитку на наступних етапах онтогенезу. Потім вони проявляються гостро в підлітковому віці.

Стан фізичного здоров'я дітей шкільного віку характеризується групами здоров'я. Виділяють п'ять груп здоров'я.

До першої групи здоров'я відносять дітей, у яких немає ознак функціональних відхилень і хронічних захворювань. Для них характерний розвиток, який відповідає генетичній спадковості.

До другої групи здоров'я відносять дітей, у яких є прояви функціональних відхилень, але відсутні сформовані хронічні захворювання.

Третя група здоров'я – діти з наявними хронічними захворюваннями у стані компенсації (у разі якісного оздоровлення можуть бути сповільнені у розвитку і захищені від загострень).

Четверта і п'ята групи здоров'я – це спеціальні групи хронічних субкомпенсованих та декомпенсованих захворювань у дітей, що перебувають під спеціальним диспансерним наглядом. Діти п'ятої групи належать діти наявністю інвалідизації.

Хронічні захворювання і функціональні відхилення, які характерні для дітей:

1) **захворювання верхніх дихальних шляхів та органів дихання** – характерні для 65–85 % дітей і супроводжують їх протягом всього навчання у школі. Це риніти, отити, хронічні тонзиліти, фарингіти, бронхіти, пневмонії та ін. Захворювання мають сезонний характер і часто залежать від стану профілактики в умовах дитячих колективів та у сім'ї.

2) **захворювання та функціональні відхилення шлунково-кишкового тракту** – пов'язані з нераціональним харчуванням дітей та вживанням сурогатних синтетичних продуктів, шкідливих для організму дитини. Це враження жовчного міхура, шлунку, підшлункової залози, печінки, кишечника та глистяні інвазії. Особливого значення набуває

організація раціонального харчування дітей у школі, контроль меню та формування спеціального дієтичного харчування. Особливого значення набула проблема ожиріння та анорексії. Надлишкова вага, яка переходить у ожиріння може пояснюватись гіподинамією, невротизацією та нераціональним харчуванням дитини. Анорексія – патологічний дефіцит ваги – набув особливого розповсюдження в останнє десятиліття і є більш характерним для дівчаток підліткового віку.

3) **проблеми опорно-рухового апарату** – характерні для сучасних школярів і впевнено наростають з часом навчання дитини у школі. Це порушення постави, сколіоз, плоскоступність, остеохондроз та комбіновані ураження. Збільшення кількості таких проблем пояснюється сидячим, малорухомим стилем життя дітей та специфічним харчуванням з низьким вмістом кальцію. Годинні перебування у сидячому положенні біля комп'ютера та під час занять у школі у 10–18 % дітей призводить до формування сколіозу. Вирішення проблеми можливе лише при спільних зусиллях сім'ї, вчителів та медичних працівників.

4) **нервово-психологічні відхилення і хронічні захворювання** – починають випереджати захворювання опорно-рухового апарату та відхилення з боку шлунково-кишкового тракту. Існує два протилежні напрямки формування патології – депресивний та гіперактивний. Перехід функціональних відхилень (вегетосудинної, нейроциркуляторної дистонії, зміни характеру артеріального тиску, головного болю) у хронічні захворювання відбувається переважно на фоні хронічної втоми дітей.

5) **хвороби органів чуття, зокрема проблеми органів зору** – зниження здатності бачити предмети на звичайній відстані – набула характеру епідемії (міопія). Кількість дітей з міопіями, амбліопіями, астигматизмом за останні 10 років виросла з 20 % до 33 % і зберігає тенденції до стрімкого росту. Причини погіршення зору загальновідомі – сидячий, малорухомий спосіб життя і комп'ютери. З 2010 року не має дітей вікос 6 років, які не користуються комп'ютером.

Зустрічаються лише поодинокі випадки, коли батьки вводять заборону на використання техніки, але ці заборони не розповсюджуються на дітей середнього та старшого шкільного віку.

б) **ендокринні та алергічні захворювання** мають безпосередній вплив на розвиток дитини, її ріст, комфортний і психологічний стан. Проблеми із підшлунковою залозою, можуть призвести до цукрового діабету. Для захворювань щитовидної залози характерні проблеми засвоєння йоду та формування відповідних специфічних симптомів при дефіциті, або надлишку продукції гормонів залози. Дисфункція функціонування статевих залоз призводить до проблем нормального статевого розвитку та обміну речовин. Алергічні захворювання є характерними для дітей шкільного віку. Існує декілька механізмів формування алергічного захворювання:

- *побутовий* – вплив негативних побутових умов (побутового пилу, побутових грибків, пуху, шерсті домашніх тварин, рослин, сухого або вологого повітря);

- *харчовий* – вплив нераціонального харчування та захворювань шлунково – кишкового тракту, несприйняття окремих видів харчових продуктів;

- *бактеріальний* – вплив бактеріальних алергічних агентів (стрептококів, стафілококів, кишкової палички, іншої умовно патогенної мікрофлори);

- *контактні форми алергії* – вплив тепла, холода, світла;

- *сезонні алергії* – спричинені цвітінням та іншим впливом рослин;

- *змішані форми алергії*.

7) **проблеми крові та серцево-судинної системи** – контроль стану функціонування ССС у дітей шкільного віку, часто проводять без врахування профілактичних вимірювань артеріального тиску та досліджень стану крові. Вимірювання та оцінка результатів вимірювання артеріального тиску потребує апаратури з дитячими манжетами, має вікові та статеві особливості і потребує спеціальної підготовки. Це інколи і стає причиною несвоєчасної діагностики відхилень характеру

функціонування ССС. При проведенні обстежень виявлено, 5–8 % дітей з наявністю первинної гіпертензії. Дітям, особливо старшого шкільного віку необхідно не менше 2 раз на рік проводити вимірювання артеріального тиску та 1 раз на рік проводити перевірку аналізу крові з метою попередження анемії та прихованих захворювань, індикатором яких можуть бути зміни у крові.

8) захворювання сечо-статевої системи та шкіри.

Окрім вище зазначених, значний вплив на здоров'я дітей і підлітків в Україні мають наступні чинники:

1. родина і найближче оточення;
2. шкідливі звички;
3. інфекції, що передаються статевим шляхом, ВІЛ, СНІД;
4. образи та насильство в освітньому середовищі;
5. соціальні мережі та віртуальне спілкування.

Відомо, що здоров'я членів сім'ї залежить від атмосфери, яка в ній панує. Діти мають відчувати підтримку і цікавість до свого життя з боку батьків. За даними статистики третина матерів школярів не знає, чим займаються їх діти у вільний час, половина учнів шкіл вказали, що батько не знає, хто їхні друзі. Кожен третій підліток ніколи не грає вдома у спільні ігри, а кожен п'ятий ніколи не займався спортом разом із батьками.

Уже в 10 років кожна сьома дитина має досвід споживання алкоголю, а кожен четвертий підліток хоч раз у житті переживав стан сп'яніння. Про такий досвід повідомили 6,4% серед 10-річних та 48% серед 17-річних дітей. Серед підлітків у віці від 11–17 років досвід тютюнокуріння мають 16 % дівчат та 24 % хлопців. Особливо тривожними є показники споживання тютюну серед 15-річних юнаків, з яких 40 % зазначили, що палять. Хоча б один раз марихуану вживали 8 % підлітків віком 13-17 років.

У віці 13–17 років кожен четвертий хлопець та кожна восьма дівчина (12,4 %) мають досвід статевих стосунків. Кожен третій підліток, який має досвід статевих стосунків, не використовував презерватив під час першого статевого акту. Лише 12 % опитаних підлітків мають знання про шляхи

передачі ВІЛ, це низький показник від необхідного показника проінформованості серед молоді 95%. Найбільшу роль у поширенні інформації про ВІЛ/СНІД відіграють вчителі, інтернет, медичні працівники та батьки.

Третина учнівської молоді щонайменше раз на рік брала участь у бійках. 35 % підлітків зізналися, що ображали або принижували інших, і з них 23 % робили це не один раз. Кожен п'ятий підліток визнав, що ображав однолітків в онлайн-просторі. "Жертвами" онлайн-знущань визнала себе п'ята частина опитаних дітей – 21,5%.

25 % підлітків постійно відчують необхідність користуватися соціальними мережами. Кожен десятий підліток регулярно брехав батькам або друзям про час, проведений у соціальних мережах. Найбільше таких серед 10-річних хлопців – 17,2 %. Від соціальних мереж мають залежність 12,6 % опитаних підлітків. Найбільший рівень залежності виявлено серед 15-річних дівчат (15 %).

Необхідно зазначити, що у всіх дитячих вікових групах спостерігають тенденцію до зростання осіб, які хворіли останні 12 місяців і кількості дитячого населення, які мають хронічні захворювання. Встановлено тенденцію до зростання дітей віком до 3-х та 3–6 років, які звертались за швидкою медичною допомогою та у приватні медичні установи. Зросла частка домогосподарств із дітьми, які за потреби не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, за причини високої вартості медичного приладдя, послуг, лікування.

12. Організація медичної допомоги дітям і підліткам

Медична допомога дітям і підліткам надається як і дорослому населенню на трьох рівнях:

I рівень – медична допомога надається в сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики, дитячих поліклініках, центрах первинної медико-санітарної допомоги. Первинна лікарська медична допомога включає: експрес-діагностику, визначення напрямлення дітей для надання спеціалізованої медичної допомоги та санаторно-курортного лікування, лікування основних найпоширеніших захворювань, травм і отруень, всі профілактичні заходи.

II рівень – вторинна (спеціалізована) медична допомога передбачає спеціалізовані медичні послуги, що у плановому порядку та у невідкладних і екстрених випадках надаються в амбулаторних умовах та в лікарнях.

Лікарні, які надають вторинну медичну допомогу, поділяють на п'ять типів:

– *лікарня інтенсивної допомоги* – надання цілодобової медичної допомоги хворим з гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо). Ресурсне забезпечення лікарень цього типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого, діагностичного та лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики.

– *лікарня планового лікування хронічних хворих* – проведення повторних курсів терапії або долікування;

– *лікарня відновного лікування* – відновлення функцій після захворювань чи травм, з метою попередження інвалідності або реабілітації інвалідів;

– *хоспіси* – надання паліативної допомоги та психологічної підтримки невиліковним хворим та їх батькам.

– *лікарня медико-соціальної допомоги* – догляд та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим, мінімальне

забезпечення діагностичним та лікувальним обладнання, спеціально підготовлений середній медичний персонал та соціальні працівники.

III рівень – третинна або високотехнологічна медична допомога передбачає діагностичні та лікувальні медичні послуги, які недоступні на рівні первинної та вторинної допомоги. Надається за направленням служб вторинної медичної допомоги.

13. Медичні заклади, що надають допомогу дитячому населенню.

Медична допомога дітям ґрунтується на загальних принципах організації лікувально-профілактичної допомоги, має виражену профілактичну спрямованість. Включає V і VI етапи медичної допомоги матерям і дітям:

– V етап – охорона здоров'я дітей дошкільного віку, здійснення профілактичних заходів.

– VI етап – охорона здоров'я дітей шкільного віку.

Основні принципи надання амбулаторно-поліклінічної допомоги:

1) безкоштовне, систематичне, кваліфіковане, доступне, лікарське, фельдшерське, сестринське спостереження за здоровими дітьми;

2) первинна і вторинна профілактика захворювань;

3) раннє виявлення та своєчасне лікування хворих дітей;

4) реабілітація хворих;

5) просвітницька робота з питань виховання здорової дитини, забезпечення її нормального фізичного та психічного розвитку.

Першою ланкою надання допомоги дітям і підліткам є дитяча поліклініка. **Завдання дитячої поліклініки:**

1. проведення профілактичних заходів:

– антенатальна охорона плода;

– профілактичні огляди дітей;

– диспансерне спостереження;

– профілактичні щеплення за календарем;

– контроль роботи молочної кухні та пунктів роздачі дитячого харчування;

– санітарно-освітня робота серед батьків і дітей;

2. лікувально-консультативна допомога дітям:

– надання допомоги вдома і в поліклініці;

– вчасне направлення дітей на лікування до стаціонарних відділень лікарень;

– відбір дітей для лікування та навчання в спеціальних дошкільних і шкільних закладах;

3. протиепідемічні заходи:

– виявлення дітей на інфекційні захворювання;
– ізоляція хворих дітей;
– направлення на стаціонарне лікування до інфекційних лікарень;

– направлення до регіонального центру ГЗ екстреного повідомлення ;

– планування та проведення щеплень;

4. лікувально-профілактичні заходи в дитячих дошкільних закладах і школах;

5. правовий і соціальний захист дітей;

6. організаційно-методична робота.

У дитячій пооліклініці працює кабінет здорової дитини. Створений з метою запобігання контакту здорових дітей, яких привели на плановий огляд або вакцинацію з хворими дітьми. Основними завданнями кабінету є: спонукання до здорового способу життя; навчання батьків питанням режиму, годування, фізичного виховання, загартування дитини; санітарна просвіта щодо профілактики захворювань, відхилень у розвитку дитини.

Згідно до норм медичні огляди у дитячій поліклініці здійснюються в такій послідовності:

Діти віком до 1-го року оглядаються педіатром щомісяця, неврологом – двічі на рік, хірургом, ортопедом, офтальмологом, отоларингологом – 1 раз на рік, логопедом та іншими спеціалістами за показаннями.

Діти 2-го року життя: педіатр – 1 раз у квартал, стоматолог – 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями.

Діти 3-го року життя: педіатр – 1 раз у півріччя, отоларинголог, офтальмолог, стоматолог – 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями.

Діти 4-х років: педіатр, стоматолог – 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями.

Діти 5-ти років: педіатр, отоларинголог, офтальмолог, невролог, хірург, ортопед, логопед, стоматолог – 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями.

Діти 6-ти років: педіатр, стоматолог – 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями.

Учні з 1-го - 3-го класів: педіатр, стоматолог – 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями.

Учні 4-го класу: педіатр, стоматолог, офтальмолог, отоларинголог, хірург, ортопед – 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями.

Учні 5–8 класів: педіатр, стоматолог – 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями, підготовка до передачі до підліткового кабінету.

Учні 9-го класу (14 років): педіатр, офтальмолог, отоларинголог, хірург, ортопед, стоматолог – 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями.

Дитяча лікарня є лікувально-профілактичним закладом для дітей до 17 років включно, які потребують постійного (стаціонарного) лікарського догляду, проведення інтенсивної терапії або надання спеціалізованої допомоги.

Основні напрямки роботи лікарні:

1. Відновлювальне лікування, яке включає діагностику захворювання, лікування, невідкладну терапію і реабілітацію.

2. Апробація та впровадження в практику охорони здоров'я сучасних методів лікування, діагностики та профілактики, заснованих на досягненнях медичної науки і техніки.

3. Створення лікувально-охоронного режиму.

4. Проведення протиепідемічних заходів та профілактика внутрішньолікарняної інфекції.

5. Проведення санітарно-освітньої роботи.

6. Підвищення якості лікувально-профілактичної допомоги

Дитячі лікарні поділяють:

1) за системою організації – самостійні чи об'єднані з поліклінікою;

- 2) за профілем – багатопрофільні та спеціалізовані;
- 3) за категорією, яка залежить від кількості ліжок-місць;
- 4) за адміністративним розподілом – лікарні районного, міського, обласного, загальноукраїнського підпорядкування.

Якщо лікарня є базою кафедри медичного чи науково-дослідного інститутів, її називають клінічною лікарнею. Дитяча лікарня, як і поліклініка, керується принципом послідовності в роботі з іншими лікувально-профілактичними закладами.

14. Профілактична спрямованість роботи медичних закладів, що надають допомогу дітям

Профілактична робота медичних закладів, що надають допомогу дітям направлена як на захворювання інфекційної так і неінфекційної етіології.

Головним заходом у боротьбі з дитячими інфекціями є проведення активної імунізації. Профілактичні щеплення - основний фактор у боротьбі з контрольованими інфекціями.

З метою утворення специфічного імунітету застосовуються такі вакцинні препарати:

Живі вакцини – це препарати, які містять живі ослаблені збудники хвороб, але із здатністю викликати імунітет. Використовують для профілактики туберкульозу, кору, поліомієліту, грипу.

Убиті вакцини – це препарати, що являють собою суспензію вбитих мікробів. Використовують для профілактики кашлюка, черевного тифу, холери.

Хімічні вакцини – це препарати, які містять тільки ті антигени, на введення яких утворюються антитіла. Приклад – вакцина проти черевного тифу і паратифу А і В.

Анатоксини – це екзотоксини мікробів, які зберігають антигенні та імуногенні властивості. Використовують для профілактики дифтерії, правця, ботулізму.

Вакцинація, яка проводиться за календарем щеплень називається **обов'язковою** (рис. 3). Вакцинація, яка проводиться у відповідності з епідпоказниками називається **необов'язковою**. Організація щеплень здійснюється дитячою поліклінікою. Вакцинацію проводять у кабінетах імунопрофілактики дитячої поліклініки. **Щеплення проводять лише здоровим дітям**, у них післявакцинальні реакції практично не виражені або слабовиражені. Дітей з відхиленнями в стані здоров'я, відносять до групи ризику з можливими патологічними реакціями та ускладненнями на щеплення. Таких дітей щеплюють по індивідуальному графіку згідно календаря щеплень на фоні

спеціальної підготовки амбулаторно або в умовах стаціонарного відділення.



Рис. 3 Календар профілактичних щеплень

Тенденція до зниження вакцинації дітей створює умови для активації епідемічного процесу та призводить до зростання захворюваності. В цих умовах діти зі зниженою імунологічною неприйнятністю, мають високий ризик захворіти інфекціями з тяжким перебігом та важкими наслідками. Забезпечення проведення активної імунізації кожній дитині створює високий колективний імунітет до контрольованих інфекцій.

До профілактики захворювань неінфекційної етіології належить дотримання режиму дня, дотримання правильного харчування, фізичної активності, зниження впливу стресів і напруження в шкільному оточенні і сім'ї, недопущення формування шкідливих звичок у дітей і підлітків.

15. Формування поведінки, що підтримує здоров'я

Формування здорової поведінки – це формування здорового способу життя у дітей і підлітків. **Здоровий спосіб життя (за ВООЗ)** – це оптимально якісне життя, яке визначається мотивованою поведінкою людини, спрямованою на збереження і зміцнення здоров'я, в умовах впливу на нього природних і соціальних факторів навколишнього середовища. Його ціль – формування гігієнічного поводження населення, що базується на наукових, санітарно-гігієнічних нормативах, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я. ЗСЖ передбачає позитивне ставлення до здоров'я як окремої людини, так і суспільства в цілому і забезпечує активне довголіття при високому рівні здоров'я і працездатності.

Формування ЗСЖ базується на основних принципах: науковість і правдивість; диференційованість і цілеспрямованість; масовість; систематичність, послідовність; актуальність; доступність; оптимістичність.

Іранські дослідники виділили дев'ять головних складових нашого способу життя, що впливають на здоров'я:

- раціон та індекс маси тіла;
- фізичні вправи;
- сон;
- статеве життя;
- шкідливими звички (куріння, алкоголь тощо);
- самолікування;
- застосування сучасних технологій;
- відпочинок;
- навчання (розумовий розвиток).

Систематичне планування цих факторів на мікро- і макрорівнях допоможе забезпечити ЗСЖ кожного індивідуума і соціуму загалом.

Можна виділити такі основні напрямки діяльності щодо здорового способу життя: 1) оптимізація фізичної активності; 2) оптимізація харчування; 3) обмеження шкідливих звичок.

Діти й підлітки у віці 5–17 років повинні приділяти фізичній активності від помірної до високої інтенсивності не менше 60 хв. в день. Фізична активність тривалістю більше 60 хв. у день принесе додаткову користь для їхнього здоров'я. Для розвитку скелетно-м'язової системи зазначеної вікової групи, слід займатися фізичною активністю мінімум три рази на тиждень.

Практика здорового харчування починається на ранніх стадіях життя – грудне вигодовування сприяє здоровому росту, поліпшує когнітивний розвиток і може забезпечити користь для здоров'я в тривалій перспективі (знизити ризик появи надлишкової ваги й ожиріння й розвитку НІЗ пізніше в житті). Енергія (у калоріях), яка надходить в організм з їжею, повинна бути врівноважена з енергією, яка витрачається. Ця закономірність особливо важлива для дитячого і підліткового організму.

Експертами Гарвардської школи громадського здоров'я розроблена «Тарілка здорового харчування». Це керівництво для здорового, збалансованого харчування, яке подане у формі простого та зрозумілого мадюнка (рис.4).



Рис. 4. Тарілка здорового харчування

Відповідно до рекомендацій сумарне споживання жирів не повинно забезпечувати більше 30 % від усієї спожитої енергії, щоб уникнути нездорового набору маси тіла. Одним із проявів здорового харчування є обмеження надходження в організм вільних цукрів та солі. Також існує ряд продуктів, від вживання яких краще відмовитися взагалі: чіпси, сухарики зі смаковими добавками; ковбасні та копчені продукти; будь-які напівфабрикати і фастфуд; гострі і дуже пряні вироби; консерви, спеції і багато солі; всі без винятку газовані напої.

16. Система профілактичної освіти учнів

Здоров'язбережна компетентність – це здатність людини планувати і реалізовувати свою життєдіяльність у спосіб, сприятливий для здоров'я і безпеки самої людини та її соціального оточення. Її набувають через формування сприятливих для здоров'я знань, умінь, ставлень. У сучасному світі розвиток здоров'язбережної компетентності дедалі частіше відбувається через упровадження превентивної освіти.

Превентивна освіта – це комплексний цілеспрямований вплив на особистість у процесі її динамічної взаємодії із соціальними інституціями, спрямований на фізичний, психологічний, духовний, соціальний розвиток особистості, формування в неї відповідальної поведінки, імунітету до можливих негативних впливів соціального оточення; профілактику чи корекцію негативних проявів поведінки.

Рекомендації щодо здорового способу життя мають тисячолітню історію, але узгоджені рамки системних дій держав із реалізації превентивної освіти були сформовані лише у 2000-му році. На Всесвітньому форумі з освіти, що відбувся в Дакарі у квітні 2000 року, міжнародне співтовариство підтвердило свою головну мету – забезпечення якісної базової освіти для всіх. Відповідно до Дакарських рамок дій мають бути забезпечені: 1. водопостачання і належні санітарно-гігієнічні умови; 2. доступ до служб охорони здоров'я і харчування; 3. політика і кодекси поведінки, які сприяють поліпшенню фізичного, психосоціального й емоційного стану викладачів і учнів; 4. зміст і практика освіти, яка сприяє засвоєнню знань, соціальних установок, цінностей і життєвих навичок, потрібних для зміцнення самоповаги, здоров'я і особистої безпеки.

Підвищенню ефективності превентивної освіти сприяє впровадження її елементів у різні навчальні дисципліни і створення міжпредметних зв'язків. Однак головна роль у шкільній превентивній освіті в Україні належить навчальному предмету «Основи здоров'я».

Основні терміни

Аборт – переривання вагітності впродовж перших її 22 тижнів.

Аутоімунні захворювання – хвороби, за яких імунітет активується проти клітин і тканин власного організму.

Безпліддя – втрата репродуктивної здатності фізіологічно зрілим організмом.

Вагітність – фізіологічний період, розвитку зародка від зачаття до народження.

Екзотоксини – група токсичних речовин білкової природи, що виробляються патогенними мікроорганізмами та виділяються в довкілля.

Екстрагенітальні патології – група різноманітних синдромів та станів вагітної, які не являються гінекологічними захворюваннями та акушерськими ускладненнями вагітності.

Жіноча консультація – це амбулаторно-поліклінічний лікувально-профілактичний заклад, основним завданням якого є надання жіночому населенню амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги.

Контрацепція – процес запобігання вагітності, шляхом використання протизаплідних засобів.

Менопауза – період жіночого життя, що характеризується зниженням продукції естрогенів яєчниками, зупинкою менструації, втратою фертильності.

Перинатальний центр – це клініка широкого профілю, у якій проводиться консультація, лікування та реабілітація вагітних, породіль, а також новонароджених дітей.

Планування сім'ї (ПС) – це комплекс медикосоціальних заходів, спрямованих на зниження захворюваності, збереження здоров'я жінок, запобігання небажаній вагітності, забезпечення оптимальних інтервалів між пологами, кількості дітей у сім'ї, попередження занадто ранніх, пізніх, частих пологів, профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСП), ВІЛ.

Пологовий будинок – лікувально-профілактичний заклад, що забезпечує надання всіх видів кваліфікованої акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам, а також медичної допомоги новонародженим.

Превентивна освіта – це комплексний цілеспрямований вплив на особистість у процесі її динамічної взаємодії із соціальними інституціями, спрямований на фізичний, психологічний, духовний, соціальний розвиток особистості, формування в неї відповідальної поведінки, імунітету до негативних впливів соціального оточення.

Репродуктивна мотивація – психічний стан особистості, що спонукає індивіда до досягнення особистої мети економічного, соціального і психологічного характеру через народження певної кількості дітей.

Репродуктивна система – система статевих органів, яка відповідає за функцію розмноження організму..

Репродуктивна установка – психічний регулятор поведінки, схильність особистості, що визначає узгодженість різного роду дій, обумовлених позитивним чи негативним відношенням до народження певної кількості дітей.

Репродуктивне здоров'я – це стан фізичного, розумового і соціального благополуччя, що характеризує здатність до зачаття і народження дітей; можливості сексуальних стосунків без загрози захворювань, що передаються ЗПСШ; безпечної вагітності, пологів, виживання і здоров'я дитини; благополуччя матері; можливості планування наступних вагітностей.

Репродуктологія – це область медицини, яка займається вивченням нормальної репродуктивної функції людини, її патологічних станів, що призводять до безпліддя.

Хоспіс – це спеціалізований заклад, стаціонарного типу, який надає багатoproфільну допомогу паліативним хворим.

Питання до самоконтролю

1. Які захворювання найчастіше зустрічаються у жінок?
2. Дайте визначення поняттю «аборт». Які види абортів бувають?
3. Які чинники і як впливають на стан здоров'я жіночого населення України?
4. Як надається акушерсько-гінекологічна допомога жінкам на різних рівнях?
5. Назвіть основні завдання жіночої консультації та пологового будинку.
6. Дайте визначення «репродуктивне здоров'я».
7. Які існують проблеми репродуктивного здоров'я?
8. Дайте визначення поняттям «материнська смертність», «малюкова смертність».
9. Дайте визначення поняттям «репродуктивна установка», «репродуктивна мотивація».
10. Які існують грипи репродуктивної мотивації?
11. Які аспекти проявляють репродуктивну установку?
12. Які існують види контрацепції?
13. Як соціально-економічні фактори впливають на репродуктивне здоров'я?
14. Які групи здоров'я визначають у дітей і підлітків?
15. Які захворювання найчастіше діагностують у дітей і підлітків в Україні?
16. Назвіть основні завдання дитячої поліклініки і дитячої лікарні.
17. Які основні методи профілактики захворювань інфекційної та неінфекційної етіології?

Список літератури

1. Безрукова О. Н. Репродуктивныe мотивации женщин / Социологические исследования, 2001, – №11. – С. 122-124.
2. Богатирьова Р. В. Система охорони здоров'я населення в Україні // Здоров'я жінок та дітей в Україні / [Р. В. Богатирьова, Б. М. Ворник, Т. К. Іркіна та ін]. – К. : Програма розвитку ООН, 2007. – С. 38–48.
3. Довідник з питань репродуктивного здоров'я / Під редакцією проф. Гойди Н. Г. – К. : Видавництво Раєвського, 2004. – 128 с.
4. Здоров'я дітей та жінок в Україні. – К.: ПРООН, 2007. – 152 с.
5. Історичні аспекти реалізації принципів державного управління в галузі охорони здоров'я / В. М. Ключко // Держава та регіони. – 2010. – № 3. – С. 213–217.
6. Концепція державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006—2015 роки»
<https://www.kmu.gov.ua/npas/61854426>
7. Наказ МОЗ України № 417 від «Про »
<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11#Text>
8. Педіатрія : підручник для студ. вищих мед. навч. Закладів IV рівня акред. / за ред. проф. О. В. Тяжкої. – Вид. 5-те. випр. та допов. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 1152 с.
9. Планування сім'ї : навч. посіб. / за ред. Н. Я. Жилки, І. Б. Вовк. – 3-тє вид., допов. – Київ, 2010. – 300 с.
10. Центр громадського здоров'я МОЗ України. [Електронний ресурс] : вебсайт. Режим доступу : <https://www.phc.org.ua/>

Навчальне видання

Методичні вказівки
до проведення практичних занять
з теми **«Проблеми жіночого і дитячого здоров'я.
Репродуктивне здоров'я»**
із дисципліни «Пропедевтика громадського здоров'я»
для студентів спеціальності 229 «Громадське здоров'я»
денної форми навчання

Відповідальний за випуск В. А. Сміянов
Редактори:
Комп'ютерне верстання С. М. Півень

Підписано до друку, поз. .
Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. . Обл.-вид. арк. 19,5. Тираж пр. Зам. №
Собівартість видання грн к.

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.