

Міністерство охорони здоров'я України
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

Заремба Наталія Ігорівна

УДК 614.2+614.271+615.1)-058-053.81(477)

ДИСЕРТАЦІЯ

**СОЦІАЛЬНО-ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ
МОДЕЛІ ЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ ДЛЯ МОЛОДІ**

15.00.01 - Технологія ліків, організація фармацевтичної справи
та судова фармація
022 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата фармацевтичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Н. І. Заремба

Науковий керівник: Зіменковський Андрій Борисович, Заслужений діяч науки і
техніки України, доктор медичних наук, професор

Львів – 2020

АНОТАЦІЯ

Заремба Н. І. Соціально-фармацевтичне обґрунтування моделі лікової політики для молоді. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата фармацевтичних наук за спеціальністю 15.00.01 «Технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація» (022 – Охорона здоров'я). – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, МОЗ України, Львів, 2020. Дисертаційна робота захищається в спеціалізованій вченій раді Д 35.600.02 при Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького, МОЗ України, Львів, 2020.

Дисертація присвячена вирішенню актуальної наукової задачі щодо обґрунтування й покращення якості здоров'я і медичної допомоги та фармацевтичної опіки шляхом розробки соціально-фармацевтичної моделі «Програма лікової політики для молоді в охороні здоров'я України».

Метою дослідження було розробити та науково обґрунтувати модель лікової політики для молоді в ОЗ України.

Для досягнення мети дослідження проведено аналіз вітчизняних та міжнародних джерел релевантної наукової інформації щодо стану здоров'я студентів медиків і фармацевтів та процесу спостереження за ним через моніторингові технології; медичних програм, пов'язаних із ліками; досліджено захворюваність та інвалідизацію здобувачів вищої медичної й фармацевтичної освіти на до- та післядипломному рівні в ЛНМУ; вивчено думку студентів медичних та фармацевтичних факультетів, слухачів післядипломної підготовки щодо медикаментозного самолікування (С) та оцінки власного стану здоров'я; проведено аналіз нозологій та ліків, що при них застосовуються здобувачами вищої медичної / фармацевтичної освіти на до- та післядипломному етапі; здійснено аналіз чинних міжнародних та вітчизняних програм, пов'язаних із використанням лікарських засобів (ЛЗ); опрацьовано інноваційно-фармацевтичну складову моделі лікової політики для молоді в охороні здоров'я (ОЗ) України; розроблено соціально-фармацевтичну модель лікової політики

для молоді в ОЗ України із визначенням ролі клінічного провізора (КП) в її реалізації.

Для вирішення поставлених завдань була сформована програмно-цільова структура дослідження, згідно якої робота виконувалась у 7 етапів. Для кожного етапу були окреслені завдання та методи: системного підходу та аналізу, бібліосемантичний, контент-аналізу, соціологічний, клініко-фармацевтичний, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання, експертних оцінок.

Результати проведеного дослідження підтвердили нашу наукову гіпотезу, засвідчивши вагомість нового вирішення важливої науково-практичної задачі щодо зниження рівня безвідповідального самолікування серед молоді України, що можливе при використанні опрацьованої нової моделі оптимізації лікової політики для молоді у форматі галузевої програми.

Результати комплексного вивчення показників захворюваності, інвалідизації та стану динамічного спостереження здобувачів вищої медичної освіти засвідчили: $11,30 \pm 0,62$ % від загального числа усіх студентів медичних факультетів ЛНМУ ім. Данила Галицького зараховано до 3-ї групи динамічного спостереження (хворих на хронічну патологію, які потребують лікування); $5,40 \pm 0,44$ % від всіх досліджуваних мають встановлену групу інвалідності. З-поміж усіх хронічних нозологій, що потребують фармакотерапії (ФТ), у студентів-медиків найчастіше діагностуються хвороби нервової системи ($23,9 \pm 2,9$ випадків на 1000 студентів), органів травлення ($20,0 \pm 2,8$ випадків на 1000 студентів) та ендокринної системи, розлади харчування і порушення обміну речовин ($15,4 \pm 2,4$ випадків на 1000 студентів).

Вивчення думки респондентів щодо власного стану здоров'я, ризиків погіршення здоров'я та можливості отримання кваліфікованої допомоги встановило, що найбільшу шкоду здоров'ю наносить тютюнокуріння (вважають $98,14 \pm 0,60$ % опитаних), вживання наркотиків ($94,97 \pm 0,9$ %) та алкоголю ($94,00 \pm 1,06$ %), тоді як зловживання ліками серед усіх чинників

негативного впливу на здоров'я було винесено на останнє місце ($80,42 \pm 1,77\%$), що свідчить про низьку фармацевтичну освіченість молоді.

Серед негативних чинників, які найбільше впливали на здоров'я студентів, на їх думку, були порушення режиму харчування, стресові ситуації та психоемоційна напруга, тоді як чинник «Зловживання ліками» за сумою середніх балів був лише на 13 місці серед усіх чинників, що свідчить про повне неусвідомлення та недооцінку небезпеки зловживання ліками опитуваної молоді.

Результати оцінки поведінки студентської молоді щодо ліків та медикаментозного самолікування показали, що у всіх здобувачів аналізованих закладів освіти встановлено в середньому як мінімум одноразове в рік неконтрольоване приймання лікарських засобів, що підтверджує наявність проблеми безвідповідального самолікування у середовищі майбутніх лікарів.

З'ясовано перелік ліків, які респонденти приймали впродовж останнього місяця у форматі самолікування, з яких найчастіше застосовувались ненаркотичні анальгетики, вітаміни та спазмолітичні засоби. Доведено ($p < 0,05$) наявність прямого кореляційного зв'язку між частотою самолікування у студентів-медиків та вживанням наступних ЛЗ: еутирокс ($r = +0,17$), налгезін ($r = +0,14$), панкреатин ($r = +0,14$), фестал ($r = +0,14$), аскорутин ($r = +0,13$), мезим ($r = +0,11$), копацил ($r = +0,10$).

Створений клініко-фармацевтичний додаток «Тест сумісності лікарських засобів» на базі операційної системи Android для мобільних пристроїв призначений для перевірки знань щодо сумісності ЛЗ та окремих аспектів дієти і поведінкових звичок. Дизайн додатку визначається як «Quiz» (вікторина), суть якої полягає в опитуванні користувача у вигляді текстових і/або графічних завдань та вибором відповіді з кількох можливих варіантів. Далі, на основі кількості правильних відповідей, обчислюється загальний результат тестування. Клініко-фармацевтичний додаток може бути завантажений за допомогою Play Market безпосередньо будь-яким користувачем мобільних пристроїв під керуванням операційної системи Android версії 4.1.0 (API level

16) або новішої, окрім "розумних" годинників, телевізорів та автомобілів, і він є безоплатним та вільним для розповсюдження. Такий вибір дозволяє охопити приблизно 84 % усіх мобільних пристроїв. Тестування проводиться шляхом показу екранів із назвою та коротким описом ЛЗ, а також пропозицією обрати з 4-х ЛЗ один сумісний або несумісний медикамент. Коли користувач натискає кнопку «Далі», додаток вказує на правильність або хибність вибору користувача з коротким поясненням, після чого переходить до наступного запитання. Якщо ж користувач обере кнопку «Закінчити», додаток відобразить, чи правильно користувач відповів на запитання, після чого припинить тестування та покаже його підсумки. Підсумковий результат тестування вважається позитивним, якщо користувач обрав правильні варіанти відповіді на $\frac{1}{2}$ чи більше запитань. Даний додаток схвалений експертами з користувачів. Гнучкий для доповнення і змін цей додаток як симулятор фармацевтичної опіки, є важливим інноваційним методом впливу на поведінку студентів щодо ліків, який дозволяє оперативно попередити ускладнення медикаментозного самолікування.

Розроблена та впроваджена модель оптимізації лікової політики молоді має передбачене функціонально-організаційне удосконалення та міждисциплінарний підхід із комплаєнсом медиків, фармацевтів та викладачів, її впровадження має привести до зниження рівня безвідповідального самолікування, чим попередити ризик ускладнень фармакотерапії.

Опрацьована соціально-фармацевтична модель «Програма лікової політики для молоді в охороні здоров'я України» базується на 4-х основних напрямках. І. Нормативно-організаційний напрямок, що включає створення незалежної клініко-фармацевтичної служби, яка буде проводити постійний моніторинг роботи моделі з правом клопотання перед уповноваженими на це органами про адміністративну відповідальність за невиконання чи порушення вимог програми на місцевому, регіональному і національному рівнях; впровадження на рівні держави комплексу необхідних нормативно-правових документів для створення, функціонування, проведення клініко-

фармацевтичної служби аналітики лікової політики в ОЗ; розробка правил, стандартів, рекомендацій відповідального С та подальшої фармацевтичної опіки (ФО) й нагляду; створення єдиного державного офіційного веб-сайту з наданням йому правового статусу з метою постійного відстеження та аналізу випадків неконтрольованого С, особливо з негативними наслідками.

II. Навчально-методичний – передбачає організацію підготовки спеціалістів усіх рівнів щодо впровадження та реалізації моделі; введення в плани підготовки медичних / фармацевтичних фахівців тем із лікової політики та продовження розвитку ФО; започаткування щорічних науково-практичних конференцій з актуальних проблем та обміну досвідом щодо лікової політики в ОЗ.

III. Фінансовий напрямок, основою якого є визначення джерел та раціонального розподілу фінансування для впровадження та реалізації моделі на всіх її рівнях і етапах.

IV. Інформаційний – можливий при реалізації 2-х його складових: соціально-інформаційної та інноваційно-фармацевтичної.

Соціально-інформаційна складова включає організацію єдиної інформаційної мережі державної бази даних із реєстрації випадків безвідповідального С із негативними наслідками та їх детальним описом і аналізом; запровадження випуску періодичного інформаційного бюлетеня щодо аналізу випадків безвідповідального С та ознайомлення з новітніми технологіями з питань лікової політики, в першу чергу, в електронному форматі. До інноваційно-фармацевтичної складової входить розробка рекомендацій щодо дій медичного / фармацевтичного працівника з метою попередження неконтрольованого безвідповідального С; впровадження та пропагування на всіх рівнях надання медичної допомоги та ФО мобільного додатку «Тест сумісності ЛЗ», при чому, не лише для молоді, але й із залученням населення інших вікових груп.

Критеріями якості нашої програми передусім мають бути зниження частоти звернень за медичною допомогою після С та зменшення числа безвідповідальних С, що можна проконтролювати, зокрема, за допомогою періодичного соціологічного опитування молоді та інформації на державному веб-сайті для постійного моніторингу та аналізу випадків неконтрольованого та

безвідповідального С і його наслідків. Ключовим показником ефективності цієї моделі на рівні надання первинної медичної допомоги може стати зростання числа звернень до лікаря загальної практики / сімейної медицини на ранніх стадіях. На нашу думку, найбільш інформативним критерієм ефективності програми є можливе зменшення реалізації безрецептурних ЛЗ в аптечних закладах та консультацій у фармацевтичних працівників щодо їх придбання. Останнє можна проконтролювати через добросовісне внесення кожним фармацевтичним працівником цих даних у спеціально створену електронну базу даних.

Запропонована модель відповідає 3-м основним вимогам сьогодення: конкретності, визначеності в часі та реальності, й може, на нашу думку, бути використаною для покращення якості й безпеки медикаментозного лікування та підвищення відповідальності при самолікуванні молоддю України.

Таким чином, впровадження розробленої нами моделі актуалізує проблему інформатизації системи та оцінки якості постійно зростаючих медичних та фармацевтичних інформаційних потоків, а введення в практику мобільного додатку «Тест сумісності лікарських засобів» вважаємо своєчасною та важливою інновацією, яка допоможе в реалізації моделі.

Ключові слова: поведінка молоді щодо ліків, лікова політика, якість здоров'я, організація надання медичної допомоги, фармацевтична опіка, самолікування.

ANNOTATION

Zaremba N. I. Socio-pharmaceutical substantiation of the drug policy for young people. – A qualifying scientific work on a manuscript basis.

Thesis for the academic degree of candidate of pharmaceutical sciences, specialty 15.00.01 «Drug technology, organization of pharmaceutical business and forensic pharmacy» (022 – Health Care). – Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ministry of Health Care of Ukraine, 2020. The dissertation is defended at the specialized academic council D 35.600.02 on the basis of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ministry of Health Care of Ukraine, 2020.

The dissertation is dedicated to the solution of the actual scientific problem concerning the feasibility and optimization of life quality improvement and pharmaceutical care (trusteeship) by means of elaboration of the socio-pharmaceutical model of the «Programme of the drug policy for young people in Health Care of Ukraine». The goal of the research was to elaborate the scientifically grounded model of the drug policy for young people in Health Care of Ukraine.

To achieve the goal of research the analysis of the national and foreign sources of relevant scientific information concerning the state of health of medical and pharmaceutical students and the process of control after it, by using the monitoring technologies, as well as the medical programmes linked with drugs, was carried out; the morbidity and invalidism of the applicants of higher medical and pharmaceutical education on pre- and postgraduate level in LNMU was studied; the opinions of medical and pharmaceutical students, the postgraduate students as to self-pharmacotherapy (medicamentous self-treatment) (S) and the value of their own state of health were investigated; the analysis of nosologies and drugs that are used, in their presence, by the applicants of higher medical and pharmaceutical education on pre- and postgraduate stage was conducted; the analysis of the existing international and national programmes connected with the use of medical preparations (MP) was actualized; the innovative-pharmaceutical constituent of drug policy model for young people in Health Care (HC) of Ukraine was worked up; the role of the clinical dispensing chemist (CDP) in its implementation is defined.

To solve the assigned tasks, the programme – special-purpose structure of research was formed, in accordance with it, the work was carried out in 7 stages. For each stage, the tasks and methods were drawn out: the systemic approach and analysis, bibliosemantic, content-analysis, sociological, clinico-pharmaceutical, medico-statistic, structural-logical analysis, conceptual modeling, expert evaluations.

The results of the pursued research have confirmed our scientific hypothesis, certifying the significance of a new decision of the scientific-and-practical tasks concerning the decrease of the irresponsible self-treatment among the young people of Ukraine. This is possible in using the worked-out new model of optimization of drug policy for young people in the format of branch programme.

The results of the complex research of the morbidity indices, invalidism (disability) and the state of dynamic supervision of the applicants of higher medical education have certified: $11,30 \pm 0,62$ % out of the total number of students were enlisted to the 3-rd group of dynamic supervision (the patients with chronic pathology who need a treatment), $5,40 \pm 0,44$ % out of all the students of the medical faculties of Danylo Halytsky LNMU who have the established group of disability. Among all chronic nosologies, that need pharmacotherapy (Pharm.T), the medical students were quite often diagnosed with: the diseases of the CNS (central nervous system) ($23,9 \pm 2,9$ cases per 1000 students), organs of the digestive system ($20,0 \pm 2,8$ cases per 1000 students) and organs of the endocrine system, nutritional disorders and metabolic disturbances ($15,4 \pm 2,4$ cases per 1000 students).

While studying the opinions of the respondents concerning their own state of health, risks of worsening of health and possibilities to receive a qualified aid, it was determined that the largest harm to health is made by smoking (a group judgement among those asked $98,14 \pm 0,60$ %), narcotic addiction ($94,97 \pm 0,9$ %), and consummation of alcohol ($94,00 \pm 1,06$ %), whereas the drug abuse, among the factors that negatively influence on health, occupies the last place ($80,42 \pm 1,77$ %), it testifies that pharmaceutical enlightenment among the young people is rather low.

To their opinion, among the negative factors that influence greatly on health, were the diet regimen irregularities, stress situations and psycho-emotional strain,

while such factor as «Medicine malusage», according to the sum of mean grade, is only on the 13 place among all the factors. This testifies to complete unawareness and underestimation of danger of medicine malusage by the interrogated young people.

The results of the students' behavior evaluation as to medicines and self-pharmacotherapy have shown that in all the applicants from the analyzed higher educational establishments there was, at least, one episode per year, of uncontrolled taking of medicines by them. This confirms the pursuant to the presence of the problem, i.e., irresponsible self-treatment in our midst, and in future physicians in particular.

The list of medications which were taken for the most, as a self-treatment, by the respondents within the last month was ascertained. These were medical preparations from the groups of non-narcotic analgesics, vitamins and spasmolytic drugs.

It was proved ($p < 0,05$) regarding the presence of direct correlative relationship between the self-treatment frequency in medical students and taking the following medical preparations (MP): euthyrox ($r = +0,17$), nalgesin ($r = +0,14$), pancreatinum ($r = +0,14$), festal ($r = +0,14$), ascorutin ($r = +0,13$), mezym ($r = +0,11$), copacil ($r = +0,10$).

The medico-pharmaceutical addendum «Test of drug compatibility» is created on the base of the operative system Android for mobile gadgets. Its designation is in checking the knowledge concerning the drug compatibility and separate diet aspects and behavioral habits. The design of the addendum is defined as «Quiz». Its essence is in questioning the user in the form of textual and/or graphic assignments and in selection of answers out of the several possible options. Later, on the basis of a number of correct answers, the total testing result is calculated. It may be loaded with the help of Play Market by any user of mobile gadgets personally under the guidance of operating system Android version 4.1.0 (API level 16) or newer, excepting «rational» clocks, TV sets and automobiles, and it is a cost-free and free for distribution. Such option makes it possible to embrace 84 % of all mobile gadgets. Testing is performed by means of demonstrating the screen with the name and short description of MP, and suggestion to select one compatible or incompatible medicine

out of 4 MP. When the user presses the button «Next», the addendum indicates the correctness or falseness of user's selection with short explanation, after that comes down to the next question. If the user chooses the button «Complete», the addendum will reflect whether the user's answer is correct and after that it stops the testing and shows its grand total. The concluding evaluation of testing is considered to be positive if the user has selected correct variants on $\frac{1}{2}$ or more questions.

This addendum is approved by experts among users. It is flexible to supplements and changes, this addendum as a simulator of pharmaceutical care, is an important innovative method of influence on the students' behaviour concerning medicaments. The addendum makes it possible to prevent, in time, the complication caused by self-pharmacotherapy.

The elaborated and introduced model of the drug policy optimization of young people has a foreseen functionally-organized improvement and interdisciplinary approach with a compliance of medics, pharmacists and educators/teachers. Its introduction will lead to the reduced level of irresponsible self-treatment and by that prevent the risk of pharmacotherapy complications.

The worked-up socio-pharmaceutical model «Programme of the drug policy for young people in Health Care of Ukraine» is based on 4 main trends of implementation:

I. Normative-organizational trend, that includes the establishing of the independent clinico-pharmaceutical service, which will exercise the constant control after the Model work, with the right to apply to the authorities to bring to account anyone for disturbances or non-compliance with requirements of the Model at local, regional and national levels; introduction of complex of normative legal documents, at state level, for creation, functioning, implementation of clinico-pharmaceutical service analytics of drug policy in HC; working-up the rules, standards, recommendations of responsible S and further pharmaceutical care (PC) and supervision; creation of a single state official website with a good legal standing to constant follow-up and analysis of cases of uncontrollable S with the negative consequences in particular.

II. The educational-and-methodical trend that stipulates the organization of specialists' training at all levels capable to introduce and to implement the Model; introduction of themes into the plans for training of medical/pharmaceutical drug policy specialists and extension of development of PC; launching the annual scientific-practical conferences on actual problems and exchange of experience as to drug policy in HC.

III. The financial trend, the base of which is the determination of the funding sources and rational distribution of finances for introduction and the Model realization at all its levels and stages.

IV. The information trend is possible in case when 2 of its components are implemented, i.e., socio-information and innovation-pharmaceutical ones. The socio-information component includes the organization of the single information network of the state database that will register all cases of irresponsible self-treatment S with negative consequences and their detailed description and analysis; introduction of issue of periodicals (periodical information bulletin) which will deal with the analysis of irresponsible self-treatment cases and familiarization with the latest drug policy technologies, in top-priority electronic format.

The innovative-pharmaceutical component includes the elaboration of recommendations concerning the actions of the medical/pharmaceutical specialist aiming to prevent the uncontrolled irresponsible S; introduction and propaganda, at all levels, the rendering of medical aid and PC of mobile addendum «Test of drug compatibility », not only for young people but attraction of population of other age groups.

As criteria of quality of our programme, first of all, must serve the decrease in searching the medical attention after S and drop in the number of irresponsible S. This may be controlled with the help of periodic sociological questioning of young people and information on the state website for constant monitoring and analysis of cases of uncontrolled and irresponsible S and its consequences. The key index of efficiency of this model, at the level of rendering the initial medical aid, may be the increase in the number of addressing the general practitioner/family medicine on

early stages. To our opinion, the most informative criterion of efficiency of the programme is the possible reduction in dispensing the over-the-counter MP at the drugstores and consultations the pharmacists as to their purchase.

The latter may be controlled due to the voluntary consent of every pharmacist to register these data in the specially created electronic database.

The proposed model responds to 3 fundamental requirements of contemporaneity: specificity, definiteness in time, and reality and, to our opinion, may be used for improvement of quality and safety of pharmacotherapy and increase of responsibility of young people in Ukraine as to self-treatment.

Thus, the introduction of our designed model will bring up to date the problem of informatization of system and quality evaluation of constantly increasing medical and pharmaceutical information flows. We hold reasonable to put into practice the mobile addendum «Test of drug compatibility» which is an opportune and important innovation that will help to implement the model.

Key words: behaviour of young people as to drug policy, drug policy, quality of health, organization of medical care, pharmaceutical care, self-treatment.

Список публікацій

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Заремба Н. І., Гутор. Т. Г., Гупало І. В. Рівні хронічної захворюваності у студентів-медиків за результатами диспансерного спостереження. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2013. № 1. С. 26-30. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kff_2013_1_5
2. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Дослідження стану здоров'я майбутніх лікарів. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2015. № 3-4. С. 30-35. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kff_2015_3-4_7
3. Zaremba N., Zimenkovsky A., Boretska O. Attitude of medical students for taking drugs: Problem of irresponsible self-treatment. *PHARMACIA*. 2015. № 62(3). P. 10-14. URL: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57004757800>
4. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Ставлення до процесу самолікування здобувачів вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (згідно з результатами соціологічного дослідження). *Фармацевтичний часопис*. 2018. № 3. С. 94-99. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Phch_2018_3_15
5. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Аналіз нозологій та ліків, що застосовуються здобувачами вищої медичної освіти у межах самолікування. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2018. Т. 4, № 4. С. 44-49. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/sphhc_2018_4_4_8
6. Zaremba N., Zimenkovskyi A. Informational and educational Internet application, as a form of pharmaceutical intervention in the medication-taking behavior of the applicants of higher medical education. *Annals of Mechnikov Institute*. 2019. № 1. P. 77-80. URL: http://www.imiamn.org.ua/journal/1_2019/PDF/12.pdf

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

7. Рудень В. В., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Про рівні усвідомлення студентами-медиками значимості впливу тютюнопаління та алкоголю на стан

їх здоров'я (за результатами соціологічного дослідження). *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2012 р. «Старіння та здоров'я»*, Київ, 5-6 квітня 2012. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2012. №1 (17). С. 242-243.

8. Ruden V. V, Zaremba N. I., Gutor T. G. O poziomie świadomości i wiedzy studentów medycyny na temat wpływu palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu na ich stan zdrowia. *Materiały IX międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji «Kluczowe aspekty naukowej działalności»*. Pszemyśl, 7-15 stycznia 2013. P. 13-15.

9. Заремба Н. І., Гупало І. В., Гутор. Т. Г. Про рівні неінфекційної захворюваності студентів ЛНМУ імені Данила Галицького за даними самооцінки власного здоров'я. *Матеріали українсько-польського симпозиуму «Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я»*. Львів, 18-20 квітня 2013. С. 202-203.

10. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Студенти-медики про неконтрольоване приймання лікарських засобів (за результатами соціологічного дослідження). *Збірник матеріалів XVI Конгресу СФУЛТ*. Берлін-Київ, 18-23 серпня 2016. С. 252.

11. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Особливості лікувального процесу у осіб, які займаються самолікуванням. *Матеріали VI НПК з міжнародною участю «Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів»*. Тернопіль, 10-11 листопада 2016. С. 313-314.

12. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Ліки, що найчастіше застосовуються студентами-медиками при самолікуванні гострої респіраторної вірусної інфекції. *Матеріали міжнародної НПК «Рівень ефективності та необхідність впливу медичної науки на розвиток медичної практики»*. Київ, 3-4 березня 2017. С.124-125.

13. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Стан здоров'я студентів-медиків за даними медичних оглядів та диспансеризації. *Матеріали міжнародної НПК*

«Досягнення медичної науки як чинник стабільності розвитку медичної практики». Дніпро, 10-11 березня 2017. С.12-14.

14. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Чинники, які насторожують молодь у фармакотерапії. *Матеріали міжнародної НПК «Пріоритети розвитку медичних наук у XXI столітті»*. Одеса, 17-18 березня 2017. С. 11-13.

15. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Мотивація щодо придбання ліків молоддю при гострих та хронічних захворюваннях. *Матеріали міжнародної НПК «Роль сучасної медицини у житті людини та її місце у формуванні здорового способу життя»*. Львів, 24-25 березня 2017. С. 87-89.

16. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б., Гупало І. В. Усвідомлення впливу основних шкідливих звичок на власне здоров'я молоді. *Збірник матеріалів XVII Конгресу СФУЛТ*. Тернопіль, 20-22 вересня 2018. С. 236.

17. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б., Ковальська О. Р. Формування інформаційно-методологічного підґрунтя моделі лікової політики на основі оцінки рівня захворюваності серед молоді. *Збірник матеріалів XVII Конгресу СФУЛТ*. Тернопіль, 20-22 вересня 2018. С. 236-237.

18. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Соціальна фармація: аналіз програм та стратегій ВООЗ щодо вирішення проблем, пов'язаних із адекватним застосуванням лікарських засобів молоддю. *Збірник матеріалів VI міжнародної інтернет-НПК «Соціальна фармація: стан, проблеми, перспективи»*. Харків, 23-24 квітня 2020. С. 106-108.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

19. Менеджмент лікової поведінки пацієнта. Методичні рекомендації / А. Б. Зіменковський, Т. М. Думенко, О. В. Матвєєва, О. Б. Борецька, Ю. С. Настюха, М. М. Заяць, Т. В. Єремєєва, В. Я. Шибінський, Н. І. Заремба, Н. В. Роговик // під заг. редакцією д.мед.н., проф. А. Б. Зіменковського. Львів: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, підрозділ оперативного друку, 2015. 59 с.

20. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Комп'ютерна програма «Тест сумісності лікарських засобів». Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 82312 від 17.10.2018 р.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	1
SUMMARY.....	7
ЗМІСТ.....	17
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	20
ВСТУП.....	22
РОЗДІЛ 1 ВИВЧЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО ТА МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ЩОДО ПРОБЛЕМИ МОЛОДІЖНОЇ ЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ....	29
1.1 Аналіз захворювань за нозологіями, які поширені серед здобувачів вищої освіти	29
1.2 Самолікування серед здобувачів вищої освіти.....	35
1.3 Програми в охороні здоров'я, розраховані на молодь.....	39
1.4. Мобільні додатки щодо покращення безпеки застосування лікарських засобів.....	43
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	50
РОЗДІЛ 3 ВИВЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ	59
3.1 Вивчення захворюваності здобувачів вищої медичної та фармацевтичної освіти на до- та післядипломному рівні в Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького (за даними опитування).....	59
3.2 Дослідження рівня захворюваності та інвалідності студентів- медиків.....	61
3.3 Ідентифікація нозологій – найчастішої причини інвалідності серед студентів-медиків.....	67
3.4 Самооцінка здоров'я здобувачів вищої медичної та фармацевтичної освіти на до- та післядипломному етапах підготовки.....	73
3.4.1 Оцінка негативних чинників, що формують спосіб життя у студентів, інтернів та курсантів Львівського національного	

медичного університету імені Данила Галицького.....	73
3.4.2 Оцінка усвідомлення молоддю впливу генетичних чинників на її здоров'я.....	83
3.4.3 Оцінка якості надання медичної допомоги та її вплив на здоров'я молоді.....	84
РОЗДІЛ 4 ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКІВ ЗДОБУВАЧАМИ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ НА ДО- ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ.....	92
4.1 Аналіз нозологій та ліків, що застосовуються здобувачами вищої медичної/фармацевтичної освіти на до- та післядипломному етапі...	92
4.1.1 Оцінка ймовірних чинників ризику самолікування респондентами досліджуваних груп.....	92
4.1.2 Досвід респондентів щодо приймання ліків при різних захворюваннях.....	103
4.2 Вивчення та оцінка ставлення студентів-медиків до застосування лікарських засобів як проблеми безвідповідального самолікування...	110
4.2.1 Дослідження усвідомлення шкоди від неконтрольованого приймання лікарських засобів у закладах вищої медичної освіти	110
4.2.2 Вивчення та оцінка ставлення студентів-медиків Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького до застосування лікарських засобів	112
РОЗДІЛ 5 ФОРМУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-МЕТОДОЛОГІЧНОГО ПІДґРУНТЯ МОДЕЛІ ЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ ДЛЯ МОЛОДІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	120
5.1 Аналіз стратегій міжнародних програм щодо вирішення проблем, пов'язаних із лікарськими засобами	120
5.2 Аналіз програм, пов'язаних з лікарськими засобами, що реалізуються в Україні.....	131
РОЗДІЛ 6 ОПРАЦЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНО-ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ МОДЕЛІ ЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ ДЛЯ МОЛОДІ В	

ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	137
6.1 Клініко-фармацевтичний мобільний додаток «Тест сумісності лікарських засобів».....	137
6.2 Експертна оцінка користувачів клініко-фармацевтичного мобільного додатку «Тест сумісності лікарських засобів».....	144
6.3 Результати тестування користувачів клініко-фармацевтичного мобільного додатку «Тест сумісності лікарських засобів».....	150
РОЗДІЛ 7 СОЦІАЛЬНО-ФАРМАЦЕВТИЧНА МОДЕЛЬ «ПРОГРАМА ЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ ДЛЯ МОЛОДІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ» ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВПРОВАДЖЕННЯ	154
7.1 Розробка соціально-фармацевтичної моделі «Програма лікової політики для молоді в охороні здоров'я України»	154
7.2 Визначення ролі клінічного провізора в реалізації моделі «Програма лікової політики для молоді в охороні здоров'я України»	165
ВИСНОВКИ.....	169
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	172
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	173
ДОДАТКИ.....	194

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ ВИМІРЮВАННЯ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

Аб – антибіотики

Абт – антибіотикотерапія

АВ – акт впровадження

АЗ – аптечний заклад

БА – бронхіальна астма

БАД – біологічно активна добавка

БД – база даних

ВМО – вища медична освіта

ВМП – вироби медичного призначення

ВМ(Ф)О – вища медична (фармацевтична) освіта

ВО – вища освіта

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗВМО – заклад вищої медичної освіти

ЗВО – заклад вищої освіти

ГРВІ – гострі респіраторні вірусні інфекції

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ІМЗ – інструкція до медичного застосування

КМ – Кабінет міністрів

КНП – комунальне некомерційне підприємство

КП – клінічний провізор

КФС – клініко-фармацевтична служба

ЛЗ – лікарський засіб

ЛНМУ – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад

МД – медична допомога

НПЗЗ – нестероїдні протизапальні засоби

НПК – науково-практична конференція

ОЗ – охорона здоров'я

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ПЕ – побічний ефект

С – самолікування

ССЗ – серцево-судинні захворювання

ССС – серцево-судинна система

ТН – торгова назва

ФО – фармацевтична опіка

ФТ – фармакотерапія

ЦД – цукровий діабет

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

ЮНІСЕФ – UNICEF (United Nations Children's Fund)

ЯЖ – якість життя

ЯМД – якість медичної допомоги

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

FDA – Food and Drug Administration

SBIRT – Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (Програма «Скринінг, коротке втручання та скерування на лікування»)

ВСТУП

Обговорення вибору теми дослідження. Останнім часом в умовах соціально-демографічної кризи в Україні збереження та зміцнення здоров'я молодого населення, а саме студентського віку, набуває все більшої важливості. Незважаючи на систему запроваджених заходів як державного, так і регіонального рівнів, показники офіційної статистики і суб'єктивного самопочуття студентів характеризуються несприятливими тенденціями. Основними причинами такого становища вважають недостатню міжгалузеву інтегрованість профілактичних заходів, вплив агресивних чинників довкілля, нездоровий спосіб життя та безвідповідальне самолікування (С) (М. В. Кошманюк, 2013; Н. О. Пономаренко, 2016; А. Б. Зіменковський та співавт., 2017; О. В. Церковна та співавт., 2017). За визначенням ВООЗ, С – самостійне приймання лікарських засобів (ЛЗ) хворим для полегшення свого стану при захворюванні чи іншому стані без наявності фахових знань щодо фармакотерапії (ФТ) та відсутності консультації лікаря. Витрати, пов'язані з ускладненнями через неправильне приймання ЛЗ, у деяких країнах складають 15-20 % від усіх коштів, які були виділені на систему охорони здоров'я (ОЗ) (С. S. Conley et al., 2013; M. U. Rehman et al., 2017). При цьому більше $\frac{1}{2}$ таких ускладнень виникає внаслідок або безвідповідального С, або некоректного вибору ліків (M. J. Alkhatatbeh et al., 2016; A. Abdi et al., 2018). Особливо значимим це питання є в середовищі студентів-медиків, які правдоподібно більш схильні до С, проте, в яких ще немає достатніх знань та досвіду для самостійного призначення та приймання ЛЗ.

Аналізуючи особливості наявних та чинних програм у галузі ОЗ, орієнтованих на молодь, у тому числі студентство, помітним у світовій практиці є переважання заходів, що належать до первинної профілактики (E. Lattie et al., 2017; S. Kawata, E. Saito, 2018; L. Strieter et al., 2019). Така ситуація закономірна з огляду на економічну доцільність розвитку саме ланки превентивної медицини та, як наслідок, зменшення потреби в реабілітаційних програмах у

майбутньому. Проте, згідно результатів пошуку в частині профілактичних програм в Україні, ця сфера ОЗ потребує систематизації та значного розширення. У той же час, можна стверджувати, що спеціальних молодіжних програм фармакотерапевтичного скерування, призначених для покращення безпеки застосування ЛЗ при С, не існує. Така ж ситуація на сьогодні в Україні щодо мобільних додатків, які би повністю задовольняли потреби населення, зокрема, при оцінці сумісності ЛЗ, які хворий збирається застосувати.

Тож, наявна проблема здоров'я майбутніх лікарів і провізорів є важливою як на рівні суспільства, так і держави, та потребує пошуку наукового обґрунтування і опрацювання механізмів зміцнення та збереження здоров'я через певні алгоритми запровадження нових соціально-фармацевтичних підходів у частині покращення здоров'я молоді та формування адекватного ставлення до ФТ, в тому числі, й відповідального С. Наведене визначає мету, стратегію та дизайн нашого дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота є частиною комплексних досліджень науково-дослідних робіт Львівського національного медичного університету (ЛНМУ) ім. Данила Галицького: кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації «Роль і місце клінічного провізора у покращенні якості надання медичної допомоги населенню України» (2010-2014 роки, № державної реєстрації 0110U001642); «Система покращення якості надання медичної допомоги населенню України за фахової діяльності клінічного провізора» (2015-2019 роки, № державної реєстрації 0115U000051); кафедри соціальної медицини, економіки та організації ОЗ «Управління здоров'ям населення в системі медичного забезпечення України» (2013-2017 роки, № державної реєстрації 0113U000202) та «Детермінанти здоров'я сільського населення та тривалості життя» (2018-2022 роки, № державної реєстрації 0118U000099). Тема дисертаційної роботи затверджена на засіданні Вченої ради фармацевтичного факультету ЛНМУ імені Данила Галицького, протокол № 5 від 16 грудня 2014 року.

Мета дослідження – розробити та науково обґрунтувати модель лікової політики для молоді в ОЗ України.

Для досягнення мети дослідження були поставлені наступні **завдання**:

1. Провести аналіз вітчизняних та міжнародних джерел релевантної наукової інформації щодо стану здоров'я студентів медиків і фармацевтів та процесу спостереження за ним через моніторингові технології; медичних програм, пов'язаних із ліками.

2. Дослідити захворюваність та інвалідизацію здобувачів вищої медичної й фармацевтичної освіти на до- та післядипломному рівні в ЛНМУ.

3. Вивчити думку студентів медичних та фармацевтичних факультетів, слухачів післядипломної підготовки щодо медикаментозного С та оцінки власного стану здоров'я.

4. Провести аналіз нозологій та ліків, що при них застосовуються здобувачами вищої медичної / фармацевтичної освіти на до- та післядипломному етапі.

5. Здійснити аналіз чинних міжнародних та вітчизняних програм, пов'язаних із використанням ЛЗ.

6. Опрацювати інноваційно-фармацевтичну складову моделі лікової політики для молоді в ОЗ України.

7. Розробити соціально-фармацевтичну модель лікової політики для молоді в ОЗ України із визначенням ролі клінічного провізора (КП) в її реалізації.

Об'єкт дослідження – організація надання фармацевтичної опіки (ФО) молоді при виборі ЛЗ.

Предмет дослідження – С, анкети респондентів щодо обізнаності молоді стосовно ЛЗ, С та можливості отримати кваліфіковану допомогу й ФО; медичні та фармацевтичні інформаційні електронні програми, сучасна нормативно-правова база з організації надання медичної допомоги в частині ФТ та ФО.

Методи дослідження:

- *системного підходу та аналізу* – для комплексного аналізу і узагальнення результатів усіх етапів дослідження та покращення ефективності вирішення поставлених завдань;
- *бібліосемантичний* – для аналізу релевантної термінології щодо проблеми, яка вивчається;
- *контент-аналізу* – для кількісної та якісної обробки діючих нормативно-правових, медико-технологічних документів щодо формування інформаційно-методологічного підґрунтя моделі лікової політики для молоді в ОЗ України;
- *соціологічний* – для визначення рівнів та встановлення зв'язку між фактами, гіпотезами та теоріями за допомогою збирання, обробки й аналізу соціально-фармацевтичної інформації;
- *клініко-фармацевтичний* – для оцінки ФТ досліджуваних та її якості;
- *медико-статистичний* – для статистичної обробки отриманих результатів дослідження, визначення їх статистичної достовірності за принципами доказової медицини;
- *структурно-логічного аналізу* – для виділення наукових даних із відібраних релевантних інформаційних джерел та явищ щодо стану здоров'я, чинників ризику, даних С тощо, за певною логікою, їх класифікації й встановлення зв'язків та відношення між ними в динаміці та процесах розвитку і вдосконалення;
- *концептуального моделювання* – для розробки й формування моделі, яка відображає реальні процеси обробки інформації, структуру даних і програм із достатнім ступенем формалізації;
- *експертної оцінки* – для оцінки майбутніх результатів на основі прогнозів спеціальної групи експертів щодо дієвості та інноваційності застосунку «Тест сумісності лікарських засобів».

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що вперше в Україні:

- вивчено та оцінено обізнаність молоді (студентів медичних та фармацевтичних факультетів, слухачів післядипломної освіти) щодо їх поведінки стосовно ліків, ставлення до С, ризиків погіршення здоров'я та можливості отримання кваліфікованої медичної допомоги та ФО;

- розроблено та впроваджено клініко-фармацевтичний додаток «Тест сумісності ЛЗ» на базі операційної системи Android для мобільних пристроїв;

- розроблено та впроваджено соціально-фармацевтичну модель «Програма лікової політики для молоді в ОЗ України», в якій передбачено функціонально-організаційне удосконалення та реалізовано міждисциплінарний підхід із комплаєнсом медиків, фармацевтичних працівників і викладачів.

Теоретичне значення роботи полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної та клінічної фармації.

Практичне значення результатів роботи полягає у тому, що вони стали підставою для:

а) *розробки*: інноваційної системи програмної підтримки клініко-фармацевтичних рішень, зокрема щодо попередження негативних наслідків С студентів-медиків та студентів-фармацевтів, як нової форми клініко-фармацевтичного втручання у вигляді безоплатного мобільного застосунку;

б) *впровадження результатів досліджень, які здійснені на міжнародному, галузевому та регіональному рівнях*:

1) *на міжнародному рівні* – науково-методичні напрацювання використані у реалізації Проекту ЄС «Здоров'я є пріоритетом. Партнерство медичних університетів Польщі та України на користь підвищення якості медичної опіки польсько-українського прикордоння», Польща-Білорусь-Україна на 2007–2013 роки, співфінансованого ЄС;

2) *на галузевому рівні* – мобільний додаток «Тест сумісності ЛЗ» – Золота медаль у конкурсі за підтримки МОН та НАПН України в номінації «Упровадження інноваційних освітніх і виробничих технологій – ефективний засіб підвищення якості підготовки кваліфікованих кадрів», м. Київ, 2019 р.; методичні рекомендації «Менеджмент лікової поведінки», Львів, 2014;

3) *на регіональному рівні* матеріали наукового дослідження впроваджені та використовуються: у практичній роботі закладів ОЗ – 4 акти впровадження (АВ): комунальне некомерційне підприємство (КНП) «І-ша міська клінічна лікарня імені Князя Лева»; КНП «Старосамбірський Центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД)»; КНП «Рожищенський ЦПМСД»; КНП «Рахівський ЦПМСД»; у практичній роботі аптекних закладів – 4 АВ: навчально-виробнича аптека ЛНМУ імені Данила Галицького; комунальне підприємство Львівської обласної ради «Аптека №1»; аптечний заклад (АЗ) ФОП Макух Х. І.; АЗ ФОП Мельник М. Б. (додаток Д).

Особистий внесок здобувача. Дисертантом разом із науковим керівником визначено тему, мету та завдання дослідження. Автором особисто розроблено програмно-цільову структуру дослідження, вибрано найбільш доцільні методи дослідження; проведено аналітичний огляд сучасних світових і вітчизняних релевантних інформаційних потоків із проблем ФТ та поведінки молоді щодо ліків; проведено соціологічне анкетне дослідження здобувачів вищої освіти на до- та післядипломному рівнях у закладах вищої освіти (ЗВО) України; розроблена соціально-фармацевтична модель «Програма лікової політики для молоді в ОЗ України»; впроваджено мобільний додаток, як нову форму клініко-фармацевтичного втручання, що дозволить попереджувати негативні наслідки С студентів-медиків та студентів-провізорів.

Здобувачем самостійно виконано збір, групування первинної документації, статистичний аналіз та оцінку отриманих результатів, сформульовані основні положення, висновки і рекомендації щодо подальшого впровадження результатів дисертаційного дослідження. Матеріали, що належать співавторам публікацій, у роботі не використовувались.

Апробація результатів дисертації, основних її положень, висновків і практичних рекомендацій здійснювалась на міжнародному і галузевому рівнях (додаток А). Результати дисертаційного дослідження доповідались і обговорювались на науково-практичних конференціях (НПК) із міжнародною участю: НПК до Всесвітнього дня здоров'я 2012 р. «Старіння та здоров'я»,

Київ, 5-6 квітня 2012 р.; IX międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji «Kluczowe aspekty naukowej działalności». Pszemyśl, 7-15 stycznia 2013 r., Українсько-польському симпозиумі «Досвід, реалії і перспективи розвитку систем ОЗ», Львів, 18-20 квітня 2013 р.; XVI Конгресі СФУЛТ, Берлін-Київ, 18-23 серпня 2016 р.; VI НПК «Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів», Тернопіль, 10-11 листопада 2016 р.; НПК «Рівень ефективності та необхідність впливу медичної науки на розвиток медичної практики», Київ, 3-4 березня 2017 р.; НПК «Досягнення медичної науки як чинник стабільності розвитку медичної практики», Дніпро, 10-11 березня 2017 р.; НПК «Пріоритети розвитку медичних наук у ХХІ столітті», Одеса, 17-18 березня 2017 р.; НПК «Роль сучасної медицини у житті людини та її місце у формуванні здорового способу життя», Львів, 24-25 березня 2017 р.; XVII Конгресі СФУЛТ, м. Тернопіль 20-22 вересня 2018 р.; польсько-українській НПК «Paragrafy w medycynie», Львів, 25 жовтня 2018 р.; VI міжнародній інтернет-НПК «Соціальна фармація: стан, проблеми, перспективи», м. Харків, 23-24 квітня 2020 р.

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 20 наукових праць, з них: 6 статей у наукових фахових виданнях, у тому числі 1 – у міжнародному фаховому виданні; 1 методична рекомендація, 1 свідоцтво про авторський твір та 12 друкованих праць, що відображають апробацію матеріалів дисертації.

Структура та обсяг дисертації. Дисертацію викладено на 212 сторінках друкованого тексту, в тому числі на 146 сторінках основного тексту. Робота складається із анотації, змісту, переліку умовних позначень та скорочень, основної частини зі вступом, аналітичним оглядом релевантних інформаційних потоків, матеріалами і методами досліджень, 5 розділів власних досліджень з аналізом та узагальненням їх результатів, висновків та практичних рекомендацій, списку використаних джерел (189 найменувань, із них 51 кирилицею та 138 латиною). Робота ілюстрована 23 рисунками, 35 таблицями, містить 5 додатків.

РОЗДІЛ 1

ВИВЧЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО ТА МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ЩОДО ПРОБЛЕМИ МОЛОДІЖНОЇ ЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ

Стан здоров'я молоді, а особливо здобувачів вищої освіти, є одним із важливих параметрів здоров'я нації. Студентство – це майбутні кваліфіковані трудові ресурси країни, основний інтелектуальний потенціал суспільства, а також активний суб'єкт соціального відтворення та рушійна сила подальших соціально-економічних змін і суспільного розвитку держави. Впродовж останніх років спостерігається загострення уваги до здорового способу життя студентів, що пов'язано зі стурбованістю суспільства станом здоров'я фахівців, які випускаються ЗВО, зростанням захворюваності в процесі професійної підготовки та подальшим зниженням працездатності кадрів у майбутньому [26].

За даними релевантних інформаційних потоків нами проаналізовано поширеність низки нозологій, які є найбільш характерними для студентів, та методів лікування, що застосовуються при цих захворюваннях. Також розглянуто проблему безвідповідального С молоді, насамперед серед студентів медиків, та охарактеризовано аспекти окремих профілактичних і реабілітаційних програм для молоді різних країн світу, які охоплюють здобувачів вищої освіти (ВО).

1.1 Аналіз захворювань за нозологіями, які поширені серед здобувачів вищої освіти

Структура захворюваності молоді, а тим більше здобувачів ВО, має свої особливості у порівнянні з іншими категоріями населення. Зокрема, одним із найпоширеніших уражень у неврологічній практиці, а особливо серед студентів, є біль голови. Частка студентів медичного та психологічного профілів, у яких упродовж життя траплялися напади болю голови, становить 98 % [92]. При цьому, 63,9-68,4 % студентів мають біль голови частіше, ніж 2 епізоди впродовж 3-х місяців [77]. Мігрень, як одна із причин болю голови,

спостерігається у 13,6-18,9 % студентів та є найпоширенішою в цій категорії населення в країнах Північної Америки, в той час, як найнижчі показники поширеності мігрені зафіксовано серед студентів Європи та Африки. При цьому, в структурі захворюваності співвідношення осіб жіночої статі до чоловіків становить 1,38:1 [65, 111, 155]. Серед студентів закладів вищої медичної освіти (ЗВМО) поширеність мігрені коливається від 12,7 % до 19,4 % та статистично незначуще відмінна від поширеності серед студентів немедичного профілю [164]. Для усунення больового синдрому, за даними деяких авторів, студенти-медики найчастіше приймають наступні ЛЗ: парацетамол (46 %), ібупрофен (33,8 %), аспірин (3 %), диклофенак (2,8 %) [77].

Поширеність захворювань травної системи серед студентів ЗВМО становить від 9,2 % у Південній Кореї [112] до 35,5 % в Японії [121]. З-поміж факторів ризику розвитку захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) слід виокремити ті, які опосередковано пов'язані з навчанням. Як приклад, у студентів, які проживали в гуртожитках чи окремо від сім'ї, ризик захворювань ШКТ є втричі вищий у порівнянні зі студентами, які під час здобування ВО проживали з родиною. Також значна роль належить психологічній напрузі та стресу. Часто, вище перелічені фактори ризику поєднуються з іншими, не менш вагомими: тривалим прийманням медикаментів, інфекційними ураженнями, тощо [107].

Захворювання опорно-рухового апарату в студентів найчастіше пов'язані зі способом життя. Зокрема, 24 % студентів у Туреччині звертались зі скаргами на біль стоп, який був спричинений невідповідною формою взуття [133]. Також хронічний біль верхніх кінцівок поширений серед 50-77 % студентів, які професійно грають на клавішних інструментах [161]. Професійні ризики існують і серед студентів, які багато часу проводять у медичних лабораторіях. Зокрема, 34,5 % студентів Західного Сіднейського Університету зазначили такі симптоми, як біль ший та спини після року занять у навчальних лабораторіях [136]. У дослідженні М. М. Y. Tse et al. [134], яке охопило студентів 8-ми найбільших університетів Гонконгу, з-поміж частих скарг після щоденних

занять переважав хронічний біль у ділянках плечей (58,5 %), м'язів голови (56,3 %), попереку (41,2 %), шиї (13,9 %) та зап'ястя (12,0 %).

Окрім цього, актуальною є проблема м'язово-скелетних розладів, асоційованих із надмірним використанням смартфонів, що, зі свого боку, спричинює появу таких скарг, як біль у ділянці шиї, плеча, верхньої частини спини, зап'ястя та кисті [90]. При користуванні комп'ютером понад 2 години на день, 89,9 % студентів звертались за допомогою зі скаргами на болі в ділянці шиї та спини, притаманні комп'ютерному зоровому синдрому [125]. При більшості порушень м'язово-скелетної системи (за виключенням випадків нестерпного посттравматичного болю, при якому студенти приймали знеболюючі засоби) дієвими методами лікування зазначено відпочинок (82,9 %), масаж (44,2 %), гарячі (44,2 %) та холодні (14,0 %) компреси [134].

Міжнародним дослідженням, яке охоплювало 10 країн [158], встановлено, що порушення нічного сну для студентів вищих медичних закладів не лише характерне, а й значно поширене у порівнянні зі студентами інших ЗВО. З-поміж найчастіших та найвагоміших причин автори зазначають тривале та інтенсивне навчання, участь у лікувальній роботі (в тому числі, під час нічних чергувань), емоційно важку роботу та відповідний стиль життя. Як наслідок – розлади сну та, відповідно, здебільше зниження успішності навчання й погіршення ментального здоров'я [110]. Серед причин вигорання у студентів переважають емоційне виснаження (32,8-48,9 %) та деперсоналізація (27,2-43,0 %) [68]. Особливо небезпечним є професійне вигорання студентів-медиків, які беруть участь у лікувальній роботі університетських клінік, оскільки, погіршення навичок та здатності комунікувати, зумовлені вигоранням, створюють певні ризики для пацієнтів [85].

Не менш поширеним захворюванням серед студентів-медиків є різні форми депресії [143]. Проте, така поширеність депресії притаманна не лише студентам медичного профілю. Згідно даних S. Vacchi та J. Licinio [63], частота розвитку депресії у студентів немедичних і медичних університетів приблизно однакова та становить 12,5-59 % і 11,5-52,9 % відповідно. У географічному

контексті найбільша частка осіб із депресією серед студентів-медиків зафіксована у країнах Близького Сходу (31,8 %), а найменша – у країнах Європи (20 %) [143]. Встановлено, що серед факторів сприятливого впливу на розвиток депресивних станів, студенти-медики вказували на значне академічне навантаження, а також на випадки насильства у тій чи іншій формі, що мали місце в підлітковому віці чи в недавньому часі [122]. У 20 % студентів депресивні розлади траплялися на підґрунті психічних травм, зокрема воєнного часу, отриманих упродовж останнього року [60]. Зі свого боку, розвиток депресії в іноземних студентів може бути пов'язаний із проблемами адаптації до чужоземного соціуму з відмінними мовою та культурою [61]. Водночас, потреба в ФТ депресивних станів у студентів-медиків у середньому становила $12,9 \pm 0,9$ % [105]. Студентам найчастіше призначались ЛЗ з груп антипсихотичних препаратів та антидепресантів (інгібітори моноамінооксидази, трициклічні антидепресанти та селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну) [159]. Із нефармацевтичних методів лікування зазвичай використовувались, так зване, безоцінкове усвідомлене спостереження («mindfulness») та програми управління стресом [87].

Серед розладів зору та асоційованих із ними захворювань, у студентів традиційно, як наслідок інтенсивного навчального навантаження, домінує міопія, поширеність якої становить $87,7 \pm 0,59$ % із тенденцією до зростання [163]. Також значна частина студентів після навчання скаржиться на напруження очних яблук (67 %), відчуття пекучості в очах (61,9 %), розмитий зір (51,6 %) та сухість в очах (26,2 %), що пов'язано з комп'ютерним зоровим синдромом [125].

Показники поширеності стоматологічних захворювань серед студентів медичних університетів є наступними: поширеність карієсу в середньому становить $96 \pm 0,89$ %, зубо-щелепних аномалій – $58,21 \pm 3,9$ %, пародонтиту – $15 \pm 1,6$ % [2]. Серед захворювань щелепно-лицевої ділянки поширеними також є скронево-нижньощелепні суглобові розлади, що наявні у 30 % студентів. При цьому, такі пов'язані симптоми, як біль жувальних м'язів чи суглобовий біль,

спостерігались у 65 % респондентів [54]. Незважаючи на те, що одним із факторів негативного впливу на здоров'я ротової порожнини є страх стоматологічного лікування, згідно даних С.Н. Драчова [81], високий рівень захворюваності виявлено у 13,7 % студентів саме медичного факультету, у той час, як серед студентів-стоматологів цей показник становив 2,2 %.

Окремі інфекційні захворювання у студентів можуть бути зумовлені професійними особливостями. Зокрема, серед студентів ветеринарних університетів країн Європи, Близького Сходу та Північної Америки уже з I-го курсу фіксуються випадки розвитку таких інфекційних захворювань як криптоспоридіоз [132], бруцельоз [156], лихоманка Q [116, 142], а також грибкових та метицилін-резистентних стафілококових інфекцій [55] й інших зоонозів [189]. Щодо збудників внутрішньо-лікарняних інфекцій, встановлено, що частка випадків носійства золотистого стафілококу, зокрема метицилін-резистентних штамів, є однаковою як серед медичних працівників, так і студентів-медиків старших курсів (32 %) та, водночас, вищою, ніж у пацієнтів тих же медичних закладів (26,4 %) [71]. Окрім цього, в країнах із високим рівнем поширеності туберкульозу, частка латентних форм, діагностованих у працівників ОЗ зі студентами-медиками включно, коливалася від 37 % до 64 % [126, 167]. При лікуванні інфекційних захворювань найуживанішими є ЛЗ групи антибіотиків, а саме амоксицилін (46,9 %) та ципрофлоксацин (29,4 %) [154].

Захворювання органів дихання у студентів найчастіше пов'язане з побутовим пилом та сирістю. У структурі захворюваності переважають алергійні риніти (30,6-34,7 %), астмо-подібні епізоди (22,1-25,8 %) та респіраторні інфекції (17,7-21,2 %) [120].

Із-поміж розладів статеві функції серед студентів частіше за інші було зазначено дисменорею, від якої страждає від 34 % (Єгипет) до 94 % (Оман) осіб жіночої статі. Всупереч високій поширеності цього порушення серед молоді, значна частина хворих, особливо в країнах, що розвиваються, не отримують належного лікування [84]. Окрім приймання парацетамолу (57 %) чи

нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) (23 %), студентки використовують теплові компреси (62 %), подовжують час сну (45 %), або полегшують свій стан перебуванням у вимушеному положенні (40 %) [70].

Окрім цього, наявні епідеміологічні відмінності між студентами в залежності від напрямку навчання. Зокрема, у дослідженні О. В. Церковної і співавторів [1] простежується чітка відмінність між студентами радіотехнічного та економічного закладів: у технічному університеті за рівнем поширеності переважають хвороби системи органів дихання, зору, травлення та кровообігу; натомість в економічному ЗВО у студентів переважають захворювання органів зору, дихання та сечостатевої системи. Таким чином, структура захворюваності серед студентів є відмінною не лише від загальної популяції, а й всередині цього кластера залежно від напрямку навчання, що здебільшого пов'язано з особливостями отримання галузевих знань, академічним навантаженням та умовами проживання. Закономірно, що частка тих чи інших ЛЗ у ліковій політиці для цієї категорії населення зумовлена потребою в отриманні медичної допомоги в частині ФТ та, насамперед, ФО.

На нашу думку, важливим є й той факт, що впродовж навчання стан здоров'я студентів погіршується, про що свідчить зростання з кожним наступним навчальним роком кількості осіб, які належать до, так званої, спеціалізованої медичної групи [31]. Наведена ситуація становить суспільну проблему, оскільки, ріст захворюваності в процесі здобуття ВО веде до зниження рівня здоров'я фахівців у майбутньому, що надалі супроводжується зниженням їх працездатності, а відтак, – економічними втратами для держави. Тому, в останні роки закономірним є загострення уваги до питань первинної профілактики, лікування захворювань та оздоровлення студентів [5]. Вважаємо, що серед студентів, особливо медико-фармацевтичного профілю, великого поширення набуває самолікування.

1.2 Самолікування серед здобувачів вищої освіти

Рациональне використання ліків – одна з найскладніших проблем галузі ОЗ не лише в Україні, а й у світі. В економічно розвинених країнах ускладнення ФТ є однією з провідних причин смерті хворих. Витрати, пов'язані з ускладненнями через ліки, в деяких країнах складають 15-20 % бюджету ОЗ. Більше $\frac{1}{2}$ таких ускладнень виникає внаслідок нераціонального чи некоректного вибору навіть якісних ліків, не врахування взаємодії ЛЗ, віку пацієнта, супутніх захворювань тощо [28, 74, 113, 128].

На сьогодні значна частина населення вдається до С тих чи інших захворювань, що пов'язано з бажанням заощадити час та власні кошти [27]. Водночас, вагомою є частка з-поміж них студентів. Зокрема, у місті Києві частка студентів серед осіб, які займаються С, становить 20,3 % [32]. Відповідальне С рекомендоване ВООЗ для безрецептурного лікування населенням самотійно розпізнаних симптомів та розладів або тривалого приймання ЛЗ, призначених раніше лікарем, при хронічних захворюваннях [79, 98]. Проте, такі фактори як самовпевненість, реклама, недовіра до медичного персоналу та повторення досвіду ФТ родичів чи друзів спричинюють поширеність саме безвідповідального С [135].

Особливої уваги заслуговує С здобувачів вищої медичної освіти (ВМО), яке часто трактується студентами-медиками як прийнятні дії в межах своєї компетенції [59]. Зокрема, результати досліджень у Нідерландах [171], Сербії [152], Китаї [135] та Бенгалі [64] вказують на сильний кореляційний зв'язок між медичною або фармацевтичною освітою та С. При порівнянні особливостей С між студентами медичного та фармацевтичного профілів виявлено, що для останніх більш характерне врахування побічних ефектів (ПЕ) ЛЗ та безпечності приймання власноруч призначених ЛЗ [56, 57]. Водночас, більш неприйнятними самопризначення спостерігаються у студентів доклінічних курсів у порівнянні зі студентами старших курсів [171]. Серед груп ризику схильності до С в низці досліджень зазначали старший вік студентів, жіночу

стать (співвідношення чоловіків до жінок 1:2,3) та попередній негативний досвід звернення за спеціалізованою медичною допомогою [109, 117].

У географічному контексті, С серед здобувачів ВМО спостерігались деякі відмінності між країнами. Зокрема, найвищий рівень поширеності С виявлено у Словенії, яким охоплено 92,8 % студентів медичних спеціальностей та 91,9 % студентів інших спеціальностей. [117]. В Ірані до С схильні 89,6 % студентів медичних спеціальностей. З-поміж захворювань, які спонукають до С, найпоширенішими зазначено загальне нездужання (74,8 %) та біль голови (58,8 %) [52]. У Нігерії, за даними дослідження D.T. Esan et al., С займались 81,8 % здобувачів вищої медичної освіти [62]. Частка студентів Белградського університету (Сербія), які вдавались до С, становила 79,9 %, а найбільш вживаною групою ЛЗ були анальгетики (55,4 %) [152]. Поширеність С серед студентів-медиків Індії становила 78,6 % і найчастіше воно застосовувалось при гарячці (75,1 %), болі голови (64,7 %), болі іншої локалізації (57,5 %), а також при появі кашлю (58,7 %) [137]. Поширеність С в Єгипті серед студентів медичних університетів склала 62,9 %. При цьому, найчастіше до С єгипетські студенти-медики вдавались при застуді (70 %), болі голови (58,9 %), захворюваннях верхніх дихальних шляхів (35,8 %) [100].

Щодо джерел отримання ЛЗ, які використовувались в якості С, то статистично значущої різниці між студентами-здобувачами медичної освіти та студентами інших галузей не виявлено. Таким чином, традиційно ліки купують в аптеках 92,1 % студентів-медиків та 88,4 % студентів немедиків. Серед інших джерел С респонденти найчастіше вказували наступні: залишкові ліки в домашній аптечці, ЛЗ від осіб, які одужали, або друзів, нетрадиційні засоби та гомеопатія [117, 135]. Як джерела інформації про ЛЗ, які безвідповідально приймалися студентами немедичних ЗВО, зазначено: медіа (31 %), члени родини (17,3 %) та попередні призначення лікарів (16 %) [20, 109].

Неконтрольоване використання антибіотиків (Аб) є одним із найпоширеніших проявів С серед студентів. При цьому, поширеність безвідповідальної антибіотикотерапії (Абт) зростає упродовж усього періоду

навчання в університеті [153]. Серед захворювань, при яких студенти вдавались до С Аб, переважають застуда, нежить, ангіна та абсцеси, причому, як серед студентів без фармацевтичної освіти, так і серед студентів фармацевтичного факультету. Застосування Аб при вірусній інфекції (нежить, застуда) вказує на невідповідність обраного методу лікування в обох групах [166]. Проте, при оцінці тривалості самопризначеної Абт для студентів-фармацевтів характерне приймання ЛЗ більше 3 днів, що може вказувати на знання стосовно періоду піврозпаду діючих речовин та досягнення максимальної концентрації в крові, в той час, коли серед студентів без фармацевтичних знань, період приймання Аб становив 1-3 дні у 85 % випадків [140]. Провідними причинами безвідповідального приймання Аб є, правдоподібно, самовпевненість студентів та зберігання Аб у домашній аптечці в якості «резерву» [115]. Згідно дослідження E. S. Donkor та співавторів [154], найчастіше студенти-медики у 2012 році самостійно вживали амоксицилін (42,1-51,7 %), ампіцилін (40,6-50,1 %) та пеніцилін (25,1-33,8 %). У 2017 році популярність амоксициліну з метою С серед студентів медичних факультетів не зменшилась (56 %) [140]. З іншого боку, серед студентів не медичних університетів найпоширенішим було С наступними протимікробними засобами: метронідазол (48 %), ципрофлоксацин (33 %), амоксицилін (22 %) та ко-тримоксазол (19 %) [58].

Не менш поширеним серед студентів є й надмірне використання ЛЗ групи НПЗЗ [119]. Серед найчастіших показань до їх застосування, студенти, які займались С, вказували біль голови (90 %), дисменорею (90 % серед осіб жіночої статі у вибірці), гарячку (86 %), загальне нездужання (76 %), біль горла (70 %), біль зубів (64,8 %), посттравматичний біль (64,4 %) та біль у вусі (56,4 %). Проте, ті ж студенти застосовували НПЗЗ у випадках, коли їх вживання слід було уникати: під час нападів астми (1,2 %), при болю в ділянці серця (2 %), нудоті (2,4 %), депресії (3,6 %), в якості сезонної профілактики застуди (14 %) та отруєнні продуктами харчування (16 %). При цьому, ПЕ ЛЗ, такі як нудота, блювання, діарея, запаморочення, алергійні висипання чи диспепсичні симптоми спостерігались у 26 % студентів [130].

Враховуючи значне навчальне навантаження, яке, зокрема, присутнє в здобувачів ВМО, не можна, на нашу думку, ігнорувати факт безвідповідального вживання з немединою метою ЛЗ стимулюючої дії, які зазвичай використовуються для лікування розладів уваги (наприклад, синдрому порушення уваги та активності у підлітків). Схильність до приймання стимулянтів без показань до вживання серед студентів коливається від 6,5 % в Австралії (де переважає споживання з тією ж метою кави (41,4 %) та енергетичних напоїв (23,6 %) [129]) до 38,0 % у США [80]. Важливим є той факт, що 80 % студентів, які приймали стимулянти без медичних показань для покращення навчальної успішності, вживали або продовжують застосовувати нелегальні наркотики, що переводить цю проблему, в той же час, у соціальну площину [66].

Потенційними ризиками, пов'язаними з С, є, зокрема, пізня та недо-/гіпердіагностика чи запізнє звернення за медичною допомогою або його відміна. Що в свою чергу веде до погіршення власного стану, переходу гострих процесів у хронічні форми та епідемічної загрози колективу, що особливо має значення серед студентів очної форми навчання. На наслідки безвідповідального приймання ЛЗ, разом із тим, зокрема, вказують ПЕ та розвиток резистентності мікроорганізмів до протимікробних засобів у випадку невідповідного приймання Аб [140]. При опитуванні студентів немедицих спеціальностей, які вдавались до С, встановлено, що суттєвим недоліком С, з їх точки зору, є недостатність знань про дозування ЛЗ та необхідну тривалість лікування, що створює ризики передозування ЛЗ та/або відсутності терапевтичного ефекту [109]. Зрештою, наявність симптомів захворювання довше, ніж 1 тиждень, наростаюча важкість симптомів, нестерпний біль, неефективність стандартного лікування, ПЕ ЛЗ та усвідомлення серйозності захворювання є тими причинами, що спонукають студентів-медиків, які схильні до С, звертатись до фахівців за професійною медичною допомогою та адекватною ФО [20, 117].

У підсумку, безвідповідальне С постає проблемою, поширеною в значних масштабах як серед студентів ЗВМО, так і серед студентів інших спеціальностей. Різниця між цими категоріями мабуть полягає в значно вищих ризиках отримання негативних наслідків С серед студентів немедичних спеціальностей, що, на нашу думку, пов'язано з відсутністю системних та повноцінних фармацевтичних знань. Проте, вважаємо, що такий висновок не має зменшувати тих небезпек, які приховує в собі С, ґрунтованих на самовпевненості ще недостатньо досвідчених у ФТ студентів медичних університетів.

1.3 Програми в охороні здоров'я, розраховані на молодь

Із-поміж величезної кількості програм, перш за все стосовно профілактики, які діють у більшості країн світу, виконуються також і програми державного та локального рівня, спрямовані на забезпечення здоров'я молоді, зокрема студентської [162]. Найбільш масштабні з-поміж них закономірно є епідемічно орієнтованими з урахуванням структури захворюваності в конкретній країні. Проте, загальна картина достатньо однорідна, із переважанням програм профілактики інфекційних захворювань, збереження ментального здоров'я та раннього виявлення злоякісних новоутворень.

Незалежно від географічного розташування, домінуючим методом запобігання поширенню епідеміологічно небезпечних інфекційних захворювань є щеплення населення від тих чи інших збудників. Зокрема, частина цих заходів охоплює молодь та, відповідно, й студентство. Прикладами є вакцинація та ревакцинація студентів від збудників кору в Японії та Німеччині [75, 123], кашлюку в Угорщині та Німеччині [138], грипу в США [148], гепатиту В, вірусу папіломи людини в Бразилії, Японії та Малайзії [101, 106] тощо. Необхідність охоплення цими програмами значної кількості студентів зумовлена тим фактом, що студенти зазвичай навчаються не за місцем постійного проживання та становлять вагому частку серед мігрантів у світі [131]. Разом із тим, досягнути цілковитого залучення молоді до програм щеплень не вдається. Зокрема, серед

студентів медичних факультетів у Каліфорнії, 57 % відмовились від щеплень проти грипу. Серед причин негативного ставлення до щеплень переважали: страх заразитись збудником, який міститься у вакцині (49,4 %), побоювання ПЕ вакцинації (30,4 %) та впевненість у відсутній ймовірності зараження чи безпечності захворювання (28,9 %) [148]. Окрім цього, спостерігається гостра потреба у ширшому запровадженні санітарно-освітніх програм, націлених на зменшення випадків безвідповідального приймання Аб шляхом інформування студентів про принципи дії та зумовлені цим особливості їх використання й показання [76].

Як свідчать релевантні публікації, окремо серед молоді постає проблема поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом. Із метою захисту здоров'я мешканців кампусів та студентських гуртожитків, у Китаї проводять санітарно-просвітні заходи, такі як: лекції, мультимедійні презентації, круглі столи тощо. Метою подібних заходів є підвищення рівня знань про природу інфекційних захворювань, що передаються статевим шляхом (особливо серед студентів немедичних спеціальностей), можливості їх виявлення (наприклад, перші симптоми, розташування найближчих скринінгових центрів та які аналізи є необхідними), доступні методи профілактики та належна ФТ цих захворювань [144].

Активний розвиток заходів профілактики проблем ментального здоров'я спостерігається відносно недавно і здебільшого лише в економічно розвинутих країнах, що пояснюється більшою часткою інтелектуальної праці серед населення та, відповідно, вищою поширеністю професійного вигорання та депресивних розладів. Значна кількість програм для медичних працівників та, насамперед, студентів медичного профілю, скерована на зменшення стресу (зокрема в іноземних студентів) [147], попередження хронічної втоми [68], професійного вигорання [67] та депресії [78, 87]. Доповнюють їх поширені програми реабілітації медичних працівників, які страждають вище згаданими розладами [78, 104]. Окрім цього, зокрема, у Німеччині запроваджено спеціалізовані інструкції / рекомендації поведінки та допомоги схильним до

суїциду студентам медичних університетів [160]. Також, дедалі поширенішими стають програми запобігання насильству («Запобігання та протидія домашньому насильству над дітьми та молоддю» UNICEF), булінгу (Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо протидії булінгу (цькуванню)»; Кампанія «Викресли булінг» UNICEF, агентство Smartica/Skykillers), стигматизації («Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права») в навчальних колективах та, відповідно, програми соціальної та психологічної реабілітації жертв таких дій [150].

Щодо заходів, метою яких є рання ідентифікація онкологічних захворювань, то сучасною вважається профілактика розвитку злоякісних новоутворів у жінок фертильного віку, найпоширенішими з яких є рак грудної залози та цервікальний рак. При цьому, рання діагностика забезпечується систематичними оглядами у профільних спеціалістів із незначними регіональними відмінностями [53, 72]. Також у низці країн регулярно здійснюються інформаційні освітні кампанії про поширеність цих новоутворень, ризику, пов'язані з ними [185], та важливість їх своєчасного виявлення і лікування [53]. З-поміж них наявні просвітні програми, спеціалізовані як для медичних університетів [118], так і для ЗВО інших галузей знань [114]. Враховуючи прямий зв'язок розвитку цервікального раку з персистуючою інфекцією вірусу папіломи людини, ефективними є й заходи, спрямовані на виявлення та профілактику цього збудника [72]. Зокрема, в 41 країні світу державні програми вакцинації від вірусу папіломи людини визначені як ефективні [106].

Впродовж останнього десятиліття активізувався розвиток інклюзивних програм, спрямованих на доступність ВО для більшої частки молоді з певними вадами. Прикладами є програми адаптації студентів із аутизмом (серед яких 20,1 % навчаються в медичних університетах) до процесу здобуття ВО в США [99] та адаптації студентів із дислексією до студентського соціуму Великої Британії й США, а також навчального процесу в університетах цих країн [141].

Прикладом гігієнічного навчання та виховання населення (переважно молодого віку) в сучасних умовах активного використання мережі Інтернет є створення на базі університетського сайту сторінки, присвяченої проблемам болю. У 2-х розділах цього ресурсу («Біль» та «Лікування болю»), подано інформацію про природу болю та його вплив на повсякденне життя, а також медикаментозне і немедикаментозне лікування болю [134]. Також у рамках міжнародної програми клінічного дослідження депресії (The Depression Clinical and Research Program) на базі Масачусетського загального шпиталю (США) використовуються електронні листи та соціальні мережі на кшталт Facebook для підтримки і моніторингу психологічного стану школярів та студентів, схильних до депресії, що зарекомендувало себе ефективним та маловитратним методом [186]. Програми реабілітації, що використовують Інтернет-технології, полегшують молоді пошук інформації щодо належної медичної допомоги. Разом із тим, раціональними є пропозиції ґрунтованого на комп'ютерних комунікаційних технологіях лікування для студентів, які бояться терапії через стигматизацію соціумом чи для тих, у кого обмежений час. Зокрема, доступні численні підходи когнітивно-поведінкової терапії, які поширюються за рахунок мережі Інтернет та через це ефективні в лікуванні розладів ментального здоров'я [73, 104].

Попри те, що система ОЗ в Україні дотепер в основному спрямована на лікування пацієнтів, а не на первинну профілактику захворювань та їх раннє виявлення [35, 146], у 2012 році було запропоновано концепцію загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір», яка ґрунтувалась на програмі ВООЗ «Здоров'я 2020» та мала на меті збереження і зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги, створення сприятливого для здоров'я середовища, формування відповідального ставлення громадян до свого здоров'я та мотивацію населення до здорового способу життя [8]. Втім, будь-яких даних

щодо реалізованих у рамках цієї програми заходів профілактики для студентів ЗВМО в якості пацієнтів нами виявлено не було.

Із 2016 року в Україні діє «Державна цільова соціальна програма профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів», яка передбачає безкоштовне лікування вірусних гепатитів для громадян України. У рамках цієї програми за державні кошти для лікування гепатиту С закупаються певні ЛЗ. Попри те, що ця програма не спеціалізована для молоді, вона є актуальною для медичних працівників, враховуючи високий ризик серед останніх зараження вірусними гепатитами В і С [41]. На тих же засадах функціонує «Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу» [42].

Аналізуючи особливості наявних та чинних програм у галузі ОЗ, орієнтованих на молодь, у тому числі студентство, помітним у світовій практиці є переважання заходів, що належать до первинної профілактики. Така ситуація закономірна з огляду на економічну доцільність розвитку саме ланки превентивної медицини та, як наслідок, зменшення потреби в реабілітаційних програмах у майбутньому. Проте, згідно отриманих нами результатів пошуку в частині профілактичних програм в Україні, ця сфера ОЗ потребує систематизації та значного розширення. У той же час, можна стверджувати, що спеціальних молодіжних програм фармакотерапевтичного скерування, призначених для покращення безпеки застосування ЛЗ при С, не існує.

1.4 Мобільні додатки щодо покращення безпеки застосування лікарських засобів

Із метою оцінки можливості оперативного пошуку інформації, зокрема про сумісність ЛЗ населенням, нами був проведений пошук мобільних додатків. Пошук стосувався операційної системи Android, яка, мабуть, найбільш поширена серед студентів, в Інтернет-магазині Google Play. Після введення ключової фрази (прямий ключ) «Тест сумісності лікарських засобів» виявилось, що даний тип пошуку має дуже низьку релевантність, оскільки ми отримали

лише один додаток «Handbook on Injectable Drugs» від розробника ASHSP [172], який, згідно документації опрацьований для American Society of Health-Systems Pharmacists (Американське товариство фармацевтів ОЗ, професійна організація, яка представляє фармацевтів; її завдання – надання допомоги пацієнтам в екстрених та амбулаторних умовах). Проте, з огляду на технічний стан та дані про оновлення цього додатку, можна зробити обґрунтований висновок, що він має статус Abandonware (специфічний термін, що стосується стану програмного забезпечення, й означає те, що можливо, але не обов’язково, пропрієтарне (привласнене) програмне забезпечення, розвиток та підтримка припинені). У той же час, додаток фактично не відповідає вимогам нашого пошуку, бо специфічно орієнтований на фармацевтичний ринок США. Разом із тим, ASHP забезпечує єдиний у США комплексний, неупереджений, доступний на національному рівні ресурс для інформації про дефіцит ЛЗ. Проте, сам додаток носить довідковий характер та працює лише частково, як і власне веб-сайт www.interactivehandbook.com, оболонкою якого він є [177].

Наступним нашим кроком було введення в пошукове вікно Інтернет-магазину Google Play слів «тест» та «сумісність». Результати їх окремого введення й особливо їх поєднання показали дуже високий SEO-потенціал (англ. search engine optimization – пошукова оптимізація сайту) та були заповнені абсолютно нерелевантними програмами, які псевдонауковими методами визначають психологічну сумісність та переважно належать до категорії «Prank-app» («Програма-обман»). Згідно з політикою компанії Google таке програмне забезпечення не може містити реально шкідливого коду, а вводить користувача в оману, щоб розважити, а не заподіяти шкоду, або є недостовірним та не відповідним запиту.

Для збільшення релевантності, нами було розбито пару «тест-сумісність» й отримано запит «сумісність ЛЗ». Така маніпуляція на кілька порядків підвищила релевантність пошуку й забезпечила відповідні результати на перших 50 позицій, після яких почалась стрімка деградація запиту. Аналогічною, чи дуже подібною, хоча й з більшим розсіюванням та дещо

іншим порядком видачі результатів, була ситуація з іншими пов'язаними ключовими словами пошуку («лікарські засоби», «ліки», «сумісність ліків», «приймання ліків» тощо). Тому далі ми враховували дані, що базувались на запиті «сумісність лікарських засобів», результати якого приблизно повторювались в інших запитах.

Хоча результати цього етапу нашого пошуку були формально релевантними за тематикою, проте, не повністю відповідали змісту досліджуваної програми. Як приклад, наводимо наступні додатки, що найрелевантніші за пошуковими механізмами, але насправді є переважно довідниками. Мобільний додаток «Ліки Контроль» [3] від Massimo Dev допомагає захистити споживачів ліків від фальсифікатів та безальтернативних призначень лікарів. Його функції включають перевірку реєстрації та серії ЛЗ, а також він відображає інструкції до них та шукає аналоги, слідкує за терміном придатності на основі серії ЛЗ. Згідно даних сайту, сервіс «Ліки Контроль» базується на державних даних, містить усі зареєстровані в Україні ЛЗ (13905 засобів, із забороненими серіями – 368) з інструкціями для медичного застосування (ІМЗ) до них. Проводиться відслідковування нормативних документів та оновлення бази даних (БД) двічі на добу, розміщення ЛЗ у базі відбувається на основі наказів МОЗ України щодо реєстрації та перереєстрації ЛЗ. База даних заборонених серій ЛЗ формується на підставі розпоряджень Державної служби України з ЛЗ та контролю за наркотиками. Копії наказів про заборону можна переглянути безпосередньо в мобільному додатку [3].

Зі стану додатка, кількості завантажень (категорія 50 000+, тобто проміжку від 50 001 до 100 000 завантажень), високої оцінки користувачів (відгуки – 4,7 балів з 5) та регулярності оновлень можна зробити висновок, що додаток у робочому стані. Цей додаток має широку БД, яка покриває 100% зареєстрованих в Україні ЛЗ, але несе лише довідкову функцію, а також надає інформацію про сумісність ЛЗ тільки у вигляді частини їх ІМЗ. Тож, споживачу треба відкрити ІМЗ, прочитати й знайти інформацію про сумісність. Аналогічний функціонал, лише в значно меншому обсязі (до прикладу,

виникають проблеми навіть із пошуком ІМЗ до аспірину), забезпечує додаток «Довідник ліків, Аптечка» [4] від розробника KB@. За даними розробника, цей додаток – «довідник з лікарських препаратів і медикаментів, що включає близько 10 тисяч найменувань. Тут для кожного ЛЗ відображені основні відомості з опису, представленого виробником». Разом із тим, усі дані у додатку надані російською мовою та часто не актуальні (останнє оновлення півроку тому). Також додаток монетизується показом досить нав'язливої реклами. Тим не менше, його категорія завантажень становить 10 000+, рейтинг відгуків – 4,4 з 5.

Окрім наведеного додатку, пропонується також досить широкий вибір додатків, які стосуються ЛЗ, зареєстрованих у Російській Федерації. Це відбувається через часто некоректне налаштування пристроїв українських користувачів, яке приєднує їх до відповідного сегменту мережі. Як наслідок, видача результатів пошуку спотворюється також і для пристроїв із коректно налаштованими обліковими записами.

Додаток «Medication Reminder & Pill Tracker» [184] розробника MyTherapy [176] є його українським аналогом, пропонує, по суті, функції календаря-розкладу та веде статистику приймання ліків на основі даних, поданих самим користувачем / пацієнтом, й нагадує про час та дозування їх вживання. За даними сайту, цей додаток є також «засобом відстежування таблеток із журналом для пропущених і підтверджених приймання, підтримує широкий спектр схем дозування в рамках нагадування про ЛЗ, має широкий діапазон вимірювань для багатьох патологій (цукровий діабет (ЦД), ревматоїдний артрит, тривога, депресія, артеріальна гіпертензія, розсіяний склероз)». У даний пошук цей додаток потрапляє через свою медичну спрямованість, але він не враховує сумісність чи взагалі властивості ліків, що робить його хоча й спеціалізованим, але тільки органайзером й надає йому відносно низьку позицію в результатах, незважаючи на категорію 1 млн+ завантажень та 4,7 балів відгуків.

Окрему увагу привертає серія додатків «IBM Microindex», зокрема частина IBM Watson Health Products [175], яка видається розробником Mobile Microindex, що належить компанії IBM. Хоча самі додатки безкоштовні, отримання через них довідкової інформації – платне. У цю серію входять наступні додатки: 1) «IBM Micromedex Drug Info» [179] – загальна клінічна довідкова база, яка «містить стислу інформацію про пошукові терміни 4500+, що охоплюють загальні потреби, такі як: дозування для дорослих та дітей, ПЕ (розділені на «загальні» та «серйозні»), взаємодія з ліками». 2) «IBM Microindex Drug Int.» [180] – інформація про взаємодію між ліками. Проте, цей додаток рекомендований для лікарів та дозволяє клініцистам «одночасно перевірити весь перелік пацієнтів щодо наявності потенційно шкідливих взаємодій та переглянути показники важкості, що варіюються від протипоказаних до другорядних. Цей додаток дозволяє зрозуміти, чому взаємодіють ЛЗ, про які йдеться; як результати цих взаємодій будуть представлені у пацієнта; рекомендації щодо моніторингу результатів пацієнта». 3) «IBM Microindex Drug Ref» [181] – загальна довідкова система про ЛЗ (вартість підписки 2,99\$ на рік). 4) «IBM Microindex IV Comp.» [178] – інформація про сумісність ліків та потенційні негативні ефекти їх взаємодії. Розробники заявляють, що цей додаток є «найбільшим, всеосяжним ресурсом сумісності, який: підвищує безпеку пацієнтів, визначаючи потенційно небезпечні комбінації; допомагає клініцистам інтерпретувати суперечливі результати сумісності, визначаючи сприяючі фактори, такі як фізична сумісність, зберігання, період дослідження та хімічна стійкість; включає результати сумісності лікових розчинів, а також результати сумісності з ЛЗ при створенні суміші чи введенні через Y-Site». 5) «IBM Microindex NeoFax» [182] – ФТ та харчування у неонатології (для доношених дітей до 28-денного віку та недоношених дітей до 44 тижнів) (підписка платна). 6) «IBM Microindex Pediatrics» [183] – ФТ та харчування у педіатрії (для доношених дітей 29 днів і старше та недоношених дітей старше 44 тижнів до 18 років).

Таким чином, вище наведені великі міжнародні переважно платні БД з орієнтацією переважно на ЛЗ та законодавство США, менше – країн ЄС, що теж дещо зменшує їх цінність для використання в Україні, а також через різницю в реєстрації та доступності ЛЗ, й подання всієї інформації лише англійською мовою. Окрім того, існують аналогічні програми для різних країн, частина з яких навіть не має англійської версії. Такі додатки застосовувати в Україні практично не можливо.

В аналізований нами пошук додатків, завдяки своїй агресивній маркетинговій стратегії, потрапляють також програми для так званого фіт-трекінгу. Такі програми, хоча й опосередковано, пов'язані з ОЗ, проте, насправді призначені для обслуговування внутрішніх сенсорів телефону та фіт-браслета, зокрема переважно для зчитування їх показань.

На основі аналізу вищевизначених додатків можна зробити висновок, що найбільш придатним для студентської молоді якісним вітчизняним додатком є правдоподібно лише додаток «Ліки Контроль», але й він має тільки довідковий характер, тобто навіть за наявності ширшої БД, на нашу думку, він не є досконалим. Тож, вважаємо, що існує потреба в адекватному мобільному додатку про сумісність ЛЗ саме для студентської молоді [29].

Висновки до розділу 1

1. Серед найпоширеніших уражень / захворювань, що є притаманними для студентів ЗВО, мають місце неврологічні (біль голови, мігрень), ураження ШКТ (диспептичні розлади), психічної сфери (порушення нічного сну, депресії), дихальної системи (алергічні риніти, інфекційні захворювання).

2. Самолікування здобувачами ЗВМО часто трактується як прийнятні дії в межах своєї компетенції. Для студентів фармацевтичного профілю більш характерним є врахування ПЕ ЛЗ та безпечність приймання власноруч призначених ЛЗ порівняно зі студентами-медиками. Більш неприйнятні самопризначення спостерігаються у студентів молодших курсів, ніж старших.

Одним із найпоширеніших проявів С серед студентів ЗВО є неконтрольоване використання антибіотиків.

3. Попри світовий досвід, в Україні залишається відкритою потреба у створенні та впровадженні профілактичних та реабілітаційних програм для збереження здоров'я здобувачів ВО, серед яких, ґрунтуючись на даних проведеного нами цього огляду, були б спеціалізовані програми саме для студентів ЗВМО.

4. На сьогодні, в Україні немає мобільного додатку, який би повністю задовольняв потреби населення, зокрема, при оцінці сумісності ЛЗ. Додаток «Ліки Контроль» є якісним вітчизняним україномовним додатком, який найбільш адекватний для студентської молоді, проте, й він має лише довідковий характер та не дає можливості середньостатистичному користувачу самостійно визначити сумісність ліків, що унеможливорює в такому випадку реалізацію концепції контрольованого та відповідального С.

Результати досліджень розділу 1 наведено в публікаціях:

1. Менеджмент лікової поведінки пацієнта. Методичні рекомендації / А. Б. Зіменковський, Т. М. Думенко, О. В. Матвєєва, О. Б. Борецька, Ю. С. Настюха, М. М. Заяць, Т. В. Єремєєва, В. Я. Шибінський, Н. І. Заремба, Н. В. Роговик // під заг. редакцією д.мед.н., проф. А. Б. Зіменковського. Львів: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, підрозділ оперативного друку, 2015. 59 с.

2. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б., Гупало І. В. Усвідомлення впливу основних шкідливих звичок на власне здоров'я молоді. *Збірник матеріалів XVII Конгресу СФУЛТ*, Тернопіль, 20-22 вересня 2018. С. 236.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Реалізація мети дисертаційної роботи вимагала акцентування уваги на значимості застосування спеціального методологічного алгоритму, який би дозволив використовувати сучасні наукові методи для розв'язання поставлених завдань.

Соціально-фармацевтичне обґрунтування моделі лікової політики для молоді в ОЗ України є багатогранною і складною проблемою, вирішення якої диктує необхідність не лише послідовного розв'язання низки специфічних задач, визначення конкретних об'єктів і предметів дослідження, але й розробки спеціальної цілісної програми (рис. 2.1), яка б забезпечувала можливість отримання достатньо повної та достовірної інформації за кожною з поставлених задач.

Перший етап дослідження передбачав вивчення вітчизняного та міжнародного досвіду щодо проблеми молодіжної лікової політики та узагальнення отриманих результатів. Пошук проводився в доступних релевантних інформаційних потоках включно із електронними базами PubMed та Google Scholar. Критеріями включення були мета-аналізи, огляди літератури, оригінальні дослідження та офіційні повідомлення, опубліковані у період 2010-2019 роках, які висвітлюють особливості захворюваності, лікової поведінки та програм збереження здоров'я молоді, зокрема здобувачів вищої медичної освіти. При цьому була отримані відповіді на питання:

- які нозології поширені серед студентів ЗВО, а також чи практикують студенти безвідповідальне С?
- які розроблені профілактичні та реабілітаційні програми з питань забезпечення здоров'я молоді?
- чи існують інноваційні системи програмної підтримки клінічних рішень, зокрема щодо попередження негативних наслідків С, у вигляді безкоштовних мобільних додатків?

I етап	Вивчення вітчизняного та міжнародного досвіду щодо проблеми молодіжної лікової політики				
	доступні сучасні інформаційні потоки – 600		джерел використано – 189, з них латиною - 138		
II етап	Вибір напрямків дослідження, формування мети та основних завдань, обґрунтування методів та обсягу досліджень				
	7 завдань		7 етапів		9 методів
III етап	Вивчення стану здоров'я здобувачів ВМ(Ф)О				
	Вивчення захворюваності здобувачів вищої медичної та фармацевтичної освіти на до- та післядипломному рівні в ЛНМУ ім. Данила Галицького за даними опитування (n=503)	Дослідження рівня захворюваності та інвалідності студентів-медиків (n=293)	Ідентифікація нозологій – найчастішої причини інвалідності серед студентів-медиків (n=140)	Самооцінка здоров'я здобувачів вищої медичної та фармацевтичної освіти на до- та післядипломному етапах підготовки (n=503)	
IV етап	Дослідження застосування ліків здобувачами медичної та фармацевтичної освіти на до- та післядипломному етапі підготовки		Вивчення та оцінка ставлення студентів-медиків до застосування ЛЗ як проблеми безвідповідального самолікування (n=1305)		
	Аналіз нозологій та ліків, що застосовуються здобувачами ВМ(Ф)О на до- та післядипломному етапі (n=400)				
	здобувачі ЛНМУ ім. Данила Галицького (n=400)	перелік ЛЗ, які респонденти приймають в форматі самолікування (n=157)	головні чинники, які лякають респондентів у ФТ (n=5)	Соціологічне опитування студентів-медиків, із 6-ти регіонів України за єдиним розробленим протоколом	
			Львів (n=243)	Київ (n=234)	Вінниця (n=220)
				Одеса (n=205)	Суми (n=205)
					Харків (n=198)
V етап	Формування інформаційно-методологічного підґрунтя моделі лікової політики для молоді в ОЗ України				
	Аналіз стратегій міжнародних програм щодо вирішення проблем, пов'язаних із ЛЗ (n=20)		Аналіз програм, пов'язаних з лікарськими засобами, що реалізуються в Україні (n=5)		
VI етап	Опрацювання інноваційно-фармацевтичної складової моделі лікової політики для молоді в ОЗ України				
	Розробка інноваційної системи програмної підтримки клінічних рішень як нової форми клініко-фармацевтичного втручання				
	Клініко-фармацевтичний додаток на базі операційної системи Android для мобільних пристроїв				
	Оцінка клініко-фармацевтичного мобільного додатку користувачами-експертами (n=150)				
VII етап	Соціально-фармацевтична модель «Програма лікової політики для молоді в ОЗ України» та шляхи її впровадження				
	Розробка моделі «Програма лікової політики для молоді в ОЗ України»		Визначення ролі клінічного провізора в реалізації моделі «Програма лікової політики для молоді в ОЗ України»		
	2 Складові				
	Соціально-інформаційна	Інноваційно-фармацевтична			

Рисунок 2.1 – Програмно-цільова структура дослідження

Для проведення аналізу присутності та вмісту додатків для операційної системи Android, проведено пошук у магазині Google Play (Play маркет), з налаштуваннями локалі та первинного облікового запису uk-UA (згідно стандартів ISO 639 та ISO 3166-1 alpha 2, це ще означає «українська мова в Україні», проте архітектура системи не вимагає суворої відповідності, а лише надає перевагу з наявних локалей). У подальшому, аналогічний пошук проведено англійською мовою. Також, релевантність визначалась локацією пристроїв, на яких проводилось дослідження. Застосовані пристрої під керівництвом системи Android 9 Pie (Xiaomi Mi Max 3, Nokia 6.1, Samsung A6+ 2018 та Xiaomi Mi A2 Lite), яка на момент дослідження була найновішою версією (API-level 28, включає в себе попередні рівні).

Проведений пошук забезпечував практично стовідсоткове покриття офіційних додатків, за винятком специфічних додатків для родини SOC (System on crystal – система на кристалі) NVidia Tegra та додатків, що розповсюджуються постачальниками тільки для власних пристроїв (таку політику поширення практикують компанії Sony, Samsung, Xiaomi тощо). Проте, на наше дослідження це не впливає, бо, в першому випадку обмеженням є обробка тривимірної графіки, а в другому – стосується переважно модифікації користувацького інтерфейсу для створення фірмового стилю та специфічних пристроїв, таких як IrDA-трансмітери, що часто додаються у телефони компанії Xiaomi для забезпечення функцій пульта дистанційного керування різноманітною побутовою технікою.

Другий етап дослідження полягав у розробці методологічного інструментарію та визначення обсягів дослідження. На цьому етапі було визначено мету, завдання та обґрунтовано методи наукової роботи. Методологічне забезпечення наукової роботи передбачало використання наступних 9 методів дослідження – системного підходу та аналізу, бібліосемантичний, контент-аналізу, соціологічний, клініко-фармацевтичний, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання, експертних оцінок (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Методологічне забезпечення наукової роботи

№ з/п	Використані методи	Етапи дослідження
1.	Системного підходу та аналізу	I-VII
2.	Бібліосемантичний	I-V
3.	Контент-аналізу	I, III-V
4.	Соціологічний	III, IV, V, VI
5.	Клініко-фармацевтичний	III, IV, VI
6.	Медико-статистичний	III, IV, VI
7.	Структурно-логічного аналізу	I, II, VI, VII
8.	Концептуального моделювання	V, VI, VII
9.	Експертних оцінок	VI

1. *Метод системного підходу та аналізу* – для комплексного аналізу і узагальнення результатів усіх етапів дослідження, що дозволило створити основу для логічного і послідовного підходу до проблеми прийняття рішень. Застосування методу системного підходу базувалось на аналізі, що дало можливість акцентувати увагу в роботі на структурі, обсязі та повноцінності компонентного складу майбутньої системи. Разом із тим, метод системного аналізу використовувався для покращення ефективності вирішення поставлених завдань, що визначається структурою розв'язуваних проблем шляхом послідовних дій з установленням структурних зв'язків між змінними або елементами досліджуваної моделі; дав змогу розглядати розроблену програму як багатофакторну систему. Даний метод сприяв поєднанню між метою, завданнями та відповідними науковими методами роботи.

2. *Бібліосемантичний метод* – для з'ясування стану вивчення проблеми і шляхів її розв'язання, для аналізу релевантної термінології щодо проблеми С молоді, базуючись на релевантних інформаційних потоках включно із даними електронних ресурсів.

3. *Метод контент-аналізу* – для кількісної та якісної обробки діючих нормативно-правових, медико-технологічних документів щодо формування

інформаційно-методологічного підґрунтя моделі лікової політики для молоді в ОЗ України з подальшою інтерпретацією результатів, яке характеризується об'єктивністю висновків і суворістю процедури. Також використовувався як контрольний метод дослідження при класифікації відповідей на відкриті запитання пропонованих анкет при опитуванні.

4. *Соціологічний метод* – для встановлення зв'язку між фактами, гіпотезами та теоріями за допомогою збирання, обробки й аналізу соціологічної інформації та отримання даних опитування студентів-медиків щодо застосування ЛЗ як проблеми безвідповідального С, обґрунтування стану поінформованості молоді з питань лікової поведінки, факту обізнаності з питань власного здоров'я).

5. *Клініко-фармацевтичний метод* – для оцінки ФТ досліджуваних та її якості. У процесі розробки програми визначено роль клінічного провізора в реалізації програми лікової політики, його взаємодію із іншими складовими програми (система медичної освіти, система попередження захворювань (динамічне спостереження, скринінг), система ФО тощо) та значення впровадження інноваційної системи програмної підтримки клінічних рішень у вигляді безкоштовного мобільного додатку щодо попередження негативних наслідків С студентів-медиків.

6. *Медико-статистичний метод* – для статистичної обробки отриманих результатів дослідження, визначення їх статистичної достовірності, базуючись на принципах доказової медицини; дав змогу виявити наявність об'єктивних зв'язків поміж окремими складовими програми з урахуванням характеру та типу розподілу відповідних статистичних ознак. У процесі роботи використано описову статистику, аналіз рядів динаміки, критерії Стюдента, Манна-Уїтні, Пірсона, коефіцієнти лінійної та рангової кореляції, дисперсний та факторний аналіз тощо.

7. *Метод структурно-логічного аналізу* – для виділення наукових даних із відібраних релевантних інформаційних джерел та явищ, що вивчаються та аналізуються (стан здоров'я, чинники ризику, дані С тощо), за певною логікою,

класифікувати їх, а також установити зв'язки та відношення між ними в динаміці та процесах розвитку і вдосконалення.

8. *Метод концептуального моделювання* – для розробки й формування програми, яка відображає реальні процеси моделювання та обробки інформації, структуру даних і програм з достатнім ступенем формалізації для забезпечення точності й однозначності трактування носіями інтересів моделі та, яка є доступною для розуміння не лише фахівцям-розробникам, а й багатьом іншим верствам спеціалістів (формування моделі лікової політики для молоді України).

9. *Метод експертної оцінки* – для прогнозування та оцінки майбутніх результатів дій на основі прогнозів спеціальної групи експертів-фахівців щодо практичності та інноваційності клініко-фармацевтичного мобільного додатку «Тест сумісності лікарських засобів». Отримані та проаналізовані результати дали можливість оптимізувати структуру мобільного додатку та намітити реальні шляхи його запровадження до практичної ОЗ.

На третьому етапі роботи виконувалось кілька завдань. Одним з яких було вивчення стану здоров'я та наявності захворювань у студентів-медиків і студентів-фармацевтів за допомогою соціологічного дослідження методом вибіркового анонімного анкетного опитування за єдиним розробленим протоколом 503 здобувачів вищої медичної та фармацевтичної освіти на до- та післядипломному рівні ЛНМУ. Метою цього анкетування було оцінити рівень розуміння молоді негативного впливу факторів ризику на здоров'я опитаних у їх повсякденному житті та дослідити наявність у них захворювань. Респонденти самостійно оцінювали негативний вплив аналізованого чинника ризику на їх здоров'я за 9-ти бальною шкалою: 0 – відсутній вплив, 9 – чинник максимально стосується респондента, що заповнює анкету (Додаток Б). Опитування проводилось поміж 503 студентами, інтернами та курсантами різних спеціальностей, які були розділені на 5 груп: група 1 – 243 студенти IV курсу медичного факультету (далі: студенти-медики), група 2 – 26 студентів IV курсу фармацевтичного факультету (далі: студенти-фармацевти), група 3 – 91 студент V курсу фармацевтичного факультету (далі: майбутні провізори), група 4 – 115

інтернів-фармацевтів (далі: інтерни), група 5 – 28 лікарів-курсантів (далі: курсанти) (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Розподіл за групами респондентів, які брали участь в опитуванні (n=503)

Показники	Група 1	Група 2	Група 3	Група 4	Група 5
абс.дані	243	26	91	115	28
$P \pm m_p, \%$	$48,31 \pm 2,23$	$5,17 \pm 0,99$	$18,09 \pm 1,72$	$22,86 \pm 1,87$	$5,57 \pm 1,02$

Іншим завданням цього етапу було дослідження рівня захворюваності (n=293) та інвалідизації (n=140) студентів-медиків ЛНМУ за даними медичної документації в залежності від року навчання (I-VI курси).

Четвертий етап – соціологічне дослідження, включно з аналізом С серед молоді та оцінкою його негативних наслідків. Спочатку проводили соціологічне опитування 1305 студентів-медиків, які навчались на 4-ому курсі різних ЗВМО у 6-ти регіонах України за спеціально розробленим єдиним протоколом (додаток В). Середній вік у всіх вибірках становив від 20,44 до 21,4 років. Далі проводили анкетування серед 400 респондентів ЛНМУ ім. Данила Галицького, які самостійно відповідали на закриті питання щодо С та інтернет лікування, а також відкриті питання щодо наявних захворювань та приймання ЛЗ для їх ФТ. Всі респонденти цього рівня дослідження були поділені на 3 групи: група А – 371 студент, який навчається у ЛНМУ ім. Данила Галицького, група Б – 21 лікар-курсант, група В – 8 провізорів-курсантів.

П'ятий етап дослідження передбачав експертну оцінку стратегій переважно міжнародних програм щодо вирішення питань, пов'язаних з інформацією про ЛЗ. Після відбору програм, які містять інформацію про доцільність адекватного застосування ЛЗ, до аналізу було включено 13 чинних програм ВООЗ, 2 програми ООН, 2 стратегії ЮНІСЕФ, 3 програми Centers for Disease Control and Prevention та 5 діючих програм України.

Шостий етап дослідження передбачав розробку інноваційної системи програмної підтримки клінічних рішень як нової форми клініко-фармацевтичного втручання, а саме клініко-фармацевтичного додатку на базі операційної системи Android для мобільних пристроїв та подальшу експертну оцінку роботи цієї системи 150 користувачами-експертами (Додаток Г).

Завершенням нашої роботи (*сьомий етап* дослідження) стало створення соціально-фармацевтичної моделі «Програма лікової політики для молоді в ОЗ України», яка є функціонально-організаційним комплексом науково обґрунтованих концептуальних напрямів оптимізації ФО молоді, удосконалених технологій, ресурсного забезпечення та механізмів управління ними.

Для статистичної обробки даних результатів дисертаційного дослідження первинні отримані результати були трансформовані у табличний електронний формат та статистично опрацьовані у програмах «Excel» та «Statistica».

Аналіз результатів дослідження проводився з використанням методів описової та аналітичної статистики. Визначення виду статистичного розподілу кількісних даних за тестом Шапіро-Уїлка показало гаусівський тип розподілу, тому для кожного із досліджуваних показників визначали середню похибку величини вибірки (m). Порівняння 2-х вибірок середніх величин проводили за допомогою непарного критерію Стюдента, при порівнянні частот – критерію Пірсона χ^2 , кількісних параметрів (рейтингових шкал анкет у балах) – критерію Mann-Whitney. Результати вважалися достовірними при рівні значущості $p < 0,05$.

Розрахунок кореляційного взаємозв'язку між досліджуваними групами / ознаками проводили за допомогою методу лінійної кореляції Пірсона (r).

Величину відношення шансів ВШ (OR – Odds Ratio) вираховували для порівняння частоти досліджуваного результату в різних групах опитуваних, використовуючи формулу (2.1):

$$\frac{p_1/(1-p_1)}{p_2/(1-p_2)} = \frac{p_1/q_1}{p_2/q_2} = \frac{p_1q_2}{p_2q_1}, \quad (2.1)$$

де p_1 і p_2 – імовірність подій у кожній з вибірок, $q_x = (1-p_x)$.

При розрахунку коефіцієнта OR враховували 95% довірчий інтервал (CI – confidence interval) і p-значення ($p < 0,05$).

Висновки до розділу 2

Таким чином, виходячи з мети, завдань, предмету, об'єктів наукового дослідження, нами опрацьована і практично апробована комплексна методика вивчення реального стану інформаційно-методологічного підґрунтя моделі лікової політики для молоді в ОЗ України, яка у своєму змісті поєднує спеціально опрацьовані методичні підходи та інструментарій наукового дослідження, а також програмне комп'ютерне забезпечення оброблення отриманих наукових даних.

РОЗДІЛ 3

ВИВЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ

3.1 Вивчення захворюваності здобувачів вищої медичної та фармацевтичної освіти на до- та післядипломному рівні в Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького (за даними опитування)

Після проведеного опитування з метою оцінки стану захворюваності здобувачів вищої медичної та фармацевтичної освіти (ВМ(Ф)О), близько $\frac{1}{2}$ респондентів ($49,90 \pm 2,23$ %) у відповідь на запитання щодо захворювань, на які вони хворіли протягом останнього року, вказала патологію дихальної системи, серед якої $\frac{1}{2}$ випадків – фарингіт ($49,80$ %), який був найпоширенішим у групах курсантів та інтернів; більше $\frac{1}{3}$ – бронхіт ($39,44$ % випадків), зустрічався найчастіше у групах студентів-медиків та інтернів [9]. Загалом, найбільша кількість респондентів мала в анамнезі патологію системи органів дихання у групі 4 – $63,48 \pm 4,49$ % опитаних ($p < 0,01$ із групою 1), найменша – у групі 2 – $30,77 \pm 9,05$ % осіб (рис. 3.1, табл. 3.1).

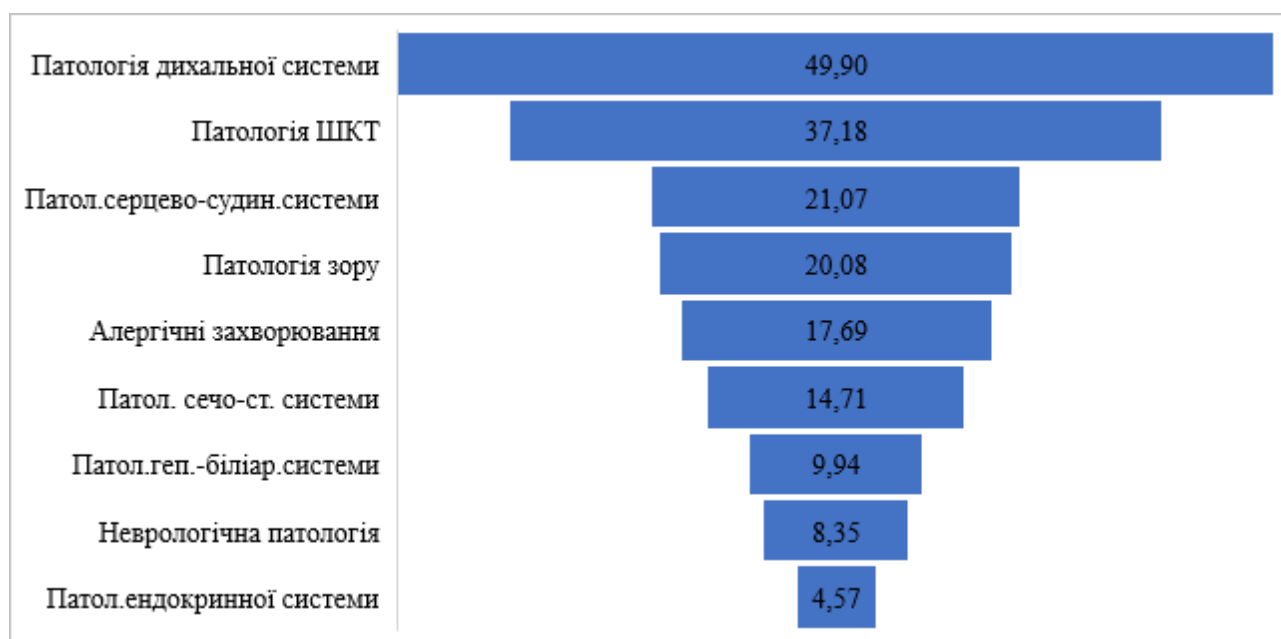


Рисунок 3.1 – Розподіл захворювань респондентів за класами патологій (%)

Таблиця 3.1 – Розподіл захворювань респондентів досліджуваних груп за класами патологій ($P \pm m_p$, %)

Патології	Група 1	Група 2	Група 3	Група 4	Група 5
Патологія дихальної системи	42,80±3,17	30,77±9,05	54,95±5,22	63,48±4,49**	57,14±9,35
Патологія ШКТ	43,21±3,18	11,54±3,27**	21,98±4,34**	41,74±4,60	39,29±9,23
Патологія ССС	20,99±2,61	7,69±2,23*	14,29±3,67	27,83±4,18	28,57±8,54
Патологія зору	24,28±2,75	11,54±3,27	16,48±3,89	16,52±3,46	17,86±7,24
Алергійні захворювання	12,35±2,11	34,62±9,33*	19,78±4,18	20,87±3,79	28,57±8,54
Патологія сечостатевої системи	14,40±2,25	3,85±0,77*	13,19±3,55	17,39±3,53	21,43±7,75
Патологія гепато-біліарної системи	11,93±2,08	3,85±0,77	3,30±0,87**	11,30±2,95	14,29±4,61
Неврологічна патологія	4,53±1,33	3,85±0,77	9,89±3,13	13,91±3,23*	17,86±7,24
Патологія ендокринної системи	5,35±1,44	3,85±0,77	3,30±0,87	4,35±1,90	3,57±0,51
Кількість патологій на 1 людину	1,80	1,12	1,57	2,17	2,29

Примітка. * – наявна достовірна ($p < 0,05$) різниця порівняно з показниками 1 групи;

** – наявна достовірна ($p < 0,01$) різниця порівняно з показниками 1 групи.

На 2-му місці – ураження ШКТ – 37,18±2,15 % випадків, ½ яких (49,20 %) становлять гастрити (найчастіше в інтернів та курсантів) і ½ (30,48 %) – закрепи (поширені у студентів-медиків та інтернів). Захворювання ШКТ найбільше підтвердили група 1 (43,21±3,18 %, $p < 0,01$ із групами 2 та 3) та група 4 (41,74±4,60 %), найменше – група 2 (11,54±3,27 % осіб).

Третє місце за частотою розповсюдження посідає патологія серцево-судинної системи (ССС) – у 21,07±1,82 % осіб її виявили в анамнезі протягом останнього року. Серед захворювань ССС найпоширенішими були вегето-судинна дистонія (54,72 %) – найчастіше вказувалась курсантами та інтернами, і гіпотонія (31,13 %) – у студентів-медиків. Загалом, патологія ССС згадувалась серед ½ (28,57±8,54 %) курсантів групи 5 та близько ¼ інтернів групи 4

($27,83 \pm 4,18$ %), а найменше уражала студентів-фармацевтів групи 2 ($7,69 \pm 2,23$ %, $p < 0,05$ різниці із групою 1).

Кожний 5-й респондент ($20,08 \pm 1,79$ %) мав захворювання зору, при чому, найчастіше – студенти-медики групи 1 ($24,28 \pm 2,75$ %), а найрідше – студенти-фармацевти групи 2 ($11,54 \pm 3,27$ %).

Алергічні захворювання найбільш поширеними були серед студентів-фармацевтів ($34,62 \pm 9,33$ %, $p < 0,05$ з групою 1) та курсантів ($28,57 \pm 8,54$ %). Із-поміж патології сечо-статевої системи найчастіше зустрічався цистит ($62,16$ % від усіх цих уражень). При чому, ці захворювання переважали у курсантів групи 5 ($21,43 \pm 7,75$ %), найрідше зустрічались у студентів-фармацевтів групи 2 ($3,85 \pm 0,77$ %, $p < 0,05$ з групою 1). Дискінезія жовчних шляхів була основною патологією ($58,00$ %) гепато-біліарної системи, що означено студентами-медиками та інтернами. Переважна більшість респондентів ($92,86$ %) зазначає неврологічну патологію – остеохондроз хребта, який уражає найчастіше курсантів та інтернів. Найменш розповсюдженою серед усіх патологій, за даними нашого опитування молоді, були захворювання ендокринної системи – $4,57 \pm 0,93$ % випадків. Переважно – це патологія щитоподібної залози та ЦД, що уражали найчастіше студентів-медиків групи 1. Групами ризику щодо захворювань можна вважати курсантів групи 5, оскільки в них у середньому на 1 людину припадає 2,29 випадки перенесених захворювань за рік, та інтернів групи 4 – 2,17 випадків хвороб на 1 людину. Відносно благополучними в цьому аспекті, на нашу думку, є студенти-фармацевти групи 2 – 1,12 випадків хвороб на 1 людину [9].

3.2 Дослідження рівня захворюваності та інвалідності студентів-медиків

За результатами аналізу даних медичної документації студентів медичних факультетів №1 та №2 ЛНМУ імені Данила Галицького з'ясовано (рис. 3.2), що $9,22 \pm 0,57$ % студентів належать до I-ї групи здорових осіб, тоді як більшість майбутніх лікарів ($79,48 \pm 0,79$ %) віднесені до II-ї групи динамічного спостереження, тобто оцінені, як практично здорові особи. Водночас, 293

студенти-медики або $11,30 \pm 0,62$ % від загального числа досліджуваного контингенту, було зараховано за результатами скринінгу здоров'я до групи хронічних хворих, які потребують лікування. Цей структурний розподіл на групи динамічного спостереження статистично не відрізняється від аналогічного серед випускників загальноосвітніх середніх шкіл, що в черговий раз доводить потребу в комплексному та послідовному шляху вирішення проблеми зміцнення та збереження здоров'я молоді.

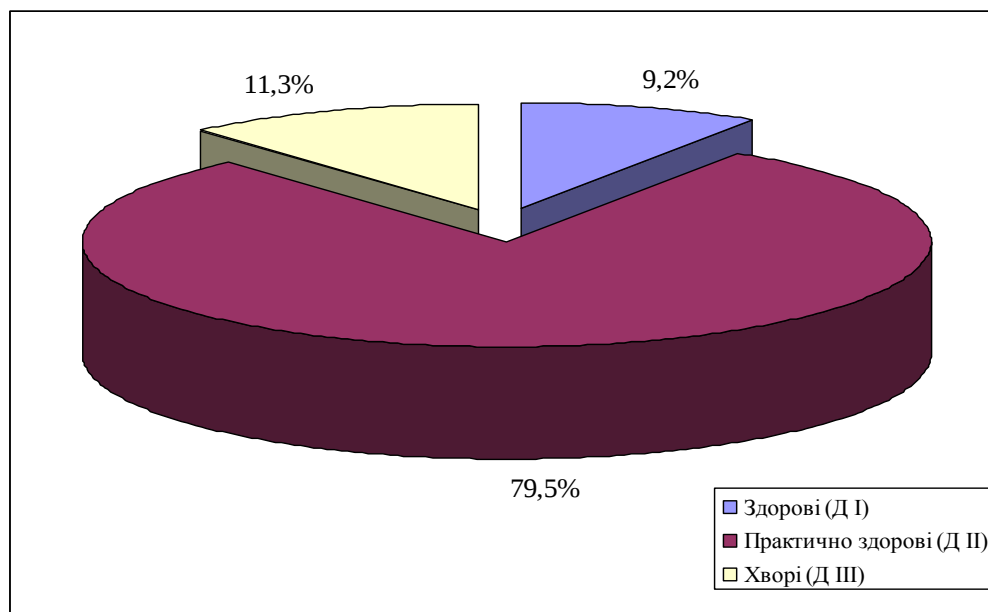


Рисунок 3.2 – Структура контингенту студентів-медиків ЛНМУ імені Данила Галицького за результатами проведеного нами скринінгу (%)

Виходячи з мети наукової роботи, нами було проведено детальний аналіз медичної документації вищезазначених 293 хворих на хронічні захворювання студентів, які потребують лікування, та відповідно зараховані до 3-ї групи динамічного спостереження. Встановлено, що у них діагностовано 325 різноманітних хронічних захворювань у стадіях компенсації чи субкомпенсації, що, в свою чергу, сформувало показник рівня захворюваності за даними проведеного нами скринінгу здоров'я на значенні 125,3 випадків хронічних захворювань на 1000 студентів-медиків. З'ясовано, що найвищий показник рівня хронічної захворюваності за даними скринінгу здоров'я спостерігався на

I-му та IV-му курсах (157,2 та 140,3 випадків на 1000 студентів даного курсу відповідно). Водночас, найнижчим він був на II-му та VI-му курсах (98,3 та 105,4 випадків на 1000 студентів даного курсу відповідно). Вирівнювання показників динамічного ряду за методом найменших квадратів (рис. 3.3) вказує на існування тенденції щодо зменшення показника рівня захворюваності на хронічні патології на старших курсах. Означене питання, на нашу думку, потребує детальнішого аналізу, проте, вважаємо, що цей факт можна пояснити або особливостями набору абітурієнтів за попередні роки, або відсутністю загострень хронічних захворювань протягом декількох років, що в свою чергу обумовило переведення даної категорії хворих у II-у (Д II) групу динамічного спостереження.

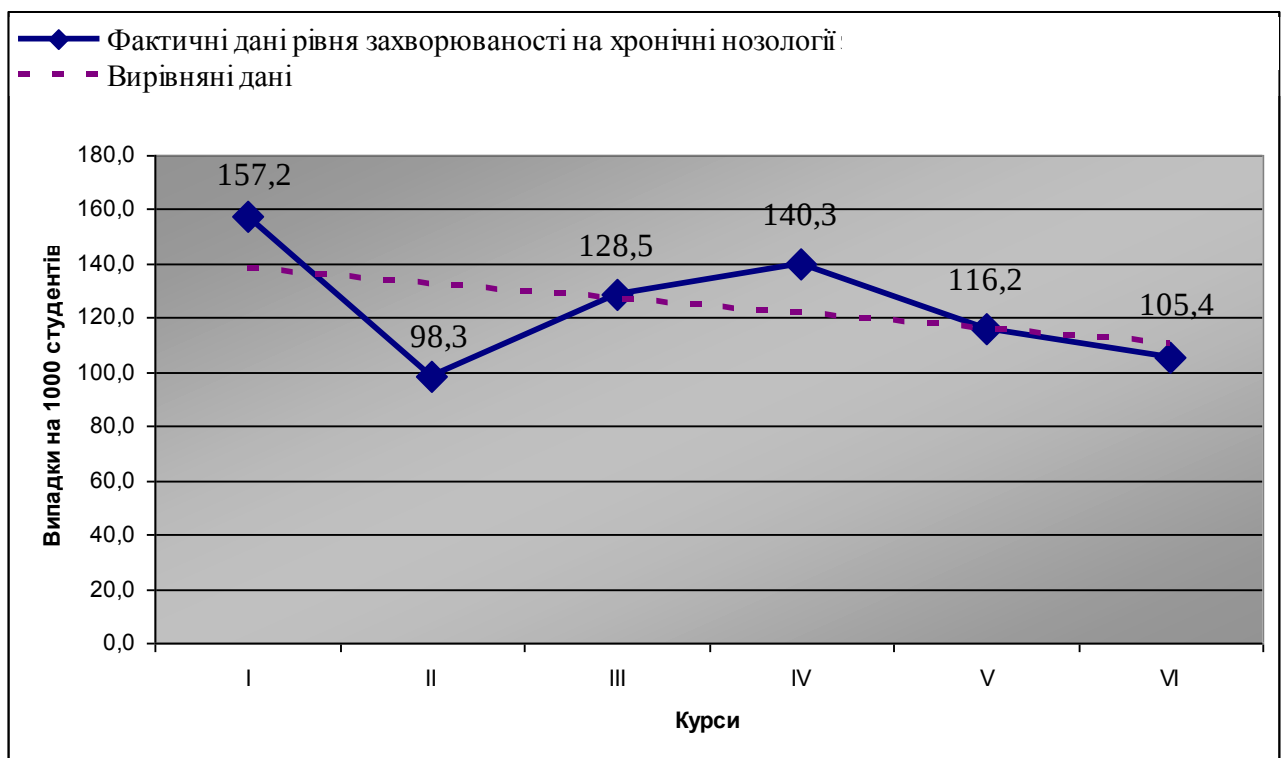


Рисунок 3.3 – Показники рівня захворюваності на хронічні нозології серед досліджуваних студентів на I-VI курсах навчання, які знаходяться в групі «Д III» динамічного спостереження

Наявне переважання в середньому у 2,26 рази ($p < 0,05$) частки осіб жіночої статі в структурі хворих за даними скринінгу здоров'я на різних курсах навчання (табл. 3.2).

Таблиця 3.2 – Розподіл досліджуваних студентів із групи «Д ІІІ» в залежності від статі та курсу

Курс	Чоловіки		Жінки		Загалом	
	абс. дані	$P \pm m_p, \%$	абс. дані	$P \pm m_p, \%$	абс. дані	$P, \%$
I	21	$32,81 \pm 5,87$	43	$67,19 \pm 5,87^*$	64	100,0
II	9	$23,68 \pm 6,90$	29	$76,32 \pm 6,90^*$	38	100,0
III	17	$27,42 \pm 5,67$	45	$72,58 \pm 5,67^*$	62	100,0
IV	19	$35,85 \pm 6,59$	34	$64,15 \pm 6,59^*$	53	100,0
V	14	$33,33 \pm 7,27$	28	$66,67 \pm 7,27^*$	42	100,0
VI	10	$29,41 \pm 7,81$	24	$70,59 \pm 7,81^*$	34	100,0
Всього	90	$30,72 \pm 2,70$	203	$69,28 \pm 2,70^*$	293	100,0

Примітка. * – достовірна ($p < 0,05$) різниця між показниками чоловіків та жінок.

Найбільшою була різниця за гендерною ознакою на II курсі – у 3,22 рази, найменшою: на IV курсі – у 1,79 рази. Проте, беручи до уваги нерівномірний гендерний розподіл студентів-медиків (73,4 % із-поміж усіх студентів складають особи жіночої статі), нами було проведено дослідження існування відмінностей показника рівня захворюваності за даними скринінгу здоров'я в залежності від статі (табл. 3.3).

Таблиця 3.3 – Рівні захворюваності за даними скринінгу здоров'я залежно від статі та курсу досліджуваних із групи «Д ІІІ» (випадки на 1000 осіб даної статі)

Курс	Чоловіки	Жінки	Вірогідність різниці (p)
1	2	3	4
I	$167,8 \pm 31,3$	$152,4 \pm 20,2$	$> 0,05$
II	$110,2 \pm 27,8$	$93,8 \pm 15,8$	$> 0,05$
III	$127,8 \pm 29,0$	$128,8 \pm 17,5$	$> 0,05$

Продовження табл. 3.3

1	2	3	4
IV	165,2±34,6	131,5±18,7	> 0,05
V	159,1±39,0	103,9±17,4	> 0,05
VI	132,5±37,2	96,4±18,7	> 0,05
Загалом	143,7±13,4	118,6±7,4	> 0,05

Як засвідчують отримані дані, у студентів-медиків чоловічої статі на всіх, за винятком III-го, курсах навчання спостерігається вищий ($p > 0,05$), порівняно із жінками, рівень хронічної захворюваності за даними скринінгу здоров'я.

Із метою опрацювання ефективної організаційно-функціональної моделі попередження дії негативних факторів ризику щодо впливу на стан здоров'я студентів-медиків, нами проведено детальний аналіз причин досліджуваної захворюваності та стандартизованої групи нозологій згідно МКХ-10 (табл. 3.4).

Таблиця 3.4 – Рівні захворюваності за окремими групами нозологій досліджуваних студентів із групи «Д III»

Рейтин- гове місце	Код МКХ- 10	Групи захворювань за МКХ-10	Випадки на 1000 студентів
1	2	3	4
1	G.00-G.99	Хвороби нервової системи	23,9±2,9
2	K.00-K.99	Хвороби органів травлення	20,0±2,8
3	E.00-E.90	Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	15,4±2,4
4	Q.00-Q.99	Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	11,2±2,1
5	N.00-N.99	Хвороби сечостатевої системи	9,3±1,9
6	J.00-J.99	Хвороби системи дихання	7,7±1,7

Продовження табл. 3.4

1	2	3	4
6	I.00-I.99	Хвороби системи кровообігу	7,7±1,7
7	M.00-M.99	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	7,3±1,7
8	H.00-H.59	Хвороби ока та придаткового апарату	6,2±1,5
9	D.50-D.89	Хвороби крові та кровотворних органів і окремі порушення з залученням імунного механізму	2,3±0,7
10	C.00-D.48	Новоутворення	1,9±0,6
10	S.00-T.98	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	1,9±0,6
11	A.00-B.99	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	1,5±0,5
11	H.60-H.95	Хвороби вуха та соскоподібного відростка	1,5±0,5
12	L.00-L.99	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	0,4±0,1
13		Інші захворювання	6,9±1,6

За результатами проведеного дослідження встановлено, що у студентів-медиків із-поміж усіх хронічних патологій, які потребують ФТ, найвищий рівень захворюваності спостерігається на хвороби нервової системи – $23,9 \pm 2,9$ випадків на 1000 студентів, з яких, переважно (87,1 %) діагностовано вегето-судинну дистонію. При детальному аналізі виявлено, що частота випадків цієї патології на перших курсах була вищою серед чоловіків, а на останніх – серед жінок, хоча статистично достовірної різниці не встановлено ($p > 0,05$). Друге рейтингове місце з-поміж хронічних патологій студентів-медиків, які потребують ФТ, посіли захворювання травної системи з рівнем поширеності $20,0 \pm 2,8$ випадків на 1000 студентів. Встановлено, що серед них у 60 % звернень був виявлений хронічний гастрит, тоді як у 13,5 % діагностовано хронічний холецистит, а у 11,5 % випадків – пептична виразка шлунку та дванадцятипалої кишки. У всіх випадках основний контингент пацієнтів також

склали студенти жіночої статі, при цьому рівень захворюваності на зазначені нозології у них теж був вищим на всіх, крім останнього, курсах. Наступне, 3-тє рейтингове місце у майбутніх лікарів щодо поширеності хронічної патології, яка потребує ФТ, зайняли хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин. У структурі цієї групи захворювань 57,5 % займав ЦД, що зустрічався в 1,9 рази частіше серед студентів жіночої статі. Іншим важливим захворюванням, що має ознаки ендемічного походження та зустрічався у 10 разів частіше серед жінок, був дифузний зоб. Потребує детальнішого вивчення, з'ясована за методом найменших квадратів, тенденція до зниження захворюваності на хвороби ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин у студентів-медиків на старших курсах. Особливу увагу, на нашу думку, звертає на себе високий рівень захворюваності (11,2 випадків на 1000 студентів) на вроджені вади розвитку, деформації та хромосомної аномалії. У цій групі, 65,5 % склали вади розвитку серця, що вимагає розробки індивідуальної програми фізичного та функціонального навантаження. Разом із цим, при здійсненні скринінгу здоров'я студентів чоловічої статі варто звертати увагу на наявність у них захворювань органів дихання, оскільки, як свідчать результати проведених нами досліджень, ці захворювання достовірно частіше зустрічаються серед студентів-чоловіків ($p < 0,01$). Можливо, це пов'язано з курінням. Згідно одержаних даних, 90 % у цій групі хвороб припадає на бронхіальну астму (БА), яка зустрічається в 1,5 рази частіше серед студентів-медиків чоловічої статі [187].

3.3 Ідентифікація нозологій – найчастішої причини інвалідності серед студентів-медиків

За результатами викопіювання даних із медичної документації студентів з'ясовано, що 293 студенти-медики або $11,30 \pm 0,62$ % від загального числа здобувачів ВМ(Ф)О на досліджуваних факультетах, було зачислено до групи хворих на хронічну патологію осіб, які потребують лікування, в тому числі й ФТ. З-поміж них, 140 студентів ($5,40 \pm 0,44$ % від досліджуваної вибірки або

47,78±2,92 % від пацієнтів III-ї групи динамічного спостереження) мають встановлену групу інвалідності [10]. Загалом, серед усіх студентів із інвалідністю, 61,43±2,84 % були особами жіночої статі, а 38,57±2,84 % – чоловічої (співвідношення 1,59:1, $p>0,05$). Серед студентів, які мають встановлену групу інвалідності, найчастіше трапляються першокурсники (табл. 3.5).

Таблиця 3.5 – Розподіл студентів, яким встановлено групу інвалідності в розрізі курсу навчання та статі

Курс	Загальна кількість	Чоловіки		Жінки		Співвідношення (ж:ч)
		абс. дані	$P \pm m_p, \%$	абс. дані	$P \pm m_p, \%$	
I	44	15	34,09±7,15	29	65,91±7,15	1,93:1
II	23	7	30,43±9,59	16	69,57±9,59	2,29:1
III	25	13	52,00±9,99	12	48,00±9,99	0,92:1
IV	21	9	42,86±10,80	12	57,14±10,80	1,33:1
V	20	7	35,00±10,67	13	65,00±10,67	1,86:1
VI	7	3	42,86±18,70	4	57,14±18,70	1,33:1
Загалом	140	54	38,57±4,11	86	61,43±4,11	1,59:1

Загальна кількість хворих першокурсників становить 44 особи, серед них 15 чоловіків (34,09±7,15 %) та 29 жінок (65,91±7,15 %). На подальших курсах навчання у ЛНМУ імені Данила Галицького кількість осіб, які мають інвалідність, дещо зменшилася. На 2-му курсі серед майбутніх лікарів спостерігалася загальна кількість хворих – 23 особи, серед яких 16 жінок (69,57±9,59 %) та 7 чоловіків (30,43±9,59 %). Із числа 25 студентів – третьокурсників групу інвалідності мають 13 чоловіків (52,00±9,99 %) та 12 жінок (48,00±9,99 %). Серед студентів 4-го курсу, 21 студент має інвалідність, серед яких 9 (42,86±10,80 %) чоловіків та 12 (57,14±10,80 %) жінок.

Під час навчання студентів на останніх курсах, кількість осіб, яким встановлено інвалідність, значно зменшилась: серед студентів 5-го курсу

загальна кількість хворих становила 20 осіб, серед них 7 ($35,00 \pm 10,67\%$) чоловіків та 13 ($65,00 \pm 10,67\%$) жінок; тоді як на 6-му році навчання 7 осіб було зараховано до осіб з інвалідністю (з-поміж них $42,86 \pm 10,80\%$ чоловіків та $57,14 \pm 10,80\%$ жінок). Нами було вивчено медичну документацію студентів та проаналізовано можливі причини, що обумовили інвалідність у студентів (табл. 3.6).

Таблиця 3.6 – Рівні захворюваності (випадки на 1000 студентів) за окремими групами нозологій у студентів, які мають встановлену групу інвалідності

№ з/п	Групи захворювань за МКХ-10	Код МКХ-10	Поширеність
1	2	3	4
1.	Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	E.00-E.90	8,87
2.	Природжені вади розвитку, деформації та хромосомної аномалії	Q.00-Q.99	8,10
3.	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	M.00-M.99	6,94
4.	Хвороби ока та його придаткового апарату	H.00-H.59	6,17
5.	Хвороби нервової системи	G.00-G.99	3,08
6.	Хвороби системи дихання	J.00-J.99	3,08
7.	Хвороби сечостатевої системи	N.00-N.99	2,31
8.	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	S.00-T.98	1,93
9.	Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення зі залученням імунного механізму	D.50-D.89	1,54
10.	Хвороби вуха та соскоподібного відростка	H.60-H.95	1,54

Продовження табл. 3.6

1	2	3	4
11.	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	A.00-B.99	1,16
12.	Хвороби системи кровообігу	I.00-I.99	0,77
13.	Хвороби органів травлення	K.00-K.99	0,77
14.	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	L.00-L.99	0,39
15.	Інші захворювання		6,94

Серед студентів, які увійшли в дослідження, хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин спостерігали у 8,87 випадків на 1000 студентів, що значно більше vs студентів, які мали вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, де даний показник склав 8,10 випадків на 1000 респондентів [10].

За результатами проведеного дослідження стало відомо, що на 1000 студентів студентів у 6,94 випадків спостерігалися хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини. Водночас, серед майбутніх лікарів, у 6,17 випадків на 1000 студентів зазначались недуги ока та його придаткового апарату. Варто зазначити, що хвороби нервової та дихальної систем спостерігалися по 3,08 випадків на 1000 респондентів відповідно. З-поміж 1000 студентів-медиків захворювання сечостатевої системи було діагностовано у 2,31 випадках, що більше, ніж випадки травм, отруєнь та інших наслідків дії зовнішніх чинників, де даний показник становив 1,93 випадків на 1000 студентів. У ході проведення нашого дослідження встановлено, що хвороби крові та кровотворних органів, а також окремі порушення із залученням імунного механізму та хвороби вуха і соскоподібного паростка спостерігалися по 1,54 випадки на 1000 студентів. Водночас, серед студентів у 1,16 випадках на 1000 респондентів мали місце певні інфекційні та паразитарні хвороби, що більше, ніж кількість захворювань шкіри та підшкірної клітковини, де цей показник становив 0,39 випадків на 1000 студентів. Результати проведеного дослідження засвідчили, що групу інвалідності через хвороби системи

кровообігу та органів травлення встановлено по 0,77 випадків на 1000 студентів [24].

За результатами аналізу медичної документації, ми визначили рейтинг найбільш поширених хвороб серед студентів на кожному курсі 2-х медичних факультетів ЛНМУ імені Данила Галицького, які мають групу інвалідності (табл. 3.7).

Таблиця 3.7 – Рівні захворюваності (випадки на 1000 студентів) за окремими групами нозологій у розрізі курсів навчання студентів-медиків, які мають встановлену групу інвалідності

Групи захворювань за МКХ-10	Курс навчання					
	I	II	III	IV	V	VI
1	2	3	4	5	6	7
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	21,83	6,41	8,03	4,52	7,58	3,01
Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	13,10	8,55	12,05	9,05	2,53	0,00
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	10,92	8,55	2,01	9,05	10,10	0,00
Хвороби ока та його придаткового апарату	10,92	0,00	10,04	6,79	7,58	0,00
Хвороби нервової системи	6,55	4,27	4,02	2,26	0,00	0,00
Хвороби системи дихання	6,55	0,00	4,02	0,00	5,05	3,01
Хвороби сечостатевої системи	2,18	2,14	2,01	0,00	2,53	6,02
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	4,37	0,00	2,01	2,26	2,53	0,00
Хвороби крові та кровотворних органів, окремі порушення зі залученням імунного механізму	2,18	0,00	2,01	4,52	0,00	0,00

Продовження табл. 3.7

1	2	3	4	5	6	7
Хвороби вуха та сосочко-подібного паростка	2,18	2,14	2,01	0,00	2,53	0,00
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4,37	2,14	0,00	0,00	0,00	0,00
Хвороби системи кровообігу	0,00	2,14	0,00	0,00	0,00	3,01
Хвороби органів травлення	4,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	0,00	0,00	0,00	0,00	2,53	0,00
Інші захворювання	2,18	17,09	2,01	9,05	5,05	6,02

Тож, серед першокурсників найбільш поширеними виявилися хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин (21,83 випадків на 1000 студентів), вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (13,10 випадків на 1000 студентів), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (10,92 випадків на 1000 студентів), хвороби ока та його придаткового апарату (10,92 випадків на 1000 студентів). Студенти 2-го курсу частіше хворіли іншими захворюваннями (17,09 випадків на 1000 студентів), вродженими вадами розвитку, деформації та хромосомної аномалії (8,55 випадків на 1000 студентів), хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини (8,55 випадків на 1000 студентів). Серед майбутніх лікарів 3-го курсу найбільш поширеними захворюваннями були: вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (12,05 випадків на 1000 студентів), хвороби ока та його придаткового апарату (10,04 випадків на 1000 студентів), хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (8,03 випадки на 1000 студентів). Із-поміж студентів, які навчалися на 4-му курсі, переважали вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, а також хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини (по 9,05 випадків на 1000 студентів), хвороби ока та його придаткового апарату (6,79 випадків на

1000 студентів), хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (4,52 випадків на 1000 студентів). Водночас, студенти 5-го курсу, отримали групу інвалідності через захворювання кістково-м'язової системи та сполучної тканини (10,10 випадків на 1000 студентів), хвороби ока та його придаткового апарату (7,58 випадків на 1000 студентів), хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (7,58 випадків на 1000 студентів), а також хвороби системи дихання (5,05 випадків на 1000 студентів). Серед здобувачів ВМО найменш ураженими виявилися студенти 6-го курсу, де рівень інвалідизації з причин основних захворювань був наступним: хвороби сечостатевої системи (6,02 випадки на 1000 студентів); хвороби системи кровообігу, системи дихання, ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (по 3,01 випадків на 1000 студентів відповідно) [24].

3.4 Самооцінка здоров'я здобувачів вищої медичної та фармацевтичної освіти на до- та післядипломному етапах підготовки

3.4.1 Оцінка негативних чинників, що формують спосіб життя у студентів, інтернів та курсантів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Результати проведеної нами порівняльної оцінки стану здоров'я здобувачів вищої медичної та фармацевтичної освіти на до- та післядипломному етапах підготовки показали нижчий рівень усвідомлення впливу шкідливих звичок на власне здоров'я студентів IV курсів порівняно зі студентами-випускниками та здобувачами післядипломної освіти (рис. 3.4). У середньому $89,74 \pm 5,95$ % студентів-фармацевтів та $90,88 \pm 1,85$ % студентів-медиків IV курсу повністю усвідомлюють негативний вплив шкідливих звичок на власне здоров'я, тоді як таких свідомих респондентів серед студентів-фармацевтів VI курсу було $93,04 \pm 2,67$ %, інтернів – $92,32 \pm 2,48$ %, курсантів – $91,67 \pm 5,22$ %.

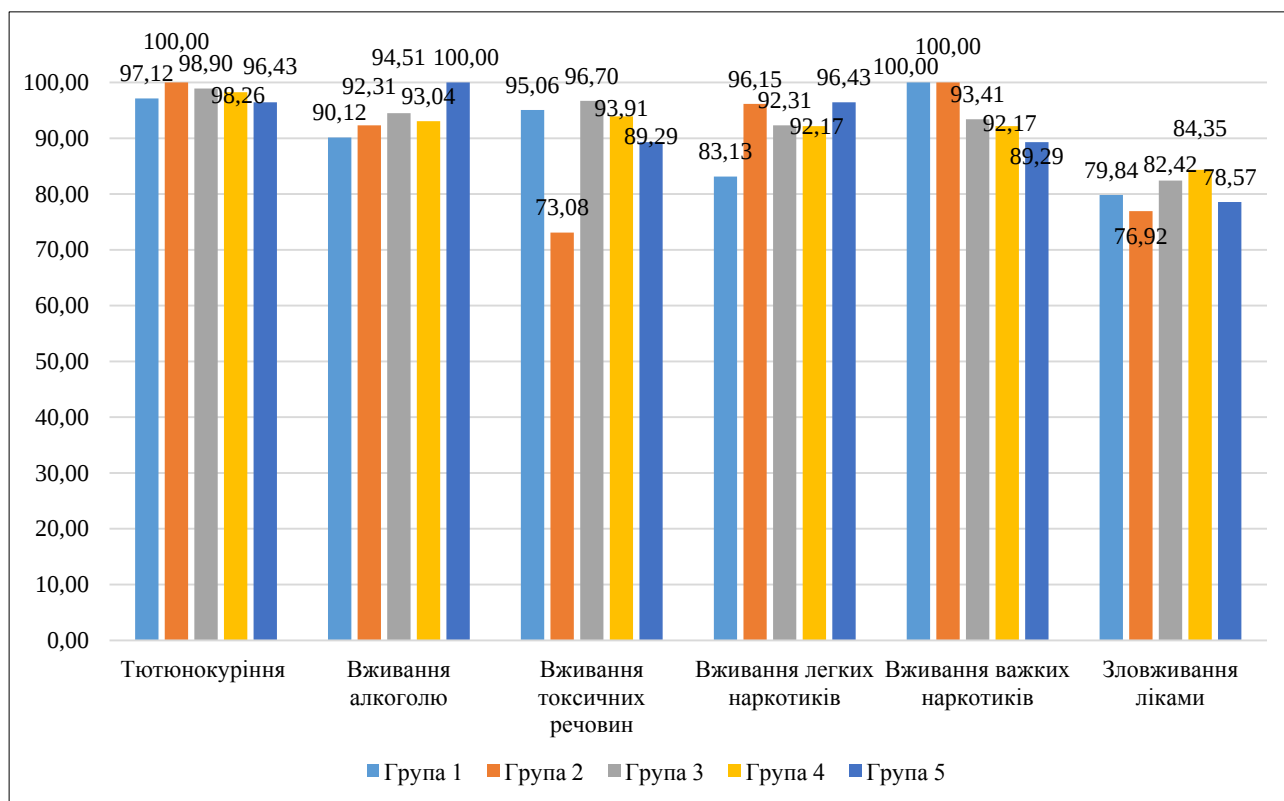


Рисунок 3.4 – Дані щодо усвідомлення впливу основних шкідливих звичок на власне здоров'я респондентами досліджуваних груп (%)

Шкідливий вплив тютюнокуріння визнає найбільша частка опитаних респондентів – $98,14 \pm 0,60$ %, із них від 100 % – це опитувані групи 2, до $96,43 \pm 3,51$ % – групи 5. На другому місці за усвідомленням шкідливого впливу чинника на здоров'я є фактор «Вживання важких наркотиків» – $94,97 \pm 0,97$ %. Усі опитані студенти 1 та 2 груп були згодні з шкодою наркотиків на організм, тоді як серед лікарів-курсантів лише $89,29 \pm 5,85$ % визнавали їх негативний вплив. Третє місце в даній шкалі посідає «Вживання алкоголю» – $94,00 \pm 1,06$ % респондентів визнають його негативний вплив, із них найбільше – це всі курсанти групи 5, найменше – $90,12 \pm 1,91$ % студентів-медиків групи 1. Шкоду від вживання легких наркотиків підтверджують у середньому $92,04 \pm 1,21$ % опитаних. Із них найбільше це усвідомлюють лікарі-курсанти групи 5 – $96,43 \pm 3,51$ % опитаних, найменше – студенти-медики групи 1 – $83,13 \pm 2,40$ %. Розуміють негативний вплив вживання токсичних речовин (у тому числі клею, дихлофосу тощо) $89,61 \pm 1,36$ % респондентів. Найбільш освіченими у цьому

питанні виявилися майбутні провізори групи 3 – $96,70 \pm 1,87$ % осіб, а найменш – студенти фармацевтичного факультету групи 2 – $73,08 \pm 8,70$ % опитаних. Останнє місце у рейтингу усвідомлення негативного впливу шкідливих звичок на здоров'я має чинник «Зловживання ліками» – $80,42 \pm 1,77$ % респондентів погодилося із його шкодою. З них найбільше це визнають інтерни групи 4 – $84,35 \pm 3,39$ % осіб, найменше – студенти-фармацевти групи 2 – $76,92 \pm 8,26$ % опитаних [149].

Підсумовуючи вищенаведене, можна зазначити, що студенти IV-их курсів 1 та 2 груп вважають, що найбільшу шкоду здоров'ю наносить вживання важких наркотиків та тютюнокуріння, майбутні провізори групи 3 та інтерни групи 4 впевнені, що це – тютюнокуріння та вживання токсичних речовин, лікарі-курсанти групи 5 вважають найбільш шкідливим вживання алкоголю, тютюнокуріння і застосування легких наркотиків. Таким чином, виявлено, що серед усіх чинників негативного впливу на здоров'я, фактор «Зловживання ліками» у респондентів практично всіх груп посідає останнє місце (у групі 2 – передостаннє). Отже, респонденти не вважають це особливою проблемою, що непрямо підтверджує актуальність нашої роботи [12, 13].

Власний спосіб життя респонденти досліджуваних груп оцінювали за 18 найпоширенішими шкідливими чинниками за шкалою від 0 (відсутній вплив) до 9 (максимальний вплив на особисте здоров'я опитуваного), середні бали яких наведені на рисунку 3.5 та в таблиці 3.8.

Згідно отриманих нами даних, чільні місця серед усіх чинників впливу на здоров'я респондентів посідають порушення режиму харчування, стресові ситуації та психоемоційна напруга із відповідно 4,71, 4,56 та 4,51 балами. Ще 4 шкідливих чинника способу життя мають оцінки вищі від загального середнього балу всіх груп (2,49): непорядкованість робочого дня (3,36), шкідливі умови навчання (3,16), незадовільні фінансові умови (3,13) та малорухливий спосіб життя (2,99). Рівень решти шкідливих чинників не перевищує середнього балу 2,49 і перебуває у межах від 2,42 (вживання алкоголю) до 0,68 (вживання токсичних речовин) [12].

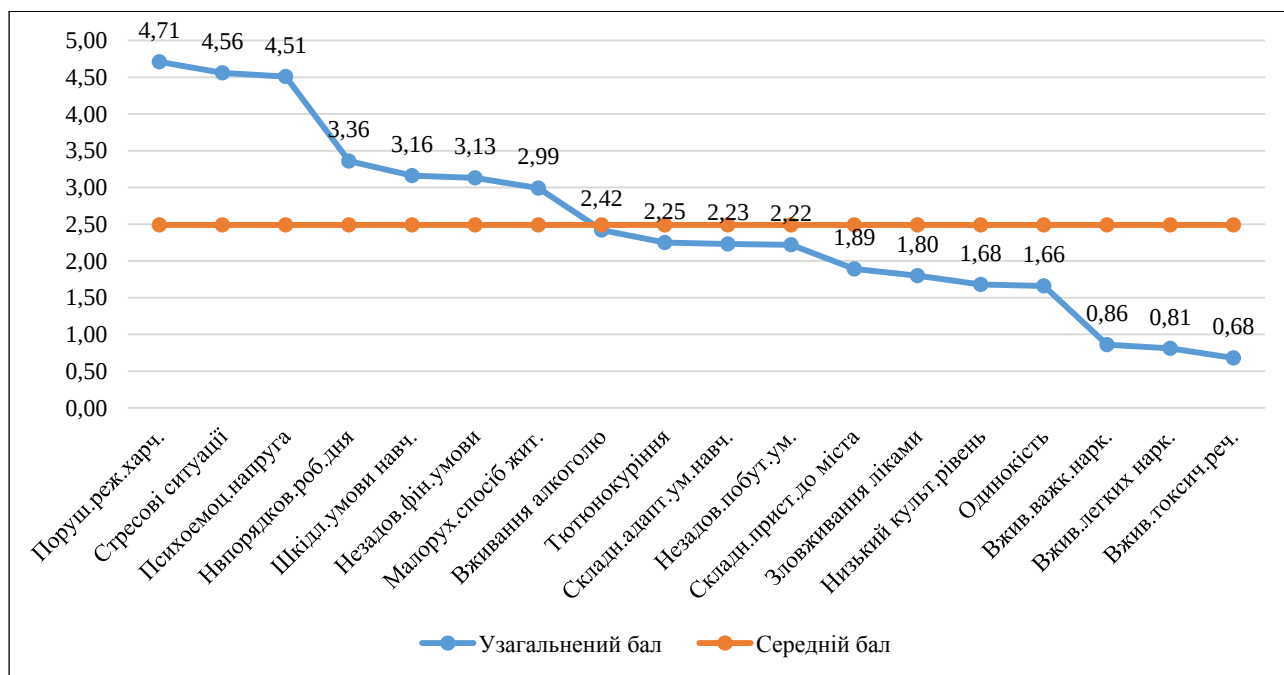


Рисунок 3.5 – Узагальнені середні бали (М) оцінки шкідливих чинників способу життя на здоров'я опитаних досліджуваних груп

Найвищий середній бал оцінки шкідливих чинників серед усіх досліджуваних груп мають студенти-медики групи 1 – 2,75. У респондентів цієї групи 8 чинників із 18 мають найвищі бали порівняно з іншими групами. Високі бали (більше 4) отримали наступні шкідливі чинники: порушення режиму харчування – $5,60 \pm 0,16$ (достовірна різниця $p < 0,01$ із групами 3 і 4); стресові ситуації – $5,41 \pm 0,17$ (достовірна різниця $p < 0,01$ із групами 2 і 3); психоемоційна напруга – $5,30 \pm 0,17$ (достовірна різниця $p < 0,01$ із групами 2 і 3 та $p < 0,05$ із групою 4); невпорядкованість робочого дня – $4,29 \pm 0,17$ (достовірна різниця $p < 0,01$ із групами 3 і 4 та $p < 0,05$ із групою 2); шкідливі умови навчання – $4,21 \pm 0,17$ (достовірна різниця $p < 0,01$ із групою 3 та $p < 0,05$ із групами 4 і 5). Мінімальні бали (менше 1) серед негативних чинників у цій групі отримали вживання токсичних речовин ($0,36 \pm 0,10$), важких наркотиків ($0,58 \pm 0,13$) та легких наркотиків ($0,65 \pm 0,11$). Ці три групи чинників були найменш поширені й в інших групах респондентів [13, 47].

Таблиця 3.8 – Середні бали ($M \pm m$) оцінки впливу шкідливих чинників способу життя на здоров'я на думку респондентів досліджуваних груп

Шкідливі чинники	Група 1 (n=243)	Група 2 (n=26)	Група 3 (n=91)	Група 4 (n=115)	Група 5 (n=28)
Тютюнокуріння	3,02±0,20	1,69±0,64	2,04±0,31*	2,05±0,28*	2,46±0,59
Вживання алкоголю	2,72±0,15	2,38±0,57	2,32±0,26	2,26±0,24	2,43±0,52
Вживання токсичних речовин	0,36±0,10	0,85±0,48	0,68±0,24	0,63±0,19	0,89±0,50
Вживання легких наркотиків	0,65±0,11	1,04±0,58	0,69±0,23	0,63±0,19	1,04±0,52
Вживання важких наркотиків	0,58±0,13	1,04±0,58	0,89±0,26	0,57±0,18	1,21±0,54
Шкідливі умови навчання	4,21±0,17	2,65±0,48	2,76±0,28**	3,37±0,29*	2,82±0,53*
Порушення режиму харчування	5,60±0,16	3,88±0,51	4,52±0,27**	4,50±0,27**	5,04±0,56
Зловживання ліками	1,30±0,13	1,81±0,48	1,93±0,27*	1,82±0,23	2,14±0,56
Психоемоційна напруга	5,30±0,17	3,31±0,53**	4,07±0,29**	4,69±0,25*	5,18±0,54
Стресові ситуації / дистреси	5,41±0,17	3,38±0,54**	4,20±0,30**	5,10±0,24	4,71±0,55
Малорухливий спосіб життя	2,68±0,18	2,35±0,48	3,14±0,30	3,28±0,26	3,50±0,57
Незадовільні фінансові умови	3,23±0,17	2,27±0,39*	3,16±0,30	3,50±0,26	3,50±0,59
Незадовільні побутові умови	2,36±0,16	2,19±0,51	2,04±0,28	1,88±0,24	2,64±0,63
Одинокість	1,57±0,17	2,54±0,61	1,37±0,26	1,36±0,22	1,46±0,46
Низький культурний рівень	1,60±0,12	2,31±0,53	2,08±0,31	1,18±0,18	1,25±0,43
Складність у пристосуванні до умов міста	1,74±0,13	1,77±0,40	1,92±0,24	1,89±0,17	2,11±0,45
Складність в адаптації до умов навчання	2,87±0,16	2,46±0,53	2,07±0,26*	1,88±0,21**	1,89±0,42*
Невпорядкованість робочого дня	4,29±0,17	2,73±0,52*	2,80±0,29**	3,03±0,25**	3,93±0,54
Середній бал	2,75	2,26	2,37	2,42	2,68

Примітка. * – наявна достовірна ($p < 0,05$) різниця порівняно з показниками 1 групи;

** – наявна достовірна ($p < 0,01$) різниця порівняно з показниками 1 групи.

На другому місці за кількістю негативних чинників впливу на здоров'я із високим середнім балом оцінки є курсанти групи 5 із загальним середнім балом 2,68. Серед провідних негативних чинників ці респонденти зазначають: психоемоційну напругу ($5,18 \pm 0,54$), порушення режиму харчування ($5,04 \pm 0,56$), стресові ситуації ($4,71 \pm 0,55$), невідповідність робочого дня ($3,93 \pm 0,54$), незадовільні фінансові умови ($3,50 \pm 0,59$) та малорухливий спосіб життя ($3,50 \pm 0,57$). Причому, два останні чинники домінують в оцінці у цій групі порівняно з іншими. Окрім наведених двох, ще 6 негативних чинників за оцінкою респондентів цієї групи, мають вищий бал, ніж у інших групах: незадовільні побутові умови, зловживання ліками, складність у пристосуванні до умов міста, вживання не лише легких, але й важких наркотиків та токсичних речовин.

Третє місце серед опитуваних усіх досліджуваних груп посідають інтерни групи 4 із середнім балом оцінки 2,42. Високі середні бали оцінки у цій групі мали наступні чинники: стресові ситуації ($5,10 \pm 0,24$), психоемоційна напруга ($4,69 \pm 0,25$), порушення режиму харчування ($4,50 \pm 0,27$), незадовільні фінансові умови ($3,50 \pm 0,26$), шкідливі умови навчання ($3,37 \pm 0,29$) та малорухливий спосіб життя ($3,28 \pm 0,26$). Практично такий же середній бал оцінки негативних чинників, як і у групі 4 (із різницею у 0,02), мають респонденти групи 3 – 2,37. У цій групі майбутні провізори до чинників, які найбільш негативно впливають на їх здоровий спосіб життя, відносять: порушення режиму харчування ($4,52 \pm 0,27$), стресові ситуації ($4,20 \pm 0,30$), психоемоційну напругу ($4,07 \pm 0,29$), незадовільні фінансові умови ($3,16 \pm 0,30$) та малорухливий спосіб життя ($3,14 \pm 0,30$). На останньому місці зі середнім балом оцінки 2,26, серед усіх аналізованих груп перебувають студенти-фармацевти IV року навчання. За їх оцінкою, найбільш негативно впливають на здоров'я наступні чинники: порушення режиму харчування ($3,88 \pm 0,51$), стресові ситуації ($3,38 \pm 0,54$) та психоемоційна напруга ($3,31 \pm 0,53$).

Таким чином, підсумовуючи вищенаведене, можна зробити висновок, що найвищі середні бали оцінки у групах студентів (групи 1, 2, 3) мали чинники:

порушення режиму харчування та стресові ситуації; у групі інтернів (4) – стресові ситуації та психоемоційна напруга; у групі курсантів (5) – психоемоційна напруга та порушення режиму харчування. У той же час, негативний чинник «Зловживання ліками» за сумою середніх балів оцінки був на 13 місці серед усіх чинників за оцінкою респондентів і його бали були у межах від 1,30 (група 1) до 2,14 (група 5), що свідчить про неусвідомлення та недооцінку (недостатню оцінку) небезпеки зловживання ліками опитуваною молоддю, а відтак, – про, в якійсь мірі, певну актуальність досліджень у цьому напрямку [47].

Враховуючи значну різницю показників оцінки шкідливих чинників у групі студентів-медиків із іншими групами, ми вважали доцільним провести порівняння відношення шансів ризику у цих групах (табл. 3.9, 3.10).

Таблиця 3.9 – Дані показників відношення шансів ($OR \pm m$) впливу різних чинників ризику на стан здоров'я у групі 1 порівняно із групами 2 і 3

Чинники	Група 1 порівняно з групою 2		Група 1 порівняно з групою 3	
	$OR \pm m$	95% CI	$OR \pm m$	95% CI
1	2	3	4	5
Тютюнокуріння	-		$2,67 \pm 0,02$	1,64-3,70
Вживання алкоголю	$1,32 \pm 0,07$	0,30-2,33	$1,88 \pm 0,04$	0,84-2,93
Вживання токсичних речовин (клеї, дихлофос тощо)	$7,09 \pm 0,06^*$	5,85-8,34	$1,52 \pm 0,03$	0,50-2,54
Вживання легких наркотиків	$5,07 \pm 0,09$	3,84-6,31	$2,44 \pm 0,06$	1,34-3,53
Вживання важких наркотиків	$1,88 \pm 0,06$	0,85-2,91	$1,07 \pm 0,04$	0,06-2,07
Шкідливі умови навчання	$1,86 \pm 0,14^*$	0,68-3,04	$1,74 \pm 0,16^*$	0,56-2,92
Порушення режиму харчування	$5,47 \pm 0,11^*$	4,02-6,92	$2,04 \pm 0,13^*$	0,85-3,23
Зловживання ліками	$1,19 \pm 0,10^*$	0,14-2,23	$1,18 \pm 0,07$	0,16-2,20
Психоемоційна напруга	$4,66 \pm 0,11^*$	3,26-6,06	$2,04 \pm 0,13^*$	0,85-3,23
Стресові ситуації / дистреси	$5,26 \pm 0,11^*$	3,85-6,68	$1,99 \pm 0,12^*$	0,82-3,17
Малорухливий спосіб життя (адинамія, гіподинамія)	$1,12 \pm 0,13$	0,10-2,14	$1,38 \pm 0,14^*$	0,29-2,47

Продовження табл. 3.9

1	2	3	4	5
Незадовільні фінансові умови	1,31±0,14*	0,24-2,39	1,61±0,16*	0,45-2,76
Незадовільні побутові умови	1,64±0,14*	0,49-2,79	1,35±0,16*	0,25-2,44
Одинокість	2,46±0,17*	1,14-3,79	1,12±0,18*	0,08-2,16
Низький культурний рівень	2,45±0,21	1,02-3,88	1,64±0,14	0,49-2,78
Складність у пристосуванні до умов міста	1,01±0,35	-0,02-2,04	1,56±0,18	0,39-2,73
Складність в адаптації до умов навчання	1,02±0,29	0,00-2,05	1,26±0,17	0,18-2,34
Невпорядкованість робочого дня	1,59±0,14*	0,45-2,72	1,48±0,16*	0,35-2,62

Примітка. 95% CI – довірчі межі (confidence interval) показника із достовірністю 95%;
 * – відношення шансів групи 2 або групи 3 порівняно з групою 1.

Використання саме цього показника для обрахунку ризику є обумовлене тим, що досліджувані групи незалежні одна від одної й не були сформовані із одного масиву. Для такого дослідження типу «випадок-контроль» оптимальним є обрахунок показника відношення шансів (OR – Odds Ratio) замість показника відносного ризику.

Згідно наведених у таблицях даних, шанс ризику впливу на здоров'я вживання легких наркотиків у групі 1 є у 5,07 рази вищим, ніж у групі 2 (5,07±0,09, при 95% CI=3,84-6,31), у 2,44 разів – ніж у групі 3 (2,44±0,06, при 95% CI=1,34-3,53), у 2,39 рази – ніж у групі 4 (2,39±0,05, при 95% CI=1,30-3,48) та у 5,48 рази – ніж у групі 5 (5,48±0,08, при 95% CI=4,24-6,72).

У той же час, вживання важких наркотиків збільшує шанс впливу на здоров'я тільки на 88 % більше у групі 1 порівняно з групою 2 та на 7 % – порівняно з групою 3. Разом із тим, у групах 4 та 5 шанс ризику впливу на здоров'я важких наркотиків є більшим на 13 % та 60 % відповідно, ніж у групі 1. Наведене свідчить про те, що найбільший шанс впливу на здоров'я вживання важких наркотиків мають студенти-медики, найменший – майбутні провізори.

Таблиця 3.10 – Дані показників відношення шансів (OR±m) впливу різних чинників ризику на стан здоров'я у групі 1 порівняно із групами 4 і 5

Чинники	Група 1 порівняно з групою 4		Група 1 порівняно з групою 5	
	OR±m	95% CI	OR±m	95% CI
Тютюнокуріння	1,68±0,02	0,66-2,69	1,25±0,11*	0,13-2,37
Вживання алкоголю	1,47±0,04	0,44-2,49	-	
Вживання токсичних речовин (клеї, дихлофос тощо)	1,25±0,05*	0,22-2,27	2,31±0,15*	1,00-3,62
Вживання легких наркотиків	2,39±0,05	1,30-3,48	5,48±0,08	4,24-6,72
Вживання важких наркотиків	1,13±0,05*	0,11-2,14	1,60±0,17*	0,39-2,81
Шкідливі умови навчання	1,24±0,13*	0,18-2,30	1,39±0,38*	0,10-2,68
Порушення режиму харчування	1,10±0,10*	0,08-2,12	1,35±0,11	0,30-2,40
Зловживання ліками	1,36±0,06	0,32-2,40	1,08±0,28*	0,01-2,15
Психоемоційна напруга	1,00±0,07	0,00-2,00	1,14±0,30*	0,03-2,24
Стресові ситуації / дистреси	1,18±0,10*	0,15-2,22	1,19±0,10	0,17-2,21
Малорухливий спосіб життя (адинамія, гіподинамія)	1,65±0,08	0,58-2,73	1,24±0,13	0,19-2,28
Незадовільні фінансові умови	1,27±0,09	0,23-2,32	1,00±0,15	0,01-2,00
Незадовільні побутові умови	1,23±0,10	0,20-2,27	1,83±0,15	0,66-3,00
Одинокість	1,19±0,12	0,15-2,23	1,46±0,45*	0,07-2,85
Низький культурний рівень	1,26±0,14	0,20-2,33	1,33±0,23	0,19-2,47
Складність у пристосуванні до умов міста	1,58±0,17	0,41-2,74	1,77±0,28	0,40-3,14
Складність в адаптації до умов навчання	1,24±0,16	0,17-2,31	1,67±0,24	0,39-2,95
Невпорядкованість робочого дня	1,31±0,14*	0,23-2,38	1,33±0,16	0,25-2,41

Примітка. 95% CI – довірчі межі (confidence interval) показника із достовірністю 95%;
* – відношення шансів групи 4 або групи 5 порівняно з групою 1.

Вплив тютюнокуріння на здоров'я оцінюється у 2,67 рази вище у групі 1, ніж у групі 3, та на 68 % – ніж у групі 4. Проте, курсанти групи 5 свідчать про на 25 % більший шанс впливу тютюнокуріння на здоров'я, ніж студенти групи 1. Різниці впливу цього чинника у групах 1 та 2 не доведено. Шанс негативного впливу на здоров'я надмірного споживання алкоголю на 32 % більший у групі 1, ніж у групі 2, на 88 % – ніж у групі 3 та на 47 % – ніж у групі 4. Різниці впливу цього чинника поміж групами 1 та 5 не доведено.

Негативний чинник на здоров'я «Вживання токсичних речовин» має в 7,09 разів більший шанс впливу у групі 2, у 2,31 раз – у групі 5 та на 25 % – у групі 4, порівняно із групою 1. Проте, цей чинник має значніший вплив у групі 1 порівняно із групою 3 ($OR=1,52\pm0,03$, при 95 % CI 0,50-2,54). Шкідливі умови навчання в усіх групах порівняння мали більший шанс впливу, ніж у групі 1: на 86 % – у групі 2, на 74 % – у групі 3, на 24 % – у групі 4 та на 39 % – у групі 5. Порушення режиму харчування у 5,47 разів збільшує шанс негативного впливу на здоров'я опитуваних у групі 2, у 2,04 рази – у групі 3 та на 10 % – у групі 4 порівняно з групою 1.

Зловживання ліками як негативний чинник впливу на здоров'я молоді має незначну різницю впливу у досліджуваних групах. Зокрема, більший шанс впливу у групі 1 на 18 % ($1,18\pm0,07$, при 95 % CI = 0,16-2,20) порівняно з групою 3 та на 36 % ($1,36\pm0,06$, при 95 % CI = 0,32-2,40) – із групою 4. Його шанс ризику негативного впливу на здоров'я є вищим на 19 % ($1,19\pm0,10$, при 95 % CI = 0,14-2,23) у групі 2, ніж у групі 1 та на 8 % ($1,08\pm0,28$, при 95 % CI = 0,01-2,15) – у групі 5, ніж у групі 1. Тож у студентів-медиків є найвища ймовірність впливу на здоров'я зловживання ЛЗ, порівняно з інтернами-фармацевтами.

Серед наведених чинників незначно більший шанс впливу на здоров'я у групі 1 порівняно із іншими групами виявлено при низькому рівні культури, малорухливому способі життя, складності у пристосуванні до умов міста та проблем в адаптації до умов навчання. Навпаки, незначно вищий шанс впливу в інших групах, порівняно із групою 1 при стресових ситуаціях, самотності, невпорядкованості робочого дня та при психоемоційній напрузі. Такі негативні чинники як незадовільні фінансові умови та незадовільні побутові умови не мають значної різниці відношення шансу щодо спричинення погіршення стану здоров'я у порівнянні досліджуваних груп студентської молоді.

3.4.2 Оцінка усвідомлення молоддю впливу генетичних чинників на її здоров'я

Аналізуючи результати вивчення усвідомлення студентською молоддю впливу на особисте здоров'я генетичних факторів, встановлено, що в середньому $75,16 \pm 1,93$ % усіх опитаних визнають наявність схильності до спадкових хвороб та $69,68 \pm 2,05$ % – схильності до дегенеративних хвороб як негативних чинників здоров'я (рис. 3.6).

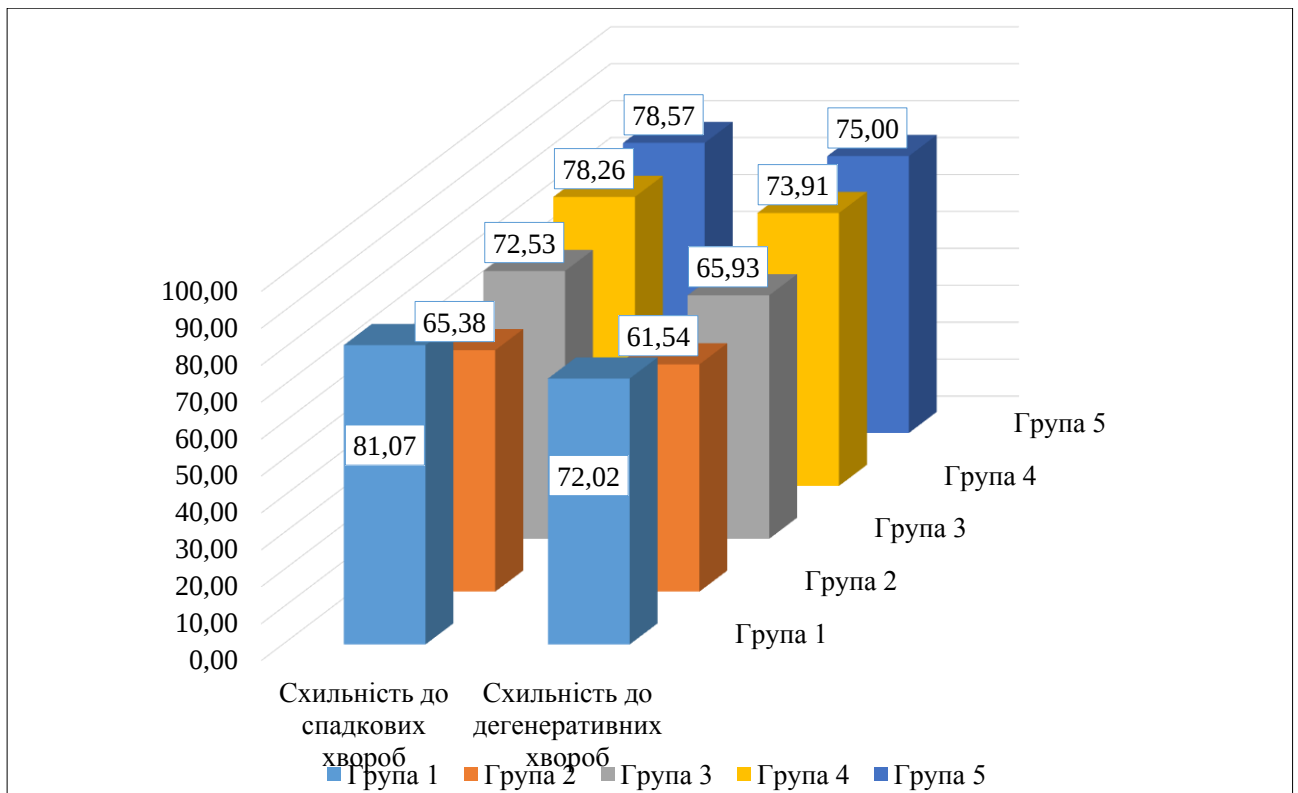


Рисунок 3.6 – Дані щодо усвідомлення впливу генетичних чинників на власне здоров'я респондентами досліджуваних груп (%)

Найбільше свідомих респондентів щодо цього питання виявлено у групі студентів-медиків: $81,07 \pm 2,51$ % та $72,02 \pm 2,88$ % відповідно. У групах 4 та 5, більше $\frac{2}{3}$ опитаних також підтримують думку про вплив генетичного фактора на здоров'я населення. Тоді як у групах 2 і 3 студентів-фармацевтів 4 та 6 року навчання найменше число респондентів є прихильниками цього твердження. За 9-тибальною шкалою оцінки впливу генетичних чинників на здоров'я молоді,

схильність до спадкових хвороб оцінена у середній бал 1,89, схильність до дегенеративних хвороб – 1,23 загалом серед усіх опитаних. Найвищий вплив спадкових хвороб на власне здоров'я зазначають респонденти групи 5 ($2,64 \pm 0,48$ бали, $p < 0,05$ достовірності різниці із групою 1) та групи 3 ($2,08 \pm 0,27$ бали), найменший – студенти групи 2 ($1,19 \pm 0,42$ бали) (табл. 3.11).

Таблиця 3.11 – Середні бали ($M \pm m$) впливу генетичних чинників на здоров'я респондентів досліджуваних груп

Генетичні чинники	Група 1	Група 2	Група 3	Група 4	Група 5
Схильність до спадкових хвороб	$1,56 \pm 0,15$	$1,19 \pm 0,42$	$2,08 \pm 0,27$	$1,97 \pm 0,23$	$2,64 \pm 0,48^*$
Схильність до дегенеративних хвороб	$0,79 \pm 0,11$	$1,15 \pm 0,44$	$1,38 \pm 0,25^*$	$1,13 \pm 0,20$	$1,68 \pm 0,50$

Примітка. * – наявна достовірна ($p < 0,05$) різниця порівняно з показниками 1 групи.

Схильність до дегенеративних хвороб, як чинник впливу на власне здоров'я, в середньому найвище оцінюють курсанти групи 5 – $1,68 \pm 0,50$ бали та майбутні провізори групи 3 – $1,38 \pm 0,25$ бали ($p < 0,05$ достовірності різниці з групою 1), найнижче – студенти-медики групи 1 – $0,79 \pm 0,11$ бали.

3.4.3 Оцінка якості надання медичної допомоги та її вплив на здоров'я молоді

Результати аналізу оцінки важливості ролі медичної допомоги (МД), в тому числі ФТ, в здоров'ї молоді респондентами показали значну їх зацікавленість та усвідомлення її необхідності – $73,92 \pm 1,96$ % опитуваних переконані у її впливі на здоров'я населення (рис. 3.7). Найвища частка респондентів ($83,05 \pm 1,67$ %) зазначає вплив несвоєчасності надання МД, з яких найбільше з цим погоджуються студенти-фармацевти групи 2 ($88,46 \pm 6,27$ %) та студенти-медики групи 1 ($87,24 \pm 2,14$ %), а найменше – інтерни групи 4 ($78,26 \pm 3,85$ %, $p < 0,05$). На другому місці за кількістю респондентів, які

усвідомлюють вплив МД, включно із ФТ, на здоров'я, є низька якість МД (ЯМД) – $77,02 \pm 1,88$ % опитаних вважає його важливим, із них найбільше – це студенти-фармацевти групи 2 ($84,62 \pm 7,08$ %) та студенти-медики групи 1 ($80,25 \pm 2,55$ %), а найменше – майбутні провізори групи 3 та курсанти групи 5 ($71,43 \pm 4,74$ % та $71,43 \pm 8,54$ % відповідно).

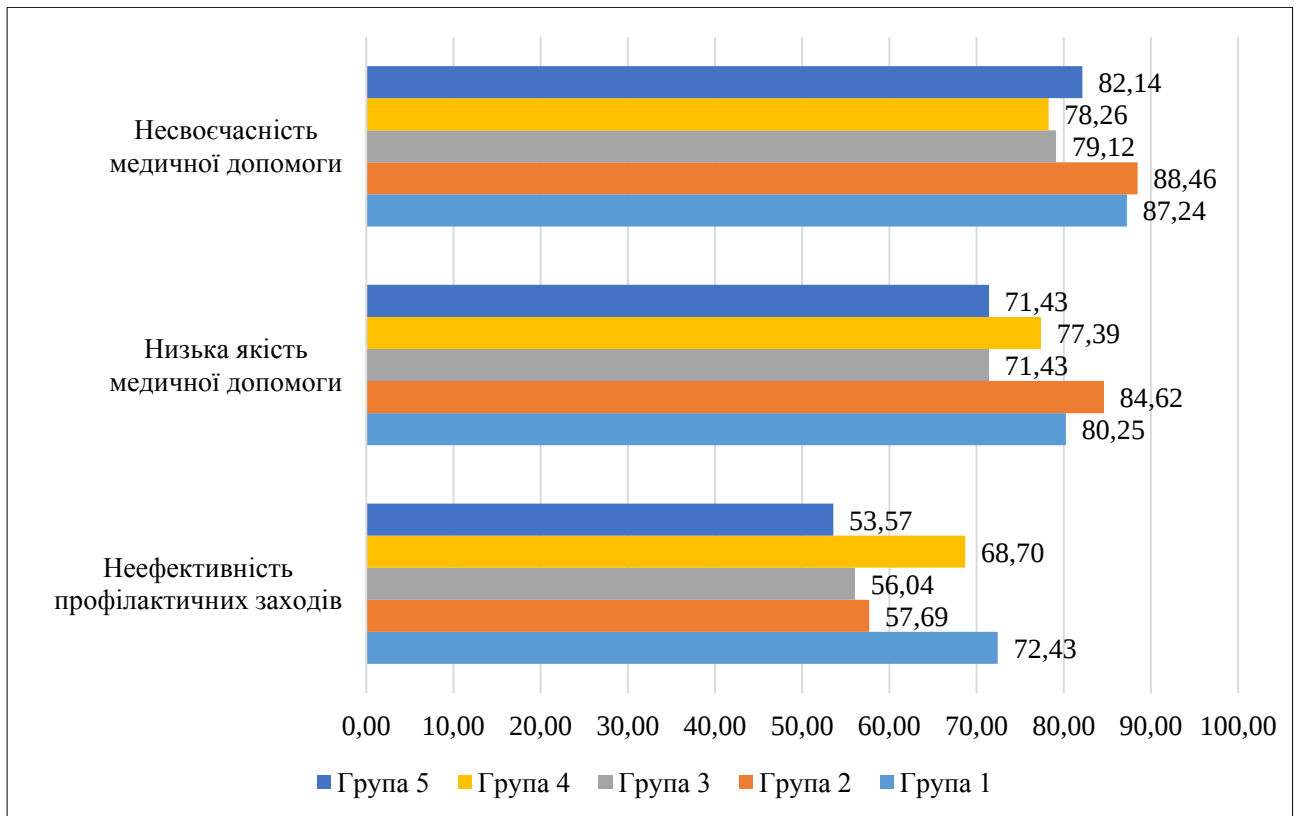


Рисунок 3.7 – Дані щодо усвідомлення впливу якості МД (включно з ФТ) на власне здоров'я респондентами досліджуваних груп (%)

Лише $61,69 \pm 2,17$ % респондентів усвідомлюють роль неефективності профілактичних заходів, як негативного чинника впливу на здоров'я, серед яких $72,43 \pm 2,87$ % студентів-медиків групи 1 та $68,70 \pm 4,32$ % інтернів групи 4. Таким чином, найбільше осягають важливість якості МД (включно з ФТ) студенти (медики та фармацевти), а чільне місце з числа всіх негативних чинників, пов'язаних із МД, респонденти відводять несвоєчасності її надання. Середній бал впливу негативних чинників МД на власне здоров'я, за оцінками респондентів, становить $3,58 \pm 0,41$ бали, при найвищій оцінці за «Несвоєчасну

медичну допомогу» – $3,77 \pm 0,42$ бали та найменшій – за «Неефективність профілактичних заходів» – $3,28 \pm 0,40$ бали (табл. 3.12).

Таблиця 3.12 – Оцінка впливу чинників МД на здоров'я респондентів досліджуваних груп (в середніх балах $M \pm m$) (на думку респондентів)

Чинники	Група 1	Група 2	Група 3	Група 4	Група 5
Неефективність профілактичних заходів	$3,42 \pm 0,19$	$2,77 \pm 0,62$	$3,18 \pm 0,30$	$2,94 \pm 0,25$	$4,11 \pm 0,64$
Низька якість МД (ЯМД)	$3,84 \pm 0,19$	$2,81 \pm 0,61$	$3,70 \pm 0,32$	$3,35 \pm 0,28$	$4,75 \pm 0,57$
Несвоєчасність МД	$3,64 \pm 0,20$	$3,08 \pm 0,66$	$3,82 \pm 0,34$	$3,33 \pm 0,28$	$4,96 \pm 0,64$
В середньому	$3,63 \pm 0,19$	$2,88 \pm 0,63$	$3,57 \pm 0,32$	$3,21 \pm 0,27$	$4,61 \pm 0,62$

Група курсантів зазначає найбільший вплив на власне здоров'я неналежної МД з-поміж усіх груп ($4,61 \pm 0,62$ бали). На другому місці за цією оцінкою є група студентів-медиків із середнім балом $3,63 \pm 0,19$, на третьому: майбутні провізори – $3,57 \pm 0,32$ бали. Серед усіх груп, студенти-фармацевти найслабше оцінили вплив на їх здоров'я неналежної МД ($2,88 \pm 0,63$).

Порівнюючи відношення шансів впливу негативних чинників МД поміж групами спостереження, нами встановлено, що група студентів-медиків за низької ЯМД має на 35 % більший шанс негативного впливу на здоров'я порівняно із групою студентів-фармацевтів ($1,35 \pm 0,10$, при 95 % СІ 0,31-2,40) (табл. 3.13). У той же час, група 3, за цим же показником, має на 63 % вищий шанс впливу на здоров'я порівняно із групою 1, група 4 – на 19 % та група 5 – на 63 % порівняно із групою 1. Несвоєчасність надання МД (включно з ФТ) спричинює шанс неблагополучної зміни здоров'я у групі 1 на 12 % більше, ніж у групі 2; у групі 3 – на 80 %, у групі 4 – на 90 %, у групі 5 – на 49 % більше порівняно з групою 1.

Таблиця 3.13 – Дані показників відношення шансів ($OR \pm m$) оцінки впливу негативних чинників МД (на думку респондентів) на стан здоров'я у групі 1 порівняно із іншими групами

Чинники	Група 1 порівняно з групою 2		Група 1 порівняно з групою 3	
	$OR \pm m$	95% CI	$OR \pm m$	95% CI
Неефективність профілактичних заходів	$1,93 \pm 0,12^*$	0,76-3,09	$2,06 \pm 0,14^*$	0,84-3,28
Низька ЯМД	$1,35 \pm 0,10$	0,31-2,40	$1,63 \pm 0,11^*$	0,51-2,74
Несвоєчасність МД	$1,12 \pm 0,08$	0,12-2,12	$1,80 \pm 0,09^*$	0,69-2,92
	Група 1 порівняно з групою 4		Група 1 порівняно з групою 5	
	$OR \pm m$	95% CI	$OR \pm m$	95% CI
Неефективність профілактичних заходів	$1,20 \pm 0,11^*$	0,16-2,24	$2,28 \pm 0,34^*$	0,54-4,02
Низька ЯМД	$1,19 \pm 0,09^*$	0,15-2,22	$1,63 \pm 0,29^*$	0,29-2,96
Несвоєчасність МД	$1,90 \pm 0,08^*$	0,79-3,01	$1,49 \pm 0,23^*$	0,26-2,71

Примітка. * – відношення шансів групи 2, 3, 4, 5 порівняно з групою 1.

Неефективність профілактичних заходів має найбільший шанс впливу на здоров'я у групах 3 та 5 порівняно із групою 1, в яких показники відношення шансів становлять $2,06 \pm 0,14$ та $2,28 \pm 0,34$ відповідно, що у 2 рази збільшує шанс негативного впливу даного чинника на здоров'я у цих групах.

За результатами нашого соціологічного опитування, $94,65 \pm 1,00$ % респондентів вважають, що здоровий спосіб життя має вплив на рівень здоров'я людини (рис. 3.8). Повністю згодні з цим твердженням усі лікарі-курсанти групи 5 та практично всі респонденти груп 1, 3, 4 ($99,18 \pm 0,58$ %, $98,90 \pm 1,09$ %, $98,26 \pm 1,22$ % відповідно). Натомість, серед студентів-фармацевтів лише $\frac{2}{3}$ ($76,92 \pm 8,26$ %) підтримують цю думку.

На запитання «Як Ви оцінюєте свій стан здоров'я?», більшість ($59,24 \pm 2,19$ %) респондентів відповіла, що стан їх здоров'я задовільний. Найпоширенішою ця думка є у курсантів групи 5 – $75,00 \pm 8,18$ % ($p < 0,05$ порівняно з групою 1), респондентів цієї групи вважають свій стан здоров'я задовільним (табл. 3.14).

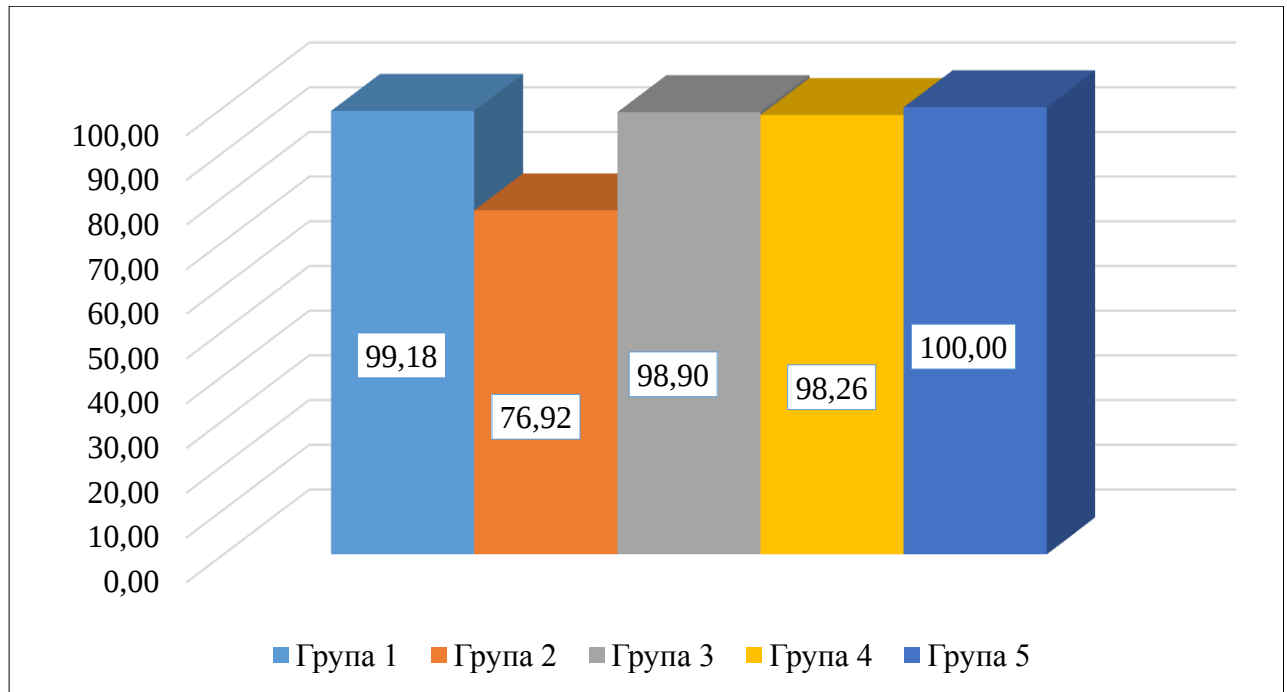


Рисунок 3.8 – Дані про респондентів, які вважають, що здоровий спосіб життя має вплив на здоров'я людини (%)

Стан здоров'я, оцінений як добрий, на думку анкетованих, мають близько $\frac{1}{3}$ всіх респондентів – $32,80 \pm 2,09$ %, окрім курсантів групи 5, де лише чверть ($25,00 \pm 8,18$ %) осіб почувається добре.

Таблиця 3.14 – Дані оцінки власного здоров'я респондентами ($P \pm m_p$, %)

Стан здоров'я	Показники	Група 1 (n=243)	Група 2 (n=26)	Група 3 (n=91)	Група 4 (n=115)	Група 5 (n=28)
добрий	абс.д.	82	9	31	36	7
	$P \pm m_p$, %	$33,74 \pm 3,03$	$34,62 \pm 9,33$	$34,07 \pm 4,97$	$31,30 \pm 4,32$	$25,00 \pm 8,18$
задовільний	абс.д.	136	12	58	71	21
	$P \pm m_p$, %	$55,97 \pm 3,18$	$46,15 \pm 9,78$	$63,74 \pm 5,04$	$61,74 \pm 4,53$	$75,00 \pm 8,18^*$
поганий	абс.д.	23	5	2	8	0
	$P \pm m_p$, %	$9,47 \pm 1,88$	$19,23 \pm 7,73$	$2,20 \pm 1,54^*$	$6,96 \pm 2,37$	0,00
вкрай поганий	абс.д.	2	0	0	0	0
	$P \pm m_p$, %	$0,82 \pm 0,28$	0,00	0,00	0,00	0,00

Примітка. * – наявна достовірна ($p < 0,05$) різниця порівняно з показниками 1 групи.

Своє самопочуття як погане оцінюють $7,55 \pm 1,18$ % усіх респондентів, із них найбільшою є частка студентів-фармацевтів групи 2 – $19,23 \pm 7,73$ %. Вкрай погано почуваються лише двоє студентів-медиків групи 1 ($0,82 \pm 0,28$ %).

Таким чином, лише $\frac{1}{3}$ респондентів оцінює свій стан здоров'я як добрий, більшість анкетованих почувається загалом задовільно [187].

Висновки до розділу 3

1. За даними нашого дослідження найбільш поширеною (у $49,90 \pm 2,23$ % опитуваних) серед здобувачів ВМО є патологія дихальної системи, на другому місці – ураження ШКТ ($37,18 \pm 2,15$ %), на третьому – патологія ССС ($21,07 \pm 1,82$ %), останнє – посідає патологія ендокринної системи ($4,57 \pm 0,93$ % випадків).

2. Групою ризику щодо перенесених захворювань є курсанти групи 5 (на 1 людину припадає 2,29 випадки перенесених захворювань за рік), відносно благополучною групою – студенти-фармацевти групи 2 (1,12 випадків хвороб на 1 людину).

3. За результатами скринінгу здоров'я студентів, $11,30 \pm 0,62$ % від загального числа здобувачів ВМО, зараховано до 3-ї групи динамічного спостереження (хворих на хронічну патологію осіб, які потребують лікування). З-поміж усіх хронічних нозологій, що потребують ФТ, у студентів-медиків найчастіше діагностуються хвороби нервової системи ($23,9 \pm 2,9$ випадків на 1000 студентів), органів травлення ($20,0 \pm 2,8$ випадків на 1000 студентів) та ендокринної системи, розлади харчування і порушення обміну речовин ($15,4 \pm 2,4$ випадків на 1000 студентів). Рівень захворюваності на хронічну патологію серед студентів чоловічої статі на всіх, за винятком 3-го, курсах є вищим порівняно із аналогічним показником у студенток.

4. У результаті проведеного дослідження виявлено, що $5,40 \pm 0,44$ % від усіх студентів 2-х медичних факультетів ЛНМУ ім. Данила Галицького мають встановлену групу інвалідності. Найбільша кількість студентів із групами інвалідності – на 1-му курсі, найменша – на 6-му. Найчастішими причинами

інвалідності є хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин; вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії; хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

5. Загалом $94,65 \pm 1,00$ % респондентів вважають, що здоровий спосіб життя має вплив на рівень здоров'я людини; $\frac{1}{3}$ респондентів свій стан здоров'я оцінює як добрий, натомість більшість анкетованих відчувається загалом задовільно.

6. У 2 рази зростає шанс негативного впливу на здоров'я чинника неефективності профілактичних заходів та на 63 % низької ЯМД (включно з ФТ) у групах майбутніх провізорів та лікарів-курсантів порівняно із групою студентів-медиків.

7. Студенти IV-х курсів мають нижчий рівень усвідомлення впливу шкідливих звичок на власне здоров'я, ніж студенти-випускники та здобувачі післядипломної освіти. У студентів-медиків найбільша різниця порівняно з іншими щодо відношення шансів негативного впливу на здоров'я була пов'язана із чинником «Вживання легких наркотиків», у групі студентів-фармацевтів – «Вживання токсичних речовин», у решті груп (майбутніх провізорів, інтернів та курсантів) – не виявлено суттєвої різниці з іншими групами у значенні показника шансу.

8. На думку опитаних, найбільшу шкоду здоров'ю наносить тютюнокуріння (вважають $98,14 \pm 0,60$ % опитаних), вживання наркотиків ($94,97 \pm 0,97$ %), та алкоголю ($94,00 \pm 1,06$ %), тоді як зловживання ліками серед усіх чинників негативного впливу на здоров'я був винесений на останнє місце ($80,42 \pm 1,77$ %). Це свідчить, на нашу думку, про низьку фармацевтичну освіченість молоді.

9. Серед негативних чинників, які найбільше впливають на здоров'я, на думку респондентів, були порушення режиму харчування, стресові ситуації та психоемоційна напруга. Негативний чинник «Зловживання ліками» за сумою середніх балів був лише на 13 місці серед усіх чинників, що свідчить про повне неусвідомлення та недооцінку небезпеки зловживання ліками опитаною

студентською молоддю.

Результати досліджень розділу 3 наведено в наступних публікаціях:

1. Zaremba N., Zimenkovsky A., Boretska O. Attitude of medical students for taking drugs: Problem of irresponsible self-treatment. *PHARMACIA*. 2015. № 62(3). P. 10-14. URL: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57004757800>.
2. Заремба Н. І., Гутор. Т. Г., Гупало І. В. Рівні хронічної захворюваності у студентів-медиків за результатами диспансерного спостереження. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2013. № 1. С. 26-30. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kff_2013_1_5
3. Рудень В. В., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Про рівні усвідомлення студентами-медиками значимості впливу тютюнопаління та алкоголю на стан їх здоров'я (за результатами соціологічного дослідження). *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2012 р. «Старіння та здоров'я», Київ, 5-6 квітня 2012. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2012. №1 (17). С. 242-243.
4. Ruden V. V, Zaremba N. I., Gutor T. G. O poziomie świadomości i wiedzy studentów medycyny na temat wpływu palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu na ich stan zdrowia. *Materiały IX międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji «Kluczowe aspekty naukowej działalności»*. Pszemyśl, 7-15 stycznia 2013. P. 13-15.
5. Заремба Н. І., Гупало І. В., Гутор. Т. Г. Про рівні неінфекційної захворюваності студентів ЛНМУ імені Данила Галицького за даними самооцінки власного здоров'я. *Матеріали українсько-польського симпозиуму «Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я»*. Львів, 18-20 квітня 2013. С. 202-203.
6. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Стан здоров'я студентів-медиків за даними медичних оглядів та диспансеризації. *Матеріали міжнародної НПК «Досягнення медичної науки як чинник стабільності розвитку медичної практики»*, Дніпро, 10-11 березня 2017. С.12-14.

РОЗДІЛ 4

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКІВ ЗДОБУВАЧАМИ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ НА ДО- ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ

4.1 Аналіз нозологій та ліків, що застосовуються здобувачами вищої медичної/фармацевтичної освіти на до- та післядипломному етапі

4.1.1 Оцінка ймовірних чинників ризику самолікування респондентами досліджуваних груп

За результатами проведеного нами соціологічного дослідження з'ясовано, що в $93,00 \pm 1,28$ % анкетованих здобувачів медичної та фармацевтичної освіти на до- та післядипломному етапі підготовки трапляються випадки, коли респонденти самі собі призначають ФТ, тобто займаються самолікуванням, зокрема: $92,45 \pm 1,37$ % студентів-медиків (група А), 100,00 % лікарів-курсантів (група Б) та стільки ж провізорів-курсантів (група В). При цьому встановлено, що з-поміж опитаних $68,50 \pm 2,32$ % застосовують С рідко, а $23,00 \pm 2,10$ % анкетованих займаються С завжди ($21,29 \pm 2,13$ % студентів-медиків, $57,14 \pm 10,80$ % лікарів-курсантів, $12,50 \pm 4,69$ % провізорів-курсантів). Водночас, лише $8,50 \pm 1,39$ % опитаних майбутніх лікарів та майбутніх провізорів стверджують, що ніколи самі собі не призначають ФТ (всі студенти-медики).

Важливим було визначити думку анкетованих, чи завжди вони досягали терапевтичного ефекту при С. Методом самооцінки анкетованих було отримано наступні результати: 1) $45,50 \pm 2,49$ % респондентів вважають, що С завжди було ефективним; 2) практично стільки ж респондентів ($47,75 \pm 2,50$ %) не завжди досягали терапевтичного ефекту у випадках коли самі собі призначали ФТ; 3) лише $6,75 \pm 1,25$ зі 100 опитаних визнали, що треба було все ж звертатися до лікаря. Порівнюючи окремі групи за даними терапевтичного ефекту, встановлено, що його досягали завжди $\frac{2}{3}$ провізорів-курсантів ($75,00 \pm 15,31$ %), більше $\frac{1}{2}$ лікарів курсантів ($52,38 \pm 10,90$ %) та менше $\frac{1}{2}$ студентів-медиків ($44,47 \pm 2,58$ %) (табл. 4.1).

Таблиця 4.1 – Розподіл за досягненням терапевтичного ефекту поміж групами спостереження ($P \pm m_p$, %)

Критерій звернення	Група А		Група Б		Група В	
	абс. дані	$P \pm m_p$, %	абс. дані	$P \pm m_p$, %	абс. дані	$P \pm m_p$, %
так, завжди	165	$44,47 \pm 2,58$	11	$52,38 \pm 10,90$	6	$75,00 \pm 15,31$
ні, не завжди	180	$48,52 \pm 2,59$	10	$47,62 \pm 10,90^{\#}$	1	$12,50 \pm 4,69^*$
треба було звертатися до лікаря	26	$7,01 \pm 1,33$	0	0,00*	1	$12,50 \pm 4,69$

Примітка 1. * – вірогідна різниця ($p < 0,05$) порівняно з показниками групи А.

Примітка 2. $\#$ – вірогідна різниця ($p < 0,05$) між показниками груп Б і В.

У той же час, провізори також найчастіше звертались за медичною допомогою до фахівців ($p < 0,05$ із групою лікарів-курсантів) – $12,50 \pm 4,69$ % респондентів.

Варто зазначити, що отримані результати ФТ базувалися на суб'єктивних відчуттях опитаних (тобто методі самооцінки), а не згідно даних достовірних медичних обстежень. Таким чином, вважаємо, що у 64,5 % пролікованих за допомогою С респондентів однозначно не відбулося покращення їх стану здоров'я, і ця частка може бути об'єктивно більшою у випадку залучення кваліфікованих медичних фахівців до процесу оцінки результатів ФТ. Виявлено, що поряд із С респонденти були схильні до вживання інших речовин, які можуть викликати залежність. Тож, з'ясовано, що кожен 4-й з опитаних ($25,75 \pm 2,19$ %) підтвердив факт систематичного куріння, при чому, більше курців було у групі Б ($28,57 \pm 9,86$ % лікарів-курсантів), ніж у групі А ($26,15 \pm 2,28$ % студентів-медиків). Провізори-курсанти заперечували факт куріння. Щодо споживання алкоголю, то практично кожен 2-й респондент ($46,00 \pm 2,49$ %) вживає алкогольні напої кілька разів на місяць. Натомість, вживають алкоголь кілька разів на рік – $30,50 \pm 2,30$ зі 100 респондентів; кілька разів на тиждень – $9,00 \pm 1,43$ зі 100 опитаних; щодня – $1,75 \pm 0,66$ зі 100

анкетованих. Стверджують, що не вживають алкогольні напої взагалі – $12,75 \pm 1,67$ зі 100 анкетованих. Достовірної різниці поміж досліджуваними групами при аналізі частоти вживання алкоголю не виявлено. При цьому встановлено, що у $29,75 \pm 2,29$ % опитаних трапляються випадки поєднання приймання ліків із вживанням алкоголю, з них найбільше таких респондентів було у групі Б – $38,10 \pm 10,60$ % лікарів-курсантів, а найменше у групі В – $25,00 \pm 8,31$ % провізорів-курсантів ($p > 0,05$). Доведено прямий середньої сили кореляційний зв'язок між частотою вживання алкоголю та зловживанням його у комбінації із ЛЗ у респондентів. Результати дослідження наявності кореляційного зв'язку між частотою поєднання алкоголю з найпоширенішими ЛЗ достеменно довели ($p < 0,05$) присутність прямого слабкого зв'язку з наступними медикаментами: біфрен ($r = +0,17$), цитрин ($r = +0,15$), темпалгін ($r = +0,12$), мастодінон ($r = +0,11$), метронідазол ($r = +0,11$), омез ($r = +0,11$), кетанов ($r = +0,10$), панкреатин ($r = +0,10$) (табл. 4.2).

Таблиця 4.2 – Дані кореляційного зв'язку поміж частотою поєднання алкоголю з найпоширенішими ЛЗ

ЛЗ (ТН) [#]	r	ЛЗ (ТН)	r	ЛЗ (ТН)	r
1	2	3	4	5	6
азитроміцин	0,08	інсулін	-0,06	омез	0,11*
амізон	0,08	кальцій	-0,03	панкреатин	0,10*
амоксацилін	0,08	кетанов	0,10*	парацетамол	-0,03
анальгін	0,02	колдрекс	-0,06	сорбекс	-0,03
аугментин	0,08	креон	0,08	спазмалгон	-0,02
афлубін	-0,05	лазолван	0,03	супрастин	0,08
біле вугілля	0,08	мастодінон	0,11*	темпалгін	0,12*
біфрен	0,17*	мезим	-0,07	фарингосет	-0,05
валідол	0,08	метронідазол	0,11*	фервекс	-0,03
декатилен	-0,02	мукалтин	-0,08	фестал	-0,07

Продовження табл. 4.2

1	2	3	4	5	6
діазолін	0,08	називін	-0,03	фталазол	-0,03
доксидиклін	0,08	німесил	-0,01	фурасимід	0,08
долабене	-0,03	ністатин	0,08	цитрамон	-0,06
еритроміцин	0,08	ношпа	-0,07	цитрин	0,15*
ібупрофен	0,06	нурофен	0,08		

Примітка 1. * - доведений ($p < 0,05$) кореляційний зв'язок.

Примітка 2. # - ТН – торгова назва.

Наступним кроком цього етапу нашого дослідження був аналіз результатів вивчення думки студентської молоді про те, яку кількість ліків, призначених водночас, можна вважати адекватною, і чи часто трапляється так, що респонденти водночас приймають більше одного ЛЗ. Переважна кількість респондентів ($64,00 \pm 2,40$ %) визнали, що вживають більше одного ЛЗ одночасно, тоді як $36,00 \pm 2,40$ зі 100 опитаних цей факт заперечили. Достовірної різниці у відповідях окремих груп спостереження не встановлено ($p > 0,05$). Проте, доведено прямий кореляційний зв'язок поміж постійним С та прийманням кількох ЛЗ одночасно у студентів-медиків ($r = +0,12$, $p < 0,05$). Отримані відповіді щодо кількості одночасного приймання ЛЗ засвідчують, що абсолютна більшість – $76,75 \pm 2,11$ зі 100 опитаних, трактують за прийнятну кількість до вживання на добу – до 5-ти ліків. У той же час, $4,00 \pm 0,98$ % респондентів вважають адекватним призначення водночас не більше 10-ти ліків. Оцінюючи розподіл відповідей між досліджуваними групами респондентів, слід зазначити, що всі провізори-курсанти (100 %) вважають достеменно можливим одночасне приймання до 5 ліків ($p < 0,05$ із групами порівняння), у групі Б – $80,95 \pm 8,97$ % лікарів-курсантів, у групі А – $76,01 \pm 2,22$ % студентів-медиків. Практично кожний 10-ий лікар-курсант допускає можливість одночасного приймання до 10 ліків ($9,52 \pm 6,41$ %), тоді як серед студентів-медиків таких є лише $3,77 \pm 0,99$ %, а з групи провізорів-курсантів – жодного. Варто зазначити, що кожен 5-ий респондент

(19,25±1,97 %) вагався щодо однозначної відповіді на це запитання. Це свідчить, на нашу думку, про те, що питання визначення поліпрагмазії й далі залишається недиференційованим, навіть серед медичної спільноти [15].

У той же час анкетованим було запропоновано висловити свою думку на запитання: «Що Ви вважаєте поліпрагмазією (поліфармацією)?». Аналіз отриманих результатів показує, що опитані в 43,00±2,48 % випадках вважають поліпрагмазією одночасне приймання 6-ти і більше ліків. Причому, таку думку має ½ провізорів-курсантів (50,00±7,68 %), значна частина студентів-медиків (44,74±2,58 %) та лише кожний 10-ий лікар-курсант (9,52±2,41 %, $p<0,05$ із групами порівняння). На одночасне приймання від 3-х до 5-ти ліків вказали 39,00±2,44 зі 100 респондентів. Зокрема, так вважає більше ½ респондентів групи Б – 57,14±10,80 % та близько ⅓ – у групах А і В – 38,01±2,52 % та 37,50±7,12 % відповідно. Кожен 5-ий (18,00±1,92 %) анкетований схильний називати поліпрагмазією одночасне приймання 2-х ліків (33,33±10,29 % лікарів-курсантів, 17,25±1,96 % студентів-медиків та 12,50±4,69 % провізорів-курсантів).

Далі ми визначали, при якому ступені погіршення самопочуття респонденти самовільно вирішують прийняти ліки. Аналіз отриманих результатів засвідчує, що 8,00±1,36 зі 100 анкетованих приймають ліки при відчутті найменшого дискомфорту. У такий спосіб відповіли студенти-медики (8,36±1,44 %) та лікарі-курсанти (4,76±0,65 %). Жоден із провізорів-курсантів не зазначив, що приймає ліки при мінімальному дискомфорті. Однак, переважна більшість усіх опитаних (78,00±2,07 %) стверджує, що вживає ЛЗ лише при значному погіршенні самопочуття (80,95±8,57 % респондентів групи Б, 78,17±2,14 % – групи А, 62,50±17,12 % – групи В). Відтак, 14,00±1,73 зі 100 опитаних приймають ліки лише тоді, коли дискомфорт стає нестерпним. Зокрема: ⅓ опитаних групи В – 37,50±17,12 % провізорів-курсантів та кожний 7-ий у групах Б та А: 14,29±4,64 % лікарів-курсантів та 13,48±1,77 % студентів-медиків відповідно.

У ході подальшого етапу дослідження, ми запропонували респондентам

відповісти, що є підставою для того, щоб вони придбали певні ліки для ФТ гострих та хронічних захворювань (рис. 4.1).

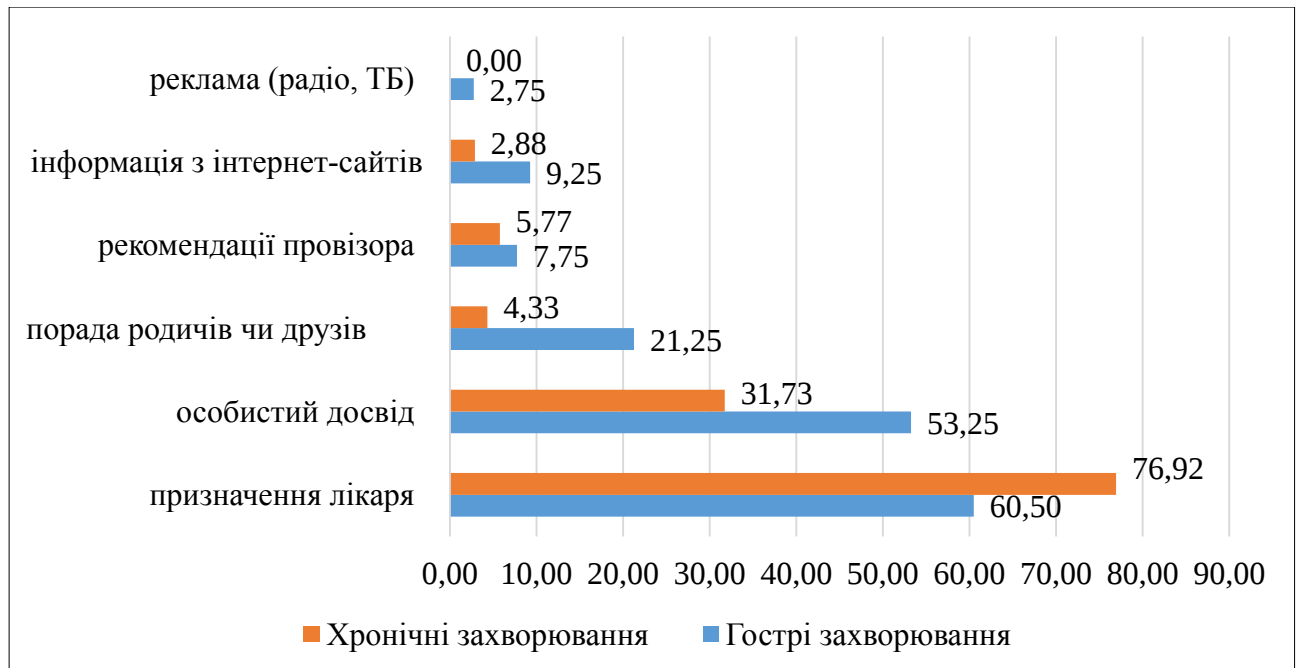


Рисунок 4.1 – Розподіл відповідей здобувачів вищої медичної та фармацевтичної освіти на до- та післядипломному етапі (випадки на 100 анкетованих) щодо підстав для придбання ліків при поширених гострих та хронічних захворюваннях

Розуміючи, що далеко не у всіх анкетованих наявні хронічні захворювання, нами було виявлено, що $48,00 \pm 2,50$ % респондентів ($n=192$) ствердили: хронічні захворювання в них відсутні, а решта ($52,00 \pm 2,50$ %, $n=208$) – склали аналізовану підгрупу. Результати аналізу отриманих даних засвідчують, що для $60,50 \pm 2,44$ % опитаних підставою для придбання конкретних ліків при гострих захворюваннях є призначення лікаря, хоча при хронічних захворюваннях думка лікаря є більш важливою ($p < 0,05$) – для $76,92 \pm 2,92$ % опитаних. Кожен 2-й ($53,25 \pm 2,49$ %) заявив, що купує певні ліки при гострому захворюванні, керуючись особистим досвідом, що прямопропорційно пов'язано із постійним С ($r = +0,21$, $p < 0,05$). Тоді як при хронічному захворюванні – це був кожен 3-й з анкетованих ($31,73 \pm 3,23$ %, $p < 0,05$). Кореляційний зв'язок із С при цьому також був доведений ($r = +0,14$,

$p < 0,05$). Кожен 5-й респондент ($21,25 \pm 2,05$ %) при гострій формі хвороби користувався порадою родичів чи друзів. Водночас, рекомендації провізора аптеки та поради родичів чи друзів не були визначальними у прийнятті рішення ФТ хронічних захворювань ($5,77 \pm 1,62$ % та $4,33 \pm 1,41$ % відповідно). Інформації з Інтернет-сайтів довіряють $9,25 \pm 1,45$ % та $2,88 \pm 0,16$ % анкетованих відповідно ($p < 0,05$ різниці між показниками). Цікавим, на нашу думку, є факт, що рекламі на радіо та телебаченні щодо ФТ хронічних захворювань не довіряє жоден із респондентів, а користувались таким вибором ліків для ФТ гострих захворювань лише $2,75 \pm 0,82$ % опитаних [11, 15].

Щодо розподілу за мотивацією придбання конкретних ліків між досліджуваними групами, то аналіз цих даних не виявив достовірної різниці у їх показниках ($p > 0,05$). Єдине, на що вартує, на нашу думку, звернути увагу, це факт переваги довіри до власного досвіду, ніж до думки фахівця, у лікарів-курсантів, тоді як у інших групах – навпаки: чільне місце при виборі ліків посідає призначення лікаря-фахівця.

Результат аналізу пріоритетності інформації про ліки показав, що найважливішим для всіх респондентів при виборі ЛЗ була інформація про їх основну дію та показання до приймання – 1 місце із 6-ти найпоширеніших вагомих причин вибору того чи іншого ЛЗ (рис. 4.2, табл. 4.3).

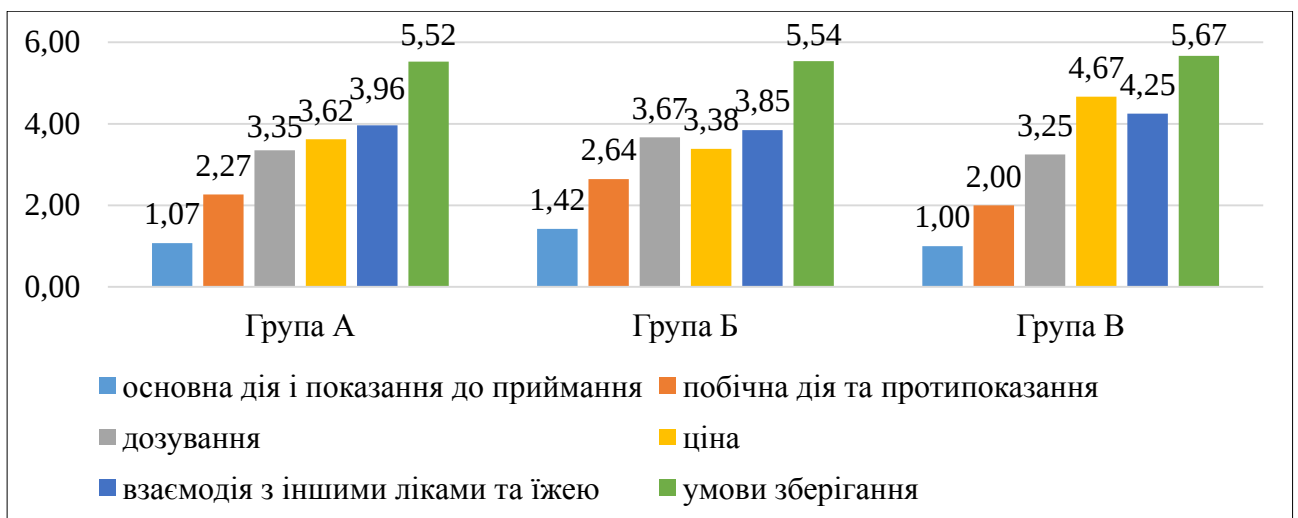


Рисунок 4.2 – Рейтингові місця (від 1 до 6) пріоритетності інформації про ліки у групах порівняння

Таблиця 4.3 – Частота розподілу за пріоритетністю інформації про ліки у досліджуваних групах ($P \pm m_p$, %)

Інформація при виборі ліків	Група А	Група Б	Група В
Основна дія і показання до приймання	78,71 $\pm$ 2,13	90,48 $\pm$ 6,41	50,00 $\pm$ 17,68 [#]
Побічна дія та протипоказання	56,87 $\pm$ 2,57	66,67 $\pm$ 10,29	50,00 $\pm$ 17,68
Дозування	44,47 $\pm$ 2,58	71,43 $\pm$ 9,86*	50,00 $\pm$ 17,68
Взаємодія з іншими ліками та їжею	42,05 $\pm$ 2,56	61,90 $\pm$ 10,60	50,00 $\pm$ 17,68
Умови зберігання	38,01 $\pm$ 2,52	61,90 $\pm$ 10,60*	37,50 $\pm$ 7,12
Ціна	45,55 $\pm$ 2,59	61,90 $\pm$ 10,60	37,50 $\pm$ 7,12

Примітка 1. * – вірогідна різниця ($p < 0,05$) порівняно з показниками групи А.

Примітка 2. [#] – вірогідна різниця ($p < 0,05$) між показниками груп Б і В

Найбільше цінності цьому показнику пріоритетності надавала група Б – 90,48 $\pm$ 6,41 % лікарів-курсантів (достовірність різниці ($p < 0,05$) із групою В). Друге місце у цьому рейтингу посідає побічна дія та протипоказання ЛЗ. Серед груп опитаної молоді найбільше цей пункт анкети оцінили лікарі-курсанти групи Б (66,67 $\pm$ 10,29 %). Третє місце загалом серед усіх респондентів (окрім групи Б) обіймає інформація про дозування ЛЗ. Респонденти групи Б на III-є місце за шкалою пріоритетності поставили ціну, а дозування – на IV-е місце, на відміну від решти опитаних. Якщо оцінювати показник дозування за кількістю осіб, які його обрали, то найбільше таких було у групі Б (71,43 $\pm$ 9,86 %), а найменше – у групі А (44,47 $\pm$ 2,58 %, достовірність різниці у групах ($p < 0,05$)).

Рейтингові місця ціни серед всіх показників інформації про ЛЗ між групами відрізнялись найбільше. Зокрема, у групі А – 4-те місце (45,55 $\pm$ 2,59 % опитаних), у групі Б – 3-те (61,90 $\pm$ 10,60 %), у групі В – 5-те (37,50 $\pm$ 7,12 %). На V місці за пріоритетністю інформації у всіх респондентів (окрім групи В), стоїть взаємодія з іншими ліками та їжею, на останньому, VI місці, у всіх групах – умови зберігання ЛЗ [23, 25].

Оцінюючи важливість інформації про ЛЗ у осіб, які завжди займаються С,

доведено, що основна дія і показання до приймання ЛЗ є пріоритетними у їх виборі ($r=+0,11$, $p<0,05$).

За даними нашого дослідження також визначені чинники, які лякають респондентів у ФТ (рис. 4.3).

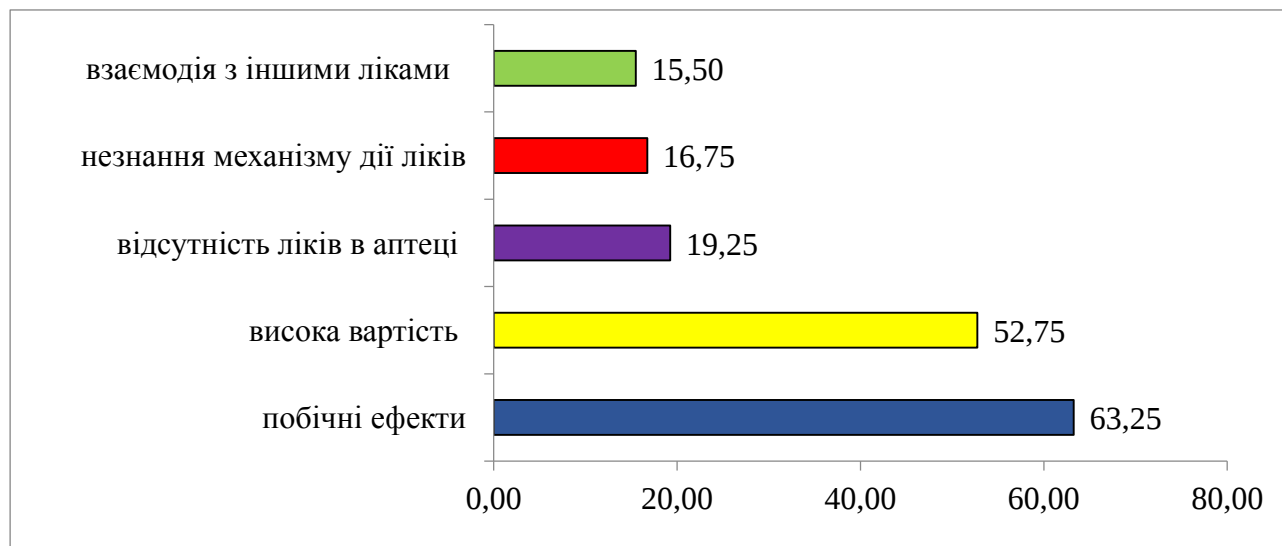


Рисунок 4.3 – Розподіл відповідей анкетованих (на 100 анкетованих) щодо визначення чинників, які їх лякають у ФТ

Більшість анкетованих констатують, що бояться ПЕ ЛЗ ($63,25\pm2,41$ %) та високої вартості медикаментів ($52,75\pm2,50$ %). Приблизно однакова частка анкетованих посиляється у відповідях на такі чинники, як: відсутність ліків ($19,25\pm1,97$ %); незнання механізму їх дії ($16,75\pm1,87$ %) та взаємодія з іншими ЛЗ ($15,50\pm1,81$ %). Аналіз частоти розповсюдження цих чинників у групах молоді показав достовірну різницю відповідей лише стосовно страху ПЕ ЛЗ, показник якого був найвищим у групі В порівняно із групами А та Б: $87,50\pm11,69$ % vs $63,61\pm2,50$ % та $47,6\pm10,90$ % відповідно ($p<0,05$). Також жоден із провізорів-курсантів не зазначив факт страху використання ЛЗ через незнання механізму їх дії. Окрім того, було доведено ($p<0,05$), що факт постійного С прямо корелював із відсутністю страху до ПЕ ЛЗ ($r=+0,11$) серед загалу опитаної молоді та зі страхом високої вартості ЛЗ ($r=+0,13$) у групі студентів-медиків [25].

Цікаво, на нашу думку, що перед прийманням ліків ІМЗ ЛЗ вивчають завжди $60,50 \pm 2,44$ зі 100 респондентів; інколи читають – $35,50 \pm 2,39$ зі 100 анкетованих. У той час, як $4,00 \pm 0,98$ зі 100 респондентів не знайомляться з ІМЗ взагалі. Причому останнє стверджують лише студенти-медики, тоді як у групах курсантів не було жодного опитуваного, хто б вказав факт приймання ЛЗ без попереднього вивчення ІМЗ [11]. Встановлено зворотну кореляційну залежність поміж фактом С та обов'язковим вивченням ІМЗ до ЛЗ перед ФТ у групі провізорів-курсантів ($r = -0,65$, $p < 0,05$), тоді як у інших групах опитаної молоді такої залежності не виявлено.

У процесі виконання соціологічного дослідження нами з'ясовано, чи бувають випадки, коли респонденти збільшували дозу ЛЗ із метою пришвидшення одужання. При цьому встановлено, що $\frac{1}{3}$ ($34,75 \pm 2,38$ %) анкетованих самовільно збільшували дозу ЛЗ, тоді як решта ($65,25 \pm 2,38$ %) опитаних засвідчили, що таких випадків у них не було. Провізори-курсанти найменше проводили коригування ФТ ($12,50 \pm 4,69$ %) порівняно з іншими респондентами ($p > 0,05$).

Також нами визначено, наскільки часто респонденти самовільно заміняли призначені лікарем ліки на більш дешеві аналоги. Стосовно цього питання, $45,25 \pm 2,49$ зі 100 респондентів визнали, що дійсно власноруч заміняли призначені лікарем ліки на більш дешеві аналоги. Хоча більшість анкетованих ($54,75 \pm 2,49$ %) все ж відповіли негативно, тобто, що вони не проводили вказану заміну. Проте, достовірної різниці цього показника у групах респондентів не встановлено ($p > 0,05$).

У той же час нами вивчалась думка анкетованих, які ліки мають відпускатися за рецептом (рис. 4.4). Результати аналізу отриманих даних засвідчують, що кожен 2-й респондент вважає, що за рецептом мають відпускатися лише оральні гормональні контрацептиви та антибіотики ($52,50 \pm 2,50$ % та $51,00 \pm 2,50$ % відповідно). Окрім цього, респонденти у відповідях ще зазначили ненаркотичні анальгетики – $12,00 \pm 1,62$ %; НПЗЗ – $11,00 \pm 1,56$ %; та навіть вітаміни – $3,75 \pm 0,95$ %.

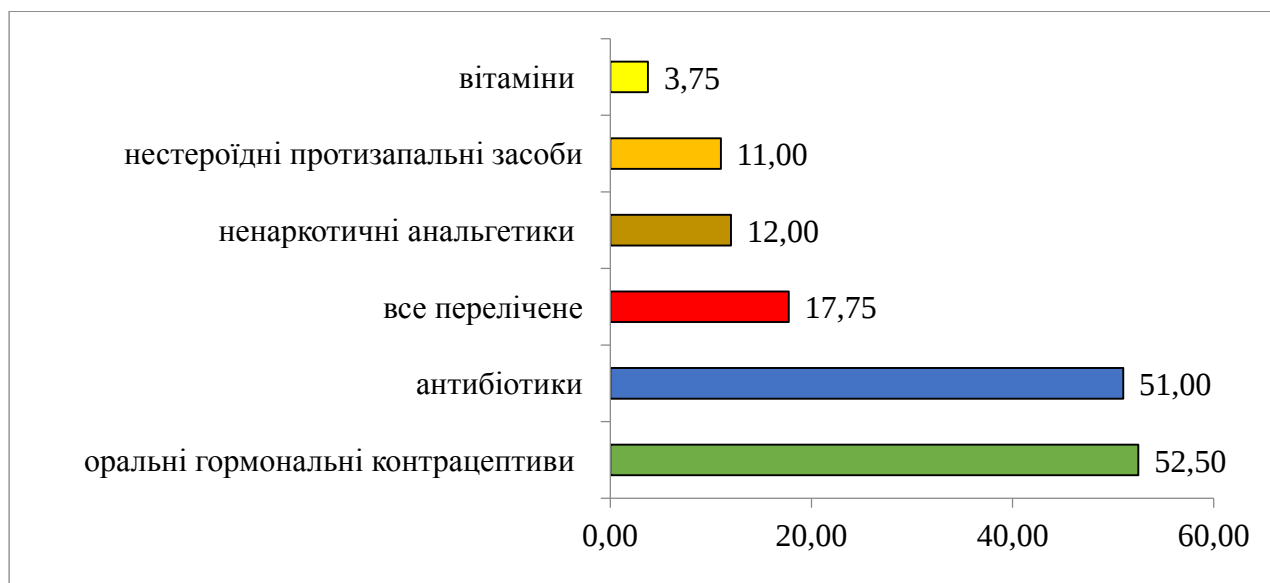


Рисунок 4.4 – Розподіл відповідей респондентів (на 100 анкетованих) стосовно того, які ліки, на їх думку, повинні відпускатися без рецепта

Результати аналізу розподілу відповідей на це запитання в окремих групах опитаної молоді засвідчили, що лише студенти-медики на I-е місце у переліку рецептурних медикаментів віднесли оральні гормональні контрацептиви ($52,83 \pm 2,59$ %), тоді як лікарі-курсанти та провізори-курсанти – антибіотики ($47,62 \pm 10,90$ % та $75,00 \pm 15,31$ % відповідно) (табл. 4.4).

Таблиця 4.4 – Розподіл відповідей на запитання про рецептурні ліки у групах опитаної молоді ($P \pm m_p$, %)

Групи ліків	Група А	Група Б	Група В
Оральні гормональні контрацептиви	$52,83 \pm 2,59$	$42,86 \pm 10,80$	$62,50 \pm 17,12$
Антибіотики	$50,67 \pm 2,60$	$47,62 \pm 10,90$	$75,00 \pm 15,31$
Ненаркотичні анальгетики	$11,86 \pm 1,68$	$14,29 \pm 4,64$	$12,50 \pm 4,69$
Нестероїдні протизапальні засоби	$9,97 \pm 1,56$	$23,81 \pm 9,29$	$25,00 \pm 5,31$
Вітаміни	$4,04 \pm 1,02$	0,00	0,00
Все перелічене	$17,79 \pm 1,99$	$14,29 \pm 4,64$	$25,00 \pm 5,31$

Кожний 6-ий респондент у групах А і Б вважає, що всі наведені ЛЗ мають відпускатись за рецептом, тоді як у групі В – кожний 4-ий, хоча ця відповідь доволі суперечлива, оскільки у групах Б і В факт віднесення вітамінів до рецептурних ліків не вказав жодний опитаний. Результати дослідження кореляційного зв'язку між фактом наявності постійного С та рецептурними ліками достеменно довели ($p < 0,05$), що лікарі-курсанти, які постійно займаються С, негативно ставляться до рецептурної реалізації оральних гормональних контрацептивів ($r = -0,61$), ненаркотичних анальгетиків ($r = -0,47$) та НПЗЗ ($r = -0,42$). У респондентів інших груп такої закономірності не встановлено.

Нами з'ясовано, що при одному зверненні в аптеку, $40,00 \pm 2,45$ зі 100 анкетованих витрачають у середньому до 100 гривень. Практично кожен 2-й респондент ($49,00 \pm 2,50$ %) зазначив суму від 100 до 300 гривень, у той час, як у середньому 300-500 гривень витрачають при кожному зверненні $8,25 \pm 1,38$ % респондентів. Відтак, $2,75 \pm 0,82$ зі 100 опитаних при одноразовому зверненні в аптеку оплачують ліки на суму більше 500 грн. У той же час, аналіз середніх витрат на ЛЗ в окремих групах не виявив достовірної різниці ($p > 0,05$) за цим показником у респондентів до- та післядипломної освіти.

4.1.2 Досвід респондентів щодо приймання ліків при різних захворюваннях

Для детального аналізу захворювань, при яких респонденти приймають ліки постійно ($13,00 \pm 1,68$ % респондентів, $n = 52$), нами були здійснені необхідні обчислення. Найбільша частка опитаних, які приймають постійно ліки, була серед лікарів-курсантів ($19,05 \pm 5,57$ %). Серед студентів-медиків таких осіб було $12,94 \pm 1,74$ %, а серед провізорів-курсантів жодний не вказав постійне вживання ЛЗ (табл. 4.5). Наведені дані демонструють, що інфекційні та шлунково-кишкові захворювання є найчастішими причинами, при яких респонденти приймають ліки постійно. Тоді як при захворюваннях шкіри та серцево-судинній патології анкетовані приймають ліки постійно вкрай рідко.

Таблиця 4.5 – Розподіл відповідей анкетованих щодо переліку захворювань, при яких вони постійно приймають ліки

Захворювання органів та систем	Частка анкетованих, які ствердно відповіли ($P \pm m_p$, %)		
	Всього	Група А	Група Б
Шлунково-кишкові захворювання	8,00±1,36	8,63±1,46	0,00
Інфекційні захворювання	8,00±1,36	7,55±1,37	19,05±5,57
Алергійні захворювання	5,50±1,14	5,66±1,20	4,76±1,65
Больовий синдром	4,50±1,04	4,85±1,12	0,00
Порушення імунної системи	3,75±0,95	4,04±1,02	0,00
Захворювання очей	2,25±0,74	2,43±0,80	0,00
Захворювання опорно-рухового апарату	2,25±0,74	2,16±0,75	4,76±1,65
Захворювання шкіри	2,00±0,70	2,16±0,75	0,00
Серцево-судинні захворювання	2,00±0,70	1,89±0,71	4,76±1,65
Інше	4,75±1,06	4,58±1,09	0,00

Результати аналізу наведених даних окремо за групами опитаної молоді, свідчать, що такий розподіл є характерним лише для студентів-медиків, тоді як серед лікарів-курсантів чільне місце щодо постійного приймання ЛЗ посідають інфекційні захворювання (19,05±5,57 %). Окрім них, респонденти групи Б також приймають ЛЗ при алергійних, серцево-судинних захворюваннях та хворобах опорно-рухового апарату (4,76±1,65 % при кожній групі). При іншій патології опитані цієї групи заперечували постійне приймання ЛЗ.

При гострих респіраторних вірусних інфекціях (ГРВІ), у ході соціологічного дослідження С серед молоді, нами було з'ясовано, які ліки приймали здобувачі ВМ(Ф)О на до- та післядипломному етапі зокрема (табл. 4.6). Тож, відповіді респондентів розділені наступним чином: протівірусні засоби приймали 63,25±2,41 % осіб; жарознижувальні – 58,75±2,46 %; вітаміни – 26,75±2,21 %, знеболювальні засоби – 7,00±1,28 % анкетованих.

Таблиця 4.6 – Розподіл груп ЛЗ, які приймають при ГРВІ, серед опитаної молоді

Групи ЛЗ	Група А	Група Б	Група В
Противірусні	66,58±2,45	19,05±5,57*	25,00±5,31*
Жарознижувальні	58,76±2,56	52,38±10,90	75,00±15,31
Вітаміни	27,76±2,33	19,05±5,57	0,00
Знеболювальні	7,01±1,33	9,52±3,41	0,00
Інші ліки	4,31±1,05	4,76±1,65	0,00
Не приймаю	6,20±1,25	14,29±4,64	12,50±3,69

Примітка. * – вірогідна різниця ($p<0,05$) порівняно з показниками групи А.

Даний загальний розподіл є тотожним до такого ж у студентів-медиків. Проте, у групах післядипломної освіти розподіл виявився іншим: на I-му місці – жарознижувальні (52,38±10,90 % у групі Б та 75,00±15,31 % у групі В), на II-му – противірусні засоби (19,05±5,57 % у групі Б та 25,00±5,31 % у групі В, достовірна ($p<0,05$) різниця із групою А). У респондентів групи Б, за частотою приймання при ГРВІ, вітаміни також посідають II-е місце. Цікавим, на нашу думку, є те, що не приймали жодних ЛЗ при симптомах ГРВІ 6,75±1,25 зі 100 анкетованих. Зокрема, таких респондентів найбільше у групах Б (14,29±4,64 %) та В (12,50±3,69 %). У групі студентів-медиків був доведений прямий слабкий зв'язок між частотою С та прийманням знеболювальних засобів ($r=+0,10$, $p<0,05$). Тоді як у групі лікарів-курсантів, які зловживали самолікуванням, – зворотній середньої сили зв'язок із жарознижувальними засобами ($r=-0,63$, $p<0,05$). Щодо приймання антибіотиків опитаними при ГРВІ, то практично кожен 2-й (49,50±2,50 %) вживав їх тільки за виникнення ускладнень. Лише незначна кількість респондентів (4,75±1,50%) стверджує, що при ГРВІ завжди приймає антибіотики. До цієї групи належать виключно студенти-медики. Факт самолікування зворотно корелює з прийманням антибіотиків при ГРВІ у групі лікарів-курсантів ($r=-0,52$, $p<0,05$), що свідчить про відмову від приймання

антибіотиків цією групою опитаних навіть при ускладненнях [22]. Встановлено, що практично $\frac{1}{3}$ ($26,00 \pm 2,19$ зі 100) респондентів припиняла приймати антибіотики на кілька днів раніше, ніж це було рекомендовано в ІМЗ ЛЗ. Хоча переважна більшість анкетованих ($74,00 \pm 2,19$ %) засвідчує, що випадків, коли б вони зменшували термін приймання антибіотиків, не було. Найбільша частка порушників ІМЗ щодо приймання антибіотиків була серед лікарів-курсантів – $33,33 \pm 10,29$ % опитаних. Проте, серед усіх респондентів, які зловживали самолікуванням, достовірно доведено зв'язок із недотриманням правильних термінів антибіотикотерапії лише у студентів-медиків ($r=+0,12$, $p<0,05$).

У ході виконання дослідження нами також вивчалось питання вживання молоддю анальгетиків у форматі самолікування. Більшість опитаних ($56,50 \pm 2,48$ %) висловились, що інколи приймали анальгетики у випадках болю голови, з них найчастіше – провізори-курсанти ($75,00 \pm 15,31$ %). Підтвердили, що завжди приймали анальгетики у такій ситуації $19,75 \pm 1,99$ зі 100 респондентів, зокрема – $20,22 \pm 2,09$ % студентів-медиків та $19,05 \pm 5,57$ % лікарів-курсантів. Провізори-курсанти заперечили факт постійного приймання цих засобів. Водночас, кожен 4-й анкетований ($23,75 \pm 2,13$ %) заявив, що ніколи не приймав анальгетиків, зокрема при болю голови.

Кожен 2-й респондент ($50,25 \pm 2,50$ %) стверджує, що не приймає ферментні засоби при відчутті важкості у шлунку, причому, серед провізорів-курсантів таких респондентів було $\frac{2}{3}$ ($75,00 \pm 15,31$ %), а серед лікарів-курсантів – більше $\frac{1}{2}$ ($61,90 \pm 10,60$ %). Застосовують ферментні засоби інколи $45,00 \pm 2,49$ зі 100 респондентів. Про те, що завжди приймають ферментні засоби при відчутті важкості у шлунку, висловились лише $4,75 \pm 1,06$ зі 100 опитаних, зокрема $4,85 \pm 1,12$ % студентів-медиків та $4,76 \pm 1,65$ % лікарів-курсантів. Серед провізорів-курсантів жодний з опитаних не підтвердив постійне приймання ферментних засобів при відчутті важкості у шлунку. Встановлено прямий середньої сили кореляційний зв'язок поміж постійним зловживанням самолікуванням лікарями-курсантами та відсутністю приймання ферментних засобів при важкості у шлунку ($r=+0,51$, $p<0,05$); і навпаки, – зворотній слабкий

зв'язок між цими показниками у студентів-медиків ($r=-0,12$, $p<0,05$).

Щодо вживання біологічно активних добавок (БАДів), то $79,25\pm 2,03$ зі 100 респондентів засвідчують, що ніколи їх не приймають. Вживають БАДи сезонно $16,25\pm 1,84$ зі 100 опитаних. Тоді як незначна частка анкетованих ($4,50\pm 1,04$ %) стверджує, що приймає БАДи постійно. Встановлено прямопропорційну залежність між постійним С та сезонним прийманням БАДів у групах Б та В ($r=+0,42$ та $r=+0,65$ відповідно, $p<0,05$).

У ході виконання дослідження нами з'ясовано перелік ліків, які респонденти приймали впродовж останнього місяця у форматі С [22]. Відповідно, найчастіше фігурували ЛЗ із груп ненаркотичних анальгетиків, вітамінів та спазмолітичних засобів згідно класифікації АТС (Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification system) (табл. 4.7).

Таблиця 4.7 – Розподіл відповідей анкетованих щодо переліку ЛЗ, які вони приймали упродовж останнього місяця в форматі С

Назва ЛЗ (торгова)	ФТ група за АТС	Частка вказаних відповідей ($P\pm m_p$, %)		
		Всього	Група А	Група Б
1	2	3	4	5
Анальгін	N02	$7,75\pm 1,34$	$8,09\pm 1,42$	$4,76\pm 1,65$
Ібупрофен	M01	$7,50\pm 1,32$	$7,55\pm 1,37$	$4,76\pm 1,65$
Вітаміни	A11	$6,25\pm 1,21$	$6,47\pm 1,28$	$4,76\pm 1,65$
Спазмалгон	A03	$5,75\pm 1,16$	$5,93\pm 1,23$	$4,76\pm 1,65$
Цитрамон	N02	$5,50\pm 1,14$	$5,66\pm 1,20$	$4,76\pm 1,65$
Парацетамол	N02	$4,25\pm 1,01$	$4,31\pm 1,05$	0,00
Но-шпа	A03	$3,75\pm 0,95$	$3,77\pm 0,99$	$4,76\pm 1,65$
Німесил	M01	$2,75\pm 0,82$	$2,96\pm 0,88$	0,00
Копацил	N02	$2,00\pm 0,70$	$2,16\pm 0,75$	0,00
Мефенамінова кислота	M01	$1,75\pm 0,66$	$1,89\pm 0,71$	0,00
Стрепсілс	R02	$1,75\pm 0,66$	$1,89\pm 0,71$	0,00
Темпалгін	N02	$1,75\pm 0,66$	$1,89\pm 0,71$	0,00
Фармацитрон	N02	$1,75\pm 0,66$	$1,89\pm 0,71$	0,00
Амброксол	R05	$1,50\pm 0,61$	$1,62\pm 0,65$	0,00
Гліцисед	N07	$1,50\pm 0,61$	$1,62\pm 0,65$	0,00
Мукалтин	R05	$1,50\pm 0,61$	$1,62\pm 0,65$	0,00

Продовження табл. 4.7

1	2	3	4	5
Біфрен	N06	1,25±0,56	1,35±0,60	0,00
Декатилен	R02	1,25±0,56	1,35±0,60	0,00
Дротаверин	A03	1,25±0,56	1,35±0,60	0,00
Лоратидин	R06	1,25±0,56	1,35±0,60	0,00
Мезим	A09	1,25±0,56	1,35±0,60	0,00
Ремантадин	J05	1,25±0,56	1,08±0,34	4,76±1,65
Афлубін	R05	1,25±0,56	1,08±0,34	4,76±1,65
Атоксіл	A07	1,00±0,30	0,81±0,26	4,76±1,65
Кетанов	M01	1,00±0,30	0,81±0,26	4,76±1,65
Екстракт валеріани	N05	1,00±0,30	1,08±0,34	0,00
Панкреатин	A09	1,00±0,30	1,08±0,34	0,00
Фестал	A09	1,00±0,30	1,08±0,34	0,00
Цетрин	R06	1,00±0,30	1,08±0,34	0,00
Активоване вугілля	A07	0,75±0,23	0,54±0,18	4,76±1,65
АЦЦ	R05	0,75±0,23	0,81±0,26	0,00
Атропін	A03	0,75±0,23	0,81±0,26	0,00
Гропринозин	J05	0,75±0,23	0,81±0,26	0,00
Еутирокс	H03	0,75±0,23	0,81±0,26	0,00
Інсулін	H03	0,75±0,23	0,81±0,26	0,00
Колдрекс	N02	0,75±0,23	0,81±0,26	0,00
Орасепт	R02	0,75±0,23	0,81±0,26	0,00
Септефрил	R02	0,75±0,23	0,81±0,26	0,00
Риназолін	R01	0,75±0,23	0,81±0,26	0,00
Флуконазол	J02	0,75±0,23	0,81±0,26	0,00

Примітка. * – ранжування по частоті застосування

У таблиці наведено перелік засобів, які вказали 3 і більше респондентів. До ЛЗ, які опитувана молодь згадувала 1-2 рази, належать ще 117 ліків, найпопулярнішими з яких є: адаптол, алькаприн, амоксил, аскорутин, вібрацил, вітрум, грипостад, ехінацея, колдфлю, лазолван, лімекс, метронідазол, омега 3, омепразол, урсохол, фарингосет, фармадол, фармазолін. Ширший спектр вживання ЛЗ був у групі студентів-медиків порівняно із лікарями-курсантами. Тоді як провізори-курсанти вказали факт поодинокого вживання лише кількох ліків: елевіту, комплевіду, ібупрофену, парацетамолу, омезу та субаліну.

Доведено ($p < 0,05$) наявність прямого кореляційного зв'язку між частотою С у студентів-медиків та вживанням наступних ЛЗ: еутирокс (H03) ($r = +0,17$), налгезін (M01) ($r = +0,14$), панкреатин (A09) ($r = +0,14$), фестал (A09) ($r = +0,14$), аскорутин (C05) ($r = +0,13$), мезим (A09) ($r = +0,11$), копацил (N02) ($r = +0,10$).

Оскільки якість життя (ЯЖ) населення за своєю суттю є багатокомпонентним поняттям і визначається, в значній мірі, самопочуттям та працездатністю, то в ході виконуваного дослідження респондентам було запропоновано оцінити, як приймання ліків впливає на їх ЯЖ (рис. 4.5).

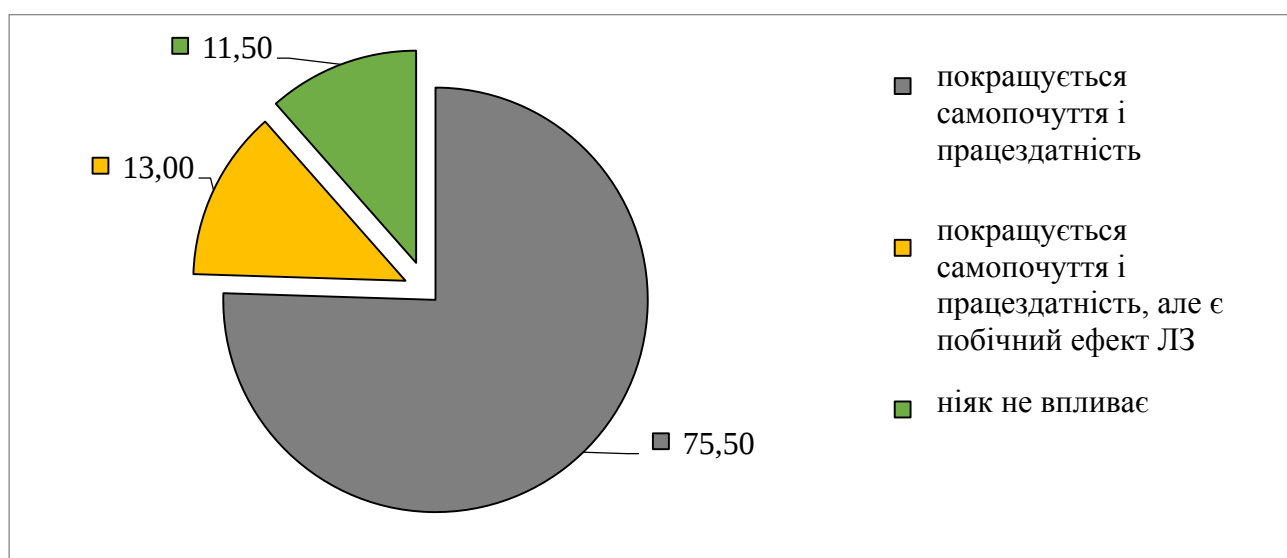


Рисунок 4.5 – Розподіл відповідей анкетованих (на 100 анкетованих) щодо того, як впливає приймання ліків на їх ЯЖ

Результати аналізу отриманих даних засвідчують, що в $75,50 \pm 2,15$ зі 100 анкетованих покращується самопочуття та працездатність, зокрема, практично однаково у $\frac{2}{3}$ студентів-медиків та лікарів-курсантів – $76,01 \pm 2,22$ % і $76,19 \pm 9,29$ % відповідно, але лише в $\frac{1}{2}$ ($50,00 \pm 17,68$ %) провізорів-курсантів. Водночас у кожного 7-го респондента ($13,00 \pm 1,68$ %) виникли ПЕ на ЛЗ, із них найчастіше – у лікарів-курсантів ($23,81 \pm 9,29$ %). Тільки $11,50 \pm 1,60$ зі 100 опитаних стверджують, що приймання ліків ніяк не впливає на ЯЖ: $\frac{1}{3}$ ($37,50 \pm 17,12$ %) провізорів-курсантів та кожний 10-ий ($11,59 \pm 1,66$ %) студент-медик.

4.2 Вивчення та оцінка ставлення студентів-медиків до застосування лікарських засобів як проблеми безвідповідального самолікування

4.2.1 Дослідження усвідомлення шкоди від неконтрольованого приймання лікарських засобів у закладах вищої медичної освіти

Аналіз результатів соціологічного опитування щодо не усвідомлення шкоди від неконтрольованого приймання ЛЗ 1305 студентів-медиків, які навчаються на 4-ому курсі ЗВМО у 6-ти регіонах України, показав, що найбільша частка студентів, які чітко задекларували, що не усвідомлюють шкоди від неконтрольованого приймання ЛЗ, навчаються у Харківському ($7,07 \pm 1,82$ % від загального числа опитаних, $p < 0,05$ порівняно з ЗВМО м. Вінниці та м. Києва) та Сумському ($5,37 \pm 1,57$ % респондентів, $p < 0,05$ порівняно із ЗВМО м. Києва) медичних університетах (табл. 4.8).

Таблиця 4.8 – Рівні усвідомлення студентами-медиками шкоди від неконтрольованого приймання ЛЗ у залежності від географії ЗВМО ($P \pm m_p$, %)

Рівні усвідомлення	Львів n=243	Вінниця n=220	Київ n=234	Одеса n=205	Суми n=205	Харків n=198
Чітко усвідомлюють шкоду	$79,84 \pm 2,57$	$78,18 \pm 2,78^{\#}$	$86,32 \pm 2,25$	$80,98 \pm 2,74$	$73,17 \pm 3,09^{\#}$	$80,30 \pm 2,83$
Вагаються з відповіддю	$17,17 \pm 2,17$	$20,91 \pm 2,74^{* \#}$	$11,97 \pm 2,12$	$15,12 \pm 2,50$	$21,46 \pm 2,87^{* \#}$	$12,63 \pm 2,36$
Визнають, що не усвідомлюють шкоду	$3,00 \pm 0,64$	$0,91 \pm 0,34^{*}$	$1,71 \pm 0,55^{*}$	$3,90 \pm 1,35$	$5,37 \pm 1,57^{\#}$	$7,07 \pm 1,82^{\#}$

Примітка 1. * – достовірна різниця ($p < 0,05$) із показниками м. Харкова.

Примітка 2. [#] – достовірна різниця ($p < 0,05$) із показниками м. Києва.

Водночас встановлено, що найменше студентів, які стверджували про невизнання шкоди від неконтрольованого приймання ЛЗ, навчалися у ЗВМО міст Вінниці ($0,91 \pm 0,34$ %) та Києва ($1,71 \pm 0,55$ %). У медичних закладах Львова та Одеси число таких респондентів коливалась у межах 3 % ($3,00 \pm 0,64$ % та

3,90±1,35 % відповідно). Найбільш чітко усвідомлюють шкоду від неконтрольованого приймання ЛЗ студенти-медики м. Києва – 86,32±2,25 % (достовірна різниця ($p<0,05$) із тотожними показниками студентів-медиків м. Вінниця та м. Суми). Відповідно, найменша кількість студентів, які чітко усвідомлюють шкоду від неконтрольованого приймання ЛЗ – у Сумах та Вінниці.

У подальшому, студентам-медикам було запропоновано на основі самоаналізу визначити, як часто протягом минулого року вони неконтрольовано (без консультації з лікарем чи фармацевтичним працівником) приймали ЛЗ (табл. 4.9).

Таблиця 4.9 – Середня частота неконтрольованих приймань ЛЗ ($M\pm m$, разів за рік) в залежності від географії ЗВМО

	Львів	Вінниця	Київ	Одеса	Суми	Харків
Середня частота	1,30 ±0,13 [#]	1,81 ±0,15 [#]	4,41 ±0,19	1,52 ±0,17 [#]	1,84 ±0,16 [#]	2,04 ±0,20 [#]

Примітка. [#] – достовірна різниця ($p<0,05$) із показниками м. Києва

Згідно наведених даних, найчастіше – 4,41±0,19 разів на рік, неконтрольовано ЛЗ приймають студенти-медики, які навчаються у Національному медичному університеті імені О. Богомольця в Києві (достовірна різниця ($p<0,05$) із показниками всіх інших міст). Найменша кратність притаманна для студентів-медиків Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького – в середньому 1,30±0,13 приймань за рік. Насторожує той факт, що за даними анкетування, у всіх ЗВМО визначено в середньому, як мінімум, одноразове в рік неконтрольоване приймання ЛЗ студентами-медиками. Це вказує, на нашу думку, на існуючу проблему безвідповідального самолікування у середовищі майбутніх лікарів. Враховуючи той факт, що не було доведено достовірної різниці поміж показниками неконтрольованого приймання ЛЗ студентами-медиками ЛНМУ

імені Данила Галицького та іншими ЗВМО України, у подальшому поглиблене дослідження даного питання ми проводили лише зі студентами даного ЗВМО.

4.2.2 Вивчення та оцінка ставлення студентів-медиків Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького до застосування лікарських засобів

У подальшому, нами був проведений поглиблений аналіз даних анкетування студентів, які навчаються у ЛНМУ імені Данила Галицького (табл. 4.10).

Таблиця 4.10 – Розподіл респондентів за статтю та в ракурсі визнання шкоди від безвідповідального С серед студентів ЛНМУ імені Данила Галицького

Рівні усвідомлення та частота приймань ЛЗ	Чоловіки	Жінки	p
Визнають, що не усвідомлюють шкоду, %	5,22±1,74	1,99±0,34	<0,05
Вагаються з відповіддю, %	14,35±2,13	18,54±3,16	< 0,05
Чітко усвідомлюють шкоду, %	80,43±4,14	79,47±3,29	> 0,05
Середня частота неконтрольованих приймань ЛЗ (разів за рік)	1,05±0,21	1,45±0,17	> 0,05

З'ясовано, що з-поміж респондентів чоловічої статі майже у 2,5 рази ($p<0,05$) більша частка ($5,22\pm1,74\%$) тих, хто констатує, що не визнає шкоди від приймання ЛЗ порівняно з аналогічною часткою ($1,99\pm0,34\%$) у анкетованих студенток. Водночас, кратність неконтрольованих приймань ЛЗ є несуттєво більшою у студенток: $1,45\pm0,17$ разів за рік vs $1,05\pm0,21$ приймань у чоловіків ($p>0,05$). Отож, респондентки краще розуміють шкідливість від неконтрольованих приймань ЛЗ, проте, здійснюють такі дії частіше. Це спонукало нас до висловлення наукової гіпотези про можливий вплив стану здоров'я на рівень розуміння та поширеність безвідповідального С студентів-

медиків [17, 18].

Розподіл респондентів за рівнем визнання шкоди здоров'я від безвідповідального С в залежності від стану власного здоров'я наведено у таблиці 4.11.

Таблиця 4.11 – Розподіл респондентів за самооцінкою стану здоров'я та в ракурсі визнання шкоди від безвідповідального С у студентів ЛНМУ імені Данила Галицького ($P \pm m_p$, %)

Рівні усвідомлень та частота приймань ЛЗ	Самооцінка стану здоров'я			
	Добрий	Задовільний	Поганий	Вкрай поганий
Визнають, що не усвідомлюють шкоду, %	2,20 $\pm$ 0,61	4,41 $\pm$ 1,76	4,35 $\pm$ 1,25	0,00*
Вагаються з відповіддю, %	22,20 $\pm$ 3,61	12,50 $\pm$ 2,84	21,74 $\pm$ 8,60	0,00*
Чітко усвідомлюють шкоду, %	75,61 $\pm$ 4,74	83,09 $\pm$ 3,21	73,91 $\pm$ 9,16	100,00*
Середня частота неконтрольованих приймань ЛЗ ($M \pm m$, разів за рік)	0,76 $\pm$ 0,18	1,60 $\pm$ 0,20*	1,61 $\pm$ 0,38*	0,00*

Примітка. * – вірогідна різниця ($p < 0,05$) порівняно з показниками у групі «добрий стан здоров'я».

Нами з'ясовано, що для студентів-медиків, які самостійно оцінили свій стан здоров'я як вкрай поганий, характерна найкраща ситуація з неконтрольованим прийманням ЛЗ. Ці респонденти чітко усвідомлюють шкоду від безвідповідального С та взагалі не приймають ЛЗ без призначення їх лікарем. Вважаємо, що первинним у наведеному зв'язку є хвороба – саме вона обумовила високий рівень свідомості у хворих майбутніх медиків та аргументувала потребу у контрольованому прийманні ЛЗ. Встановлено, що студенти-медики, які самооцінили свій стан здоров'я як добрий, достовірно ($p < 0,05$) рідше неконтрольовано приймають ЛЗ – 0,76 $\pm$ 0,18 рази на рік у

порівнянні зі студентами, які самооцінили своє здоров'я як задовільне ($1,60 \pm 0,20$) та погане ($1,61 \pm 0,38$ рази на рік). Вважаємо, що в цьому випадку частота неконтрольованих приймань ЛЗ безпосередньо пов'язана зі загальною частотою приймань медикаментів, що логічно: чим гірший стан здоров'я студента-медика – тим частіше він приймає ЛЗ, однак, у тому числі, й неконтрольовано [17, 18].

Завершальним етапом дослідження усвідомлення впливу неконтрольованого приймання ЛЗ був аналіз поміж кратністю неконтрольованих приймань ЛЗ у залежності від рівня усвідомлення шкоди від такого приймання (табл. 4.12).

Таблиця 4.12 – Середня частота неконтрольованих приймань ЛЗ у залежності від рівня усвідомлення шкоди від С серед студентів ЛНМУ імені Данила Галицького ($M \pm m$, разів на рік)

№ п/п	Рівні усвідомлення	Середня частота неконтрольованих приймань ЛЗ (разів за рік)
1	Чітко усвідомлюють шкоду	$1,17 \pm 0,13^*$
2	Вагаються з відповіддю	$1,47 \pm 0,12^*$
3	Визнають, що не усвідомлюють шкоду	$2,47 \pm 0,18$

Примітка. * – вірогідна різниця ($p < 0,05$) порівняно з показниками у групі «визнають, що не усвідомлюють шкоду».

Встановлено, що ті студенти-медики, які не усвідомлюють шкоди від С, неконтрольовано приймають ЛЗ $2,47 \pm 0,18$ рази на рік, що є достовірно ($p < 0,05$) більше порівняно з тими анкетованими студентами, які чітко усвідомлюють шкоду або не визначились із відповіддю. Таким чином, вважаємо, що робота зі студентами-медиками у форматі навчання їх фармацевтичної опіки щодо усвідомлення шкоди від С ЛЗ зможе обумовити меншу частоту неконтрольованих приймань ліків [17, 18].

Висновки до розділу 4

1. У всіх здобувачів ВМО, які увійшли в проведене нами дослідження, визначено в середньому, як мінімум, одноразове в рік неконтрольоване приймання ЛЗ студентами-медиками, що підтверджує наявність проблеми безвідповідального С у середовищі зокрема майбутніх лікарів. Найчастіше ($4,41 \pm 0,19$ разів на рік) неконтрольовано ЛЗ приймають студенти-медики, які навчаються у НМУ (м. Київ) (достовірна різниця ($p < 0,05$) із показниками всіх інших міст) і які, при цьому, найбільш чітко усвідомлюють шкоду від неконтрольованого приймання ЛЗ ($p < 0,05$), порівняно із студентами інших ЗВО. Найменша кратність притаманна для студентів-медиків ЛНМУ імені Данила Галицького – в середньому $1,30 \pm 0,13$ приймань за рік.

2. У результаті проведеного дослідження доведено, що чим гірший стан здоров'я студента-медика, тим частіше він приймає ЛЗ, у тому числі, й неконтрольовано. Достовірно ($p < 0,05$) рідше неконтрольовано приймають ЛЗ студенти-медики, які самооцінили свій стан здоров'я як добрий, у порівнянні зі студентами, які самооцінили своє здоров'я як задовільне та погане. Студенти-медики, які не усвідомлюють шкоди від С, неконтрольовано приймають ЛЗ $2,47 \pm 0,18$ рази на рік, що є достовірно ($p < 0,05$) більше порівняно з тими опитаними студентами, які чітко усвідомлюють шкоду або не визначились із відповіддю.

3. Переважна більшість анкетованих ($91,50 \pm 1,39$ %) ствердили, що займались С ($92,45 \pm 1,37$ % студентів-медиків, 100 % лікарів-курсантів та 100 % провізорів-курсантів). При цьому в $47,75 \pm 2,50$ % не відбулося досягнення терапевтичного ефекту ЛЗ. Натомість, завжди його досягали $\frac{2}{3}$ провізорів-курсантів ($75,00 \pm 15,31$ %), більше $\frac{1}{2}$ лікарів-курсантів ($52,38 \pm 10,90$ %) та менше половини студентів-медиків ($44,47 \pm 2,58$ %).

4. У $29,75 \pm 2,29$ % опитаних трапляються випадки поєднання приймання ліків із вживанням алкоголю, з них найбільше таких респондентів було у групі Б – $38,10 \pm 10,60$ % лікарів-курсантів ($p > 0,05$). Доведено прямий середньої сили кореляційний зв'язок між частотою вживання алкоголю та зловживанням

його у комбінації із ЛЗ у респондентів досліджуваних груп (найчастіше це наступні медикаменти: біфрен ($r=+0,17$), цитрин ($r=+0,15$), темпалгін ($r=+0,12$), мастодінон ($r=+0,11$), метронідазол ($r=+0,11$), омез ($r=+0,11$), кетанов ($r=+0,10$), панкреатин ($r=+0,10$)).

5. Переважна кількість респондентів ($64,00 \pm 2,40$ %) визнали, що зазвичай вживають більше 1 ЛЗ одночасно. Доведено прямий кореляційний зв'язок поміж постійним С та прийманням кількох ЛЗ одночасно у студентів-медиків ($r=+0,12$, $p<0,05$). Абсолютна більшість ($76,75 \pm 2,11$ %) вважає адекватною до 5-ти ліків, призначених водночас; практично кожний 10-ий лікар-курсант допускає можливість одночасного приймання до 10 ліків ($9,52 \pm 3,41$ %). Кожен 2-й анкетований називає поліпрагмазією (поліфармацією) одночасне приймання 6-ти та більше ліків.

6. Підставами для придбання ліків при гострих захворюваннях найчастіше є як призначення лікаря, так і особистий досвід респондента. Кожен 2-й опитаний ($53,25 \pm 2,49$ %) заявив, що купує ліки при гострому захворюванні, керуючись особистим досвідом, що прямопропорційно пов'язано із постійним С ($r=+0,21$, $p<0,05$); при хронічному захворюванні – кожен 3-й з анкетованих ($r=+0,14$, $p<0,05$).

7. Результати аналізу пріоритетності інформації про ліки показали, що найважливішим для всіх респондентів при виборі ЛЗ була інформація про їх основну дію та показання до приймання, на II-му місці – можливі ускладнення. Серед чинників, які викликають засторогу респондентів у ФТ, найчастіше констатовано ПЕ ЛЗ ($63,25 \pm 2,41$ %) та висока вартість ЛЗ ($52,75 \pm 2,50$ %). Було достеменно доведено ($p<0,05$), що факт постійного С прямо корелював із відсутністю страху до ПЕ ЛЗ ($r=+0,11$) серед загалу опитаної молоді та зі страхом високої вартості ЛЗ ($r=+0,13$) у групі студентів-медиків.

8. Перед прийманням ліків ІМЗ вивчають завжди $60,50 \pm 2,44$ зі 100 респондентів. У той час, як мала частка респондентів ($4,00 \pm 0,98$ %) не знайомиться з ІМЗ ніколи, це стосується лише студентів-медиків. При цьому, $\frac{1}{3}$ анкетованих самовільно збільшувала дозу ЛЗ. Кожен 2-й респондент визнав, що

заміняв призначені лікарем ліки на більш дешеві аналоги.

9. Кожен 2-й опитаний вважає, що за рецептом мають відпускатися лише оральні гормональні контрацептиви та антибіотики. Лікарі-курсанти, які постійно займаються С, негативно ставляться до рецептурного продажу оральних гормональних контрацептивів ($r=-0,61$), ненаркотичних анальгетиків ($r=-0,47$) та НПЗЗ ($r=-0,42$). Кожен 2-й респондент при одному зверненні в аптеку витрачає суму приблизно від 100 до 300 грн.

10. Найбільша частка опитаних, які приймають постійно ліки, була серед лікарів-курсантів ($19,05 \pm 5,57$ %), тоді як серед студентів-медиків – $12,94 \pm 1,74$ %, а серед провізорів-курсантів – жодний не вказав постійне вживання ЛЗ. Інфекційні та шлунково-кишкові захворювання – найчастіші причини, при яких респонденти приймають ліки постійно. У той же час, при захворюваннях шкіри та серцево-судинній патології анкетовані застосовують ліки постійно вкрай рідко. Проте, наведений розподіл характерний лише для студентів-медиків, натомість, серед лікарів-курсантів чільне місце щодо постійного приймання ЛЗ посідають інфекційні захворювання ($19,05 \pm 5,57$ %).

11. З'ясовано, що зокрема впродовж останнього місяця, респонденти приймали ЛЗ із ФТ груп ненаркотичних анальгетиків, вітамінів та спазмолітичних засобів. У когорті студентів-медиків був доведений прямий слабкий зв'язок між частотою С та прийманням знеболювальних засобів ($r=+0,10$, $p<0,05$). Тоді як у групі лікарів-курсантів, які зловживали С – зворотній середньої сили зв'язок із жарознижувальними засобами ($r=-0,63$, $p<0,05$). Факт С також зворотно корелює з прийманням антибіотиків при ГРВІ у групі лікарів-курсантів ($r=-0,52$, $p<0,05$), що свідчить про відмову від приймання антибіотиків навіть при ускладненнях цією групою опитаних.

12. Більшість опитаних ($56,50 \pm 2,48$ %) несистематично приймали анальгетики, переважно при болю голови. Проте, завжди приймають ферментні засоби при відчутті важкості у шлунку лише $4,75 \pm 1,06$ % опитаних. Переважна більшість респондентів ($79,25 \pm 2,03$ %) ніколи не вживали БАДів.

13. У ході виконання дослідження нами з'ясовано перелік 157 ліків, які

респонденти приймали впродовж останнього місяця у форматі С. Найчастіше фігурували ненаркотичні анальгетики, вітаміни та спазмолітичні засоби. Достеменно доведено ($p < 0,05$) наявність прямого кореляційного зв'язку між частотою С у студентів-медиків та вживанням наступних ЛЗ: еутирокс ($r = +0,17$), налгезін ($r = +0,14$), панкреатин ($r = +0,14$), фестал ($r = +0,14$), аскорутин ($r = +0,13$), мезим ($r = +0,11$), копацил ($r = +0,10$).

14. У переважній більшості респондентів ($75,50 \pm 2,15$ %) ліки впливали на ЯЖ покращенням самопочуття та працездатності. Проте, в той же час, у кожного 7-го опитаного виникали ПЕ ЛЗ.

15. Встановлено необхідність опрацювання та запровадження організаційно-функціональної програми для попередження впливу негативно діючих ЛЗ на стан здоров'я студентів-медиків та факторів, із ними пов'язаними – як основи управління станом здоров'я майбутніх лікарів.

Результати досліджень розділу 4 наведено в наступних публікаціях:

1. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Ставлення до процесу самолікування здобувачів вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (згідно з результатами соціологічного дослідження). *Фармацевтичний часопис*. 2018. №3. С. 94-99. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Phch_2018_3_15

2. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Аналіз нозологій та ліків, що застосовуються здобувачами вищої медичної освіти у межах самолікування. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2018. Т.4, №4. С. 44-49. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/sphhc_2018_4_4_8.

3. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Особливості лікувального процесу у осіб, які займаються самолікуванням. *Матеріали VI НПК з міжнародною участю «Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів»*, Тернопіль, 10-11 листопада 2016. С. 313-314.

4. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Ліки, що найчастіше застосовуються студентами-медиками при самолікуванні гострої респіраторної вірусної

інфекції. *Матеріали міжнародної НПК «Рівень ефективності та необхідність впливу медичної науки на розвиток медичної практики»*, Київ, 3-4 березня 2017. С.124-125.

5. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Студенти-медики про неконтрольоване приймання лікарських засобів (за результатами соціологічного дослідження). *Збірник матеріалів XVI Конгресу СФУЛТ*, Берлін-Київ, 18-23 серпня 2016. С. 252.

6. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Чинники, які насторожують молодь у фармакотерапії. *Матеріали міжнародної НПК «Пріоритети розвитку медичних наук у XXI столітті»*, Одеса, 17-18 березня 2017. С. 11-13.

7. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Мотивація щодо придбання ліків молоддю при гострих та хронічних захворюваннях. *Матеріали міжнародної НПК «Роль сучасної медицини у житті людини та її місце у формуванні здорового способу життя»*, Львів, 24-25 березня 2017. С. 87-89.

РОЗДІЛ 5

ФОРМУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-МЕТОДОЛОГІЧНОГО ПІДґРУНТЯ МОДЕЛІ ЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ ДЛЯ МОЛОДІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

5.1 Аналіз стратегій міжнародних програм щодо вирішення проблем, пов'язаних із лікарськими засобами

Для вирішення проблем, пов'язаних із ЛЗ, на нашу думку, необхідний системний підхід із застосуванням комплексу державних, управлінських та навчально-дидактичних заходів щодо належного фармацевтичного сервісу. Важливим, вважаємо, є досвід зарубіжних країн стосовно вже наявних міжнародних програм щодо вирішення проблем із застосуванням ЛЗ взагалі, та молоддю зокрема.

Ми вивчили міжнародні програмні стратегії та проаналізували загальнодоступні програми на сайтах ВООЗ, ООН, ЮНІСЕФ, CDC, FDA. Вибирали програми, пов'язані з ЛЗ (не наркотиками) і з акцентом на використання ЛЗ молоддю (віком 18-44 років), чинні на момент дослідження або термін їх дії завершився не пізніше як в останні 10 років. За результатами проведеного аналізу, на офіційному сайті ВООЗ [48] розташовано 59 програм, що стосуються питань збереження та зміцнення здоров'я населення. З них лише у 13 (22 %) присутня інформація про доцільність адекватного застосування ЛЗ. Загальний перелік вибраних нами програм наведено в таблиці 5.1.

Нами проведено оцінку суті кожної наведеної програми ВООЗ.

«Drug resistance» – проект «Запобігання резистентності до ліків». Неконтрольоване вживання ліків призводить до виникнення резистентності бактерій до Аб. Зокрема, це спричиняє формування ванкоміцин-резистентних золотистого стафілококу та мікобактерії туберкульозу.

Таблиця 5.1 – Перелік програм ВООЗ, в яких йдеться про доцільність адекватного застосування ЛЗ

№	Назви програми	Рік опублікування програми	Організація розробник
1	2	3	4
1.	Drug resistance [83]	2015	WHO Advisory Group on Integrated Surveillance of Antimicrobial Resistance (AGISAR) (Консультативна група ВООЗ з інтегрованого нагляду за антимікробною резистентністю)
2.	Essential medicines for children [88]	2019 (оновлення списку ліків)	The WHO Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines (Експертний комітет ВООЗ з відбору та використання ЛЗ)
3.	Ethical issues in Patient Safety Research [89]	2013	ВООЗ
4.	Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs (noncommunicable diseases) 2013-2020 [95]	2013	ВООЗ
5.	Treatment of tuberculosis in children [168]	2013	ВООЗ
6.	Cancer Control Programme [69]	2017	ВООЗ
7.	HIV & AIDS Program [103]	2010	WHO HIV/AIDS Department (Відділ ВІЛ / СНІД ВООЗ)
8.	Immunization, Vaccines and Biologicals; Global Vaccine Action Plan 2011-2020 [108]	2005 (новий план з 2012)	WHO Department of Immunization, Vaccines and Biologicals (Відділ імунізації, вакцин та біологічних препаратів ВООЗ)
9.	Vaccine and immunization quality and safety [170]	2011 (7 th GVSI meeting, 2018)	WHO Department of Immunization, Vaccines and Biologicals (Відділ імунізації, вакцин та біологічних препаратів ВООЗ)

Продовження табл. 5.1

1	2	3	4
10.	Global Influenza Programme [96]	2011	WHO Department of Communicable Disease Surveillance and Response (Відділ спостереження ВООЗ за інфекційними захворюваннями та реагування на них)
11.	Global Action Plan for Influenza Vaccines (GAP) [94]	2006 (корекція в 2013)	WHO The Advisory Group of the Global Action Plan for Influenza Vaccines (Консультативна група глобального плану дій щодо вакцинації грипу ВООЗ)
12.	Fertility regulation [93]	1975 (ост. оновлення в 2017)	WHO Scientific Group on Advances in Methods of Fertility Regulation (Наукова група ВООЗ з прогресу в методах регулювання народжуваності)
13.	Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [97]	2004 (оновлена в 2013)	ВООЗ

Ціллю проекту є використання Аб суворо за клінічними протоколами у дозах та режимах, що попереджують виникнення резистентності бактерій. Основним методом покращення результатів з боку ВООЗ є впровадження у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) мікробіологічних лабораторій. Консультативна група ВООЗ AGISAR була створена у грудні 2008 року для підтримки зусиль ВООЗ звести до мінімуму вплив антимікробної стійкості на здоров'я населення, зокрема того, що пов'язаний із застосуванням антимікробних засобів у харчових тварин. До складу групи входять понад 30 всесвітньо відомих експертів із широкого спектру дисциплін, що мають відношення до антимікробної резистентності. Остання 7-а зустріч AGISAR відбулася 17-20 жовтня 2016 року в місті Ролі, США [83].

«Essential medicines for children» – програма «Основні ліки для дітей». У світі існує значна потреба у дослідженнях та розробці педіатричних ЛЗ.

Відсутність таких ліків та суперечливість нормативно-правової бази створює значні ризики для особливо вразливих пацієнтів – дітей. Метою цієї програми є всебічне наукове обґрунтування та дослідження рекомендованих і мінімально необхідних доз ліків для дітей при різних захворюваннях. Експертний комітет ВООЗ з питань вибору та використання основних ЛЗ збирається кожні 2 роки для розгляду останніх наукових доказів щодо ефективності, безпеки та економічної ефективності ЛЗ з метою перегляду та оновлення Типового списку основних ЛЗ ВООЗ (EML) та орієнтовного переліку основних ЛЗ для дітей (EMLc). Орієнтовні переліки основних ЛЗ ВООЗ оновлюються кожні 2 роки з 1977 року. Поточні версії – це 21-й список основних ЛЗ ВООЗ (EML) та 7-й Список основних ЛЗ ВООЗ для дітей (EMLc), оновлений у червні 2019 року [88].

«Ethical issues in Patient Safety Research» – програма «Етичні проблеми дослідження безпеки пацієнтів». У розвинутих країнах кожний 10-тий пацієнт страждає під час отримання стаціонарної допомоги. Зокрема, ризик інфікування, пов'язаного з ОЗ, є у 20 разів вищим у країнах, що розвиваються. У відповідь, у багатьох регіонах світу приділяється посилена увага реалізації глобальних програм дослідження безпеки. Ця програма покликана забезпечити дотримання, в тому числі, етичних вимог до учасників та дослідників клінічних випробувань нових ліків. Вона визначає межі функціонування етичних комісій шляхом означення їх прав та повноважень [89].

«Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020» – Глобальний план попередження та контролю за неінфекційними захворюваннями на 2013-2020 роки, який був прийнятий 13.11.2013 року. На доручення Всесвітньої асамблеї ВООЗ в резолюції WHA 64.11, Секретаріат ВООЗ розробив проект глобального плану дій з попередження та боротьби з неінфекційними захворюваннями на період 2013-2020 роки, спираючись на те, що вже було досягнуто за рахунок реалізації 6-тирічного (2008-2013 роки) плану дій. Згідно останнього, очікується, що ½ людей із потребою матимуть змогу одержати необхідні ліки, щоб попередити інфаркти та інсульти,

планується на 25 % відносно скорочення передчасної смертності від неінфекційної захворюваності до 2025 року, а також з'явиться можливість забезпечити на 80 % оптимальними ліками людей для ФТ основних неінфекційних захворювань [95].

«Tuberculosis treatment in children» – програма «Лікування туберкульозу у дітей». Доступ до відповідної ФТ туберкульозу у дітей залишається проблемою. У багатьох країнах діти із туберкульозом не одержують адекватних ліків, доз ЛЗ чи достатньої комбінації медикаментів. Рекомендації щодо ФТ, завдяки цій програмі, були оновлені, що дозволило відобразити фактичні дані про необхідні дози ЛЗ та їх застосування. У подальшому, розробка та впровадження стандартів ФТ туберкульозу у дітей має знизити резистентність бактерій до ліків, зменшити захворюваність серед дітей, знизити кількість нераціонально використаних ліків [168].

«Cancer Control Programme» – «Програма контролю раку». У 2018 році у світі від раку померло 9,6 мільйонів людей. Причому 70 % із них припадає на країни з низьким та середнім рівнем розвитку, а 30-50 % випадків раку можна було попередити. Разом із тим, 1,16 трильйонів доларів США – це орієнтовна річна економічна вартість раку в 2010 році. Тож, ВООЗ розробила 6 модулів для організаторів ОЗ з темою ефективної боротьби з раком: планування (контроль за раком), профілактика (ефективна профілактика раку), раннє виявлення (ефективне раннє виявлення більшості різновидів раку), діагностика та лікування (впровадження ефективної діагностики та лікування раку), паліативна допомога та політика і пропаганда (розробка протиракових програм) [69].

«HIV & AIDS Program» – «Глобальна стратегія з ВІЛ/СНІДу». Згідно даних ВООЗ, на кінець 2012 року у світі налічувалось 35,3 мільйони людей із ВІЛ, лише 9,7 мільйонів (27,5 %) одержували антиретровірусну терапію. З метою покращення ситуації розроблена «Глобальна стратегія з ВІЛ/СНІДу на 2011-2015 роки». Виокремлено 4 цілі: 1) знизити первинну захворюваність (знизити рівень інфікування серед людей 15-24 років на 50 % порівняно з

2009 р.); 2) елімінувати нові ВІЛ-інфекції у дітей (знизити на 90 % інфікованість дітей, порівняно з 2009 роком); 3) зменшити смертність від ВІЛ (на 25 % порівняно з 2009 роком); 4) зменшити смертність, пов'язану із асоційованим туберкульозом (на 50 % порівняно із 2004 роком). Внесок ВООЗ: розробка нових ефективних схем ФТ ВІЛ/СНІДу, забезпечення їх доступності в економічно слаборозвинутих країнах, моніторинг токсичності нових антиретровірусних та протівірусних ЛЗ у програмах ВІЛ [103].

«Immunization, Vaccines and Biologicals» – програма «Імунізація, вакцини та біологічні препарати». Порівняно нові дані ВООЗ (6 лютого 2014 року, Женева) вказують, що протягом 2000-2012 років завдяки вакцинації попереджено 13,8 мільйонів смертей, зокрема щорічна кількість смертей від кору досягла історичного мінімуму – зменшилася на 78,3 % із 562 тисяч у 2000 році до 122 тисяч у 2012 році. Відповідно, враховуючи наведене, був прийнятий новий Global Vaccine Action Plan 2011-2020 «Глобальний план дій з вакцини (GVAP)», схвалений 194 державами-членами Всесвітньої асамблеї ВООЗ у травні 2012 року. Цей план є основою для запобігання 24,6-25,8 мільйонів смертей до 2020 року шляхом більш справедливому доступу до існуючих вакцин для людей у всіх громадах [108].

«Vaccine and immunization quality and safety» – «Глобальна програма якості та безпеки вакцинації та імунізації». Фармакотерапія багатьох вірусних захворювань значно знижує захворюваність на інфекційні хвороби у світі, однак, поряд із цим, зростає кількість вакцин-асоційованих смертей. Численні смерті людей у Шрі-Ланці, Бутані, Індії, В'єтнамі протягом 2010-2012 років після вакцинації зумовили розробку глобальної програми виробництва безпечних вакцин. Тож, програма скерована на наукові пошуки та стандартизацію виробництва безпечних вакцин. Стратегія ВООЗ щодо безпечного та належного використання вакцин у всьому світі має 4 цілі: 1) формулювання національної політики та планів безпечного і належного використання вакцин; 2) забезпечення якості та безпеки ін'єкційного обладнання; 3) полегшення справедливого доступу до ін'єкційного обладнання;

4) досягнення відповідного, раціонального та економічно ефективного використання вакцин [170].

«Global Influenza Programme» (GIP) – «Глобальна програма проти грипу». Завдяки цій програмі щорічно аналізуються антигенні та генетичні характеристики сезонних пандемій вірусу грипу у різних країнах. Програма працює з 2011 року і передбачає стратегію дій до 2030 року. Глобальна програма проти грипу надає державам-членам стратегічні вказівки, технічну підтримку та координацію заходів, необхідних для покращення системи ОЗ цих країн проти сезонних, зоонотичних та пандемічних загроз для населення та окремих людей. Робоча група відповідно розробляє рекомендації на кожен рік за необхідності застосування відповідних вакцин. Мета цієї програми – підвищити рівень вакцинації населення у світі, розробити достатню кількість вакцин (6,7 мільярдів), щоб проімунізувати все населення. Очікуваний результат – попередження розвитку грипу у 70-90 % випадків [96].

«Global Action Plan for Influenza Vaccines (GAP)» – «Глобальний план дій щодо вакцинації проти грипу». Глобальний план дій щодо вакцин проти грипу – комплексна стратегія скорочення сучасної глобальної нестачі вакцини від грипу для сезонних епідемій та пандемії грипу у всіх країнах світу за рахунок 3-х основних підходів: 1) збільшення використання сезонних вакцин; 2) збільшення потенціалу для виробництва вакцин; 3) наукові дослідження та розробки. Програма GAP була запущена в 2006 році, скоригована в 2013 році й на сьогодні є чинною [94].

Програма «Fertility regulation» – це програма «Регулювання народжуваності». У ній, на основі результатів Кокранівських рандомізованих досліджень [38], визначаються показання до нехірургічного (медикаментозного) переривання небажаної вагітності та підбирається правильна ФТ післяабортного хронічного болю. Згідно даних ВООЗ, щороку у світі виконується в середньому 42 мільйони нелегальних абортів, із них близько 90 % у I-му триместрі до 14 тижня гестації. Якщо аборт робить фахівець у спеціалізованому ЗОЗ – частіше ускладнень не виникає. В іншому випадку,

жінки нерідко страждають від хронічного болю, який тамують за допомогою великої кількості знеболюючих ЛЗ. У країнах із високим рівнем захворюваності на СНІД та гепатит й низьким медичним забезпеченням це також стає джерелом розповсюдження вказаних захворювань серед жінок репродуктивного віку. Вважається, що впровадження цієї програми дозволить знизити рівень непрофесійних (нерідко нелегальних) абортів, зменшити залежність жінок із хронічним післяабортним болем від ненаркотичних анальгетиків, зменшить розповсюдження СНІД/ВІЛу, гепатиту та венеричних захворювань серед жінок репродуктивного віку [93].

«Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health» – «Глобальна стратегія щодо дієти, фізичної активності та здоров'я». У 2010 році кількість дітей у світі з надвагою віком до 5 років становила 42 мільйони, з них 35 мільйонів проживали у розвинутих країнах. У старшому віці ці діти часто зловживали ЛЗ для схуднення, що призводило до значних порушень у стані їх здоров'я. Впровадження здорового способу харчування має знизити вагу дітей та позбавити необхідності у медикаментозній корекції ваги. Окрім того, за даними ВООЗ, малорухомий спосіб життя є причиною виникнення у середньому 21-25 % випадків раку грудної залози та ободової кишки, 27 % ЦД та 30 % – ішемічної хвороби серця. Регулярна фізична активність дозволить знизити вживання антигіпертензивних ЛЗ, засобів інсуліну, цитостатиків за рахунок профілактики виникнення вказаних захворювань. Наведена програма працює з 2004 року. Для попередження розвитку неінфекційних захворювань згідно цієї програми рекомендується здорова дієта, регулярна фізична активність. На 2013-2020 роки розроблений план, який містить 4 цілі: зниження факторів ризику хронічних захворювань, зростання розуміння впливу дієти та фізичної активності на здоров'я, розробка у різних країнах відповідних дієт та програм фізичної активності для різних груп людей, моніторинг наукових досліджень у цьому напрямку [97].

Окрім наведеного, ВООЗ розробила рекомендації «Заходи щодо раціонального використання лікарських засобів» (The Pursuit of Responsible Use

of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences, 2012), які пропонує долучати до відповідних програм у будь-яких країнах світу й які мають за мету: забезпечення терапевтично обґрунтованого та ефективного з точки зору витрат використання ЛЗ фахівцями ОЗ і споживачами. Згідно цих рекомендацій, у будь-якій країні програма обґрунтованого і раціонального використання ЛЗ містить 3 елементи: 1) Стратегія і моніторинг у сфері раціонального використання ЛЗ – промоція раціонального використання ЛЗ, визначення можливих успішних стратегій і сприяння їх реалізації, забезпечення відповідального ринкового просування ЛЗ. 2) Раціональне використання ЛЗ фахівцями ОЗ – робота з країнами для розробки та оновлення їх керівних принципів ФТ, національних переліків основних ЛЗ і фармацевтичних формулярів, а також підтримка навчальних програм щодо раціонального використання ЛЗ. 3) Раціональне використання ЛЗ споживачами – сприяння створенню ефективних інформаційних систем із ЛЗ, надання можливості споживачам приймати відповідальні рішення щодо свого лікування [165]. Вищевказані елементи програми ВООЗ були розроблені у тісній співпраці з регіональними бюро цієї організації й сформульовані таким чином, щоб відобразити головні функції будь-якої національної програми в напрямку основних ЛЗ.

Наступним важливим джерелом отримання інформації щодо стратегій міжнародних програм із вирішення проблем, пов'язаних із ЛЗ, вважаємо є сайт ООН [49], який надає інформацію про 10 програм галузі ОЗ, проте лише 2 (20 %) з них мають відношення до проблем, пов'язаних із ЛЗ – це програми «Shot @ life» та «FP2020». Програма «Shot @ life» – «Рух для захисту дітей». Рух для захисту дітей у всьому світі діє шляхом впровадження життєво-зберігаючих вакцин у місцях, де вони найбільше необхідні. Вважається, що доступ до необхідної вакцини дозволяє зберегти дитяче життя кожні 20 секунд. Рух заснований американською національною фундацією у 1998 році. На сьогодні програмою задіяно близько 1400 волонтерів, які пройшли спеціальне навчання і мають відповідну освіту, та можуть виступати за глобальну

імунізацію. У 2015 році 111849 листів були відправлені від захисників «Shot @ Life» членам Конгресу США. Залучено понад 6,4 мільйонів доларів із донорських та приватних фондів – це рівнозначно підтримці 30 мільйонів дітей для отримання хоча б однієї з 4-х необхідних вакцин. Кожен долар, вкладений у програму «Shot @ Life», показав повернення коштів у розмірі 3 доларів США для підтримки глобальної вакцинації [157].

Програма «FP2020: Family Planning» – Планування сім'ї. «FP2020» – це глобальне партнерство з метою розширення можливостей жінок та дівчат, інвестуючи в планування сім'ї на основі їх прав. Програма присвячена усуненню перешкод для розширення доступу до контрацептивів [91].

Інформаційний ресурс Стратегічного плану ЮНІСЕФ на 2018–2021 роки [169] включає 5 базових стратегій ЮНІСЕФ стосовно ОЗ (кожна стратегія має по 2-3 базові програми у регіонах). Із них 2 стратегії (40 %) стосуються проблем, пов'язаних із ЛЗ: «Early childhood development» та «HIV and AIDS». «Early childhood development» – Програма ЮНІСЕФ «Розвиток раннього дитинства». З 1990 року дитяча смертність у віці до 5 років знизилася на 47 % по всьому світу. Однак, надто багато дітей все ще вмирає невинувато, більшість через причини, пов'язані з лікуванням, які могли б бути попередженими. Тож, ЮНІСЕФ та його партнери прикладають глобальні зусилля щодо запобігання дитячим смертям, співпраці з урядами, національними та міжнародними установами і суспільством для підтримки ефективних, у тому числі, нагальних заходів на кожному етапі життя дитини – від догляду за вагітністю матері до ефективного та доступного медичного обслуговування через дитинство до дорослого життя. У 2015 році «Розвиток раннього дитинства» було включено до програми «Цілей сталого розвитку», підтвердивши його зростаючий статус у глобальній програмі розвитку. Один із напрямків досягнення цілі – розробка педіатричних ліків, за правильністю їх призначення, контроль за зловживанням ліків [86].

«HIV and AIDS» – Програма ЮНІСЕФ «ВІЛ і СНІД». Бачення ЮНІСЕФ для покоління без СНІДу полягає в тому, що всі діти та їх сім'ї захищені від

ВІЛ-інфекції та живуть вільно від СНІДу. Тож, ЮНІСЕФ працює над тим, щоб всі немовлята, діти, підлітки та їх матері могли отримати доступ до профілактики, лікування, догляду та підтримки з метою профілактики ВІЛ. Фонд залучає партнерів на рівні країн по всьому світу, щоб зробити профілактику, тестування та лікування якнайкраще доступними, в тому числі, у віддалених районах, нестабільних державах та для тих дітей, які проживають у маргінальних групах. У 2017 році налічувалось 1,8 мільйона підлітків у віці 10-19 років, які живуть із ВІЛ. Мета програми – зменшити на 29 % кількість нових ВІЛ-інфекцій серед підлітків у період із 2018 по 2030 роки, що недостатньо для досягнення глобальних цілей (світ пообіцяв припинити СНІД до 2030 року). Одним із методів досягнення цієї цілі – доступ антиретровірусних ЛЗ для дітей [102].

Інформаційні ресурси сайтів FDA (The Food and Drug Administration – Управління з контролю за продуктами харчування та ЛЗ) [174] та CDC (Center for Disease Control and Prevention – Центр з контролю та профілактики захворювань) [173] представляють 13 програм ОЗ, з яких 3 (23 %) – пов’язані з контролем за ЛЗ: National Drug Control Strategy; Drug-Free Communities Support Program; Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT). Всі програми підтримуються та частково фінансуються урядом США.

«National Drug Control Strategy» – Національна стратегія контролю за обігом ліків у США (січень 2019 року). Встановлює правила виписування та застосування ліків на всіх етапах цього процесу, контролю за їх використанням, споживанням, особливо серед груп ризику, до яких входять діти та підлітки. Стратегія також передбачає створення спеціальних програм допомоги дітям, які зловживають медикаментами, наркотиками чи токсичними речовинами. Переглядається щороку, анонсується президентом США як пріоритетна [127].

«Drug-Free Communities Support Program» – «Програма підтримки співтовариств вільних від наркотиків/ліків», створена Законом про свободу від наркотиків (the Drug-Free Communities Act) від 1997 року. Ця програма є федеральною програмою грантів, що забезпечує фінансування співтовариств,

які організовуються для запобігання вживанню молоддю наркотичних засобів. На сьогоднішній день програма фінансує до 2000 таких співтовариств, до складу яких входять 9000 добровольців [82].

«Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)» – Програма «Скринінг, коротке втручання та скерування на лікування» – це комплексна, інтегрована програма ОЗ призначена для раннього виявлення та лікування людей, які мають проблеми із вживанням наркотиків. Американська програма SAMHSA SBIRT є ефективним способом впровадження різноманітних нових послуг, які розширюють континуум догляду за суб'єктами, які зловживають наркотиками, починаючи від раннього нагляду за користувачами, які ще не є залежними, до скерування більш серйозних випадків на спеціальне лікування [151].

5.2 Аналіз програм, пов'язаних з лікарськими засобами, що реалізуються в Україні

В Україні масового масштабу набирає С [27, 31, 32, 51]. Тому зростає вагомість, а отже, і відповідальність фахівців, які консультують лікарів стосовно раціонального відбору ЛЗ з урахуванням фармакокінетики, фармакодинаміки, взаємодії з іншими ЛЗ, вартості лікування, а також пацієнтів щодо правильного застосування ліків.

Сьогодні правове поле системи фармаконагляду України гармонізовано з такими документами ЄС, як Директива ЄС 2001/83/ЄС від 06.11.2001 року «Про закони Співтовариства щодо лікарських препаратів для людини» (оновлена Директивою ЄС 2012/26/EU від 16.11.2012 року) [139]; постанова Ради ЄС від 31.03.2004 року № 726/2004 з питань фармаконагляду «Procedures for the authorisation and supervision of medicinal products for human and veterinary use and establishing a European Medicines Agency» (оновлено постановою Ради ЄС від 11.12.2018 року № 2019/5 1235/2010) [145], а також Модуль 9 (ч.І) «Правила регулювання ЛЗ в ЄС» Керівництва з фармаконагляду [124]. Правдоподібно, це призведе до підвищення ефективності ФТ, зменшення

побічної та небажаної дії ЛЗ, оптимізації вартості ФТ. На даний час в Україні існує 5 діючих програм, які є дотичними до проблем із використанням ЛЗ.

Реалізується державна цільова програма «Розвиток імпортозамінних виробництв в Україні та заміщення імпортованих ЛЗ вітчизняними, у тому числі біотехнологічними препаратами та вакцинами на 2011–2021 роки» [46]. Одним із завдань цієї програми є організація використання ЛЗ відповідно до стандартів та протоколів медичної допомоги, розроблених на засадах доказової медицини та затверджених МОЗ України. Планується, що виконання програми, насамперед, «буде мати значні соціальні наслідки, оскільки вона спрямована на підвищення забезпечення населення України ліками, зростання цінової доступності життєво важливих ЛЗ, які не будуть поступатися імпортним лікам за ефективністю, безпечністю та якістю, що сприятиме підвищенню рівня здоров'я нації та медикаментозної безпеки України» [46].

Впроваджена «Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року», затверджена Розпорядженням Кабінету міністрів (КМ) України від 28 серпня 2013 року № 735-р [50] та в доповнення до неї план заходів на 2019-2020 роки «Про затвердження плану заходів на 2019-2020 роки з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року», затверджений Розпорядженням КМ України від 6 лютого 2019 року № 56-р [44]. Головною стратегічною метою цього проекту є істотне зниження впливу незаконного обігу наркотиків / ліків на суспільство та, відповідно, зменшення злочинності у цій сфері й оздоровлення нації.

Очікується посилення тенденції скорочення кількості наркозалежних хворих за рахунок поліпшення лікувально-реабілітаційних заходів, удосконалення порядку віднесення речовин до наркотичних, реалізації програми для осіб, які звільняються з місць відбування покарання, реалізація програм замісної терапії. Ці заходи, в підсумку, дадуть можливість зменшити кількість суб'єктів ін'єкційної наркоманії на 20 % та, відповідно, обмежити розповсюдження ВІЛ-інфекції, гепатиту. Крім того, комплекс заходів з упорядкування застосування нарковмісних ЛЗ, як і відповідних

правоохоронних дій, очікувано призведе до стабілізації кількості, так званих, «аптечних» наркоманів.

Починаючи з 2003 року відповідно до домовленостей між урядами України, Білорусі та Молдови, а також угоди між Європейською Комісією і Програмою розвитку ООН, реалізується Програма із запобігання зловживанню та боротьби з незаконним обігом наркотиків (БУМАД) [37]. У рамках цієї Програми, наказом МОЗ України створено систему моніторингу наркотиків та наркотичної залежності (Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків); створено мережу інформації про наркотики (з усіх міністерств і відомств, що займаються питаннями боротьби з наркотиками, збирається достовірна, підтверджена інформація); налагоджені робочі зв'язки на всіх рівнях.

Урядова програма «Доступні ліки» – працює з 1 квітня 2017 року [7]. Пацієнти отримують ліки для терапії серцево-судинних захворювань (ССЗ), ЦД II типу та БА безоплатно або з незначною доплатою, представивши в аптеці відповідний рецепт від лікаря. Пріоритетність надали ФТ цих хвороб, оскільки, саме вони найбільше впливають на показники смертності населення або суттєво знижують ЯЖ пацієнтів та ефективно лікуються на амбулаторному рівні. У програмі, рекомендованій ВООЗ, наведена 21 міжнародна непатентована назва (МНН або діюча речовина) ЛЗ для лікування ССЗ, БА та ЦД II типу. У 2019 році МОЗ України затвердило оновлену редакцію реєстру ЛЗ програми «Доступні ліки» [34]. До оновленого реєстру ліків увійшли 258 ЛЗ, 64, з яких пацієнти зможуть отримувати безоплатно, інші – з невеликою доплатою. Найдешевший медикамент, який на 100 % відшкодовує держава, коштує 4,76 гривні, найдорожчий – 898,22 гривні. Крім того, з 1 квітня 2019 року урядова програма реімбурсації «Доступні ліки» перейшла в адміністрування Національної служби здоров'я України (НСЗУ) [6].

«Міжнародна Програма зміцнення фармацевтичних систем» [30]. Ця програма передбачає проведення оцінки системи фармаконагляду та безпеки ЛЗ в Україні. Вона організована Фінансовою Агенцією США з міжнародного

розвитку USAID та проводиться спільно з МОЗ, Державним експертним центром МОЗ України й Державною службою України з ЛЗ. До сфери її діяльності входить виявлення, вивчення та мінімізація медикаментозних помилок, наслідків нецільового використання ЛЗ, результатів взаємодії ліків, ефективні механізми розповсюдження інформації щодо безпеки ЛЗ серед медичних працівників та широкого загалу споживачів ліків.

«Програма боротьби з виробництвом та розповсюдженням фальсифікованих ЛЗ на 2003-2008 роки» [36]. Метою цієї програми було: посилення боротьби з виробництвом та розповсюдженням фальсифікованих ЛЗ; захист здоров'я і життя громадян від шкоди, яку завдає застосування фальсифікованих ЛЗ; гарантоване забезпечення населення якісними ЛЗ. Прогноз результатів виконання Програми: гарантоване забезпечення населення якісними ЛЗ; зменшення ризику для здоров'я та життя громадян, запобігання завданню збитків економіці України.

У продовження розвитку цієї програми в 2010 році наказом МОЗ України № 769 (27.03.2013 року внесені зміни наказом № 242 МОЗ України та 30.09.2013 р. – наказом № 843) була прийнята «Концепція розвитку фармацевтичного сектору галузі ОЗ України на 2011–2020 роки» [43], в якій одними з пріоритетних напрямків та програмних завдань були: оптимізація системи управління фармацевтичного сектору галузі ОЗ шляхом прийняття нової редакції Закону України «Про лікарські засоби» [45], перегляд законодавчих та інших нормативно-правових актів з питань, що впливають з цієї Концепції, зокрема, щодо вимог до виробництва, системи реалізації, реєстрації, контролю якості та контролю за рекламуванням і просуванням ЛЗ тощо. На початок 2019 року (8 років по тому) жодне з цих наведених пріоритетних завдань не було виконано. Окрім цього, у Концепції йде мова про розвиток фармацевтичної опіки пацієнтам як основи відповідального С та безрецептурного відпуску ЛЗ; формування переліку безрецептурних ЛЗ. Тим самим, пропагується С та безрецептурний відпуск ліків, що, на нашу думку, є неприпустимим.

Актуальними і невирішеними на сьогодні залишаються такі моменти, як взаємодія з організаціями із захисту прав пацієнтів, активне залучення споживачів, фармацевтів, провізорів, клінічних провізорів у фармаконагляд, ефективна взаємодія із засобами масової інформації та використання їх потенціалу для надання населенню базових знань із фармаконагляду, а також популяризації раціонального застосування ЛЗ [16, 29].

Висновки до розділу 5

1. Зі всіх проаналізованих нами міжнародних програм, що стосуються контролю / моніторингу адекватного застосування ЛЗ, найбільше їх ініційовано однією організацією ВООЗ – 13 (22 %). Із цих програм, на нашу думку, найбільш співставимою з вибраною проблематикою є діючий з 2008 року проект «Запобігання резистентності до ліків» («Drug resistance») та щорічно оновлювана програма «Основні ліки для дітей» («Essential medicines for children»). Серед інших міжнародних проектів, пов'язаних із контролем ліків, найбільш дотичною до цієї теми є Національна стратегія контролю за обігом ліків у США («National Drug Control Strategy», оновлена в січні 2019).

2. Серед 5-ти вітчизняних діючих програм контролю за ЛЗ, найоптимальнішою вважаємо урядову програму «Доступні ліки», яка працює з 1 квітня 2017 року, згідно якої пацієнти мають можливість отримати ліки для лікування серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми безоплатно або з незначною доплатою лише за рецептом лікаря, що дозволяє уникати безконтрольного споживання ЛЗ.

3. Встановлено, що лікова політика в Україні, розрахована саме на молодь, залишається актуальним та невирішеним завданням ОЗ.

Результати досліджень розділу 5 наведено в публікаціях:

1. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Дослідження стану здоров'я майбутніх лікарів. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2015. № 3-4. С. 30-35.

URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kff_2015_3-4_7.

2. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Соціальна фармація: аналіз програм та стратегій ВООЗ щодо вирішення проблем, пов'язаних із адекватним застосуванням лікарських засобів молоддю. *Збірник матеріалів VI міжнародної інтернет-НПК «Соціальна фармація: стан, проблеми, перспективи»*, Харків, 23-24 квітня 2020. С. 106-108.

3. Менеджмент лікової поведінки пацієнта. Методичні рекомендації / А. Б. Зіменковський, Т. М. Думенко, О. В. Матвєєва, О. Б. Борецька, Ю. С. Настюха, М. М. Заяць, Т. В. Єремєєва, В. Я. Шибінський, Н. І. Заремба, Н. В. Роговик // під заг. редакцією д.мед.н., проф. А. Б. Зіменковського. Львів: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, підрозділ оперативного друку, 2015. 59 с.

РОЗДІЛ 6

ОПРАЦЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНО-ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ МОДЕЛІ ЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ ДЛЯ МОЛОДІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

6.1 Клініко-фармацевтичний мобільний додаток «Тест сумісності лікарських засобів»

У ході опрацювання нової форми клініко-фармацевтичного втручання для здобувачів ВМ(Ф)О щодо взаємодії ЛЗ між собою, нами було розроблено модель навчального безоплатного Інтернет-додатку «Тест сумісності лікарських засобів» (далі додаток), розраховану, перш за все, на студентську молодь, яка навчається в ЗВМО України. Базу ЛЗ, яку було внесено у цю програму додатку, сформовано на основі результатів соціологічного опитування про поведінку здобувачів ЗВМО щодо ЛЗ (розділ 4). Зазначена БД сформована на основі офіційних ІМЗ ЛЗ, які зареєстровані в Україні станом на 28 жовтня 2018 року. Додаток «Тест сумісності лікарських засобів» призначений для перевірки знань щодо сумісності ЛЗ та окремих аспектів дієти і поведінкових звичок. Дизайн додатку визначається як «Quiz» (вікторина), суть якої полягає в опитуванні користувача у вигляді текстових і/або графічних завдань та вибором відповіді з кількох можливих варіантів, а потім, на основі кількості правильних відповідей, обчислюється загальний результат тестування. Додаток не має чітко визначеної цільової аудиторії, за винятком вікового обмеження «3+», характерного для більшості додатків, що працюють на пристроях під керуванням операційної системи Android та її модифікацій. Він може бути завантажений за допомогою Play Market безпосередньо будь-яким користувачем мобільних пристроїв під керуванням операційної системи Android версії 4.1.0 (API level 16) або новішої, окрім "розумних" годинників, телевізорів та автомобілів. Такий вибір дозволяє охопити приблизно 98 % мобільних пристроїв екосистеми Android, включно з такими екзотичними, як

пристрої під керуванням MIUI (Mobile Internet User Interfase) та електронні книжки Kindle Fire, тобто приблизно 84 % всіх мобільних пристроїв [21].

Слід зазначити, що на великих пристроях, наприклад на планшетах із діагоналлю екрана 10 дюймів чи більше, додаток працює коректно, але інтерфейс виглядає дещо порожньо, чого, на жаль, наразі неможливо уникнути через певну специфіку нашого завдання (рис. 6.1).

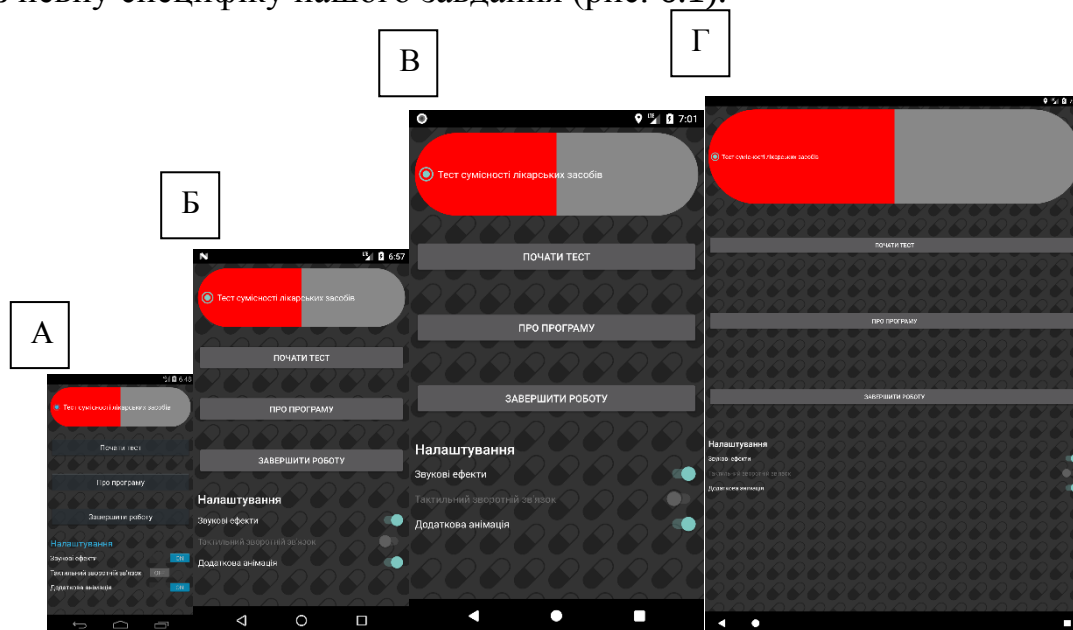


Рисунок 6.1 – Вигляд головного вікна на різних пристроях зліва на право:

- «А» –пристрій з дисплеєм HD (High Definition) на Android 4.4.x;
- «Б» –пристрій з дисплеєм FHD (Full High Definition) на Android 7.x;
- «В» – сучасний пристрій з дисплеєм UHD (Ultra High Definition) на Android 8.x;
- «Г» – пристрій з планшетним варіантом дисплею UHD, більшого за оптимізовані розміру на Android 8.x

Примітка. Масштаб дотримано відносно роздільної здатності.

Тож, додаток слід вважати оптимальним для роботи на смартфонах із діагоналлю екрана від 5 до 7 дюймів, який власне і має переважна більшість сучасних смартфонів та фаблетів. Вбудований механізм масштабування шрифтів та відстаней (вказування їх у Density Independent Points) робить вікна додатку майже незалежними від роздільної здатності екрану, тобто додаток виглядає практично однаково як на HD (720 p), так і на FHD (1080 p), або UHD

(1440 p), й навіть більших, із незначними відмінностями, зумовленими різними співвідношеннями (стандартно 16:10, 16:9 та 18:9). Передбачено також округлення країв дисплея та сучасного «технологічного» вирізу, що є характерним для багатьох пристроїв, зокрема китайських виробників.

При розробці використано виключно безкоштовні та загальнодоступні технології й ресурси, а саме: мови програмування Java (в складі Android Studio 3.2) та VB.NET (у складі Microsoft Visual Studio 2017 Community Edition – безкоштовного програмного забезпечення для індивідуальних розробників та команд до 6-ти учасників), мову розмітки XML (у складі Android Studio 3.2), власне графічне оформлення (графічний редактор Paint.NET – безкоштовне програмне забезпечення та програмна генерація графіки) і безплатну, на умовах атрибуції (розміщення в програмі посилання на джерело), бібліотеку звукових ефектів із сайту www.zapsplat.com. Тобто, додаток за будь-яких умов є безкоштовним та вільним для поширення, плата може стягуватись лише за передачу даних згідно тарифних планів оператора мобільного зв'язку.

Програма додатку складається з БД власного формату, яка перетворюється з файлу (RAW-даних (з англійської – сирий)) у форматі CSV (Comma Separated Values) безкоштовного мета-формату електронних таблиць та простих БД, хоча є можливість використання в розробці, за умови наявності відповідних ліцензій, пропрієтарних програмних комплексів, зокрема Microsoft Excel 2010 або новішої версії. Службова частина додатку на основі наданих RAW-даних формує стиснуту та оптимізовану БД, попередньо частково перевірявши її правильність за принципом: кожен ЛЗ має містити дані про один сумісний та один несумісний ЛЗ, але разом не менше, ніж про 4 взаємодії. Основою даних є 3 таблиці: таблиця опису; сумісних значень та несумісних значень.

Для збереження даних застосовується алгоритм індексного зберігання даних. Таблиці з даними містять багаторазові повтори тих самих значень, тому при збірці даних визначаються частоти входження значень та будується відповідний індекс за ними, числа якого і зберігаються. Даний алгоритм має

особливу структуру, що обумовлює стискання даних приблизно в 10 разів зі значно нижчими затратами процесорного часу, ніж стандартні алгоритми стискання. Згенерована база забезпечує роботу власне програми додатку. Такий вибір робить її масштабованою, тобто при появі нових даних, вони просто вносяться у первинний файл, після чого дані та додаток повторно компілюються та проводиться повторна публікація. Ці операції при додаванні 1-2-х ЛЗ займають до 20-ти хвилин. Також додатку не потрібне постійне підключення до інтернету, бо дані вже є у ньому. Програма додатку не займає великого обсягу (приблизно 600 KiB), що для сучасних пристроїв можна вважати практично нулем (приблизно 1 / 50 000 чи навіть 1 / 200 000 загального обсягу сховища для типових пристроїв). У деяких випадках, наприклад при роботі у роумінгу, локальне зберігання даних істотно економить кошти користувача. Також додаток при потребі можна легко локалізувати на будь-яку мову.

Після запуску додатку користувачу надається вибір функцій: "почати тестування", "переглянути інформацію про програму" та "вийти з програми", не здійснюючи ніяких дій шляхом натискання відповідної кнопки. Також на головній сторінці можна ввімкнути та вимкнути звуковий супровід, гаптичні ефекти та додаткову анімацію. Слід зазначити, що гаптичні ефекти не є такими в повному розумінні слова, бо вони не пов'язані з положенням пристрою у просторі, але в додатку такого призначення зазвичай не використовуються гаптичні технології у повному обсязі. Такі часткові гаптичні ефекти називають зворотнім тактильним зв'язком. На окремих пристроях ця опція може бути недоступна через відсутність ексцентрика в конструкції, зокрема таку конструкцію можуть мати деякі моделі планшетних персональних комп'ютерів. За налаштування програми додатку відповідає блок із 3-х перемикачів, розміщений у нижній частині вікна, а стилізоване зображення пігулки є водночас логотипом додатку в головному вікні та позначкою вибраного варіанту у вікні тестування (рис. 6.2).

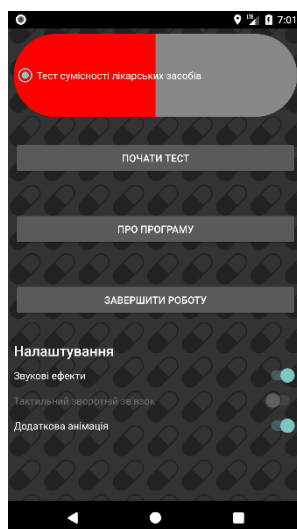


Рисунок 6.2 – Головне вікно програми додатку

Якщо користувач обрав опцію тестування, то воно здійснюється наступними вікнами, що наведено на рисунку 6.3.

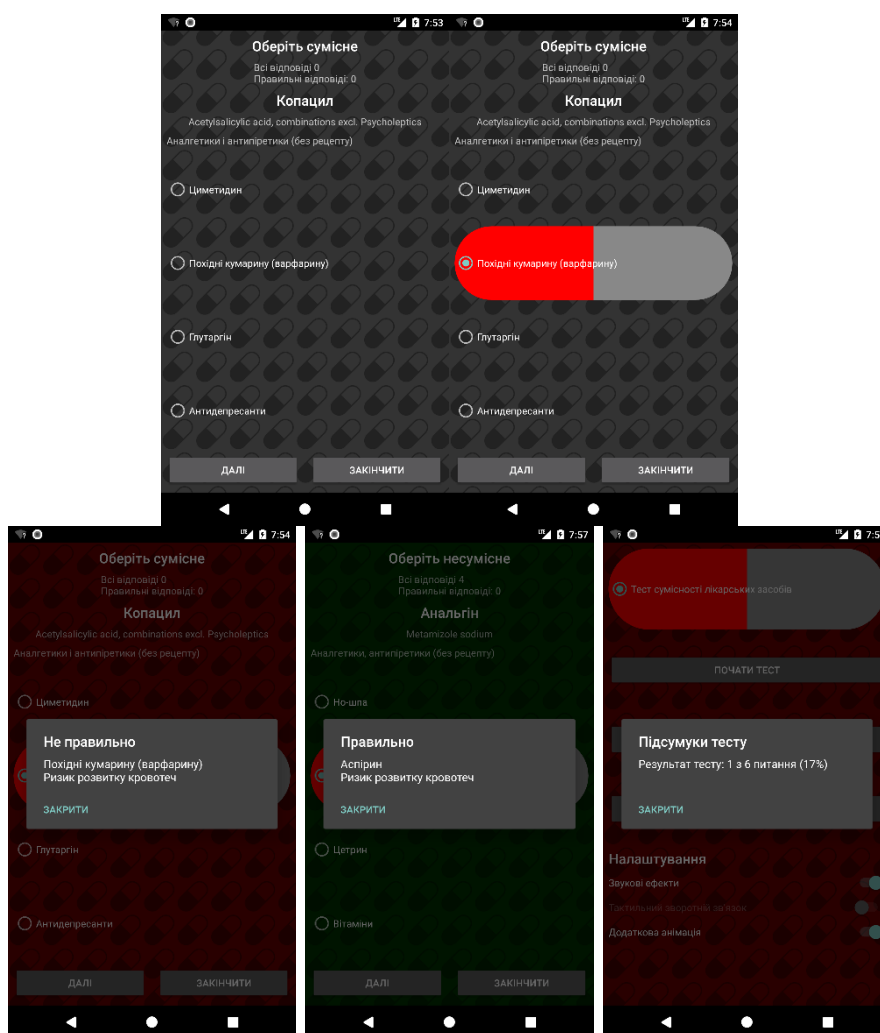


Рисунок 6.3 – Декілька вікон додатку: запитання без відповіді; відповідь; повідомлення про неправильну відповідь; повідомлення про правильну відповідь; повідомлення про завершення тестування

Тестування проводиться шляхом показу екранів із назвою та коротким описом ЛЗ, а також пропозицією обрати з 4-х ЛЗ один сумісний або несумісний медикамент. Коли користувач натискає кнопку «Далі», додаток вказує на правильність або хибність вибору користувача з коротким поясненням, після чого переходить до наступного запитання. Якщо ж користувач обере кнопку «Закінчити», додаток відобразить, чи правильно користувач відповів на запитання, після чого припинить тестування та покаже його підсумки. Тривалість тестування в принципі не регламентується, але при актуальному рівні наповнення БД, програма додатку може поставити приблизно 3000 унікальних запитань або 12000 із частковими повторами. Згідно розподілу стандартної функції генерації випадкових чисел, перші видимо подібні запитання випадатимуть приблизно в четвертій сотні запитань, що є достатнім для такого виду тестування. Підсумковий результат тестування вважається позитивним, якщо користувач обрав правильні варіанти відповіді на $\frac{1}{2}$ чи більше запитань.

Робота додатку супроводжується так званими числовими ("alpha" та "timeline") анімаційними ефектами та ефектами переходу, якщо користувач увімкнув їх у налаштуваннях системи.

У цьому випадку вибір також підкреслюється звуковим ефектом та/або гаптичними ефектами, що залежить як від налаштувань додатку, так і пристрою загалом. Також дані в повністю анонімному вигляді (виключно із запитаннями та відповідями без будь-якої персоналізації імені, номера телефона, адреси електронної пошти тощо) надсилаються для подальшої обробки та пошуку ЛЗ, знання про які є недостатніми. Дані відправляються невеличкими пакетами за допомогою Google-форм. Із метою уникнення незручностей для користувача, дані можуть взагалі не відправлятись, наприклад якщо користувач використовує додаток поза межами країни, у місцях без доступу до Wi-Fi мережі чи на тривалий час вимкнув передачу даних на пристрої. Зібрані дані таким чином зберігаються у вигляді електронної таблиці Google, яка придатна для перегляду та навіть редагування безпосередньо у браузері або завантаження

конвертування в формати, придатні для статистичної обробки. Основні етапи роботи продовжуються доти, доки користувач не натисне кнопку «Завершити». Тоді не відбувається постановка наступного запитання, а замість цього виводяться результати тестування і програма додатку знову переходить у режим очікування подальших команд (рис. 6.4).

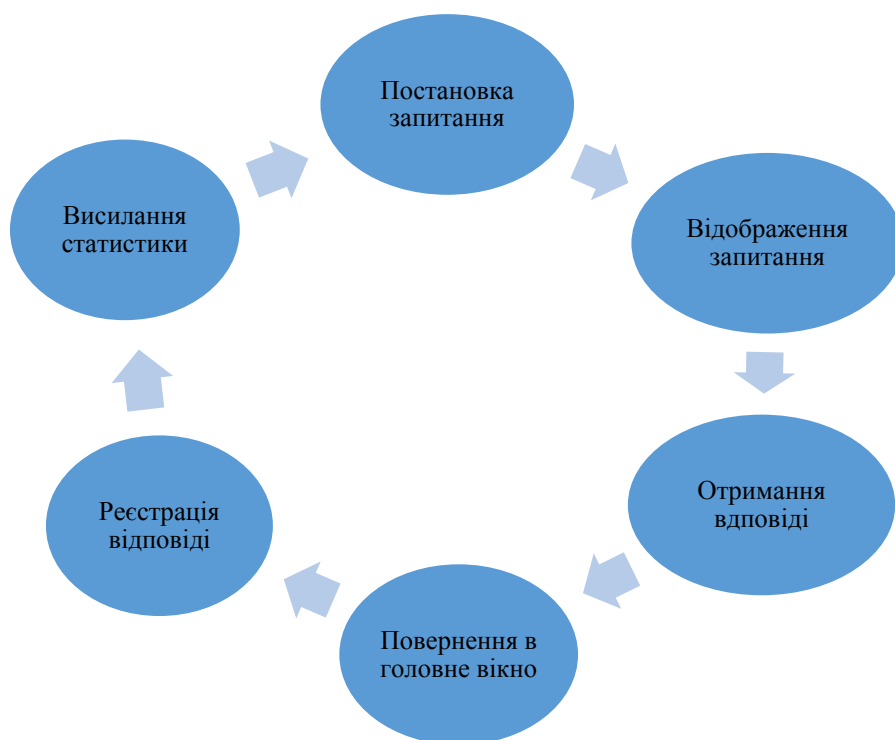


Рисунок 6.4 – Основний цикл роботи програми додатку

Відображена на рисунку 6.5 таблиця, за структурою та зовнішнім виглядом близька до документа Microsoft Excel та містить дані по одній відповіді на рядок у 5 стовпців.

По суті «1» та «0» є загальноприйнятими синонімами пари «True» та «False», якими оперують системи машинної обробки даних. Таке уточнення чітко пояснює структуру даних. Застосування числових аналогів дозволяє обробляти більший обсяг даних та незначно економить трафік при збиранні даних.

	A	B	C	D	E	F
	Позначка часу	Question	Answer	Compatible	Correct	
2	11.08.2018 15:02:50	Докициклін	Еутирокс	1	1	
3	11.08.2018 15:02:57	Регулакс	Ібупрофен		1	
4	11.08.2018 15:03:03	Стрептоцид	Новокаїн	1	0	
5	11.08.2018 15:03:10	Еутирокс	Орлістат	1	0	
6	11.08.2018 15:03:17	Кальцію глюконат	Глюкокортикостероїди	1	0	
7	11.08.2018 15:03:22	Омепразол	Лідокаїн	1	1	
8	11.08.2018 15:06:00	Екстракт валеріани	Алкоголь	1	0	
9	11.08.2018 15:06:06	Вітрум	Нітриди	1	0	
10	11.08.2018 15:06:08	Лоратадин	Аугментин	1	1	
11	11.08.2018 15:14:02	Амброксол	Кетанов	0	0	
12	11.08.2018 15:15:09	Стрептоцид	Лінкоміцин	1	1	
13	11.08.2018 15:16:04	Екстракт валеріани	Кетанов	1	1	
14	11.08.2018 15:16:09	Серрата	Німесил	0	0	
15	11.08.2018 15:16:51	Декатилен	Кисла їжа	0	0	
16	11.08.2018 15:17:57	Хартил	Глутаргін	0	0	

Рисунок 6.5 – Зразок даних, зібраних у тестовому режимі додатку

Примітка 1. Позначка часу – по суті не є статистичними даними, а часом отримання відповіді, і надається не програмою додатку, а сервером Google. Цей стовпець включений, бо необхідний для роботи сервісу.

Примітка 2. Question – суть запитання, тобто назва ЛЗ про який було поставлено запитання.

Примітка 3. Answer – обраний варіант відповіді.

Примітка 4. Compatible – режим запитання, може набувати 2-х значень: 0 (оберіть несумісне з вказаним) та 1 (оберіть сумісне з вказаним).

Примітка 5. Correct – перевірка результату, може набувати 2-х значень: 0 (було зроблено помилковий вибір) та 1 (було зроблено правильний вибір).

Такі дані, практично без внесення змін (за винятком зберігання файлу у відповідному форматі), можуть оброблятися Excel та пакетами статистичної обробки даних [21].

6.2 Експертна оцінка користувачів клініко-фармацевтичного мобільного додатку «Тест сумісності лікарських засобів»

Із метою експертної оцінки розробленого додатку було проведено опитування потенційних користувачів даного програмного забезпечення. У ролі експертів виступили 150 студентів ЛНМУ імені Данила Галицького, опитування яких проводилося згідно спеціально розробленої анкети (додаток Г). Для достовірної оцінки було відібрано по 50 студентів III-VI курсів медичного, стоматологічного та фармацевтичного факультетів. Середній вік

респондентів становив $20,0 \pm 1,6$ років. Серед опитаних переважали особи жіночої статі $74,7 \pm 3,5$ %. (табл. 6.1).

Таблиця 6.1 – Віково-статевий та факультетсько-курсний розподіл студентів, які взяли участь у дослідженні

Критерії	Розподіл за факультетами			Загалом (n=150)
	Медичний (n=50)	Стоматологічний (n=50)	Фармацевтичний (n=50)	
Вік, роки	$20,3 \pm 1,9$	$19,7 \pm 1,2$	$20,6 \pm 1,5$	$20,0 \pm 1,6$
Чоловіки, %	$30,0 \pm 6,5$	$22,0 \pm 5,9$	$24,0 \pm 6,0$	$25,3 \pm 3,5$
Жінки, %	$70,0 \pm 6,5$	$78,0 \pm 5,9$	$76,0 \pm 6,0$	$74,7 \pm 3,5$
III курс, %	$56,0 \pm 7,0$	$70,0 \pm 6,5$	$10,0 \pm 3,2$	$45,3 \pm 4,1$
IV курс, %	$10,0 \pm 3,2$	$12,0 \pm 4,6$	$48,0 \pm 7,1$	$23,3 \pm 3,5$
V курс, %	$14,0 \pm 4,9$	$18,0 \pm 5,4$	$42,0 \pm 7,0$	$24,7 \pm 3,5$
VI курс, %	$20,0 \pm 5,7$	0	0	$6,7 \pm 2,0$

Кожному студенту пропонувалося завантажити та пройти тестування в додатку «Тест сумісності лікарських засобів». Після завершення роботи експерти оцінювали її за 5 характеристиками (доступність пошуку додатку; зручність у користуванні; дизайн; обсяг БД ЛЗ; можливість використання з навчальною метою) та виставляли оцінку у балах від 1 (найгірше) до 10 (найкраще) (табл. 6.2).

Найвищі середні бали ($8,7 \pm 1,7$) було проставлено щодо 2-х критеріїв: доступність пошуку додатку та можливість використання його з навчальною метою. Водночас, зручність у користуванні додатком оцінено в $8,5 \pm 1,6$ балів.

Найнижчий середній бал ($7,4 \pm 2,0$) одержав дизайн додатку, хоча, загалом, спостерігається суттєве домінування частки експертів, які були задоволені даним параметром, порівняно з тими, хто поставив низькі оцінки (рис. 6.6).

Таблиця 6.2 – Середні оцінки додатку «Тест сумісності ЛЗ» студентами різних факультетів ($M \pm m$, бали)

Критерії	Оцінка додатку за факультетами			Загалом (n=150)
	Медичний (n=50)	Стоматологічний (n=50)	Фармацевтичний (n=50)	
Доступність пошуку додатку	8,9 $\pm$ 1,6	8,7 $\pm$ 1,9	8,5 $\pm$ 1,7	8,7 $\pm$ 1,7
Зручність у користуванні	8,4 $\pm$ 1,7	8,6 $\pm$ 1,4	8,6 $\pm$ 1,6	8,5 $\pm$ 1,6
Дизайн	7,1 $\pm$ 2,3	7,3 $\pm$ 1,8	7,8 $\pm$ 1,7	7,4 $\pm$ 2,0
Обсяг БД ЛЗ	8,2 $\pm$ 1,4	8,4 $\pm$ 1,4	8,1 $\pm$ 1,8	8,2 $\pm$ 1,5
Можливість використання з навчальною метою	8,3 $\pm$ 1,6	9,1 $\pm$ 1,1	8,6 $\pm$ 1,6	8,7 $\pm$ 1,5

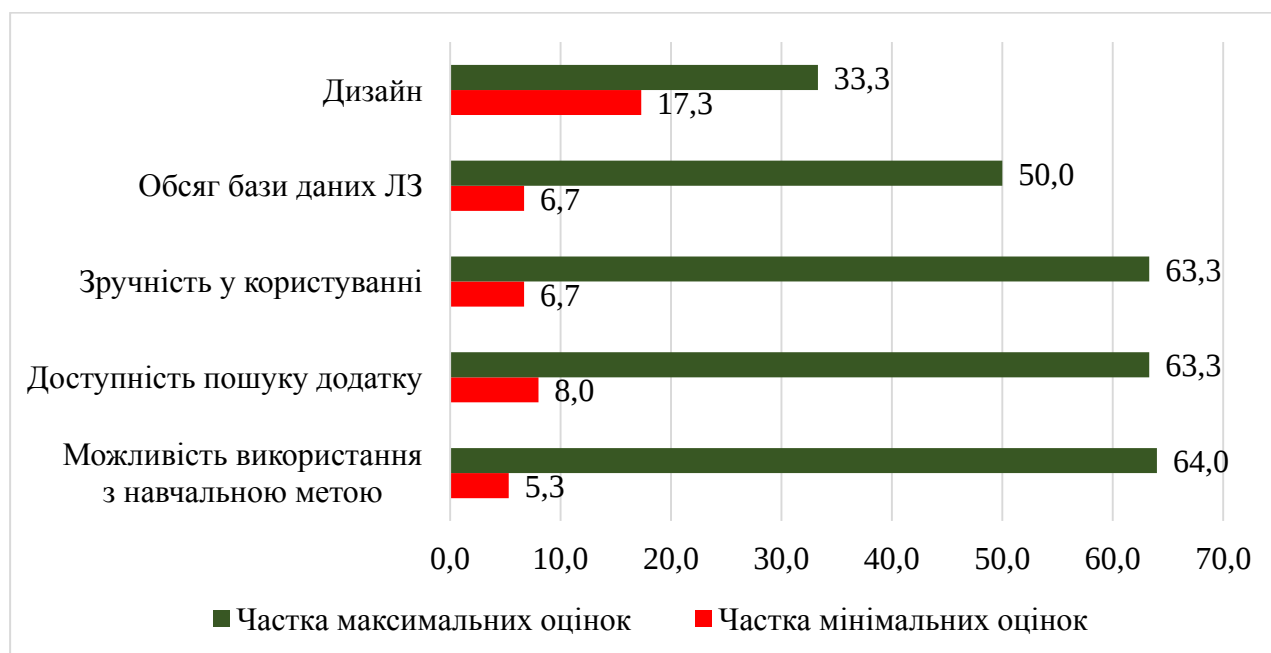


Рисунок 6.6 – Частота респондентів, які виставили максимальні та мінімальні оцінки додатку за наданими критеріями (%)

Нами додатково було проаналізовано частки експертів, які поставили найвищі (9 або 10 балів) та найнижчі (5 або менше балів) оцінки (табл. 6.3).

Таблиця 6.3 – Оцінка характеристики додатку студентами різних факультетів

Критерії	Оцінка додатку за факультетами (max/min, %)			Загалом (n=150)
	Медичний (n=50)	Стоматологічний (n=50)	Фармацевтичний (n=50)	
Доступність пошуку додатку	68/8	66/8	56/8	63,3/8
Зручність у користуванні	66/12	60/4	64/4	63,3/6,7
Дизайн	30/26	26/16	44/10	33,3/17,3
Обсяг БД ЛЗ	50/6	52/2	48/12	50/6,7
Можливість використання з навчальною метою	46/4	80/0	66/12	64/5,3

Примітка. Критерій max – оцінка додатку у 9 та 10 балів; критерій min – оцінка ≤ 5 балів

Найбільше високих оцінок експерти проставили стосовно критерію можливості використання додатку з навчальною метою – загалом 64 % анкетованих оцінили у 9 або 10 балів. Щодо цього параметру, то найвища частка високих балів поставлена студентами стоматологічного факультету (80,0 % від опитаних стоматологів), тоді як із-поміж майбутніх фармацевтів аналогічну характеристику дали 66 % анкетованих. Слід зазначити, що по кожному з параметрів спостерігалось суттєве переважання частки високих балів, порівняно з низькими. Статистично значимої різниці поміж факультетами не було, а кореляційний аналіз теж не виявив достовірної

залежності між віком студентів та виставленими оцінками ($r = 0,04$; $p > 0,05$). Тож, відповіді не відрізнялися ні від віку, ні від факультету анкетованих.

Аналіз думок експертів щодо перспективи даного додатку засвідчив, що $85,3 \pm 2,9$ % студентів вважають, що будуть у майбутньому час від часу користуватися цим додатком. Більша частина ($63,3 \pm 3,9$ %) анкетованих також планує рекомендувати його своїм знайомим. Водночас $48,0 \pm 4,1$ % студентів переконані, що особи без медичної освіти не зможуть використовувати всі можливості програми додатку (табл. 6.4).

Таблиця 6.4 – Рекомендації студентів різних факультетів щодо додатку

Критерії	Оцінка додатку за факультетами, %			Загалом (n=150)
	Медичний (n=50)	Стоматологічний (n=50)	Фармацевтичний (n=50)	
Чи плануєте Ви у подальшому користуватись цим додатком?				
Ніколи	10,0±4,2 [§]	0	2,0±0,5	4,0±1,6
Час від часу	82,0±5,4	90,0±4,2	84,0±5,2	85,3±2,9
Часто	8,0±3,8	10,0±4,2	14,0±4,9	10,7±2,5
Чи порекомендуєте Ви його своїм знайомим?				
Так	54,0±7,0	64,0±6,8	72,0±6,3	63,3±3,9
Ні	6,0±2,4	6,0±2,4	8,0±3,8	6,7±2,0
Вагаюсь із відповіддю	40,0±6,9	30,0±6,5	20,0±5,7*	30,0±3,7
На Вашу думку, чи можуть його використовувати пересічні громадяни (не медики)?				
Так	30,0±6,5	16,0±5,2	42,0±7,0 ^{##}	29,3±3,7
Ні	54,0±7,0	52,0±7,1	38,0±6,9	48,0±4,1
Вагаюсь з відповіддю	16,0±5,2	32,0±6,6	20,0±5,7	22,7±3,4

Примітка 1. * – наявна різниця ($p < 0,05$) між студентами медичного та фармацевтичного факультетів.

Примітка 2. ## – наявна різниця ($p < 0,01$) між студентами стоматологічного та фармацевтичного факультетів.

Примітка 3. § – наявна різниця ($p < 0,05$) між студентами медичного та стоматологічного факультетів.

Із метою покращення та розвитку програми додатку в експертне опитування було включено можливість респондентам надати свої пропозиції та зауваження. Аналіз одержаних відповідей вказує, що $49,3 \pm 4,1$ % опитаних висловили свої зауваження, серед яких основними є музичне оформлення ($10,0 \pm 2,4$ %), повтори у додатку ($9,33 \pm 2,4$ %), підтримка середовища ios ($8,7 \pm 2,3$ %), мала кількість інформації ($7,3 \pm 2,1$ %), кольорове оформлення ($6,7 \pm 2,0$ %) та дизайн ($6,7 \pm 2,0$ %) (табл. 6.5).

Таблиця 6.5 – Основні зауваження студентів щодо програми додатку

Зауваження	Оцінка додатку за факультетами, %			Загалом (n=150)
	Медичний (n=50)	Стоматологічний (n=50)	Фармацевтичний (n=50)	
Музичне оформлення	$16,0 \pm 5,2$	$14,0 \pm 4,9$	0** ^{##}	$10,0 \pm 2,4$
Повтори у додатку	$14,0 \pm 4,9$	$14,0 \pm 4,9$	0** ^{##}	$9,33 \pm 2,4$
Підтримка ios	$6,0 \pm 2,4$	$16,0 \pm 5,2$	$4,0 \pm 1,8$ [#]	$8,7 \pm 2,3$
Більше інформації	$2,0 \pm 1,0$	$10,0 \pm 4,2$	$10,0 \pm 4,2$	$7,3 \pm 2,1$
Кольорове оформлення	$6,0 \pm 2,4$	$14,0 \pm 4,9$	0 ^{##}	$6,7 \pm 2,0$
Дизайн додатку	$2,0 \pm 1,0$	$14,0 \pm 4,9$ [§]	$4,0 \pm 1,8$	$6,7 \pm 2,0$
Відсутність пошуку	$14,0 \pm 4,9$	0 ^{§§}	$2,0 \pm 1,0$ [*]	$5,3 \pm 1,8$
Помилки у додатку	$6,0 \pm 2,4$	$6,0 \pm 2,4$	$2,0 \pm 1,0$	$4,7 \pm 1,7$
Вкладка з інформацією	$6,0 \pm 2,4$	0	$2,0 \pm 1,0$	$2,7 \pm 1,3$

Примітка 1. * – наявна різниця ($p < 0,05$) між студентами медичного та фармацевтичного факультетів.

Примітка 2. [#] – наявна різниця ($p < 0,05$) між студентами стоматологічного та фармацевтичного факультетів; ^{##} – наявна різниця ($p < 0,01$) між студентами стоматологічного та фармацевтичного факультетів.

Примітка 3. [§] – наявна різниця ($p < 0,05$) між студентами медичного та стоматологічного факультетів; ^{§§} – наявна різниця ($p < 0,01$) між студентами медичного та стоматологічного факультетів.

У зв'язку з висловленими зауваженнями та пропозиціями експертів, нами було розроблено удосконалення до цього додатку, а саме: змінено музичні ефекти та опрацьовано механізм повторів однакових запитань із використанням контролера унікальності. Контролер унікальності зберігає 300 останніх запитань (так званий принцип FILO) в межах одного пристрою, що унеможливорює наявність повторів до 301 питання [188].

6.3 Результати тестування користувачів клініко-фармацевтичного мобільного додатку «Тест сумісності лікарських засобів»

Наступним кроком цього етапу нашого дослідження був аналіз відповідей студентів-медиків щодо додатку «Тест сумісності лікарських засобів» про сумісність чи несумісність найбільш поширених для них ЛЗ. Нами було проаналізовано перші 1500 відповідей, які рандомізовано були поставлені користувачам. З-поміж них питання щодо сумісності ЛЗ було поставлено 911 раз ($60,7 \pm 1,3$ %), щодо несумісного застосування – 589 ($39,3 \pm 1,3$ %) (рис. 6.7).

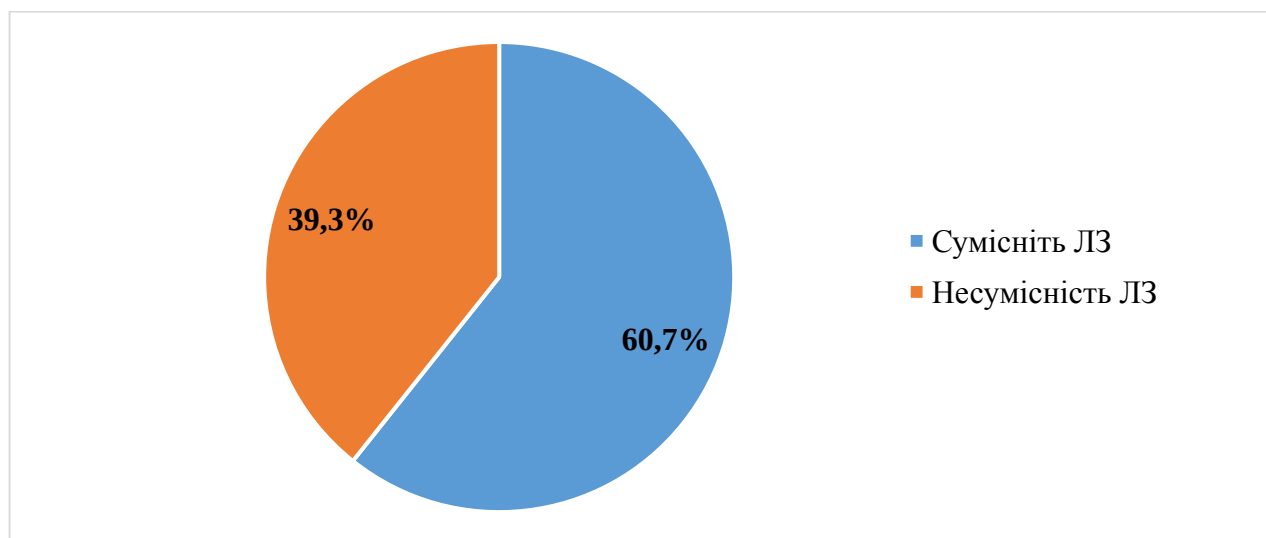


Рисунок 6.7 – Розподіл питань щодо сумісності чи несумісності ЛЗ серед опитаних студентів-медиків

У блоці питань про сумісність ЛЗ середня частота правильних відповідей склала $35,2 \pm 1,6$ %. Найчастіше студенти коректно відповідали про сумісність

омепразолу ($66,7 \pm 13,6$ % правильних відповідей), колдфлю ($61,5 \pm 13,5$ %) та мезатону ($60,0 \pm 15,5$ %) з іншими ЛЗ. Найбільше помилок спостерігалось при відповідях щодо сумісності наступних ЛЗ: магнікор ($91,7 \pm 8,0$ % помилкових відповідей), римантадин ($90,9 \pm 8,7$ %), мефенамінова кислота ($88,9 \pm 10,5$ %), лоратадин ($88,9 \pm 10,5$ %), ехінацея ($88,9 \pm 10,5$ %) (рис. 6.8).

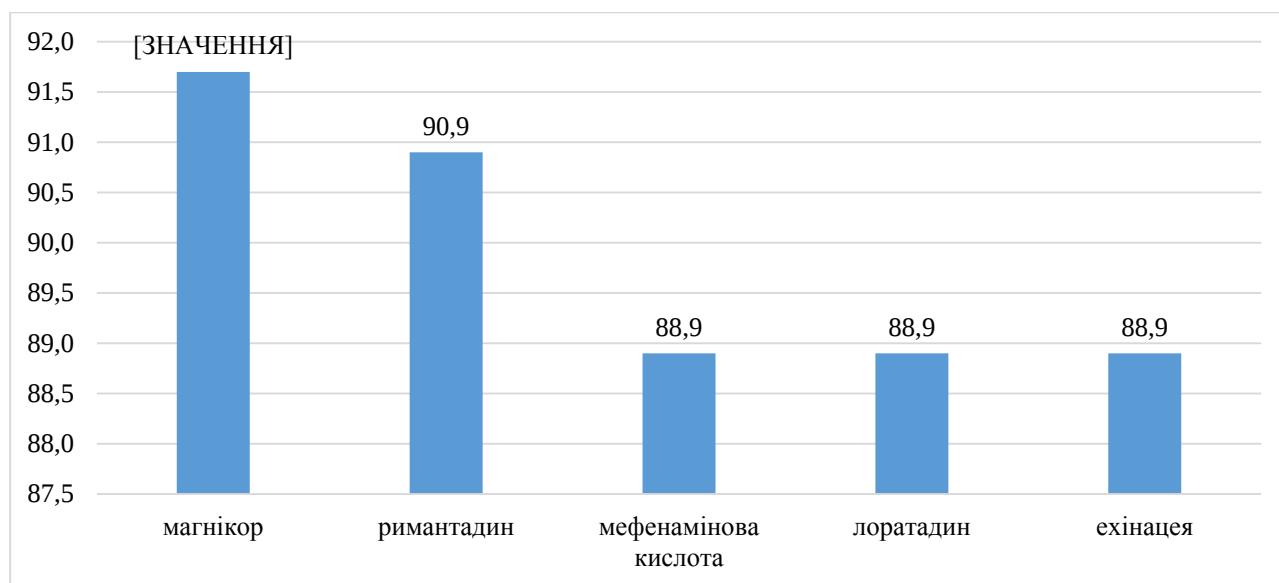


Рисунок 6.8 – Медикаменти щодо сумісного застосування яких студенти найбільше помилялися

Типовими помилковими уявленнями студентів була можливість одночасного застосування йодиду з тиреостатичними ЛЗ ($n=11$), лактовіту з тіаміном ($n=8$) та регулаксу з тіазидними діуретиками ($n=7$).

У блоці питань про вибір несумісного ЛЗ, середня частота правильних відповідей була вищою – $48,4 \pm 2,1$ %. Найчастіше студенти правильно відповідали про несумісність деакури (100 % правильних відповідей), гліциседу ($81,3 \pm 9,7$ %), амброксолу ($75,0 \pm 10,8$ %) та диклоберлу ($75,0 \pm 15,3$ %). Найбільше помилок виявлено при відповідях щодо несумісності наступних ЛЗ: парацетамолу ($83,3 \pm 15,2$ % помилкових відповідей), анальгіну ($80,0 \pm 12,6$ %), альтабору ($76,5 \pm 10,2$ %), декатилену ($75,0 \pm 15,3$ %), дексалгіну ($75,0 \pm 15,3$ %) та біфрену ($75,0 \pm 21,7$ %) (рис. 6.9).

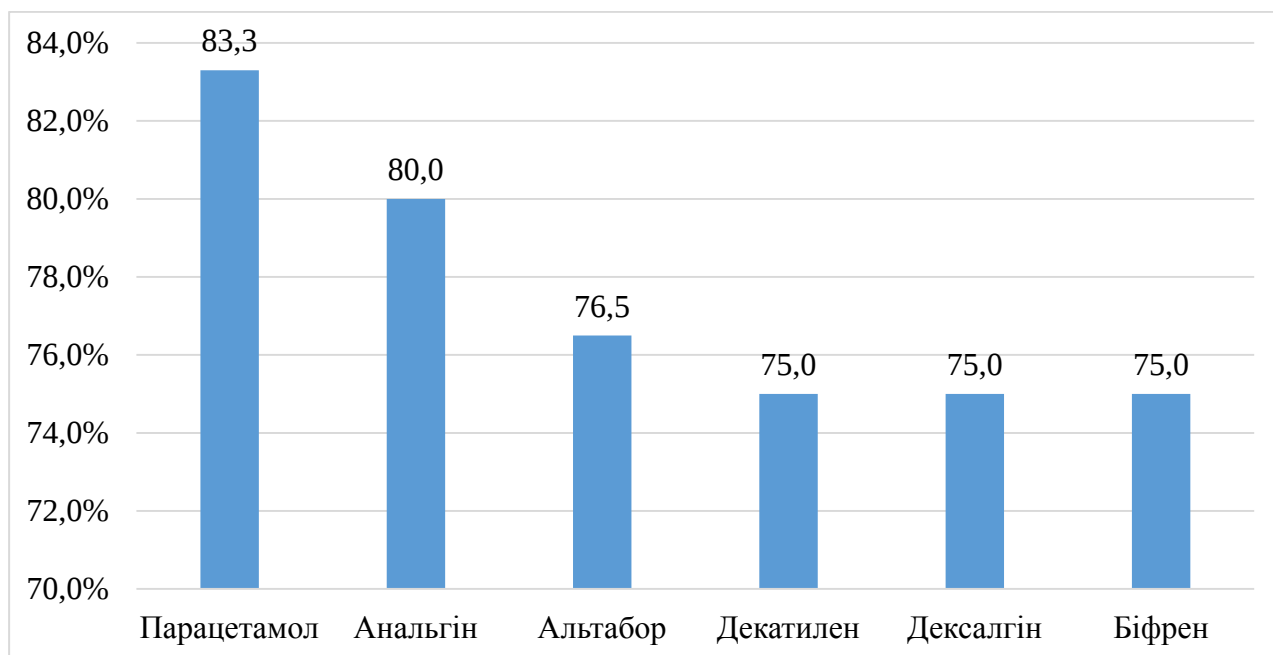


Рисунок 6.9 – Ліки щодо несумісного застосування яких студенти найбільше помилялися

Найчастіше студенти помилялись у тому, що вважали ніби альтабор несумісний з колдрексом ($n=9$), анальгін із но-шпою ($n=6$), атоксил із панкреатином ($n=6$) та віброцил з атропіном ($n=6$).

Висновки до розділу 6

1. Розроблений нами додаток «Тест сумісності лікарських засобів» є повноцінним інформаційним додатком мобільного пристрою, призначений для перевірки знань про сумісність ЛЗ та окремих аспектів дієти й поведінкових звичок. Він охоплює приблизно 84 % усіх мобільних пристроїв, зокрема 98 % мобільних пристроїв екосистеми Android. Додаток за будь-яких умов є безкоштовним та вільним для розповсюдження.

2. База ЛЗ, яку було внесено у програму додатку, сформована на основі результатів соціологічного опитування про найбільш вживані ліки здобувачами вищої медичної освіти, які увійшли в наше дослідження. При потребі база може бути доповнена.

3. При оцінці даного додатку експертами, найвищі середні бали ($8,7 \pm 1,7$) було проставлено щодо 2-х критеріїв: доступність пошуку додатку та можливість використання його з навчальною метою. Експерти за кожним із аналізованих параметрів виставили суттєво більшу частку високих балів, порівняно з низькими. Більшість ($85,3 \pm 2,9$ %) опитаних студентів вважають, що будуть у майбутньому час від часу користуватися цим додатком; $63,3 \pm 3,9$ % анкетованих також планує рекомендувати його своїм знайомим.

4. Зауваження щодо першої версії додатку в основному стосувались музичного оформлення ($10,0 \pm 2,4$ %) та повторів у додатку ($9,33 \pm 2,4$ % анкетованих). Нами було зроблено необхідні корективи та розміщено оновлений додаток у Play Market.

5. У блоці питань про сумісність ЛЗ середня частота правильних відповідей склала $35,2 \pm 1,6$ %. Найбільше помилок було виявлено при відповідях щодо сумісності наступних ліків: магнікор ($91,7 \pm 8,0$ % помилкових відповідей), римантадин ($90,9 \pm 8,7$ %), мефенамінова кислота ($88,9 \pm 10,5$ %), лоратадин ($88,9 \pm 10,5$ %), ехінацея ($88,9 \pm 10,5$ %).

6. При відповідях щодо несумісності медикаментів найбільше помилок стосувались парацетамолу ($83,3 \pm 15,2$ % помилкових відповідей), анальгіну ($80,0 \pm 12,6$ %), альтабору ($76,5 \pm 10,2$ %), декатилену ($75,0 \pm 15,3$ %), дексалгіну ($75,0 \pm 15,3$ %) та біфрену ($75,0 \pm 21,7$ %).

Результати досліджень розділу 6 наведено в публікаціях:

1. Zaremba N., Zimenkovskyi A. Informational and educational Internet application, as a form of pharmaceutical intervention in the medication-taking behavior of the applicants of higher medical education. *Annals of Mechnikov Institute*. 2019. № 1. P. 77-80.

URL: http://www.imiamn.org.ua/journal/1_2019/PDF/12.pdf

2. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Комп'ютерна програма «Тест сумісності лікарських засобів». Свідectvo про реєстрацію авторського права на твір № 82312 від 17.10.2018 р.

РОЗДІЛ 7

СОЦІАЛЬНО-ФАРМАЦЕВТИЧНА МОДЕЛЬ «ПРОГРАМА ЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ ДЛЯ МОЛОДІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ» ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВПРОВАДЖЕННЯ

7.1 Розробка соціально-фармацевтичної моделі «Програма лікової політики для молоді в охороні здоров'я України»

Слід чітко усвідомлювати, що лікова політика для молоді має бути важливою складовою національної лікової політики. Тож, розроблена нами модель програми лікової політики для молоді є дороговказом поведінки щодо застосування ліків базової цільової групи населення України, яке формує майбутнє нашої держави – молоді. Відповідно, така модель повинна враховувати наступні сучасні виклики: 1) вона має бути актуальною для країни-розробника і водночас гармонізованою з міжнародними авторитетними рекомендаціями; 2) відповідає актуальним потребам держави; 3) враховує уподобання цільової групи, на яку вона розрахована (молодь); 4) реальна до виконання та не потребує значних затрат фінансових та кадрових ресурсів; 5) гнучка до змін, згідно з потребами сьогодення та майбутнього, проте, стабільна щодо ідеології – вона покликана покращувати здоров'я громадян та сприяти удосконаленню поведінки молоді щодо застосування ліків. Важливим вважаємо те, що програма лікової політики для молоді, в першу чергу, покликана на зміну поведінки молоді щодо застосування ліків саме у форматі самолікування. Останнє, якщо вже трапляється, то має бути відповідальним, контрольованим і стати певним усвідомленим початком самонавчання молоді щодо практики належного застосування ліків.

Важливо зазначити, що будь-яка сучасна програма в системі ОЗ має свої особливості, до яких, за рекомендаціями ВООЗ [48], належать потреба логічного планування та постійного моніторингу її виконання, визначення прав і обов'язків населення у процесі медичного та фармацевтичного обслуговування й навчання залученого медичного та фармацевтичного

персоналу в ракурсі необхідних дій з метою оптимізації як власної праці, так і діяльності відповідних ЗОЗ, в тому числі аптек.

Мета соціально-фармацевтичної моделі «Програма лікової політики для молоді в ОЗ України» – удосконалення національної системи лікової політики в ОЗ, що веде, на нашу думку, до покращення та зміцнення здоров'я населення, а також, підвищення безпеки ФТ молоді через зміну їх поведінки щодо вживання ліків під час С.

Основними завданнями моделі є: 1) постійне удосконалення та впровадження основних напрямків національної лікової політики в системі ОЗ, враховуючи рекомендації ВООЗ та міжнародні стандарти удосконалення якості медичної допомоги та медичних і фармацевтичних послуг (фармацевтичного сервісу, включно з ФО, відпуском та реалізацією ЛЗ та виробами медичного призначення, їх раціональним застосуванням); 2) створення національної клініко-фармацевтичної служби (КФС) для посилення контролю за використанням ліків (особливо, антибіотиків та ЛЗ із сигніфікантними ПЕ); 3) промоція основного рушійного кадрового виконавця програми – КП; відновлення підготовки цього фахівця в Україні та залучення до реалізації програми вже підготовлених КП; 4) забезпечення оперативної взаємодії органів управління всіх рівнів та напрямків ОЗ для своєчасної якісної організації та підтримки системи лікової політики, а також здійснення постійного моніторингу за нею.

Концептуально дана модель в своїй основі має опиратись на рекомендації ВООЗ щодо планування стратегій. Відповідно до цього, серед її складових такі елементи як: політика щодо ЛЗ (включає участь керівних державних органів влади в контексті розробки належного законодавства щодо ліків); організація (передбачає планування та реалізацію ефективних механізмів впровадження програми лікової політики для молоді в практику на всіх рівнях системи ОЗ); методологія (дозволяє забезпечити відповідні науково обґрунтовані методичні підходи тривалого та безперервного розвитку програми на національному та місцевих рівнях); ресурси (забезпечення матеріально-технічної та кадрової

бази, що, зокрема, надасть можливість сформуванню відповідний належний рівень теоретичних знань, практичних навичок, необхідних для удосконалення лікової політики молоді).

В першу чергу «Програма лікової політики для молоді в ОЗ України» має бути співзвучною та перебувати в межах фармацевтичної політики в ОЗ країни. Політика включає удосконалення поведінки молоді щодо належного застосування ліків, зокрема, враховує законодавчу базу держави, має бути послідовною стосовно суспільної промоції здоров'я та політики ВООЗ «Здоров'я для всіх у 21-му столітті» [19].

У контексті розвитку та впровадження системи лікової політики населення, у тому числі й молоді, результати проведеного нами аналізу показали, що діюча нормативно-правова база вітчизняної ОЗ фактично могла б у достатньому обсязі задовольнити потреби впровадження підсистеми лікової політики для молоді. Важливими базовими документами у цьому ракурсі є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», в якому прописані права та обов'язки Уповноваженого органу, яким є «центральный орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення» [39]; Закон України «Про лікарські засоби», в якому у статті 21 вказується, що «правила приписування ЛЗ, а також перелік ЛЗ, які можуть реалізовуватись без рецептів лікарів, затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері ОЗ» [45]; Наказ МОЗ України № 769 від 13.09.2010 р. «Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки», одним із програмних завдань якого щодо реалізації Концепції є «розвиток фармацевтичної опіки пацієнтам як основи відповідального самолікування та безрецептурного відпуску лікарських засобів; формування переліку безрецептурних засобів» [43], Постанова Кабінету Міністрів України № 1022 від 05.12.2018 року «Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до

2025 року» [40]. Вважаємо, що значному поступу у впровадженні пропонованої нами програми лікової політики для молоді ми могли б сприяти прийняття зокрема, законів України «Про захист прав пацієнтів» та «Про соціальний захист медичних та фармацевтичних працівників», де б розглядались, зокрема, відповідальність усіх зацікавлених сторін за безвідповідальне самолікування, яке призводить до нанесення шкоди здоров'ю тощо. Саме тому політика має бути видимою та загальнодоступною, широко висвітлюватись у засобах масової інформації для інформування населення й загального обговорення, систематично доводитись до відома постачальників медичних та фармацевтичних послуг та споживачів.

Наступним важливим елементом даної моделі є організація, що базується на необхідних якісних механізмах поєднання та реалізації національної політики на рівні органів місцевого самоврядування й між усіма зацікавленими напрямками ОЗ. У структуру організації підтримки та забезпечення подальшого розвитку програми обов'язково має входити перелік закладів та суб'єктів, що будуть проводити науково-методичне забезпечення та практичну реалізацію розвитку програми: заклади МОЗ, МОН, Національної академії медичних наук України, ВМ(Ф)О різних форм власності, фахові асоціації, громадські об'єднання. У структурі організації також обов'язково мають бути передбачені механізми відповідальності (зокрема, постійний незалежний аудит, який визначає шляхи покращення програми на місцевому, регіональному і національному рівнях) та важелі впливу на регулярність удосконалення програми (в тому числі, включення її як складової до національних програм ОЗ, забезпечення міжгалузевої участі задіяних організацій та закладів із залученням постачальників ЛЗ і ВМП).

Третім ключовим елементом програми лікової політики для молоді є методологія, що включає систематизовані дійові методи розвитку та впровадження стандартів, які відображають лікову політику молоді на національному та місцевому рівнях, із використанням принципів доказової медицини. Методологія повинна враховувати два базових аспекти: сучасні

інформаційні технології («дигіталізація» країни, електронна ОЗ, «смарт-держава» тощо) та уподобання молоді (певні удосконалення додатків до смартфонів, планшетів та їх ІТ забезпечення тощо).

Лікова політика для молоді має опиратись на установлені на законодавчому рівні ресурсні механізми гарантування безпеки пацієнтів молодого віку, що включають інструкції для медичного застосування ЛЗ, відповідні сучасні стандарти ФТ, протоколи провізора в аптеці, які оновлюються та виносяться на розгляд фахових асоціацій і комісій із спеціально підібраних підготовлених експертів. Кадровий ресурс у моделі програми представлений, в першу чергу, сімейними лікарями та лікарями загальної практики, задіяними на первинній ланці надання медичної допомоги, КП, фармацевтичними працівниками першого контакту. Тобто, з тими фахівцями, які першими зустрічаються з випадками неналежної поведінки молодих пацієнтів щодо застосування ЛЗ, та мають можливість впливу на неї.

Основними ідентифікованими факторами, відображеними в моделі програми лікової політики для молоді, які впливають на поведінку, в першу чергу, молоді щодо ліків, на нашу думку, є: контекстуальні фактори (рівень соціуму: розвиток економіки, освіти); фактори, пов'язані з системою ОЗ (доступність ліків – перш за все, рецептурних без рецепту), стандарти (належного призначення ліків); індивідуальні фактори (усвідомлення, рівень знань молодих людей щодо захворювань та методів їх лікування) тощо.

Гнучкість моделі може бути підтверджена наявністю «лінійки» індикаторів вибору напрямку лікової політики для молоді, якими, на нашу думку, є: об'єктивний і суб'єктивний стан здоров'я молодої особи; ставлення її до свого здоров'я, включно зі способом життя; ступінь її активності при виникненні проблем зі здоров'ям; основні «агенти впливу» та мотивація при виборі ліків для відповідального самолікування; найбільш актуальні методи лікування, доступні сучасній молодій людині тощо.

Спробуємо роль і місце розробленої нами моделі «Програми лікової політики для молоді в ОЗ України» показати на прикладі медикаментозного

процесу (процес, що складається з багатьох етапів, пов'язаних із ЛЗ: призначення, розподіл, відпуск, видача, введення, власне ФТ, моніторинг, відміна та заміна тощо [33] за участі молодшої особи із симптомами певного захворювання, яке, на думку цієї особи, піддається самолікуванню. У результаті наших досліджень встановлено, що медикаментозний процес молодшої людини, в першу чергу, при самолікуванні, складається з комплексу послідовних етапів з його боку з різними шляхами розвитку подій залежно від його вибору. Першим етапом медикаментозного процесу при самолікуванні завжди є усвідомлення необхідності придбання ЛЗ (у тому випадку, коли людина розуміє, що не здорова). При цьому сучасна молода особа обирає один із двох шляхів: звертається до лікаря, який призначить ЛЗ, або, напевно частіше, не користується допомогою лікаря, а прямує до аптеки, щоб придбати певний ЛЗ, й лікується самостійно. Зрештою, саме в цьому і полягає самолікування – хворий визначив власноруч у себе певні симптоми захворювання (молодь це робить переважно за допомогою Інтернету) і вирішує провести «самофармакотерапію» (знову ж таки, за допомогою Інтернет-ресурсу, не завжди безпеліційної довіри).

Отже, наступний (другий) етап медикаментозного процесу, якщо пацієнт обрав шлях самолікування, передбачає пошук інформації про спосіб лікування або про необхідний ЛЗ. Цю інформацію, за нашими даними, пацієнти найчастіше отримують з реклами ЛЗ та ВМП на телебаченні або знаходять її частіше в Інтернеті, рідше – все ж користуються консультацією лікаря або радяться з родичами чи друзями. Саме на цьому етапі, на нашу думку, в нагоді мав би стати розроблений та впроваджений нами навчальний безоплатний Інтернет-додаток «Тест сумісності лікарських засобів», який дозволяє пацієнтам (при чому не лише молодого віку) визначити свій рівень знань щодо сумісності ЛЗ, тим самим попередивши виникнення ПЕ при вживанні несумісних ЛЗ.

Третій етап медикаментозного процесу – це безпосереднє придбання ЛЗ в аптеці. Поведінка пацієнта щодо ліків при цьому має 4 варіанти вибору: 1)

враховується порада лікаря, як найбільш компетентного «агенту впливу»; 2) пацієнт орієнтується на особистий досвід чи отримані раніше знання; 3) довіряє думці близьких людей; 4) використовує фахові рекомендації / ФО фармацевтичного працівника (провізора, клінічного провізора, фармацевта) в аптеці. Ключовими факторами придбання певного ЛЗ нерідко є його ціна та зручна локація аптеки, без належної уваги до особливостей самого медикаменту.

Остаточним (четвертим) етапом медикаментозного процесу є безпосереднє споживання ліків, при якому відповідальність за правильне їх застосування цілком покладається лише на пацієнта. На цьому етапі важливим є рівень уважності молодшої людини до ЛЗ, які він збирається застосувати: дозування медикаменту, рекомендації щодо належного застосування, термін придатності та спосіб зберігання. Також важливим є звернення уваги споживача на можливі ПЕ ЛЗ, сумісність з іншими ліками і протипоказання. Проте, за нашими даними, лише незначна частина пацієнтів повністю перечитує інструкцію для медичного застосування ЛЗ, в тому числі, й вище наведені характеристики.

Сучасна молодь орієнтується переважно на ризикові моделі поведінки на ринку ЛЗ [61, 134, 135, 152, 171, 188]. На нашу думку, вона незахищена з боку, перш за все, самих себе на всіх етапах медикаментозного процесу. Саме тому важливо в межах програми створити національну базу зареєстрованих несприятливих випадків самолікування, з їх докладним аналізом і вивченням наслідків для здоров'я та доведенням до широкої спільноти результатів цих оглядів. Також ключовим вважаємо включення в організацію моделі «Програми лікової політики для молоді в ОЗ України» механізмів з окреслення та захисту прав пацієнтів при медичному та фармацевтичному обслуговуванні, одним з яких може бути створення загальнодержавного відкритого та легкодоступного on-line сайту для моніторингу скарг щодо стану здоров'я та надання медичної допомоги. Тож, на нашу думку, організація програми потребує врахування можливості доступу населення до неї, зокрема через інформаційну складову та

налагоджені активні дії й відповідальність залучених працівників системи ОЗ, а також кваліфікованість, управління, рівень координації, стан ресурсного забезпечення галузі [14].

Важливим елементом моделі є ресурси, оскільки будь-яка програма опирається на фінансовий та кадровий потенціал, необхідні для подальшого розвитку та удосконалення її рівня. В першу чергу фахівців необхідно навчити коректно діяти стосовно пацієнтів для попередження неконтрольованого та безвідповідального самолікування, тому рекомендується включити «Програму лікової політики для молоді в ОЗ України» до навчальних планів закладів ВМ(Ф)О при підготовці фахівців ОЗ всіх спеціальностей та рівнів. Саме тому до виконання та удосконалення програми слід залучати заклади вищої медичної (фармацевтичної) освіти.

Керівники ЗОЗ, в тому числі аптекних закладів, повинні своєчасно забезпечувати медичних (лікарів, медсестер) та фармацевтичних (провізорів, КП та фармацевтів) працівників повною і своєчасною інформацією щодо нових сучасних медичних та фармацевтичних технологій, однією з яких рекомендується розроблений нами інноваційний мобільний додаток «Тест сумісності лікарських засобів», а також, надавати можливість доступу до результатів аналізу медичної та фармацевтичної статистики, аналітичних матеріалів з питань лікової політики, прозорого аналізу її успіхів та недоліків, наслідків безвідповідального самолікування. Інформація щодо національної лікової політики повинна бути доступна для фахівців ОЗ всіх спеціальностей та рівнів і через різноманітні публікації, в тому числі в мережі Інтернет.

Враховуючи вищенаведене, вважаємо, що потрібно звернути увагу на 4 основних напрямки реалізації моделі у форматі програми.

I. Нормативно-організаційний напрямок, що включає створення незалежної КФС, яка буде проводити постійний моніторинг роботи моделі з правом клопотання перед уповноваженими на це органами про адміністративну відповідальність за невиконання чи порушення вимог програми на місцевому, регіональному і національному рівнях; впровадження на рівні держави

комплексу необхідних нормативно-правових документів для створення, функціонування, проведення КФС аналітики лікової політики в ОЗ; розробка правил, стандартів, рекомендацій відповідального С та подальшої ФО й нагляду; створення єдиного державного офіційного веб-сайту з наданням йому правового статусу з метою постійного відстеження та аналізу випадків неконтрольованого С, особливо з негативними наслідками.

II. Навчально-методичний напрямок – передбачає організацію підготовки спеціалістів усіх рівнів щодо впровадження та реалізації моделі; введення в плани підготовки медичних / фармацевтичних фахівців тем із лікової політики та продовження розвитку ФО; започаткування щорічних НПК з актуальних проблем та обміну досвідом щодо лікової політики в ОЗ.

III. Фінансовий напрямок, основою якого є визначення джерел та раціонального розподілу фінансування для впровадження та реалізації моделі на всіх її рівнях і етапах.

IV. Інформаційний напрямок – можливий при реалізації 2-х його складових: соціально-інформаційної та інноваційно-фармацевтичної. Соціально-інформаційна складова включає організацію єдиної інформаційної мережі державної БД із реєстрації випадків безвідповідального С з негативними наслідками та їх детальним описом і аналізом; запровадження випуску періодичного інформаційного бюлетеня щодо аналізу випадків безвідповідального С та ознайомлення з новітніми технологіями з питань лікової політики, в першу чергу, в електронному форматі [14].

До інноваційно-фармацевтичної складової входить розробка рекомендацій щодо дій медичного / фармацевтичного працівника з метою попередження неконтрольованого безвідповідального С; впровадження та пропагування на всіх рівнях надання медичної допомоги та ФО мобільного додатку «Тест сумісності ЛЗ», при чому, не лише для молоді, але й із залученням населення інших вікових груп (табл. 7.1).

Таблиця 7.1 – Соціально-фармацевтична модель лікової політики для молоді в охороні здоров'я України

Виконавці	Напрямки				Критерії якості роботи
	Нормативно-організаційний	Навчально-методичний	Інформаційний		
			соціально-інформаційна складова	інноваційно-фармацевтична складова	
МОЗ, МОН України	Затвердження комплексу необхідних нормативно-правових документів для створення та функціонування системи лікової політики для молоді в ОЗ	Організація підготовки спеціалістів всіх рівнів щодо впровадження та реалізації системи лікової політики для молоді в ОЗ України	Розробка правил, стандартів, рекомендацій відповідального самолікування та подальшої ФО й клініко-фармацевтичного нагляду (за прикладом фармакологічного нагляду)	Створення єдиного державного офіційного веб-сайту для постійного моніторингу та аналізу випадків неконтрольованого безвідповідального самолікування	Зниження числа випадків безвідповідального самолікування
	Створення незалежної клініко-фарм. служби для контролю лікової політики	Поновлення необхідної документації для здійснення підготовки клінічних провізорів для системи лікової політики		Впровадження мобільного додатку «Тест сумісності лікарських засобів» на всіх рівнях медичної допомоги	Зменшення кількості ускладнень внаслідок неконтрольованого самолікування
Заклади вищої медичної (фарм.) освіти	Укомплектованість кваліфікованими викладачами з клінічної фармації	Проведення підготовки з питань медикаментозного процесу у молоді	Підтримка студентських акцій оздоровчого напрямку	Ознайомлення студентів-медиків із мобільним додатком «Тест сумісності лікарських засобів»	Оцінка ефективності зокрема шляхом соціологічного опитування студентів
	Підготовки спеціалістів усіх рівнів щодо впровадження та реалізації системи лікової політики	Лекції для студентів з питань лікової політики включно із ФО	Проведення заходів зі зміцнення здоров'я; консультації зі здорового способу життя	Ознайомлення студентів-фармацевтів із мобільним додатком «Тест сумісності лікарських засобів»	Моніторинг частки студентів із самолікуванням (соціологічне опитування)
	Систематичне навчання лікарів, клінічних провізорів, фармацевтів	Введення в програму навчання тем з лікової політики, включно з ФО	Відпрацювання організаційних елементів взаємодії первинної медичної допомоги та освітніх закладів	Ознайомлення курсантів із мобільним додатком «Тест сумісності лікарських засобів»	Оцінка ефективності шляхом соціологічного опитування курсантів
Лікарі всіх рівнів надання медичної допомоги	Укомплектованість кваліфікованими лікарями та клінічними провізорами	Безперервне професійне навчання	Надання інформаційних матеріалів з поведінки щодо ліків; он-лайн консультації	Ознайомлення хворих із мобільним додатком «Тест сумісності лікарських засобів»	Зростання звернень до сімейного лікаря на ранніх стадіях хвороби
	Відпрацювання організаційних елементів взаємодії первинної медичної допомоги та освітніх закладів	Участь у щорічних науково-практичних конференціях з актуальних проблем та обміну досвідом щодо лікової політики та клінічної фармації	Своєчасна медична допомога та фармацевтична опіка	Обґрунтування, розробка, та впровадження концептуальних напрямків удосконалення організації надання якісної медичної допомоги молоді в питаннях поведінки щодо ліків	Зниження частоти звернень з приводу ускладнень при самолікуванні та хронічних захворювань
Клінічні провізори, провізори, фармацевти	Укомплектованість кваліфікованими фармацевтичними кадрами	Безперервне професійне навчання	Консультації при зверненнях, фармацевтична опіка	Ознайомлення пацієнтів із мобільним додатком «Тест сумісності лікарських засобів»	Зниження частоти звернень з консультацією щодо ліків для самолікування
	Відпрацювання організаційних елементів взаємодії первинної медичної допомоги та аптек	Участь у щорічних НПК з актуальних проблем та обміну досвідом щодо лікової політики в ОЗ	Зв'язок з відповідною мультидисциплінарною командою з практики щодо лікової політики	Облік безрецептурної реалізації ЛЗ в електронній інформаційній системі	

Реалізація моделі за вищенаведеними напрямками повинна здійснюватися комплексно, взаємопов'язано, послідовно на всіх рівнях надання медичної допомоги населенню: починаючи від МОЗ та МОН України, із залученням закладів ВМ(Ф)О та практикуючих лікарів всіх рівнів надання медичної допомоги і фахівців із фармацевтичною освітою. Ефективне впровадження та виконання даної моделі потребує узгодження її з Департаментом контролю якості надання медичної допомоги МОЗ України.

Для реалізації розробленої нами моделі кожен захід будуть потребувати різних термінів виконання: термінових, середньо- та довготермінових. Терміновими є заходи комунікації з МОЗ України, зокрема Департаментом контролю якості надання медичної допомоги, щодо підготовки відповідних нормативних документів для запровадження підсистеми лікової політики в систему ОЗ України. Також важливим є оперативний розгляд МОЗ та МОН України пропозицій щодо відновлення підготовки клінічних провізорів у вищих медичних (фармацевтичному) закладах освіти України з пріоритетним врахуванням їх майбутньої діяльності у ЗОЗ та впровадження і реалізації моделі лікової політики. Середньотермінові заходи включають розробку фахової документації: правил, стандартів, рекомендацій відповідального самолікування та подальшої ФО й клініко-фармацевтичного нагляду за її якістю та впровадженням моделі; створення єдиного державного офіційного веб-сайту для постійного моніторингу та аналізу випадків неконтрольованого самолікування; розробку та впровадження в роботу функціональних обов'язків та напрямків діяльності практичних лікарів / КП, провізорів і фармацевтів нових аспектів щодо організації та впровадження моделі; визначення обсягу діяльності медичних та фармацевтичних працівників у ЗОЗ різних рівнів і профілів щодо даного питання. Довготермінові заходи включають встановлення міри адміністративної чи юридичної відповідальності за відсутність або некоректність дій щодо лікової політики; корекцію чи зміну, за необхідності, стандартів, рекомендацій щодо лікової політики в залежності від місця праці, зокрема ЗОЗ різних рівнів і профілів, аптечні заклади; аналіз

індикаторів оцінки якості роботи моделі.

Реалізація та впровадження опрацьованої нами моделі, на нашу думку, передбачає отримання конкретних практичних результатів. Критеріями її якості передусім мають бути зниження частоти звернень за медичною допомогою після самолікування та зменшення числа безвідповідальних самолікувань, що можна проконтролювати зокрема, за допомогою періодичного соціологічного опитування молоді та інформації на державному веб-сайті для постійного моніторингу та аналізу випадків неконтрольованого та безвідповідального самолікування і його наслідків. Ключовим показником ефективності цієї моделі на рівні надання первинної медичної допомоги може стати зростання числа звернень до лікаря загальної практики / сімейної медицини на ранніх стадіях. На нашу думку, найбільш інформативним критерієм ефективності програми лікової політики для молоді є можливе зменшення реалізації безрецептурних ЛЗ в аптечних закладах та консультацій у фармацевтичних працівників щодо їх придбання. Останнє можна проконтролювати через добросовісне внесення кожним фармацевтичним працівником цих даних у спеціально створену електронну БД.

Таким чином, впровадження розробленої нами моделі «Програма лікової політики для молоді в охороні здоров'я України» актуалізує проблему інформатизації системи та оцінки якості постійно зростаючих медичних та фармацевтичних інформаційних потоків. Саме тому введення в практику мобільного додатку «Тест сумісності лікарських засобів», на нашу думку, є своєчасною та важливою інновацією, яка, в першу чергу, допоможе в реалізації цієї моделі [188].

7.2 Визначення ролі клінічного провізора в реалізації моделі «Програма лікової політики для молоді в охороні здоров'я України»

Впровадження сучасних програм у систему ОЗ потребує нових ресурсів, в тому числі це стосується й людських ресурсів, у нашому випадку – спеціально підготовлених фахівців. Соціально-фармацевтична модель «Програма лікової

політики для молоді в охороні здоров'я України» вимагає як експертів із розробки та організації впровадження в роботу самої моделі, так і наявних спеціалістів, що будуть здійснювати її реалізацію безпосередньо в системі лікової політики. Таким фахівцями вважаємо клінічних провізорів, легітимних в Україні, по-суті, з 1998 року. Клінічний провізор в управлінській стратегії раціонального фармацевтичного менеджменту відіграє ключову роль фахівця з удосконалення якості медичної допомоги та фармацевтичної опіки, в тому числі й реалізації лікової політики молоді. Усталені юридично функціональні обов'язки КП в Україні та досвід його діяльності за кордоном свідчать про можливість його активної участі в реалізації розробленої нами моделі. Основні напрямки діяльності КП в реалізації моделі залежать від його місця праці: в ЗОЗ чи аптеках.

Робота КП в аптечних закладах при амбулаторному обслуговуванні пацієнтів у контексті лікової політики є найбільш поширеною, оскільки переважна кількість звернень із самолікуванням пов'язана саме з цією локацією, та полягає в проведенні ФО, яка включає консультації щодо вибору ЛЗ, сумісності ліків (ознайомлення пацієнтів із відповідним мобільним додатком), застереження їх від поліпрагмазії тощо. До обов'язків КП в практиці ЗОЗ входить передусім контроль якості ФТ, який включає оцінку та корекцію листків лікарських призначень, оцінку доречності призначеної ФТ, відповідно до цього погоджену з лікарем заміну / відміну ЛЗ, які не відповідають показанням та участь у фармакологічному нагляді, також у клінічних дослідженнях нових ЛЗ (якщо вони проводяться в ЗОЗ).

Незалежно від місця роботи, у розрізі лікової політики, КП співпрацює зі структурами фармакологічного нагляду, зокрема, бере участь у проведенні епідеміологічних досліджень вивчення фармакологічного профілю безпеки певних ЛЗ, їх біодоступності, що дозволяє попередити ПЕ ЛЗ та підвищити якість ФТ. Також КП надає консультації відповідальним особам ЗОЗ щодо раціональної закупівлі та використання ЛЗ на основі даних клініко-фармацевтичного маркетингу для удосконалення медикаментозного

забезпечення ЗОЗ. Важливим напрямком роботи КП є налагодження роботи електронної БД ЗОЗ щодо ЛЗ, формуванні фармацевтичного формуляру ЗОЗ, моніторингу фармацевтичної складової клінічних протоколів, участі в розробці нормативно-правової бази клінічної фармації.

Помітну роль у системі лікової політики має відігравати фармацевтично-гігієнічна просвітницька діяльність КП щодо популяризації саме відповідального самолікування, ознайомлення з ПЕ та негативними наслідками безвідповідального застосування безрецептурних ЛЗ і запобігання цьому, сумісності ЛЗ з їжею та між собою (корисним у цьому стає мобільний додаток «Тест сумісності лікарських засобів»), шкідливу дію алкоголю, тютюну, наркотичних речовин, а особливо, при одночасному прийманні їх із ЛЗ. Таким чином, у реалізації програми лікової політики для молоді роль клінічного провізора на сучасному етапі в системі ОЗ України має вагоме значення. Результати нашого дослідження вказують на необхідність залучення КП до всіх напрямків реалізації Програми.

Висновки до розділу 7

1. У результаті проведення комплексних системних соціально-фармацевтичних досліджень, була опрацьована соціально-фармацевтична модель «Програма лікової політики для молоді в охороні здоров'я України», яка відповідає трьом основним вимогам сьогодення: конкретності, визначеності в часі та реальності, і може, на нашу думку, бути використаною для покращення якості лікування та підвищення відповідальності при самолікуванні молоддю України. Програма потребує подальшого обговорення та затвердження на державному рівні.

2. На сьогодні, проблема лікової політики для молоді є масштабною і такою, що виходить далеко за межі нашої країни, тому особливо актуальним стає співпраця із закордонними організаціями, що займаються цими питаннями, в тому числі, через інтегрування розробленої нами моделі в міжнародні медичну і фармацевтичну практику та організації з якості в системі охорони

здоров'я. Таким «містком» для інтеграції може стати розроблений нами інноваційний мобільний додаток.

3. Мобільний додаток «Тест сумісності лікарських засобів» у моделі «Програма лікової політики для молоді в охороні здоров'я України» дозволяє акцентувати увагу на комплексному впливі ліків на організм із врахуванням сумісності з іншими медикаментами та їжею, і тим самим, правдоподібно, зменшити негативний вплив безвідповідального самолікування на молодь, навчити цю, особливо пріоритетну для країни, цільову групу населення, правильної поведінки щодо застосування лікарських засобів.

4. Встановлено ключову роль клінічного провізора в налагодженні системи лікової політики для молоді на сучасному етапі реформування системи ОЗ України.

Результати досліджень розділу 7 наведено в публікаціях:

1. Zaremba N., Zimenkovskyi A. Informational and educational Internet application, as a form of pharmaceutical intervention in the medication-taking behavior of the applicants of higher medical education. *Annals of Mechnikov Institute*. 2019. № 1. P. 77-80

URL: http://www.imiamn.org.ua/journal/1_2019/PDF/12.pdf

2. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Мотивація щодо придбання ліків молоддю при гострих та хронічних захворюваннях. *Матеріали міжнародної НПК «Роль сучасної медицини у житті людини та її місце у формуванні здорового способу життя»*. Львів, 24-25 березня 2017. С. 87-89.

3. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б., Ковальська О. Р. Формування інформаційно-методологічного підґрунтя моделі лікової політики на основі оцінки рівня захворюваності серед молоді. *Збірник матеріалів XVII Конгресу СФУЛІТ*, Тернопіль, 20-22 вересня 2018. С. 236-237.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі, яка відображає комплексне соціально-фармацевтичне дослідження, пропонується нове вирішення важливої науково-практичної задачі щодо зниження рівня безвідповідального самолікування серед молоді України, що можливе при використанні опрацьованої нової моделі оптимізації лікової політики для молоді у форматі галузевої програми.

1. Результати проведеного аналізу вітчизняних та міжнародних джерел релевантної наукової інформації показали, що найпоширенішими захворюваннями чи патологічними станами у студентів ЗВО є неврологічні (біль голови, мігрень), ураження ШКТ (диспептичні розлади), психічної сфери (порушення нічного сну, депресії), дихальної системи (алергійні риніти, інфекційні захворювання). Самолікування здобувачами ВМО часто трактується як прийнятні дії в межах власної компетенції. Одним із найпоширеніших проявів С серед студентів ЗВО є зокрема неконтрольоване використання антибіотиків. Попри світовий досвід, в Україні залишається відкритою потреба у створенні та впровадженні профілактичних програм для збереження здоров'я молоді.

2. Результати комплексного дослідження показників захворюваності, інвалідизації та стану динамічного спостереження здобувачів ВМО засвідчили: $11,30 \pm 0,62$ % від загального числа студентів, зараховано до 3-ї групи динамічного спостереження (хворих на хронічну патологію, які потребують лікування), $5,40 \pm 0,44$ % від усіх студентів медичних факультетів ЛНМУ ім. Данила Галицького мають встановлену групу інвалідності. З-поміж усіх хронічних нозологій, що потребують ФТ, у студентів-медиків найчастіше діагностуються хвороби нервової системи ($23,9 \pm 2,9$ випадків на 1000 студентів), органів травлення ($20,0 \pm 2,8$ випадків на 1000 студентів) та ендокринної системи, розлади харчування і порушення обміну речовин ($15,4 \pm 2,4$ випадків на 1000 студентів).

3. Вивчення думки респондентів щодо власного стану здоров'я, ризиків погіршення здоров'я та можливості отримання кваліфікованої допомоги

встановило: найбільшу шкоду здоров'ю наносить тютюнокуріння (вважають $98,14 \pm 0,60$ % опитаних), вживання наркотиків ($94,97 \pm 0,97$ %), та алкоголю ($94,00 \pm 1,06$ %), тоді як зловживання ліками серед усіх чинників негативного впливу на здоров'я був винесений на останнє місце ($80,42 \pm 1,77$ %), що свідчить про низьку фармацевтичну освіченість молоді; серед негативних чинників, які найбільше впливали на здоров'я, на думку респондентів, були порушення режиму харчування, стресові ситуації та психоемоційна напруга, тоді як чинник «Зловживання ліками» за сумою середніх балів був лише на 13 місці серед усіх чинників, що свідчить про повне неусвідомлення та недооцінку небезпеки зловживання ліками опитуваної молоді.

4. Результати оцінки обізнаності здобувачів ВМО стосовно поведінки молоді щодо ліків та медикаментозного самолікування засвідчили: в середньому як мінімум одноразове в рік неконтрольоване приймання ЛЗ студентами-медиками, що підтверджує наявність проблеми безвідповідального самолікування у середовищі саме майбутніх лікарів; із переліку ліків, які респонденти приймали впродовж останнього місяця у форматі самолікування, найчастіше фігурували ненаркотичні анальгетики, вітаміни та спазмолітичні засоби; доведено ($p < 0,05$) наявність прямого кореляційного зв'язку між частотою самолікування у студентів-медиків та вживанням наступних ЛЗ: еутирокс ($r = +0,17$), налгезін ($r = +0,14$), панкреатин ($r = +0,14$), фестал ($r = +0,14$), аскорутин ($r = +0,13$), мезим ($r = +0,11$), копацил ($r = +0,10$).

5. Сформована на основі результатів соціологічного опитування про найбільш вживані ліки здобувачами вищої медичної освіти база ЛЗ ($n = 157$), дозволила розробити повноцінний інформаційний мобільний додаток «Тест сумісності лікарських засобів», який призначений для перевірки знань про сумісність ЛЗ і окремих аспектів дієти й поведінкових звичок, та охоплює приблизно 84 % усіх мобільних пристроїв і є безоплатним та вільним для розповсюдження.

6. Клініко-фармацевтичний додаток «Тест сумісності ЛЗ» на базі операційної системи Android для мобільних пристроїв схвалений експертами з

користувачів. Гнучкий для доповнення і змін цей додаток як симулятор фармацевтичної опіки, є важливим інноваційним методом впливу на поведінку студентів щодо ліків, який дозволяє оперативно попередити ускладнення медикаментозного самолікування.

7. Опрацьована соціально-фармацевтична модель «Програма лікової політики для молоді в охороні здоров'я України» базується на 4-х основних напрямках: 1) нормативно-організаційний – включає створення незалежної клініко-фармацевтичної служби; 2) навчально-методичний – передбачає організацію підготовки фахівців усіх рівнів щодо впровадження та реалізації моделі; 3) фінансовий, основою якого є визначення джерел та раціонального розподілу фінансування для впровадження та реалізації моделі на всіх її рівнях і етапах; 4) інформаційний напрямок – можливий при реалізації 2-х його складових – соціально-інформаційної та інноваційно-фармацевтичної. Запропонована модель відповідає 3-м основним вимогам сьогодення: конкретності, визначеності в часі та реальності, й може, на нашу думку, бути використаною для покращення якості й безпеки медикаментозного лікування та підвищення відповідальності при самолікуванні молоддю України.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати наукового дослідження дозволяють, на нашу думку, рекомендувати:

I. Міністерству охорони здоров'я України

Розглянути можливість затвердження на галузевому рівні розробленої нами соціально-фармацевтичної моделі «Програма лікової політики для молоді в охороні здоров'я України».

II. Департаментам охорони здоров'я обласних та міських державних адміністрацій

1. Рекомендувати практичним лікарям, провізорам, клінічним провізорам пропагувати пацієнтам використовувати клініко-фармацевтичний мобільний додаток «Тест сумісності лікарських засобів» для зниження рівня безвідповідального самолікування, й тим самим попередити ризик небажаних ускладнень застосування ліків.

2. Розглянути можливість використання розробленої нами соціально-фармацевтичної моделі «Програма лікової політики для молоді в охороні здоров'я України» в закладах охорони здоров'я різного рівня та власності, як інструменту та механізму ефективного моніторингу безпеки та раціональності фармакотерапії.

III. Закладам вищої освіти

Розглянути можливість впровадити в навчальний процес цикл лекцій щодо лікової політики для молоді.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аналіз структури захворюваності студентів різнопрофільних вишів для пошуку шляхів оптимізації фізичного виховання. / Церковна О., Барибіна Л., Філенко Л., Пасько В. та ін. *Спортивна наука України*. 2017. № 2 (78). С. 47-56.
2. Бублій Т.Д. Моніторинг стоматологічної захворюваності студентів-медиків. *Південно-український медичний журнал*. 2014. №7. С.17-19.
3. Веб-сайт мобільного додатку «Ліки контроль» URL: <http://likicontrol.com.ua/%d0%bf%d1%80%d0%be-%d0%bb%d1%96%d0%ba%d0%b8-%d0%ba%d0%be%d0%bd%d1%82%d1%80%d0%be%d0%bb%d1%8c/>
4. Веб-сайт мобільного додатку «Довідник ліків, Аптечка» URL: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.kb.apps.pills&hl=uk>
5. Вольєва Н. П., Вовканич А. С. Захворюваність студентів вищих навчальних закладів, які належать до спеціальних медичних груп. *Спортивна наука України*. 2011. № 6. С. 3-11.
6. Доступні ліки. Адміністрування Національної служби здоров'я України. 2019. URL: <http://liky.gov.ua/>
7. Доступні ліки: урядова програма. 2017. URL: <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/urjadova-programa-dostupni-liki-informacija-dlja-likariv>
8. Загальнодержавна програма «Здоров'я – 2020: український вимір». Затв. Наказ МОЗ України № 3748 від 11.12.2013 р.
9. Заремба Н. І., Гупало І. В., Готор. Т. Г. Про рівні неінфекційної захворюваності студентів ЛНМУ імені Данила Галицького за даними самооцінки власного здоров'я. *Матеріали українсько-польського симпозиуму «Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я»*. Львів, 18-20 квітня 2013. С. 202-203.
10. Заремба Н. І., Готор. Т. Г., Гупало І. В. Рівні хронічної захворюваності у студентів-медиків за результатами диспансерного спостереження. *Клінічна*

фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. 2013. № 1. С. 26-30.
URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kff_2013_1_5

11. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Аналіз нозологій та ліків, що застосовуються здобувачами вищої медичної освіти у межах самолікування. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2018. Т.4, №4. С. 44-49. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/sphhc_2018_4_4_8

12. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б., Гупало І. В. Усвідомлення впливу основних шкідливих звичок на власне здоров'я молоді. *Збірник матеріалів XVII Конгресу СФУЛТ*. Тернопіль, 20-22 вересня 2018 р. С. 236.

13. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Дослідження стану здоров'я майбутніх лікарів. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2015. № 3-4. С. 30-35. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kff_2015_3-4_7

14. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б., Ковальська О. Р. Формування інформаційно-методологічного підґрунтя моделі лікової політики на основі оцінки рівня захворюваності серед молоді. *Збірник матеріалів XVII Конгресу СФУЛТ*. Тернопіль, 20-22 вересня 2018 р. С. 236-237.

15. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Особливості лікувального процесу у осіб, які займаються самолікуванням. *Матеріали VI НПК з міжнародною участю «Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів»*. Тернопіль, 10-11 листопада 2016 р. С. 313-314.

16. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Соціальна фармація: аналіз програм та стратегій ВООЗ щодо вирішення проблем, пов'язаних із адекватним застосуванням лікарських засобів молоддю. *Збірник матеріалів VI міжнародної інтернет-НПК «Соціальна фармація: стан, проблеми, перспективи»*. Харків, 23-24 квітня 2020 р. С. 106-108.

17. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Ставлення до процесу самолікування здобувачів вищої медичної освіти на до- та післядипломному

етапі (згідно з результатами соціологічного дослідження). *Фармацевтичний часопис*. 2018. №3. С. 94-99. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Phch_2018_3_15

18. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Студенти-медики про неконтрольоване приймання лікарських засобів (за результатами соціологічного дослідження). Збірник матеріалів XVI Конгресу СФУЛТ. Берлін-Київ, 18-23 серпня 2016 р. С. 252.

19. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европ. региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 1999. *Европейская серия по достижению здоровья для всех*, № 6. 243 с.

20. Зіменковський А.Б., Борецька О.Б., Настюха Ю.С. Тракткування дефініцій комплаєнсу та адгеренсу як складових лікової поведінки пацієнта. Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація». 2014. №3-4. С. 121-129.

21. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Комп'ютерна програма «Тест сумісності лікарських засобів». Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 82312 від 17.10.2018 р.

22. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Ліки, що найчастіше застосовуються студентами-медиками при самолікуванні гострої респіраторної вірусної інфекції. *Матеріали міжнародної НПК «Рівень ефективності та необхідність впливу медичної науки на розвиток медичної практики»*. Київ, 3-4 березня 2017 р. С.124-125.

23. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Мотивація щодо придбання ліків молоддю при гострих та хронічних захворюваннях. *Матеріали міжнародної НПК «Роль сучасної медицини у житті людини та її місце у формуванні здорового способу життя»*. Львів, 24-25 березня 2017 р. С. 87-89.

24. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Стан здоров'я студентів-медиків за даними медичних оглядів та диспансеризації. *Матеріали міжнародної НПК «Досягнення медичної науки як чинник стабільності розвитку медичної практики»*. Дніпро, 10-11 березня 2017 р. С.12-14.

25. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Чинники, які насторожують молодь у фармакотерапії. *Матеріали міжнародної НПК «Пріоритети розвитку медичних наук у ХХІ столітті»*. Одеса, 17-18 березня 2017 р. С. 11-13.

26. Кошманюк М. В. Особливості формування здорового способу життя студентів в умовах вищого навчального закладу. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Педагогіка. Соціальна робота»*. 2013. Вип. 30. С. 69-73.

27. Кубзина Е. Р. Самолечение – вред или польза? *Бюллетень медицинских интернет-конференций*, 2014. № 4. С. 860.

28. Мезенцева Н. І., Батиченко С. П., Мезенцев К. В. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір: Монографія. К.: ДП «Прінт Сервіс», 2018. 136 с.

29. Менеджмент лікової поведінки пацієнта. Методичні рекомендації / А. Б. Зіменковський, Т. М. Думенко, О. В. Матвєєва, О. Б. Борецька, Ю. С. Настюха, М. М. Заяць, Т. В. Єремєєва, В. Я. Шибінський, Н. І. Заремба, Н. В. Роговик // під заг. редакцією д.мед.н., проф. А. Б. Зіменковського. Львів: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, підрозділ оперативного друку, 2015. 59 с.

30. Міжнародна Програма зміцнення фармацевтичних систем. 2012. URL:

http://www.dec.gov.ua/site/file_uploads/ua/SPS_UPAssessment_report_092112.pdf

31. Мозговий О. І., Донченко І. С. Загальна характеристика стану здоров'я студентів ЗВО. *Вісник Запорізького національного університету*. 2012. № 2(8). С. 92-97.

32. Ніженковська І. В., Лисенко О. Ю., Дикуха І. М. Інформаційна забезпеченість населення щодо самолікування: стан, проблеми та шляхи оптимізації. *Запорізький медичний журнал*. 2014. № 7(22). С. 36-38.

33. Новітній глосарій з клінічної фармації / під заг. ред. проф. А. Б. Зіменковського. Львів: Кварт, 2013. 517 с.

34. Оновлена редакція реєстру препаратів програми «Доступні ліки». 2019. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/onovleno-format-uryadovoyi-programi-dostupni-liki>

35. Пономаренко Н. О. Профілактична спрямованість як основна складова професійної діяльності медичного працівника середньої ланки. *Медсестринство*. 2016. № 4. С. 53-54.

36. Програма боротьби з виробництвом та розповсюдженням фальсифікованих лікарських засобів на 2003-2008 роки. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 липня 2003 р. № 1075 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2003-%D0%BF>

37. Програма із запобігання зловживанню та боротьби з незаконним обігом наркотиків (БУМАД). 2003. URL: <https://gurt.org.ua/news/recent/1759/>

38. Програма регулювання народжуваності Кохранівського співтовариства (Cochrane Fertility Regulation). Сайт програми регулювання народжуваності Кохранівського співтовариства. URL: <https://fertility-regulation.cochrane.org/>

39. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. Поточна редакція від 03.07.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

40. Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року. Постанова Кабінету Міністрів України №1022 від 05.12.2018 року.

41. Про затвердження Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року. *Постанова Кабінету Міністрів України* № 637 від 29.04.2013.

42. Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки. *Закон України* № 1708-VII від 20.10.2014.

43. Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки. Наказ Міністерства

охорони здоров'я України 13.09.2010 № 769. Поточна редакція від 30.09.2013.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0769282-10#Text>

44. Про затвердження плану заходів на 2019-2020 роки з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року. Розпорядження Кабінету міністрів від 6 лютого 2019 р. № 56-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/56-2019-%D1%80>

45. Про лікарські засоби. Закон України від 4 квітня 1996 року № 123/96-ВР. Поточна редакція від 14.10.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text>

46. Розвиток імпортозамінних виробництв в Україні та заміщення імпортованих лікарських засобів вітчизняними, у тому числі біотехнологічними препаратами та вакцинами на 2011–2021 роки: державна цільова програма. URL: <https://www.apteka.ua/article/78579>

47. Рудень В. В., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Про рівні усвідомлення студентами-медиками значимості впливу тютюнопаління та алкоголю на стан їх здоров'я (за результатами соціологічного дослідження). *Матеріали міжнародної НПК до Всесвітнього дня здоров'я 2012 р. «Старіння та здоров'я»*. Київ, 5-6 квітня 2012 р. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2012. №1 (17). С. 242-243.

48. Сайт ВООЗ. <https://www.who.int/>

49. Сайт міжнародних стратегій ООН. URL: <http://www.unfoundation.org>

50. Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року. Розпорядження Кабінету міністрів від 28 серпня 2013 р. № 735-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-%D1%80>

51. Томишин Т. М., Рега Н. І., Ястремська С. О. Оцінка рівня та структури захворюваності студентів Закарпатського базового державного медичного коледжу. *Медсестринство*. 2017. № 3. С. 4-9.

52. Abdi A., Faraji A., Dehghan F., Khatony A. Prevalence of self-medication practice Among health sciences students in Kermanshah, Iran. *BMC*

Pharmacology and Toxicology. 2018. Vol. 19. P. 36. URL: <https://doi.org/10.1186/s40360-018-0231-4>

53. Achieving high uptake of human papillomavirus vaccination in Malaysia through school-based vaccination programme. / N. A. Muhamad, S. N. Buang, S. Jaafar, R. Jais, et al. *BMC Public Health*. 2018. Vol. 18. P. 1402-1410. URL: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6316-6>.

54. A high prevalence of TMD is related to somatic awareness and pain intensity among healthy dental students. / A. Lövgren, C. Österlund, A. Ilgunas, E. Lampa, F. Hellström. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2018. DOI: 10.1080/00016357.2018.1440322.

55. Aklilu E., Zunita Z., Hassan L., Cheng C.H. Molecular epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) among veterinary students and personnel at a veterinary hospital in Malaysia. *Vet Microbiol*. 2013. Vol. 164. P. 352-358. DOI: 10.1016/j.vetmic.2013.02.030 PMID: 23523336

56. Alam N., Saffoon N., Uddin N. Self-medication among medical and pharmacy students in Bangladesh. *BMC Res Notes*. 2015. Vol. 8. P. 763. DOI 10.1186/s13104-015-1737-0

57. Alkhatatbeh M. J., Alefan Q., Alqudah M. A. High prevalence of self-medication practices among medical and pharmacy students: a study from Jordan. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2016. Vol. 54(5). P. 390-398. DOI: 10.5414/CP202451.

58. Antibiotic Self-Medication among Non-Medical University Students in Punjab, Pakistan: A Cross-Sectional Survey / A. H. Gillani, W. Ji, W. Hussain, A. Imran, J. Chang, et al. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2017. Vol. 14. P. 1152-1160. DOI:10.3390/ijerph14101152.

59. A review of self-medication in physicians and medical students. / Montgomery A. J., Bradley C., Rochfort A., Panagopoulou E. *Occupational Medicine*. 2011. Vol. 61. P. 490-497.

60. Artime T. M., Buchholz K. R., Jakupcak M. Mental health symptoms and treatment utilization among trauma-exposed college students. *Psychol Trauma*. 2019. Vol. 11(3). P. 274-282.

61. Asian Student Depression in American High Schools: Differences in Risk Factors. / S. J. Song, R. Ziegler, L. Arsenault, L. E. Fried, K. Hacker. *The Journal of School Nursing*. 2011. Vol. 27(6). P. 455-462.
62. Assessment of Self-Medication Practices and Its Associated Factors among Undergraduates of a Private University in Nigeria / D. T. Esan, A. A. Fasoro, O. E. Odesanya, T. O. Esan, et al. *Journal of Environmental and Public Health*. 2018. 7 p. Article ID 5439079. URL: <https://doi.org/10.1155/2018/5439079>.
63. Bacchi S., Licinio J. Qualitative Literature Review of the Prevalence of Depression In Medical Students Compared to Students in Non-medical Degrees. *Acad Psychiatry*. 2015. Vol. 39 (3). P. 293-299. DOI 10.1007/s40596-014-0241-5
64. Banerjee I., Bhadury T. Self-medication practice among undergraduate medical students in a tertiary care medical college, West Bengal. *J Postgr Med*. 2012. Vol. 58 (2). P. 127–131.
65. Bendassat J. Changes in wellbeing and professional values among medical undergraduate students: A narrative review of the literature. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2014. Vol. 19 (4). P. 597-610. DOI: 10.1007/s10459-014-9500-1.
66. Benson K., Flory K., Hymphreys K. L., Lee S. S. Misuse of Stimulant Medication Among College Students: A Comprehensive Review and Meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2015. Vol. 18. P. 50-76. DOI 10.1007/s10567-014-0177-z
67. Burnout in medical students: a systematic review. / IsHak W., Nikraves R., Lederer S., Perry R., et al. *The clinical teacher*. 2013. Vol. 10. P. 242-245.
68. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. / A. Frajerman, Y. Morvan, M.-O. Krebs, P. Gorwood, B. Chaumette. *European Psychiatry*. 2019. Vol. 55. P. 36–42.
69. Cancer Control Programme. WHO program. 2017. URL: https://www.who.int/medical_devices/publications/priority_med_dev_cancer_management/en/

70. Chia C. F. Dysmenorrhoea among Hong Kong university students: prevalence, impact, and management. *Hong Kong Med J*. 2013. Vol. 19, No 3. P. 222-228.
71. Complex Clonal Diversity of *Staphylococcus aureus* Nasal Colonization among Community Personnel, Healthcare Workers, and Clinical Students in the Eastern Province, Saudi Arabia. / El-Mahdy T. S., Al-Agamy M. H., Emara M., Barakat A., Goering R. V. *Bio Med Research International*. 2018. P. 1-9. Article ID 4208762. URL: <https://doi.org/10.1155/2018/4208762>.
72. Comprehensive Control of Human Papillomavirus Infections and Related Diseases. / F. X. Bosch, T. R. Broker, D. Forman, A.-B. Moscicki et al. *Vaccine*. 2013. Vol. 31 (8). P. 11-131.
73. Conley C. S., Durlak J. A., Dickson D. M. A. An Evaluative Review of Outcome Research on Universal Mental Health Promotion and Prevention Programs for Higher Education Students. *Journal of American College Health*. 2013. Vol. 61 (5). P. 286-301. DOI: 10.1080/07448481.2013.802237
74. Controlled release drug delivery systems to improve post-operative pharmacotherapy. / Bhusal Pr., Harrison J., Sharma M. et al. *Drug Delivery and Translational Research*. 2016. Vol. 6, Issue 5. P. 441-451. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13346-016-0305-z>
75. Current vaccination status regarding measles among university Students in Dresden, Germany. / Riemenschneider H., Schübel J., Bergmann A., Kugler J., Voigt K. *American Journal of Infection Control*. 2015. Vol. 43. P. 1363-1365.
76. Damian L., Lupușoru C. E., Ghiciuc C. M. Self-medication with antimicrobial drugs among university students in a Northeast region of Romania. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2014. Vol. 118(1). P. 160-164.
77. Desouky D. E., Zaid H. A., Taha A. A. Migraine, tension-type headache, and Depression among Saudi female students in Taif University. *Journal of Egyptian Public Health Association*. 2019. Vol. 94. P. 7. URL: <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0008-7>.

78. Development and Evaluation of an Online Mental Health Program for Medical Students. / Lattie E. G., Duffecy J. F., Mohr D. C., Kashima K. *Acad Psychiatry*. 2017. Vol. 41(5). P. 642-645. DOI:10.1007/s40596-017-0726-0.

79. Development of a decision support system for the practice of responsible self-medication / C. E. da Rocha, F. A. S. Lessa, D. O. Venceslau, C. S. Sakuraba, et al. *Int J Clin Pharm*. 2016. Vol. 38 (1). P. 152-61. DOI:10.1007/s11096-015-0223-z.

80. Dispelling the myth of “smart drugs”: Cannabis and alcohol use problems predict nonmedical use of prescription stimulants for studying / A. M. Arria, H. C. Wilcox, K. M. Caldeira, K. B. Vincent et al. *Addict Behav*. 2013. Vol. 38(3). P. 1643-1650. DOI: 10.1016/j.addbeh.2012.10.002

81. Drachev S. N., Brenn T., Trovik T. A. Prevalence of and factors associated with dental anxiety among medical and dental students of the Northern State Medical University, Arkhangelsk, North-West Russia. *International journal of circumpolar health*. 2018. VOL. 77. URL: <https://doi.org/10.1080/22423982.2018.1454786>.

82. Drug-Free Communities Support Program. 2017. URL: <https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2018/08/DFC-Support-Program-Executive-Summary-of-2017-End-of-Year-Report-Findings.pdf>

83. Drug resistance. WHO program. 2016. URL: https://www.who.int/foodsafety/areas_work/antimicrobial-resistance/en/

84. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different country. / De Sanctis V., Soliman A. T., Elsedfy H., Soliman N. A., et al. *Acta Biomed*. 2017. Vol. 87 (3). P. 233-246.

85. Dyrbye L., Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical Education*. 2016. Vol. 50. P. 132-149. DOI: 10.1111/medu.12927.

86. Early childhood development. Program UNICEF 2018-2021. URL: <https://www.unicef.org/early-childhood-development>

87. Effects of nonpharmacological interventions on depressive symptoms and depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis /

Chen D., Sun W., Liu N., Wang J., et al. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2019. Vol. 34. P. 217–228.

88. Essential medicines for children. WHO program. 2017. URL: <https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

89. Ethical issues in Patient Safety Research. WHO program. 2013. URL: https://www.who.int/patientsafety/research/ethical_issues/en/

90. Factors associated with neck disorders Among university student smartphone users. / Namwongsa S., Puntumetakul R., Neubert M. S., Boucaut R. *Work*. 2018. Vol. 61 (3). P. 367-378. DOI:10.3233/WOR-182819.

91. Family Planning 2020. UN program. URL: <http://www.familyplanning2020.org/>

92. Ferri-de-Barros J. E., de Alencar M. J., Berchielli L. F., Castelhana L. C. Junior Headache among medical and psychology students. *Arq Neuropsiquiatr*. 2011. Vol. 69 (3). P. 502-508.

93. Fertility regulation. WHO program. 2017. URL: <https://www.who.int/reproductivehealth/hrp/en/>

94. Global Action Plan for Influenza Vaccines (GAP). WHO program. 2013. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85615/WHO_HIS_TTI_13.1_eng.pdf?sequence=1

95. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. WHO program. URL: https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

96. Global Influenza Programme (GIP). WHO program. 2018. URL: <https://www.who.int/influenza/gip/en/>

97. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. WHO program. 2004. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43035>

98. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication. World Health Organization. 2000. 31 p. URL: <https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2218e/>

99. Gurbuz E., Hanley M., Riby D. M. University Students with Autism: The Social and Academic Experiences of University in the UK. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2019. Vol. 49. P. 617-631.
100. Helal R. M., Abou-ElWafa H. S. Self-Medication in University Students from The City of Mansoura, Egypt / *Journal of Environmental and Public Health*. 2017. Vol. 2017. 7 p. Article ID 9145193. DOI: 10.1155/2017/9145193.
101. Hepatitis B seroepidemiology and booster vaccination in pre-clinical medical students in a Malaysian university. / S. N. Othman, Z. Z. Rashid, Al. A. Wahab, M. N. A. Samat, et al. *Malaysian J Pathol*. 2018. Vol. 40(3). P. 295-302.
102. HIV / AIDS. Program UNICEF. 2018. URL: <https://www.unicef.org/hiv>
103. HIV & AIDS Program. WHO program. 2018. URL: https://www.who.int/hiv/pub/arv_toxicity/arv-toxicity-monitoring-tool/en/
104. Hoifodt R. S. Effectiveness of cognitive behavioural therapy in primary health care: a review. *Fam Pract*. 2011. Vol. 28 (5). P. 489–504.
105. Hope V., Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Medical Education*. 2014. Vol. 48. P. 963-979.
106. Human papillomavirus (HPV) vaccine coverage achievements in low and middle-income countries 2007–2016. / K.E. Gallagher, N. Howard, S. Kabakama, S. Mounier-Jack, et al. *Papillomavirus Research*. 2017. Vol. 4. P. 72-78.
107. Ibrahim N.K. Systematic review of IBS among medical students. *Turk J Gastroenterol*. 2016. Vol. 27. P. 10-16.
108. Immunization, Vaccines and Biologicals. WHO program. 2011. URL: https://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/
109. Implications of self-medication among medical students-A dilemma. / Z. G. Kanwal, N. Fatima, S. Azhar, O. Chohan, et al. *J Pak Med Assoc*. 2018. Vol. 68, N 9. P. 1363-1367.

110. Jiang X. A systematic review of studies on the prevalence of Insomnia in university students. *Public Health*. 2015. Vol. 129 (12). P. 1579-1584. DOI: 10.1016/j.puhe.2015.07.030.
111. Johnson H., Guhl G., Arora J., Walling A. Migraine in students of a US medical school. *Fam Med*. 2014. Vol. 46 (8). P. 615-619.
112. Jung H. J., Park M. I., Moon W. Are Food Constituents Relevant to the Irritable Bowel Syndrome in Young Adults? - A Rome III Based Prevalence Study of the Korean Medical Students. *J Neurogastroenterol Motil*. 2011. Vol. 17. P. 294-299.
113. Kahraman A., Mutlu E., Aldag M. ADMA, SDMA and L-arginine may be novel targets in pharmacotherapy for complications due to cardiopulmonary bypass. *J Med Biochem*. 2017. № 36. P. 8-17. URL: <https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/jomb.2017.36.issue-1/jomb-2016-0025/jomb-2016-0025.pdf>
114. Kawata S., Saito E. An exploratory pilot study on health education program to improve health literacy among female in their 20s. *BMC Res Notes*. 2018. Vol. 11. P. 572-576. URL: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3687-9>.
115. Keeping Antibiotics at Home Promotes Self-Medication with Antibiotics among Chinese University Students. / X. Wang, L. Lin, Z. Xuan, L. Li, X. Zhou. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018. Vol. 15. P. 687-699.
116. Khalili M, Qorbani A, Sharifi H, GolchinM. Prevalence and risk factor of Q fever among veterinary students in Iran. *Trop Biomed*. 2015. Vol. 32 (4). P. 704-709.
117. Klemenc-Ketis Z., Hladnik Z., Kersnik J. Self-Medication among Healthcare and Non-Healthcare Students at University of Ljubljana, Slovenia. *Med Princ Pract*. 2010. Vol. 19. P. 395-401. DOI: 10.1159/000316380.
118. Knowledge on the HPV vaccine among university students. / D. L. M. Monteiro, L. C. S. Brollo, T. P. de Souza, J. R. P. dos Santos, et al. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2018. Vol. 60. P. 46-53.

119. Kofeman A. R., Valkhof V. E., Celik S. High-risk use of over-the-counter non-steroidal anti-inflammatory drugs: a population-based cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2014. Vol. 64. P. 191-198.
120. Lanthier-Veilleux M., Baron G., G  n  reux M. Respiratory Diseases in University Students Associated with Exposure to Residential Dampness or Mold. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2016. Vol. 13. P. 1154. DOI:10.3390/ijerph13111154.
121. Lifestyle and psychological factors related to irritable bowel syndrome in nursing and medical school students. / Okami Y., Kato T., Nin G., et al. *J Gastroenterol.* 2011. Vol. 46. P. 1403-1410.
122. Major depressive disorder in Mexican medical students and associated factors: A focus on current and past abuse experiences. / Romo-Nava F., Bobadilla-Espinosa R. I., Tafoya S. A., Gu  zar-S  nchez D. P., et al. *Journal of Affective Disorders.* 2019. Vol. 245. P. 834-840.
123. Measles vaccination status among Japanese university students participating in short-term study abroad programs. / Yamakawa M., Sasai M., Ono M., Tsuda T. *Travel Medicine and Infectious Disease.* 2019. Vol. 27. P. 131-132.
124. Methodological aspects of signal detection from spontaneous reports of suspected adverse reactions: Module IX Addendum I. Good pharmacovigilance practices (GVP). 2012. URL: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/pharmacovigilance/good-pharmacovigilance-practices>
125. Mowatt L. Computer vision syndrome and ergonomic practices among undergraduate university students / Mowatt L., Gordon C., Santosh A.B.R., Jones T. *Int J Clin Pract.* 2018. Vol. 72. URL: <https://doi.org/10.1111/ijcp.13035>.
126. Nasreen S., Shokoohi M., Malvankar-Mehta M.S. Prevalence of Latent Tuberculosis among Health CareWorkers in High Burden Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2016. Vol. 11 (10) : e0164034. DOI:10.1371/journal.pone.0164034.
127. National Drug Control Strategy. 2019. URL: <https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/white-house-releases-national-drug-control-strategy/>

128. Nicholson J. D., Kaakeh Y. Pharmacotherapy considerations for long-term management of patients with left ventricular assist devices. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2018. Vol. 75, Issue 11. P. 755–766. URL: <https://doi.org/10.2146/ajhp170317>
129. Non-medical prescription stimulant use to Improve academic performance among Australian university students: prevalence And correlates of use. / J. Lucke, Ch. Jensen, M. Dunn, G. Chan, et al. *BMC Public Health*. 2018. Vol. 18. P. 1270-1276. URL: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6212-0>.
130. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and paracetamol in self-therapy of various disorders in students of diferent felds of study. / J. Wiliński, M. Lechowicz, T. Kameczura, M. Głowacki, et al. *Folia Medica Cracoviensia*. 2015. Vol. LV (2). P. 49-59.
131. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) / Education at a Glance. 2011. OECD : Paris, France, 2011. URL: <https://www.oecd.org/>
132. Outbreak of cryptosporidiosis among veterinary medicine students - Philadelphia, Pennsylvania, February 2015. / Drinkard L.N., Halbritter A., Nguyen G.T., Sertich P.L., et al. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015. Vol. 64. P. 773. PMID: 26203633.
133. Özding S., Ünsar S., Kostak M.A. Musculoskeletal problems and attitudes towards foot wear among university students. / *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*. 2018. Vol. 1. P. 1-6. DOI 10.3233/BMR-171036.
134. Pain and Pain Management Among University Students: Online Survey and Web-Based Education. / M. M. Y. Tse, A. Tang, A. Budnick, S. S. M. Ng, S. S. Y. Yeung. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*. 2017. Vol. 20, No 5. DOI:10.1089/cyber.2016.0580.
135. Pan H. Prior knowledge, older age, and higher allowance are risk factors for self-medication with antibiotics among University Students in Southern China / Pan H, Cui B, Zhang D, Farrar J, Law F, Ba-Thein W. *PLoS ONE*. 2012. Vol. 7(7) :e41314.

136. Penkala S., El-Debal H., Coxon K. Work-related musculoskeletal problems related to laboratory training in university medical science students: a cross sectional survey. *BMC Public Health*. 2018. Vol. 18. P. 1208. URL: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6125-y>
137. Perceptions and Practices of Self-Medication among Medical Students in Coastal South India. / Kumar N., Kanchan T., Unnikrishnan B., Rekha T., Mithra P. *PLoS ONE*. 2013. Vol. 8 (8). DOI:10.1371/journal.pone.0072247.
138. Pertussis vaccination status and vaccine acceptance among medical students: multicenter study in Germany and Hungary. / Bohme M., Voigt K., Balogh E., Bergmann A., et al. *BMC Public Health*. 2019. Vol. 19. P. 182.
139. Pharmaceutical legislation for medicinal products for human use. 2015. URL: https://ec.europa.eu/health/documents/eudralex/vol-1_nl
140. Pharmacology education and antibiotic self-medication among medical students: a cross-sectional study. / D. Rathish, B. Wijerathne, S. Bandara, S. Piumanthi, et al. *BMC Res Notes*. 2017. Vol. 10. P. 337-341.
141. Pino M., Mortari L. The Inclusion of Students with Dyslexia in Higher Education: A Systematic Review Using Narrative Synthesis. *DYSLEXIA*. 2014. Vol. 20. P. 346-369.
142. Potential association between *Coxiella burnetii* seroprevalence and selected risk factors among veterinary students in Slovakia. / Dorko E., Rimarova K., Kecerova A., Pilipcinec E., et al. *Ann Agr Env Med*. 2011. Vol. 18. P. 47-53.
143. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. / Puthran R., Zhang M. W. B., Tam W. W., Ho R. G. *Medical Education*. 2016. Vol. 50. P. 456-468.
144. Prevalence of HIV and Syphilis Infection among High School and College Student MSM in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. / Yongze Li, Junjie Xu, Kathleen H. Reilly, Jianming Zhang, et al. *PLoS ONE*. 2013. Vol. 8(7). DOI:10.1371/journal.pone.0069137.
145. Procedures for the authorisation and supervision of medicinal products for human and veterinary use and establishing a European Medicines Agency.

Regulation (EC) No 726/2004 of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004. URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2004/726/2019-01-28>

146. Quality of pharmaceutical care at the stage of patients needs identification under conditions of community pharmacies as a transborder problem. A. Zimenkovsky, Y. Nastyukha, O. Boretska, M. Drozd, O. Devinyak. *Acta poloniae pharmaceutica*. 2017. Vol. 74 № 3. P. 1011-1019.

147. Reducing Stress and Promoting Social Integration of International Medical Students through a Tandem Program: Results of a Prospective-Program Evaluation / A. Herrmann-Werner, F. Junne, F. Stuber, D. Huhn, et al. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018. Vol. 15. P. 1959-1972.

148. Rogers C. J., Bahr K. O., Benjamin S. M. Attitudes and barriers associated with seasonal influenza vaccination uptake among public health students; a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2018. Vol. 18. P. 1131-1137. URL: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6041-1>.

149. Ruden V. V, Zaremba N. I., Gutor T. G. O poziomie świadomości i wiedzy studentów medycyny na temat wpływu palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu na ich stan zdrowia. *Materiały IX międzynarodoweu naukowu-praktycznej konferencji «Kluczowe aspekty naukowej działalności»*. Pszemyśl, 7-15 stycznia 2013. P. 13-15.

150. Rutherford D. E., Gillespie G. L., Smith C. R. Interventions against bullying of prelicensure students and nursing professionals: An integrative review. *Nurs Forum*. 2019. Vol. 54. P. 84-90.

151. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT). 2011. URL: <https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt>

152. Self-medication practices and risk factors for self-medication among medical students in Belgrade, Serbia. / Lukovic J. A., Miletic V., Pekmezovic T., Trajkovic G., et al. *PLoS ONE*. 2014. Vol. 9 (12). P. 1-14.

153. Self-medication practices with antibiotics among Chinese university students. / X. Zhu, H. Pan, Z. Yang, B. Cui, D. Zhang, W. Ba-Thein. *Public health*. 2016. Vol. 130. P. 78-83.

154. Self-Medication Practices with Antibiotics among Tertiary Level Students in Accra, Ghana: A Cross-Sectional Study. / Donkor E. S., Tetteh-Quarcoo P. B., Nartey P., Agyeman I. O. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2012. Vol. 9. P. 3519-3529. DOI:10.3390/ijerph9103519.

155. Self-prescription of Paracetamol by Undergraduate Students in BP Koirala Institution of Health Sciences. / Yadav A. K., Rai B. K., Budhathoki S. S., Ghimire A., et al. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2016. Vol. 55 (203). P. 11-15.

156. Seroprevalence of brucellosis and risk factors related to high risk occupational groups in Kazeroon, South of Iran. / Beheshti S., Rezaian G. R., Azad F., Faghiri Z. e al. *IJOEM*. 2010. Vol. 1. P. 62-68. PMID: 23022787

157. Shot @ Life. UN program. URL: <https://shotatlife.org/>

158. Sleep disturbances among medical students: a global perspective. / Azad M. C., Fraser K., Rumana N., Abdullah A. F. et al. *J Clin Sleep Med*. 2015. Vol. 11 (1). P. 69-74.

159. Study of self-medication for musculoskeletal pain among nursing and medicine students at Pontificia Universidade Católica. / J. E. Martinez, G. A. F. Pereira, L. G. M. Ribeiro, R. Nunes, et al. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2014. Vol. 54, Is. 2. P. 90-94.

160. Suicidality among medical students – A practical guide for staff members in medical schools. / T. Rau, P. Plener, A. Kliemann, J. M. Fegert, M. Allroggen. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*. 2013. Vol. 30 (4). 16 p.

161. The correlation between upper extremity musculoskeletal symptoms and joint kinematics, playing habits and hand span during playing among piano students. / Kaufman-Cohen Y., Portnoy S., Sopher R., Mashiach L., et al. *PLoS ONE*. 2018. Vol. 13 (12). DOI: 10.1371/journal.pone.0208788.

162. The Importance of School-based Healthy Living Initiatives: Introducing The Health and Wellness Academy Concept. / L. Strieter, D. R. Laddu, J. Sainsbury, R. Arena. *Progressin Cardiovascular Diseases*. 2019. Vol. 62. P. 68-73.

163. The increasing prevalence of myopia and high myopia among high school students In Fenghuacity, eastern China: a 15-year population-based survey / Chen M., Wu A., Zhang L., Wang W., et al. *BMC Ophtalmology*. 2018. Vol. 18. P. 159-168. URL: <https://doi.org/10.1186/s12886-018-0829-8>
164. The prevalence of migraine in university students: a systematic Review and meta-analysis. / Wang X., Zhou H. B., Sun J. M., Xing Y. H., et al. *European Journal of Neurology*. 2015. Vol.10. P. 1-12. DOI:10.1111/ene.12784
165. The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. WHO recommendations. 2012. URL: https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/
166. Trend of irrational medication among the students of department of pharmacy abbotabad university of science and technology in common cold and flu / M. U. Rehman, S. U. Mehsud, S. Ali, M. Ishaq, M. A. Khan. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2017. Vol. 29 (1). P. 87-89.
167. Tuberculosis in Staff and Students of Patan Hospital. / Shrestha P., Shakya M., Caws M., Shrestha S., et al. *J Nepal Health Res Counc*. 2018. Vol.15(3). P. 268-274.
168. Tuberculosis treatment in children. WHO program. 2013. URL: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21974en/s21974en.pdf>
169. UNICEF Strategic Plan, 2018–2021 URL: <https://www.unicef.org/reports/unicef-strategic-plan-20182021>
170. Vaccine and immunization quality and safety. WHO program. 2017. URL: https://www.who.int/immunization/quality_safety/en/
171. Van der Veer T., Frings-Dresen M. H. W., Sluiter J. K. Health behaviors, care needs and attitudes towards self-prescription: A cross-sectional survey among Dutch medical students. *PLoS ONE*. 2011. Vol. 6(11). P. 28-38.
172. Website ASHP - Pharmacists Advancing Healthcare. URL: <https://www.ashp.org/>
173. Website CDC. URL: <http://www.cdc.gov/>
174. Website FDA. URL: <http://www.fda.gov/>

175. Website «IBM Microindex» part IBM Watson Health Products URL:
<https://www.ibm.com/watson-health/learn/micromedex>
176. Website «MyTherapy» URL: <https://www.mytherapyapp.com/>
177. Website of mobile application «Handbook on Injectable Drugs» URL:
<http://www.interactivehandbook.com/Authentication/Authentication.aspx>
178. Website of mobile application «IBM Microindex IV Comp.» URL:
<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.thomson.compatibility>
179. Website of mobile application «IBM Micromedex Drug Info» URL:
https://play.google.com/store/apps/details?id=com.truven.druginfonative.paid&hl=en_US
180. Website of mobile application «IBM Microindex Drug Int.» URL:
https://play.google.com/store/apps/details?id=com.thomson.druginteractions&hl=en_US
181. Website of mobile application «IBM Microindex Drug Ref» URL:
<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.truven.druginfonative.customer&hl>
182. Website of mobile application «IBM Microindex NeoFax» URL:
<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.truven.neofax>
183. Website of mobile application «IBM Microindex Pediatrics» URL:
<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.thomson.pediatrics>
184. Website of mobile application «Medication Reminder & Pill Tracker»
URL:
<https://play.google.com/store/apps/details?id=eu.smartpatient.mytherapy&hl=uk>
185. Wong L. P. A Nationwide Study Comparing Knowledge and Beliefs about HPV among Female Students before and after HPV Vaccination. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2018. Vol. 32, Issue 2. P. 158-164.
186. Youn S. J. Using online social media, Facebook, in screening for major depressive disorder among college students. *Int J Clin Health Psychol*. 2013. Vol.13 (1). P. 74-80.
187. Zaremba N., Zimenkovsky A., Boretska O. Attitude of medical students for taking drugs: Problem of irresponsible self-treatment. *PHARMACIA*. 2015. № 62(3). P. 10-14.

URL: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57004757800>

188. Zaremba N., Zimenkovsky A. Informational and educational Internet application, as a form of pharmaceutical intervention in the medication-taking behavior of the applicants of higher medical education. *Annals of Mechnikov Institute*. 2019. № 1. P. 77-80.

URL: http://www.imiamn.org.ua/journal/1_2019/PDF/12.pdf

189. Zoonoses in Veterinary Students: A Systematic Review of the Literature / Sa Ânchez A, P.-van der Ham M., Tatay-Dualde J., Paterna A., et al. *PLoS ONE*. 2017. Vol. 12 (1). e0169534. DOI:10.1371/journal.pone.0169534.

Додаток А

Список публікацій

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Заремба Н. І., Гутор. Т. Г., Гупало І. В. Рівні хронічної захворюваності у студентів-медиків за результатами диспансерного спостереження. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2013. № 1. С. 26-30. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kff_2013_1_5 (Особистий внесок: аналіз літератури, участь в зборі матеріалу та написанні статті, аналіз й узагальнення одержаних результатів).

2. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Дослідження стану здоров'я майбутніх лікарів. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2015. № 3-4. С. 30-35.

URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kff_2015_3-4_7 (Особистий внесок: аналіз літератури, участь в зборі матеріалу, узагальнення результатів).

3. Zaremba N., Zimenkovsky A., Boretska O. Attitude of medical students for taking drugs: Problem of irresponsible self-treatment. *PHARMACIA*. 2015. № 62(3). P. 10-14. URL: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57004757800> (Особистий внесок: аналіз літератури, участь в зборі матеріалу, узагальнення результатів).

4. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Ставлення до процесу самолікування здобувачів вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (згідно з результатами соціологічного дослідження). *Фармацевтичний часопис*. 2018. № 3. С. 94-99. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Phch_2018_3_15 (Особистий внесок: аналіз літератури, участь в зборі матеріалу, узагальнення результатів).

5. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Аналіз нозологій та ліків, що застосовуються здобувачами вищої медичної освіти у межах самолікування. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2018. Т. 4, № 4. С. 44-49. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/sphhc_2018_4_4_8 (Особистий внесок: аналіз літератури, участь в зборі матеріалу, узагальнення результатів).

6. Zaremba N., Zimenkovskiy A. Informational and educational Internet application, as a form of pharmaceutical intervention in the medication-taking behavior of the applicants of higher medical education. *Annals of Mechnikov Institute*. 2019. № 1. P. 77-80.

URL: http://www.imiamn.org.ua/journal/1_2019/PDF/12.pdf (*Особистий внесок: аналіз літератури, участь в зборі матеріалу, узагальнення результатів*).

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

7. Рудень В. В., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Про рівні усвідомлення студентами-медиками значимості впливу тютюнопаління та алкоголю на стан їх здоров'я (за результатами соціологічного дослідження). *Матеріали міжнародної НПК до Всесвітнього дня здоров'я 2012 р. «Старіння та здоров'я»*. Київ, 5-6 квітня 2012. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2012. № 1 (17). С. 242-243. (*Особистий внесок: ідея публікації, узагальнення результатів та формування висновків*).

8. Ruden V. V, Zaremba N. I., Gutor T. G. O poziomie świadomości i wiedzy studentów medycyny na temat wpływu palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu na ich stan zdrowia. *Materiały IX międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji «Kluczowe aspekty naukowej działalności»*. Pszemyśl, 7-15 stycznia 2013. P. 13-15. (*Особистий внесок: ідея публікації, узагальнення результатів та формування висновків*).

9. Заремба Н. І., Гупало І. В., Гутор Т. Г. Про рівні неінфекційної захворюваності студентів ЛНМУ імені Данила Галицького за даними самооцінки власного здоров'я. *Матеріали українсько-польського симпозиуму «Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я»*. Львів, 18-20 квітня 2013. С. 202-203. (*Особистий внесок: ідея публікації, збір матеріалу, узагальнення результатів та формування висновків*).

10. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Студенти-медики про неконтрольоване приймання лікарських засобів (за результатами соціологічного дослідження). *Збірник матеріалів XVI Конгресу СФУЛТ*,

Берлін-Київ, 18-23 серпня 2016 р. С. 252. (*Особистий внесок: ідея тез збір матеріалу, узагальнення результатів та формування висновків*).

11. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Особливості лікувального процесу у осіб, які займаються самолікуванням. *Матеріали VI НПК з міжнародною участю «Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів»*. Тернопіль, 10-11 листопада 2016. С. 313-314. (*Особистий внесок: аналіз літератури, збір матеріалу, узагальнення результатів*).

12. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Ліки, що найчастіше застосовуються студентами-медиками при самолікуванні гострої респіраторної вірусної інфекції. *Матеріали міжнародної НПК «Рівень ефективності та необхідність впливу медичної науки на розвиток медичної практики»*. Київ, 3-4 березня 2017. С.124-125. (*Особистий внесок: аналіз літератури, збір матеріалу, узагальнення результатів*).

13. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Стан здоров'я студентів-медиків за даними медичних оглядів та диспансеризації. *Матеріали міжнародної НПК «Досягнення медичної науки як чинник стабільності розвитку медичної практики»*. Дніпро, 10-11 березня 2017. С. 12-14. (*Особистий внесок: аналіз літератури, участь в зборі матеріалу, статистична обробка матеріалу, формування висновків*).

14. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Чинники, які насторожують молодь у фармакотерапії. *Матеріали міжнародної НПК «Пріоритети розвитку медичних наук у XXI столітті»*. Одеса, 17-18 березня 2017. С.11-13. (*Особистий внесок: участь в зборі матеріалу, статистична обробка матеріалу, формування висновків*).

15. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Мотивація щодо придбання ліків молоддю при гострих та хронічних захворюваннях. *Матеріали міжнародної НПК «Роль сучасної медицини у житті людини та її місце у формуванні здорового способу життя»*. Львів, 24-25 березня 2017. С. 87-89. (*Особистий*

внесок: участь в зборі матеріалу, статистична обробка матеріалу, формування висновків).

16. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б., Гупало І. В. Усвідомлення впливу основних шкідливих звичок на власне здоров'я молоді. *Збірник матеріалів XVII Конгресу СФУЛТ*. Тернопіль, 20-22 вересня 2018 р. С. 236. *(Особистий внесок: аналіз літератури, участь в зборі матеріалу, статистична обробка матеріалу, формування висновків).*

17. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б., Ковальська О. Р. Формування інформаційно-методологічного підґрунтя моделі лікової політики на основі оцінки рівня захворюваності серед молоді. *Збірник матеріалів XVII Конгресу СФУЛТ*. Тернопіль, 20-22 вересня 2018 р. С. 236-237. *(Особистий внесок: аналіз літератури, участь в зборі матеріалу, статистична обробка матеріалу, формування висновків).*

18. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Соціальна фармація: аналіз програм та стратегій ВООЗ щодо вирішення проблем, пов'язаних із адекватним застосуванням лікарських засобів молоддю. *Збірник матеріалів VI міжнародної інтернет-НПК Соціальна фармація: стан, проблеми, перспективи*. Харків, 23-24 квітня 2020 р. С. 106-108. *(Особистий внесок: аналіз літератури, участь в написанні роботи, формування висновків).*

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

19. Менеджмент лікової поведінки пацієнта. Методичні рекомендації / А.Б. Зіменковський, Т.М. Думенко, О.В. Матвєєва, О.Б. Борецька, Ю.С. Настюха, М.М. Заяць, Т.В. Єремєєва, В.Я. Шибінський, Н.І. Заремба, Н.В. Роговик // під заг. редакцією д.мед.н., проф. А.Б. Зіменковського. Львів: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, підрозділ оперативного друку, 2015. 59 с. *(Особистий внесок: аналіз літературних джерел, участь у написанні розділу «Комплаєнс», формування частини висновків).*

20. Зіменковський А. Б., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Комп'ютерна програма «Тест сумісності лікарських засобів». Свідectво про реєстрацію авторського права на твір № 82312 від 17.10.2018 р. (*Особистий внесок: участь у формуванні бази для програми та аналізі отриманих результатів опитування*).

Апробація результатів дисертації

Основні положення дисертації викладені та обговорені на:

- НПК до Всесвітнього дня здоров'я 2012 р. «Старіння та здоров'я» (Київ, 5-6 квітня 2012 р., форма участі – публікація тез)
- IX międzynarodowej naukowii-praktycznej konferencji «Kluczowe aspekty naukowej działalności» (Pszemyśl, 7-15 stycznia 2013 r., форма участі – публікація тез)
- Українсько-польському симпозиуму «Досвід, реалії і перспективи розвитку систем ОЗ» (Львів, 18-20 квітня 2013 р., форма участі – публікація тез)
- XVI Конгресу СФУЛТ (Берлін-Київ, 18-23 серпня 2016 р., форма участі – публікація тез)
- VI НПК «Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів» (Тернопіль, 10-11 листопада 2016 р., форма участі – публікація тез)
- НПК «Рівень ефективності та необхідність впливу медичної науки на розвиток медичної практики» (Київ, 3-4 березня 2017 р., форма участі – публікація тез)
- НПК «Досягнення медичної науки як чинник стабільності розвитку медичної практики» (Дніпро, 10-11 березня 2017 р., форма участі – публікація тез)
- НПК «Пріоритети розвитку медичних наук у ХХІ столітті» (Одеса, 17-18 березня 2017 р., форма участі – публікація тез)
- НПК «Роль сучасної медицини у житті людини та її місце у формуванні здорового способу життя» (Львів, 24-25 березня 2017 р., форма участі – публікація тез)

- XVII Конгресу СФУЛТ (м. Тернопіль, 20-22 вересня 2018 р., форма участі – стендова доповідь та публікація тез)
- польсько-українській НПК «Paragrafy w medycynie» (Львів, 25 жовтня 2018 р., форма участі – усна доповідь)
- VI міжнародній інтернет-НПК «Соціальна фармація: стан, проблеми, перспективи» (м. Харків, 23-24 квітня 2020 р., форма участі – публікація тез).

Додаток Б

КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ, ЕКОНОМІКИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

А Н К Е Т А

ВИВЧЕННЯ СУТНОСТІ РОЗУМІННЯ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ
НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ У ПОВСЯКДЕННОМУ ЇЇ ЖИТТІ

Шановний колего!

У рамках виконання НДР "Управління здоров'ям населення на етапі реформування медичної галузі" (№ держреєстрації 0106U009874) вивчається прерогативність негативного впливу факторів ризику стосовно здоров'я Людини у повсякденному її житті (за Лисициним Ю. П., Комаровим Ю. М., 1987), що в подальшому дозволить опрацювати ефективні реалістичні заходи відносно нейтралізації даних чинників заради збереження та зміцнення стану здоров'я української людності.

Просимо Вашої широї відповіді на поставлені запитання, у зв'язку з чим Вам необхідно уважно прочитати чинник ризику, усвідомити його сутність та оцінити ступінь розуміння його негативного впливу на здоров'я Людини та його безпосередній негативний вплив (якщо такий є!) на Ваше здоров'я у повсякденному житті.

При умові, коли у Вашому житті є інші чинники ризику, що можуть входити до тієї чи іншої групи, Вам надається можливість вписати свій власний варіант та відповідно його оцінити як у першому, так і другому випадку.

Назва групи чинників ризику	Чинники ризику, що входять до групи	Оцініть розуміння сутності негативного впливу аналізованого чинника ризику на здоров'я Людини			Оцініть негативний вплив аналізованого чиннику ризику на Ваше здоров'я	
		1) Я не намагаюсь аналізувати негативний вплив даного чинника на здоров'я - оцінити в "1"	2) Я збогадуюся про негативний вплив даного чинника на здоров'я - оцінити в "2"	3) Я чітко розумію негативний вплив даного чинника на здоров'я - оцінити в "3"	1). Наведений чинник ризику не стосується мого життя та здоров'я - оцінити в "0"	2). Наведений чинник ризику стосується мого життя та здоров'я - оцінити в діапазоні від "1" до "9"
1.	2.	3.	4.	5.	6.	
I. Спосіб життя	1.1. Тютюнокуріння	1 1 2 3			0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.2. Вживання алкоголю	1 1 2 3			0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.3. Вживання токсичних речовин (клеї, диоксид тощо)	1 1 2 3			0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.4. Вживання легких наркотиків	1 1 2 3			0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.5. Вживання важких наркотиків	1 1 2 3			0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.6. Шкідливі умови навчання	1 1 2 3			0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.7. Порушення режиму харчування	1 1 2 3			0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.8. Зловживання ліками	1 1 2 3			0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.9. Психоемоційна напруга	1 1 2 3			0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.10. Стресові ситуації / дистреси	1 1 2 3			0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.11. Малорухливий спосіб життя (адинамія, гіподинамія)	1 1 2 3			0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.12. Незадовільні фінансові умови	1 1 2 3			0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.13. Незадовільні побутові умови	1 1 2 3			0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.14. Самотність	1 1 2 3			0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	

2.		3.	4.	5.	6.
II. Гене-тичні	1.15. Низький культурний рівень	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.16. Складність у пристосуванні до умов міста	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.17. Складність в адаптації до умов навчання	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.18. Невпорядкованість робочого дня	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1.19. Інше (вписати)	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
III. Навколишнє середовище	2.1. Схильність до спадкових хвороб	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	2.2. Схильність до дегенеративних хвороб	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	2.3. Інше (вписати)	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	3.1. Забруднення повітря канцерогенами	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	3.2. Забруднення води канцерогенами	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
IV. Медичні	3.3. Інші забруднення повітря	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	3.4. Інші забруднення води	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	3.5. Забруднення ґрунту	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	3.6. Різка зміна атмосферного тиску	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	3.7. Підвищення геміоксмічних, магнітних і інших випромінювань	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
IV. Медичні	3.8. Інше (вписати)	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	4.1. Неефективність профілактичних заходів	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	4.2. Низька якість медичної допомоги	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	4.3. Несвоєчасність медичної допомоги	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	4.4. Інше (вписати)	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	

ПОВІДОМТЕ КОРОТКО ПРО СЕБЕ

1.	Як Ви оцінюєте свій стан здоров'я? (підкреслити): добрий – 1; задовільний – 2; поганий – 3; край поганий – 4.	
2.	Чи усвідомлюєте Ви твердження, що здоровий спосіб життя має вплив на здоров'я Людини: я це усвідомлюю – 1, я здогадуюсь про це – 2, мені це байдуже – 3, інше (вписати)	
3.	Якими захворюваннями Ви хворіли протягом останнього року (12 місяців)? а) дихальна система (підкреслити): фарингіт – 1; бронхіт – 2; пневмонія – 3; інше (вписати) _____ б) серцево-судинна система (підкреслити): гіпотонія – 1; гіпертонічна хвороба – 2; вегето-судинна дистонія – 3; інше (вписати) _____ в) ШКТ (підкреслити): гастрит – 1; виразкова хвороба шлунка – 2; виразкова хвороба 12-палої кишки – 3; ентерити – 4; коліти – 5; закрепи – 6; інше (вписати) _____ г) гепато-біліарна система (підкреслити): хвороба Боткіна – 1; холецистит – 2; гепатит – 3; дискінезія ЖВШ – 4; жовче-кам'яна хвороба – 5; інше (вписати) _____ д) сечо-статева система (підкреслити): уретрит – 1; цистит – 2; пієлонефрит – 3; гломерулонефрит – 4; інше (вписати) _____ е) алергічні (підкреслити): так -1, ні -2; інше (вписати) _____ є) ендокринна система (підкреслити): гіпертиреоз – 1; гіпотиреоз – 2; цукровий діабет – 3; інше (вписати) _____ ж) неврологічна патологія (підкреслити): остеохондроз хребта – 1; спинно-мозкові кили – 2; інше (вписати) _____ з) патологія зору (підкреслити): так -1, ні -2; інше (вписати) _____ и) інше (вписати) _____	
4.	Ваш вік: _____ років	5. Ваша стать: чоловік – 1; жінка -2.
6.	Курс: I-й –1; II-й –2; III-й –3; IV-й –4; V-й –5; VI-й –6.	7. Навчальний заклад (прошу вписати) _____

Дякуємо за співпрацю!

Додаток В

№ _____

КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ, ФАРМАКОТЕРАПІЇ ТА МЕДИЧНОЇ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ЛЬВІВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ імені ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ

АНКЕТА

Це анонімне анкетне опитування проводиться з метою попередження негативних наслідків самолікування серед молоді (можливо водночас кілька відповідей):

- 1) Чи трапляються випадки коли Ви самі собі призначаєте лікування (самолікування)? ☐ так ☐ ні
- 2) Що зазвичай є підставою для того, щоб Ви купили ліки при гострих захворюваннях?
☐ особистий досвід ☐ призначення лікаря ☐ рекомендації провізора ☐ реклама (радіо, ТБ) ☐ порада родичів чи друзів ☐ інформація з інтернет-сайтів
- 3) Якщо у Вас є хронічні захворювання, то підставою для придбання ліків є:
☐ немає хронічних захворювань ☐ призначення лікаря ☐ рекомендації провізора ☐ особистий досвід ☐ реклама ☐ порада родичів чи друзів ☐ інформація з інтернет-сайтів
- 4) Вкажіть пріоритетність для Вас в інформації про ліки (1,2,3....)?
☐ основна дія і показання до приймання ☐ побічна дія та протипоказання ☐ дозування ☐ взаємодія з іншими ліками та їжею ☐ умови зберігання ☐ ціна
- 5) Яку суму грошей в середньому Ви тратите при одному зверненні в аптеку?
☐ до 100 грн ☐ 100-300 грн ☐ 300-500 грн ☐ більше 500 грн
- 6) Яку кількість ліків призначених водночас Ви вважаєте адекватною?
☐ до 5-ти ☐ не більше 10-ти ☐ не можу відповісти
- 7) При якому ступені погіршення самопочуття Ви вирішуєте прийняти ліки?
☐ найменший дискомфорт ☐ при значному погіршенні самопочуття ☐ коли дискомфорт стає нестерпним
- 8) Чи бували випадки, коли Ви збільшували дозу лікарського засобу з метою пришвидшення видужання? ☐ так ☐ ні
- 9) Чи часто трапляється так, що Ви одночасно приймаєте більше одного медикаменту? ☐ так ☐ ні
- 10) Чи буває так, що Ви заміняєте призначені лікарем ліки на більш дешеві аналоги? ☐ так ☐ ні
- 11) Чи є ліки, які Ви змушені приймати постійно? ☐ так ☐ ні
- 12) Якщо так, то зазначте захворювання, при яких Ви приймаєте ліки постійно:
☐ інфекційні захворювання ☐ серцево-судинні захворювання ☐ захворювання опорно-рухового апарату
☐ шлунково-кишкові захворювання ☐ алергічні захворювання ☐ захворювання очей ☐ больовий синдром
☐ порушення імунної системи ☐ захворювання шкіри ☐ інше
 (зазначити) _____
- 13) Як впливає приймання ліків на якість Вашого життя?
☐ покращується самопочуття і працездатність ☐ покращується самопочуття і працездатність, але є побічна дія ☐ ніяк не впливає
- 14) Які ліки Ви приймаєте при ГРВІ (гострих респіраторних вірусних інфекціях)?
☐ жарознижувальні ☐ знеболювальні ☐ протівірусні ☐ вітаміни ☐ інші ліки ☐ не приймаю
- 15) Чи приймаєте Ви антибіотики при ГРВІ (гострих респіраторних вірусних інфекціях)?
☐ так, завжди ☐ так, при виникненні ускладнень ☐ ні

- 16) Чи були випадки коли Ви припиняли приймати антибіотики на декілька днів раніше, ніж зазначено в рецепті чи інструкції? ☐ так ☐ ні
- 17) Чи приймаєте Ви анальгетики у випадках коли болить голова?
☐ так, завжди ☐ так, інколи ☐ ні, не приймаю
- 18) Чи «призначаєте» Ви собі ферментні засоби при відчутті важкості у шлунку?
☐ так, завжди ☐ так, інколи ☐ ні, не приймаю
- 19) Чи вживаєте Ви біологічно активні добавки (БАД)? Якщо так, то як часто?
☐ ні, не вживаю ☐ вживаю постійно ☐ вживаю сезонно
- 20) Що Ви вважаєте поліпрагмазією (поліфармацією)?
☐ одночасне приймання 2-ох ліків ☐ одночасне приймання 3-ох–5-ох ліків ☐ одночасне приймання 6-ох і більше ліків
- 21) Ви курите? ☐ так ☐ ні
- 22) Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?
☐ щодня ☐ кілька разів на тиждень ☐ кілька разів на місяць ☐ кілька разів на рік ☐ не вживаю
- 23) Чи траплялися у Вас випадки поєднання приймання ліків з вживанням алкоголю? ☐ так ☐ ні
- 24) Чи завжди перед прийманням ліків Ви читаєте інструкцію до застосування?
☐ так, завжди ☐ так, іноді ☐ ні, ніколи
- 25) Яке Ваше відношення до самолікування?
☐ застосовуєте завжди ☐ застосовуєте рідко ☐ не застосовуєте
- 26) Чи завжди Ви досягали терапевтичного ефекту при самолікуванні?
☐ так, завжди ☐ ні, не завжди ☐ треба було звертатися до лікаря
- 27) Які, на Вашу думку, ліки мають відпускатись за рецептом?
☐ оральні гормональні контрацептиви ☐ ненаркотичні анальгетики ☐ вітаміни ☐ нестероїдні протизапальні засоби ☐ антибіотики ☐ все перелічене
- 28) Вкажіть фактори, які Вас лякають у фармакотерапії:
☐ відсутність ліків в аптеці ☐ висока вартість ☐ побічні ефекти ☐ взаємодія з іншими ліками ☐ Ваше незнання механізму дії ліків
- 29) Які ліки Ви приймали впродовж останнього місяця (назва лікарського засобу)?

Повідомте коротко про себе

Ваш фах:

☐ студент (факультет _____) курс ☐ I-й ☐ II-й ☐ III-й ☐ IV-й ☐ V-й ☐ VI-й)

☐ лікар (зазначте спеціальність) _____

☐ провізор ☐ фармацевт ☐ медсестра

Ваш вік _____ років

Ваша стать: ☐ чоловік

☐ жінка

Дата заповнення _____

Дякуємо за співпрацю !

Додаток Г

КАРТА ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ КОРИСТУВАЧІВ ПРОГРАМИ «Тест сумісності лікарських засобів»

Шановний колего!

Ви обрані експертом щодо оцінки програми «Тест сумісності лікарських засобів». Після проходження тестування згідно даної програми Вам необхідно погодитися чи заперечити варіанти запропонованих відповідей на поставлене запитання (підкресливши при цьому “ні” або “так”), або в окремих запитаннях відмітити бал від 1 до 10.

1. Наскільки інформативною є дана програма? (поставте за рівнем значимості бали від 1 до 10)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Чи у подальшому Ви будете нею користуватись?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Чи порекомендуєте ви її своїм знайомим?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. На вашу думку, чи можуть її використовувати пересічні громадяни (не медики)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Оцініть характеристики Програми та що, на Вашу думку, потребує доопрацювання?

	Характеристики	Оцінка у балах (від 0 до 10)										Потреба доопрацювання (ТАК/НІ)
1.	Доступність пошуку програми	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ТАК/НІ
2.	Зручність	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ТАК/НІ
3.	Кількість лікарських засобів	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ТАК/НІ
4.	Навчальна мета	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ТАК/НІ
5.	Дизайн	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ТАК/НІ
6.	Наповненість	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ТАК/НІ

ЗАУВАЖЕННЯ _____

прошу вписати

ПРОСИМО ВАС ЗАПОВНИТИ ДАНІ ПРО СЕБЕ

Стать	чоловік – 1, жінка – 2
Вік	
Факультет	Медичний – 1, стоматологічний – 2, фармацевтичний – 3
Курс	III, IV, V, VI

Дата “___” _____ 2018 р.

ДЯКУЄМО ЗА ВАШУ УЧАСТЬ!

Додаток Д АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

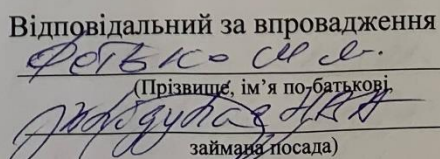
“ЗАТВЕРДЖУЮ”

 (керівник закладу, де проведено впровадження)
 “23” вересня 2019 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЇ У ПРАКТИКУ

1. **Назва пропозиції:** Програма лікової політики для молоді.
2. **Заклад, що його розробив, поштова адреса:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України; 79010 м. Львів, вул. Пекарська, 69.
3. **Джерела інформації:**
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Аналіз нозологій та ліків, що застосовуються здобувачами вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (за результатами соціологічного дослідження). – Соціальна фармація в охороні здоров'я. - 2018. - №4. – С. 44-49.
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Ставлення до процесу самолікування здобувачів вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (згідно результатів соціологічного дослідження). - Фармацевтичний часопис. – 2018. – №3. – С. 94-99.
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Комп'ютерна програма «Тест сумісності лікарських засобів». Свідectво про реєстрацію авторського права на твір № 82312 від 17.10.2018 р.
4. **Установа, де здійснено впровадження:** Виробника опіоїда Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького
5. **Термін впровадження:** з “23” вересня 2019 р. по “23” грудня 2019 р.
6. **Ефективність впровадження.** Запропонована нова форма клініко-фармацевтичного втручання дозволила попереджати негативні наслідки самолікування серед населення молодого віку. Завдяки ній зросла обізнаність молоді з питань несумісного поєднання медикаментів, зокрема щодо парацетамолу (на 70% більше правильних відповідей) та біфрену (на 45% більше правильних відповідей).
7. **Зауваження / пропозиції:** зауважень нема, пропозиція рекомендувати до впровадження у інших аптечних закладах.

“23” грудня 2019 р.

Відповідальний за впровадження

 (Прізвище, ім'я по-батькові)
 займає посаду)



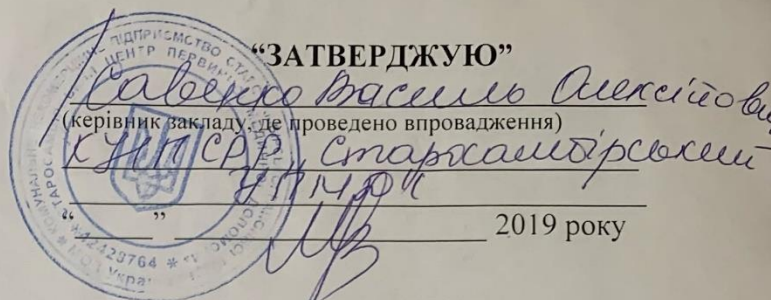
“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Дик Неофіла Васильовна
(керівник закладу, де проведено впровадження)
КП ЛОР “Антекант”
“10” грудня 2019 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЇ У ПРАКТИКУ

1. Назва пропозиції: Програма лікової політики для молоді.
2. Заклад, що його розробив, поштова адреса: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України; 79010 м. Львів, вул. Пекарська, 69.
3. Джерела інформації:
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Аналіз нозологій та ліків, що застосовуються здобувачами вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (за результатами соціологічного дослідження). – Соціальна фармація в охороні здоров'я. - 2018. - №4. – С. 44-49.
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Ставлення до процесу самолікування здобувачів вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (згідно результатів соціологічного дослідження). - Фармацевтичний часопис. – 2018. – №3. – С. 94-99.
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Комп'ютерна програма «Тест сумісності лікарських засобів». Свідectvo про реєстрацію авторського права на твір № 82312 від 17.10.2018 р.
4. Установа, де здійснено впровадження: КП ЛОР “Антекант”
5. Термін впровадження: з “10” вересня 2019 р. по “10” грудня 2019 р.
6. Ефективність впровадження. Запропонована програма лікової політики дозволила попереджати негативні наслідки самолікування. Її використання підвищило обізнаність населення молодого віку з питань несумісного поєднання медикаментів, зокрема щодо парацетамолу (на 55% більше правильних відповідей), декатилену (на 45% більше правильних відповідей) та дексалгіну (на 40% більше правильних відповідей).
7. Зауваження / пропозиції: рекомендувати до впровадження у інших аптечних закладах.

“10” грудня 2019 р.

Відповідальний за впровадження
Сосновська Таліна Олександрівна
(Прізвище, ім'я по-батькові,
заступник завідувача
займана посада)



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЇ У ПРАКТИКУ

1. Назва пропозиції: програма лікової політики для молоді.
2. Заклад, що його розробив, поштова адреса: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України; 79010 м. Львів, вул. Пекарська, 69.
3. Джерела інформації:
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Аналіз нозологій та ліків, що застосовуються здобувачами вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (за результатами соціологічного дослідження). – Соціальна фармація в охороні здоров'я. - 2018. - №4. – С. 44-49.
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Ставлення до процесу самолікування здобувачів вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (згідно результатів соціологічного дослідження). - Фармацевтичний часопис. – 2018. – №3. – С. 94-99.
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Комп'ютерна програма «Тест сумісності лікарських засобів». Свідectво про реєстрацію авторського права на твір № 82312 від 17.10.2018 р.
4. Установа, де здійснено впровадження: КХМСРР „Сторосин-Бірючий ЦПМСР“
5. Термін впровадження: з “16” вересня 2019 р. по “16” грудня 2019 р.
6. Ефективність впровадження. Підвищення обізнаності населення молодого віку з питань менеджменту фармацевтичної інформації та попередження негативних наслідків самолікування.
7. Зауваження / пропозиції: зауважень нема, пропозиція рекомендувати до впровадження у закладах, які надають первинну медико-санітарну допомогу населенню України.

“16” грудня 2019 р.

Відповідальний за впровадження



ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор КНП «Рожищенський ЦПМСД»
Л. Басалик
(керівник закладу, де проведено впровадження)

«01» жовтня 2019 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙ У ПРАКТИКУ

1. **Назва пропозиції:** Програма лікової політики для молоді.
2. **Заклад, що його розробив, поштова адреса:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України; 79010 м. Львів, вул. Пекарська, 69.
3. **Джерела інформації:**
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Аналіз нозологій та ліків, що застосовуються здобувачами вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (за результатами соціологічного дослідження). – Соціальна фармація в охороні здоров'я. - 2018. - №4. – С. 44-49.
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Ставлення до процесу самолікування здобувачів вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (згідно результатів соціологічного дослідження). - Фармацевтичний часопис. – 2018. – №3. – С. 94-99.
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Комп'ютерна програма «Тест сумісності лікарських засобів». Свідectво про реєстрацію авторського права на твір № 82312 від 17.10.2018 р.
4. **Установа, де здійснено впровадження:** Комунальне некомерційне підприємство «Рожищенський центр первинної медико-санітарної допомоги»
5. **Термін впровадження:** з «01» жовтня 2019 р. по «27» грудня 2019 р.
6. **Ефективність впровадження.** Впровадження в практичну діяльність програми лікової політики для молоді підвищило обізнаність населення молодого віку з питань менеджменту фармацевтичної інформації, а також засад здорового способу життя, сприяло формуванню системного бачення шляхів вирішення проблеми.
7. **Зауваження / пропозиції:** рекомендувати до впровадження у закладах, які надають первинну медико-санітарну допомогу населенню України.

«27» грудня 2019 р.

Відповідальний за впровадження
Басалик Леся Іванівна
(Прізвище, ім'я по-батькові)
Директор КНП «Рожищенський ЦПМСД»
займана посадою

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
КНП „Рохівський ЦПМСД”
 (керівник закладу, де проведено впровадження)
Директор / Вигинська З.М.
“ 19 ” листопада 2019 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙ У ПРАКТИКУ

1. Назва пропозиції: програма лікової політики для молоді.
2. Заклад, що його розробив, поштова адреса: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України; 79010 м. Львів, вул. Пекарська, 69.
3. Джерела інформації:
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Ставлення до процесу самолікування здобувачів вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (згідно результатів соціологічного дослідження). - Фармацевтичний часопис. - 2018. - №3. - С. 94-99.
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Аналіз нозологій та ліків, що застосовуються здобувачами вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (за результатами соціологічного дослідження). - Соціальна фармація в охороні здоров'я. - 2018. - №4. - С. 44-49.
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Комп'ютерна програма «Тест сумісності лікарських засобів». Свідectvo про реєстрацію авторського права на твір № 82312 від 17.10.2018 р.
4. Установа, де здійснено впровадження: КНП „Рохівський ЦПМСД”
5. Термін впровадження: з “18” серпня 2019 р. по “18” листопада 2019 р.
6. Ефективність впровадження. Запроваджена програма покращила аналіз фармакотерапії серед населення молодого віку, та сформувала системне бачення щодо оптимізації у них здорового способу життя.
7. Зауваження / пропозиції: рекомендувати до впровадження в амбулаторіях загальної практики / сімейної медицини.

“19” листопада 2019 р.

Відповідальний за впровадження
Захарева Наталія Юріївна
 (Прізвище, ім'я по-батькові)
начальник відділу надіїв
 (займана посада)
ЗБ

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
ФОП Макур Х.І.
 (керівник закладу, де проведено впровадження)
Макур Хрисченя

“ 2 ” ГРУДНЯ

2019 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЇ У ПРАКТИКУ

1. Назва пропозиції: Програма лікової політики для молоді.
2. Заклад, що його розробив, поштова адреса: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України; 79010 м. Львів, вул. Пекарська, 69.
3. Джерела інформації:
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Аналіз нозологій та ліків, що застосовуються здобувачами вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (за результатами соціологічного дослідження). – Соціальна фармація в охороні здоров'я. - 2018. - №4. – С. 44-49.
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Ставлення до процесу самолікування здобувачів вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (згідно результатів соціологічного дослідження). - Фармацевтичний часопис. – 2018. – №3. – С. 94-99.
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Комп'ютерна програма «Тест сумісності лікарських засобів». Свідчення про реєстрацію авторського права на твір № 82312 від 17.10.2018 р.
4. Установа, де здійснено впровадження: ФОП „МАКУХ Х.І.”
5. Термін впровадження: з “2” ВЕРЕСНЯ 2019 р. по “2” ГРУДНЯ 2019 р.
6. Ефективність впровадження. Нова форма клініко-фармацевтичного втручання дозволила попереджати негативні наслідки самолікування серед населення молодого віку. Завдяки ній зросла обізнаність молоді з питань сумісного поєднання медикаментів, зокрема щодо альтабору (на 45% більше правильних відповідей) та дексалгіну (на 40% більше правильних відповідей).
7. Зауваження / пропозиції: зауважень нема, пропозиція рекомендувати до впровадження у інших аптечних закладах.

“2” ГРУДНЯ 2019 р.

Відповідальний за впровадження

Макур Хрисченя Христин
 (Прізвище, ім'я по-батькові,
 керівник
 займана посада)

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Мельник М.Б.
 (керівник закладу, де проведено впровадження)
Фоп. „Мельник М.Б.”
 “ ” 2019 року

(ПІС) ОСОБА - ПІДПРИЄМСТВО
 ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСТЬ
 3144603303
 Мар'яна Богданівна

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙ У ПРАКТИКУ

1. Назва пропозиції: Програма лікової політики для молоді.
2. Заклад, що його розробив, поштова адреса: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України; 79010 м. Львів, вул. Пекарська, 69.
3. Джерела інформації:
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Аналіз нозологій та ліків, що застосовуються здобувачами вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (за результатами соціологічного дослідження). – Соціальна фармація в охороні здоров'я. - 2018. - №4. – С. 44-49.
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І. Ставлення до процесу самолікування здобувачів вищої медичної освіти на до- та післядипломному етапі (згідно результатів соціологічного дослідження). - Фармацевтичний часопис. – 2018. – №3. – С. 94-99.
 - Зіменковський А. Б., Заремба Н. І., Гутор Т. Г. Комп'ютерна програма «Тест сумісності лікарських засобів». Свідectvo про реєстрацію авторського права на твір № 82312 від 17.10.2018 р.
4. Установа, де здійснено впровадження: Фоп „Мельник М.Б.”
5. Термін впровадження: з “26” серпня 2019 р. по “25” листопада 2019 р.
6. Ефективність впровадження. Програма лікової політики підвищила обізнаність населення молодого віку з питань сумісного поєднання медикаментів, зокрема щодо парацетамолу (на 60% більше правильних відповідей) та анальгину (на 45% більше правильних відповідей).
7. Зауваження / пропозиції: рекомендувати до впровадження у інших аптечних закладах.

“25” листопада 2019 р.

Відповідальний за впровадження

Мельник М.Б.
 (Прізвище, ім'я по-батькові,
 займає посаду)
Мар'яна Богданівна
 3144603303
 ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСТЬ