

в мережі Facebook. Про це свідчать показники сторінки Центру – за останні місяці роботи, створено понад 100 інфографічних тематичних постів у мережі Facebook, не враховуючи пости новин та оголошень. Також, ефективним інструментом донесення інформації є онлайн флешмоби, що надзвичайно популярні серед аудиторії Центру. Так, Центр громадського здоров'я успішно провів протитуберкульозний, імунізаційний, флешмоб, а також акції у підтримку здорового способу життя. Така діяльність в мережі отримує позитивні відгуки у користувачів та публікується засобами масової інформації як така, що має суспільний інтерес та корисність. Слід зазначити, що аудиторія сторінки Центру постійно зростає.

Висновки. Підсумовуючи, варто підкреслити, що конструктивна співпраця суспільства та влади у соціальних мережах дозволяє мобілізувати соціальні ресурси для розв'язання суспільно значущих проблем у загальнодержавному масштабі. Сьогодні співпраця держави та громадськості перестала бути виключно завданням національного рівня, до неї активно долучаються й міжнародні організації, що не тільки сприяє посиленню соціального діалогу в окремих державах, але й дозволяє розбудовувати стабільні відносини між державами на єдиних ціннісних засадах. Вагому роль у підвищенні ефективності цього процесу відіграють соціальні мережі, зокрема мережа Facebook.

*Г.В. Іншакова*

## **Європейський досвід викладання біостатистики в процесі підготовки фахівців громадського здоров'я**

**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна**

**Н**евід'ємною складовою підготовки фахівців в сфері громадського здоров'я є навчальна дисципліна «біостатистика». Нами проаналізовано і узагальнено досвід навчання біостатистиці в європейських медичних університетах.

Навчальні програми з викладання біостатистики безперервно розвиваються і характеризуються низкою ознак і це, перш за все, предметна інтеграція. Головним в навчанні є міждисциплінарний підхід. У Німеччині, наприклад, у списку міждисциплінарних предметів в «Порядку апробації лікарів» включено предмет «Епідеміологія, медична біометрія і медична інформатика». Також застосовується модульна конструкція програми. Вона структурується за змістом і часом в тематичні блоки, які визначають проміжні та кінцеві цілі. В основі цього принципу лежить цілепокладання: цілі визначають тематичні блоки, а не навпаки. Зміст занять розробляється на стику інтегративної взаємодії біостатистики з суміжними предметами. Важливим є те, що теоретичні викладки і статистичні технології пов'язуються з медичними проблемами. В багатьох медичних закладах навчання статистичним методам проводиться на основі публікацій практичних аспектів роботи в медичних журналах. Такий спосіб сприймається як безпосередня клінічна участь і розуміння того, що медичне обслуговування стає на наукову основу. Навчальні програми з біостатистики передбачають різні форми навчання, що включають обов'язкові, обов'язкові за вибором і факультативні навчальні заняття та враховують індивідуальні інтереси студентів. Навчальний план розробляється з дотриманням послідовності в проходженні курсів. Обов'язкові курси за вибором та факультативні, що доповнюють і поглиблюють знання, студенти повинні проходити опанувавши обов'язкову програму. В залежності від змісту і мети навчання застосовується широкий спектр різних видів занять і форм самостійних

занять. У програму, поряд з традиційними лекціями, включено семінари та практичні заняття. Семінар має інтерактивний навчальний формат. Його проведення засноване на проблемно-орієнтованому науковому підході до викладу матеріалу прослуханих лекцій. При цьому очікується, що дидактичний принцип навчальної спіралі створить сприятливі передумови для досягнення ефекту закріплення знань. В практику навчання також увійшли такі сучасні форми як лекції і семінари з вправами, тематичні конференції, гранд-раунди, тобто міжгалузеві конференції, клінічні раунди, командо-орієнтовані форми навчання. Найчастіше такі специфічні форми навчання задіяні в системі післядипломної освіти та при підготовці наукових співробітників.

У структурі навчального процесу також застосовуються аудиторні та електронна форми навчання. Електронні навчальні матеріали використовуються або як доповнення до аудиторних занять (концепція підвищення якості), або як частина аудиторного навчання (змішана концепція навчання). На інтернет-сайтах розміщуються різні навчальні матеріали за окремими блоками, передбаченими програмами, зокрема тексти лекцій, статистичні завдання і питання для самостійної оцінки знань, глосарії термінів біостатистики, перелік рекомендованої літератури тощо. Розширюється сфера використання віртуальної форми навчання.

Система контролю успішності студентів передбачає контроль засвоєння матеріалу на заняттях та при завершенні навчання в межах предметів, включених до складу модуля. Проміжний контроль здійснюється на основі регулярних письмових тестів, оцінки виступів в дискусіях, з доповідями, підготовлених рефератів тощо. Деталізація організаційних питань іспиту за профілем предмету здійснюється безпосередньо в навчальному закладі. Наприклад, в Ганноверській медичній вищій школі передбачено три окремих письмових тести:

«Епідеміологія», «Медична біометрія», «Медична інформатика». На підставі оцінок всіх трьох тестів розраховується середній бал в тому випадку, якщо кожен з трьох тестів оцінений не нижче, ніж «задовільно». Систематичний контроль і система допуску до подальших занять, що враховує рівень засвоєння матеріалу, змушує студентів ретельно займатися протягом усього навчального періоду, а не тільки перед іспитами.

Система кредитів виступає як багатофункціональний інструмент навчання. Кредити оцінюються як міра трудовитрат студента (аудиторні заняття, самостійна підготовка і час, необхідний на тестування успішності), так і як система накопичення кредитів, що стимулює студентів до занять протягом всього семестру, щоб набрати необхідну кількість кредитів і бути допущеним до іспиту.

Навчальні програми також передбачають мобільність навчального процесу. В електронній формі студенти інформуються про дати, теми і місце проведення занять, за своїм кодом вони отримують персональні відомості про результати іспитів. Система обов'язкової попередньої реєстрації створює передумови

для відносної гнучкості у виборі термінів відвідування занять і складання іспитів.

Безпосередні виконавці навчального процесу на основі регламентацій основних напрямів діяльності можуть конкретизувати програми, їх обсяг і терміни навчання. Внаслідок цього є відмінності в змісті програм, навчального навантаження і часу проведення курсів. Програми підготовки фахівців громадського здоров'я з біостатистики проводяться декількома циклами в межах V–IX семестрів. Наприклад, в медичному університеті м. Відень на викладання біостатистики, клінічної епідеміології та медичної інформатики виділено 212 академічних годин, в м. Інсбрук – 95, м. Берлін – 290, м. Гейдельберг – 60 академічних годин.

Таким чином, підготовці фахівців громадського здоров'я з біостатистики в медичних університетах Європи приділяється належна увага та виділено достатньо академічних годин. Навчальні програми з цього предмету спрямовані на міжпредметну інтеграцію, мають модульну конструкцію, включають як обов'язкові так і заняття за вибором та факультативні, різноманітні форми навчання та кредитну систему, передбачають мобільність навчання.

*С.С. Касинець*

## **Особливості психічного здоров'я військовослужбовців як проблема системи громадського здоров'я**

**ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна**

**П**роблема психічного здоров'я військовослужбовців в останні роки набула актуальності у зв'язку з агресією на Сході України, яка призводить до збільшення кількості учасників бойових дій. Разом із бойовим досвідом, вони отримують не тільки фізичні, але й психологічні травми. Демобілізовані учасники АТО починають відчувати труднощі у процесі адаптації до мирного життя. Тому виникає потреба у якомога ранній діагностиці, пошуку ефективних шляхів адаптації та соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, що побували в районі збройних конфліктів.

Мета роботи – вивчити особливості психічного здоров'я учасників АТО.

Матеріали та методи: на базі обласної МСЕК Полтавського обласного Центру МСЕ було опитано практичним психологом 225 хворих, серед них було 60 учасників АТО, 38 учасників бойових дій в Афганістані, 39 ліквідаторів ЧАЕС та 88 хворих з загальним захворюванням. Використовували шкалу госпітальної тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), яка має дві підшкали для окремої оцінки тривоги (HAS) та депресії (HDS). При інтерпретації даних

враховувався сумарний показник: 0–7 балів – норма, 8–10 – субклінічно виражена депресія/тривога, понад 11 балів – клінічно виражена депресія/тривога.

Результати: серед 60 опитаних учасників АТО у 6 чоловік було встановлено ступінь втрати працездатності без ознак інвалідності та 54 особи було визнано інвалідами, серед яких III група інвалідності у 33 учасників АТО та II група – у 21 особи. У 34% учасників АТО, серед яких було встановлено ступінь втрати працездатності, сумарний бал за шкалою HAS складав 8–10 балів без клінічних проявів. У 12% учасників АТО, яких було визнано інвалідами III групи, та у 33%, яких було визнано інвалідами II групи, сумарний бал за шкалою HADS складав  $\geq 11$  балів з перевагою балів за шкалою тривоги (HAS). А у 42% учасників АТО з III групою інвалідності та у 38% з II групою, сумарний бал за шкалою HADS складав 8–10 балів.

Висновки: аналіз отриманих даних свідчить про значну (45%) поширеність тривоги серед учасників АТО, яку вони дуже часто не помічають. Але якщо їм вчасно не допомогти, то війна для них не закінчиться ніколи. Відповідно всім учасникам АТО необхідна консультація психолога та заходи соціально-психологічної реабілітації.