ДІЄМО ДЛЯ ЗДОРОВ'Я

Україно-швейцарський проєкт
«Скорочення поширеності факторів
ризику неінфекційних захворювань в Україні»

ПРОФІЛАКТИКА ТА КОНТРОЛЬ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ

ПОСІБНИК ДЛЯ ВИКЛАДАЧА

КИЇВ – 2022

Проєкт реалізується:

GFA CONSULTING GROUP

HUG Hôpitaux Universitaires Genève

БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ І ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

onehealth

За підтримки:

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

За підтримки Швейцарії

ШКОЛА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
Києво-Могилянської академії

ПРОФІЛАКТИКА ТА КОНТРОЛЬ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ

ПОСІБНИК ДЛЯ ВИКЛАДАЧА

КИЇВ – 2022

Неінфекційні захворювання (НІЗ) – основна причина захворюваності, інвалідності та смертності в усьому світі загалом та в Україні зокрема. НІЗ створюють значний тягар для економік країн та суттєво впливають на якість життя людей. Доведено, що переважну більшість НІЗ можна попередити шляхом реалізації досить простих заходів, однак для цього потрібна співпраця партнерів з різних секторів, а також активна залученість громадян.

Сьогодні питання профілактики та контролю НІЗ включено до політичного порядку денного. Планування, реалізація та оцінка заходів у сфері НІЗ потребує ґрунтовних знань та розуміння підходів, які дозволять зробити це швидко і якісно.

У цьому посібнику систематизовано інформацію щодо основних сфер, пов'язаних з НІЗ. Інформація розділена на 15 модулів, згрупованих у п'ять блоків: вступ до НІЗ; підходи до епіднагляду та методи досліджень; промоція здоров'я, комунікація та адвокація; політики та стратегії; НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій.

Посібник буде корисним, насамперед, для фахівців громадського здоров'я. Матеріали посібника викладені таким чином, що можуть бути використані як для самоосвіти, так і для так і для викладання тем з НІЗ тим фахівцям, яким це може бути цікаво.

Для зручності викладання матеріалу під час навчання для викладачів було розроблено 15 презентацій (до кожного блоку), які є невід'ємною складовою цього посібника.

Посібник розроблено в межах реалізації україно-швейцарського проєкту «Діємо для здоров'я» у співпраці зі Школою охорони здоров'я Києво-Могилянської Академії.

У разі використання матеріалів посібника, а також при тиражуванні у будь-якій формі (частини або цілого тексту), посилання на це видання є обов'язковим.

Інформація, наведена у посібнику, не обов'язково відображає позицію донора.

ПОСІБНИК РОЗПОВСЮДЖУЄТЬСЯ БЕЗКОШТОВНО

Дизайн посібника – Катерина Кириченко
Підписано до друку 20.07.2022 р.
Замовник – Україно-швейцарський проєкт «Діємо для здоров'я»
Наклад – 100 прим.
© Україно-швейцарський проєкт «Діємо для здоров'я»

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ

Вернигор Юлія — магістр менеджменту організацій в охороні здоров'я, старший викладач Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія», Україна (Модулі 3, 5, 6)

Гейко Леся — аспірантка програми «Управління в охороні здоров'я» Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія», Україна (Модуль 7)

Кот Яп (Koot Jaap) — лікар, магістр бізнес адміністрування, керівник групи підтримки програми інститутів громадського здоров'я, GFA-group (м. Гамбург, Німеччина), декан факультету навчання з питань глобального здоров'я, Медичний центр Гронінгена, Нідерланди (Модулі 1, 2, 3, 4)

Медвідь Анастасія — керівник проєктів консалтингової агенції One Health, Україна (Модулі 8, 9)

Скрипнікова Олена — магістр біології, кандидат PhD у сфері управління в охороні здоров'я, старший викладач Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія», Україна (Модуль 1)

Худоназаров Джума (Khudonazarov Juma) — лікар, керівник україно-швейцарського проєкту «Скорочення поширеності факторів ризику НІЗ в Україні» (коротка назва – «Діємо для здоров'я»), Україна (Модуль 15)

Шевченко Марина — доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія», Україна (Модулі 2, 5, 11, 13)

Юрочко Тетяна — кандидат наук з державного управління, доцент, керівник Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія», Україна (Модулі 4, 10, 12, 14)

БЛОК 1.
ВСТУП ДО НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

11

Модуль 1. Зміни у демографії глобального здоров'я 13
Модуль 2. Типи неінфекційних захворювань та фактори ризику 31
Модуль 3. Тягар НІЗ. Нерівності, пов'язані з НІЗ та ефективні рішення 49
Модуль 4. Інтегрований, мультидисциплінарний підхід до профілактики та контролю НІЗ протягом усього життя людини 67

БЛОК 2.
ПІДХОДИ ДО ЕПІДНАГЛЯДУ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ У СФЕРІ НІЗ

87

Модуль 5. Епіднагляд за НІЗ 89
Модуль 6. Дослідження у сфері НІЗ 121

БЛОК 3.
ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я, КОМУНІКАЦІЇ ТА АДВОКАЦІЯ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НІЗ

155

Модуль 7. Промоція здоров'я та профілактика НІЗ 157
Модуль 8. Комунікації у сфері профілактики та контролю НІЗ. Зміна поведінки 179
Модуль 9. Адвокаційні стратегії у сфері профілактики та контролю НІЗ 199

БЛОК 4.
ПОЛІТИКИ ТА СТРАТЕГІЇ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НІЗ 233

Модуль 10. Політики та стратегії щодо НІЗ: від глобального бачення до локальних заходів 235
Модуль 11. Роль системи охорони здоров'я у профілактиці та контролі НІЗ 257
Модуль 12. Встановлення пріоритетів у сфері профілактики та контролю НІЗ 293
Модуль 13. Управління НІЗ на рівні громад 309
Модуль 14. Міжсекторальна взаємодія у сфері профілактики та контролю НІЗ 335

БЛОК 5.
НІЗ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ 367

Модуль 15. НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій 369

ДОДАТКИ 390

ВСТУП

Неінфекційні захворювання (НІЗ) – хронічні хвороби, що, зазвичай, мають тривалий перебіг[1]. Сьогодні НІЗ є однією з найбільших проблем систем громадського здоров'я в усьому світі. Щорічно від НІЗ помирає понад 40 млн осіб в усьому світі, що становить 71 % усіх випадків смертності, а основний тягар припадає саме на країни з низьким і середнім рівнем доходу. В структурі смертності найбільшу частку (майже 45 %) становлять серцево-судинні захворювання, за ними йдуть онкологічні 22 %), респіраторні 10 %) хвороби та цукровий діабет 4 %).

Досить часто НІЗ пов'язують зі старшими віковими групами, хоча насправді понад третину смертей від цих хвороб трапляється серед осіб віком 30 – 69 років.

В Україні 91 % усіх смертей пов'язані з НІЗ[2]. Значною є поширеність цих хвороб серед населення, що впливає на якість життя та створює навантаження на систему охорони здоров'я.

Особливістю неінфекційних захворювань є те, що їм можна запобігти, якщо знизити фактори ризику. За даними оцінки, зробленої Світовим банком в Україні у 2010 році, близько половини усіх смертей серед людей у віці до 75 років можна було б уникнути завдяки належній профілактиці та лікуванню[3].

Саме тому важливо розуміти принципи, підходи та стратегії профілактики і контролю НІЗ, а також вміти планувати, впроваджувати та оцінювати заходи, які дозволять знизити тягар неінфекційних захворювань.

У цьому посібнику представлено ключову інформацію у сфері профілактики та контролю НІЗ, яка структурована за принципом блоків та модулів з основних тем.

БЛОК 1. Вступ до неінфекційних захворювань
Модуль 1. Зміни у демографії глобального здоров'я
Модуль 2. Типи неінфекційних захворювань та фактори ризику
Модуль 3. Тягар НІЗ. Нерівності, пов'язані з НІЗ та ефективні рішення
Модуль 4. Інтегрований, мультидисциплінарний підхід до профілактики та контролю НІЗ протягом усього життя людини

БЛОК 2. Підходи до епіднагляду та методи досліджень у сфері НІЗ
Модуль 5. Епіднагляд за НІЗ
Модуль 6. Дослідження у сфері НІЗ

1 Інформаційний бюлетень ВООЗ. Червень 2018 р. URL: http://surl.li/bwmbv
2 Global. Both sexes. All ages, 2017, DALYs. In GDB compare – Viz Hub [online database]. Washington (DC): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019. URL: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/
3 Rekha Menon. Combating Ukraine's Health Crisis: Lessons from Europe. Europe and Central Asia, World Bank. Volume 17, January 2010. URL: https://is.gd/lnTQRm

БЛОК 3. Промоція здоров'я, комунікації та адвокація у сфері профілактики та контролю ВІЗ
Модуль 7. Промоція здоров'я та профілактика ВІЗ
Модуль 8. Комунікації у сфері профілактики та контролю ВІЗ. Зміна поведінки
Модуль 9. Адвокаційні ctwратегії у сфері профілактики та контролю ВІЗ

БЛОК 4. Політики та стратегії у сфері профілактики та контролю ВІЗ
Модуль 10. Політики та стратегії щодо ВІЗ: від глобального бачення до локальних заходів
Модуль 11. Роль системи охорони здоров'я у профілактиці та контролі ВІЗ
Модуль 12. Встановлення пріоритетів у сфері профілактики та контролю ВІЗ
Модуль 13. Управління ВІЗ на рівні громад
Модуль 14. Міжсекторальна взаємодія у сфері профілактики та контролю ВІЗ

БЛОК 5. ВІЗ в умовах надзвичайних ситуацій
Модуль 15. ВІЗ в умовах надзвичайних ситуацій

Кожен навчальний модуль є логічно завершеною самостійною темою, але разом з тим усі модулі пов'язані між собою і викладені у логічній послідовності, що дозволяє представити тему профілактики та контролю ВІЗ комплексно і зрозуміло. Модульна система надає можливості викладання як цілої теми, так і окремих її частин, залежно від потреб.

Під час розробки навчальних матеріалів було використано кращий міжнародний досвід та підходи з відповідною їхньою адаптацією до українських умов. Кожен модуль містить теоретичну частину та практичні вправи, виконання яких сприяє кращому засвоєнню матеріалу та відпрацюванню практичних навичок з кожної теми. Також для кожного модуля розроблено перелік тестових завдань для оцінки знань.

Цей посібник створено як керівництво для викладачів, щоб допомогти їм викладати тему профілактики та контролю ВІЗ фахівцям, які працюють у сфері громадського здоров'я або зацікавлені у ній. Посібник включає інформацію про структуру та тривалість кожного модуля, рекомендації щодо викладання кожної теми, організації навчального процесу та виконання практичних завдань, перелік рекомендованої літератури та корисних інструментів, що дозволяє досягти найкращого засвоєння матеріалу. Окрім того, до кожного модуля додаються презентаційні слайди, які є невід'ємною частиною цих навчальних матеріалів. Разом з тим, посібник можна використовувати і для самонавчання.

Для викладання кожного з модулів, що входить до цього посібника, розраховано необхідну кількість годин. Загальна тривалість навчального курсу (5 блоків, 15 модулів) становить 38 годин. У додатку 1 наприкінці цього посібника наведено орієнтовну програму тренінгу з розбивкою за днями. Також для закріплення знань можна запропонувати учасникам тренінгу розробити та реалізувати невеликий проєкт, спрямований на вирішення пріоритетної проблеми у сфері ВІЗ у регіоні, громаді, закладі або групі.

Додаток наприкінці посібника містить перелік навчальних модулів, розподілених за блоками, з навчальними цілями та вказаною кількістю годин, необхідних для викладення кожного з модулів.

СКОРОЧЕННЯ

AUDIT _____ тест на виявлення порушень, пов'язаних зі споживанням алкоголю
ВВП _____ валовий внутрішній продукт
ВООЗ_____ Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО _____ внутрішньо переміщені особи
ВСС _____ інструмент зміни поведінки за допомогою комунікації
ГЗ _____ гостре захворювання
ГПЗ_____ грипоподібне захворювання
ГХ _____ гіпертонічна хвороба
DALY _____ роки життя з поправкою на інвалідність
ESPAD_____ міжнародний проект «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин»
ЄС_____ Європейський Союз
GATS _____ глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну
GBD _____ глобальний тягар захворювань
GYTS _____ глобальне опитування молоді щодо вживання тютюну
HBSC _____ міжнародне опитування «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді»
HPV _____ папілома вірус людини
ІМТ _____ індекс маси тіла
ІТ_____ інформаційні технології
ІХС _____ ішемічна хвороба серця
КАРВ_____ опитування стосовно знань, ставлення, практик та переконань
КМІС _____ Київський міжнародний інститут соціології
LMICs_____ країни з низьким та середнім рівнем прибутку
ОДА_____ обласна державна адміністрація
ОР_____ обласна рада
ОТГ_____ об'єднана територіальна громада
МЕРТ _____ Міністерство економічного розвитку і торгівлі України
ММС_____ Міністерство молоді та спорту України
МОЗ _____ Міністерство охорони здоров'я України
МОН_____ Міністерство освіти і науки України
МРГТ _____ Міністерство розвитку громад і територій України
МСП _____ Міністерство соціальної політики України

НІЗ _____ неінфекційні захворювання
НАМН _____ Національна академія медичних наук України
НПД з НІЗ _ Національний план дій стосовно неінфекційних захворювань
НСЗУ _____ Національна служба здоров'я України
НУО _____ неурядова організація
ООН_____ Організація Об'єднаних Націй
ОПР _____ очікуваний позитивний результат
ПМСД _____ первинна медико-санітарна допомога
ПОВ _____ первинні одиниці відбору
РГ _____ робоча група
РДА _____ районна державна адміністрація
РКБТ ВООЗ Рамкова Конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну
РПД _____ регіональний план дій
РЦГЗ _____ регіональний центр громадського здоров'я
СБ_____ Світовий банк
ССЗ_____ серцево-судинні захворювання
СОЗ _____ система охорони здоров'я
CDC _____ Центри з контролю та профілактики захворювань (США)
SoP_____ стандарти діяльності
ToT _____ навчання викладачів
ХОЗЛ_____ хронічне обструктивне захворювання легень
ЦГЗ _____ Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України
ЦД _____ цукровий діабет
ЦКПХ _____ центр контролю та профілактики хвороб
ЦСР _____ Цілі сталого розвитку
УІСД _____ Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка
ШАРС _____ Швейцарська агенція з розвитку та співробітництва
ШБС_____ Швейцарське бюро співробітництва в Україні
ШОЗ _____ Школа охорони здоров'я Києво-Могилянської академії
UNICEF ____ Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй
USAID _____ Агенція США з міжнародного розвитку
WHO PEN _ пакет основних заходів ВООЗ стосовно неінфекційних захворювань
YLL_____ втрачені роки життя

БЛОК 1.
ВСТУП ДО НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Неінфекційні захворювання (НІЗ) – це захворювання, які не передаються від людини до людини. До них належать серцево-судинні, онкологічні захворювання, цукровий діабет, захворювання дихальної системи. Також до НІЗ можна віднести захворювання нирок, епілепсію та психічні розлади. Нещасні випадки і травми також можна розглядати як неінфекційні захворювання. НІЗ є основними причинами захворюваності та смертності майже у всіх країнах світу, навіть у країнах з високим рівнем доходу. Більшість НІЗ є хронічними та потребують безперервного лікування.

Особливістю неінфекційних захворювань є те, що їм можна запобігти, якщо знизити фактори ризику, які поділяють на поведінкові, метаболічні, генетичні, екологічні та психосоціальні. Поведінкові фактори ризику – вживання тютюну та алкоголю, брак фізичної активності та нездорове харчування – найкраще піддаються модифікації, адже напряму залежать від способу життя людини. До метаболічних ризиків відносять надмірну вагу та ожиріння, артеріальну гіпертензію (підвищений кров'яний тиск), гіперглікемію (високий вміст цукру у крові) та гіперліпідемію (високий вміст жирів у крові). Екологічні фактори – це забруднення довкілля. Психосоціальні чинники пов'язані з оточенням людини (наприклад, стреси тощо), а генетичні – зі спадковою схильністю до тих чи інших хронічних захворювань.

Завдяки поліпшенню соціально-економічного становища багатьох людей, покращенню медичного обслуговування та доступу до лікарських засобів люди живуть довше, але з більшою кількістю хронічних захворювань. Це впливає як на стан здоров'я загалом, так і на якість життя. На НІЗ найчастіше страждають люди з низьким соціально-економічним статусом.

Зниження захворюваності та смертності внаслідок НІЗ є складним завданням. Розв'язати проблеми НІЗ лише силами сектору охорони здоров'я неможливо. Тому потрібна активна залученість інших секторів та ефективна координація співпраці з ними.

Цей блок є першим у навчальному курсі й складається з **4-х навчальних модулів**.
Модуль 1. Зміни в демографії глобального здоров'я.
Модуль 2. Типи неінфекційних захворювань (НІЗ) та фактори ризику.
Модуль 3. Тягар НІЗ. Нерівності, пов'язані з НІЗ, та ефективні рішення.
Модуль 4. Інтегрований, мультидисциплінарний підхід до профілактики та контролю НІЗ протягом усього життя людини.

МОДУЛЬ 1.
ЗМІНИ У ДЕМОГРАФІЇ ГЛОБАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

ЗМІСТ

1. Вступ 14
2. Навчальні цілі 14
3. Короткий огляд модуля 14
3.1. Структура презентації 14
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 15
3.3. Практична робота 16
4. Підготовка до проведення модуля 16
4.1. Структура та тривалість модуля 16
4.2. Матеріали та обладнання 16
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 16
5. Список рекомендованої літератури 17
Додаток 1. Коментарі до презентації в PowerPoint 18
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 26
Запитання для оцінювання знань 80

1. ВСТУП

У минулому сторіччі населення світу дуже швидко зростало. Сьогодні зростання населення в європейських країнах сповільнюється, а на інших континентах продовжується. У більшості країн можна спостерігати старіння населення, оскільки все більше людей живуть довше. Ці демографічні зміни є невіддільною складовою громадського здоров'я, оскільки вони визначають тягар хвороб, а отже, і необхідність їх профілактики.

Цей модуль зосереджений на демографічних концепціях та на чинниках, що впливають на демографічні зміни як на індивідуальному рівні, так і на популяційному.

Модуль також пояснює основні епідеміологічні концепції та концепції детермінант здоров'я для розуміння чинників впливу; наслідки зміни демографічних показників для сектору охорони здоров'я, особливо сектору громадського здоров'я.

Окрім того, модуль пропонує слухачам можливість працювати з демографічними й епідеміологічними концепціями та з їхньою допомогою проаналізувати проблеми громадського здоров'я.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Наприкінці модуля слухачі знають і можуть пояснити такі поняття та терміни:

- старіння населення та зміна епідеміологічних моделей через демографічні зміни;
- глобалізація через торгівлю, комунікації та вплив на медичні послуги;
- урбанізація та вплив на умови життя мешканців міст;
- модернізація, індустріалізація і пов'язані з цим нові захворювання;
- соціальні детермінанти здоров'я та їхній вплив на рівність доступу до послуг охорони здоров'я.

Окрім того, слухачі зможуть використовувати демографічні та епідеміологічні концепції в аналізі конкретних випадків зі сфери громадського здоров'я.

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Демографія, демографічний та епідеміологічний переходи
   – Що таке демографія? Визначення демографії, населення, демографічного переходу, вікових пірамід.

ii. Старіння населення й зміна демографічних і епідеміологічних моделей

iii. Глобалізація та її вплив на систему охорони здоров'я
- Економічна глобалізація як рушійна сила, транскордонна торгівля, обіг товарів та осіб, міграція, зміна способу життя, поширення хвороб.
- Межі глобалізації та здоров'я (взаємодія між різними впливами).

iv. Урбанізація та її вплив на умови життя

v. Модернізація, індустріалізація й нові захворювання

vi. Чинники здоров'я (соціальні детермінанти здоров'я) та їхній вплив на рівність доступу до послуг охорони здоров'я
- Концепція соціальних детермінант здоров'я. Соціальні детермінанти здоров'я, соціальний градієнт, відмінності в очікуваній тривалості життя, медична грамотність.
- Нерівність між країнами, всередині країн, групами населення, рівнями освіти.

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модулю.

Коментарі до слайдів наведено в додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

- У минулому столітті демографічні зміни були величезними, а неінфекційні захворювання відіграють важливу роль у демографічному переході.
- В усіх країнах тривалість життя збільшилася, але люди часто живуть довше з одним або навіть декількома хронічними захворюваннями.
- Очікувана тривалість життя в більшості країн світу значно зросла.
- Більшість неінфекційних захворювань проявляються не через одну помітну причину, а через взаємодію факторів ризику, які також називаються детермінантами здоров'я. Зокрема, детермінанти здоров'я можуть бути внутрішніми (генетичні особливості організму) або зовнішніми (спосіб життя, довкілля тощо).
- Тягар хвороб і вплив соціальних факторів ризику розподіляються неоднаково в суспільстві, а об'єднуються для певних умовних груп населення, наприклад для осіб з низьким рівнем освіти, низьким рівнем доходу, людей, що живуть в незадовільних умовах тощо.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Робота в групах з виконанням завдань, презентацією результатів та їх подальшим обговоренням (додаток 2).

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. СТРУКТУРА ТА ТРИВАЛІСТЬ МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 120 хвилин (2 години):

- вступ та лекційна частина – 60 хвилин;
- робота в групах та обговорення – 45 хвилин;
- підсумки модуля і тези для запам'ятовування – 15 хвилин.

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

- презентація в PowerPoint;
- проєктор, екран і комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт і папір для фліпчарту, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/ листки паперу та ручки/ олівці для всіх учасників;
- роздруковані матеріали для практичної роботи (Карта 1 та Карта 2) – по одному примірнику кожної карти для кожного учасника.

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ

- Вивчіть презентацію PowerPoint та конспекти лекцій у додатку 1.

- Щоб знайти додаткову інформацію та краще розібратися в темі, використовуйте матеріали для читання, згадані в розділі 5.

- Під час підготовки можна переглянути інші лекції, пов'язані з демографією, розміщені на YouTube:
  - Джоел Коен: вступ до демографії – https://is.gd/TMTYk3
  - Соціологія Естер: Демографія (народжуваність, смертність, фертильність і старіння населення) – https://is.gd/De5qe0

- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та подумайте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої ви проводитимете навчання.

- Ознайомтеся з тестовими питання до модуля та відповідями до них, що наведені наприкінці блоку 1.

5. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Відділ статистики ООН: Огляд демографічних концепцій та методів. URL: https://is.gd/HYxr3q
- Вудворд Д та ін. Глобалізація та здоров'я: структура для аналізу та дій, Вісник Всесвітньої організації охорони здоров'я, 2001, 79: 875–881. URL: https://is.gd/xfheTs
- Лабонте, Р. та ін. Дедалі більший вплив глобалізації на охорону здоров'я та практику громадського здоров'я, Annu. Rev. Public Health 2011. 32:263–83. URL: https://is.gd/yVqfKZ
- Elsey H, Agyepong I, Huque R, et al. Переосмислення систем охорони здоров'я в контексті урбанізації: виклики чотирьох країн, що швидко урбанізувалися, з низьким та середнім рівнем доходу BMJ Global Health 2019; 4: e001501. URL: https://is.gd/umRlPO
- ЮНІДО, що означає індустріалізація для добробуту й чому це важливо. URL: https://is.gd/BynrQt
- Стефі Пулоз. Охорона праці. URL: https://is.gd/7CsECU
- Далгрун та Вайтхед. Європейські стратегії подолання соціальної нерівності у сфері охорони здоров'я, Спільний центр ВООЗ з питань політичних досліджень щодо соціальних детермінант здоров'я. URL: https://is.gd/c37xIk
- Комісія з питань соціальних детермінант здоров'я. Подолання прогалини між поколіннями. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: https://is.gd/AAwogD
- Ніколь Шольц. Розв'язання проблем нерівності у сфері здоров'я в Європейському Союзі, концепції, дії, стан справ. Європейський Парламент 2020. URL: https://is.gd/dS9JRj
- Курило І. Структурні характеристики народжуваності, їхні взаємозв'язки та демографічні чинники динаміки. Демографія та соціальна економіка, 2019, № 1 (35): 11–25. https://doi.org/10.15407/dse2019.01.011. URL: https://is.gd/oFH0D5
- Крімер, Б. Особливості сімейної політики у великих містах в умовах демографічного переходу. Демографія та соціальна економіка, 2021; 43(1), 19–37. URL: https://is.gd/34nZ7l

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ В POWERPOINT

СЛАЙДИ 1 – 2

Розкажіть учасникам тренінгу, що ви розпочинаєте навчальний блок, присвячений основним питанням, пов'язаним з неінфекційними захворюваннями. Він складається з 4 модулів.

Модуль 1. Зміни в демографії глобального здоров'я.
Модуль 2. Типи неінфекційних захворювань (НІЗ) та фактори ризику.
Модуль 3. Тягар НІЗ. Нерівності, пов'язані з НІЗ та ефективні рішення.
Модуль 4. Інтегрований, мультидисциплінарний підхід до профілактики та контролю НІЗ протягом усього життя людини.

СЛАЙДИ 3 – 4

Поясніть, що плануєте поговорити з учасниками про демографію та демографічні зміни в контексті глобального здоров'я. Наголосіть, що це перший модуль вступного блоку. Зробіть огляд презентації та розкажіть, про які теми йтиметься в презентації.

СЛАЙДИ 5 – 6

Наведіть визначення демографії. Перевірте, чи учасники зрозуміли його. Попросіть навести приклад різних типів демографії.

СЛАЙД 7

Демографічні дані пацієнтів – це основа даних для будь-якого закладу охорони здоров'я, адже вони дозволяють ідентифікувати пацієнтів та розбити їх на категорії з метою статистичного аналізу. Демографічні дані важливі, щоб зрозуміти відмінності та знайти причини, чому в деяких пацієнтів здоров'я гірше, ніж в інших. А це вже крок до того, щоб знайти рішення.

До демографічних даних ми відносимо дату народження, стать, дату смерті, етнічну приналежність, групу крові, контактну інформацію, дані про лікаря та страховку тощо.

СЛАЙД 8

Теорія демографічного переходу – це історичний зсув демографії від високої народжуваності та високого рівня дитячої смертності в суспільствах з мінімальними технологіями, освітою (особливо серед жінок) й економічним розвитком до демографії низького рівня народжуваності та низького рівня смертності в суспільствах з передовими технологіями, освітою й економічним розвитком, а також характеризує етапи між цими двома сценаріями.

Перевірте, чи учасники розуміють термінологію, й у разі потреби поясніть.

СЛАЙД 9

Демографічний перехід охоплює п'ять етапів. Розтлумачте учасникам кожний етап і наведіть приклади. Перевірте, чи слухачі зрозуміли різницю між етапами демографічного переходу.

Наголосіть на тому, що деякі країни, такі як Китай, Бразилія та Таїланд, дуже швидко пройшли через модель демографічного переходу завдяки швидким соціальним та економічним змінам.

Деякі країни, зокрема африканські, на другому етапі, схоже, зупиняються через гальмування економічного розвитку та вплив інфекційних захворювань, таких як малярія та ВІЛ/СНІД тощо.

СЛАЙД 10
Наведіть учасникам особливості демографічного переходу.

СЛАЙД 11
Поговоріть з учасниками про другий демографічний перехід, який розглядає зміни в моделях сексуальної та репродуктивної поведінки, що відбулися в Північній Америці та Західній Європі приблизно з 1963 року.

Розкажіть про те, що вперше теорія другого демографічного переходу була сформульована 1986 року Роном Лестеге та Дірком ван де Каа в короткій статті, опублікованій в нідерландському соціологічному журналі Mens en Maatschappij (»Люди та суспільство»).

Зазначте причини демографічних змін у розвинутих країнах: мотивація змінилася від традиційної та економічної до мотивації самореалізації.

СЛАЙД 12
Усі зміни на індивідуальному та субпопуляційному рівні врешті-решт призводять до демографічного переходу. Візуально його можна зобразити як перехід від форми піраміди до дзвону. Можна нагадати учасникам попередній слайд 9.

Спочатку рівень смертності зменшується, що призводить до збільшення чисельності населення.

Потім зменшується рівень народжуваності. Зараз у Європі відбувається скорочення кількості населення, перехід до низького рівня смертності та народжуваності.

В Україні кількість населення також зменшується. Обговоріть з учасниками, що це означає для майбутнього нашої країни.

СЛАЙД 13
Оскільки в усьому світі відзначається різке зниження народжуваності, важливо розуміти демографічний перехід як глобальний процес. Хоча ця універсальність була наріжним каменем класичних теорій переходу, протягом багатьох десятиліть експерти нехтували нею, оскільки народжуваність у країнах, що розвиваються, здавалося, не відповідала очікуваній схемі.

Розгляньте з учасниками графіки зміни загальних коефіцієнтів народжуваності (кількість народжених на одну жінку) серед країн на ранніх та на пізніх стадіях демографічного переходу.

Наголосіть, що особливості останніх перехідних періодів призвели до вищих темпів зростання населення й обіцяють поступитися місцем набагато швидшій динаміці старіння населення в багатьох країнах.

СЛАЙД 14
Розкажіть учасникам, що епідеміологічний перехід – це фаза розвитку, що характеризується раптовим і різким зростанням темпів збільшення кількості населення. Це спричинено покращенням продовольчої безпеки та інноваціями у сфері охорони здоров'я та медицини. Однак надалі зростання кількості населення відбувається повільніше через зниження рівня народжуваності.

Цей перехід пояснює те, що на зміну інфекційним захворюванням приходять неінфекційні. Адже в результаті покращення роботи системи охорони здоров'я та профілактики захворювань збільшується тривалість життя.

Теорія епідеміологічного переходу була сформульована Абделом Омраном 1971 року.

Розкажіть учасникам, що виділяють чотири стадії епідеміологічного переходу: доетапний, ранній етап, пізній етап, постетапний.

СЛАЙД 15
Розгляньте з учасниками етапи епідеміологічного переходу на прикладі розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ). Наголосіть на тому, що ССЗ розповсюджені в усьому світі. Вплив ССЗ на певні групи населення є більшим, ніж на інші.

У таблиці на слайді представлено дані про вікові групи, що мають ризик розвитку ССЗ.

СЛАЙД 16
Розкажіть слухачам про модель епідеміологічного переходу за А. Омраном, представлену на слайді.

Запитайте учасників, чи вони можуть навести для кожної моделі приклади країн (крім уже зазначених на слайді).

СЛАЙД 17
На слайді наведено приклад: поширеність різних типів онкологічних захворювань серед чоловіків і жінок в Україні 2017 року. Наведена інформація ілюструє, що демографічні дані можна використовувати для статистики.

СЛАЙД 18
На слайді представлено типовий епідеміологічний аналіз: тенденції розвитку раку щитоподібної залози в Україні в осіб, яким на момент вибуху Чорнобильської АЕС

було 0–14 років. Ось як радіоактивні речовини впливають на розвиток раку щитоподібної залози в людей.

СЛАЙД 19
На слайді наведено інший приклад епідеміологічного аналізу: Порівняння захворюваноасті та смертності внаслідок онкологічних захворювань у Європі.

Запитайте учасників, чому, на їхню думку, ми використовуємо ці порівняння.

Ми можемо використовувати такі порівняння для аналізу ризику розвитку раку, порівняння ефективності систем охорони здоров'я, відмінності між чоловіками та жінками (до речі, чоловіки частіше страждають на рак).

СЛАЙД 20
На слайді наведено основні тези для узагальнення особливостей демографічного та епідеміологічного переходів.

СЛАЙДИ 21 – 22
Запропонуйте учасникам поговорити про старіння населення, що є важливою складовою процесу демографічного переходу для будь-якої країни.

Старіння населення світу є результатом постійного зниження рівня народжуваності та збільшення тривалості життя.

Переконайтеся, що учасники зрозуміли нові терміни.

СЛАЙД 23
Поясніть учасникам сучасну концепцію глобального старіння населення.

Наголосіть, що у 20 сторіччі високий рівень народжуваності та низький рівень смертності спонукав країни проводити політику, спрямовану на контроль над демографічним бумом. Ця політика призвела до збільшення кількості громадян похилого віку та до зменшення кількості молодих громадян. Таке зниження народжуваності, яке спостерігається й сьогодні, призведе до ще істотнішого збільшення кількості населення похилого віку в майбутньому.

Окрім того, ці зрушення призвели до сильних соціально-економічних змін, оскільки існує велика відстань між молодим і старшим поколінням і відповідна відмінність у їхньому досвіді.

Запитайте учасників, як, на їх думку, старіння населення може вплинути на глобальне здоров'я населення в майбутньому.

СЛАЙД 24
Проаналізуйте з учасниками тренди зміни частки осіб віком 65+ років у загальній структурі населення серед країн Сходу та Далекого Сходу.

СЛАЙД 25
Зниження смертності та народжуваності, яке відбувається під час демографічного переходу, може змінити вікову структуру. Збільшення чисельності груп похилого віку часто свідчить про те, що населення досягло рівня народжуваності, нижчого за рівень заміщення, й, як наслідок, не має достатньої кількості людей працездатного віку для підтримки економіки та дедалі більшої кількості людей похилого віку.

Поясніть учасникам моделі статево-вікової структури.

Запитайте слухачів, як вони розуміють кожний етап зміни моделей та чи можуть вони навести приклади.

СЛАЙД 26
Цей слайд пропонує можливість обговорити зміну моделей населення України 1987 та 2017 років.

125 років тому фігура мала форму піраміди: багато дітей, мало людей похилого віку. Більшість людей помирала в молодому віці. Сьогодні піраміда має вигляд дзвону: більше людей похилого віку, люди помирають у старшому віці, менша кількість дітей. Попросіть слухачів пояснити причини. Як підсумок можна наголосити на тому, що такі зміни пов'язані з поліпшенням охорони здоров'я, кращою гігієною, кращою освітою, зменшеннями середнього розміру сім'ї (менше дітей на одну родину).

СЛАЙДИ 27 – 29
Розкажіть слухачам про те, як людей похилого віку підтримують у світі на прикладі 10 пріоритетів програми ВООЗ «Десятиріччя здорового старіння 2020–2030 рр.». Для розроблення цієї програми ВООЗ провела серію консультацій з експертами, персоналом ВООЗ і ключовими зацікавленими сторонами.

Запитайте учасників, чи знають вони інші подібні програми? Чи знають про програми для людей похилого віку в Україні?

Наголосіть на тому, що люди похилого віку мають багато потреб, і ці потреби потрібно підтримувати, піклуватися та задовольняти в будь-яких соціально-економічних умовах.

СЛАЙД 30
Поясніть учасникам, що в сучасному світі глобалізація відбувається практично в усіх галузях. І сфера охорони здоров'я не є виключенням. Однак, глобалізаційні процеси в охороні здоров'я мають двоякий характер: з одного боку, в країн з'являються нові можливості розвивати свою охорону здоров'я (наприклад, науково-технічне співробітництво, доступ населення до медичних послуг інших країн); з іншого боку, виникають потенційні загрози для охорони здоров'я окремих держав (наприклад, відтік медичного персоналу за кордон) та для загальносвітової охорони здоров'я загалом (наприклад, пандемії).

СЛАЙД 31
Поговоріть зі слухачами про чинники, що впливають на здоров'я.

СЛАЙД 32
На цій карті показано поширення COVID-19. Обговоріть зі слухачами причини швидкого поширення вірусу.

Підсумуйте, що основними причинами можуть бути висока заразність вірусу, його невивченість, відсутність імунітету, відсутність лікарських засобів, відсутність вакцини. Але також це пов'язано з глобальним переміщенням людей між країнами, активною торгівлею та високим рівнем соціалізації.

СЛАЙД 33
На карті показано поширення кліщів. Воно відбувається повільніше, ніж поширення covid-19, але також зачіпає всю Європу. Це призводить до нових типів захворювань і нових потреб в охороні здоров'я.

СЛАЙД 34
Порівняння та аналіз різних даних дозволяє встановити нові причинно-наслідкові зв'язки. Наприклад, на слайді представлено, що рівень забруднення повітря впливає на тривалість життя.

СЛАЙД 35
Ще один приклад – поширення туберкульозу, що залежить від переміщення людей по всьому світу.

СЛАЙДИ 36 – 39
Урбанізація – це найважливіша тенденція минулого століття. Вона мала значний вплив на структуру захворювань через зміну режиму харчування, режиму праці, чинників довкілля. Урбанізація має позитивні та негативні наслідки.

Обговоріть з учасниками позитивні та негативні наслідки урбанізації для здоров'я. Запитайте, що вони б ще додали до представленого переліку.

СЛАЙДИ 40 – 41
Перейдіть до питань індустріалізації та модернізації. Докладно поясніть модель, представлену на слайді 41. Розкажіть слухачам про те, що існує три рівні: ризики розвитку захворювань, власне захворювання та прогрес у їх лікуванні. Часто ми помічаємо зміни лише тоді, коли бачимо їхній вплив на ситуацію (наприклад, збільшення смертності). Тоді ми намагаємося знайти причини.

Завдяки кращому моніторингу ризиків ми можемо виявити зміни раніше й вжити заходів на більш ранньому етапі.

Запитайте думку учасників: чи є моніторинг ризиків і раннє втручання підходом, який подобається українським політикам?

Поясніть, що в Україні, на жаль, частіше практикують лікування хвороб, а не їх запобігання. Тобто ми боремося з наслідками, а не з причинами. Хоча якщо діяти навпаки, то це дозволяє заощадити ресурси та зберегти здоров'я населення. Власне, тому розвинуті країни віддають перевагу профілактиці хвороб.

СЛАЙД 42
Великий перехід 20-го сторіччя – це перехід від інфекційних хвороб до неінфекційних.

Запитайте слухачів, чому так відбулося, на їхню думку. Зробіть посилання на попередню інформацію про урбанізацію та модернізацію: зміна умов життя, зміна режиму харчування, нові залежності (куріння, зловживання алкоголем), підвищення добробуту, збільшення тривалості життя, покращення охорони здоров'я.

СЛАЙД 43
Навіть за останні 30 років ми все ще спостерігаємо зміни в структурі захворювань.

Запитайте в слухачів про найвагоміші зміни. Наприклад, 2017 року збільшилася частка захворювань шлунково-кишкового тракту, що може бути пов'язано як із харчовими продуктами, так і зі способом життя; зросла кількість ВІЛ-інфікованих, людей з туберкульозом і ЗПСШ, що може бути пов'язано з культуральними змінами та вищим рівнем соціалізації людей тощо.

СЛАЙДИ 44 – 47
Поясніть учасникам особливості та різницю рівнів здоров'я. Сконцентруйте увагу слухачів на індивідуальному та громадському рівнях здоров'я. Громадське здоров'я має нові ознаки та системні якості, що вимірюються соціально-демографічними та медико-статистичними показниками (наприклад, народжуваність, смертність, дитяча смертність, захворюваність, рівень фізичного розвитку людей, середня тривалість життя тощо). Запитайте слухачів, які приклади соціально-демографічних показників вони можуть навести для громадського рівня здоров'я.

СЛАЙД 48
Поясність учасникам наведені на слайді терміни про детермінанти здоров'я.

СЛАЙД 49
Розкажіть учасникам, що часто детермінанти поділяють на 2 групи – внутрішні та зовнішні. Наголосіть на тому, що повна відповідність зовнішнім і внутрішнім детермінантам є ідеальною основою для формування та збереження здоров'я. А постійні порушення цієї рівноваги є причинами погіршення здоров'я, особливо у випадках, коли відхилення в зовнішньому середовищі виходять за межі пристосувальних, компенсаторних можливостей організму чи населення.

СЛАЙД 50
Скажіть учасникам, що також часто детермінанти поділяють на такі групи, як «спадковість», «довкілля», «спосіб життя» та «охорона здоров'я або медицина». За орієнтовними підрахунками, кожен із цих чинників має вплив на розвиток тих чи інших захворювань, який складає певний відсоток від усіх чинників, що могли

спричинити це захворювання. Як видно з діаграми, найбільший вплив на розвиток захворювань має спосіб життя людини. І це той чинник, який найбільше піддається модифікації.

СЛАЙД 51
Докладно розгляньте модель соціальних детермінант здоров'я, представлену на слайді. Поясніть учасникам, що всі чинники впливають один на одного. Від мікрорівня (особистість) до макрорівня (країна, континент, земна куля). Ці детермінанти будуть докладніше розглянуті в наступному модулі.

СЛАЙД 52
У демографії популяції поділяються на підгрупи, групи, класи тощо й порівнюються. Сегментація важлива, щоб зрозуміти відмінності та знайти причини, чому в деяких групах ситуація гірша, й знайти розв'язання проблем.

Попросіть учасників надати інші приклади сегментації, наприклад мова, місце проживання, вживання тютюну тощо.

СЛАЙД 53
Обговоріть зі слухачами чинники, які можуть сприяти зміцненню здоров'я (соціально-економічні детермінанти здоров'я).

СЛАЙДИ 54–60
Запропонуйте учасникам виконати декілька практичних завдань. На слайдах представлена основна інформація, яку можна використати під час групової роботи. Докладні інструкції наведено в додатку 2.

СЛАЙДИ 61–62
Підбийте підсумки модулю. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам'ятати.

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЇ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Поділіть слухачів на 5 груп.

Кожна група отримує 2 однакові картки з прикладами демографічного переходу 5 різних країн і пірамідами статево-вікових структур (додаток 1.1).

ЗАВДАННЯ 1 (25 хвилин)

1. Запропонуйте слухачам попрацювати в групах з КАРТКОЮ 1, на якій зображено приклади демографічного переходу країн різного економічного статусу.

2. За кожною групою закріпіть одну з країн:

   Група 1: Китай

   Група 2: Німеччина

   Група 3: Маврикій

   Група 4: Швеція

   Група 5: Чилі.

   Попросіть групи подумати про те, який демографічний перехід відповідає їхній країні та обґрунтувати свій вибір (відповіді до картки наведені нижче)

   Для обґрунтування попросіть групи врахувати такі моменти:

   a. рівні показників народжуваності та смертності, зображені на картці;

   b. загальні закономірності;

   c. глибші соціально-економічні чи політичні причини (закономірності, що стосуються релігійної, етнічної чи політичної орієнтації; рівень доходу на одну людину тощо).

   Також попросіть слухачів подумати про те, як можна використати інформацію з картки, отриману для їхньої країни? Що варто зробити для того, щоб змінити ситуацію в країні на краще?

3. Попросіть одного представника від кожної групи представити результати роботи.

4. Обговоріть результати роботи в групах зі слухачами.

   Під час обговорення пам'ятайте, що представлені країни – це країни різного економічного статусу.

   Коли говоритимете про те, що варто зробити для поліпшення ситуації, можна запропонувати розглянути конкретні кроки.

   Перший крок – усвідомлення. Візуалізуючи відмінності, медичні працівники та особи, які приймають рішення, усвідомлюють ці відмінності й ініціюють початок аналізу причин і напрацювання плану дій.

   Другий крок – швидкі перемоги: можливо, можуть допомогти підвищення обізнаності населення, прості заходи зі зміцнення здоров'я.

   Третій крок – це усунення першопричин, наприклад покращення водопостачання, збільшення кількості закладів охорони здоров'я та покращення послуг вакцинації.

   Четвертий крок – це розв'язання соціальних і політичних чинників, наприклад, зменшення бідності та дискримінації груп населення.

ЗАВДАННЯ 2 (20 хвилин)

1. Для закріплення інформації запропонуйте слухачам

   a. розглянути різні статево-вікові піраміди на КАРТЦІ 2 та подумати про те, яка з пірамід відповідає якому типу країн (за економічним статусом); тобто, котра або котрі з пірамід характерна(і) для країн, що розвиваються, котрі для країн з перехідною економікою, а котрі для розвинутих країн (відповіді наведено нижче);

   b. визначити, яка піраміда статево-вікової структури характерна для України й чому;

   c. як можна використати цю інформацію для того, щоб змінити ситуацію в Україні на краще

2. Попросіть по одному представнику від кожної групи представити напрацьовані результати.

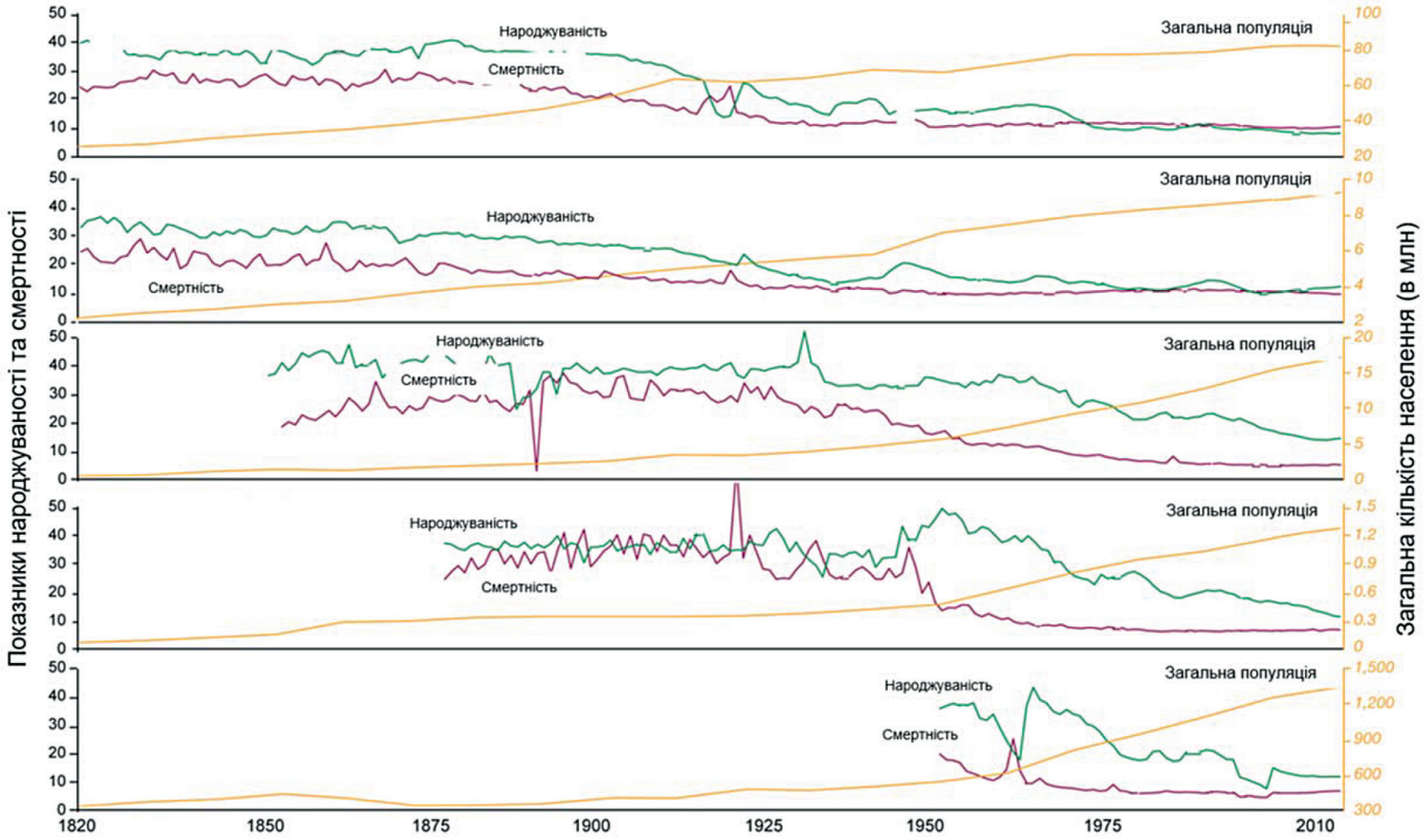
3. Підбийте підсумки роботи в групах.

КАРТКА 1

Додаток 1.1.

Демографічний перехід в 5 країнах за Максом Розером

Демографічний перехід стосується зсуву високих значень показників народжуваності та смертності до низьких значень показників народжуваності та смертності, коли країна розвивається.

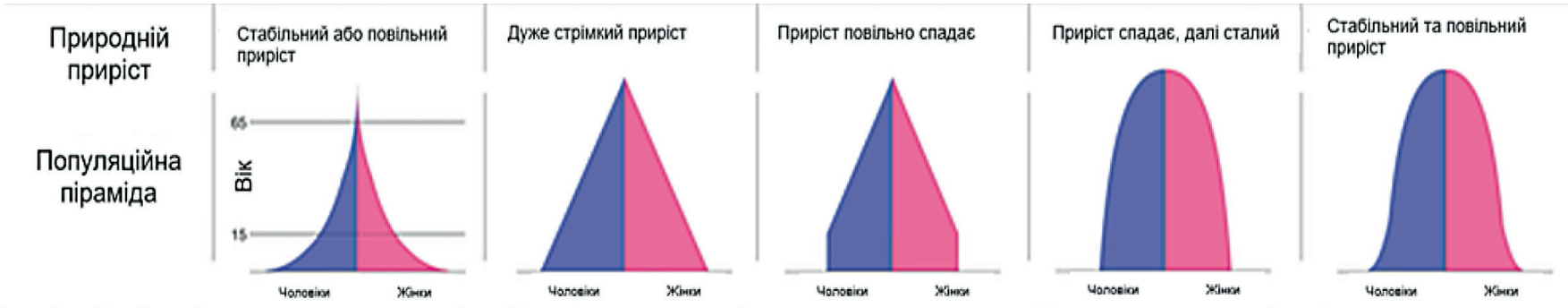


Data source: The data on birth rates, death rates and the total population are taken from the International Historical Statistics, edited by Palgrave Macmillan (April 2013).

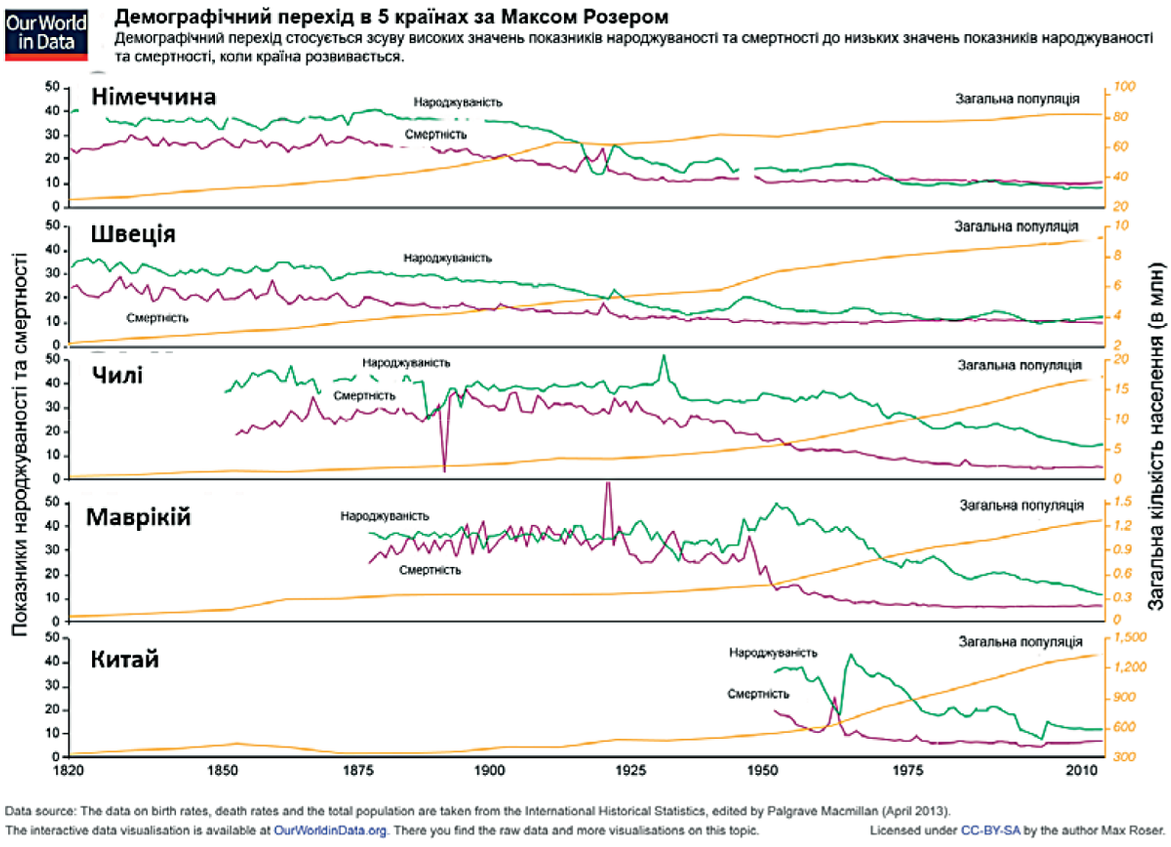
The interactive data visualisation is available at OurWorldinData.org. There you find the raw data and more visualisations on this topic.

Licensed under CC-BY-SA by the author Max Roser.

КАРТКА 2



Джерело: https://ourworldindata.org/world-population-growth





Країни, що розвиваються (Чилі, Китай)

Країни з перехідною економікою (у т.ч. Україна), інколи до цієї групи відносять і Китай

Економічно розвинуті країни (Німеччина, Швеція)

МОДУЛЬ 2.
ТИПИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ І ФАКТОРИ РИЗИКУ

ЗМІСТ

1. Вступ 32
2. Навчальні цілі 32
3. Короткий огляд модуля 33
3.1. Структура презентації 33
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 33
3.3. Практична робота 34
4. Підготовка до проведення модуля 34
4.1. Структура та тривалість модуля 34
4.2. Матеріали та обладнання 34
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 34
5. Список рекомендованої літератури 35
Додаток 1. Коментарі до презентації в PowerPoint 36
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 47
Запитання для оцінювання знань 81

1. ВСТУП

Неінфекційні захворювання (НІЗ) – це важлива проблема громадського здоров'я у всьому світі. Щороку від НІЗ помирає 41 мільйон людей, що становить 71% усіх випадків смерті. На жаль, НІЗ є причиною 85% передчасних випадків смерті в країнах із низьким і середнім рівнем доходу.

Окрім того, негативний вплив НІЗ виходить далеко за межі здоров'я та добробуту населення, створює серйозне навантаження на прямі й непрямі витрати на охорону здоров'я, в тому числі на витрати пацієнтів з власних кишень, зниження продуктивності праці та втрату здорових років життя[1].

НІЗ, які також відомі як хронічні захворювання здебільшого мають тривалий перебіг і є результатом комбінації генетичних, фізіологічних, екологічних та поведінкових факторів. Основними типами НІЗ є серцево-судинні та онкологічні захворювання, хронічні захворювання органів дихання (наприклад, хронічне обструктивне захворювання легень і бронхіальна астма), цукровий діабет. Також до неінфекційних захворювань належать психічні розлади, епілепсія тощо. Загалом ці захворювання спричинені комбінованим впливом різних факторів ризику, які для багатьох НІЗ є спільними.

Можна виділити такі фактори ризику НІЗ:

- генетичні: вроджені, на які не можна вплинути;
- фізіологічні: пов'язані із життєвими функціями організму, його життєдіяльністю, на які впливати складно, але можна;
- поведінкові: стиль життя та поведінка людей; ці фактори найкраще піддаються модифікації
- екологічні: забруднення довкілля; це фактори, на які можна вплинути, але не на індивідуальному рівні, а шляхом розв'язання комплексних проблем;
- психосоціальні: пов'язані з оточенням людини та на які також можна впливати за певних умов.

У цьому модулі буде докладніше розглянуто типи неінфекційних захворювань, фактори ризику та обговорено взаємодію між ними.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Наприкінці модуля учасники знатимуть і зможуть пояснити такі поняття та терміни:

- найпоширеніші НІЗ (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, хронічні захворювання легень, онкологічні захворювання та психічні розлади);

1 STEPS. Поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань. Україна – 2019, Звіт ВООЗ, 2020

- поведінкові фактори ризику НІЗ (наприклад, вживання тютюну та алкоголю, нездорове харчування, брак фізичної активності, забруднення повітря).
- підхід ВООЗ 5х5.

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Огляд НІЗ
- серцево-судинні захворювання;
- цукровий діабет;
- хронічні захворювання легень;
- онкологічні захворювання;
- психічні розлади

ii. Огляд факторів ризику
- вживання тютюну та алкоголю;
- нездорове харчування;
- брак фізичної активності;
- забруднення повітря

iii. Підхід ВООЗ 5 х 5

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модуля.
Коментарі до слайдів наведено в додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

- Серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, хронічні захворювання органів дихання, онкологічні та психічні розлади – це основні види хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ), які спричиняють більшість смертей.

- НІЗ переважно прогресують повільно, а тому більше поширені серед осіб похилого віку.

- Вживання тютюну та алкоголю, неправильне харчування, брак фізичної активності, забруднення повітря – це п'ять основних факторів ризику НІЗ. Це загальні фактори ризику, що впливають на розвиток більшості захворювань.

- Чотири з п'яти факторів ризику (вживання тютюну та алкоголю, неправильне харчування та брак фізичної активності) тісно пов'язані з поведінкою. Поведінку змінити складно, бо на неї впливають фактори суспільства.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Робота в групах із виконанням завдань, презентацією результатів та їх подальшим обговоренням (додаток 2).

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. СТРУКТУРА ТА ТРИВАЛІСТЬ МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 180 хвилин (3 години):

- вступ та лекційна частина – 90 хвилин;
- практичне завдання: робота в групах та обговорення – 75 хвилин;
- підсумки модуля та тези для запам'ятовування – 15 хвилин.

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

- презентація в PowerPoint;
- проєктор, екран та комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт та папір для фліпчарта, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/аркуші паперу та ручки/олівці для всіх учасників.

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ.

- Вивчіть презентацію PowerPoint та конспекти лекцій у додатку 1.

- Використовуйте матеріали для читання, згадані в розділі 5, щоб знайти додаткову інформацію та краще розібратися в темі.

- Під час підготовки можна переглянути інші лекції, що стосуються факторів ризику, які Ви можете знайти на YouTube:
  – вебінар Альянсу з питань НІЗ 12 грудня 2018 року – https://is.gd/YlLlcj

- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та подумайте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої Ви проводитимете навчання.

- Ознайомтеся з тестовими запитання до модуля та відповідями на них, що наведені наприкінці блоку 1.

5. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- ВООЗ-Європа Час досягати результатів у Європі, наближення до цілей щодо неінфекційних захворювань для досягнення цілей сталого розвитку, звіт про результати, квітень 2019. URL: https://is.gd/jEhLER

- Звіт робочої групи Комісії високого рівня ВООЗ з питань НІЗ. URL: https://is.gd/5ygMlZ

- Шварц Л. Н., Шаффер Дж. Д., Бухман Г. Джерела принципу 4 × 4 для неінфекційних захворювань Всесвітньої організації охорони здоров'я. SSM Popul Health. 2021;13:100731. Опубліковано 11 січня 2021. doi: 10.1016/j.ssmph.2021.100731. URL: https://is.gd/DG3Sdm

- Всесвітня організація охорони здоров'я. Пакет основних заходів щодо неінфекційних захворювань у первинній медичній допомозі (PEN) 2020. URL: https://is.gd/EyRjfu

- Петерс Р., Е. Н., Пітерс Дж. та ін. Поширені фактори ризику серйозних неінфекційних захворювань, систематичний огляд та коментарі: передбачуваний потенціал цільового зниження ризику. The Adv Chronic Dis. 2019;10:2040622319880392. Опубліковано 15 жовтня 2019. doi: 10.1177/2040622319880392. URL: https://is.gd/2zVxuG

- Будревичюте А., Даміаті С., Сабір Д., Ондер К., Шуллер-Гетцбург П., Плакіс Г., Катілявічюте А., Ходжа С., Кодзіус Р., Стратегії управління та профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ) та їх факторів ризику, перепони в галузі охорони здоров'я 8 (2020) 788 DOI = 10.3389/fpubh.2020.574111. URL: https://is.gd/FzD23i

- STEPS. Поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань. Україна – 2019, Звіт ВООЗ, 2020. 67 с. URL: https://is.gd/Q0PC5p

- Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey – GATS). Київ, 2017. 240 с. URL: https://is.gd/Op5JeG

- Глобальне опитування молоді щодо вживання тютюну (Global Youth Tobacco Survey – GYTS). Київ, 2017. URL: https://is.gd/KNhtdC

- Результати впровадження в Україні міжнародного проєкту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (HBSC). URL: http://www.uisr.org.ua/hbsc

- Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну. Конвенцію ратифіковано Законом N 3534-IV від 15.03.2006 року. URL: https://is.gd/bsmhHI

- Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (ESPAD), 2019. URL: http://www.uisr.org.ua/espad

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ В POWERPOINT

СЛАЙДИ 1 – 2
Назвіть учасникам тему модуля, а також поясність, які основні питання буде висвітлено в презентації.

СЛАЙД 3
Запропонуйте учасникам розпочати презентацію з розгляду типів неінфекційних захворювань.

СЛАЙД 4
П›ять типів неінфекційних захворювань – це серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, хронічні захворювання органів дихання, онкологічні захворювання та психічні розлади. Неінфекційні захворювання ще називають хронічними. Симптоми цих захворювань розвиваються повільно, тому проявляються вони здебільшого в людей середнього та похилого віку. Хоча останнім часом НІЗ «молодшають», особливо це характерно для серцево-судинних захворювань.

Разом з тим нові медичні технології та лікарські засоби, протоколи лікування є однією із причин збільшення тривалості життя пацієнтів, хоча якість цього життя втрачається.

СЛАЙДИ 5 – 6
Перейдіть до теми серцево-судинних захворювань (ССЗ). Поясніть, що ССЗ – це захворювання серця та кровоносних судин, спричинені атеросклерозом, за якого ушкоджуються стінки судин артерій, а також артерій серця. ССЗ можуть розвиватися повільно протягом багатьох років.

Артеріальна гіпертензія – це початок серцево-судинних захворювань, що впливає на кровоносні судини. Гострими подіями є інфаркт міокарда або інсульт (мозку). У разі серцевого інфаркту закупорюються кровоносні судини серцевого м’яза (коронарні артерії), що спричиняє загибель частини серцевого м’яза. У разі інсульту відбувається закупорювання кровоносних судин головного мозку, що зумовлює загибель частини тканини мозку.

Хронічні захворювання – це серцева недостатність або параліч чи психічні захворювання через ушкодження мозку. Якщо відбувається ураження кровоносних судин в органах, може розвиватися хронічне захворювання цих органів (наприклад хронічні захворювання нирок і ниркова недостатність). Кровоносні судини в кінцівках також можуть бути уражені, що потенційно може призвести до проблем із ходінням, виникнення виразок і навіть ампутацій.

СЛАЙД 7
Серцево-судинні захворювання пов’язані з високою смертністю! ССЗ – це причина смерті № 1 в Україні. Тому пріоритетом є організація профілактики цих захворювань.

Можна провести невелике опитування й запитати слухачів, чи є у них в родині хтось, хто має серцево-судинні захворювання. Практично усі піднімуть руки.

СЛАЙД 8

Атеросклероз спричинений кількома факторами, а ушкодження кровоносних судин є причиною серцево-судинних захворювань. У разі серцево-судинних захворювань раннє виявлення артеріальної гіпертензії є важливим для зменшення ушкодження кровоносних судин. Гіпертонічну хворобу називають «тихим вбивцею», оскільки вона майже не має симптомів. Скринінг на підвищений артеріальний тиск дозволяє виявити приховані випадки атеросклерозу. Для зменшення тяжкості атеросклерозу необхідні дієтичні заходи.

СЛАЙД 9

Розкажіть слухачам про стадії серцевих захворювань. Наголосіть на тому, що чим на більш ранній стадії виявити захворювання та розпочати лікування, тим більше шансів запобігти ускладненням.

СЛАЙД 10

Поговоріть з учасниками про інсульт. Поясніть, що буває два типи інсульту – ішемічний (найпоширеніший) і геморагічний. Наслідки інсульту можуть бути дуже складними й суттєво впливати на подальшу якість життя людини. Ускладнення від інсульту пов'язані з тим, як швидко надати людині допомогу після того, як трапився інсульт.

СЛАЙД 11

Ще одним важливим типом ССЗ є захворювання периферичних артерій (ЗПА). Найчастіше ЗПА уражає артерії ніг.

СЛАЙДИ 12 – 13

Поговоріть зі слухачами про цукровий діабет (ЦД). Поясніть, що розвиток цукрового діабету пов'язаний із дефіцитом інсуліну та резистентністю до нього через захворювання підшлункової залози, що спричиняє порушення рівня глюкози в крові та поглинання глюкози тканинами. Це впливає на весь організм, оскільки м'язи, мозок та органи потребують глюкозу для отримання енергії. Є два типи основних типи ЦД. 1-й тип розвивається в ранній молодості та переважно генетично обумовлений. Причини ЦД 2-го типу можуть бути пов'язані із надмірною вагою, малорухливим способом життя, вживанням тютюну тощо й на ранній стадії піддаються лікуванню.

СЛАЙД 14

На слайді представлено основні симптоми ЦД. Оскільки симптоми розвиваються поступово, часто діагностика ЦД відбувається на пізній стадії, коли симптоми вже яскраво виражені. Скринінг та раннє виявлення цукрового діабету є дуже важливими, адже тоді ЦД ще можна вилікувати.

У випадку цукрового діабету можуть розвиватися гострі стани – гіперглікемія або гіпоглікемія, основною причиною яких є перерва в прийомі препаратів

або неправильне харчування. Якщо стан гострий, у пацієнта може бути сплутана свідомість або він навіть може впасти в кому, що потребує термінового лікування.

СЛАЙД 15
Цукровий діабет може мати ускладнення, коли органи в організмі ушкоджені через аномальний рівень глюкози, що може призвести до серцево-судинних або неврологічних захворювань, захворювання нирок чи очей.

СЛАЙД 16
В Україні ЦД часто діагностується запізно! Рання діагностика може запобігти ускладненням. Тому, велике значення має підвищення обізнаності населення щодо симптомів ЦД та необхідності скринінгу.

Запитайте в слухачів, як вони оцінюють обізнаність щодо питань цукрового діабету серед свого оточення. Чи розуміють члени їхніх родин або друзі, що таке діабет і які можуть бути ускладнення?

СЛАЙД 17
Дослідження STEPS, проведене в Україні 2019 року, дозволило, серед іншого, трохи більше дізнатися про поведінку населення щодо цукрового діабету.

Менш ніж половина (44,3 %) населення знала про підвищений рівень глюкози в крові або діабет, приймали пероральні протидіабетичні препарати (графік на слайді). Ця частка зростала з віком, досягаючи 64 % у віковій групі 60–69 років. Крім того, менш ніж 20 % осіб, які знали про підвищений рівня глюкози в крові або діабет, приймали інсулін.

СЛАЙДИ 18 – 21
Хронічними захворюваннями органів дихання є бронхіальна астма та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), часто з легеневими інфекціями (бронхіт). Захворювання легень призводять до ускладнення дихання, свистячого дихання та кашлю. Вони відрізняються від алергічних захворювань легень, які можуть виникнути навіть у молодому віці.

Процес хронічних легеневих захворювань дуже повільний, оскільки люди мають велику резервну ємність легень. Перші симптоми помітні під час фізичних навантажень (наприклад, задишка під час підіймання сходами). Люди можуть мати такі ранні симптоми, як легке свистяче дихання чи легке покашлювання.

Куріння та забруднення повітря – це основні фактори, що сприяють зменшенню ємності легень. Захворювання легень, спричинені цими факторами, характерніші для людей старшого віку й можуть мати вплив на якість життя, коли людині стає складно ходити, важко дихати тощо.

Лікарські засоби можуть допомогти розширити дихальні шляхи. У крайніх випадках люди потребують кисневої терапії.

Раннє виявлення хронічних захворювань органів дихання можливе лише за допомогою сучасного обладнання. Тому знання про фактори ризику має важливе значення для профілактики цих захворювань.

СЛАЙДИ 22 – 25

Онкологічні захворювання (рак) – ще один тип НІЗ. Рак – це аномальний ріст клітин, у результаті якого пригнічуються та перестають нормально функціонувати інші органи.

Рак може бути локалізований у будь-якому органі, але найчастіше це шкіра, кишківник, легені, мозок, молочні залози. Рак легень – найпоширеніший рак серед чоловіків. Майте на увазі, що крім куріння існують і інші фактори, що спричиняють рак легень, особливо токсичні продукти, такі як азбест.

Деякі види раку спричиняють порушення роботи органів через стискання (наприклад, мозку або кістки). Інші види раку призводять до метастазів, що означає переміщення ракових клітин до інших органів і ріст там, наприклад у легенях або мозку. Ракові захворювання, такі як рак передміхурової залози, можуть прогресувати дуже повільно і в деяких випадках навіть не потребуватимуть лікування. Рак крові призводить до проблеми з імунною системою або згортанням крові. Більшість видів раку мають повільний характер розвитку протягом місяців або років, але деякі з них є гострими, особливо рак крові.

За останні десятиріччя був досягнутий значний прогрес у лікуванні онкологічних захворювань зі значним збільшенням тривалості життя. Однак повне одужання часто неможливе. Може статися рецидив, тобто рак може повернутися через роки або десятиріччя.

Важливою є рання діагностика онкологічних захворювань. У Європі існують програми скринінгу деяких видів раку, наприклад раку молочної залози, раку шийки матки або колоректального раку. Якщо рак виявлений на ранніх стадіях, вірогідність повного одужання зростає. Для інших видів раку, таких як рак легень, скринінг ще не є економічно ефективним, а люди повинні бути обізнані про фактори ризику для запобігання раку.

В Україні рівень захворюваності на онкологічні захворювання нижчий за середній, а смертність від раку майже дорівнює середньому значенню у Європі. Причиною цього є виявлення раку на пізніх стадіях і проблеми з доступом дорогого лікування.

СЛАЙД 26 – 27

Психічні розлади охоплюють широку палітру захворювань, від легких тривожних розладів або депресій до шизофренії. Психічні захворювання часто починаються в молодому віці та можуть згасати або посилюватися протягом життя. Вони дуже поширені в суспільстві й тому є актуальними для діагностики та лікування.

Часто психічні захворювання сильно стигматизовані. Часто немає чіткого зв’язку

з факторами ризику. У більшості психічних розладів не можна виявити специфічних уражень мозку.

Існує група психічних розладів, які характеризуються чітким ушкодженням мозку, зумовленим токсичними продуктами, такими як алкоголь, наркотики або інколи синтетичні продукти, такі як фарби. Такі захворювання набагато менш сприйнятливі до лікування, особливо на запущених стадіях.

СЛАЙД 28
Лікування психічних розладів часто є поєднанням медикаментозної терапії та психотерапії. Надання достатньої медичної допомоги багато в чому залежить від організації системи охорони здоров'я. Може практикуватися самодопомога або послуги на рівні громади. Деякі із психічних розладівне потребують перебування пацієнта в стаціонарі.

СЛАЙД 29
Особливу групу психічних розладів становить деменція з порушенням роботи мозку та поступовою втратою пам'яті, здатності виконувати щоденні обов'язки та завдання. На деменцію страждає приблизно 25 % населення Європи, але хворіють лише люди похилого віку.

Судинна деменція чітко пов'язана з атеросклерозом. На деменцію Альцгеймера впливають (але не цілком обумовлюють) фактори способу життя, такі як куріння, раціон та фізичні навантаження. Після діагностики здоровий спосіб життя може дещо уповільнити процеси погіршення розумових функцій, але не може цілковито усунути цей процес.

Профілактика та лікування все ще перебувають на стадії наукових досліджень, і в найближче десятиріччя не треба очікувати жодного розв'язання цієї проблеми. Тому в Європі очікується збільшення кількості людей із деменцією.

СЛАЙДИ 30 – 31
Перейдіть до розгляду факторів ризику НІЗ. Можна поділити фактори ризику на специфічні та загальні.

Специфічні фактори ризику – це фактори лише для одного захворювання, наприклад азбест для раку легень або високий рівень холестерину для серцево-судинних захворювань. Загальними факторами ризику є ті, які впливають на більшість хронічних захворювань, такі як вживання тютюну або ожиріння. Ризик (справа наліво на слайді) переходить від специфічного для захворювання до загального для населення.

Також варто пам'ятати, що виділяють «глобальні» фактори ризику (урбанізація, глобалізація тощо) та загальні фактори ризику, такі як вживання тютюну та алкоголю тощо), вплив яких призводить до виникнення так званих проміжних факторів ризику, які, якщо їх не усунути або не контролювати, можуть призвести до виникнення захворювання.

СЛАЙДИ 32 – 33

Важливе значення має концепція модифікованих і немодифікованих факторів ризику. Що може зробити окрема людина, група та суспільство, щоб зменшити ризики? Часто поведінку доводиться змінювати, але детермінанти здоров'я (соціальне середовище) ускладнюють зміни на індивідуальному рівні.

Можна класифікувати фактори ризику неінфекційних захворювань на модифіковані (такі, що піддаються модифікації) й немодифіковані (такі, що модифікації не піддаються). Немодифікованими є, наприклад, генетичні фактори, фізіологічні умови (старіння організму). Модифіковані фактори ризику – це фактори, що пов'язані з поведінкою людей, а також фактори довкілля, такі як забруднення довкілля, транспорт, харчова промисловість.

Запитайте учасників, чи вважають вони, що модифікований фактор ризику – це те саме, що «легкозмінюваний» фактор ризику? Наголосіть на тому, що зміна будь-якого фактора ризику потребує чималих зусиль.

Наведена нижче таблиця – це розширена версія таблиці, показаної на слайді 33.

Фактор	**Тип**	**Опис**
Дохід/соціальний статус	Модифікований	Високий дохід та соціальний статус пов'язані з поліпшенням стану здоров'я. Бідність є причиною та наслідком слабкого здоров'я. Чим більший розрив між багатими та бідними, тим більша нерівність, а отже, й більша різниця в стані здоров'я. Фахівці у сфері охорони здоров'я мають виступати за програми зі зниження рівня бідності.
Освіта	Модифікований	Низький рівень освіти пов'язаний зі слабким здоров'ям, підвищенням рівня стресу та невпевненістю в собі. Фахівці у сфері охорони здоров'я мають виступати за освітні програми зі здорового способу життя.

Матеріальні умови	Модифікований	Безпечна вода та чисте повітря, безпечні робочі місця та безпечні домівки сприяють міцному здоров'ю. Фахівці у сфері охорони здоров'я мають підтримувати розвиток цих напрямків.
Генетика	Немодифікований	Для більшості хронічних захворювань роль генів залишається значно меншою, ніж роль модифікованих факторів ризику.
Стать/вік	Немодифікований	Підкреслює доречність різних стратегій профілактики та контролю в різному віці та необхідність у коригуванні таких стратегій протягом життя (наприклад, забезпечити санітарно-просвітницьку роботу, щоб утримати дітей від куріння, виявити артеріальну гіпертензію серед дорослих середнього віку тощо).

СЛАЙДИ 34
Запропонуйте слухачам поговорити про нездорове харчування, брак фізичної активності та надмірну вагу.

СЛАЙД 35
Неправильне харчування та малорухливий спосіб життя – одні з основних причин надмірної ваги та ожиріння. Хоча також факторами ризику є метаболічні захворювання та генетика.

СЛАЙД 36
Надмірна вага та ожиріння своєю чергою можуть стати причиною багатьох інших захворювань, зокрема серцево-судинних та онкологічних.

На слайді представлено інформацію про патофізіологічні механізми, які призводять від ожиріння до раку та серцево-судинних захворювань. Також наведене порівняння між пацієнтами з нормальною вагою та пацієнтами з ожирінням з погляду розвитку серцево-судинних захворювань.

СЛАЙД 37
Ожиріння спричиняє метаболічний синдром, який провокує порушення багатьох процесів на клітинному рівні. Саме тому ожиріння пов'язане майже з усіма неінфекційними захворюваннями.

СЛАЙД 38
Відповідно до результатів дослідження STEPS, понад 50 % населення України мають проблеми із зайвою вагою. Понад 25 % дорослого населення страждає ожирінням.

СЛАЙДИ 39 – 40
Всесвітня організація охорони здоров'я розробила рекомендації щодо здорового харчування та фізичної активності. Вони включені до PEN-протоколів для фахівців первинної ланки медичної допомоги.

На слайдах представлено основні рекомендації щодо харчування та фізичної активності.

СЛАЙД 41
Розкажіть учасникам про тарілку здорового харчування як один з інструментів, на який можна спиратися під час планування харчування.

СЛАЙД 42
Вживання фруктів і овочів в Україні залишається нижчим за рівень рекомендацій ВООЗ, а споживання солі навпаки перевищує рекомендовані норми. Інформованість є найважливішим фактором зміни раціону. Однак за останні десятиріччя з появою ресторанів швидкого харчування, оброблених продуктів та солодких напоїв значно збільшився легкий доступ до нездорової їжі.

На жаль, економічний розвиток та урбанізація йдуть паралельно з вживанням нездорової їжі. Сьогодні деякі країни намагаються вплинути на ситуацію з харчуванням шляхом запровадження цінових регулювань – наприклад, податків на солодкі напої. Окрім того, дедалі поширенішою стає практика маркування харчових продуктів, що дозволяє покращити поінформованість населення про склад продуктів, а також «відділити» здоровіші продукти.

СЛАЙД 43
Брак фізичної активності (гіподинамія) також є важливим фактором ризику багатьох захворювань. В Україні малорухливий спосіб життя доволі розповсюджений, хоча за результатами досліджень лише 10 % дорослих підтвердили, що рухаються дуже мало.

Урбанізація, офісні робочі місця, збільшення кількості автомобільного транспорту – все це сприяло зменшенню потреби в прогулянках, фізичної праці тощо.

Для розв'язання цієї проблеми варто не лише пропагувати фізичну активність, але й створювати умови та стимули для населення (облаштування велодоріжок, спортивних майданчиків тощо).

СЛАЙД 44
Перейдіть до такого фактора ризику, як вживання тютюну.

СЛАЙД 45
Тютюн впливає на всі системи та органи людини. Він дуже токсичний і спричиняє звикання. ВООЗ та більшість країн підписали Рамкову конвенцію із боротьби проти тютюну, метою якої є скорочення рівня споживання тютюну у світі.

СЛАЙД 46
Від вживання тютюну у світі щороку помирає понад 8 мільйонів людей, з них 1,2 мільйона тих, хто тютюн не вживав, але зазнавав впливу вторинного тютюнового диму.

В Україні тютюн вбиває близько 85 000 курців щороку. Проте, окрім людських втрат, є ще втрати економічні. Так, за підрахунками щороку від смертей і захворювань, спричинених вживанням тютюну, український бюджет втрачає приблизно 3,2 % ВВП.

СЛАЙДИ 47 – 48
Протягом останніх років поширеність вживання тютюну в Україні поступово зменшується як серед дорослих, так і серед підлітків. Це відбувається насамперед завдяки запровадженню різних заходів – від заборони курити в низці громадських місць до підвищення податків (а відтак і цін) на тютюнові вироби.

Водночас виникають нові ризики, пов'язані з активним просуванням електронних пристроїв для куріння – електронних сигарет і систем для нагрівання тютюну. Оскільки в Україні відсутнє комплексне регулювання цих виробів, частка тих, хто їх вживає, буде продовжувати зростати.

Відповідно до результатів STEPS, трохи більше ніж третина дорослого населення (33,9 %) є теперішніми курцями тютюну. Курців втричі більше серед чоловіків, ніж серед жінок. Серед підлітків частка тих, хто курив сигарети протягом останніх 30 днів, знижується протягом останніх років і також є вищою серед хлопців, ніж серед дівчат. Водночас частка тих, хто використовує електронні пристрої для куріння призводить до серйозного занепокоєння.

Тому зусилля держави мають бути спрямовані насамперед на те, щоб захистити дітей та підлітків і запобігти тому, щоб вони починали вживати тютюнові вироби. Також не варто забувати про те, що куріння – це залежність, тому курці потребують допомоги в позбавленні від залежності. Відтак, є потреба в програмах підтримки тих, хто бажає кинути курити.

СЛАЙДИ 49 – 50
Алкоголь – ще один токсичний продукт, який впливає на різні органи. Алкоголь також спричиняє звикання, в результаті чого може розвинутися алкоголізм. Варто також пам'ятати, що окрім індивідуальної, вживання алкоголю має й соціальну складову, адже люди в стані алкогольного сп'яніння можуть бути небезпечні для інших (бійки, вбивства, дорожньо-транспортні пригоди тощо).

За результатами останніх досліджень, ВООЗ рекомендує цілком відмовитися від вживання алкоголю, адже будь-яка доза є небезпечною для організму.

СЛАЙД 51
В Україні вживання алкоголю достатньо поширене в суспільстві, хоча в останні роки багато людей відмовляються від алкоголю на користь цілковито тверезого способу життя. Понад 50 % українців є активними споживачами алкоголю (споживали

алкоголь протягом останніх 30 днів перед опитуванням). Здебільшого українці п'ють вино або алкоголь з нагоди свята чи важливої події.

СЛАЙД 52
Лікування від алкогольної залежності необхідне лише людям, які не можуть контролювати свою залежність і піддають себе небезпеці через алкоголь. Однак люди, що зловживають алкоголем переважно не визнають, що є залежними, а тому не звертаються по професійну допомогу. Та й мережа клінік і закладів, де таку допомогу можна отримати є недостатньою.

СЛАЙД 53
Смертність, спричинена вживанням алкоголю, також є досить серйозною проблемою. Летальні випадки можуть бути причиною як проблем зі здоров'ям, так і отруєнь і нещасних випадків у стані алкогольного сп'яніння.

Для скорочення вживання алкоголю на рівні держави часто запроваджуються обмежувальні заходи та покарання, як-то – штрафи за водіння в стані алкогольного сп'яніння чи за продаж алкоголю неповнолітнім, заборона реклами тощо.

СЛАЙДИ 54 – 58
ВООЗ додала забруднення довкілля до п'ятірки факторів ризику, хоча це не є фактором, пов'язаним зі способом життя. Це фактор, який піддається модифікації, на популяційному рівні. Забруднення повітря, води, токсичні продукти, що потрапляють у харчовий ланцюг, – це різні види забруднення, які можна подолати, переважно державними заходами та технічним втручанням. Водночас не варто забувати, що є певний конфлікт інтересів: держава зацікавлена в тому, щоб її економіка розвивалася, а люди були здоровими, однак саме економічний розвиток стимулює розвиток різних видів бізнесу, що забруднює довкілля, а це своєю чергою впливає на здоров'я людей.

Простих розв'язків проблеми немає. Потрібен пошук компромісу та зміна «споживацького» підходу до природних ресурсів на їх раціональне використання з пошуками можливостей збереження довкілля.

Забруднення довкілля в Україні є помірним у порівнянні з міжнародними стандартами й переважно присутнє в міських районах, поблизу промислових зон. Для України забруднення через радіацію залишається важливою проблемою, адже ми досі долаємо наслідки аварії на Чорнобильській АЕС.

Запитайте слухачів, наскільки правильно називати забруднення модифікованим фактором, коли більшість людей не можуть на нього вплинути?

СЛАЙД 59 – 60
2018 року на Генеральній Асамблеї ООН було запропоновано замінити підхід 4х4 підходом 5х5. До 4 факторів ризику НІЗ (вживання тютюну та алкоголю, брак фізичної активності та нездорове харчування) було додано ще один фактор – забруднення

повітря. А до 4 типів неінфекційних захворювань (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, онкологічні та хронічні захворювання органів дихання) було додано психічні захворювання.

СЛАЙДИ 61 – 62

Фактори ризику в різних сферах можуть бути закладені в модель детермінантів здоров'я, розроблену 1991 року вченими Далгруном та Уайтхедом. Модель показує, як фактори суспільства впливають на поведінку.

Важливо, що фактори ризику мають різний вплив на різних людей. Нараженість на той чи інший фактор ризику не може свідчити про те, що людина обов'язково захворіє. Наприклад, деякі курці доживають до 80 років і ніколи не хворіють на рак легень. Хоча існує доведений зв'язок між курінням і розвитком раку легень. Однак варто також зважати на інтенсивність куріння (щоденне чи епізодичне), тривалість (кількість років), наявність супутніх факторів ризику, генетичні особливості тощо. Отже, фактори ризику не можуть передбачити перебіг захворювання на індивідуальному рівні, лише на популяційному рівні.

СЛАЙДИ 63 – 66

Запропонуйте учасникам виконати декілька практичних завдань. На слайдах представлена основна інформація, яку можна використати під час групової роботи. Докладні інструкції наведено в додатку 2.

СЛАЙДИ 67 – 68

Підбийте підсумки модуля. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам'ятати.

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЇ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

ЗАВДАННЯ 1. Аналіз факторів ризику (50 хвилин: 30 хвилин на виконання завдання, 20 хвилин на обговорення)

1. Розділіть учасників на групи по п’ять осіб, які працюватимуть окремо.
2. Запропонуйте кожній групі попрацювати над одним із факторів ризику:
   a. неправильне харчування;
   b. брак фізичної активності;
   c. вживання тютюну;
   d. вживання алкоголю;
   e. забруднення повітря
3. Попросіть учасників скористатися власними знаннями та інтернет-джерелами для того, щоб відповісти на такі запитання в контексті аналізу того фактора ризику, над яким вони працюють:
   a. Наскільки серйозною є проблема, яку ви вивчаєте? Який відсоток населення страждає?
   b. Чи є конкретні вразливі групи населення для цього ризику?
   c. Який вплив цього фактора ризику, наприклад з погляду захворюваності чи смертності від НІЗ?
   d. Яка політика уряду щодо фактора ризику, який ви вивчаєте?
   e. Хто (які стейкхолдери) залучені до роботи щодо профілактики та контролю цього фактора ризику?
4. Попросіть по одній людині від кожної групи представити напрацьовані результати.
5. Підбийте підсумки роботи в групах.
6. Після всіх презентацій покажіть, що багато факторів ризику впливають на одні й ті самі групи й що фактори ризику підсилюють один одного (накопичення ризиків).

ЗАВДАННЯ 2. «Звинувачення жертви». Дискусія (30 хвилин)

1. Зачитайте учасникам таке твердження:
   «Оскільки більшість НІЗ спричинені такими поведінковими факторами, як вживання тютюну та алкоголю, нездорове харчування і брак фізичної активності, люди ***цілковито*** *відповідальні за те, що хворіють на неінфекційні захворювання».*

2. Попросіть учасників назвати «за» та «проти» цього твердження.

3. Поставте учасникам такі запитання та обговоріть їх:

   – Якщо люди несуть повну відповідальність за своє здоров'я і свій вибір, чи мають держава та фахівці у сфері охорони здоров'я будь-яке право вимагати людей змінити їхню поведінку? Чи впливає це на свободу людей?

   – Якщо люди не несуть повної відповідальності, то які зобов'язання має держава для зменшення ризиків виникнення НІЗ?

   – Якщо поведінка настільки важлива для зменшення ризиків, який найкращий підхід або підходи для того, щоб стимулювати зміну поведінки?

   Суть цього завдання – показати складнощі з профілактикою факторів ризику. Підсумуйте, що дбати за своє здоров'я – це завдання як кожного громадянина, так і держави, яка має створювати умови та стимули для того, щоб люди це робили.

   Наголосіть на тому, що профілактика НІЗ – це глобальна проблема у всіх країнах, незалежно від політичної системи, економічного розвитку чи релігії. Оскільки зараз НІЗ спричиняють від 60 % (у країнах з високим рівнем доходу) до 80 % (у країнах з низьким рівнем доходу) смертей, вони є основною проблемою громадського здоров'я.

МОДУЛЬ 3.
ТЯГАР НІЗ. НЕРІВНОСТІ В НІЗ ТА ЕФЕКТИВНА ВІДПОВІДЬ НА НІЗ

ЗМІСТ

1. Вступ 50
2. Навчальні цілі 50
3. Короткий огляд модуля 50
3.1. Структура презентації 50
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 51
3.3. Практична робота 51
4. Підготовка до проведення модуля 52
4.1. Структура та тривалість модуля 52
4.2. Матеріали та обладнання 52
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 52
5. Список рекомендованої літератури 53
5.1. Література для ознайомлення перед навчальним курсом 53
5.2. Література для поглибленого самостійного вивчення теми 53
Додаток 1. Коментарі до презентації в PowerPoint 54
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 76
Запитання для оцінювання знань 83

1. ВСТУП

Тягар НІЗ в Україні дуже високий. НІЗ є причиною понад 90 % смертей, причому часто смерть настає у відносно молодому віці. Тому тривалість життя в Україні нижча, ніж в інших країнах Європи. В Україні відзначається висока смертність унаслідок онкологічних і серцево-судинних захворювань, яким можна запобігти. Досить високою є поширеність факторів ризику – таких, як вживання тютюну та алкоголю, нездорове харчування тощо. Висока смертність і захворюваність виражається у роках життя, скоригованих за неповносправністю (DALY).

Серед загального населення є вразливі групи осіб, які страждають на НІЗ більше, ніж інші. Це спричинено багатьма різними чинниками, деякі з яких можна усунути.

Тягар неінфекційних захворювань, а також нерівності в стані здоров'я для різних груп населення варто враховувати під час планування заходів у сфері профілактики і контролю НІЗ.

У цьому модулі пояснено деякі епідеміологічні терміни, наведено причини нерівностей у здоров'ї та важливість їхнього усунення.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

По завершенню модуля учасники будуть:

- знати про тягар для здоров'я та соціально-економічний тягар НІЗ;
- розуміти, що таке роки життя, скориговані на неповносправність (DALY)/ втрачені роки життя через неповносправність (YLD) та збережені роки життя з поправкою на її якість (QALY), як вони розраховуються та з якою метою їх використовують;
- знати, як це робити та вміти обчислювати захворюваність, поширеність і смертність;
- розуміти принципи та причини нерівності в стані здоров'я (несправедливі відмінності в стані здоров'я та відмінності, яким можна запобігти, серед населення та між різними групами суспільства).

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Що таке тягар захворювань і навіщо його вивчати?

ii. Показники для вимірювання тягаря захворювання:

- смертність, захворюваність і поширеність;
- неповносправність;
- очікувана тривалість життя;
- втрачені роки життя через передчасну смертність та неповносправність;
- роки життя, скориговані на неповносправність;
- роки життя, скориговані на якість.

iii. Тягар НІЗ в Україні та світі

iv. Нерівність у стані здоров'я

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модулю.
Коментарі до слайдів наведено у додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

- Для того, щоб зрозуміти суть громадського здоров'я, оцінити відмінності між групами населення з різним ризиком і різним ступенем вразливості, застосовують такі епідеміологічні концепції, як захворюваність, поширеність, смертність, показники DALY та QALY.

- НІЗ спричиняють найбільший тягар захворювань в Україні. Однак у суспільстві цей тягар розподілений нерівномірно. Є певні групи населення, які страждають більше, ніж інші.

- Нерівності пов'язані з детермінантами здоров'я, такими як вік, житлова площа, соціально-економічний статус тощо.

- Під час планування інтервенцій у сфері профілактики та контролю НІЗ, потрібно передбачати заходи для усунення нерівностей та несправедливостей у стані здоров'я.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Робота в групах з виконанням завдань, презентацією результатів та їхнім подальшим обговоренням (додаток 2).

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. СТРУКТУРА ТА ТРИВАЛІСТЬ МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 180 хвилин (3 години):

- вступ та лекційна частина – 75 хвилин;
- практичне завдання: робота в групах та обговорення – 90 хвилин;
- підсумки модуля та тези для запам'ятовування – 15 хвилин.

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

- презентація в PowerPoint;
- проєктор, екран та комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт і папір для фліпчарта, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/аркуші паперу та ручки/ олівці для всіх учасників;
- роздрукована модель Далгрена та Уайтхеда (по 1 примірнику на учасника) – див. додаток 2.

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ

- Вивчіть презентацію PowerPoint та конспекти лекцій у додатку 1.

- Використовуйте матеріали для читання, згадані у розділі 5, щоб знайти додаткову інформацію та краще розібратися в темі.

- Під час підготовки можна переглянути інші лекції, епідеміологічних показників, які ви можете знайти на YouTube:
  - пояснення показників поширеності та захворюваності – https://youtu.be/cTp_ONVVrh8

- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та подумайте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої ви проводитимете навчання.

- Ознайомтеся з тестовими питання до модулю та відповідями до них, що наведені наприкінці блоку 1.

5. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

5.1. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ОЗНАЙОМЛЕННЯ ПЕРЕД НАВЧАЛЬНИМ КУРСОМ

- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). Basic epidemiology. World Health Organization. Chapter 2 «Measuring health and disease» / АБО Биглхол, Р., Бонита, Р., & Кьелстрем, Т. (1994). Основы эпидемиологии. Глава 2 «Количественная оценка состояния здоровья и болезни». URL: https://is.gd/buGvuU

- Вебсайт дослідження глобального тягаря захворювань – https://www.healthdata.org/

5.2. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

- Відео «Incidence and Prevalence» – https://youtu.be/cTp_ONVVrh8

- Відео «Epidemiological transition» – https://youtu.be/nt3d4oMmByI

- STEPS. Поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань. Україна – 2019, Звіт ВООЗ, 2020. 67 с. URL: https://is.gd/Q0PC5p

- WHO Tackling noncommunicable diseases in Ukraine 2015 – 2019. World Health Organization, Regional Office for Europe, Denmark 2020. URL: https://is.gd/gACemB

- Greene-Cramer, Blanche et al. «Noncommunicable disease burden among conflict-affected adults in Ukraine: A cross-sectional study of prevalence, risk factors, and effect of conflict on severity of disease and access to care.» PloS one vol. 15,4 e0231899. 21 Apr. 2020, doi:10.1371/journal.pone.0231899. URL: https://is.gd/I7VPy5

- Collins D, Laatikainen T, Farrington J. Implementing essential interventions for cardiovascular disease risk management in primary healthcare: lessons from Eastern Europe and Central Asia BMJ Global Health 2020;5:e002111. URL: https://is.gd/lCdIHB

- Dmytro D. Dyachuk, Volodymyr A. Gandzyuk, Oleg L. Zyukov. Analysis Of The Effectiveness Of The Functional Organizational Model For Known Prophylaxis Of Chronic Noninfectious Diseases Based On The Assessment Of The Quality Of Life Of Patients At The Medical Institution Wiad Lek. 2021;74(3 p.II):603–607. URL: https://is.gd/aOYBLv

- Iryna Mazhak. Social Inequalities in Self-Reported Health in the Ukrainian Working-age Population: Finding from the ESS 3rd International ESS Conference, 13–15 July 2016, Lausanne, Switzerland. URL: https://is.gd/CoDO2i

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ У POWERPOINT

СЛАЙДИ 1 – 2
Назвіть учасникам тему модуля, а також поясність, які основні питання буде висвітлено у презентації.

СЛАЙД 3
Запропонуйте учасникам поговорити про тягар захворювань та розібратися, навіщо його вивчати.

СЛАЙД 4
За визначення «Енциклопедії громадського здоров'я»[1], термін «тягар захворювань» описує загальні кумулятивні наслідки певної хвороби або низки шкідливих захворювань щодо інвалідності в громаді. Важливо звернути увагу на те, що тягар захворювань включає не тільки захворюваність і смертність від певних хвороб або станів, а також соціальні та психологічні аспекти життя з різними захворюваннями та економічний тягар захворювань для суспільства.

СЛАЙД 5
Дослідженням глобального тягаря захворювань займається Інститут показників та оцінювання здоров'я[2]. Результатам цих досліджень також присвячують окремий випуск журналу The Lancet[3].

СЛАЙДИ 6 – 7
За результатами дослідження глобального тягаря захворювань, серед десяти основних причин смертності у 2019 році в усьому світі шість складали неінфекційні захворювання. Тільки серцево-судинні захворювання та новоутворення були причиною половини усіх смертей в світі.

Серед факторів ризику смертності переважали метаболічні фактори (на першому місці – високий кров'яний тиск) та поведінкові фактори ризику (найвагоміші – вживання тютюну та неправильне харчування). З факторів ризику навколишнього середовища, які спричиняють найбільше смертей в світі, у ТОП-10 увійшло тільки забруднення повітря.

СЛАЙДИ 8 – 9
Запропонуйте учасникам поговорити про те, як вимірюють тягар захворювань та запитайте у них про які показники для вимірювання тягаря захворювань вони чули. Занотуйте їхні відповіді на фліп-чарті, а потім покажіть перелік на слайді.

---

1 Kirch, W. Encyclopedia of Public Health Springer-Verlag 2008.https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4020-5614-7_297
2 Institute for Health Metrics and Evaluation https://www.healthdata.org/
3 Останній спеціальний випуск 2019 року можна знайти тут https://www.thelancet.com/gbd#2019GBDIssue

СЛАЙД 10
Наголосіть на тому, що усі показники для вимірювання тягаря захворювання поділяються на три великі групи. Це показники смертності, захворюваності та інвалідності.

СЛАЙДИ 11 – 13
Смертність рахують як кількість людей, які померли протягом певного періоду від тих, які були живі на початок цього періоду, і виражають або як частку (у %), або як кількість на 100 000 населення. Такий показник називають ще сирим рівнем смертності.

Окрім того, рівень смертності рахують у окремих вікових або статевих групах, а також у чотирьох специфічних групах: серед немовлят віком до 1 року (малюкова смертність), серед дітей віком до 5 років (дитяча смертність), серед вагітних та породіль (материнська смертність) та серед людей віком 15–60 років (смертність серед дорослих). Такі показники краще відображають ефективність діяльності системи охорони здоров'я та громадського здоров'я і вказують на проблеми в окремих групах.

Через те, що різні популяції мають різну статево-вікову структуру (і це може пояснювати різницю у сирих рівнях смертності), обраховують також стандартизований рівень смертності. Це рівень смертності, який би спостерігався у певній популяції, якби вона мала стандартизовану вікову структуру (про те, якою саме є стандартизована вікова структура, домовляються наперед). Наприклад, сирий рівень смертності в Узбекистані у 2014 році був майже втричі менший за сирий рівень смертності в Україні (4.9 проти 13.9 смертей на 100 000 населення). Проте стандартизовані рівні смертності в Україні та Узбекистані були майже однакові (10.01 та 9.55 смертей на 100 000 населення, відповідно). Це можна пояснити тим, що в Узбекистані переважає дитяче та молоде населення, і мало людей старшого віку, а в Україні – навпаки, проте рівні смертності у кожній з вікових груп однакові.

СЛАЙД 14
Двома найбільш використовуваними показниками захворюваності (morbidity) є поширеність (prevalence) і власне захворюваність (incidence). Поширеність показує, яка кількість людей має певний стан або хворобу серед усіх людей, що присутні в популяції на певний момент часу. Захворюваність показує, скільки людей захворіли протягом певного періоду часу від тих, які були здорові на початок періоду.

У показнику захворюваності дуже важливо використовували в знаменнику «популяцію, що має ризик» – тобто тих, людей, які були здорові й могли потенційно захворіти на початок періоду (сюди не входять ті, хто вже хворів на той стан, який ми вивчаємо, на початок періоду спостереження; ті, хто має імунітет; ті, хто не має відповідного органу і тому не може захворіти).

Поширеність включає як уже наявні випадки хвороби, так і нові.

Захворюваність і поширеність вимірюється як частка або як кількість випадків

на 100 000 населення. Перерахунок на 100 тис. населення дозволяє отримати достатньо прості для розуміння цифри, які є більш показовими для порівняння рівня захворюваності за різні роки – адже кількість населення може змінюватися.

СЛАЙД 15

На слайді наведено формули для розрахунку показників, про які йшла мова, – захворюваність, поширеність та смертність. Ще раз поясніть учасникам, як ці показники розраховувати.

СЛАЙДИ 16-17

На цьому слайді наведено дані з Бюлетеня Національного канцер-реєстру України[4] щодо кількості людей, що мали діагноз «рак» станом на кінець 2020 року і тих, що захворіли на рак протягом 2020 року. Спробуйте порахувати поширеність і захворюваність для відповідного часу. Для відповіді на це питання потрібно більше інформації. Ставте студентам навідні питання, щоб вони виявили, яка саме інформація їм потрібна ще, щоб порахувати поширеність і захворюваність.

Додаткові дані:
Населення України на 01 січня 2020 року складало 41 902 400 осіб.
На кінець 2019 року на обліку перебувало 1 014 352 хворих на рак.

Поширеність раку станом на кінець 2020 року = Кількість людей з діагнозом «злоякісні новоутворення» / все населення станом на кінець 2020 року = 1 040 137 / 41 902 400 = 0.025, тобто 2,5 % або 2 500 випадків на 100 000 населення.

Захворюваність на рак протягом 2020 року = Кількість нових випадків / Кількість людей на початок 2020 року, які не мали раку = Кількість нових випадків / (Населення на початок 2020 року – Ті, хто вже мав діагноз «рак» на початок 2020 року) = 113 368 / (41 902 400 – 1 014 352) = 113 368 / 40 888 048 = 0.0028, тобто 0,28 % або 280 випадків на 100 000 населення протягом 2020 року.

СЛАЙДИ 18 – 19

Ви можете використовувати цей слайд, щоб дозволити учасникам планувати, використовуючи такі припущення:

- Що станеться з поширеністю, якщо кран закритий (нових випадків немає)?
- Що відбувається з поширеністю, коли злив розширюється (смертність збільшується або покращується виліковування)?
- Що станеться з поширеністю, якщо ми покращимо виявлення нових випадків (наприклад, впровадимо програму скринінгу)?
- Що станеться з поширеністю, якщо ми подовжимо тривалість і якість життя людей з хронічними захворюваннями?

4 Рак в Україні. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби [Електронний ресурс] / Федоренко З.П., Гулак Л.О., Михайлович Ю.Й. та ін. // Бюлетені Національного канцер-реєстру №21 (2019 рік), 22 (2020 рік) і 23 (2021 рік). Режим доступу до ресурсу http://www.ncru.inf.ua/publications/index.htm

Слайд 19 підсумовує вплив на поширеність різних факторів.

Якщо ми говоримо про поширеність, то в результаті відсутності нових випадків теоретично вона мала би зменшуватися. Разом з тим, реальна картина залежатиме і від інших процесів у популяції: розмір популяції може змінюватися за рахунок народження та смертності від інших причин, не пов'язаних з тією хворобою, яку ми досліджуємо.

Про що варто пам'ятати. Показник **захворюваності** більш чутливий до впливу змін у навколишньому середовищі. Аналізуючи його за низку років, можна отримати правильне уявлення про виникнення і динаміку захворюваності та ефективність відповідних профілактичних і лікувальних заходів.

Показник **поширеності хвороб** більш стійкий до факторів навколишнього середовища. Збільшення поширеності не завжди погано. Це може свідчити про покращення діагностування або продовження життя людей з хронічними захворюваннями.

СЛАЙД 20

Перейдіть до розгляду концепції непоновсправності (перекладають також як інвалідність або непрацездатність, але це не є інвалідністю або непрацездатністю, як ми їх встановлюємо офіційно). Вона складається з трьох частин – порушення, власне інвалідності та перешкоди. Ці частини відображають не тільки дефект, який має людина, а також те, як цей дефект впливає на її можливість жити у суспільстві повноцінним життям. Стани, які можуть спричиняти непрацездатність, класифіковано у Міжнародному класифікаторі функціональних станів.

СЛАЙД 21

Для того, щоб зрозуміти суть показників DALY та QALY, варто почати з визначення очікуваної тривалості життя. Це базовий показник, який вимірює тривалість життя людини у роках. Цей показник обраховується на основі рівнів смертності. Запропонуйте учасникам порахувати очікувану тривалість їхнього життя за допомогою калькулятора, розробленого Центром громадського здоров'я.

СЛАЙД 22

Очікувана тривалість життя не відображає якість, з якою це життя прожите, тому ввели ще два додаткових показника. Це роки життя, втрачені через передчасну смертність (YLL), і роки життя, втрачені через неповносправність (YLD).

YLL для певного захворювання обчислюють як кількість випадків смерті внаслідок цього захворювання, помножених на кількість років життя відповідно до глобальної стандартизованої тривалості життя. Згідно зі «Світовим демографічним прогнозом за 2012 рік» / World Population Prospects 2012 (Відділ народонаселення ООН, 2013 р.), за прогнозом на 2050 рік очікувана тривалість життя на момент народження становитиме 92 роки.

YLD розраховують як кількість випадків травм або захворювань, помножену на середню

тривалість хвороби і зважену на важкість хвороби, оцінену за шкалою від 0 (ідеальне здоров'я) до 1 (смерть).
Докладніше з цим методом можна ознайомитися за посиланням:
http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/GlobalDALYmethods_2000_2011.pdf?ua=1

СЛАЙДИ 23 – 24
Сумою цих двох показників є DALY – очікувана тривалість життя, скоригована на інвалідність. Тобто показник DALY в одній формулі поєднує значення передчасної смерті та інвалідності. Один DALY означає втрату еквівалента одного року повноцінного здоров'я.

Варто наголосити на тому, що якщо люди не можуть повноцінно прожити своє життя (не можуть працювати або брати активну участь у житті суспільства), це є обмеженням. Метою має бути довге і якісне життя, тобто життя при повному здоров'ї.

На цьому рисунку на слайді 24 графічно пояснено зв'язок між різними елементами. Початковою точкою є очікувана тривалість життя, а від неї віднімають випадки передчасної смерті та періоди життя, прожиті з обмеженнями.

СЛАЙД 25
На слайді порівняно глобальні показники смертності та DALY. На показники DALY вплив інвалідності є вищим. Отже, вроджені вади розвитку новонароджених є значними за кількістю ДНІВ, але незначними за випадками смерті. Біль у спині часто є причиною непрацездатності, але не є причиною смерті.

СЛАЙД 26
На слайді порівняно показники неповносправності та смертності в Україні. Попросіть слухачів пояснити відмінності. Чому на інсульт припадає велика частка смертей, але менша частка втрачених років життя через неповносправність (YLD)? Причина полягає в тому, що люди з інсультом швидко помирають (високе значення показника втрачених років життя через передчасну смертність – YLL), менше людей з непрацездатністю живуть довго (YLD). Це також характерно для ішемічної хвороби серця.

Зверніть увагу, що деякі захворювання викликають часті випадки смерті, а деякі – тривалу непрацездатність.

СЛАЙД 27
QALY є показником ефективності медичних втручань. Показник QALY обчислюють шляхом оцінювання кількості років життя, що залишилися для пацієнта після певного лікування або медичного заходу, й щорічно зважують за показником якості життя (за шкалою від 0 до 1). Його часто вимірюють із погляду здатності людини виконувати повсякденну роботу та свободи від болю і психічних розладів.

СЛАЙД 28
На цьому слайді наведено приклад інструменту для вимірювання якості життя – EuroQol. Попросіть учасників сформувати за ним свій профіль здоров'я. Поясність,

що для того, щоб оцінити якість життя людини з таким профілем у конкретній країні, потрібно мати наперед зроблені оцінки на вибірці людей цієї країни з загальної популяції. На слайді наведено оцінки якості життя для двох профілів здоров'я – з незначним болем (11121) та незначною тривогою (11112), що були проведені – людьми у Великобританії та Нідерландах. Як бачимо, у Великобританії меншою проблемою для людей і біль, а у Нідерландах – тривога.

СЛАЙД 29
Якість життя є важливим параметром у разі хронічних захворювань, адже хронічні захворювання впливають на всі аспекти якості життя.

Ми обчислюємо QALY у двох вимірах, тому що ми бажаємо досягти в охороні здоров'я більшого, ніж просто продовжити життя людини.

- Довше життя з тією самою якістю
- Щасливіше життя (8+1 вимірів) з такою самою тривалістю.

Запитайте учасників, які втручання лише подовжують тривалість життя, а які – покращують його якість?

Приклади продовження тривалості життя: життя на апараті штучної вентиляції легень для людини без свідомості, лікування раку з багатьма побічними ефектами.

Приклади покращення якості життя: інвалідний візок для інваліда, знеболювальні засоби для пацієнтів, хворих на онкологічні захворювання.

СЛАЙДИ 30 – 31
Запропонуйте учасникам перейти до обговорення тягаря захворювань у світі та в Україні. У всьому світі НІЗ є провідною причиною захворюваності та непрацездатності.

СЛАЙД 32
У більшості країн світу, крім країн Африки, НІЗ є основною причиною смертності.

СЛАЙД 33
Протягом останніх 30 років у деяких країнах частка НІЗ у структурі смертності була високою і не змінилася (наприклад, у Канаді та Україні). В інших країнах (таких як Узбекистан або Китай) частка НІЗ у структурі смертності зросла за останні 30 років. Проте навіть у тих країнах, де основною причиною смертності є інфекційні захворювання (таких як Нігерія), частка НІЗ у структурі смертності має тенденцію до зростання. Це пов'язано з тим, що людство долає інфекційні захворювання, тому, за теорією епідеміологічного переходу, на перше місце виходять неінфекційні захворювання.

СЛАЙД 34
Серед НІЗ перше місце у структурі смертності зараз, як і 30 років тому, займає ішемічна хвороба серця та інсульт. Проте за останні 30 років у структурі смертності

просунулися з нижчих сходинок на вищі такі НІЗ, як хронічне обструктивне захворювання легень, рак легень, хвороба Альцгеймера та діабет. Серед інших у перші двадцять причин смертності входять цироз, різноманітні види раків, хронічна хвороба нирок, хвороба Паркінсона та гіпертензивна хвороба серця.

СЛАЙД 35
Основні причини смертності в Україні зта віковими і статевими групами та місцем проживання (у селі/місті) можна дивитися на ресурсі https://socialdata.org.ua/projects/mortality/ Зайдіть на ресурс і покажіть учасникам, як ним користуватися. ЙогоІнформацію з цього ресурсу можна використовувати для відповіді на перше питання практичного завдання.

СЛАЙДИ 36 – 40
Перейдіть до обговорення нерівностей в стані здоров'я. Нагадайте слухачам інформацію з попереднього модуля про класифікацію факторів ризику (слайд 37), модель детермінант Далгрена та Уайтхеда (слайд 38) та модифіковані і немодифіковані фактори ризику (слайди 39-40), – щоб підвести їх до поняття нерівностей і несправедливостей у здоров'ї.

СЛАЙД 41
Наведіть визначення нерівностей. Нерівності у стані здоров'ї виникають через умови, в яких ми народжуємось, ростемо, живемо, працюємо та старіємо. Ці умови впливають на наші можливості для досягнення міцного здоров'я, й на те, як ми думаємо, відчуваємо та діємо; крім цього, такі умови формують наше психічне та фізичне здоров'я та добробут.

СЛАЙД 42
Наголосіть на тому, що ми хочемо уникнути нерівностей, проте деякі з них неминучі. Наприклад, відмінності між чоловіками та жінками, за генетичними факторами тощо.

СЛАЙД 43
Несправедливість у стані здоров'я – це відмінності в стані здоров'я, яких можна уникнути, між різними групами людей. Ці поширені відмінності є наслідком несправедливих систем, що негативно впливають на умови життя людей, доступ до медичного обслуговування та загальний стан здоров'я. Несправедливість у стані здоров'я найсерйозніше впливає на людей із неблагонадійних чи історично утиснених груп.

Суть охорони здоров'я полягає в тому, щоб підтримати тих, хто цього найбільше потребує. Кожен громадянин повинен мати можливість досягти найкращого стану здоров'я.

На жаль, в Україні велика нерівність у сфері охорони здоров'я за зайнятістю, статтю, проживанням в містах/селах. Результати самооцінки людьми стану свого здоров'я демонструють, що серед населення України працездатного віку є соціально-демографічні та соціально-економічні нерівності та нерівності, пов'язані з зайнятістю. Жінки оцінюють своє здоров'я як значно гірше, у порівнянні з чоловіками, а люди

найстаршого віку говорять, що їхнє здоров'я найгірше. Респонденти з вищою освітою оцінюють своє здоров'я як краще, порівняно з особами з початковою освітою. Існує сильна залежність між станом здоров'я та доходом, оскільки учасники, які «дуже переживають» та «переживають» через дохід своєї родини, заявили, що мають неналежне здоров'я. Також результати дослідження продемонстрували зв'язок між станом здоров'я та доходом на індивідуальному рівні, а також із чинниками, пов'язаними з зайнятістю; загалом було відзначено неналежний стан здоров'я українців. Більше інформації можна знайти за посиланням – http://health-index.com.ua/HI_Report_2019_Preview.pdf

СЛАЙДИ 44 – 46

Запропонуйте учасникам виконати практичне завдання. На слайдах представлена основна інформація, яку можна використати під час групової роботи. Докладні інструкції наведено в Додатку 2.

СЛАЙДИ 47 – 48

Підбийте підсумки модулю. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам'ятати.

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЇ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

1. Розділіть учасників на групи по п’ять осіб, які працюватимуть окремо.

2. Запропонуйте кожній групі обрати одну із таких цільових груп:

   a. Вагітні жінки

   b. Підлітки (10 – 15 років)

   c. Дорослі жінки (18 – 64 років)

   d. Дорослі чоловіки (18 – 64 років)

   e. Люди літнього віку, старші за 65 років

3. Дайте учасникам 30 хвилин, роздайте їм роздруковану модель Далгрена та Уайтхеда (Додаток 2.1) і попросіть кожну групу проаналізувати захворювання, пов’язані з ними ризики та несправедливості в досліджуваній віковій (чи статевій) групі, причини несправедливості та шляхи подолання факторів ризику (матеріал попереднього модуля). Працюючи в групі, учасники мають відповісти на такі запитання*:

   a. Які основні захворювання та причини смертності характерні для групи, яку ви вивчаєте? Використовуйте ресурс socialdata.org.ua/projects/mortality

   b. Які фактори ризику є для її представників найбільш вагомими? Подумайте про 5 рівнів детерміннт за моделлю Далгрена та Уайтхеда.

   c. Яких з цих факторів ризику можна уникнути? Що є несправедливостями?

   d. Які заходи зараз вживаються в Україні для подолання відповідних ризиків та захворювань для цієї групи? Використовуйте такі категорії: індивідуальний рівень, безпосереднє оточення, рівень суспільства.

   e. Яких додаткових заходів потрібно вжити для покращення справедливості та більшої підтримки найвразливіших груп населення? Використовуйте такі категорії: індивідуальний рівень, безпосереднє оточення, рівень суспільства.

4. Попросіть учасників підготувати у кожній групі коротку презентацію з аналізом та рекомендаціями щодо заходів.

5. Попросіть по одному представнику від кожної групи представити напрацьовані результати.

6. Підведіть підсумки роботи в групах.

* Можливі фактори ризику за групами:

Які найпоширеніші захворювання та основні чинники ризику впливають на вікову групу, яку ви вивчаєте?

1. Вагітні жінки. Можливі фактори ризику: вживання алкоголю та тютюну під час вагітності, неправильне харчування.

2. Підлітки (10–15 років). Можливі ризики: вживання тютюну, алкоголю (зокрема, слабоалкогольних напоїв), наркозалежність, харчування (нездорова їжа), вживання енергетиків тощо.

3. Дорослі жінки (18–64 років). Можливі ризики: ожиріння (більш поширене серед жінок, ніж серед чоловіків), депресія (більш поширена серед жінок, ніж серед чоловіків), куріння, вживання алкоголю (менш поширене серед жінок, ніж серед чоловіків, але все ще актуальне).

4. Дорослі чоловіки (18–64 років). Можливі ризики: вживання тютюну та алкоголю, дорожньо-транспортні пригоди, випадки самогубства.

5. Люди літнього віку, старше за 65 років. Можливі ризики: вживання тютюну та алкоголю (особливо серед чоловіків), гіпертонія, малорухливий спосіб життя, підвищений рівень цукру в крові, деменція тощо.

Додаток 2.1.
Модель Далгрена та Уайтхеда



МОДУЛЬ 4.
ІНТЕГРОВАНИЙ, МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НІЗ ПРОТЯГОМ УСЬОГО ЖИТТЯ ЛЮДИНИ

ЗМІСТ

1. Вступ 68
2. Навчальні цілі 68
3. Короткий огляд модуля 68
3.1. Структура презентації 68
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 69
3.3. Практична робота 69
4. Підготовка до проведення модуля 70
4.1. Структура та тривалість модуля 70
4.2. Матеріали та обладнання 70
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 70
5. Список рекомендованої літератури 71
Додаток 1. Коментарі до презентації в PowerPoint 72
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 76
Запитання для оцінювання знань 84

1. ВСТУП

У попередніх модулях ми обговорювали соціальні детермінанти здоров'я та фактори ризику неінфекційних захворювань (НІЗ). У цьому модулі ми поговоримо про здоров'я з погляду життєвого циклу. НІЗ – це хронічні захворювання. Те, що відбувається в житті людей на одному етапі (у певному життєвому періоді), впливає на їхнє здоров'я на подальших етапах, навіть у довгостроковій перспективі. Важливо, щоб працівники сфери охорони здоров'я та населення розуміли цей зв'язок між подіями, що відбуваються в молодому віці, й наслідками, що проявляються пізніше.

На кожному етапі життя існують певні ризики, що згодом впливають на здоров'я. Очікувана тривалість здорового життя коротша за загальну очікувану тривалість життя. Це пов'язано з тим, що часто у старшому віці розвиваються хронічні захворювання, які впливають на якість життя.

Спільною метою роботи фахівців сфер охорони здоров'я та громадського здоров'я має бути подовження тривалості здорового життя. Варто розуміти, що на кожному етапі життя людини передбачені певні заходи, які часто спрямовані на розв'язання конкретних питань, актуальних для підтримки здоров'я у майбутньому. Важливу роль відіграють як профілактика захворювань, так і їхнє вчасне виявлення та лікування. Нам потрібно інтегрувати підхід до здоров'я, що ґрунтується на життєвому циклі, в діяльність, пов'язану з громадським здоров'ям.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Наприкінці модуля учасники зможуть пояснити:

- підхід до здоров'я, що ґрунтується на життєвому циклі;
- концепцію здорового старіння;
- епідеміологію життєвого циклу;
- ключові етапи життєвого циклу та їхній вплив на здоров'я та добробут.

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Концепція, що ґрунтується на життєвому циклі:
   – механізми довгострокового впливу.

ii. Події, що відбуваються протягом життєвого циклу:
   – підхід до здоров'я, що ґрунтується на життєвому циклі;
   – ключові етапи життя та вплив факторів ризику.

iii. Старіння та стан здоров'я:
- тривалість здорового життя;
- «ера прискорення».

iv. Здорове старіння.

v. Інтервенції для різних вікових груп.

vi. Підхід, що ґрунтується на життєвому циклі, в охороні здоров'я.

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модуля.
Коментарі до слайдів наведено в додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

Модуль 4 розкриває тему інтегрованого, мультидисциплінарного підходу до профілактики та контролю НІЗ протягом усього життя людини.

- НІЗ – це хронічні захворювання, й те, що відбувається в житті людей на одному етапі, впливає на їхнє здоров'я на подальших етапах, навіть у довгостроковій перспективі.

- На кожному етапі життя існують певні фактори ризику, що згодом впливають на здоров'я. Ризики часто пов'язані з соціальними детермінантами здоров'я.

- Середня очікувана тривалість здорового життя коротша за середню очікувану тривалість життя, оскільки люди страждають на хронічні захворювання, які впливають на якість їхнього життя.

- На кожному етапі життя для нас передбачені певні медичні заходи (втручання) в галузі громадського здоров'я, які часто спрямовані на розв'язання конкретних питань, актуальних для підтримки здоров'я в майбутньому.

- Потрібно інтегрувати підхід до здоров'я, що ґрунтується на життєвому циклі, в діяльність, пов'язану з громадським здоров'ям.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Робота в групах з виконанням завдань, презентацією результатів та їхнім подальшим обговоренням. Модуль містить 1 практичне завдання (додаток 2).

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. ТРИВАЛІСТЬ ТА СТРУКТУРА МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 120 хвилин (2 години):

- вступ та лекційна частина – 60 хвилин;
- практичне завдання: робота в групах (додаток 2), презентація та обговорення результатів – 45 хвилин;
- підсумки модуля та тези для запам'ятовування – 15 хвилин.

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

- презентація в PowerPoint;
- проєктор, екран та комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт і папір для фліпчарта, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/аркуші паперу та ручки/олівці для всіх учасників.

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ

- Ознайомтеся з презентацією в PowerPoint та конспектами лекцій у додатку 1. Також можна переглянути інші лекції, що стосуються інтегрованого, мультидисциплінарного підходу до профілактики та контролю НІЗ протягом усього життя людини, які ви можете знайти на YouTube:
  - https://www.youtube.com/watch?v=3OBFYIXmAwQ
  - https://www.youtube.com/watch?v=qMLqgK1jfR0

- Ознайомтеся з переліком рекомендованої літератури в розділі 5. Перелік літератури не є вичерпним – Ви можете додавати до нього ті джерела, які вважаєте цікавими та корисними.

- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та поміркуйте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої Ви проводитимете навчання.

- Ознайомтеся з тестовими запитаннями до модуля та відповідями на них, що наведені наприкінці блоку 1.

5. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Chandni Maria Jacob, Janis Baird, Mary Barker, Cyrus Cooper and Mark Hanson. The Importance of a Life Course Approach to Health: Chronic Disease Risk from Preconception through Adolescence and Adulthood, World Health Organization, 2020. URL: https://is.gd/N298cf

- WHO Europe Active Ageing Good health adds life to years, policies and priority interventions for healthy ageing, WHO 2012. URL: https://is.gd/zlg4nF

- Lassi, Z.S., Dean, S.V., Mallick, D. et al. Preconception care: delivery strategies and packages for care. Reprod Health 11, S7 (2014). URL: https://is.gd/qitbew

- Nunes, Saboga & Levin-Zamir, Diane & Bittlingmayer, Uwe & Contu, Paolo & Pinheiro, Paulo & V, Ivassenko, & Okan, Orkan & L, Comeau, & Barry, Margaret & Van den Broucke, Stephan & Jourdan, Didier & Kavanagh, Úna. (2020). A Health Promotion Focus on COVID-19: Keep the Trojan horse out of our health systems. Promote health for ALL in times of crisis and beyond! URL: https://is.gd/MjDQ3K

- The public health impact of chemicals: knowns and unknowns (with addendum). Geneva? WHO, 2021. URL: https://is.gd/PLC7SM

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ В POWERPOINT

СЛАЙДИ 1 – 2
Назвіть учасникам тему модуля, а також поясність, які основні питання буде висвітлено в презентації.

СЛАЙДИ 3 – 6
Розпочніть з обговорення концепції, що ґрунтується на життєвому циклі. Зупиніться на таких моментах.

– Події, що відбуваються з нами на різних етапах життя, впливають на стан нашого здоров'я у майбутньому. Ці події можуть бути незалежними одна від одної. Наприклад, астма у дитячому віці, проживання поряд з виробництвом, що забруднює повітря шкідливими викидами, куріння можуть призвести до виникнення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

  Попросіть учасників навести інші приклади впливу факторів ризику на розвиток певних захворювань. Можливий приклад: заняття спортом з великим фізичним навантаженням на коліна, що спричиняє зношування колінних суглобів, падіння на коліно в літньому віці тощо.

– Глибинними причинами таких факторів впливу можуть бути соціальні детермінанти, що впливають на реальні проблеми зі здоров'ям і стан здоров'я на пізніших етапах життя.

  Попросіть учасників навести приклад соціальних детермінант. Можливі приклади: дитяче ожиріння через неналежне харчування вдома, ожиріння в дорослих через неправильного харчування тощо.

СЛАЙДИ 7 – 8
– Поясніть важливість взаємозв'язку між поколіннями: коли стан здоров'я батьків неналежний, існує велика імовірність того, що діти також матимуть слабке здоров'я. Це та тенденція, яку потрібно змінити.

СЛАЙДИ 9 – 15
На слайдах представлено інформацію про події, що відбуваються впродовж життєвого циклу на різних його етапах.

Додайте власні приклади відповідних факторів ризику на кожному етапі. Зробіть посилання на моделі, наведені на слайдах 5 і 6, щоб показати зв'язки.

– **Етап до зачаття дитини:** крім генетичних факторів, існують інші фактори ризику, які визначають стан здоров'я батьків на момент зачаття (надмірна маса тіла, вік, вживання тютюну тощо) та соціальні детермінанти здоров'я, які впливають на дитину з моменту зачаття.

– **Період розвитку плода:** на розвиток органів дитини може впливати стан здоров'я матері, особливо вживання небезпечних продуктів, таких як алкоголь, наркотики, тютюн. До речі, вдихання вторинного тютюнового диму (пасивне куріння) також є шкідливим для вагітної жінки. Окрім того, на розвиток плода впливає раціон жінки під час вагітності, інфекції тощо.

– **Дошкільний вік:** недоїдання – це величезна небезпека для маленької дитини, що проявляється не тільки у недостатній масі тіла, а й у дефіциті поживних речовин. Це може мати тривалий вплив на фізичний і психічний розвиток дитини.

– У **дитячому віці**, крім розвитку організму, важливим також є розвиток мозку та психосоціальних функцій. Стан харчування та безпека в сім'ї, де виховується маленька дитина, визначають подальше здоров'я.

– **Підлітковий вік** – це важливий період життя, коли молоді люди стають соціально незалежними, але дуже вразливими, наприклад до залежності від психоактивних речовин.

– У **зрілому віці** значний вплив на здоров'я можуть мати професійні чинники, наприклад, токсичні продукти, стрес унаслідок фізичної праці. Спосіб життя також важливий для здоров'я: поведінкові фактори ризику можуть спричиняти розвиток хронічних хвороб.

СЛАЙД 16 – 17

– Слайди містять дуже багато інформації про зв'язки між різними аспектами харчування та навколишнього середовища. Попросіть слухачів пояснити деякі із зв'язків, представлених на слайдах.

СЛАЙД 18

– Коли ми говоримо про здоров'я, то маємо розуміти, що для нього існують не тільки ризики, але й позитивний вплив. Попросіть слухачів пов'язати інформацію на слайді з соціальними детермінантами здоров'я.

СЛАЙДИ 19 – 22

Старіння та стан здоров'я

– Нагадайте учасникам «павутину», про яку йшлося в першому модулі. Здоров'я – це більше, ніж фізичне або психічне здоров'я. Якість життя та можливість брати участь у житті суспільства – це також складові здоров'я. Однак, у порівнянні з іншими складовими здоров'я, ці є суб'єктивнішими.

– Очікувана тривалість здорового життя – це період життя, коли люди відчувають себе здоровими та можуть повноцінно жити так, як їм хочеться. Коли починають розвиватися хронічні захворювання, рівень активності знижується, наприклад, через фізичні та/або психічні порушення. Загалом, в середньому останні 15 років свого життя люди живуть з обмеженнями. В Україні тривалість здорового життя становить 61,7 року (середня очікувана тривалість життя – 72,01 роки).

– Роки здорового життя не завжди є на 100 % об'єктивними. Наприклад, люди, які страждають на цукровий діабет, можуть відчувати себе дуже здоровими, якщо вони добре контролюють своє захворювання.

СЛАЙДИ 23 – 24

«Ера прискорення»

– Наголосіть на тому, що останнім часом в економіці, політиці, соціальній сфері відбуваються надзвичайно інтенсивні зміни, стрімко розвиваються технології, що мають двоякий вплив на здоров'я: як негативний (забруднення довкілля, зміни у способі життя тощо), так і позитивні (краща діагностика та медична допомога, краща поінформованість тощо). Тож коли ми говоримо про профілактику та контроль НІЗ на різних етапах життя людини, ми маємо враховувати ці тенденції.

– Додайте власні приклади факторів до вже вказаних на слайдах. Зробіть посилання на моделі, наведені на слайдах 5 і 6, щоб показати зв'язки.

– Попросіть слухачів навести власні приклади та пояснити зв'язки.

СЛАЙД 25 – 26

– Проблеми хронічних захворювань починаються вже у ранньому віці, хоча вони рідко бувають яскраво виражені. Як правило, у молодшому віці люди не дуже переймаються своїм здоров'ям і не думають про можливі майбутні проблеми, зокрема про наслідки ризикованої поведінки. Хоча ранні симптоми можуть проявлятися вже в молодому віці. Наприклад, внаслідок куріння зменшується ємність легень, можуть розвиватися серцево-судинні захворювання, рак та діабет тощо.

СЛАЙДИ 27 – 28

Здорове старіння

– У програмах здорового старіння ми намагаємось «змінити тенденції» та акцентувати увагу на тому, щоб уникати зниження функціональності організму. За певних умов люди можуть жити здоровіше, брати активну участь у житті суспільства та насолоджуватися життям. Однак варто розуміти, що для цього потрібно мінімізувати ризики на кожному етапі життя людини. Дилема полягає в тому – чи варто намагатися продовжити тривалість життя, якщо людина страждає і не може ним насолоджуватися?

– Запитайте учасників, чому, на їхню думку, продовження життя не є основною метою здорового старіння? Поясніть, що головною метою здорового старіння є якість життя.

СЛАЙДИ 29 – 37

Втручання для різних вікових груп

На кожному етапі життя передбачені певні втручання, у тому числі й в галузі охорони здоров'я, спрямовані на покращення здоров'я в короткостроковій перспективі, але також із погляду подальшого здоров'я.

– Консультації до зачаття дитини, особливо якщо в майбутніх батьків є ризики;

– Допологове спостереження: контроль здоров'я матері та дитини й забезпечення профілактичного лікування;

– Здоров'я немовлят та дітей: спостереження за станом здоров'я, консультування батьків, щеплення та проведення профілактичного лікування;

– Здоров'я в школі: підвищення обізнаності щодо питань здоров'я та забезпечення здорового середовища;

– Здоров'я молоді, психосоціальна підтримка, особливо в профілактиці залежності від психоактивних речовин;

– Охорона праці: охорона здоров'я за небезпечних умов і консультування.

СЛАЙДИ 38 – 40

Підхід, що ґрунтується на життєвому циклі, в охороні здоров'я

– Зміна тенденцій може відбуватися на кожному етапі життя. Йдеться не тільки про фактичне здоров'я, а й про вплив на здоров'я в майбутньому. Часто буває важко побачити, що втручання мають довгостроковий ефект через десятиріччя, але важливо впровадити підхід, що ґрунтується на життєвому циклі, в сфері охорони здоров'я;

– Підкресліть, що підхід до здоров'я, що ґрунтується на життєвому циклі, є невіддільною складовою заходів щодо НІЗ. Оскільки НІЗ є хронічними хворобами, наслідки можуть бути помітні лише в довгостроковій перспективі. Потрібно чітко показати населенню та політикам, що підхід до здоров'я, який ґрунтується на життєвому циклі, необхідний для зменшення поширеності НІЗ, а також тягаря, який вони спричиняють.

СЛАЙДИ 41 – 43

Запропонуйте учасникам виконати практичне завдання в групах. На слайдах представлена основна інформація, яку можна використати під час групової роботи. Докладні інструкції наведено в Додатку 2.

СЛАЙДИ 44 – 45

Підбийте підсумки модуля. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам'ятати.

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЇ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

1. Розділіть учасників курсу на чотири групи, які працюватимуть окремо.

2. Запропонуйте кожній групі обрати одну з тем (переконайтеся, що всі теми охоплені):

   a. цукровий діабет

   b. серцево-судинні захворювання

   c. ХОЗЛ

   d. рак шийки матки

3. Дайте учасникам 30 хвилин та попросіть їх проаналізувати в групах обране захворювання для кожного етапу життя за такими критеріями:

   – фактори ризику,

   – можливі несправедливості для різних груп населення,

   – причини несправедливості та наявні інтервенції.

   Попросіть учасників, працюючи в групах, відповісти на такі запитання*:

   a. На кожному етапі життя, які є фактори ризику виникнення захворювання, яке ви вивчаєте?

   b. Чи належно враховані ці фактори ризику в нинішніх програмах з охорони здоров'я?

   c. Чи забезпечена чітка безперервність і послідовність інтервенцій (також зважаючи на глибинні причини)?

   d. Що потрібно покращити в наявних інтервенціях, щоб підвищити їхню ефективність?

   e. Чи є у вас інші рекомендації щодо інтервенцій з огляду на інтегрований, мультидисциплінарний підхід до профілактики та контролю НІЗ протягом усього життя людини?

4. Попросіть учасників підготувати у кожній групі коротку презентацію за результатами обговорень.

5. Попросіть по одному представнику від кожної групи представити напрацьовані результати.

6. Підведіть підсумки роботи в групах.

* Коментарі до запитань

a. На кожному етапі життя, які є фактори ризику виникнення захворювання, яке ви вивчаєте?

    a. Переконайтеся, що учасники починають з етапу зачаття і проходять усі етапи життя людини.

    b. Щодо цукрового діабету, серцево-судинних захворювань (ССЗ) і ХОЗЛ є дані про те, що розвиток органів може бути порушений на етапі плоду, і що стан здоров'я матері до зачаття має вплив на плід.

    c. Щодо раку шийки матки, відомо, що інфекція вірусу папіломи людини (ВПЛ) може початися щойно молоді жінки стають статево активними, проте рак шийки матки, як правило, може розвинутися в середньому тільки за 15 років.

b. Чи належно враховані ці фактори ризику в нинішніх програмах з охорони здоров'я?

    Проаналізуйте наявні політики та програми під час підготовки до цього модуля.

c. Чи забезпечена чітка безперервність і послідовність інтервенцій (також зважаючи на глибинні причини)?

    Більшість програм з охорони здоров'я зосереджені на реальній ситуації або на короткострокових наслідках. Часто довгострокові наслідки належно не згадуються. Глибинні причини детермінантів здоров'я, як правило, недостатньо вивчені. Часто до впровадження програм з охорони здоров'я залучені різні медичні організації та заклади, які не координують свої дії у різних вікових групах.

d. Що потрібно покращити в наявних інтервенціях, щоб підвищити їхню ефективність?

    Підхід до здоров'я, що ґрунтується на життєвому циклі, має бути складовою ширшого підходу до охорони здоров'я. При цьому відповідними компонентами підходу є справедливість, розширення можливостей, стійкість та міжгалузеві заходи.

е. Чи є у вас інші рекомендації щодо інтервенцій з огляду на інтегрований, мультидисциплінарний підхід до профілактики та контролю НІЗ протягом усього життя людини?

Стимулюйте учасників до креативу, а також розгляньте варіанти поза сектором охорони здоров'я.

Запитання для оцінювання знань за результатами проходження БЛОКУ 1 «Вступ до неінфекційних захворювань»

МОДУЛЬ 1: Зміни в демографії глобального здоров'я

1. **Що таке соціальна демографія?**

   a. Статистичні дослідження, що описують конкретні соціальні групи.

   b. Статистичні дослідження для покращення становища соціальних груп.

   c. Статистичні дослідження, що аналізують взаємозв'язки між різними факторами.

2. **На якому етапі епідеміологічного переходу зменшується народжуваність?**

   a. Ранній етап.

   b. Пізній етап.

   c. Постетап.

3. **Що таке старіння населення?**

   a. Це зсув у віковому розподілі населення країни, за якого частка громадян похилого віку збільшується, а частка осіб молодшого віку зменшується.

   b. Це стан, за якого рівень смертності від старіння стабільний або зменшується, в такий спосіб відокремлюючи його від хронологічного віку.

   c. Це зсув у віковому розподілі населення країни, за якого частка громадян середнього або молодшого віку збільшується в загальній чисельності населення, в порівнянні з людьми старшого або похилого віку.

4. **Що є основною причиною зміни демографічних показників?**

   a. Виникнення факторів ризику, пов'язаних із новим способом життя, й зникнення старих факторів ризику, пов'язаних з інфекційними захворюваннями.

   b. Екологічні та соціально-економічні зміни.

   c. Зростання захворюваності на цукровий діабет і серцево-судинні захворювання.

5. **Що відбувається на другому етапі демографічного переходу?**

   a. Смертність зменшується, народжуваність висока.

   b. Народжуваність і смертність високі.

   c. Народжуваність знижується, а смертність лишається низькою.

МОДУЛЬ 2: Типи неінфекційних захворювань (НІЗ) та фактори ризику

1. **Чому інфаркт міокарда та інсульт підпадають під одну групу захворювань?**

   a. Тому що вони обидва гострі

   b. Тому що вони обидва виникають через ураження кровоносних судин

   c. Тому що обидва вони спричинені аномальними клітинами крові

2. **Що характерно для цукрового діабету 1 типу?**

   a. Він виникає в юному віці

   b. Він виникає у дорослому віці

   c. Він виникає незалежно від віку

3. **Яке твердження стосовно деменції правильне?**

   a. Запобігти деменції можна за допомогою здорового способу життя

   b. Деменція є спадковою та запобігти їй неможливо

   c. Ризик захворіти на деменцію можна зменшити за допомогою здорового способу життя

4. **Що таке проміжні фактори ризику?**

   a. Ризики середньої тяжкості

   b. Ризики, що виявляються через зміни функцій організму

   c. Ризики, що виявляються в поведінці окремих людей

5. **Яке твердження стосовно алкоголю правильне?**

   a. Він є шкідливим, тому найкраще рішення – зовсім мне вживати алкоголь.

   b. Вживати до 2 склянок алкоголю на день не шкідливо.

   c. Він є шкідливим лише для підлітків, тому його не можна вживати неповнолітнім особам віком до 18 років.

6. **Який фактор ризику НІЗ є основною причиною смертності у світі?**

   a. Нездорове харчування

   b. Гіподинамія

   c. Вживання алкоголю

   d. Вживання тютюну

МОДУЛЬ 3: Тягар НІЗ. Нерівності, пов'язані з НІЗ, та ефективні рішення

1. **Яким є визначення років життя, скоригованих на непрацездатність (DALY)?**

   a. Один рік, втрачений через передчасну смертність.

   b. Один рік, втрачений через життя з непрацездатністю.

   c. Втрачений один рік повноцінного здоров'я.

2. **Чому на ішемічні хвороби серця припадає більша частка смертей, ніж DALY?**

   a. Відносно багато людей раптово помирають від серцевого нападу.

   b. Багато людей з ішемічною хворобою серця хронічно хворі.

   c. В Україні частка ішемічних хвороб серця значно вища, ніж онкологічних захворювань.

3. **Який зв'язок між поширеністю, захворюваністю та смертністю?**

   a. Захворюваність є змінною, залежною від поширеності та смертності.

   b. Смертність є змінною, що залежить від поширеності та захворюваності.

   c. Поширеність є змінною, що залежить від захворюваності та смертності.

4. **Яке з наведених тверджень є правдивим стосовно факторів ризику?**

   a. Серед жінок поширеніші залежності, а серед чоловіків – ожиріння.

   b. Чоловіки та жінки мають однаковий ризик як залежності, так і ожиріння.

   c. Серед чоловіків поширеніші залежності, а серед жінок – ожиріння.

5. **Якість життя людей з однаковими функціональними станами у різних країнах буде**

   a. Однаковою

   b. Різною

   c. Залежати від соціально-економічних характеристик

МОДУЛЬ 4: Інтегрований, мультидисциплінарний підхід до профілактики та контролю НІЗ протягом усього життя людини

1. **У чому сутність інтегрованого, мультидисциплінарного підходу до профілактики та контролю НІЗ протягом усього життя людини?**

   a. Поняття соціальних детермінант здоров'я

   b. Поняття тривалого часу між впливом причин та їхніми наслідками

   c. Поняття профілактики на всіх етапах життя

2. **Що означає поняття «групування ризиків»?**

   a. Різні фактори ризику часто йдуть один за іншим

   b. Різні фактори ризику виникають одночасно

   c. Різні фактори ризику взаємодіють і підсилюють один одного

3. **Ожиріння матері на стадії зачаття може призвести до:**

   a. передчасного народження дитини

   b. мертвонародження (дитина народжується мертвою)

   c. серцево-судинних захворювань в ранньому дитячому віці

4. **Яким є визначення очікуваної тривалості здорового життя?**

   a. Роки, прожиті з моменту народження в доброму здоров'ї

   b. Роки життя, врятовані завдяки зміцненню здоров'я

   c. Роки, прожиті від народження в здоровому середовищі

5. **Яка мета інтегрованого, мультидисциплінарного підходу до профілактики та контролю НІЗ протягом усього життя людини?**

   a. Збільшення тривалості життя

   b. Збільшення фізичної активності літніх людей

   c. Подовження періоду, протягом якого людина здорова, й підвищення якості життя

6. **Один з важливих ризиків підліткового віку –**

   a. розвиток ожиріння

   b. розвиток анорексії

   c. розвиток залежності від психоактивних речовин

ПРАВИЛЬНІ ВАРІАНТИ ВІДПОВІДЕЙ

Модуль 1	Модуль 2	Модуль 3	Модуль 4
1 – c	1 – b	1 – c	1 – b
2 – b	2 – b	2 – a	2 – c
3 – a	3 – c	3 – c	3 – b
4 – b	4 – b	4 – c	4 – a
5 – a	5 – a	5 – b	5 – c
	6 – d		6 – c

БЛОК 2.
ПІДХОДИ ДО ЕПІДНАГЛЯДУ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ У СФЕРІ НІЗ

Епіднагляд є критично важливим для ефективної боротьби з неінфекційними захворюваннями (НІЗ). Його метою є систематичний збір, інтерпретація та поширення даних для формування цілей та розробки заходів щодо зниження захворюваності та смертності від хронічних захворювань[1][2][3].

Епіднагляд за неінфекційними захворюваннями, моніторинг та оцінювання є інструментами, які фіксують результати діяльності системи охорони здоров'я та покращують можливості боротьби з НІЗ.

Адекватні системи епіднагляду за НІЗ дозволяють на ранній стадії ідентифікувати як осіб з високим ризиком захворіти (первинна профілактика), так і тих, хто вже хворіє і кого можна лікувати за допомогою менш вартісних методів у поєднанні з іншими заходами громадського здоров'я (вторинна і третинна профілактика), що дешевше, ніж лікувати хвороби вже на більш пізніх стадіях. Тож профілактика НІЗ має бути ключовою стратегією.

Профілактика та контроль НІЗ передбачають спостереження за пов'язаними з ними факторами ризику (вживання тютюну та алкоголю, нездорове харчування, брак фізичної активності) та запровадження заходів для того, аби зменшувати поширеність факторів ризику, стимулювати людей вести більш здоровий спосіб життя, не нехтувати профілактичними оглядами та скринінгами, вчасно звертатися по допомогу.

Інвестування в епіднагляд за НІЗ є більш економічно ефективним (хоча вимагає фінансування систем, формування необхідних ресурсів для нарощування потенціалу), порівняно з тягарем НІЗ для суспільства і економіки будь-якої країни. Наприклад, пандемія НІЗ у Європейському регіоні спричиняє 2,2 мільйона смертей щороку[4]. Окрім того, майбутні прогнози вказують на тривожне зростання поширеності за чотирма основними НІЗ, які призведуть до 2,4 мільйонів смертей у 2025 році, якщо не буде вжито серйозних заходів. Ці прогнози базуються на нещодавно зібраних даних на рівні країн. Така інформація допомагає країнам сформулювати свої стратегії та національні плани, зосереджуючи зусилля на сферах, які потребують найбільшої уваги.

Отже, епіднагляд за НІЗ на рівні країни дозволяє отримати інформацію про стан здоров'я населення, виявити основні ризики і, таким чином, забезпечити кращі можливості для поліпшення здоров'я своїх громадян. Використовуючи вичерпні дані про стан здоров'я населення, уряди можуть сформулювати політику та програми для запобігання захворюванням та вимірювати прогрес, вплив та ефективність уже чинних профілактичних заходів[5].

Цей блок складається з **2-х навчальних модулів:**
Модуль 5. Епіднагляд за НІЗ
Модуль 6. Дослідження у сфері НІЗ

---

1 Thacker SB, Stroup DF, Rothenberg RB. Public health surveillance for chronic conditions: a scientific basis for decisions. Stat Med. 1995;14:629–41.
2 Nsubuga P, White ME, Thacker SB, et al. Public Health Surveillance: A Tool for Targeting and Monitoring Interventions. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P, editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd ed. Washington (DC): World Bank; 2006. Chapter 53.
3 Thacker SB, Qualters JR, Lee LM. Centers for Disease Control and Prevention. Public health surveillance in the United States: evolution and challenges. MMWR Suppl. 2012;61(3):3–9.
4 Noncommunicable diseases. In: WHO/Noncommunicable diseases. Cairo: WHO Regional Office for Eastern Mediterranean; 2015
5 Surveillance. In: World Bank/Public health at a glance [website]. Washington: World Bank headquarters; 2016

МОДУЛЬ 5.
ЕПІДНАГЛЯД ЗА НІЗ

ЗМІСТ

1. Вступ 90
2. Навчальні цілі 90
3. Короткий огляд модуля 91
3.1. Структура презентації 91
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 91
3.3. Практична робота 92
4. Підготовка до проведення модуля 92
4.1. Структура та тривалість модуля 92
4.2. Матеріали та обладнання 93
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 93
5. Список рекомендованої літератури 94
5.1. Література для ознайомлення перед навчальним курсом 94
5.2. Література для поглибленого самостійного вивчення теми 94
Додаток 1. Коментарі до презентації в PowerPoint 95
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 108
Додаток 3. Приклади досліджень у сфері профілактики та контролю НІЗ 120
Питання для оцінювання знань 150

1. ВСТУП

Епіднагляд за НІЗ – це постійний, систематичний збір, аналіз та інтерпретація даних, пов'язаних зі здоров'ям, важливих для планування, впровадження та оцінки послуг громадського здоров'я щодо НІЗ[1].

Дані спостереження, що формуються в результаті постійного моніторингу виникнення захворювання або погіршення стану здоров'я, лежать в основі розробки заходів системи громадського здоров'я та відображають ефективність її діяльності.

Завдання епіднагляду за НІЗ:

(1) забезпечити систему раннього попередження можливих надзвичайних ситуацій у галузі громадського здоров'я;

(2) документувати вплив втручань або відстежувати прогрес у досягненні цілей;

(3) відслідковувати та роз'яснювати епідеміологічні проблеми здоров'я, що важливо для встановлення пріоритетів та розробки політики і стратегій у сфері профілактики НІЗ[2].

Принципи та застосування епіднагляду за НІЗ:

- З метою виконання програми інтервенцій здійснюється їхній моніторинг з використанням інформації про здоров'я та індикаторів програми.
- Моніторинг впливу зміни політики реалізується через аналіз індикаторів здоров'я.
- Моніторинг системи охорони здоров'я використовує інформацію (тренди) про здоров'я та управління і адміністративні дані для оцінки розподілу ресурсів.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Наприкінці модуля учасники знають визначення системи епіднагляду у сфері профілактики та контролю НІЗ та її ролі, а також можуть:

- описати мету епіднагляду за НІЗ;
- порівняти активний і пасивний епіднагляд;
- охарактеризувати переваги та недоліки різних видів епіднагляду, описати ситуації, коли вони застосовуються;
- назвати 6 елементів створення систем нагляду та пояснити їхній зміст;
- описати цикл нагляду за НІЗ;
- описати складові процесу епіднагляду та сферу їхнього застосування;
- пояснити ініціативи щодо покращення нагляду за НІЗ в Україні;

1 Introduction to Public Health Surveillance https://www.cdc.gov/publichealth101/surveillance.html
2 Джерело: https://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/

А також вмітимуть шукати інформацію рутинного нагляду у двох міжнародних базах даних, які збирають інформацію щодо захворюваності, смертності та факторів ризику на рівні країн: European Health Information Gateway – Health for All Explorer та Global Burden of Disease Study.

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Підхід до громадського здоров'я з точки зору епіднагляду

ii. Визначення епіднагляду
- що таке епіднагляд, його мета та завдання.

iii. Системи епіднагляду за НІЗ (за типом збору даних):
- поняття, особливості та обмеження активного і пасивного нагляду

iv. Види епіднагляду (за типом спостереження):
- дозорний нагляд;
- епіднагляд, орієнтований на популяцію;
- синдромний нагляд;
- лабораторний нагляд;
- інтегрований нагляд;
- екологічний нагляд;
- нагляд за травмами.

v. Критерії оцінки системи епіднагляду за НІЗ.

vi. Ініціативи, які збирають та узагальнюють інформацію з нагляду на рівні країн (типи, особливості та поради щодо використання):
- Європейський шлюз інформації щодо здоров'я (European Health Information Gateway – Health for All Explorer);
- Дослідження глобального тягаря захворювань (Global Burden of Disease Study).

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модулю.
Коментарі до слайдів наведено у додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

› Епіднагляд за НІЗ – це постійний, систематичний збір, аналіз та інтерпретація даних, пов'язаних зі здоров'ям, що необхідно для планування, впровадження

та оцінки практики громадського здоров'я. Важливо, щоб результати епіднагляду своєчасно отримували особи, що відповідають за профілактику та контроль НІЗ.

- Епіднагляд за НІЗ можна класифікувати за такими ознаками: збір даних (активний і пасивний нагляд) та нагляд за типом спостереження (дозорний нагляд; епіднагляд, орієнтований на популяцію; синдромний нагляд; лабораторний нагляд; інтегрований нагляд; екологічний нагляд, нагляд за травмами).

- Система епіднагляду за НІЗ та її ефективність оцінюється за певними критеріями: чутливість; своєчасність; репрезентативність; позитивна прогностична цінність; прийнятність; гнучкість; простота; витрати.

- Процес епіднагляду за НІЗ складається із таких складових: збір даних, їхній аналіз, інтерпретація, поширення й, обов'язково, подальші дії/ рішення/ інтервенції.

- Двома ініціативами з інтеграції та аналізу даних, зібраних на рівні країн, є Європейський шлюз інформації щодо здоров'я та Дослідження глобального тягаря захворювань.

- Ці бази даних можна використовувати для швидкого аналізу основних статистичних показників щодо захворюваності та смертності та порівняльного аналізу між країнами.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Робота в групах з виконанням завдань, презентацією результатів та їхнім подальшим обговоренням (додаток 2).

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. СТРУКТУРА ТА ТРИВАЛІСТЬ МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 180 хвилин (3 години):

- вступ та лекційна частина – 100 хвилин;
- практична робота в групах та обговорення результатів – 60 хвилин;
- підсумки модуля та тези для запам'ятовування – 20 хвилин.

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

- презентація у PowerPoint;
- проєктор, екран та комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт та папір для фліпчарту, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/листки паперу та ручки/олівці для всіх учасників;
- роздруковані матеріали для практичної роботи (перелік завдань для роботи з базою даних) – по одному примірнику переліку завдань для кожної групи (додаток 2.1);
- 5 ноутбуків або планшетів для роботи в групах (по одному ноутбуку або планшету на групу).

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ.

- Вивчіть презентацію PowerPoint та конспекти лекцій у додатку 1. Ознайомтеся з переліком досліджень, що були проведені в Україні – додаток 3. Їх можна використати як приклади під час презентації.

- Використовуйте матеріали для читання, згадані у розділі 5, щоб знайти додаткову інформацію та краще розібратися в темі.

- Під час підготовки можна переглянути відео, розміщені на YouTube:
  - Non-communicable disease surveillance in UNHCR public health programmes – https://www.youtube.com/watch?v=ljgTlaWIfXk
  - NCD Surveillance in Public Health | CPP NCD Epidemiology – https://www.youtube.com/watch?v=Ao_m8HCoG5M

- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та подумайте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої ви проводитимете навчання.

- Ознайомтеся з тестовими питання до модулю та відповідями до них, що наведені наприкінці блоку 2.

5. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

5.1. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ОЗНАЙОМЛЕННЯ ПЕРЕД НАВЧАЛЬНИМ КУРСОМ

- World Health Organization. (1997). Protocol for the evaluation of epidemiological surveillance systems (No. WHO/EMC/DIS/97.2). World Health Organization. URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/63639

- Noncommunicable disease surveillance in the WHO Eastern Mediterranean Region / World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, WHO, 2020. URL: https://is.gd/ond7DU

5.2. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

- WHO/WPRO. A Guide to Establishing Event-Based Surveillance. URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/207737

- Blouin Genest G. World Health Organization and disease surveillance: Jeopardizing global public health? Health (London). 2015 Nov;19(6):595–614. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25504474/

- Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013. URL: https://is.gd/O1xtRx

- Surveillance. In: World Bank/Public health at a glance [website]. Washington: World Bank headquarters; 2016. URL: https://is.gd/PRLuUr

- European Health Information Gateway: Health for All Explorer – https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/

- Global Burden of Disease Study – https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ У POWERPOINT

СЛАЙДИ 1 – 2

Розкажіть учасникам тренінгу, що ви розпочинаєте навчальний блок, присвячений питанням епіднагляду та дослідженням у сфері НІЗ. Він складається з 2 модулів.

Модуль 1. Епіднагляд за НІЗ у сфері громадського здоров'я.

Модуль 2. Дослідження у сфері неінфекційних захворювань.

СЛАЙДИ 3 – 4

Поясніть, що в першому модулі Блоку 2 ви плануєте поговорити з учасниками про епіднагляд за НІЗ. Зробіть огляд презентації та розкажіть, про які теми йтиметься в презентації.

СЛАЙД 5

Запропонуйте учасникам поговорити про громадське здоров'я в більш широкому контексті. Проблеми громадського здоров'я різноманітні й можуть включати інфекційні захворювання, хронічні захворювання, надзвичайні ситуації, травми, проблеми зі здоров'ям, пов'язані з довкіллям, а також інші загрози здоров'ю.

Незалежно від теми, ми використовуємо однаковий підхід до проблем громадського здоров'я, виконуючи чотири загальні кроки.

Спочатку ми запитуємо: *«У чому проблема?»* Визначаємо проблему, використовуючи системи епіднагляду для моніторингу НІЗ та факторів ризику.

Після того, як ми визначили проблему, ставимо наступне запитання: *«Яка причина проблеми?»*

Для відповіді на це питання необхідно ідентифікувати фактори ризику. Наприклад, чи існують фактори, які можуть зробити певні групи населення більш вразливими до захворювань, як-то: якісь забруднювачі у довкіллі або певна поведінка, яку люди практикують?

Після того, як ми визначили фактори ризику, пов'язані з проблемою, ми запитуємо: *«Яке втручання працює для вирішення проблеми?».* Аналізуємо, що спрацювало в минулому для вирішення цієї ж проблеми, і чи має сенс запропоноване втручання для чинної ситуації.

На останньому кроці ми запитуємо: *«Як ми можемо реалізувати втручання?».* Тут варто враховувати ресурси, які ми маємо, і те, що ми знаємо про населення/групи населення, які потребують допомоги?»

СЛАЙД 6

Пізнання суті системи громадського здоров'я тісно пов'язано із застосуванням наукових методів.

Це епідеміологія, лабораторний контроль, інформаційні системи, ефективність профілактики та епіднагляд.

Зокрема, епідеміологія дає нам змогу визначити, де виникають захворювання, як і чому вони поширюються серед населення, і як можна їм запобігти.

Лабораторний контроль забезпечує підтримку системи охорони здоров'я, проводячи тести для підтвердження діагнозу захворювання, наукові дослідження та навчання.

Важливість інформатизації громадського здоров'я продовжує зростати. Це пов'язано зі збором, накопиченням та представленням інформації про стан здоров'я, що дозволяє ефективно використовувати електронні дані під час вирішення проблем громадського здоров'я.

Ефективність профілактики тісно пов'язана з політикою охорони здоров'я. Дослідження ефективності профілактики надають важливу економічну інформацію для тих, хто приймає рішення, щоб допомогти вибрати найкращий варіант.

Ці п'ять основних базисів дозволяють допомогти у питаннях захисту та зміцнення здоров'я населення, надаючи практикуючим лікарям необхідні відповіді. Система громадського здоров'я може краще реагувати на ситуацію, послуговуючись кожною із цих наук.

Наприклад, можна подивитися на проблему цукрового діабету в контексті громадського здоров'я. Дані епіднагляду дозволяють відстежувати категорії пацієнтів з цукровим діабетом. Дані лабораторних досліджень дозволяють отримати більш детальну інформацію щодо таких показників, як глікозольований гемоглобін A1C, холестерин, сироватковий креатинін і білок сечі для моніторингу тенденцій серед хворих на цукровий діабет. Інформаційні системи дозволяють обмінюватися інформацією про звернення за медичною допомогою, погіршення/покращення стану, коригування лікування тощо не лише між лікарями (первинна, вторинна та інші види медичної допомоги), але і між лікарем та пацієнтом інформацією щодо визначення і коригування впливу факторів ризику, надання рекомендацій з профілактики.

Аналізуючи ситуацію із захворюваністю і поширеністю цукрового діабету, фахівці з громадського здоров'я розробляють відповідні інтервенції і програми з профілактики, проводять економічну оцінку таких програм.

СЛАЙД 7

За визначенням Центрів з профілактики та контролю захворюваності (CDC), епіднагляд за НІЗ – це постійний, систематичний збір, аналіз та інтерпретація даних, пов'язаних зі здоров'ям, необхідних для планування, впровадження та оцінки заходів громадського здоров'я. Він обов'язково має бути інтегрований із своєчасним інформуванням осіб, відповідальних за профілактику та контроль.

За визначенням ВООЗ, епіднагляд – це основа сучасного здоров'я населення, оскільки дані спостереження, що формуються в результаті постійного моніторингу

виникнення захворювання або погіршення стану здоров'я, лежать в основі розробки заходів системи громадського здоров'я та відображають ефективність її діяльності.

Це означає, що нагляд – це постійний збір даних про стан здоров'я, необхідних для моніторингу стану здоров'я населення з метою надання або перегляду необхідних послуг.

СЛАЙД 8
Глобальна система моніторингу для епіднагляду за НІЗ ґрунтується на трьох основних компонентах, перелічених на слайді. Наголосіть на тому, що загальна ціль – зниження передчасної смертності від НІЗ в світовому масштабі на 25 % до 2025 року.

СЛАЙД 9
Ще раз наголосіть на тому, що епіднагляд за НІЗ:

1) **постійний, систематичний збір та аналіз** даних для надання інформації про:
   – тягар неінфекційних захворювань у країні;
   – групи населення, які піддаються ризику;
   – оцінки смертності від неінфекційних захворювань, захворюваності, факторів ризику та детермінант;
   – реакцію національних систем;

2) **відстеження** результатів здоров'я та тенденцій факторів ризику в часових проміжках;

(3) **надання інформації**, необхідної для розробки та оцінювання програм, надання послуг і політики;

(4) **невід'ємний інструмент** щодо запобігання та боротьби з НІЗ;

(5) **визначення пріоритетів** системи громадського здоров'я та охорони здоров'я.

СЛАЙД 10
Розкажіть учасникам про основні вимоги до епіднагляду. Наголосіть, що кожна з цих вимог є важливою сама по собі, але виконуватися вони мають одночасно для того, щоб система епіднагляду була дійсно ефективною.

СЛАЙД 11
До концептуальних основ епіднагляду відносяться інформаційні системи, опитування, реєстри, дані екологічного моніторингу, наукових досліджень, інші джерела.

СЛАЙД 12
Розкажіть слухачам, для чого використовують епіднагляд.

СЛАЙД 13
Перейдіть до розгляду видів епіднагляду за збором даних.

СЛАЙД 14
Розкажіть учасникам, що за такою ознакою як збір даних епіднагляд ділять на АКТИВНИЙ і ПАСИВНИЙ.

За визначенням АКТИВНИЙ епіднагляд – це регулярний контакт із закладами охорони здоров'я або населенням для отримання інформації про стан здоров'я та визначення причин виникнення конкретного захворювання.

ПАСИВНИЙ епіднагляд полягає в отриманні регулярної, постійної звітності про захворюваність та стан здоров'я на певній території або у країні. Найчастіше використовуються дані первинної звітності для органів охорони здоров'я, які подають заклади охорони здоров'я у вигляді стандартизованих звітних форм. Також можуть використовуватися і дані, зібрані з інших причин.

СЛАЙДИ 15 – 16
Якщо порівнювати ці дві системи епіднагляду, то активні системи є більш затратними, спрямовані на ліквідацію епідемій чи окремих хвороб або надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я (небезпечні події або загрози виникнення подій техногенного, природного, соціального, воєнного чи іншого характеру).

Переваги і недоліки активного нагляду:

(+) детальна/орієнтована на цілі інформація фінансів
(+) може сприяти своєчасному збору даних
(-) досить затратний з точки зору
(-) потребує підготовленого персоналу

Приклад: *Щорічні опитування про спосіб життя і фактори ризику.*

На противагу, пасивні системи є менш трудомісткими та вартісними, але можуть містити неповну інформацію про деякі захворювання чи загрози щодо НІЗ.

(+) менш вартісний
(+) не потребує значних зусиль
(-) помилки в електронних картках
(-) затримка звітності
(-) відсутність даних

Приклад: *звіти лабораторій (забруднення повітря, діагностичні тести для діагностики окремих НІЗ тощо).*

СЛАЙДИ 17 – 18
Перейдіть до обговорення епіднагляду за типом спостереження. Скажіть учасникам, що за типом спостереження епіднагляд поділяється на такі види: дозорний, епіднагляд, орієнтований на популяцію, лабораторний, синдромний, інтегрований, екологічний, нагляд за травмами.

СЛАЙДИ 19 – 21
Дозорний нагляд (Sentinel surveillance) – це система отримання, аналізу

та інтерпретації надійних даних із визначеного числа закладів охорони здоров'я щодо захворюваності певних груп населення з метою систематичного збору зразків для лабораторного підтвердження діагнозу. Ця система діє як сигнальна та дозволяє отримувати оперативну інформацію про збудники або чинники, які впливають на здоров'я населення.

Важливо пам'ятати про те, що такий нагляд може бути не достатньо ефективним для рідкісних захворювань або захворювань, які виникають поза зоною контролю дозорного закладу.

Слабкими сторонами дозорного епіднагляду є спостереження за обраною підгрупою потенційних джерел, а також збір даних з обмеженої кількості постачальників.

Дозорний нагляд може бути пасивним, активним або комбінованим.

Постачальники інформації можуть бути обрані для репрезентативного представлення інтересів населення/окремих груп/категорій.

Постачальниками інформації можуть бути заклади охорони здоров'я та лабораторії, при цьому дозорні заклади мають відповідати певним критеріям, зазначеним на слайді 20.

СЛАЙДИ 22 – 23

Епіднагляд, орієнтований на популяцію (Population-Based Surveillance), передбачає збір репрезентативних даних, які можна використовувати для моніторингу тенденцій у визначеній популяції в часових проміжках, за типом місцевості, поселень та характеристик населення.

Дані про стан здоров'я, зібрані в результаті популяційного епіднагляду, можна використовувати для оцінки тягаря захворювань (захворюваності) і смертності як для популяції в цілому або її частини, яка перебуває під наглядом на географічній території з подібними характеристиками населення та епідеміологічними умовами; розрахувати коефіцієнти захворюваності за віком і статтю; відслідковувати тенденції захворювання з часом; та оцінити вплив різних заходів громадського здоров'я[3].

Приклад: збір даних про населення (перепис), опитування домогосподарств, демографічні дослідження та дослідження стану здоров'я.

Основні характеристики:

- збір даних з використанням стандартизованих анкет;
- дизайн вибірки й процедур збору та обробки даних;
- звітність передається «знизу-вверх».

3 Chris A. Van Beneden, Melissa Arvay, Somsak Thamthitiwat, Ruth Lynfield Active, population-based surveillance for infectious diseases. https://doi.org/10.1002/9781118543504.ch8

Приклад: Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey – GATS).

СЛАЙД 24
Постійний систематичний збір, аналіз, інтерпретація та застосування індикаторів захворювань у режимі реального часу, які дозволяють виявляти захворювання до того, як органи охорони здоров'я в іншому випадку їх ідентифікують.

Деталізацію такого визначення надають фахівці Центрів з контролю і профілактики захворювань США (CDC), зокрема термін **«синдромний нагляд» (Syndromic surveillance)** застосовується до нагляду на основі даних, пов'язаних зі здоров'ям, які передують постановці діагнозу, і сигналізують про достатню ймовірність виникнення захворювань, що вимагають подальшого реагування щодо впливу на здоров'я населення, цільове розслідування потенційних випадків.

Зазвичай отримана інформація фокусується на одному або декількох симптомах, а не на діагнозі, поставленому лікарем чи підтвердженому лабораторно.

Синдромний нагляд відноситься до методів, що ґрунтуються на виявленні індивідуальних і популяційних показників здоров'я, які помітні до встановлення підтвердженого діагнозу. Зокрема, до лабораторного підтвердження інфекційного захворювання хворі люди можуть проявляти поведінкові моделі, симптоми, ознаки або лабораторні результати, які можна відстежити за допомогою різноманітних джерел даних. Системи нагляду за синдромом розвиваються на місцевому, регіональному та національному рівнях.

Індикаторами може бути те, що клінічні ознаки поділяються на синдроми, діагноз неконкретний тощо.

Приклади:
Кашель + біль у горлі + втома + температура = Грипоподібне захворювання (ГПЗ)

Система раннього попередження про біотероризм, реагування на природні та техногенні катастрофи

СЛАЙД 25
Лабораторний нагляд (Laboratory-based surveillance) використовують для аналізу частоти та поширеності захворювання на основі результатів лабораторних тестів, а також тенденцій моніторингу якості лікування пацієнта з певним захворюванням.

Приклад: *Програма з цукрового діабету (Vermedx Diabetes Information System), фінансована Національним інститутом здоров'я США. Показники ЦД: глікозольований гемоглобін А1С, холестерин, сироватковий креатинін і білок сечі.*

Недоліки цього виду нагляду:
– контроль тільки пацієнтів, які вже отримують лікування, і тому проходять лабораторні тести;

– використання лише для управління якістю та поліпшення догляду визначених категорій пацієнтів, а не для епідеміологічного моніторингу всієї популяції.

СЛАЙД 26

Інтегрований нагляд (Integrated surveillance) – це комбінація активних і пасивних систем, що використовують єдину структуру (наприклад, заклади охорони здоров'я), яка збирає інформацію про численні захворювання або поведінкові фактори, що представляє інтерес для декількох програм втручання.

Зверніть увагу на те, що цей вид нагляду потребує чіткого визначення показників для збору даних та контролю якості інформації, на основі якої вони оцінюються.

СЛАЙД 27 – 28

Екологічний нагляд (Environmental surveillance) – здійснюють шляхом збору, аналізу та розповсюдження даних про небезпеку, ризики та вплив на здоров'я, оскільки результати охорони здоров'я (смертність, захворюваність, травми, інвалідність) можуть бути чутливими до екологічних небезпек і ризиків, пов'язаних із забрудненням навколишнього середовища.

До екологічних небезпек експерти відносять токсичні хімічні та фізичні агенти, біомеханічні стресові фактори та біологічні речовини, що знаходяться в повітрі, воді, ґрунті, продуктах харчування та інших середовищах.

Слабкі сторони екологічного нагляду:

a. обмеженість щодо прив'язки конкретних екологічних причин з несприятливими наслідками;

b. дані, зібрані для інших цілей, рідко містять достатньо інформації, щоб відповідати визначенню випадку захворювання, спричиненого забруднюючою речовиною навколишнього середовища;

c. суспільна тривога часто непропорційна небезпеці, яка викликає занепокоєння – настрої часто впливатимуть на державну політику непропорційно науковій інформації;

d. біологічні маркери стануть все більш важливими елементами нагляду за впливом навколишнього середовища.

СЛАЙД 29 – 30

Нагляд за травмами (Injury surveillance) включає моніторинг захворюваності, причин та обставин смертельних та нелетальних травм.

Це важливий вид нагляду, оскільки травми є однією з основних проблем охорони здоров'я та провідних 10 причин смерті у світі. Внаслідок травмування щорічно вмирає близько 5 мільйонів людей. Травми спричиняють високий рівень інвалідності. Люди з усіх економічних груп ризикують отримати травми, але рівень смертності від травм, як правило, вищий у країнах, що розвиваються.

Алгоритм дій при веденні такого нагляду:

a. Необхідно уточнити джерела даних. *У деяких країнах звичайні дані про травматизм не завжди фіксуються в інформаційних системах охорони здоров'я. Тому необхідно розглянути інші джерела даних – наприклад, дані правоохоронних органів.*

b. Події та змінні в системі нагляду за травмами потрібно визначити відповідно до цілей системи. *Такі критерії, як умисність (травми, пов'язані з насильством проти ненавмисних травм); результат (смертельні травми проти нефатальних); а також характер поранень, пов'язаних із насильством (фізичні, сексуальні, психологічні, занедбаність тощо), слід враховувати під час створення системи.*

c. Потрібно визначити ситуації та процедури кодування до впровадженням системи.

СЛАЙДИ 31 – 33

Під час визначення ефективності системи нагляду слід враховувати десять ключових критеріїв.

Розглянемо окремо кожен із критеріїв, за якими можна оцінити систему епіднагляду.

Перший критерій КОРИСНІСТЬ. За його допомогою оцінюють настільки та чи інша система епіднагляду може бути корисною для прийняття рішень і досягнення поставлених цілей.

Другий критерій ЯКІСТЬ ДАНИХ дозволяє оцінити наявні дані з точки зору їхньої надійності, повноти і точності в отриманих звітних документах.

СВОЄЧАСНІСТЬ – за цим критерієм проводиться оцінка часових проміжків отримання даних.

ГНУЧКІСТЬ дозволяє оцінити систему нагляду з точки зору її можливості швидко реагувати на зміни.

Такий критерій як ПРОСТОТА вказує на конфігурацію і структуру системи, необтяженість чи, навпаки, обтяженість її додатковими складовими/елементами.

Наступним критерієм є СТАБІЛЬНІСТЬ, за якою оцінюють, чи добре працює система спостереження, чи фіксуються перебої в її роботі.

ЧУТЛИВІСТЬ визначає, наскільки добре система нагляду фіксує випадки: це 60 % чи 80 % випадків захворювань? Якщо система нагляду фіксує лише 60 % випадків захворювань, але потрібно 80 %, вона може бути недостатньо ефективною.

Наступним критерієм є ПОЗИТИВНЕ ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ. За ним оцінюють, скільки зареєстрованих тестів/досліджень є хибно-негативними або хибно-позитивними. Особи, які отримали хибно-негативні результати, можуть занадто пізно почати необхідну діагностику та лікування. Хибно-позитивні результати можуть

спровокувати болісні та неприємні процедури додаткових перевірок, які коштують чимало грошей і до того ж можуть бути потенційно шкідливими. Не виключені й психологічні наслідки – особи, яким повідомили про несприятливі випадки, бояться за своє життя, і цей страх буде тривати доти, поки нові результати не доведуть його необґрунтованість. Тому правильна оцінка в системі епіднагляду має включати також визначення можливості отримати хибно-позитивні результати. Для цього обчислюють очікуваний позитивний результат (ОПР) тесту у групі чи серед окремих категорій населення, у якій буде проводитися нагляд.

РЕПРЕЗЕНТАТИВНІСТЬ визначає, наскільки добре система репрезентує сукупність, що розглядається. Чи ідентифікує події лише серед певних груп, чи на популяційному рівні.

ПРИЙНЯТНІСТЬ вказує на готовність користувачів системи нагляду брати активну участь у ній та повідомляти інформацію про стан здоров'я чи фактори ризику.

У реальних умовах необхідно забезпечити баланс між вказаними критеріями системи нагляду для досягнення цілей.

СЛАЙДИ 34 – 36

Класична система епіднагляду складається із 6 елементів. Першим з них є постановка цілей, за чим слідує визначення випадку для проведення нагляду, відбір персоналу (фахівців), які будуть забезпечувати цей нагляд. Важливим елементом є обрання інструментів для збору, аналізу і поширення даних. Заключні, але обов'язкові елементи: безпосереднє впровадження системи епіднагляду та проведення оцінювання її ефективності.

В Україні система епіднагляду за НІЗ на етапі розбудови.
Статистична інформація щодо поширеності та захворюваності відсутня з 2018 року, оскільки Наказом МОЗ України від 04.10.2018 р. №1802, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 31 жовтня 2018 р. за № 1240/32692 «Про затвердження Змін до наказу МОЗ України від 10 липня 2007 року № 378», форма звітності № 12 «Звіт про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу» скасована.

Епіднагляд здійснюється переважно щодо захворювань, яким можна запобігти щепленнями, а також щодо ВІЛ/СНІД, туберкульозу.

У 2019 році в межах співпраці українського уряду з ВООЗ було проведено Національне дослідження STEPS в Україні.
Дослідження STEPS – поетапний підхід до нагляду за факторами ризику неінфекційних захворювань (STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance)[4].

4 Джерело: Дослідження STEPS. https://phc.org.ua/naukova-diyalnist/doslidzhennya/doslidzhennya-z-neinfekciynikh-zakhvoryuvan/nacionalne-doslidzhennya-steps-v-ukraini

Інструмент STEPS охоплює три різних рівня оцінювання факторів ризику: анкетування, фізичні вимірювання та біохімічні аналізи.

Результати опитування дозволяють об'єктивно побачити сучасну ситуацію щодо поширеності факторів ризику НІЗ серед дорослого населення країни, а також визначити підходи до профілактики та боротьби з НІЗ в Україні на найближчі роки. Разом з тим, варто розуміти, що такі дослідження мають проводитися з певною періодичністю для того, щоб мати можливість відслідковувати динаміку показників.

СЛАЙДИ 37 – 38

Під час процесу прийняття рішень щодо використання того чи іншого виду епіднагляду за НІЗ необхідно виконати п'ять кроків, включаючи збір даних, аналіз, інтерпретацію, поширення та подальші дії.

Почнемо зі збору даних. Перш ніж збирати дані, необхідно вирішити, яка загальна мета системи і які конкретні цілі можуть бути необхідні для досягнення цієї мети.

Будьте готовими відповісти на наступні можливі запитання:
- Що будемо контролювати?
- Хто буде збирати дані й як?
- Хто є цільовою групою?
- Де впроваджуємо систему?
- Система буде активною чи пасивною?
- Яким чином дані будуть передані особі, яка проводить аналіз?

Приклад: *Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey – GATS). Національно репрезентативне опитування із використанням стандартизованих анкети, дизайну вибірки й процедур збору та обробки даних.*

Мета: *збір даних щодо вживання тютюну і моніторинг основних показників контролю над тютюном серед населення віком 15 років і старше.*

СЛАЙД 39
- Хто аналізуватиме дані?
- Яка методологія використовуватиметься?
- Як часто будуть аналізуватися дані?

Приклад: *GATS*

Аналітики: *Київський міжнародний інститут соціології (КМІС), Міністерство охорони здоров'я України, ВООЗ, CDC, Національна академія медичних наук України (НАМНУ).*

Методологія:
Відбір домогосподарств здійснювався шляхом побудови двоетапної стратифікованої систематичної кластерної вибірки.

Виборчі дільниці слугували первинними одиницями відбору (ПОВ) для міських територій, а села – для сільських територій України.

Періодичність: *2010 р., 2017 р.*

СЛАЙД 40
Інтерпретація даних тісно пов'язана з аналізом даних

Приклад: *GATS*
- *Дані проаналізовано командою експертів з МОЗ, Національної академії наук України, ВООЗ, CDC та Київського міжнародного інституту соціології*
- *Підготовлено звіти за результатами дослідження*

СЛАЙДИ 41 – 42
Важливим у процесі поширення даних є пошук споживачів інформації, тобто тих, для кого вона призначена. Це можуть бути фахівці громадського здоров'я, клініцисти та інші постачальники СОЗ, політики, особи, які приймають рішення, представники громад, суспільство.

Також важливо, яким чином донести до споживачів отриману на попередніх етапах інформацію. Це можна зробити за допомогою:
- інформаційних бюлетенів, листівок або сповіщення органів хорони здоров'я;
- звітів спостережень;
- наукових публікацій;
- прес-релізів та соціальних мереж тощо.

Приклад: *GATS*

За результатами дослідження підготовлено звіти та інформаційні листки, їх розміщено на офіційних сайтах МОЗ України, ВООЗ, НАМНУ, КМІС.

Матеріали звітів використано для формування політики, спрямованої на протидію поширенню вживання тютюну в Україні.

СЛАЙД 43
Епіднагляд за станом здоров'я населення завжди повинен мати посилання на дію. На слайді представлено приклади дій, які базуються на даних епіданалізу.

СЛАЙД 44
Цикл епіднагляду за НІЗ з точки зору взаємодії системи охорони здоров'я і системи епіднагляду виглядає як безперервний процес обміну інформаційними потоками та певними діями. В СОЗ відбуваються певні події (реєстрація захворювання/звернення з приводу захворювання/госпіталізація), далі ці дані у вигляді звітів/записів надходять у систему епіднагляду, де їх обробляють, аналізують і у вигляді узагальненої інформації знову передають до СОЗ вже для прийняття певного рішення/дії/інтервенції.

На цей цикл впливає ціла низка зовнішніх чинників: це і нові підходи/методики щодо збору інформації, фактори ризику у різних соціально-демографічних групах, нові інструменти для обробки даних, технології поширення даних, стейхолдери, дані наукових досліджень і докази.

СЛАЙД 45
Епіднагляд може стати точним і потужним інструментом для моніторингу і отримання детальної інформації, необхідної для розробки та моніторингу стратегій профілактики неінфекційних захворювань за дотримання умов, зазначених на слайді.

СЛАЙД 46
На слайді представлено ключові кроки епіднагляду за НІЗ, які ВООЗ рекомендує реалізувати в кожній країні для забезпечення прогресу в попередженні та зменшення тягаря НІЗ.

СЛАЙД 47
Перегляньте разом з учасниками короткий ролик щодо загальних характеристик епіднагляду в сфері громадського здоров'я (посилання: https://www.youtube.com/watch?v=3IpE8dE4cVc).

СЛАЙДИ 48 – 49
Є декілька міжнародних ініціатив, які збирають та узагальнюють інформацію з нагляду на рівні країн. До них належать Європейський шлюз інформації щодо здоров'я –Дослідник «Здоров'я для всіх» та Дослідження глобального тягаря захворювань. Ці бази дані є відкритими. Це зручний інструмент для швидкого пошуку статистичної інформації по країнах, перевірки гіпотез та порівняльного аналізу.

Європейський шлюз інформації щодо здоров'я – Дослідник «Здоров'я для всіх» (European Health Information Gateway – Health for All Explorer) https://gateway.euro.who.int/en/ має таку інформацію та можливості:

- три бази даних – Європейська база даних «Здоров'я для всіх», Європейська база даних показників смертності та Європейська база даних людських та технічних ресурсів в охороні здоров'я;

- десять груп індикаторів – демографічні, соціально-економічні, використання та витрати на систему охорони здоров'я, ресурси системи охорони здоров'я, здоров'я матері та дитини, довкілля, спосіб життя, захворюваність та інвалідність, виписки з лікарні та смертність – всього 1503 індикатори;

- 53 країни Європейського регіону ВООЗ;

- дані з 1980 року до сьогодні;

- три способи візуалізації даних (лінійна діаграма, бульбашкова діаграма та мапи);

– можливість вивантажувати побудовані графіки та первинні дані;

– мобільний застосунок;

– адреса інструменту для роботи з даними https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/

СЛАЙДИ 50 – 51
Дослідження глобального тягаря захворювань (Global Burden of Disease Study) https://www.healthdata.org/gbd/2019 є проєктом Інституту вимірювання та оцінювання здоров'я (Сієтл, штат Вашингтон, США), який на основі рутинно зібраних даних з різних країн обраховує розподіл захворюваності та смертності за факторами ризику, втраченими роками життя тощо.

– Адреса інструменту для візуалізації даних – https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/
– Надає дані по показниках смертності, захворюваності та інвалідності для 204 країн і територій, 369 станів здоров'я (захворювань і травм) і 87 факторів ризику з 1990 року до сьогодні.
– Надає інформацію за причинами смертності та факторами ризику.
– Охоплює всі країни світу та макро-регіони.
– Відображає показники смертності, втрачених років життя через передчасну смертність та інвалідність, роки життя, скориговані на інвалідність, поширеність та захворюваність, очікувану тривалість життя та очікувану тривалість здорового життя.
– З 1990 року до сьогодні (з відтермінуванням у 2 роки).
– Розбиття за віковими групами/віком та статтю.
– Чотири рівня деталізації.
– Дев'ять типів візуалізації.
– Порівняння між регіонами або країнами.
– Є мобільний застосунок.

СЛАЙДИ 52 – 53
Запропонуйте учасникам виконати практичну роботу. На слайдах представлена основна інформація, яку можна використати під час роботи в групах. Докладні інструкції наведено в Додатку 2.

СЛАЙДИ 54 – 56
Підбийте підсумки модулю. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам'ятати.

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЇ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

1. Розділіть учасників на п’ять групи та роздайте кожному учаснику перелік тем (додаток 2.1). Розподіліть теми між групами так, щоб вони не повторювалися. Переконайтеся, що у кожної групи є принаймні один ноутбук або планшет.

2. Попросіть учасників відкрити на комп’ютері або планшеті обидві бази даних:

   European Health Information Gateway – Health for All Explorer
   https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/

   Global Burden of Disease Study https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

   Якщо учасники мають труднощі з англійською мовою, обидві бази даних можна переключити на російську мову. Для цього потрібно обрати потрібну опцію в меню «Мова».

3. Дайте учасникам 40 хвилин та попросіть кожну групу:

   a. проаналізувати по одному питанню з кожної бази даних (додаток 2.1), підібрати ілюстративний матеріал (візуалізацію) та інтерпретувати отримані дані;

   b. підготувати у своїй групі коротку презентацію з аналізом та висновками;

   c. представити аналіз та висновки іншим учасникам (презентувати може одна-дві людини від групи).

   У додатку 2.2 можна знайти можливі відповіді на питання.

3. Попросіть по одному представнику від кожної групи представити напрацьовані результати.

4. Підбийте підсумки роботи в групах.

Додаток 2.1.

European Health Information Gateway – Health for All Explorer
https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/

a. Збільшується чи зменшується зараз тривалість життя в Україні?

b. Чи залежить очікувана тривалість життя від витрат на охорону здоров'я серед країн Європейського регіону?

c. Чи правда, що в Україні найдовший середній термін перебування у лікарні?

d. Що відбувається наразі в Україні з рівнем народжуваності та абортів, та які вони відносно інших країн Європейського регіону?

e. Яка країна Європейського регіону має найнижчий рівень смертності (стандартизований)?

Global Burden of Disease Study https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

a. Основні фактори ризику смертності в Україні;

b. Смертність за підгрупами (стать, вік) в Україні;

c. Смертність за факторами ризику за підгрупами (стать) в Україні;

d. Смертність за факторами ризику за підгрупами (вікові групи) в Україні;

e. Смертність за факторами ризику за підгрупами (роки) в Україні;

f. Років життя, втрачених через інвалідність, за причинами смертності в Україні.

Додаток 2.2.

Можливі відповіді на питання.

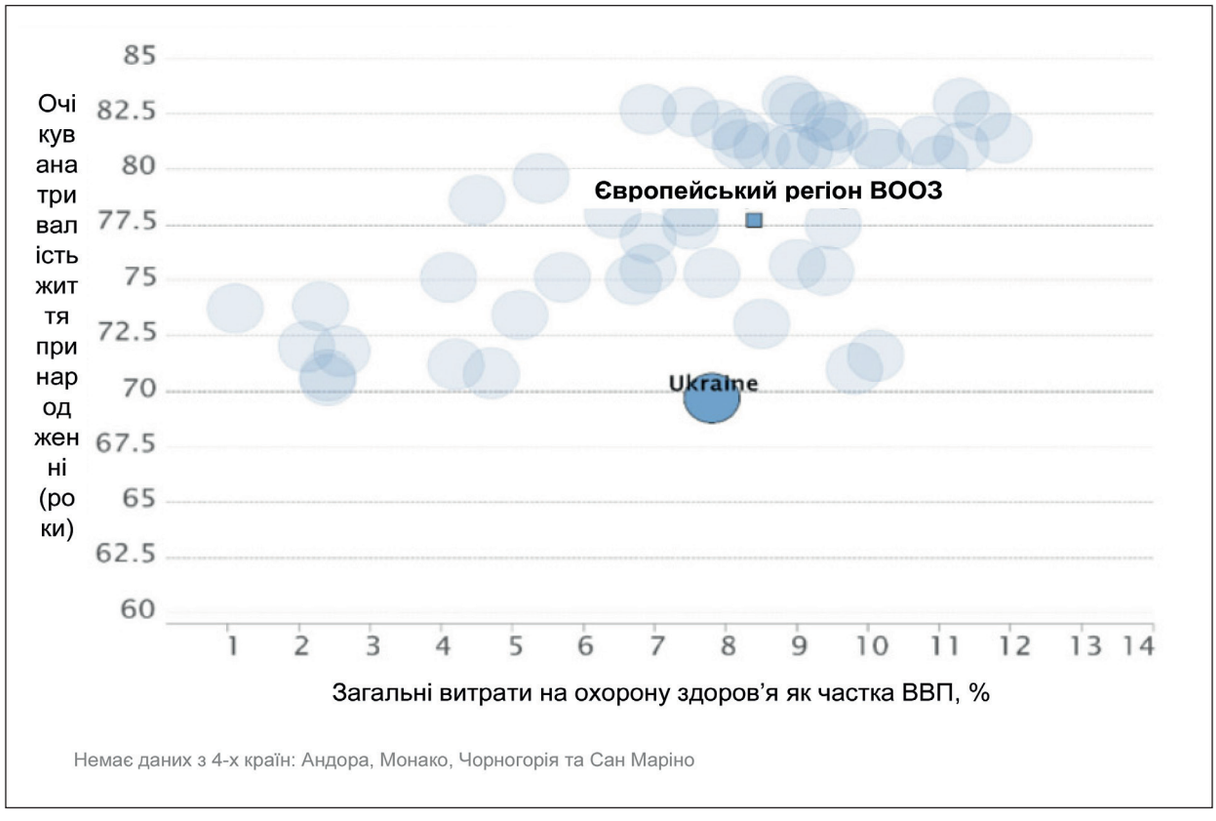
European Health Information Gateway – Health for All Explorer
https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/

а. Збільшується чи зменшується в Україні зараз тривалість життя?



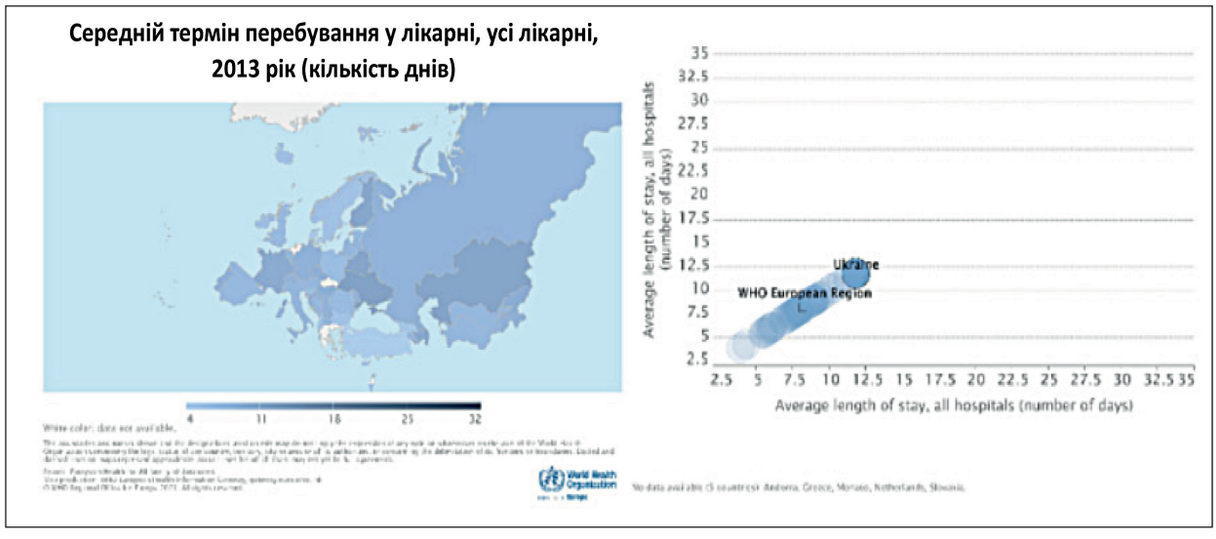
Збільшується

b. Чи залежить очікувана тривалість життя від витрат на охорону здоров'я серед країн Європейського регіону?



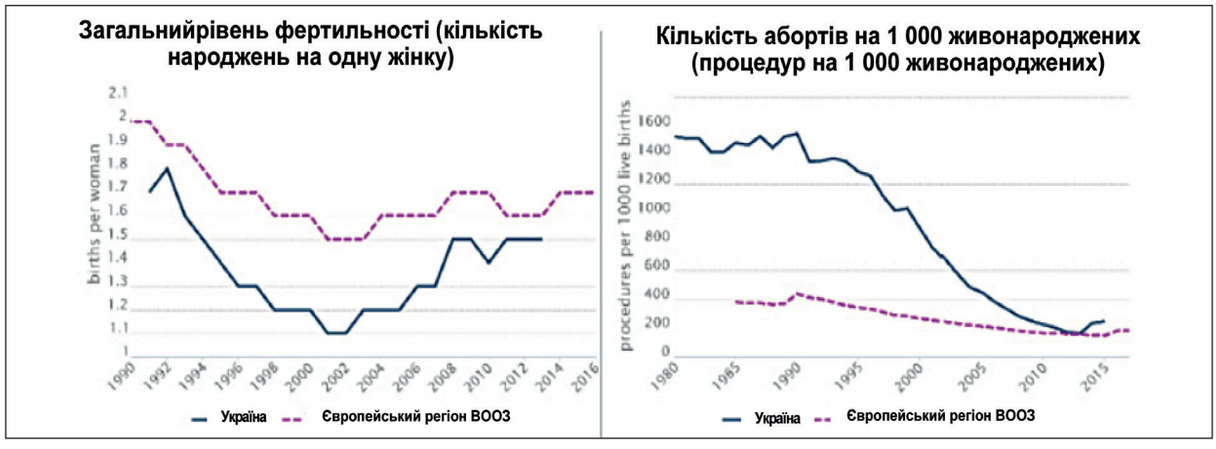
Прослідковується слабка залежність.

c. Чи правда, що в Україні найдовший середній термін перебування у лікарні?



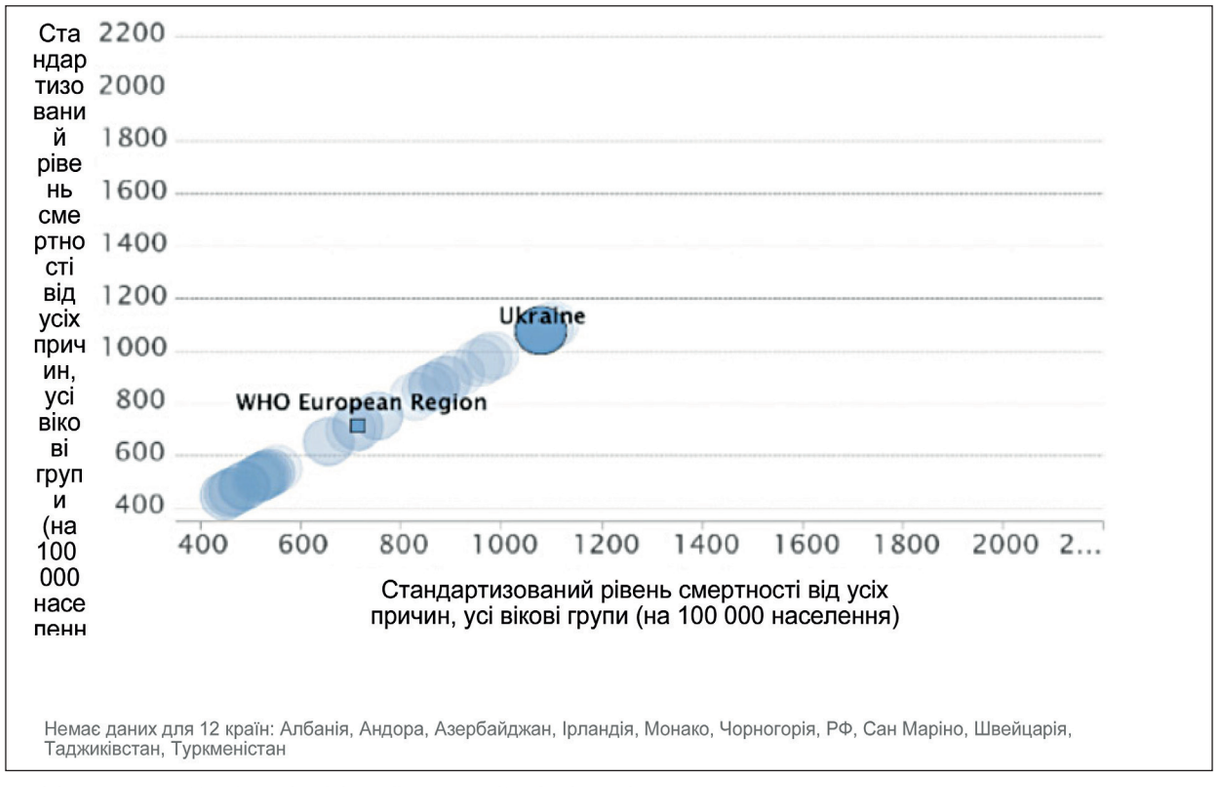
Правда, але останні дані за 2013 рік.

d. Що відбувається наразі в Україні з рівнем народжуваності та абортів, та які вони відносно інших країн Європейського регіону?



Рівень народжуваності стабілізувався на значенні 1.5 дитини на жінку. Рівень абортів впав до середньоєвропейських рівнів. Обидва показники приблизно на середньоєвропейських рівнях.

e. Яка країна Європейського регіону має найнижчий рівень смертності (стандартизований)?

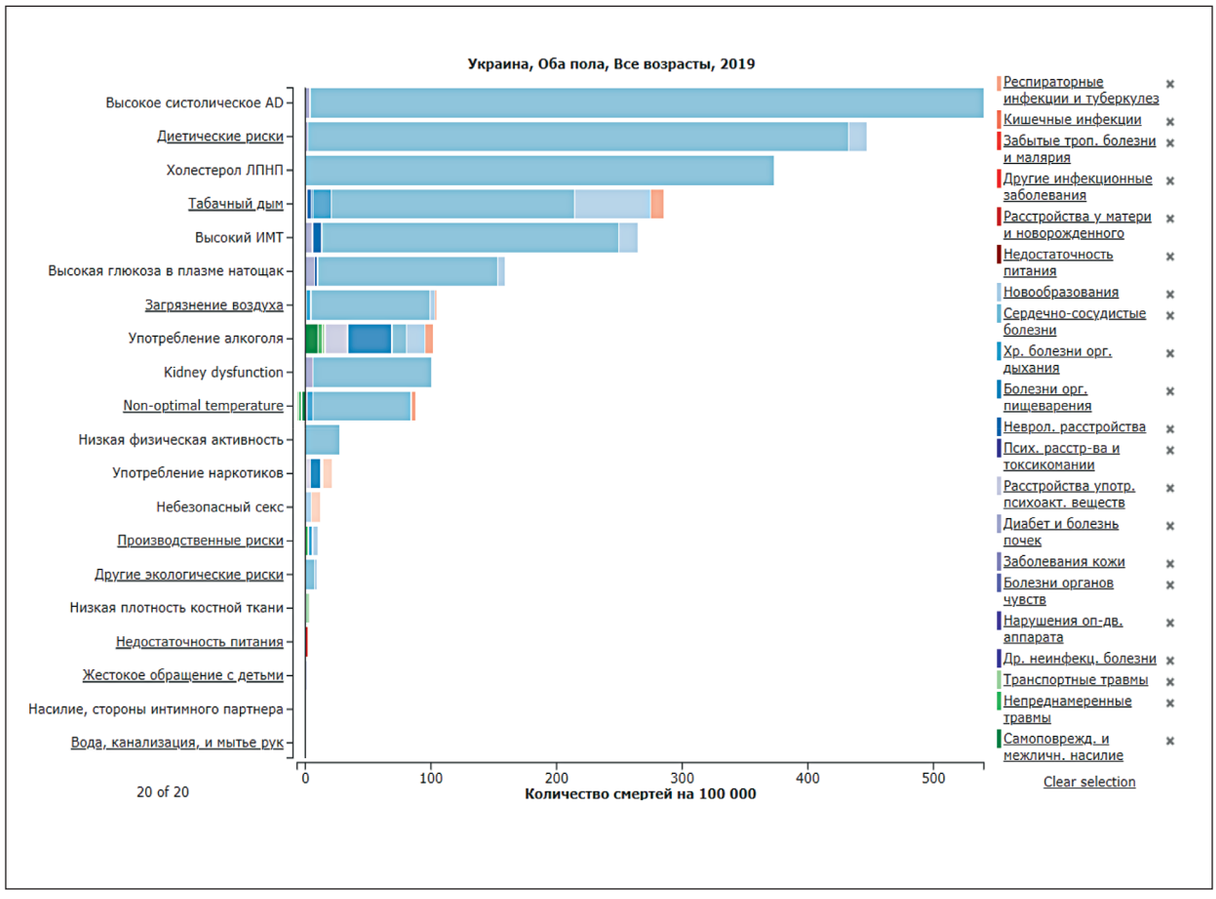


Найнижчий – Італія. Україна у трійці лідерів.

Під час роботи з цією базою даних, допоможіть учасникам підібрати потрібні показники.

Global Burden of Disease Study https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

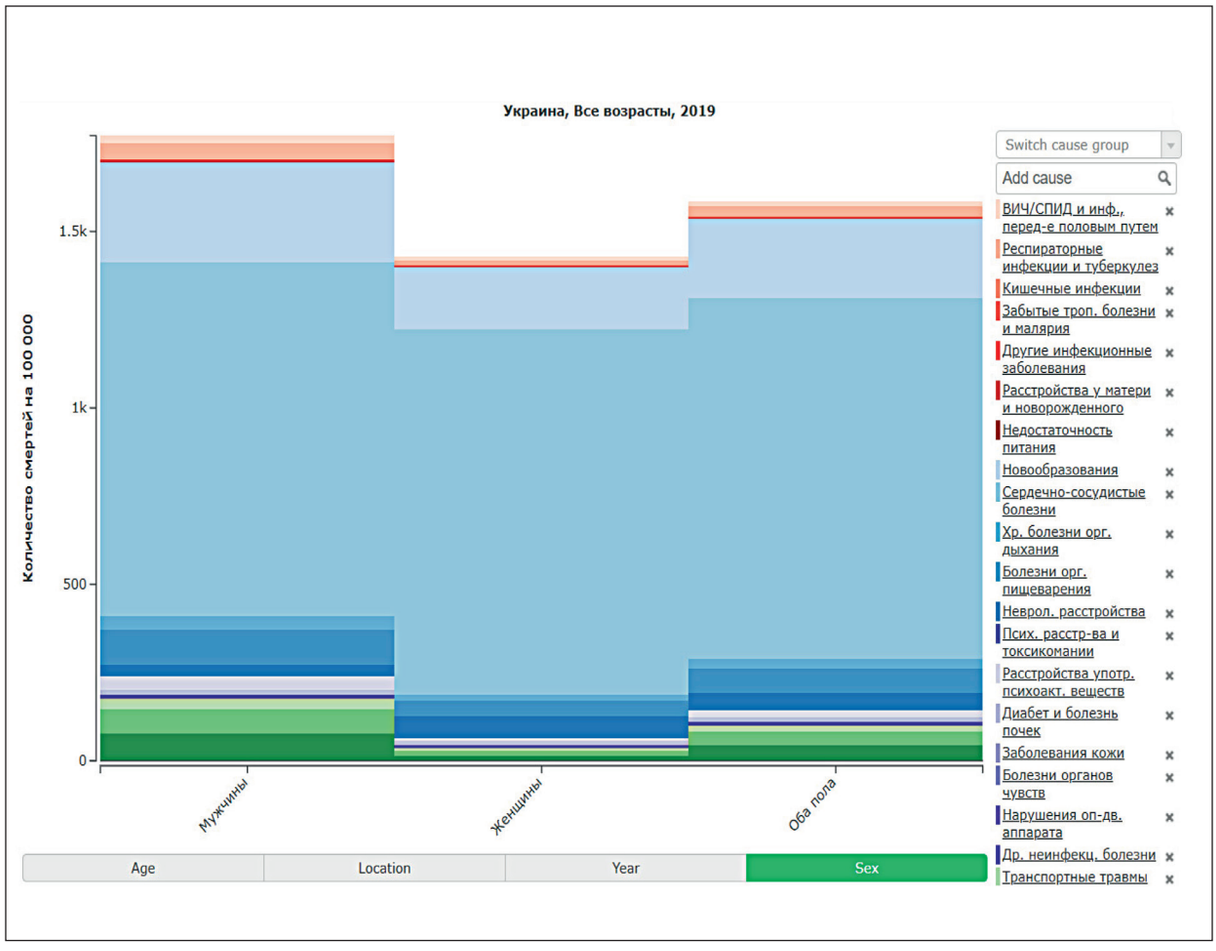
а. Основні фактори ризику смертності в Україні;



Смерті, які сталися в Україні у 2019 році, можна віднести до таких основних факторів ризику:

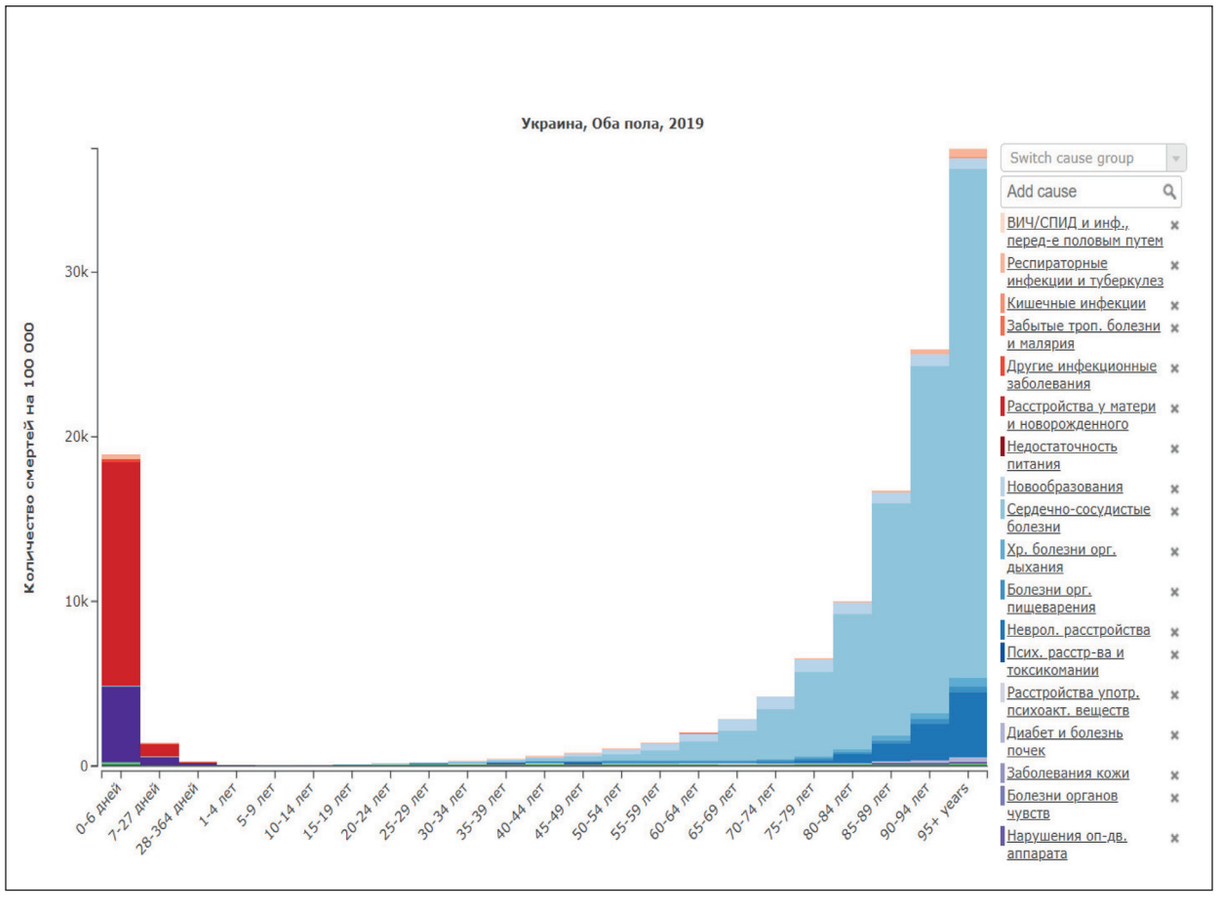
- високий кров'яний тиск;
- ризики, пов'язані з харчуванням;
- високий рівень холестерину;
- вживання тютюну;
- високий індекс маси тіла;
- високий рівень глюкози в крові натще;
- забруднення повітря;
- вживання алкоголю;
- порушення функції нирок;
- неоптимальна температура та низька фізична активність.

b. Смертність за факторами ризику за підгрупами (стать) в Україні;



Основні причини смертності чоловіків – усі види травм (ДТП, ненавмисні ушкодження та самоушкодження і насилля), хвороби органів травлення, новоутворення та респіраторні інфекції й туберкульоз. Основна причина смертності серед жінок – неврологічні розлади.

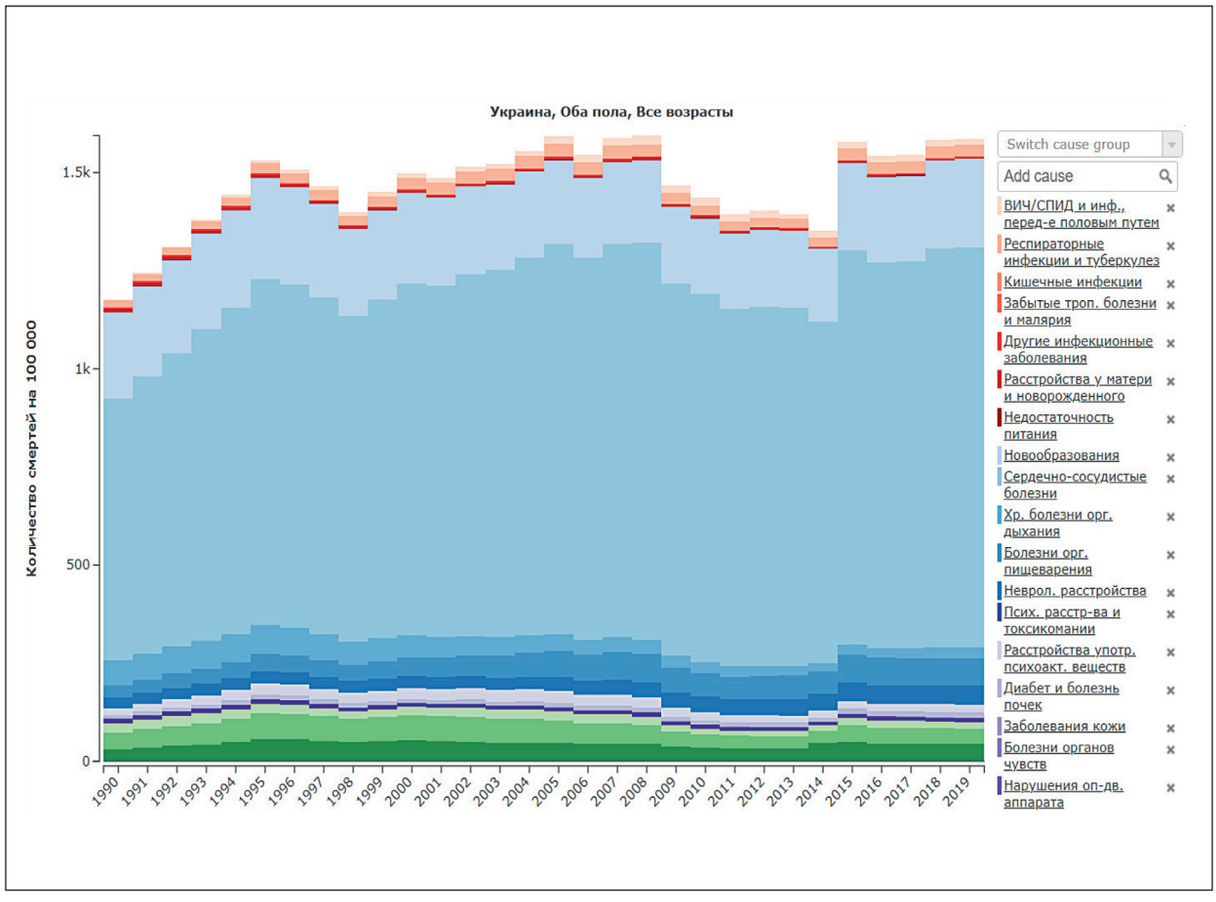
с. Смертність за факторами ризику за підгрупами (вікові групи) в Україні;



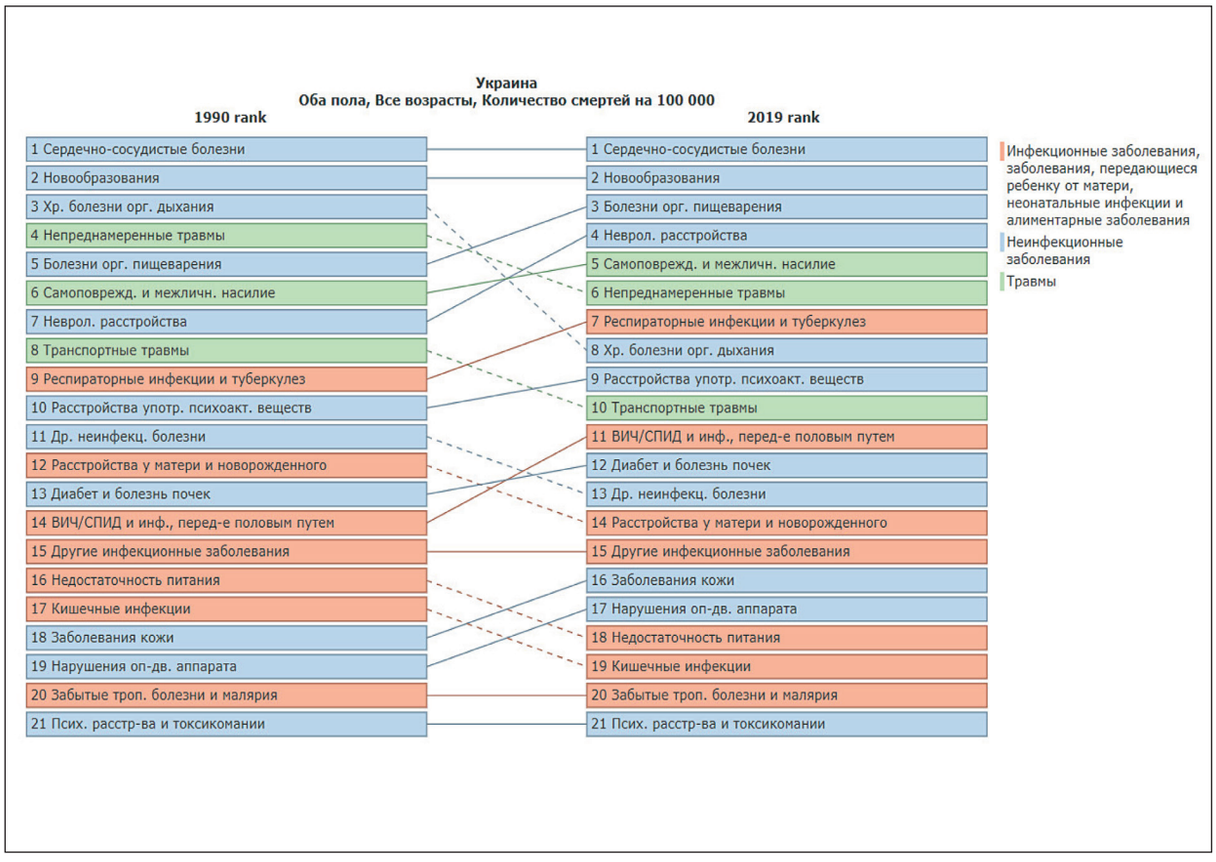
В Україні найвища смертність серед немовлят у віці до одного тижня. Потім смертність поступово зростає, а у віці після 35 років починає зростати досить стрімко.

За причинами смертності: новонароджені помирають від інфекційних захворювань та перинатальних причин, дорослі – від серцево-судинних захворювань і нервових розладів. У найстаршому віці до основних причин смертності додаються респіраторні захворювання і туберкульоз.

d. Смертність за факторами ризику за підгрупами (роки) в Україні;

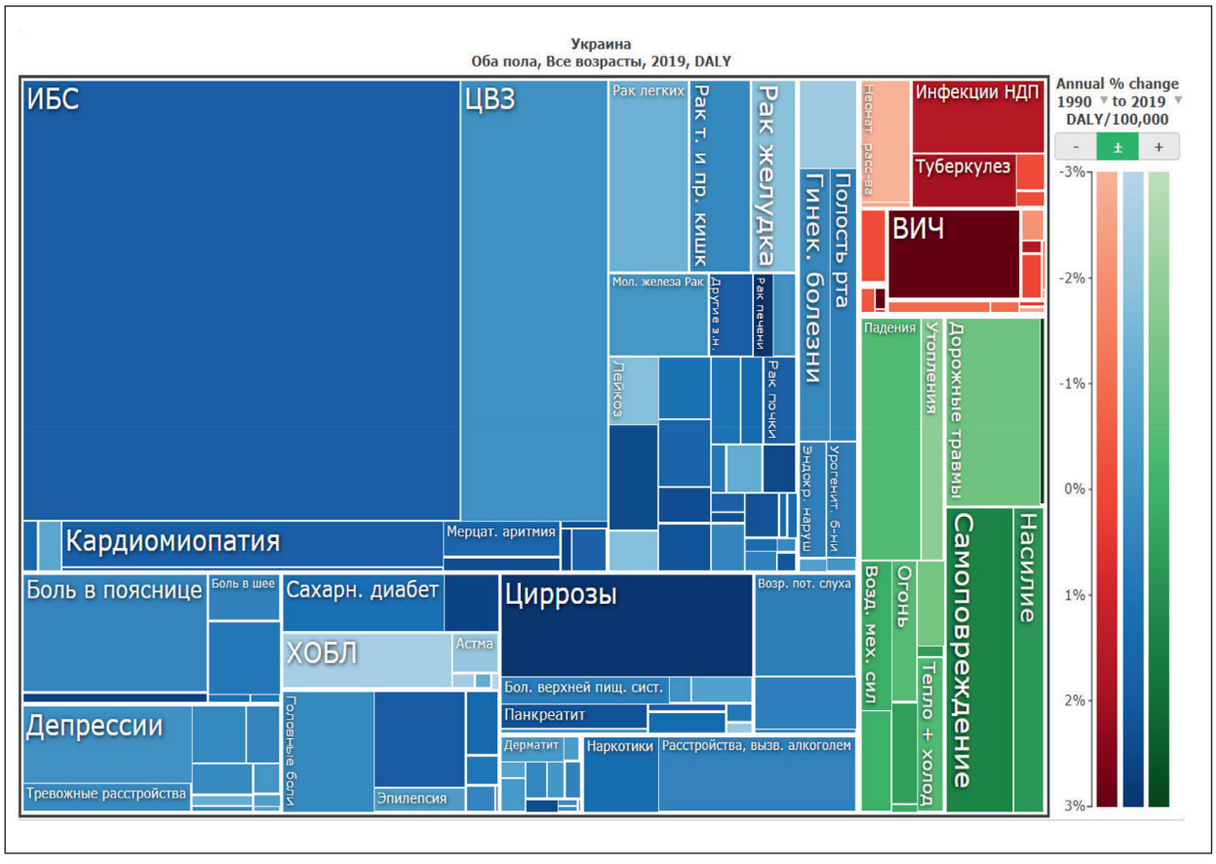


В Україні рівень смертності коливається (кількість смертей на 100 000 населення), проте структура смертності лишається більш-менш стабільною.

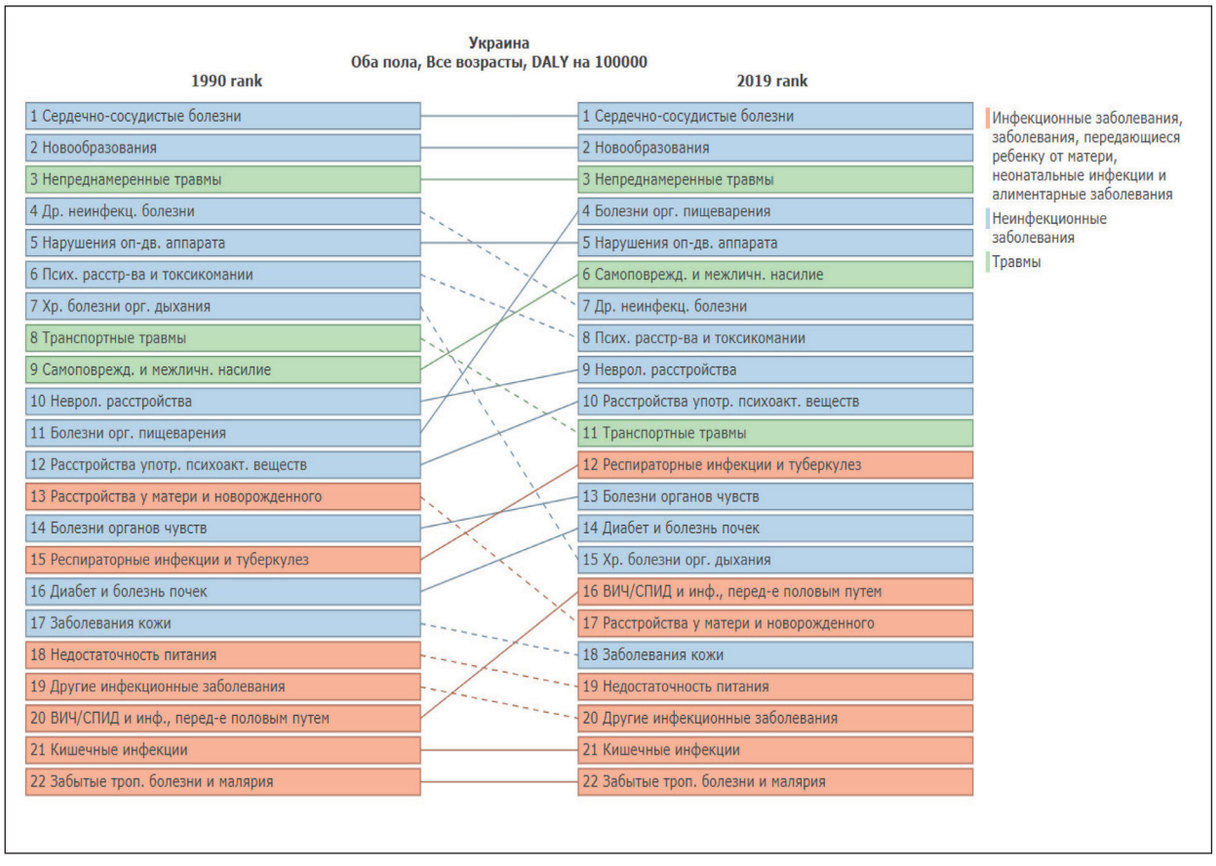


Порівняно з 1990 роком, у 2019 році зменшилася смертність від хронічних хвороб органів дихання, травм, перинатальних причин та кишкових інфекцій. Натомість, зросла смертність від хвороб органів травлення, неврологічних розладів, ВІЛ/СНІД та ІПСШ, захворювань шкіри та хвороб опорно-рухового апарату.

е. Років життя, втрачених через інвалідність, за причинами в Україні.



Найбільше інвалідизують населення України такі захворювання: ішемічна хвороба серця, інсульт, біль у спині, депресія, цироз, самопошкодження та ДТП


Украина
Оба пола, Все возрасты, DALY на 100000
1990 rank
2019 rank
1 Сердечно-сосудистые болезни
2 Новообразования
3 Непреднамеренные травмы
4 Др. неинфекц. болезни
5 Нарушения оп-дв. аппарата
6 Псих. расстр-ва и токсикомании
7 Хр. болезни орг. дыхания
8 Транспортные травмы
9 Самоповрежд. и межличн. насилие
10 Неврол. расстройства
11 Болезни орг. пищеварения
12 Расстройства употр. психоакт. веществ
13 Расстройства у матери и новорожденного
14 Болезни органов чувств
15 Респираторные инфекции и туберкулез
16 Диабет и болезнь почек
17 Заболевания кожи
18 Недостаточность питания
19 Другие инфекционные заболевания
20 ВИЧ/СПИД и инф., перед-е половым путем
21 Кишечные инфекции
22 Забытые троп. болезни и малярия
1 Сердечно-сосудистые болезни
2 Новообразования
3 Непреднамеренные травмы
4 Болезни орг. пищеварения
5 Нарушения оп-дв. аппарата
6 Самоповрежд. и межличн. насилие
7 Др. неинфекц. болезни
8 Псих. расстр-ва и токсикомании
9 Неврол. расстройства
10 Расстройства употр. психоакт. веществ
11 Транспортные травмы
12 Респираторные инфекции и туберкулез
13 Болезни органов чувств
14 Диабет и болезнь почек
15 Хр. болезни орг. дыхания
16 ВИЧ/СПИД и инф., перед-е половым путем
17 Расстройства у матери и новорожденного
18 Заболевания кожи
19 Недостаточность питания
20 Другие инфекционные заболевания
21 Кишечные инфекции
22 Забытые троп. болезни и малярия
Инфекционные заболевания, заболевания, передающиеся ребенку от матери, неонатальные инфекции и алиментарные заболевания
Неинфекционные заболевания
Травмы

ДОДАТОК 3. ПРИКЛАДИ ДОСЛІДЖЕНЬ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НІЗ

Назва дослідження	**Мета**	**Роки проведення**
Міжнародні дослідження серед дорослих		
Дослідження STEPS: поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні	дослідження поширеності основних факторів ризику НІЗ	2019 р.
Індекс здоров'я. Україна	оцінка фактичного рівня задоволеності громадян України медичною допомогою	2016 р., 2017 р., 2018 р., 2019 р.
Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (GATS)	опитування членів домогосподарств 15+ років для нагляду за вживанням тютюну та моніторингу основних показників контролю над тютюном	2010 р., 2017 р.
Міжнародні опитування серед підлітків		
Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (ESPAD)	Поширеність та динаміка поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю, наркотичних речовин, рівень залежності від Інтернет-мережі, комп'ютерних та азартних ігор серед учнівської молоді 15-17 років	1995 р., 1999 р., 2003 р., 2007 р., 2011 р., 2015 р., 2019 р.
Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді (HBSC)	моніторинг здоров'я та поведінки підлітків у віці 10 – 17 років стосовно здоров'я та вплив соціального оточення на стан здоров'я учнівської молоді	2002 р., 2006 р., 2010 р., 2014 р., 2018 р.
Глобальне опитування молоді щодо вживання тютюну (GYTS)	опитування учнівської молоді 13-15 років для нагляду за вживанням тютюну та моніторингу основних показників контролю над тютюном	2005 р., 2011 р., 2017 р.
Національні опитування		
Національне опитування домогосподарств (серед осіб 12+ років)	щорічне опитування домогосподарств (серед осіб 12+ років) щодо різних аспектів поведінки, у тому числі вживання тютюну	щороку
Омнібуси, які проводить КМІС з 2013 року (особи 18+ років)	щорічне опитування дорослих (18+ років) щодо вживання тютюну та новітніх виробів для куріння	щорічно з 2013 р.

МОДУЛЬ 6.
ДОСЛІДЖЕННЯ У СФЕРІ НІЗ

ЗМІСТ

1. Вступ 122
2. Навчальні цілі 122
3. Короткий огляд модуля 123
3.1. Структура презентації 123
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 123
3.3. Практична робота 124
4. Підготовка до проведення модуля 124
4.1. Структура та тривалість модуля 124
4.2. Матеріали та обладнання 124
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 124
5. Список рекомендованої літератури 125
5.1. Література для ознайомлення перед навчальним курсом 125
5.2. Література для поглибленого самостійного вивчення теми 125
Додаток 1. Коментарі до презентації в PowerPoint 126
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 142
Запитання для оцінювання знань 152

1. ВСТУП

Дослідження є основним джерелом доказової інформації для формування політик у сфері НІЗ. Дослідження можуть дати відповіді на низку питань, відповіді на які треба знати для того, щоб прийняти обґрунтоване рішення щодо впровадження або невпровадження певних стратегій чи політик у сфері НІЗ. Це можуть бути три принципові групи питань.

До першої групи належать такі питання як «Яка поширеність/ захворюваність/ смертність від певних станів? Серед яких груп цей стан найбільше поширений?». Тобто питання про те, яким є тягар захворювання (Згадайте блок 1 тему 3). Відповідями на такі питання займаються описові дослідження.

До другої групи належать питання про те, чи щось є причиною чогось. Наприклад, чи є причиною початку раннього куріння серед підлітків перегляд серіалів, де головні герої курять? Чи є надмірне вживання кави причиною серцево-судинних захворювань? Пошуками причин займаються аналітичні спостережні дослідження.

Третьої групою запитань є питання про ефективність інтервенцій, або втручань. Наприклад, чи працює соціальна реклама для просування скринінгів від НІЗ (як-то, заклики робити регулярну мамографію від знаменитих жінок – співачок, акторок тощо)? Чи введення у школі предмету «Основи здоров'я» допомагає зробити поведінку дітей (у майбутньому – дорослих) здоровішою? Чи доступність інфраструктури для занять спортом у громаді справді збільшує фізичну активність мешканців цієї громади? Відповідями на такі питання займаються інтервенційні, або експериментальні, дослідження.

Часто для того, щоб дослідити джерела певної проблеми зі здоров'ям і знайти ефективні рішення для неї, потрібно пройти всі три етапи.

Новішим типом досліджень є дослідження економічної ефективності, за допомогою яких порівнюють витрати та результати.

Дослідження з різними дизайнами мають різну доказову силу, тому будь-якому фахівцю-практику у сфері громадського здоров'я потрібно вміти читати і критично оцінювати результати проведених досліджень. У цьому модулі ми розглянемо основні теоретичні концепти, які потрібно розуміти для того, щоб мати змогу читати і критично оцінювати проведені дослідження, а також потренуємося читати та аналізувати реальні дослідження на прикладах досліджень, проведених в Україні.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Після проходження модуля учасники будуть:

- знати, які бувають дизайни досліджень, розуміти їхню класифікацію та вмітимуть оцінювати доказову силу кожного з дизайнів;

- знати методи формування вибірок, вміти розрізняти репрезентативні та нерепрезентативні способи формування вибірок, а також розуміти концепт похибки вибірки;

- знати основні міри зв'язку, які використовуються у дослідженнях у сфері НІЗ, вміти їх інтерпретувати та розуміти, у дослідженнях з якими дизайнами які міри зв'язку використовують;

- вміти читати методологію та результати опублікованих досліджень і критично їх оцінювати.

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Дизайн дослідження, типи дизайнів та доказовість кожного з них.

ii. Що таке вибірка:
- поняття вибірки та методи її формування;
- репрезентативні та нерепрезентативні вибірки;
- похибка вибірки.

iii. Міри зв'язку у дослідженнях, їхня інтерпретація та підходи до вибору мір зв'язку, залежно від дизайну дослідження

iv. Інтерпретація результатів дослідження.

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модулю.
Коментарі до слайдів наведено у додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

- Кожен із дизайнів досліджень має свої переваги та недоліки. Різні дизайни досліджень мають різну доказову силу.

- Випадкові вибірки є репрезентативними. Якщо ми використовуємо невипадкову вибірку, ми не можемо інтерпретувати результати.

- Випадкова природа вибірки продукує похибку. Для того, щоб врахувати похибку вибірки, потрібно використовувати довірчі інтервали та рівень значущості.

- Основними мірами зв'язку, які використовують у дослідженнях у сфері НІЗ, є

відношення шансів та відношення ризиків. Результати їх обрахунку визначають, чи фактор нараження збільшує/зменшує шанси або ризики розвитку захворювання. Для того, щоб міра зв'язку була значущою, її довірчий інтервал не має перетинати одиницю.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Виконання двох практичних завдань під час лекції.
Робота в групах з виконанням завдань, презентацією результатів та їхнім подальшим обговоренням (додаток 2).

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. СТРУКТУРА ТА ТРИВАЛІСТЬ МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 180 хвилин (3 години):
- вступ та лекційна частина – 100 хвилин;
- практична робота в групах та обговорення результатів – 60 хвилин;
- підсумки модуля та тези для запам'ятовування – 20 хвилин.

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

- презентація у PowerPoint;
- проєктор, екран та комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт та папір для фліпчарту, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/листки паперу та ручки/олівці для всіх учасників;
- 5 ноутбуків або планшетів для роботи в групах (по одному ноутбуку або планшету на групу).

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ.

- Вивчіть презентацію PowerPoint та конспекти лекцій у додатку 1.

- Використовуйте матеріали для читання, згадані у розділі 5, щоб знайти додаткову інформацію та краще розібратися в темі.

- Під час підготовки можна переглянути відео, розміщені на YouTube:
  - Огляд дизайнів досліджень – https://youtu.be/Jd3gFT0-C4s
  - Способи формування вибірок – https://youtu.be/be9e-Q-jC-0
  - Історія Кокранівської співпраці – https://youtu.be/0Ji-wsSfQH0
  - Як створюють Кокранівський огляд – https://youtu.be/IGMiVGfWRH0

- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та подумайте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої ви проводитимете навчання.

- Ознайомтеся з тестовими питання до модулю та відповідями до них, що наведені наприкінці блоку 2.

5. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

5.1. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ОЗНАЙОМЛЕННЯ ПЕРЕД НАВЧАЛЬНИМ КУРСОМ

- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). Basic epidemiology. World Health Organization. URL: https://is.gd/buGvuU
  - Chapter 3 «Type of studies», pp. 31–51 (дизайни досліджень)
  - Chapter 2 «Measuring health and disease», pp.34–35 (міри зв'язку)
  - Chapter 4 «Basic biostatistics: concepts and tools» (основи біостатистики)

Переклад російською:

- Биглхол, Р., Бонита, Р., & Кьелстрем, Т. (1994). Основы эпидемиологии. URL: https://is.gd/wMQxud
  - Глава 3 «Типы исследований», ст. 47–71
  - Глава 2 «Количественная оценка состояния здоровья и болезни», ст.42–46
  - Глава 4 «Основные статистические аспекты»

5.2. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

- Glantz, S. A. (2009). Primer of biostatistics. Chapter 7 «Confidence intervals» / С. Гланц. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. – М.: Практика, 1998. Глава 7 «Доверительные интервалы».

- Богдан, О. (2015). Що варто знати про соціологію та соціальні дослідження? Посібник-довідник для громадських активістів та всіх зацікавлених. Дух і Літера. URL: https://is.gd/uMyzyo
  Розділ 4 «Вибірка: така загадкова і така важлива».

- Кокранівська співпраця http://www.cochrane.org/

- Короткі відео-огляди основних тем:
  - Огляд дизайнів досліджень – https://youtu.be/Jd3gFT0-C4s
  - Способи формування вибірок – https://youtu.be/be9e-Q-jC-0
  - Історія Кокранівської співпраці – https://youtu.be/0Ji-wsSfQH0
  - Як створюють Кокранівський огляд – https://youtu.be/IGMiVGfWRH0

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ У POWERPOINT

СЛАЙДИ 1 – 2
Назвіть учасникам тему модуля та поясніть, які основні питання будуть в ньому розкриті.

СЛАЙДИ 3 – 6
Основним питанням досліджень можна назвати таке: «Чи фактор нараження спричиняє результат?»

Під фактором нараження (exposure) розуміють імовірну причину хвороби чи стану, пов'язаного зі здоров'ям, АБО характеристику, яка є детермінантою результату щодо здоров'я і яку ми вивчаємо. Факторами нараження можуть бути причини, фактори ризику, захисні фактори, характеристики індивідів або інтервенції.

Інтервенція (втручання) – це будь-яка спроба або політика, яка намагається покращити психічне або фізичне здоров'я на популяційному рівні.

Результатом щодо здоров'я можуть бути всі можливі результати, спричинені впливом певного фактору, профілактичних або терапевтичних втручань; або усі виявлені зміни в стані здоров'я, що виникають завдяки лікуванню, профілактиці тощо. Це, наприклад, захворювання, стани, пов'язані зі здоров'ям, поведінка щодо здоров'я, ставлення до здоров'я або якість життя.

І хоча в процесі дослідження проблеми ми можемо ставити різні дослідницькі питання, в кінці ми хочемо знайти детермінанти, причини та ефективні інтервенції. Різні дизайни мають різну силу встановлювати причинно-наслідкові зв'язки.

СЛАЙДИ 7 – 9
Розпочніть з дизайну досліджень.

Дизайн – це спосіб організації дослідження. Дизайни діляться та три великі групи: описові, аналітичні спостережні та інтервенційні (або експериментальні). Описові дослідження описують характеристики груп пацієнтів з певним захворюванням, але не порівнюють з референтною групою. В аналітичних спостережних дослідженнях дослідник спостерігає і вимірює, але не втручається у хід дослідження. В інтервенційних (експериментальних) дослідженнях дослідник керує тим, хто отримує експериментальне лікування, а хто – контроль. До групи аналітичних спостережних дизайнів належать екологічні, крос-секційні (або перехресні), випадок-контроль та когортні. Всі аналітичні спостережені дослідження використовують тоді, коли рандомізація неетична або неможлива (тобто експериментальне дослідження провести неможливо).

СЛАЙДИ 10 – 11
Описові дослідження вивчають розподіл захворювання та паттерни (специфічні

характеристики) розподілу захворювання. Вивчення паттернів захворювання передбачає вивчення розподілу випадків захворювання за часом (роки, сезони, місяці, тижні, години дня), місцем (країни, області, міста, райони міст) та ураженими людьми (вік, стать, соціально-економічний статус).

Перше відоме описове дослідження провів Джон Сноу у 1854 році, коли шукав причину спалаху холери у Лондоні. Джон Сноу наніс на мапу всі виявлені випадки холери, які сталися в одному районі Лондона, і з'ясував, що всі вони зосереджені біля одного з водяних насосів, з якого люди брали питну воду. Закриття цього насосу дозволило усунути джерело розповсюдження холери[1].

До досліджень з описовим дизайном належать звіти про випадки захворювань, звіти про серії випадків та дані, що збираються рутинно (наприклад, дані щодо смертності). Описові дослідження використовують для оцінки стану здоров'я популяції, для генерування гіпотез та для планування або оцінювання програм громадського здоров'я.

Приклад дослідження «звіти про випадки захворювань»: 4 випадки атипової пневмонії серед гомосексуальних чоловіків у 1981 році у США.

СЛАЙДИ 12 – 14

Екологічні дослідження вивчають зв'язок між фактором ураження і захворюванням на основі агрегованих (узагальнених) даних. Агреговані дані – це дані, які аналізують одразу для рівня району, області, країни, а не на індивідуальному рівні. Основною перевагою екологічних досліджень є те, що вони швидкі та дешеві (можуть бути швидко виконані на основі вже наявних даних) і враховують контекстні фактори. Основним недоліком є схильність до виявлення зв'язку там, де його не існує Це трапляється через те, що дані узагальнені та ми не знаємо, чи той, хто має фактор ураження і результат, – одна й та сама людина чи ні). Різниця між зв'язками та причинно-наслідковими зв'язками буде більш детально представлено під час розгляду підтеми «Міри зв'язку».

СЛАЙДИ 15 – 16

Крос-секційні (або перехресні) дослідження вимірюють наявність фактору ураження і результату (стану, пов'язаного зі здоров'ям) у той самий момент часу на індивідуальному рівні (у конкретної людини). Фактично, це екологічні дослідження, проведені на індивідуальному рівні.

Основними перевагами крос-секційних досліджень є те, що їхні результати можна поширити на всю популяцію (вони, як правило, є репрезентативними). Окрім того, такі дослідження не вимагають багато часу та мають низьку вартість, порівняно з іншими типами досліджень. Основним недоліком є те, що ці дослідження можуть встановити тільки наявність зв'язку, однак не можуть встановити, чи є він причинно-наслідковим. Через те, що наявність як результату, так і фактору ураження ми вимірюємо

1 Johnson, Steven. The Ghost Map: The Story of London's Most Terrifying Epidemic – and How it Changed Science, Cities and the Modern World. — Riverhead Books, 2006. — С. 195-196.

у людини в той самий момент часу, ми ніколи не знаємо, що з них з'явилося першим.

Прикладами крос-секційних досліджень є численні опитування, які проводять соціологічні агенції.

СЛАЙДИ 17 – 18

Дослідження «випадок-контроль» є першими, в яких ми можемо встановлювати причинно-наслідкові зв'язки. Зірковий час цих досліджень припав на 1950 рік, коли британські лікарі Річард Долл та Бредфорд Остін Хілл з'ясували, що куріння сигарет викликає рак легенів. На той момент не була зрозуміла причина епідемії раку легенів, яка мала місце, зокрема, у Сполученому Королівстві у середині XX століття. Долл та Гілл залучили до дослідження 3 000 осіб, які були госпіталізовані з раком легенів, і 3 000 пацієнтів з іншими захворюваннями, та опитали їх щодо історії нараження на різноманітні фактори ризику, які, за гіпотезами, могли спричиняти рак легенів. Після проведеного аналізу куріння сигарет виявилося сильно пов'язаним з виникненням раку легенів.

Дослідження «випадок-контроль» є ретроспективними за своєю природою. Під час проведення таких досліджень дослідники рухаються від результату (наприклад, наявного захворювання) до нараження на фактори ризику. Для цих досліджень шукають людей, які вже мають певний стан (захворювання, розлади тощо). До них добирають таку саму або кратну кількість здорових людей чи людей з іншими станами. Таких людей називають «контролі». Потім випадки і контролі опитують або іншим чином з'ясовують інформацію щодо того, чи були вони в минулому наражені на певні фактори ризику.

Основними перевагами досліджень «випадок-контроль» є те, що можна одночасно досліджувати вплив багатьох факторів нараження (опитати про більшу кількість факторів не є затратним). Дослідження «випадок-контроль» підходять для вивчення причин рідкісних (генетичних) станів завдяки тому, що дослідження починається з прицільного пошуку випадків, а поширеність генетичних захворювань дуже низька. Проте через ретроспективний збір даних про фактори нараження такі дослідження можуть страждати на помилку згадування (коли хворі та здорові люди по-різному пригадують, чи мали вони певні фактори ризику в минулому) та помилку щодо встановлення часової послідовності між фактором нараження та результатом (для хронічних неінфекційних захворювань, які розвиваються довго, часто складно встановити початок розвитку тому, що хвороба тривалий час не проявляється).

СЛАЙДИ 19 – 21

Когортні дослідження навпаки передбачають рух від фактору нараження до результату. Когорта – це група людей з однаковими характеристиками (за певною ознакою). У когортних дослідженнях спочатку набирають групу людей, ділять їх на наражених і ненаражених (наприклад, тих, хто курить і тих, хто ні), а потім слідкують за ними в часі та вимірюють, чи розвинеться у них результат (певне захворювання або стан). Найтривалішим наразі когортним дослідженням є Фрамінгамське дослідження серця https://www.framinghamheartstudy.org/. Воно почалося у 1949 році у місті Фрамінгам, штат Массачусетс (США), і триває досі.

Початково у ньому взяли участь 5 000 мешканців цього міста, яких що два роки обстежували, робили діагностичні тести та опитували. Наразі у дослідженні бере участь четверте покоління найперших учасників. Більшість всього, що ми знаємо зараз про фактори ризику розвитку різноманітних захворювань серця (наприклад, про вплив вживання солі), ми знаємо саме з цього дослідження.

Когортні дослідження бувають ретроспективні та проспективні. Ретроспективні мають місце тоді, коли ми можемо знайти якісну інформацію щодо навантаження на фактор ризику у минулому, і відшукати цих людей зараз (наприклад, ліквідаторів вибуху на ЧАЕС, який стався понад 30 років тому, за записами у журналах обліку).

Завдяки проспективному збору даних, перевагами когортних досліджень є коректна та вичерпна інформація щодо факторів навантаження та очевидне часове співвідношення між навантаженням та результатом. Недоліками є те, що ці дослідження дорогі та часозатратні (через те, що тривалі). Окрім того можлива так звана помилка самонавантаження – через те, що люди самі вирішують, мати їм фактор навантаження чи ні, вони одразу на вході відрізняються і за багатьма іншими характеристиками.

СЛАЙДИ 22 – 24

Інтервенційні (експериментальні) дослідження відрізняються від когортних лише тим, що у них дослідник вирішує, хто отримуватиме фактор навантаження (інтервенцію або експериментальне лікування), а хто – контроль (нічого або стандартне лікування). Проте це дає таким дослідженням сильну перевагу – групи є порівнюваними на початку, і відрізняються лише тим, що отримують інтервенцію або ні. Тобто різницю у результатах, яку ми спостерігаємо під час завершення дослідження, ми можемо віднести саме на рахунок інтервенції, а не відмінностей у характеристиках груп, яка мала місце на початку (як у когортних дослідженнях). Інтервенційні дослідження бувають тільки проспективними.

Одне з перших відомих експериментальних досліджень провів Джеймс Лінд, лікар британського флоту, який у 1747 році винайшов дієту від цинги. Він поділив 12 хворих моряків на своєму кораблі на 6 експериментальних груп (тобто, у кожній було по 2 особи), і кожну групу годував різними продуктами. Ті моряки, які їли апельсини, одужали.

Інтервенційні дослідження мають багато підвидів. За наявністю контрольної групи вони поділяються на контрольовані (мають контрольну групу) і неконтрольовані (не мають контрольної групи). За способом поділу на інтервенційну і контрольну групи – рандомізовані (поділ на групи відбувається випадковим чином), нерандомізовані (поділ на групи відбувається невипадковим чином) та квазі-рандомізовані (поділ на групи відбувається квазі-випадковим чином).

За одиницею рандомізації інтервенційні дослідження бувають індивідуальні (коли кожну людину відносять до конкретної групи) та кластерні (коли одразу виділяють групи людей, наприклад, школи, райони міста, організації; такі дослідження ще називаються «community trials»).

За поінформованістю учасників інтервенційні дослідження бувають незасліплені (учасники знають, у якій вони групі – інтервенційній чи контрольній), засліплені (учасники не знають, в якій вони групі) та подвійно-засліплені (ті, хто впроваджують інтервенцію, також не знають, з якою групою вони працюють – інтервенційною чи контрольною).

Рандомізовані контрольовані засліплені дослідження є «золотим стандартом» експериментальних досліджень. Перевагами інтервенційних досліджень є те, що вони продукують найвищий рівень доказовості. Недоліками – те, що часто є складно здійсненними з фізичної або етичної точки зору, а також дуже дорогими.

СЛАЙДИ 25 – 27
Крім дизайнів, об'єктом вивчення яких є люди, є ще дизайн, об'єктом вивчення якого є інші дослідження.

Це можуть бути систематичні огляди – «огляди первинних досліджень з певного питання з метою знайти, відібрати, об'єднати та оцінити всю доказову базу високої якості, що стосується цього питання, для того, щоб відповісти на нього» (https://community.cochrane.org/about-us/evidence-based-health-care).

Натомість мета-аналіз – це статистична процедура об'єднання результатів інших досліджень. Мета-аналіз перераховує результати всіх досліджень з певного питання так, ніби це було би одне дослідження, і дає агрегований результат.

Систематичні огляди створюють доказову базу найвищого рівня (навіть вищу за рандомізовані контрольовані дослідження). Щоб зробити систематичний огляд, потрібно здійснити такі кроки:

1) визначити дослідницьке питання;
2) розробити критерії включення до досліджень;
3) відібрати та зібрати дослідження, що відповідають встановленим критеріям;
4) оцінити можливі систематичні помилки у відібраних дослідженнях;
5) провести мета-аналіз;
6) врахувати помилку публікування;
7) презентувати результати та зведені таблиці;
8) зробити висновки.

Тільки все це відбувається систематично – за строгою і послідовною методологією.

Найпершою і найвідомішою ініціативою зі створення систематичних оглядів є Кокранівська співпраця http://www.cochrane.org/.

СЛАЙДИ 28 – 31
Розберіть з учасниками приклад проведення систематичного огляду,

що представлений на слайдах[2].

СЛАЙД 32

Як уже йшлося раніше, різні дизайни досліджень мають різну доказову силу. Їх можна класифікувати за їхньою потенційною можливістю від «тільки згенерувати гіпотези» до «встановити причинно-наслідковий зв'язок». Ця ієрархія називається «піраміда доказовості». Чим вище в цій піраміді розташоване дослідження, тим більшу доказову силу воно має.

В підніжжі піраміди розташовані дослідження, засновані на експертній думці. Якщо ми не маємо жодної інформації про проблему, то експертна думка може дати нам напрямок руху або ідеї/гіпотези для подальших досліджень. Далі йдуть різні види описових досліджень (звіти щодо окремих випадків або серії випадків) та експериментальні неконтрольовані дослідження (зазвичай це ті, які проводяться «у лабораторіях»). На цьому етапі ми все ще проводимо дослідження без чітких гіпотез або розуміння проблеми наперед – навпаки, ми вивчаємо її за допомогою спостереження та опису, щоб згенерувати гіпотези.

Посередині піраміди розташовані екологічні та крос-секційні дослідження. Це проміжний етап між генеруванням гіпотез та дослідженням причинно-наслідкових зв'язків. Ці дослідження вже є аналітичними – тобто можуть визначити силу зв'язку між факторами нараження та результатом – але їхня доказова сила мала; часто вони показують зв'язки, які не є причинно-наслідковими. Проте це вже крок до того, щоб зробити першу перевірку своїх гіпотез і відсортувати значущі та незначущі зв'язки і фактори ризику.

Починаючи від досліджень «випадок-контроль» ми можемо говорити про дослідження з високим рівнем доказовості та потенціалом встановити причинно-наслідкові зв'язки. Це дослідження з дизайнами «випадок-контроль», когортні та всі інтервенційні контрольовані, серед яких, звичайно, рандомізовані контрольовані є найсильнішими.

І, нарешті, на вершині піраміди доказовості розташовані систематичні огляди та мета-аналіз – дослідження, які агрегують дані всіх інтервенційних, когортних та «випадок-контроль» досліджень, проведених з одного питання. Вони високої якості та продукують фінальний висновок (відповідь на питання).

СЛАЙДИ 33 – 37

Експериментальні дизайни епідеміологічних досліджень та мета-аналіз мають на меті визначити клінічну або реальну ефективність інтервенцій – тобто, чи працюють інтервенції у лабораторних умовах/реальному житті. Крім клінічної (efficacy) та реальної (effectiveness) ефективності, є ще третій вид ефективності – економічна, тобто співвідношення вкладених ресурсів (вартості) до отриманих результатів

2 Schwingshackl, L., Schwedhelm, C., Hoffmann, G., Lampousi, A. M., Knüppel, S., Iqbal, K., ... & Boeing, H. (2017). Food groups and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. The American Journal of Clinical Nutrition, 105(6), 1462-1473. https://doi.org/10.3945/ajcn.117.153148

(ефективності).

Економічне оцінювання полягає у співставленні вартості, яку створює застосування певної медичної технології (враховуючи не тільки вартість терапії, а також вартість пов'язаних з нею станів здоров'я), з її результатами (ефектами). Існує чотири типи економічного оцінювання: мінімізація витрат (cost-minimization analysis), аналіз витрат та ефективності (cost-effectiveness analysis), аналіз витрат та корисності (cost-utility analysis), й аналіз витрат та вигід (cost-benefit analysis).

Ці аналізи відрізняються тим, яким чином вимірюють ефекти (результати).

У разі мінімізації витрат припускають, що ефекти від інтервенцій є однаковими.

В аналізі витрат та ефектів результати вимірюють в натуральних показниках (напр., кількість пацієнтів без загострень (у стані ремісії), зниження рівня кров'яного тиску (у мм рт. ст.) тощо).

В аналізі витрат та корисності ефекти від терапії вимірюють як загальну якість життя пацієнта.

В аналізі витрат та вигід ефекти вимірюють у грошах.

Також існує два принципово різні аналітичні підходи до проведення економічного оцінювання: клініко-економічне дослідження та дослідження за допомогою моделювання.

Клініко-економічне дослідження полягає в аналізі даних щодо вартості та результативності певної медичної технології, зібраних на первинному рівні, тобто шляхом проведення клінічного дослідження з додатковим збором інформації про витрати. Економічне оцінювання за допомогою моделювання полягає в обрахунку економічної ефективності технології на основі теоретично побудованої моделі, вхідними параметрами якої є результати попередніх клінічних та клініко-економічних досліджень, а також теоретичні уявлення про перебіг захворювання та вплив на нього різних медичних технологій. Клініко-економічне оцінювання застосовують у тому випадку, коли досліджень ефективності певної технології не проводили раніше, або проводили на інших популяціях. Моделювання застосовують тоді, коли первинних даних накопичено уже багато, і коли потрібно порівняти більше, ніж дві технології одночасно (це рідко можливо і рідко роблять у клінічних дослідженнях), а також є вичерпне розуміння етіології та перебігу захворювання.

Результати економічного оцінювання аналізують на площині витрат та ефектів. Це система координат, у якій по горизонталі відкладають різницю в ефектах (результатах) двох технологій, а по вертикалі – різницю у витратах, які генерує застосування цих технологій (обидва значення середні, тобто розраховані на одного пацієнта). Вісі перетинаються в нулі, що є технологією-порівнянням (різницю у вартості та ефектах з якою обраховують під час економічного оцінювання). У площині витрат та ефектів відкладають точку (або кілька точок – якщо порівнюють

більше однієї альтернативної технології з референтною), яка позначає отриману після проведення оцінювання різницю в ефектах та витратах даної технології з технологією-порівнянням.

Таким чином, у верхньому лівому квадранті (північно-західному) площини витрат та ефектів опиняються технології, які є порівняно дорожчими і менш ефективними (тому що мають позитивні значення по вертикальній вісі (різниці у витратах) та негативні – по горизонтальній (різниці в ефектах)). Ці технології одразу відхиляють. У нижньому правому квадранті (південно-східному) розташовані дешевші та ефективніші технології, які одразу приймають. У решті двох квадрантах (верхньому правому, північно-східному, і нижньому лівому, південно-західному) технологія є або дорожчою та ефективнішою (що трапляється найчастіше), або менш ефективною, але дешевшою. У цьому випадку на площині витрат та ефектів потрібно провести пряму «рівня ціни» (ceiling ratio) (суму грошей, яке це суспільство готове платити за один здоровий рік життя). Якщо точкова оцінка лежатиме під прямою рівня ціни, додаткова вартість оцінюваної технології по відношенню до додаткових ефектів є прийнятною, і технологію варто запроваджувати. Якщо ж точкова оцінка лежатиме над прямою рівня ціни, оцінювану технологію вважають економічно неефективною.

СЛАЙДИ 38 – 40
Перейдіть до обговорення методів формування вибірок.

Задайте учасникам запитання «Чому ми не можемо опитати всіх?».

Хоча бувають випадки, коли ми маємо можливість аналізувати загальну популяцію (наприклад, всіх зареєстрованих пацієнтів з певним захворюванням), частіше ми мусимо працювати з вибірками. Як правило, намагатися включити у дослідження всіх є дуже дорого і не додає багато цінності. Вибірка – це мікрокопія всієї популяції; правильно побудована репрезентативна вибірка повністю відтворює основні характеристики всієї популяції за ключовими характеристиками.

СЛАЙД 41
Способи формування вибірок бувають випадкові, квазі-випадкові та невипадкові.

Випадкові вибірки є репрезентативними (тобто правильно відображають загальну популяцію). Основною умовою побудови випадкової вибірки є те, що кожен член загальної популяції повинен мати рівну імовірність потрапити у неї. Тобто для реалізації випадкової вибірки потрібно мати список усіх членів загальної популяції.

Невипадкові вибірки є нерепрезентативними. Основна їхня риса – ми опитуємо тих, кого нам зручно знайти (до кого ми маємо доступ), і тих, хто погоджується взяти участь у дослідженні (відмови для нас не є проблемою).

Квазі-випадкові вибірки розроблені для дослідження прихованих популяцій і також є репрезентативними. Приховані популяції характеризуються тим, що не мають переліку всіх членів. До них належать, наприклад, ключові та вразливі групи, які можуть інфікуватися ВІЛ – люди, які вживають ін'єкційні наркотики, робітники

комерційного сексу, чоловіки, які практикують секс з чоловіками, діти вулиці.

СЛАЙДИ 42 – 43

Основними перевагами випадкових вибірок є те, що вони дозволяють контролювати похибку вибірки, поширити результати на загальну популяцію та робити статистичний висновок. Але для цього, зазвичай, нам треба опитати більше людей і, головне, алгоритм їх відбору складніший.

Невипадкові вибірки мають протилежні до випадкових сильні та слабкі сторони. Невипадкові вибірки мають зазвичай менші розміри (хоча не завжди), і простіший алгоритм впровадження – можна опитати тих, кого зручно знайти і хто хоче взяти участь у дослідженні. Проте основним недоліком невипадкових вибірок у кількісних дослідженнях є те, що ми, власне, не знаємо, яку загальну популяцію вони представляють, і тому не знаємо, як інтерпретувати отримані результати. Якщо ми застосовуємо невипадкові вибірки, то наші результати є завжди систематично завищеними або заниженими.

СЛАЙДИ 44 – 48

Основними способами формування випадкових вибірок є проста випадкова, систематична, стратифікована, кластерна та багаторівнева вибірки.

Проста випадкова вибірка формується шляхом утворення переліку всіх членів загальної сукупності, з якого випадковим чином (шляхом генерації випадкових чисел, наприклад) обирають учасників для вибірки.

Систематична вибірка використовує інший алгоритм відбору учасників з переліку – кожного n-ого члена загальної сукупності (наприклад, кожного 7-го, 10-го або 500-го учасника у списку). Проте мати загальний перелік усієї сукупності та мати можливість обирати з нього людей випадково часто є розкішшю (в Україні, наприклад, останній перепис населення був у 2001 році), тому були створені простіші алгоритми випадкового відбору.

Стратифікована і кластерна вибірки передбачають відбір на основі страт і кластерів, відповідно.

Страта – це група об'єктів, об'єднана за певною ознакою. Такою ознакою може бути стать, вік або посада у фірмі. Об'єднавши людей у страти, з кожної з них роблять випадковий відбір учасників у кількості, пропорційній до обсягу страти. Наприклад, якщо в університеті навчається 1 000 студентів, і з них 600 – студенти бакалаврату, і 400 – студенти магістратури, то у вибірку зі 100 осіб має потрапити 60 випадково відібраних студентів бакалаврату та 40 студентів магістратури.

Кластер – це організація (школа, університет, підприємство). Кластерну вибірку реалізовують у три кроки:

1) утворюють список кластерів;
2) роблять відбір кластерів випадковим чином;
3) у кожному кластері опитують всіх.

Часто так формують вибірку для опитування школярів, наприклад.

З переліку усіх шкіл України (або міста, якщо опитування проводять на рівні міста) випадковим чином обирають потрібну кількість шкіл, а потім у кожній з них опитують усіх учнів. Така вибірка є зручною у цьому випадку – ми маємо як вичерпний перелік шкіл, так і вичерпний перелік учнів у кожній школі. Якби ми реалізовували у цьому випадку просту випадкову вибірку, нам потрібно було би шукати список усіх учнів міста або країни, вибирати випадковим чином потрібну кількість, а потім шукати саме цього учня та опитувати його/її.

Багатоступенева вибірка використовує випадковий алгоритм відбору на кількох рівнях. Такий алгоритм часто використовується для формування репрезентативної вибірки на рівні країни або області. На першому рівні випадковим чином обирають населені пункти у межах області/країни, на другому – виборчі дільниці в обраних населених пунктах, на третьому – вулиці, будинки та квартири, і на четвертому етапі у кожному обраному домогосподарстві опитують усіх мешканців.

СЛАЙДИ 49 – 50

До квазі-випадкових способів формування вибірок (репрезентативних для прихованих популяцій) належать вибірка, що формується за участі респондентів, та вибірка місця і часу. Такі способи формування вибірок використовують, наприклад, для дослідження ключових та вразливих груп, які можуть інфікуватися ВІЛ – людей, які вживають ін'єкційні наркотики, робітниць комерційного сексу, чоловіків, які практикують секс з чоловіками, дітей вулиці тощо.

Вибірка, що формується за участі респондентів (Respondent-driven sample, RDS), імітує снігову кулю. У дослідження добирають 3–5 представників відповідної групи з максимальною варіацією ключових характеристик. Кожен учасник може привести ще 3–5 знайомих, при цьому всі ланцюжки (хто кого привів) відстежуються та фіксуються. Якість вибірки оцінюють за кількістю хвиль «вглиб». Вважають, що процес формування вибірки можна зупиняти тоді, коли розподіл ознак на кожній наступній хвилі перестав коливатися (як правило, в середньому проходить 7–9 хвиль).

Вибірка місця та часу (Time-and-location sample, TLS) – кластерна вибірка. Тільки «кластером» тут є місце скупчення представників відповідної групи. Формування такої вибірки здійснюють у три кроки:

1) мапування місць скупчення представників ключових груп;
2) випадковий відбір точок зі списку;
3) опитування всіх, хто перебуває на точці, у певний проміжок часу.

СЛАЙДИ 51 – 54

До невипадкових способів формування вибірок належать квотна, вибірка максимальної варіації, за методом зручності та снігової кулі.

Квотна вибірка є невипадковою вибіркою, яка імітує стратифіковану. Учасників добирають штучно таким чином, щоб вони відображали загальну популяцію за певним набором характеристик. Наприклад, якщо в загальній популяції 50 %

чоловіків і 20 % людей похилого віку, то для вибірки зі ста осіб ми будемо шукати 20 чоловіків віком 65 років і старших. Такі вибірки використовують, наприклад, для ток-шоу, де у залі мають бути представлені різні групи населення.

Вибірку максимальної варіації формують шляхом штучного добору людей з максимально різним досвідом і характеристиками.

Формування вибірки за методом зручності відбувається шляхом запрошення у дослідження людей, яких дослідник зміг знайти, і які погодилися взяти участь у дослідженні (наприклад, відвідувачі парку, користувачі соціальних мереж, студенти на заняттях тощо).

Метод снігової кулі полягає у тому, що дослідник знаходить одного або кількох представників тієї групи, яку хоче опитати, а потім просить їх дати контакти їхніх знайомих, які також могли би взяти участь у дослідженні. Таким чином можна виходити на відносно закриті групи респондентів, які мають свою мережу, до якої дослідник не входить. Наприклад, лікарів, батьків-вегетаріанців, професійних спортсменів або тренерів тощо.

СЛАЙД 55

Є ще так звана *суцільна вибірка*, яка є не вибіркою, а аналізом всіх членів загальної сукупності (тобто загальної популяції). В сфері громадського здоров'я та НІЗ це не є рідкісним випадком. Наприклад, для окремих нозологій є реєстри усіх пацієнтів.

СЛАЙДИ 56 – 57

Обговоріть з учасниками, до яких способів формування вибірок належать наведені на слайді приклади.

СЛАЙД 58

Частка осіб, що відповіли (response rate) – кількість тих, хто був опитаний шляхом проведення інтерв'ю, самозаповнення анкет тощо, поділена на загальну кількість осіб, які були включені до вибірки.

Чому важливо, яка частка людей з тих, до кого ми звернулися, взяла участь у дослідженні? І яка частка є достатньою? Випадкові алгоритми формування вибірок передбачають, що взяти участь має саме та людина, яку було відібрано випадковим алгоритмом, і заміняти її на іншу не можна. Річ у тім, що згода взяти участь в опитуванні (або взагалі доступність респондента) залежить від соціально-демографічних характеристик потенційного учасника. Наприклад, помічено, що люди старшого віку, жіночої статі та бідніші частіше беруть участь в опитуваннях, ніж молоді, багаті й представники чоловічої статі. Якщо в дослідженні відмовиться брати участь велика кількість респондентів, найімовірніше, вони відрізнятимуться за своїми характеристиками від тих, хто участь візьме. Тому наша вибірка перестане бути репрезентативною і стане «скошеною» у бік надмірно представлених груп.

Домовленостей про те, яка частка осіб, що відповіли, є достатньою, немає. В цілому, чим більше, тим краще. У дослідженнях загального населення вважається добрим,

якщо частка тих, хто відповів, перевищує 90 %.

СЛАЙД 59

Скільки людей потрібно опитати? Розмір вибірки (кількість людей, яку потрібно опитати, щоб отримати репрезентативну вибірку) залежить від:

1) розміру загальної сукупності;
2) поширеності явища, яке ми досліджуємо;
3) точності результату, який ми хочемо отримати.

Обсяг вибірки можна рахувати за допомого калькуляторів для розрахунку обсягу вибірки, наприклад, такого – https://is.gd/cfiR0K. Загальні закономірності такі, що чим більший розмір загальної популяції, вища поширеність явища, яке ми досліджуємо, та менша точність нам потрібна, тим меншу частку популяції нам потрібно опитати. І навпаки: чим менший розмір загальної популяції, нижча поширеність явища і вища точність нам потрібна, тим більшу частку загальної популяції нам потрібно опитати. Варто пам'ятати, що обрахований таким чином обсяг вибірки буде репрезентативним тільки для оцінки параметра на рівні всієї популяції. Якщо ми хочемо мати також адекватні оцінки його у підгрупах (наприклад, окремо для чоловіків і жінок або за різними віковими групами) або досліджувати детермінанти, нам потрібно збільшувати вибірку кратно до максимальної кількості підгруп.

СЛАЙДИ 60 – 61

Основним питанням досліджень можна назвати таке: **«Чи фактор нараження спричиняє результат?»** (див. слайди 4-6 для пояснень).

СЛАЙД 62

Для статистичного вираження зв'язку між фактором нараження і результатом використовують міри зв'язку. Зв'язок – це статистична залежність між двома або більше подіями, характеристиками чи іншими змінними. На відміну від причини, зв'язок є двостороннім. Зверніть увагу, що за результатами статистичного аналізу ми можемо виявляти тільки зв'язки, а не причини.

Міри зв'язку вимірюють силу зв'язку між фактором нараження та результатом. Основними ступенями зв'язку, які використовують у дослідженнях у громадському здоров'ї, є коефіцієнт кореляції, відношення ризиків та відношення шансів.

СЛАЙДИ 63 – 64

Коефіцієнт кореляції – це ступінь зв'язку, яка характеризує лінійний зв'язок двох змінних. Коефіцієнт кореляції вимірюється на шкалі від –1 до +1, або від –100 % до +100 %, де «0» означає відсутність зв'язку. Від'ємні значення означають негативний зв'язок (чим вищий фактор нараження, тим менший результат); додатні – позитивний (чим вищий фактор нараження, тим вищий результат).

Коефіцієнт кореляцій має два суттєві обмеження. По-перше, його можна використовувати тільки для метричних нормально розподілених змінних. Такі дані можуть бути у клінічних дослідженнях, проте рідко трапляються у поведінкових дослідженнях. По-друге, коефіцієнт кореляції може виявити тільки лінійний зв'язок

між ними. Якщо зв'язок має нелінійний характер, коефіцієнт кореляції його не виявить.

СЛАЙД 65
Для пошуку зв'язку між двома категоріальними змінними використовують відношення ризиків та відношення шансів. Обрахунок відношення ризиків та відношення шансів починається з побудови таблиць 2x2.

У таблицях 2x2 у стовпчиках розташовують статус щодо результатів (хворий/здоровий), у рядках – статус щодо нараження (наражений/ненаражений). Відповідно, на перетині рядків і стовпців утворюється чотири клітинки, у одну з яких розміщують кожного з учасників дослідження. Клітинка «a» – хворий і мав фактор нараження; клітинка «b» – здоровий і мав фактор нараження; клітинка «c» – хворий і не мав фактору нараження; клітинка «d» – здоровий і не мав фактору нараження.

СЛАЙД 66
Відношення ризиків розраховується шляхом поділу ризиків мати результат серед наражених на ризики мати результат серед ненаражених.

Ризик мати результат серед наражених і ненаражених розраховується як кількість тих, хто мав результат, серед наражених і ненаражених відповідно. Відношення ризиків використовують у когоротних та інтервенційних дослідженнях.

СЛАЙДИ 67 – 68
Розгляньте з учасниками Приклад 1. Це дослідження з когортним дизайном, тому у ньому коректно рахувати відношення ризиків.

СЛАЙД 69
Відношення шансів розраховується як шанси мати результат серед наражених, поділені на шанси мати результат серед ненаражених. Шанси мати результат серед наражених і ненаражених розраховуються як кількість тих, хто має результат, до кількості тих, хто не має результату, серед наражених і ненаражених, відповідно.

Використовують у дослідженнях «випадок-контроль». Через те, що у цих дослідженнях за дизайном одразу набирають однакову кількість тих, хто має результат і хто його не має, відношення ризиків у них рахувати некоректно з математичної точки зору.

Інтерпретують відношення ризиків та відношення шансів таким чином:
- якщо значення від 0 до 1, то зв'язок негативний (тобто фактор нараження зменшує ризики/шанси розвинути результат);

- якщо значення дорівнює 0, то зв'язку немає (тобто фактор нараження не пов'язаний з розвитком результату);

- якщо значення більше 1, то зв'язок позитивний (тобто фактор нараження збільшує ризики/шанси розвинути результат).

СЛАЙДИ 70 –71
Розгляньте з учасниками Приклад 2. Це дослідження з дизайном «випадок-контроль», тому у ньому коректно рахувати відношення шансів.

СЛАЙДИ 72 – 73
Перейдіть до обговорення «Інтерпретація результатів досліджень». На етапі аналізу даних вся зібрана інформація про об'єкти спостережень (ті, які потрапили у вибірку, або вся загальна сукупність) перетворюється на змінні. У базі даних, як правило, об'єкти розташовують у рядках, а їхні характеристики – у стовпчиках. Далі відбувається аналіз цих (кількісних) даних, який у розмовній мові називають «статистикою».

СЛАЙД 74
Похибка вибірки – це частина загальної похибки оцінки параметра, викликана випадковим характером вибірки. Це означає, що якщо ми зробимо сто або тисячу вибірок за однаковим алгоритмом з тої самої загальної популяції у той самий період часу, то оцінки параметра, які вони нам даватимуть, будуть різними. Математично доведено, що ці оцінки вписуватимуться у нормальний розподіл. Тобто приблизно 2/3 всіх вибірок дадуть нам оцінки дуже близькі до справжнього значення параметра, ще майже 1/3 всіх вибірок будуть охоплювати діапазон вдвічі більший, і останні 5 % вибірок, на жаль, дадуть нам оцінку параметра дуже далеку від справжньої.

Це відбувається не через те, що вибірка сформована з порушеннями, а через випадкову природу її формування.

Чи можна зробити вибірку без похибки? Ні. Закони теорії імовірності не дозволяють цього зробити. Хороша новина полягає в тому, що у правильно побудованій (репрезентативній) вибірці похибку можна контролювати. Розмір похибки вибірки прямо пропорційний розподілу даних у ній і величині оцінюваного параметру та зворотно пропорційний розміру вибірки (чим більша вибірка, тим менша похибка).

У реальному житті ми маємо справу тільки з однією вибіркою, і ніколи не знаємо, яка вона – точна чи ні, тому ми завжди маємо намагатися оцінити цей параметр у загальній популяції (побудувати довірчі інтервали) або протестувати, чи існує зв'язок у загальній популяції (значущість різниці). Про це ми поговоримо трохи згодом.

СЛАЙД 75
Через те, що під час проведення досліджень найчастіше працюють з вибірками, під час читання результатів цих досліджень важливо розуміти концепцію вибіркових оцінок, тобто ті статистичні показники, які дозволяють нам поширити результати вибіркових оцінок на загальну популяцію. Це довірчі інтервали та значущість різниці.

Довірчі інтервали – це межі, в яких лежить значення оцінюваного параметру у загальній популяції. Довірчі інтервали вираховують на основі похибки вибірки. Як правило, будують 95 %-ві або 99 %-ві довірчі інтервали. Довірчий інтервал показує нам, у яких межах лежав би оцінюваний параметр, якби ми зробили, відповідно 95 або 99 таких вибірок.

СЛАЙД 76

Довірчі інтервали існують також для встановлення мір зв'язку. У цьому разі ми перевіряємо, чи не потрапляє у довірчий інтервал те значення ступеня зв'язку, яке означає відсутність зв'язку (для коефіцієнта кореляції – це нуль, для відношення ризиків та шансів – одиниця). Якщо потрапляє, це означає, що у загальній популяції зв'язку немає.

На даному слайді наведено лісоподібну діаграму та результати мета-аналізу з прикладу, який ми розглядали у систематичному огляді (див. слайди 28-31). Це результати всіх досліджень щодо зв'язку між вживанням одного з продуктів та ризику померти від усіх причин. Квадратики означають розмір вибірки та силу зв'язку, яка була знайдена (у даному випадку – відношення ризиків); рисочки праворуч і ліворуч від квадратиків показують довірчі інтервали. Вертикальна лінія – це значення ВР=1 (тобто відсутність зв'язку). Як бачимо, результати увсіх досліджень показали захисний ефект (ВР ліворуч від одиниці), але у багатьох дослідження довірчі інтервали перетинають одиницю, що можна пояснити недостатнім розміром вибірки. Ромбик звнизу - зведені результати мета-аналізу, які показали значущий та захисний ефект вживання даного продукту (ВР=0,92; 95% ДІ 0,89-0,95).

СЛАЙД 77

Значущість різниці – це імовірність спостерігати між групами такі відмінності, які ми спостерігаємо за умови, що у загальній популяції їх немає. Значущість різниці вимірюється на шкалі від 0 до 1 або від 0 % до 100 % і чим вона є меншою, тим менша імовірність того, що результати, які ми спостерігаємо на нашій вибірці, не існують у загальній популяції (тобто, тим краще для нас). Коли говорять, що якісь різниці «незначущі», хочуть сказати, що імовірність, що різниці, які ми спостерігаємо, зумовлені випадковим коливанням того самого параметру в різних вибірках з тієї самої загальної популяції, занадто великі, й ми не можемо говорити, що ці групи справді мають різні значення параметру.

Пороговим значенням для соціальних досліджень вважають 5 %; для клінічних – 0,1 %. Тому у таблицях з результатами часто біля цифр ставлять позначку «*» і пишуть під таблицею, що вона означає значущість <0.05. Таким чином автори хочуть підкреслити ті результати, які існують у загальній популяції.

СЛАЙД 78

Типова структура статті складається з абстракту (короткого змісту статті), вступу, методів, результатів, обговорення і висновків. Для того, щоб прочитати і критично оцінити дослідження, презентоване у статті, достатньо прочитати методологію та таблиці/графіки з результатами.

СЛАЙДИ 79 – 81

Запропонуйте учасникам виконати практичну роботу.

Розгляньте з учасниками методологію наведених досліджень за інструкціями, наведеними у Додатку 2.

СЛАЙДИ 82 – 83

Підбийте підсумки модулю. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам’ятати.

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЇ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

1. Розділіть учасників на п’ять груп та попросіть кожну групу обрати одне з нижченаведених досліджень:

   a. «Дослідження STEPS: поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні у 2019 році» – https://is.gd/Q0PC5p

   b. «Індекс здоров’я. Україна» Звіт 2019 року – https://is.gd/I2EwIO

   c. «Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну» Звіт 2017 року – https://is.gd/Op5JeG

   d. «Здоров’я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» Звіт 2018 року – https://is.gd/8m6ZgJ

   e. «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин» Звіт 2019 року – https://is.gd/Z5eMfN

2. Переконайтеся, що у кожної групи є принаймні один ноутбук або планшет.

3. Попросіть групи ознайомитися зі звітом дослідження та розібрати методологію його проведення, намагаючись знайти таку інформацію*:

   - Мета/дослідницьке питання
   - Дизайн
   - Досліджувана група
   - Збір даних:
     - час проведення
     - місце проведення
   - Вибірка:
     - спосіб формування
     - розмір
     - частка тих, хто відповів, серед тих, до кого звернулися
     - критерії включення

- Інструменти збору даних
- Етичні засади проведення дослідження

4. Попросіть кожну групу підготувати коротку презентацію методології дослідження, яке вона розбирала.
5. Попросіть по одному представнику від кожної групи представити напрацьовані результати.
6. Підбийте підсумки роботи в групах.

* Короткий огляд зазначених досліджень наведено у додатку 2.1.

Додаток 2.1
Короткий огляд досліджень

	STEPS	Індекс здоров'я. Україна	GATS	HBSC	ESPAD
Мета/ дослідницьке питання	Визначити поширеність поведінкових і біологічних факторів ризику НІЗ	Вивчення ставлення людей до медичної допомоги, задоволеності нею та дотичних до здоров'я аспектів	Систематичний моніторинг вживання тютюну дорослим населенням та відстеження ключових показників контролю над тютюном	Отримати інформацію щодо характеристик здоров'я та способу життя учнівської молоді 10–17 років для планування програм сприяння здоров'ю для цієї групи	Вимірювання поширеності вживання тютюнових та нікотинових виробів, алкоголю й наркотиків та відслідковування тенденцій у динаміці
Дизайн	Крос-секційний	Повторюване крос-секційне (2016, 2017, 2018, 2019)	Повторюване крос-секційне (2010, 2017)	Повторюване крос-секційне (2002, 2006, 2010, 2014, 2018)	Повторюване крос-секційне (1995, 1999, 2003, 2007, 2011, 2014б 2019)
Досліджувана група	Доросле населення України (18-69 років)	Доросле населення України (18 років і старше)	Чоловіки і жінки віком 15 років і старші, які вважать Україну своїм основним місцем проживання і мешкають тут	Люди віком 10–17 років, які навчаються у 5–11-х класах закладів загальної середньої освіти та на 1-му, 2-му курсах закладів професійно-технічної освіти і на 1-му, 2-му курсах закладів фахової передвищої освіти (на базі 9-річної освіти)	Учнівська молодь: Учні 2004-2001 років народження, тобто віком 14-17 років на момент проведення опитування
Збір даних					

	STEPS	Індекс здоров'я. Україна	GATS	HBSC	ESPAD
Час проведення (Польовий етап)	Липень-листопад 2019	11 серпня-1 червня 2019 року	5 жовтня 2016 року-31 січня 2017 року	2018 рік	2019 рік
Місце проведення	Україна	Україна	Україна	Заклади середньої освіти в Україні	Заклади середньої освіти в Україні
Вибірка:					
Спосіб формування	Багатоступінчата кластерна з випадковим відбором на кожному етапі: 1) Виборчі округи; 2) Виборчі дільниці в обраних округах; 3) Домогосподарства; 4) Учасники	Багатоступінчата, репрезентативна на рівні областей: 1) Населені пункти; 2) Виборчі дільниці; 3) Вулиці, будинки, квартири; 4) Респондент в межах домогосподарства.	Двоступінчата: 1) Виборчі дільниці (відбиралися випадковим чином з імовірністю, пропорційною їхньому розміру); 2) Домогосподарства та респонденти.	Кластерна двоступінчата: 1) Відбір закладів серед кожного з трьох типів закладів методом систематичного відбору за розрахованим кроком; 2) Відбір класу/групи. Опитували всіх учнів у відібраному класі	Кластерна двоступінчата: 1) Відбір закладів освіти (із заданим кроком) для кожного з чотирьох типів; 2) Відбір класу/групи. Опитували всіх учнів у відібраному класі
Розмір вибірки	4 409	10 222	8 298	13 337	8 509
Частка тих, хто відповів, серед тих, до кого звернулися	57%	45,2%	67,5%	-	-
Критерії включення	**Критерії включення:** • вік 18–69 років; • проживає у домогосподарстві три місяці та більше	Не описано	Критерії включення: • вік 15 років і старший	Не описано.	Не описано.

	STEPS	Індекс здоров'я. Україна	GATS	HBSC	ESPAD
	• покинув/ла домогосподарство менше ніж місяць тому; • має достатні фізичні та розумові здібності для участі в дослідженні. **Критерії виключення** • є військово-службовцем, який/яка живе за межами дому під час служби на військовій службі; • перебуває у місцях позбавлення волі; • перебуває у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, який не дозволяє їй взяти участь у дослідженні або є загрозою для команди дослідження. Вагітні жінки виключалися з таких етапів дослідження, як вимірювання зросту та ваги, об'єму талії та стегон, збір сечі. Усі учасники підписали форму інформованої		• вважають Україну своїм основним місцем проживання незалежно від громадянства • мешкають понад 6 з останніх 12 місяців у помешканні, де проводилось інтерв'ю.		

	STEPS	Індекс здоров'я. Україна	GATS	HBSC	ESPAD
	згоди; будь-яка особа, яка не підписала форму, виключалась.				
Інструменти збору даних	• Інтерв'ю методом «віч-на-віч» • Антропометричні вимірювання • Біологічні вимірювання (кров, сеча)	Індивідуальне особисте інтерв'ю (до 130 переважно закритих питань)	Анкета – індивідуальна та для домогосподарства	Формалізований самозаповнювальний запитувальник	Самозаповнення формалізованого запитувальника
Аналіз даних	Програмне забезпечення Epi Info версії 3.5: • зважування; • описова статистика із середніми значеннями, медіанами, пропорціями та частотними розподілами. • 95% довірчі інтервали для поширеності та відмінностей між групами	Не описано	• Зважування • Розрахунок похибки вибірки • Програмне забезпечення SPSS (версія 23), SAS (версія 9.3) та SUDAAN (версія 11.0)	Не описано	Не описано
Етичні засади проведення дослідження	Усі аспекти дослідження проводилися згідно з відповідними стандартами й операційним керівництвом.	Опитувальник дослідження було узгоджено з міжнародною Науковою радою проєкту	Конфіденційність та інформована згода	Висновок комісії з професійної етики Соціологічної асоціації України. Висновок комісії із психології та педагогіки Науково-методичної ради МОН України	Висновок комісії з професійної етики Соціологічної асоціації України. Висновок від комісії з психології та

	STEPS	Індекс здоров'я. Україна	GATS	HBSC	ESPAD
	Етичне схвалення дослідження було отримано від двох етичних комісій – Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України та Соціологічної асоціації України. Учасники підписували інформовану згоду			Забезпечення конфіденційності та анонімності	педагогіки Науково-методичної ради МОН України. Добровільна участь.

Запитання для оцінювання знань за результатами проходження БЛОКУ 2 «Підходи до епіднагляду та методи досліджень у сфері НІЗ»

МОДУЛЬ 5. Епіднагляд за НІЗ у сфері громадського здоров'я.

1. **Епіднагляд за НІЗ – це _____, _____ збір, аналіз та інтерпретація даних, пов'язаних зі здоров'ям, необхідних для планування, впровадження та оцінки практики громадського здоров'я, який інтегрований із своєчасним інформуванням осіб, відповідальних за профілактику та контроль (оберіть варіант набору слів для заповнення проміжків у реченні).**

   a. Систематичний, короткотривалий

   b. Періодичний, систематичний

   c. Постійний, систематичний

   d. Методологічний, постійний

2. **Яка мета епіднагляду за НІЗ?**

   a. Регулювання кадрової політики охорони здоров'я

   b. Надання інформації, яка буде використана для дій у сфері охорони здоров'я

   c. Рекомендації щодо впровадження законодавства у сфері громадського здоров'я

   d. Інформування громадськості про нові захворювання

3. **Під час інтерпретації даних, ідентифікуючи _____, _____ та _____, ви можете легше визначити, як і чому стався випадок, пов'язаний зі станом здоров'я (оберіть варіант набору слів для заповнення проміжків у реченні).**

   a. Захворювання, ризик, випадок

   b. Особу, протокол, ризик

   c. Особу, місце, час

   d. Ризик, протокол, захворювання

4. **Оберіть характеристику, яка НЕ є елементом процесу епіднагляду за НІЗ**

   a. Інтерпретація даних

   b. Зберігання даних

   c. Поширення даних

   d. Збір даних

5. **Що відбувається зараз з очікуваною тривалістю життя в Україні?**

   a. Збільшується

   b. Зменшується

   c. Не змінюється

МОДУЛЬ 6. Дослідження у сфері неінфекційних захворювань

1. **Які з наведених нижче досліджень можуть бути або є проспективними? Виберіть усі варіанти відповідей, які вважаєте правильними.**

   a. Інтервенційні

   b. Когортні

   c. Випадок-контроль

   d. Крос-секційні

2. **Дослідженнями з яким дизайном ми можемо довести причинно-наслідкові зв'язки? Виберіть усі варіанти відповідей, які вважаєте правильними.**

   a. Експериментальні

   b. Когортні

   c. Випадок-контроль

   d. Крос-секційні

   e. Екологічні

   f. Описові

3. **Які способи формування вибірки з перерахованих нижче є репрезентативними? Виберіть усі варіанти відповідей, які вважаєнте правильними**

   a. Квотна

   b. Проста випадкова

   c. Кластерна

   d. Вибірка, що формується респондентами

4. **Студент останнього року навчання, готуючи диплом, розробив анкету і розмістив її у Фейсбуці. На анкету відповідали його друзі, друзі друзів, і просто випадкові члени соцмережі. Який спосіб формування вибірки використав цей студент?**

   a. Проста випадкова

   b. Псевдовипадкова

c. Квотна

d. За методом зручності

e. Інший (який саме) _____

5. **У дослідженні зв'язку між споживанням молока та раком ротової порожнини дослідники виявили, що відношення ризиків розвитку раку ротової порожнини серед людей, які пили молоко щодня, порівняно з тими, хто цього не робив, складало 0.7. Це означає, що молоко виявилося...**

a. Захисним фактором розвитку раку ротової порожнини

b. Фактором ризику розвитку раку ротової порожнини

c. Не було пов'язаним з розвитком раку ротової порожнини

ПРАВИЛЬНІ ВАРІАНТИ ВІДПОВІДЕЙ

Модуль 5

1 – c
2 – b
3 – c
4 – b
5 – a

Модуль 6

1 – a, b
2 – a, b, c
3 – b, c, d
4 – d
5 – a

БЛОК 3.

ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ’Я, КОМУНІКАЦІЇ ТА АДВОКАЦІЯ У СФЕРІ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Здоров'я – це цінний ресурс як для кожної людини, так і для держави загалом. Чим здоровіше населення, тим це економічно вигідніше для країни, адже зменшуються витрати на лікування, зростає працездатність і поліпшуються економічні показники. Окрім того, міжнародний досвід доводить, що хвороби простіше й дешевше попереджувати, ніж лікувати, тому доцільно вклади ресурси в профілактику та промоцію здоров'я, запроваджувати заходи на національному рівні для того, аби спонукати людей відмовлятися від вживання тютюну та алкоголю, займатися фізичною активністю та правильно харчуватися. Однак у реальному житті держава не завжди дбає про здоров'я своїх громадян і не створює належних умов для того, щоб стимулювати людей піклуватися про себе.

Саме тому важливою є роль фахівців сфери громадського здоров'я, одним з основних завдань яких має бути робота з населенням. Для цього необхідно налагодити ефективні комунікації. Сьогодні в Україні існує очевидна потреба в нарощуванні обізнаності українців про фактори ризику неінфекційних захворювань та їхні наслідки. Окрім того, фахівці сфери громадського здоров'я повинні відігравати також й експертну роль, співпрацюючи з державними органами влади та ключовими стейкхолдерами, а часто й просувати та відстоювати (адвокатувати) ухвалення необхідних рішень, документів тощо. Просвітницька робота, розповсюдження інформації та адвокація відіграватимуть вирішальну роль не лише в зниженні факторів ризику, пов'язаних зі стилем життя (вживання тютюну та алкоголю, брак фізичної активності та нездорове харчування), але й позитивно впливатимуть на здоров'я та добробут українців загалом.

Згадані питання будуть розглянуті в цьому блоці, що складається із **3-х навчальних модулів:**
Модуль 7. Промоція здоров'я та профілактика НІЗ.
Модуль 8. Комунікації у сфері профілактики та контролю НІЗ. Зміна поведінки.
Модуль 9. Адвокаційні стратегії у сфері профілактики та контролю НІЗ.

МОДУЛЬ 7.
ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИКА НІЗ

ЗМІСТ

1. Вступ 158
2. Навчальні цілі 158
3. Короткий огляд модуля 159
3.1. Структура презентації 159
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 159
3.3. Практична робота 160
4. Підготовка до проведення модуля 160
4.1. Тривалість та структура модуля 160
4.2. Матеріали та обладнання 160
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 161
5. Список рекомендованої літератури 161
5.1. Література для ознайомлення перед навчальним курсом 161
5.2. Література для поглибленого самостійного вивчення теми 161
Додаток 1. Коментарі до презентації в PowerPoint 163
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 176
Запитання для оцінювання знань 226

1. ВСТУП

Здоров'я населення є основним благом. Важливо, щоб це розуміли не лише ті, хто ухвалює рішення, але й кожен громадянин. Саме тому промоція здоров'я передбачає роботу як на популяційному, так і на індивідуальному рівні. Особливо вагому роль у процесі промоції здоров'я відіграє первинна ланка медичної допомоги (ПМД), адже саме вона є першим контактом людини з системою охорони здоров'я, може забезпечити доступ до якісних консультаційних послуг та ефективного ведення пацієнтів з уже наявними проблемами.

Промоція здоров'я відіграє ключову роль у боротьбі з НІЗ та потребує спільної праці всіх стейкхолдерів з різних галузей – політиків, медичних працівників, освітян, представників громадського сектора та власне громадян. Розуміння того, як влаштована система, хто є ключовими гравцями та які інструменти використовують для покращення та збереження здоров'я населення, дозволить підвищити якість життя та його тривалість, зменшити витрати на охорону здоров'я й запобігти розвитку неінфекційних захворювань серед населення України, що є основним завданням фахівців сфери громадського здоров'я.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Цей модуль має на меті представити учасникам основи промоції здоров'я.

Після проходження модуля учасники знатимуть такі терміни та поняття:
- промоція здоров'я, складові промоції здоров'я, навчання здоров'ю, індивідуальний та популяційний рівень промоції здоров'я;
- каталізація, лідерство, імплементація, оцінювання, адвокація;
- стейкхолдери, мапування стейкхолдерів;
- превенція, профілактика, скринінг.

Учасники зможуть пояснити:
- чому промоція здоров'я важлива;
- хто відповідає за промоцію здоров'я та як працює система; якою є роль кожного учасника процесу;
- підходи до посилення спроможності первинної ланки у веденні пацієнтів з хронічними захворюваннями з фокусом на превенцію та промоцію;
- чому необхідні регулярні обстеження та скринінгові програми;
- промоція здоров'я в Україні – status quo та необхідні зміни;
- які підходи працюють в інших країнах і як вони можуть бути репліковані в Україні.

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Поняття промоції здоров'я:
- що таке здоров'я та промоція здоров'я, історичний екскурс і засадничі документи.

ii. Система промоції здоров'я:
- складові системи промоції, основні поняття;
- співпраця та ролі, стейкхолдери;
- мапування стейкхолдерів.

iii. Роль первинної ланки в промоції здоров'я, профілактика та скринінги:
- переваги превенції;
- підходи до посилення первинної ланки;
- скринінгові програми.

iv. Ситуація в Україні щодо скринінгів:
- основні проблеми, приватний і державний сектори, профілактика.

v. Досвід країн Європейського Союзу:
- приклади та основні рекомендації.

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модуля.
Коментарі до слайдів наведено в додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

Модуль 7 розкриває поняття промоції здоров'я та її складових з фокусом на превенції задля протидії НІЗ.

- Промоція здоров'я – це процес, який дозволяє людям посилити контроль над своїм здоров'ям і покращити його. Для того, щоб досягти стану повного фізичного, психічного та соціального добробуту, окрема особа або група осіб повинні вміти ідентифікувати й реалізувати свої прагнення, задовольняти потреби, а також змінювати або працювати з викликами зовнішнього середовища.
- Промоція здоров'я є обов'язком не лише для сектору охорони здоров'я, але й інших секторів.
- Здоров'я – це ресурс для життя, а не мета життя.
- Інвестиції в успішну промоцію здоров'я дають чудову віддачу для всіх (для всього суспільства).

- Важливим є визначення пріоритетних груп, стейкхолдерів і координація їхньої роботи.
- Первинна ланка вкрай важлива для промоції здоров'я, адже там відбувається перший контакт пацієнта з системою.
- Превентивні засоби та скринінги економічно вигідні та мають потенціал для застосування в країнах з різним рівнем доходу.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Робота в групах з виконанням завдань, презентацією результатів та їх подальшим обговоренням. Модуль містить 6 практичних завдань (додаток 2).

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. ТРИВАЛІСТЬ ТА СТРУКТУРА МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 180 хвилин (3 години):

- вступ та лекційна частина (розбита на частини практичними завданнями) – 60 хвилин
- робота в групах та обговорення результатів – 110 хвилин
- підсумки модуля та тези для запам'ятовування – 10 хвилин

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

- презентація в PowerPoint;
- проєктор, екран та комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт і папір для фліпчарта, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/аркуші паперу та ручки/ олівці для всіх учасників;
- роздруковані кейси для практичних завдань (додаток 2) – 5 кейсів для 5 груп, по 1 копії на учасника.

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ

- Ознайомтеся з презентацією в PowerPoint та конспектами лекцій у додатку 1.

- Ознайомтеся з переліком рекомендованої літератури в розділі 5. Перелік створений для учасників курсу та поділений на дві частини: базова література, або література для ознайомлення перед навчальним курсом, і література для поглибленого самостійного вивчення теми. За декілька тижнів до початку навчального курсу варто запропонувати учасникам ознайомитися з переліком

базової літератури. Перелік літератури не є вичерпним – Ви можете додати до нього ті джерела, які вважаєте цікавими та корисними для учасників.

- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та поміркуйте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої Ви проводитимете навчання.

- На окремих аркушах роздрукуйте кейси для практичної роботи (додаток 2), по одному примірнику на кожного учасника.

- Ознайомтеся з тестовими запитаннями до модуля та відповідями на них, що наведені наприкінці блоку 3.

5. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

5.1. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ОЗНАЙОМЛЕННЯ ПЕРЕД НАВЧАЛЬНИМ КУРСОМ

- Талер Річард, Санстейн Кас. Поштовх. Як допомогти людям зробити правильний вибір / пер. з англ. Ольга Захарченко. – К: Наш формат, 2017. – 312 с.
- Практичне керівництво зі здоров'я у всіх політиках. URL: https://is.gd/3NjYYe

5.2. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

- Оттавська Хартія щодо промоції здоров'я / Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. URL: https://is.gd/3NjYYe

- Джакартська декларація / Jakarta Declaration on health promotion into the 21st century, 1997. URL: https://is.gd/mhrDaC

- Словник промоції здоров'я / Health Promotion Glossary of Terms 2021. URL: https://is.gd/tqNaU3

- Здоров'я у всіх політиках / Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments. Public Health Institute and American Public Health Association 2013. URL: https://is.gd/EgwRAC

- Роль первинної ланки: розв'язання проблем інтеграції промоції здоров'я та первинної ланки медичної допомоги/ Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. WHO, 2019. URL: https://is.gd/9KoN2X

- Профілактика хронічних захворювань: необхідна інвестиція: глобальний звіт

ВООЗ / Preventing chronic diseases? a vital investment? WHO global report. URL: https://is.gd/9KoN2X

- Візія первинної ланки у двадцять першому сторіччі / A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the sustainable development goals. URL: https://is.gd/eUh3De
- Програми промоція здоров'я: від теорії до практики / Health promotion programs: from theory to practice/Carl I. Fertman, Diane D. Allensworth, editors, 2010. URL: https://is.gd/xSyEDw
- Програми з промоції здоров'я: теорія та практика / URL: https://is.gd/6krZng
- Партисипативні процеси: планування, фасилітація та модерація заходів. Рекомендації для використання. URL: https://is.gd/68tkjK
- Скринінгові програми: коротка настанова / Screening programmes: a short guide Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. WHO, 2020. URL: https://is.gd/ixZwqM
- Кейс Канади / Valaitis, R.K., Wong, S.T., MacDonald, M. et al. Addressing quadruple aims through primary care and public health collaboration: ten Canadian case studies. BMC Public Health 20, 507 (2020). URL: https://doi.org/10.1186/s12889–020–08610-y
- Кейс Великої Британії / Improving the public's health is at the heart of health and social care across the UK. URL: https://is.gd/Ma4zvi
- Кейс Австралії / Giles, M., Parker, V., Mitchell, R. et al. How do nurse consultant job characteristics impact on job satisfaction? An Australian quantitative study. BMC Nurs 16, 51 (2017). URL: https://is.gd/RyBgp4
- Кейс Ірану / Nurses' consultative role to health promotion in patients with chronic diseases. Hojatollah Yousefi, Elaheh Sadat Ziaee, Parastoo Golshiri. J Educ Health Promot. 2019; 8: 178. Published online 2019 Sep 30. doi: 10.4103/jehp.jehp_146_19. URL: https://is.gd/ZWIBbS
- Кейс США / Lung cancer, CDC. URL: https://is.gd/r2wwQ1
- Рекомендації Європейського Союзу / Cancer Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. International Agency for Research on Cancer. France, 2017. URL: https://is.gd/CkAGx6
- Кейс країн із низьким і середнім рівнем доходу / Haque M, Islam T, Rahman NAA, McKimm J, Abdullah A, Dhingra S. Strengthening Primary Health-Care Services to Help Prevent and Control Long-Term (Chronic) Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. Risk Manag Healthc Policy. 2020;13:409–426. URL: https://is.gd/cVwSL8

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ В POWERPOINT

СЛАЙДИ 1 – 2

Розкажіть учасникам тренінгу, що ви розпочинаєте навчальний блок, присвячений питанням, пов'язаним з промоцією здоров'я, комунікацією та адвокацією у сфері профілактики і контролю неінфекційними захворюваннями. Він складається з 3-х модулів.

Модуль 7. Промоція здоров'я та профілактика неінфекційних захворювань.
Модуль 8. Комунікації у сфері профілактики та контролю НІЗ. Зміна поведінки.
Модуль 9. Адвокаційні стратегії у сфері профілактики та контролю НІЗ.

СЛАЙДИ 3 – 4

Скажіть учасникам, що перший модуль цього блоку присвячений темі промоції здоров'я та профілактики неінфекційних захворювань. Зробіть огляд презентації та розкажіть, про які теми йтиметься в презентації.

СЛАЙД 5

Ознайомте учасників з визначенням здоров'я згідно з ВООЗ. Запропонуйте їм відрефлексувати щодо вичерпності та актуальності терміну.

СЛАЙД 6

Разом з учасниками виконайте практичне завдання 1, описане в додатку 2 до цього модуля.

СЛАЙД 7

Після обговорення завдання 1 (визначення промоції здоров'я) запропонуйте учасникам зробити історичний екскурс до теми промоції здоров'я та поглянути на основоположні документи в цій галузі.
Ці документи є рутинними для фахівців громадського здоров'я.

СЛАЙД 8

Розкажіть учасникам про Оттавську Хартію[1] як перший документ з промоції здоров'я. Підкресліть, що 1986 року концептуалізувалося поняття промоції здоров'я. Розгляньте основні аспекти промоції здоров'я. Поясніть, що під викликами зовнішнього середовища можуть бути соціальні та економічні умови, умови життя/праці тощо.

СЛАЙД 9

Зробіть акцент на тому, що здоров'я – це не мета, а ресурс для якісного життя, а промоція здоров'я є важливим завданням не лише для сектору охорони здоров'я. Здорове населення може сприяти економічному розвитку та не створює економічного тягаря, пов'язаного з лікуванням хвороб і втратою працездатності. Поясніть,

1 Оттавська Хартія щодо промоції здоров'я / Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. URL: https://is.gd/3NjYYe

що високі показники здоров'я – це вигідна інвестиція для будь-якого сектору. Тому збереження здоров'я, його промоція та профілактика НІЗ має бути пріоритетом і складовою державної політики.

СЛАЙД 10

Ще одним із важливих документів, що визначає основи громадського здоров'я у 21 сторіччі, є Джакартська декларація, ухвалена 1997 року[2]. Серед іншого, в ній зазначено, що впровадження промоції здоров'я потребує регулювання та залучення зусиль різних секторів, тому що всі вони без виключення мають опікуватися здоров'ям населення. Це дозволяє досягти узгодженості в роботі та довгострокових позитивних результатів. Міждисциплінарна взаємодія – це також спосіб оптимізувати використання наявних ресурсів, спрямованих на промоцію здоров'я.

СЛАЙД 11

Поясніть, що в національній стратегії реформування охорони здоров'я, яка була розроблена на 2015–2020 роки, було заплановано змістити фокус із тотального контролю на підвищення відповідальності за збереження здоров'я як закладів охорони здоров'я, так і населення, а також на пропаганду здорового способу життя.

СЛАЙД 12

Розкажіть учасникам про концепцію «здоров'я в усіх політиках» як ключову стратегію промоції здоров'я в ширшому контексті. Поясніть основні її аспекти:

Колаборативний підхід – співпраця різних груп (стейкхолдерів) за рівнем інтересу та повноважень (влади).

Формування політики через взаємодію різних секторів влади – коли міністерства, державні установи та відомства, громадські організації залучені до процесу формування політики та мають консенсус щодо неї. Цей процес охоплює планування, формування політики та її впровадження на національному й регіональному рівнях, а також в окремих закладах і на індивідуальному рівні.

Здоров'я для всіх спільнот та для всіх людей, рівність – соціальна справедливість і доступ до медичних послуг, як основна цінність сучасних суспільств.

Поясніть, що поняття доступу до медичних послуг охоплює економічний (фінансовий) доступ, фізичний доступ, а також доступ до інформації та керування нею.

Стратегія превенції – профілактика є економічно вигідною, безболісною для пацієнтів та ефективною стратегією попередження НІЗ. Робота з факторами ризику та регулярні скринінги – це основа стратегії превенції.

2 Джакартська декларація / Jakarta Declaration on health promotion into the 21st century, 1997. URL: https://is.gd/mhrDaC

Сталий розвиток – турбота про довкілля та розвиток, який задовольняє потреби нинішніх поколінь без ризиків для можливості майбутніх поколінь задовольняти свої власні потреби.

Структурні зміни – зміни, які передбачають перебудову елементів політики.

Вигода для всіх учасників – здоров'я є загальним благом, яке має низку позитивних наслідків як на індивідуальному, так і на популяційному рівні.

СЛАЙД 13
Поясніть, що навчання здоров'ю – це лише одна зі складових промоції, а насправді саме поняття промоції здоров'я є значно ширшим, про що вже йшлося раніше. Покажіть, що промоція здоров'я охоплює навчання на індивідуальному рівні, але передбачає роботу з викликами зовнішнього середовища та заходи на рівні суспільства.

СЛАЙД 14
Проілюструйте, що охоплює індивідуальний та суспільний рівень.

СЛАЙД 15
Підсумуйте, чому промоція здоров'я важлива та які потенційні її наслідки.

Наголосіть на тому, що ефективні програми з промоції здоров'я працюють з потребами окремого середовища та пріоритетної групи (враховують політичні, економічні, соціальні, релігійні й культурні особливості).

СЛАЙДИ 16 – 17
Запропонуйте учасникам поговорити про основні етапи програм із промоції здоров'я та обов'язкові кроки, які вони охоплюють.

Поясніть учасникам складові програм із промоції здоров'я:

Каталізація зміни – сприяння змінам і розширення можливостей окремих людей і спільнот покращувати своє здоров'я.

Лідерство – забезпечення стратегічного напряму розвитку здорової державної політики, мобілізації та управління ресурсами для зміцнення здоров'я та нарощування потенціалу.

Оцінка потреб – проведення оцінювання потреб і активів у спільнотах і системах, що веде до виявлення та аналізу поведінкових, культуральних, соціальних, екологічних та організаційних детермінант, які сприяють чи загрожують здоров'ю.

Планування – розробка вимірних цілей і завдань у відповідь на оцінювання потреб і активів, а також визначення стратегій, які ґрунтуються на знаннях, отриманих з теорії, фактів і практики.

Імплементація – виконання ефективних, культурно чутливих та етичних стратегій для забезпечення максимально можливого покращення здоров'я, включно з керуванням людським і матеріальним потенціалом.

Оцінювання – визначення ефективності програм і політики промоції здоров'я. Воно охоплює використання відповідних методів оцінювання та дослідження для підтримки вдосконалення програми, її стійкості та поширення.

Адвокація – популяризація та просування певної необхідної ідеї разом з окремими особами та спільнотами/громадами з метою покращити їхнє здоров'я та добробут. Розбудова їхньої спроможності для впровадження заходів, які можуть як покращити здоров'я, так і зміцнити активи громади.

Партнерство – спільна робота між дисциплінами, секторами та партнерами для підвищення ефективності та стійкості програм промоції здоров'я.

СЛАЙДИ 18 – 19
Після того, як Ви визначите основні складові промоції здоров'я, запропонуйте учасникам поговорити про співпрацю та ролі в промоції здоров'я.

Почніть з того, що насамперед, потрібно зрозуміти, хто є учасниками процесу промоції здоров'я та хто за неї відповідає.

Раніше обговорювалося, що здоров'я є пріоритетом всього населення та всіх секторів влади, тому за здоров'я відповідають як усі люди загалом, так і кожен окремо.

Важливу роль відіграють експерти з громадського здоров'я, а також ті, хто формує середовище для життя, власники та керівники тих місць, де люди проводять значну частину свого життя, як-то: громадські місця, школи, працедавці. Але, певно, найважливішу роль відіграють організації та заклади охорони здоров'я, адже саме вони мають найчастіший контакт з людьми (особливо з груп ризику НІЗ), а також певний авторитет у питаннях здоров'я. Тому з ними потрібно працювати якнайтісніше та активно залучати їх до профілактики НІЗ, промоції здоров'я тощо.

СЛАЙД 20
Ще раз наголосіть на тому, що основними учасниками промоції здоров'я є стейкхолдери – зацікавлені люди та організації на різних щаблях влади, на індивідуальному та популяційному рівнях.

Їхня діяльність полягає в тому, щоб

1) здійснювати плановані та структуровані активності зі здорового способу життя людей (робота на індивідуальному рівні).

2) Змінювати й регулювати політики, середовище, організації та нормативно-правове поле, щоб створити та забезпечити умови для здорового способу життя (робота з популяційним рівнем).

СЛАЙД 21
Поясніть, що для того, щоб провести мапування стейкхолдерів, потрібно:

1) Визначити пріоритетну групу для промоції здоров'я. Наприклад, студенти, пацієнти, працівники підприємства. Задати собі запитання «Для кого конкретно ми розробляємо цю програму?»

2) Визначити стейкхолдерів, які допоможуть нам впровадити програму промоції здоров'я. Задати собі запитання «Хто нам у цьому допоможе?»

СЛАЙД 22
Разом з учасниками виконайте практичне завдання 2, описане в додатку 2 до цього модуля.

СЛАЙД 23
Запропонуйте учасникам метод мапування/аналізу стейкхолдерів, про які також йтиметься в модулі 2 «Комунікації у сфері профілактики та контролю НІЗ. Зміна поведінки» цього блоку.

Цей метод дозволяє виявити зацікавлені сторони за рівнем влади (повноважень) та інтересу.

На «мапі» в лівому верхньому кутку ми розміщуємо сторони, які мають високий рівень влади та низький рівень інтересу (ми намагаємося вдовольнити їх).

У правому верхньому кутку ми розміщуємо сторони, які мають високий рівень влади та високий рівень інтересу (тісно працюємо разом).

У лівому нижньому кутку ми розміщуємо сторони, які мають низький рівень влади та низький рівень інтересу (стежимо за їхньою діяльністю).

У правому нижньому кутку ми розміщуємо сторони, які мають низький рівень влади та високий рівень інтересу (інформуємо їх).

СЛАЙД 24
Поясніть слухачам, які є учасники сфери промоції здоров'я.

Урядові партнери – міністерства, урядові організації.

Міжнародні організації або проєкти – представництва міжнародних організацій або фінансовані ними проєкти, що легально працюють у країні

Громадські організації, асоціації – громадські об'єднання, засновниками та членами яких є фізичні особи, що об'єдналися для задоволення та захисту своїх законних соціальних, економічних, творчих, вікових, національно-культурних, спортивних та інших спільних інтересів.

Лідери (приклади для наслідування) – свідомі щодо здорового способу життя індивіди, які пропагують це своєю поведінкою та допомагають іншим.

ЗМІ – засоби масової інформації, які в силу свого профілю або на замовлення просувають ідеї здоров'я.

Бізнес – приватні компанії та організації, які добровільно опікуються питаннями здоров'я.
Інші зацікавлені особи або організації.

СЛАЙД 25
Наголосіть на тому, що попри важливу роль стейкхолдерів, програми з промоції здоров'я потребують наявності основної команди, яка координуватиме співпрацю усіх інших учасників.

Також необхідно забезпечити юридичну відповідальність усіх учасників процесу та систему стимулювання, оцінювання й контролю за виконанням певних заходів.

Підзвітність і прозорість є важливими елементами, які мають бути дотримані в процесі роботи, адже вони є ключовими для аудиту та визначення ефективності впроваджених заходів.

СЛАЙД 26
Поясніть слухачам, що пріоритетні групи – це не обов'язково тільки донори, великий бізнес або стейкхолдери з великими матеріальними ресурсами. До пріоритетних груп можна віднести родичів, активістів, осіб, які мають частковий інтерес і володіють корисною інформацією. Звісно, це також можуть бути фінансові донори та представники бізнесу, але не обов'язково тільки вони.

Групи зацікавлених сторін часто мають подібні інтереси в програмі, але можуть мати різні цілі, на чому ґрунтується метод мапування стейкхолдерів. Тому тут потрібно з'ясувати мотивацію кожного з учасників та якісно координувати їхню роботу з урахуванням ролей та інтересів.

СЛАЙД 27
Результати мапування стейкхолдерів та співпраця з ключовими учасниками може допомогти на різних етапах розробки та впровадження програм з промоції здоров'я.

Каталізувати зміни, надати експертні рекомендації, розповісти про основні потреби групи, допомогти з плануванням програми, впроваджувати програму на місцях, сприяти проведенню оцінювання, надавати ресурсну та консультаційну підтримку тощо – це не вичерпний перелік тієї допомоги, яку вони можуть надати.

СЛАЙД 28
Розкажіть учасникам про можливі ризики конфлікту інтересів між стейкхолдерами, які можуть бути спричинені як професійними або культурними відмінностями, так і різним баченням мети та завдань програми з промоції здоров'я. Будь-які конфлікти

або проблеми є досить чутливими та потенційно можуть мати вплив на подальшу співпрацю. Саме тому важливо проводити оцінювання стейкхолдерів на самому початку, намагатися зрозуміти їхні інтереси та очікування, й координувати роботу різних стейкхолдерів так, щоб вони були максимально задоволені. Так, це потребує значних ресурсів, але дозволяє досягнути кращого результату.

СЛАЙД 29
Разом з учасниками виконайте практичне завдання 3, описане в додатку 2 до цього модуля.

СЛАЙД 30
Поясність слухачам, що часто для підвищення ефективності роботи зі стейкхолдерами залучають **фасилітатора**. Переважно це нейтральна особа (не має свого особистого інтересу), яка володіє певними навичками організації та ведення зустрічей/ переговорів, а відтак, може допомогти налагодити успішне партнерство, особливо якщо партнери бачать користь у спільній роботі.

Обговоріть з учасниками, які основні навички потрібні для ролі фасилітатора. Наголосіть на тому, що фасилітатором також може стати експерт з громадського здоров'я.

СЛАЙД 31
Розкажіть учасникам про те, що в питаннях промоції здоров'я дуже важливо співпрацювати з лідерами/»чемпіонами здоров'я», які можуть мотивувати інших своєю активністю. Лідери є прикладом для інших, мають довіру від колег/ суспільства та знають про потреби свого закладу.

Також маємо розуміти, що для кожної цільової аудиторії є свої лідери. Наприклад, для фахівців закладу або сфери – хтось з активних колег, для молоді – хтось із відомих співаків чи артистів, для людей похилого віку – хтось із популярних лікарів, що часто виступає на телебаченні тощо. Про це варто пам'ятати під час планування програм і залучення лідерів до конкретних активностей.

СЛАЙД 32
Разом з учасниками виконайте практичне завдання 4, описане в додатку 2 до цього модуля.

СЛАЙД 33
Запропонуйте учасникам перейти до обговорення наступної теми в межах модуля – «Роль первинної ланки в промоції здоров'я».

СЛАЙД 34
Наголосіть на тому, що працівники первинної ланки медичної допомоги є визначальними стейкхолдерами у промоції здоров'я. Заклади охорони здоров'я забезпечують не тільки лікування, але також відповідають за профілактику захворювань. Превенція економічно вигідна, адже, як правило, обстеження коштує дешевше за лікування.

Превенція має доказову ефективність. Сучасні технології дозволяють здійснювати доволі точну діагностику та аналізи. Наприклад, біомаркери для виявлення восьми видів раку на ранніх стадіях мають точність 99 %.

Також превенція практично безболісна – усунення факторів ризику або лікування на ранніх етапах захворювання є менш болісними для пацієнта, ніж лікування складних, гострих та/або хронічних станів.

СЛАЙД 35

Наголосіть на тому, що превенція доступна, але також потребує інвестицій: часових, людських, інтелектуальних, матеріальних та інших. Так, для того, щоб проводити, наприклад, скринінг на рак молочної залози, потрібно не лише мати необхідне обладнання, але й організувати сам процес – від інформування жінок відповідного віку про необхідність проходити регулярні огляди, до активного залучення фахівців первинної ланки медичної допомоги для скерування пацієнток на скринінг і до налагодження роботи служби, яка такий скринінг проводить та обробляє отримані результати.

СЛАЙД 36

Первинна ланка є ідеальним середовищем для промоції здоров'я, адже через неї проходить значна кількість людей. Якщо медичні працівники приділятимуть питанням профілактики увагу та інтегрують їх до своєї рутинної роботи, щорічно вони зможуть попрацювати дійсно з великою кількістю пацієнтів.

Отже, якщо інтегрувати питання громадського здоров'я в первинну ланку, то можна сприяти запобіганню НІЗ.

На цьому наголошує й ВООЗ. Візія цієї організації полягає в розбудові стратегії «здоров'я у всіх політиках»; мультисекторній взаємодії; зміцненні індивідів, сімей та громад; наданні потужності працівникам громадського здоров'я; стратегічних закупівлях; охопленні приватного сектору, роботі з якістю; впровадженні інформаційних технологій; об'єднанні медичних послуг; об'єднанні громадського здоров'я та первинної ланки[3].

СЛАЙД 37

Наголосіть на тому, що займатися профілактикою НІЗ та промоцією здоров'я мають усі медичні працівники та фахівці цієї галузі. Так, запитати про те, чи курить людина, й у разі позитивної відповіді порекомендувати кинути, може й повинен кожен фахівець. Доведено, що навіть коротка порада від медичного працівника суттєво підвищує шанси курця на успіх. На слайді наведено перелік тих фахівців, які можуть бути залучені до промоції здоров'я на первинній ланці. Однак варто ще раз наголосити на тому, яку важливу роль відіграє саме сімейний лікар, який, до речі, за своїми функціональними обов'язками повинен консультувати щодо факторів

3 Візія первинної ланки у двадцять першому столітті / A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the sustainable development goals URL: https://is.gd/eUh3De

ризику НІЗ та промотувати здоровий спосіб життя, причому не лише порадами, але й власним прикладом.

СЛАЙД 38
Серед підходів до посилення ролі первинної ланки у веденні пацієнтів з НІЗ з фокусом на превенцію та промоцію виділяють:

Мультидисциплінарний підхід – або міжсекторний підхід, залучення фахівців різного профілю.

Комунікація між лікарем і пацієнтом – побудова довірливих стосунків між лікарем і пацієнтом завдяки налагодженню комунікації та взаємоповазі.

Політики та регулювання – підтримка промоції здоров'я нормативно-правою базою та державними інституціями.

Клінічна превенція – робота з факторами ризику та корекція способу життя.

Ведення захворювань – підтримка пацієнтів та надання інструментів для комфортного життя з НІЗ.

Реабілітація – забезпечення належного відновлення для пацієнтів з НІЗ.

Паліативна допомога – спеціалізована допомога для пацієнтів зі складними станами в умовах обмеженого прогнозу життя.

Скринінгові програми – проведення обстежень та аналізів для раннього виявлення НІЗ.

СЛАЙД 39
Проілюструйте як пов'язані цілі сталого розвитку (ЦСР)[4] та промоція здоров'я. Зазначте, що ЦСР є теоретичною рамкою для роботи експертів з громадського здоров'я, адже показують, до чого потрібно прагнути.

СЛАЙД 40 – 41
Повідомте слухачам, що ви переходите до огляду теми скринінгових програм. Наголосіть, що на первинній ланці медичної допомоги можливо впровадити базові обстеження та скринінгові програми, які є ключовими в програмах промоції здоров'я для населення.

Скринінг – це систематичне застосування тестування для виявлення осіб, які мають ризик специфічних захворювань. У контексті НІЗ скринінг може застосовуватися для виявлення серцево-судинних захворювань, цукрового діабету та деяких видів раку (рак молочної залози, рак шийки матки).

4 Глобальні цілі сталого розвитку на 2015 — 2030 роки. URL: https://is.gd/fkDNPp

СЛАЙД 42
Зазначте, що ми використовуємо принципи Вілсона та Юнґера для вибору скринінгових програм, що є теоретичною рамкою проведення скринінгових програм.

Представте основні принципи Вілсона та Юнґера, перелічені на слайді[5].

СЛАЙД 43
Наголосіть на тому, що скринінг має бути регулярний, тобто повторюватися через рекомендовану лікарем кількість часу (це може бути 1 раз на 1–2 роки або рідше/частіше).

Регулярний скринінг дозволяє знизити смертність завдяки ранньому виявленню та лікуванню захворювань, що довше та ефективніше, ніж лікування захворювання, що прогресує. Окрім того, якщо захворювання виявлене на ранній стадії, це дозволяє розпочати лікування негайно, запобігти ускладненням і зменшити тяжкість стану. Також, у разі виявлення патологій або проблем, які можуть призвести до розвитку захворювання в майбутньому, можна відкоригувати спосіб життя та фактори ризику, покращити якість життя пацієнта загалом.

СЛАЙД 44
Наголосіть на тому, що цілі скринінгової програми мають бути зазначені в державній політиці. Саме державне регулювання та нормативно-правова база забезпечують сталість скринінгових програм, адже вони потребують регулярності та фінансування.

Проілюструйте, що в Україні є напрацювання та фахова експертиза щодо скринінгових програм[6].

СЛАЙД 45
Нагадайте учасникам, що промоція здоров'я потребує ресурсів та якісної організації процесів. Те саме можна сказати й про скринінгові програми. Якщо мова йде про їх ефективне впровадження, то здебільшого можуть виникати певні проблеми та перешкоди. Поясніть, які є основні проблеми з впровадженням скринінгових програм в Україні.

1) *Перевантаженість лікарів загальної практики:* часто під час прийому пацієнта лікарям бракує часу для того, щоб проконсультувати його/ її щодо фаткорів ризику НІЗ, задати усі необхідні запитання чи виписати направлення на скринінг; середній медичний персонал, на жаль, мало залучений до цього процесу, хоча міг би суттєво допомогти.

2) *Комунікація лікар-пацієнт та клієнтоорієнтованість:* це та складова, яка недостатньо розвинута в Україні; лікарів не вчать ефективним комунікаціям

5 Dobrow MJ, Hagens V, Chafe R, Sullivan T, Rabeneck L. Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process. CMAJ. 2018;190(14):E422-E429. doi:10.1503/cmaj.171154. URL: https://is.gd/03DoZh
6 Скринінг у первинній допомозі. Клінічна настанова, заснована на доказах. URL: https://is.gd/DxVT7Y

з пацієнтом, та й самі вони не мають великого бажання говорити на теми, які виходять за межі тієї проблеми, з якою пацієнт до них звернувся.

3) *Пізнє звернення:* пацієнти звертаються до лікаря, коли вже виникла проблема; відсоток тих, хто належить до груп ризику та регулярно проходить обстеження, невисокий, що пов'язано як з неефективно налагодженим процесом, так і з психологією пацієнтів – люди бояться звертатися до лікаря, щоб не дізнатися, що в них щось не так, шкодують часу на візит (»навіщо, якщо в мене нічого не болить»?), не розуміють важливість профілактики тощо.

4) *Відсутність регулювання на державному рівні:* На жаль, процес проведення скринінгів належно не врегульовано на державному рівні; часто в закладах, куди звертаються пацієнти, бракує необхідного обладнання тощо.

5) *Відсутність єдиного реєстру пацієнтів:* в ідеалі, аби під кожне захворювання був єдиний реєстр пацієнтів, у якому б зберігалася основна інформація, важлива не лише з погляду ефективного ведення конкретного пацієнта (наприклад, якщо пацієнт звертається до різних закладів), але й для аналізу та моніторингу ситуації загалом. Наразі в Україні працює лише онкологічний реєстр пацієнтів (національний канцер-реєстр).

6) *Обмежені ресурси системи охорони здоров'я:* нестача ресурсів завжди є перешкодою для ефективної роботи; сфера промоції здоров'я не є виключенням. Проте тут маємо розуміти важливість не лише наявності ресурсів. Але і їх ефективного використання.

7) *Низька обізнаність населення:* якщо населення не усвідомлює важливість профілактики та не має чіткої інформації про те, куди можна звернутися з того чи іншого питання, це жодним чином не сприятиме активній участі громадян у скринінгових програмах. Це проблема, яка може бути розв'язана лише шляхом масових інформаційних кампаній та організації доступних для пацієнта сервісів з чіткими «маршрутами» користування ними.

СЛАЙД 46

Покажіть приклади скринінгових програм, доступних у приватному секторі в Україні. Запитайте в групи, наскільки доступними вони вважають ці програми для пересічного громадянина?

СЛАЙД 47

Разом з учасниками виконайте практичне завдання 5, описане в додатку 2 до цього модуля.

СЛАЙДИ 48 – 49

Поясніть, що робота з факторами ризу НІЗ є ключовою для превенції та збереження здоров'я пацієнтів. Консультування з питань вживання тютюну та алкоголю, здорового харчування та фізичної активності є важливим для зміни поведінки людей на здоровішу та профілактики багатьох захворювань.

Консультаційна роль лікарів та медичних сестер на первинній ланці медичної допомоги може полягати в тому, щоб сприяти відмові пацієнтів від вживання тютюну та алкоголю, підвищенню рівня фізичної активності, переходу на здорове харчування, приділенню уваги психічному здоров'ю, керуванню стресом, налагодженню сну тощо.

Працівники ЗОЗ на первинній ланці можуть надавати базові рекомендації щодо здорового способі життя та пояснювати чому саме це важливо для пацієнта. До консультування варто більше залучати медичних сестер, адже здебільшого вони мають достатньо знань для такої роботи, але разом з тим, і більше часу та можливостей.

Можна навести приклад. За даними ВООЗ, якби медпрацівники на первинній ланці запитували кожного пацієнта про статус куріння та рекомендували кинути тим, то курить, то за рік вони могли б охопити до 80 % усі курців; а поради кинути стимулювали б близько 40 % курців спробувати це зробити[7].

СЛАЙД 50
Наведіть приклад: профілактика (підвищення обізнаності населення, зміна способу життя та робота з факторами ризику) в країнах Європейського Союзу сприяла зменшенню кількості померлих від захворювань системи кровообігу на 9,7 % у період 2000–2010 рр[8].

СЛАЙД 51
Запропонуйте учасникам розглянути позитивний досвід та основні рекомендації країн Європейського Союзу.

СЛАЙД 52
Онкологічні захворювання є основним тягарем для громадського здоров'я в країнах Європейського Союзу (ЄС), що спричиняє понад мільйон смертей щороку.

Регулювання у 28 країнах ЄС – проведення скринінгових програм обов'язкове для всіх країн-членів ЄС. Але все-таки існують значні відмінності між країнами-членами в організації та впровадженні скринінгових програм.

Регулярні та систематичні скринінги – скринінги не мають бути разовими чи фрагментарними. Вони виконуються систематично, відповідно до рекомендованого графіку.

Економія коштів – політика регулярних та обов'язкових скринінгів суттєво економить витрати та лікування НІЗ.

7 Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. World Health Organization. 2014. URL: https://is.gd/bkpwqt
8 Cancer Screening in the European Union (2017). URL: https://is.gd/CkAGx6

Оцінювання якості скринінгів – стандарти якості та технологічні показники скринінгових програм мають бути розроблені, ухвалені та систематично оновлюватися відповідно до актуальної доказової бази.

Покращення планування, організації та імплементації – дані, зібрані з різних програм, потрібно порівнювати (за рівнем охоплення населення, за виявленням захворювань).

Співпраця з партнерами – залучення стейкхолдерів.

СЛАЙД 53
Озвучте ключові рекомендації ЄС щодо превенції та скринінгових програм.

СЛАЙД 54
Підсумуйте, що найкращі світові практики з промоції здоров'я можуть бути імплементовані в країнах з невисоким доходом.

Поширеність НІЗ зростає у всьому світі через старіння населення, урбанізацію, зміни в способі життя та нерівний доступ до медичної допомоги. Країни з низьким та середнім рівнем доходу найбільше страждають від НІЗ.

НІЗ спричиняють як високу захворюваність, так і смертність, а також спричиняють високі витрати на лікування не лише самих захворювань, але і їхніх ускладнень. Тому превенція є особливо важливою та економічно вигідною. Своєю чергою, первинна ланка є тим місцем, де можна впровадити комплексний підхід до ведення пацієнтів та сприяти здоровому способу життя завдяки консультаційній допомозі та залученню ключових стейкхолдерів.

Також озвучте, що для країн з низьким та середнім рівнем доходу проблемою є доступність скринінгових програм. Це пов'язано не лише з браком фінансування, але спричинене проблемами з організацією процесу надання послуг і низьким рівнем поінформованості населення.

СЛАЙД 55
Розподіліть учасників на групи та дайте завдання 6, описане в додатку 2 до цього модуля.

СЛАЙДИ 56 – 57
Підсумки модуля. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам'ятати (перераховані на слайді).

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЇ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

ЗАВДАННЯ 1. Що таке промоція здоров'я? (10 хвилин)

1. Після презентації визначення здоров'я згідно з ВООЗ запропонуйте учасникам подумати та сформулювати власне визначення промоції здоров'я. Це може бути як принципово нове визначення, так і доповнення до визначення ВООЗ.

2. Дайте 5 хвилин на роздуми.

3. Попросіть учасників представити свої ідеї.

4. Надайте учасникам короткий зворотний зв'язок.

ЗАВДАННЯ 2. Як визначити стейкхолдерів? (10 хвилин)

1. Попросіть учасників запропонувати способи визначення стейкхолдерів.

2. Дайте учасникам 5 хвилин на роздуми та попросіть їх представити свої ідеї.

3. Дайте учасникам короткий зворотний зв'язок.

ЗАВДАННЯ 3. Як зібрати стейкхолдерів та ефективно працювати з ними? (10 хвилин)

1. Опишіть ситуацію:
   Є потреба провести круглий стіл щодо шкільного харчування разом із батьками, адміністрацією шкіл та представниками місцевої влади в місті з населенням до 40 000 осіб.

2. Запропонуйте учасникам подумати, як допомогти стейкхолдерами сісти за стіл переговорів та організувати роботу так, щоб вдалося знайти спільне рішення? Тут мається на увазі не проведення однієї зустрічі, а організація процесу роботи (зустрічі, онлайн обговорення документів тощо) в такий спосіб, щоб досягти бажаного результату. Зберіть ідеї учасників у режимі брейнштorму.

3. Обговоріть ці ідеї з учасниками.

ЗАВДАННЯ 4. Мапування стейкхолдерів та визначення ролі кожного з них (30 хвилин)

1. Поділіть учасників на 5 груп. Кожна група отримує один кейс (з наведених нижче)

та 15 хвилин на роботу з ним.

2. Дайте учасникам завдання виконати мапування стейкхолдерів та визначити ролі кожного з них (відповідно до представленої на слайді методології).

   5 кейсів для обговорення:

   1) Зменшення тягаря хронічних захворювань серед чоловічого населення віком 40–50 років в Україні.

   2) Профілактика та контроль раку шийки матки серед жіночого населення віком 18+ років в Україні.

   3) Зменшення тягаря серцево-судинних захворювань серед працівників підрозділів Збройних Сил України.

   4) Зменшення тягаря хронічних респіраторних захворювань у місцях позбавлення волі в Україні.

   5) Протидія неінфекційним захворюванням у закладах освіти серед дітей раннього шкільного віку.

3. Попросіть учасників представити результати їхньої групової роботи – 10 хв – по 2 хв на групу.

4. Дайте учасникам зворотний зв'язок та прокоментуйте напрацювання кожної з груп (5 хвилин).

ЗАВДАННЯ 5. Розробка рекомендацій, які дозволять посилити спроможність регулярних обстежень і скринінгових програм на прикладі ожиріння серед дітей раннього шкільного віку в Україні (25 хвилин)

1. Поділіть учасників на 5 груп.

2. Попросіть учасників подумати та запропонувати рекомендації щодо того, як можна підвищити рівень звернень до сімейних лікарів батьків з дітьми, що мають ожиріння, для проходження регулярних обстежень та скринінгу (10 хв).

3. Попросіть учасників представити свої напрацювання (10 хв – по 2 хв на групу).

4. Дайте учасникам зворотний зв'язок та прокоментуйте знахідки кожної з груп (5 хвилин).

ЗАВДАННЯ 6. Які інструменти з інших країн можна застосувати в Україні для посилення промоції здоров'я первинної ланки для промоції здоров'я? (25 хвилин)

1. Поділіть учасників на 5 груп.

2. Попросіть учасників, ґрунтуючись на отриманій під час презентації інформації, подумати над тим, які інструменти з інших країн можна застосувати для промоції здоров'я на первинній ланці в Україні? (10 хв)

3. Попросіть учасників представити свої напрацювання (10 хв – по 2 хв на групу).

4. Дайте учасникам зворотний зв'язок та прокоментуйте ідеї кожної з груп (5 хвилин).

МОДУЛЬ 8.
КОМУНІКАЦІЇ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НІЗ. ЗМІНА ПОВЕДІНКИ

ЗМІСТ

1. Вступ 180
2. Навчальні цілі 180
3. Короткий огляд модуля 180
3.1. Структура презентації 180
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 181
3.3. Практична робота 182
4. Підготовка до проведення модуля 182
4.1. Тривалість та структура модуля 182
4.2. Матеріали та обладнання 182
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 182
5. Список рекомендованої літератури 183
5.1. Література для ознайомлення перед навчальним курсом 183
5.2. Література для поглибленого самостійного вивчення теми 183
Додаток 1. Коментарі до презентації у PowerPoint 184
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 194
Запитання для оцінювання знань 228

1. ВСТУП

Комунікація є важливою складовою усіх аспектів системи громадського здоров'я – профілактики захворювань, промоції здорового способу життя та підвищення якості життя.

Комунікаційні кампанії є також важливим інструментом впливу на населення для підвищення обізнаності щодо понять, симптомів, особливостей перебігу та загострення різних НІЗ, зміни ставлення до свого здоров'я та здоров'я своїх рідних в аспекті піклування й профілактики НІЗ, а також зміни поведінки – ведення більш здорового способу життя, правильного харчування, звернення за ранньою діагностикою та консультаціями, дотриманням здорових звичок для профілактики НІЗ тощо.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Після проходження модуля учасники знатимуть та зможуть пояснити такі терміни та поняття:

- комунікація, репутація, медіа, модель зміни поведінки;
- цільова аудиторія, профіль цільової аудиторії;
- ключове повідомлення;
- інформаційний привід, синхрон, прес-реліз, подкаст, прес-конференція, колонка, пітчинг;
- публікації в соціальних мережах, пости, репости.

Також учасники зможуть

- визначати цілі комунікацій та цільову аудиторію для комунікації питань у сфері НІЗ;
- розробляти ключові повідомлення під ці аудиторії та обирати відповідні комунікаційні інструменти та канали;
- застосовувати правила ефективної комунікації з медіа та готувати якісний контент для соціальних мереж.

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Поняття комунікацій:
- що таке комунікації, стратегія розробки комунікаційних інтервенцій, можливі цілі комунікації в сфері НІЗ.

ii. Цільова аудиторія:
- поняття, приклади цільових аудиторій;

– проведення дослідження цільової аудиторії;
– підготовка профілю цільової аудиторії.

iii. Ключові повідомлення:
– поняття та приклади ключових повідомлень;
– рекомендації до написання ключових повідомлень.

iv. Канали комунікації:
– канали, якими можна поширювати інформацію;
– робота з медіа (типи взаємодій з медіа, що потрібно для роботи зі ЗМІ, модель ключового повідомлення для ЗМІ, як придумувати матеріали для медіа);
– соціальні мережі (функції дописів, принципи написання якісних дописів).

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модулю.
Коментарі до слайдів наведено у додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

Модуль 8 розкриває поняття комунікацій та комунікаційних каналів й інструментів для роботи у сфері НІЗ. Тези, які учасники мають пам'ятати після завершення модулю.

- Комунікації – це запланована і систематична діяльність, спрямована на підтримання взаєморозуміння, формування довіри та спілкування з цільовими аудиторіями. Навіть невелика організація може адресувати суспільно-важливі теми та впливати на профілактику у сфері НІЗ.

- Щоби розробити комунікаційні інтервенції, треба визначити проблему, ціль комунікації, хто наша цільова аудиторія, що ми хочемо їй розповісти (ключові повідомлення), коли та в якій ситуації буде представлено цей контент, де ми будемо його транслювати, через які канали, які інструменти/ формати будемо використовувати.

- У сфері НІЗ ми можемо націлюватися на підвищення обізнаності, зміну ставлення, зміну поведінки.

- Під кожну цільову аудиторію потрібно сформулювати свої ключові повідомлення (не більше 3-х).

- Основні комунікаційні канали у сфері НІЗ – це соцмережі, медіа (статті, інтерв'ю, новини, колонки), лідери думок, прес-події, участь у профільних (і не тільки) заходах, організація власних подій, зовнішня реклама.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Робота в групах з виконанням завдань, презентацією результатів та їх подальшим обговоренням. Модуль містить 5 практичних завдань (додаток 2).

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. ТРИВАЛІСТЬ ТА СТРУКТУРА МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 180 хвилин (3 години):

- вступ та лекційна частина: 60 хв
- практичні завдання (робота в групах упродовж модуля): 90 хвилин
- підсумки модуля та тези для запам'ятовування: 15 хвилин

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

- презентація у PowerPoint;
- проектор, екран та комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт та папір для фліпчарту, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/ листки паперу та ручки/ олівці для всіх учасників;
- завантажені відео-ролики для практичних завдань;
- роздруковані кейси для практичних завдань (додаток 2) – 5 кейсів для 5 груп, по 1 копії на учасника.

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ

- Вивчіть презентацію PowerPoint та конспекти лекцій у додатку 1.

- Ознайомтеся з переліком рекомендованої літератури. Перелік створений для учасників курсу та поділений на дві частини: базова література, або література для ознайомлення перед навчальним курсом, та література для поглибленого самостійного вивчення теми. За декілька тижнів до початку навчального курсу варто запропонувати учасникам ознайомитися з переліком базової літератури. Перелік літератури не є вичерпним, ви можете додати до нього ті джерела, які вважаєте цікавими та корисними для учасників.

- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та подумайте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої ви проводитимете навчання.

- На окремих листочках роздрукуйте кейси для практичної роботи (додаток 2)

по одному примірнику на кожного учасника.

- Ознайомтеся з тестовими питання до модулю та відповідями до них, що наведені наприкінці блоку 3.

5. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

5.1. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ОЗНАЙОМЛЕННЯ ПЕРЕД НАВЧАЛЬНИМ КУРСОМ

- Коберник І., Краснова К. Ефективні комунікації для освітніх управлінців. – Київ, 2019 – 72 с. URL: https://is.gd/cUE1YR

- Прокопенко О.В. Адвокаційна діяльність та некомерційне лобіювання в Україні: посібник / О.В Прокопенко. – Київ: 2017 – 82 с. URL: https://is.gd/VVZtUg

5.2. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

- The NCD Alliance: Онлайн посібник з адвокації / Noncommunicable diseases: Join the fight. An online Advocacy Toolkit. URL: https://is.gd/nUEXfO

- The NCD Alliance: Основи роботи з соціальними медіа / Social Media Basics – A Guide on Using Digital Channels to Achieve Change on NCDs. URL: https://is.gd/nIuXJ3

- Борьба с НИЗ: решения, оптимальные по затратам, и другие рекомендуемые мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. ВОЗ, 2017. URL: https://is.gd/uoAM4r

- NCD Child: Співпраця країн щодо запобігання та лікування НІЗ у молодих людей – серія семінарів із адвокації НІЗ: 2015–2019 / Country collaboration for the prevention and management of NCDs in young people. NCD advocacy workshop series: 2015 – 2019. URL: https://is.gd/V585Yq

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ У POWERPOINT

СЛАЙДИ 1–2
Назвіть учасникам тему, а також поясність, які основні питання буде висвітлено у модулі.

СЛАЙД 3
Повідомте учасникам, що ви пропонуєте розпочати модуль з того, щоб розібратися, що таке комунікації та навіщо вони потрібні в сфері НІЗ.

СЛАЙДИ 4–5
Зробіть акцент на понятті комунікацій.

Репутація, медіа – це терміни, що люди найчастіше пов'язують саме з комунікаціями. Але треба правильно розмежовувати поняття. Комунікації впливають безпосередньо на репутацію. Медіа – є елементом впливу на репутацію і комунікаційним каналом.

Поясніть учасникам, що навіть невелика організація може адресувати суспільно-важливі теми та впливати на профілактику у сфері НІЗ. Це можна робити як через маленькі активності (наприклад, пост на Facebook), так і шляхом проведення великих комунікаційних кампаній.

СЛАЙДИ 6–7
Це основні слайди, на яких ґрунтується логіка презентації. На слайді 7 представлено основний алгоритм розробки будь-яких комунікаційних інтервенцій. Його можна накласти на будь-яку проблему в сфері НІЗ і взяти за основу під час розробки класичної комунікаційної кампанії.

СЛАЙД 8
Коли постає питання цілей комунікації, треба враховувати специфіку того, як люди мислять. Спершу йде усвідомлення проблеми, потім зміна ставлення до неї, і насамкінець, – зміна поведінки. Ми не можемо змінити цю послідовність. Тобто якщо не сформована обізнаність про те, що споживання великої кількості цукру шкодить організму, ми не можемо змотивувати людей змінити поведінку і, наприклад, замінити солодощі на фрукти. Таким чином, може бути 3 види цілей: 1) поінформувати (підвищити обізнаність), 2) змінити ставлення, 3) змінити поведінку.

Також варто наголосити, що одразу змінити поведінку (тобто досягти ціль 3) неможливо. Перед тим потрібно підвищити обізнаність та змінити ставлення.

СЛАЙДИ 9–15
Разом з учасниками виконайте практичні завдання, описані у розділі вище.

СЛАЙД 16
Перейдіть до обговорення Цільової аудиторії.

СЛАЙД 17
Як правило, ви не є вашою цільовою аудиторією. Тому ваше розуміння ситуації/проблеми чи ставлення до неї не є показовим. Для того, щоб комунікації були дійсно ефективними, вам потрібно чітко дослідити, хто є вашою цільовою аудиторією (ЦА).

СЛАЙД 18
Розкажіть слухачам про те, що цільова аудиторія (ЦА) – це сегмент людей, які більш ймовірно будуть реагувати на ваші повідомлення, поведінку яких ви хочете змінити, аби досягти своїх цілей.

Точний портрет ЦА дозволяє краще зрозуміти її потреби та сформулювати ефективні повідомлення.

Можна навести приклад інформаційної кампанії з діабету (проводив українсько-швейцарський проєкт «Діємо для здоров'я» спільно з Центром громадського здоров'я МОЗ України»), в якій ЦА були не просто всі люди старше 45 років, а люди з ожирінням/неправильною харчовою поведінкою, генетичною спадковістю тощо.

Цільова аудиторія може ґрунтуватися на географії, демографії, психографії чи інших ознаках. Але найважливіше – сформулювати поведінковий портрет аудиторії. Він є найточнішим, бо за поведінкою ми впізнаємо себе.

Як приклад, звертаємося до картинки на слайді. Це хороша ілюстрація щодо «наших уявлень» про цільову аудиторію та її реальну поведінку. Саме так треба розуміти свою цільову аудиторію: не те, що ми думаємо, що вона робить (наприклад, жінки сидять на дієті), а те, що вона робить насправді (зриваються з дієт і компенсують переїданням).

СЛАЙД 19
На цьому слайді наведені приклади різних цільових аудиторій. Вони тут названі дуже коротко й конкретно – ми можемо чітко уявити цих людей.

СЛАЙД 20
Запропонуйте слухачам переглянути відео та описати ЦА, на яку воно було спрямоване.

http://www.youtube.com/watch?v=7iT92DmaWR4

ЦА цього відео – батьки дітей, котрі хворіють і знаходяться в лікарнях. Вторинна аудиторія (тобто другорядна) – інші родичі дітей, які лежать в лікарнях, а також батьки здорових дітей, котрих ця тема зачепить і у яких з'явиться бажання фондувати кошти.

СЛАЙД 21
Запропонуйте слухачам переглянути відео та описати ЦА, на яку воно було спрямоване.

http://www.youtube.com/watch?v=l0qnZ8m_7VU

ЦА цього відео – діти-школярі, рухливі, модні, сучасні, в тренді. Для них вакцинуватися – це те ж саме, що «повисіти» в тік-току, тобто модна звичка. Вторинна аудиторія – батьки цих дітей.

СЛАЙД 22

Для того, щоб описати поведінковий портрет аудиторії, треба провести дослідження. Існують 2 типи досліджень: якісне та кількісне. Наводимо правила проведення якісних досліджень: зокрема, відкриті питання – це такі, на які немає варіантів відповіді; давати мінімум базової інформації – означає не розказувати в деталях про цілі дослідження і заплановані активності, щоби люди відповідали так, як дійсно думають, а не як було би правильно, виходячи з ваших цілей.

Кількісні дослідження означають анкетування. Анкетування можна проводити, використовуючи безкоштовні канали, наприклад, роздавати людям опитувальники або розсилати електронні анкети, створену в Google Forms чи Survey Monkey. Для кількісного дослідження важливо сформулювати питання з варіантами закритих відповідей і поширити її серед якомога більшої кількості представників цільової аудиторії.

Найчастіше поєднують якісне і кількісне дослідження. Наприклад, спершу проводиться якісне дослідження у форматі індивідуальних глибинних інтерв'ю або у форматі фокус-групи. А потім отримані з якісного дослідження гіпотези перевіряють на кількісному дослідженні, щоби довести, що більшість представників ЦА думають або роблять саме так. Також можливі зворотні ситуації, коли спершу проводять кількісні дослідження та виявляють певну специфіку (наприклад, що основна кількість тих, хто вживає тютюн серед неповнолітніх, припадає на вікову групу 13–15 років), а потім проводять якісні дослідження для того, щоб зрозуміти причину.

СЛАЙД 23

На схемі показана модель для аналізу цільової аудиторії – профіль ЦА. Це найбільш універсальна і зручна для використання модель. Щоб проаналізувати відповідно до неї ЦА, необхідно вибрати 1 ЦА і один контекст. Наприклад, школярі, які купують сигарети у кіоску поруч зі школою. Ми не беремо до уваги інші можливі контексти, наприклад, школяр, який тихенько краде цигарки у свого тата, бо ця поведінка обумовлена зовсім іншими тригерами, тобто мотивами.

Пояснюємо, що спершу необхідно аналізувати болі (проблеми), тоді вигоди, тоді бар'єри.

СЛАЙД 24

Разом з учасниками виконайте практичне завдання 2, описане в розділі вище.

СЛАЙД 25

Перейдіть до обговорення наступного блоку розробки комунікаційних інтервенцій – ключового повідомлення.

СЛАЙД 26
Дайте визначення ключовому повідомленню. Наголосіть на «очікуваній реакції».

СЛАЙД 27
На цьому слайді продовжте поняття «очікуваної реакції» та зауважте, що основне, що ми хочемо від ЦА – це щоби вона почала діяти.

СЛАЙД 28
На цьому слайді конкретизуємо поняття «ЦА почала діяти» через 3 питання, які ставимо собі на етапі розробки ключових повідомлень:

1) Що ви хочете, щоб аудиторія зробила, після того, як отримає ваше повідомлення?
2) Яка дія аудиторії буде означати, що ваша ціль досягнута?
3) Які дії аудиторії, якщо вона їх зробить, допоможуть досягти цілей вашого проєкту?

Перше і друге питання можуть видатись комусь схожими, тому краще їх розмежувати на прикладі. Отже, наше ключове повідомлення «Фрукти – це здоровий замінник солодощів». Ми проводимо комунікаційні активності, щоб це донести до дітей, батьків тощо. Можливі бажані дії: 1) щоб батьки пакували дитині фрукти в школу; 2) щоб дитина не купувала солодке в їдальнях і робила вибір на користь фруктів; 3) щоб дитина розповіла батькам про цукор і не просила купувати цукерки; 4) щоб в родинах піднялася дискусія про шкоду цукру і можливі здорові замінники тощо. Це все дії різних рівнів. Так, ми можемо вважати основним критерієм успіху наших комунікацій – обізнаність (започаткувати дискусію в родинах) або конкретну дію (зміну харчової поведінки в родинах).

СЛАЙД 29
На цьому слайді наводимо приклади бажаних дій.

СЛАЙД 30–33
Озвучте ключове повідомлення плакату. Сформулюйте самі чи запитайте в аудиторії, яка проблема криється за цим ключовим повідомленням, і на яку цільову аудиторію воно спрямоване. Плакат на слайді 33 демонструє, що заклик не обов'язково має бути сформульований прямо – так, як на перших двох плакатах. Цей плакат закликає дивитися на склад цукерок, які ви споживаєте, і уникати шкідливої добавки Е124.

СЛАЙД 34
Для кожної цільової аудиторії потрібно розробляти свої повідомлення. Оптимально одне-два, але не більше 3-х повідомлень для однієї ЦА. Тривалість ключового повідомлення має бути така, щоби людина могла легко його запам'ятати і відтворити.

СЛАЙД 35
Разом з учасниками виконайте практичне завдання 3, описане в розділі вище.

СЛАЙД 36
Перейдіть до обговорення можливих комунікаційних каналів – тобто того, як ми можемо поширювати наші ключові повідомлення.

СЛАЙД 37
Є два основні типи каналів: онлайн та офлайн. Основні комунікаційні канали у сфері НІЗ – це соцмережі, медіа (статті, інтерв'ю, новини, колонки), лідери думок, прес-події, участь у профільних (і не тільки) заходах, організація власних подій, зовнішня реклама.

СЛАЙД 38
Запропонуйте учасникам розглянути особливості роботи з таким комунікаційним каналом, як медіа.

СЛАЙД 39
Поясніть слухачам такі визначення

Прес-анонс – інформаційний матеріал, в якому ми інформуємо медіа про те, що відбудеться якась подія, новина. Зазначаємо ХТО? ЩО? ДЕ? КОЛИ? ЯК? ЧОМУ? і вказуємо, як журналісти можуть долучитися до цієї активності, а також даємо контакти особи, в якої можна дізнатися більше інформації.

Прес-реліз – коротка змістовна стаття-новина про важливі актуальні події, які сталися або стануться в майбутньому. Містить відповіді на питання ХТО? ЩО? ДЕ? КОЛИ? ЯК? ЧОМУ? Як правило, прес-реліз роздають під час заходу або поширюють безпосередньо після.

Прес-конференція – захід, що передбачає виступи спікерів перед медіа за темою заданого інформаційного приводу з можливістю для журналістів поставити питання.

Прес-тур – запрошення журналістів на якусь локацію/декілька локацій поспіль для спілкування та зйомки.

Експертна колонка – матеріал від експерта, що публікується у друкованому або електронному ЗМІ.

Інтерв'ю на камеру/на диктофон/у студії (друковане/радіо) – передбачає відповіді спікера на запитання журналіста. Тема узгоджується завчасно. Спікер має право попросити список питань до інтерв'ю, а також погоджує готовий текст перед публікацією.

Спеціальний матеріал (текстовий/з версткою/інтерактивний/платний спецпроєкт) – великий редакційний матеріал із запропонованої вами теми, що містить контент різного формату – текст, яскраві ілюстрації або фото, інтерактивні формати (наприклад, тест чи опитування). Зазвичай спецматеріал готують редакції за гроші, але на соціальні теми можна робити безкоштовні спецпроєкти, якщо надати до редакції контент.

Коментар експерта для статті – це коротка відповідь (від одного до кількох абзаців) на конкретно поставлене одне або кілька питань у межах загальної статті з певної теми.

Подкаст – аудіозапис у форматі, схожому до радіо, але не в прямому ефірі.

СЛАЙД 40
Поясніть слухачам, що потрібно для ефективної роботи зі ЗМІ та в чому суть кожної складової.

Інфопривід – інформаційний привід – щось, що показуватиме контекст, актуальність вашої новини саме сьогодні.

Наприклад, проведення заходу у прив'язці до тематичних дат (наприклад, День боротьби з раком), запуску кампанії, результатів дослідження щодо споживацької поведінки школярів тощо.

СЛАЙД 41
Підготовка до спілкування з медіа має починатися з формулювання ключових повідомлень.

СЛАЙД 42
Схема на слайді пояснює, чому з медіа треба говорити ключовими повідомленнями. Вона показує те, як зазвичай мислить людина і як нас вчили у школі писати твори: спершу вступ, потім аргументи і висновки.

СЛАЙД 43
Схема на слайді показує, як хоче отримувати інформацію журналіст і як інформація в принципі подається в медійних матеріалах. Спочатку надається ключова інформація: хто, що, коли, де, чому. Тільки після цього можна говорити про подробиці й лише в кінці давати загальний контекст.

Візьмемо за приклад тематику кампанії «Легені, які говорять», яку вже розбирали на попередніх слайдах. У межах цієї кампанії могли би бути такі ключові повідомлення:

> *Від раку легень страждає N людей. Це найпоширеніша хвороба серед чоловіків... Найдієвіший метод боротьби – це раннє виявлення. Тому 14 листопада в Маріїнському парку відкривається скульптура, покликана заохотити українців перевіряти свої легені.*

Однак це неефективний варіант, за схемою 1 на слайді 42. Правильно інформація для медіа мала би звучати так:

> *14 листопада об 11:00 в Маріїнському парку відкривається інтерактивна скульптура, що закликає українців перевіряти свої легені. Скульптура закликає до того, що раннє виявлення – це найдієвіший метод боротьби з раком легень. Це захворювання...*

СЛАЙД 44
Пояснюємо, яка має бути довжина ключового повідомлення. Щоби люди запам'ятали

ваше ключове повідомлення, вони мають почути його від 7 до 15 разів. Саме тому ви маєте вивчити і вміти швидко й коротко висловлювати одне і те саме ключове повідомлення в різних медіа, в різних контекстах та на різних подіях.

СЛАЙД 45
Телебачення використовує поняття синхронів, тобто коротких, але завершених за суттю повідомлень. Якщо ми хочемо, щоби наше ключове повідомлення попало в синхрон, потрібно говорити коротко і починати одразу з ключового повідомлення. Якщо почнемо з проблеми та контексту, до ключового повідомлення журналіст може взагалі не дійти і обрізати його.

СЛАЙД 46
Коли ми придумуємо теми матеріалів для медіа, треба завжди ставити себе на місце читача і думати, чим ця інформація може йому бути корисна або яку його потребу ми можемо вдовольнити.

На слайді наведено приклади можливих потреб та матеріалів. Наприклад, потребою може бути бажання дізнатися щось нове, чого ще не знав, розібратися у складному питанні, бажання долучитися (інтерактивне включення) – коли читачу цікаво взаємодіяти з представником ЗМІ тощо.

СЛАЙД 47
Разом з учасниками виконайте практичне завдання 4, описане в розділі вище.

СЛАЙД 48–49
На цих слайдах наведено правила якісного тексту та ефективної комунікації зі ЗМІ, коли ми домовляємося про розміщення публікації – це називається «пітчинг».

Під пітчингом зазвичай розуміють лист журналісту / в редакцію, що у разі потреби супроводжується дзвінком і поясненням суті пропозиції та її перевагами для редакції й актуальністю для суспільства.

СЛАЙД 50
На наступних слайдах будуть дані рекомендації щодо роботи з таким каналом інформації, як соціальні мережі.

СЛАЙД 51
Є три види функцій постів у соцмережах: це цікаво, це корисно (нова інформація, у чомусь здатна допомогти ЦА), це емоційно (радість, страх, сум тощо).

На **СЛАЙДІ 52** наведені приклади постів:
Пост Клубу Добродіїв – це цікаво
Пост про нирки – корисно
Пост БФ «Таблеточки» – емоційно

СЛАЙД 53
Приклади на сторінці тієї самої людини ілюструють, як можна по-різному подавати контент.

Перший пост містить просто репост статті. Вам не цікаво читати статтю, бо ви не розумієте, про що вона.

В другому пості є кілька посилань, але авторка пояснює, що саме відбулося, чим це цінно і що й навіщо можна почитати/ переглянути.

СЛАЙД 54
Варто наголосити на рекомендації уникати написання тексту caps lock (ВЕЛИКИМИ ЛІТЕРАМИ), бо це сприймається як крик чи агресія. Ставити знаки оклику, особливо кілька, також недоречно.

СЛАЙД 55
Слайд наголошує на тому, яким має бути тривалість речень у пості та поста загалом.

СЛАЙД 56
Люди люблять читати історії, які викликають емоції, співпереживання. У сфері НІЗ це ще більш актуально, тому варто застосовувати прийом розкриття теми через історії, наприклад, людей, які мають НІЗ, або які знаходяться у зоні високого ризику розвитку НІЗ. Також можна співпрацювати з експертами, які працюють в темі, є зацікавленими та активними.

СЛАЙД 57
Варто уникати складних вузьких специфічних термінів. Спрощення мови не означає примітивізацію, а навпаки – дружню та відкриту комунікацію.

СЛАЙД 58
Важливо не перевантажувати пости великою кількістю інформації. Якщо пост міститиме декілька повідомлень, це може розфокусувати увагу читача, заплутати його, перевантажити інформацією і, як результат, не матиме потрібного ефекту.

Тому оберіть для поста 1 ключове повідомлення і розкрийте його. Якщо тема, про яку ви пишете, дуже широка, краще розбити її на різні ключові повідомлення та на різні пости. Наприклад, в 1 пості ключове повідомлення – «немає безпечної дози алкоголю». У ньому розкривається тільки ця думка, наводяться дані досліджень тощо. Пост був би перевантажений, якби ми сюди ще додали ключові повідомлення на кшталт «стільки-то людей страждає від алкоголізму в Україні», «основний шлях попередження вживання алкоголю – такий-то» тощо.

СЛАЙД 59
Проаналізуйте разом із учасниками приклади невдалих і вдалих постів на слайдах 59–66. Розберіть кожен невдалий приклад – що не так і що варто було б змінити?

СЛАЙД 60
На цьому слайді бачимо приклади постів з посиланнями на сторонні ресурси, але ці

пости містять текстові підводки, які пояснюють, чому цей контент вартий того, аби його прослухати/прочитати.

СЛАЙД 61

Проблема 1: Довгий неструктурований пост. Тексту багато, оку нема за що зачепитися, читати не хочеться. Потрібно визначити ключове повідомлення – в цьому пості воно в кінці: є вакцини, необхідно вакцинуватися і захищати здоров'я дітей. Власне, саме з цієї тези і потрібно почати в 1 абзаці, а далі навести тему раку як один з аргументів, чому це важливо робити. І загалом треба текст скоротити, дати лише ключові факти.

Проблема 2: Останній абзац «Як лікар, я наполегливо рекомендую...» – особистій думці немає місця на сторінці установи. Тому навіть якщо пости пишуть окремі фахівці вашої організації, слідкуйте, щоб інформація подавалася як думка всієї організації.

СЛАЙД 62

Також пост про пам'ятну дату, але не перевантажений інформацією – коротко подано ключові пункти. Тут немає заклику до будь-яких активних дій, як у попередньому пості «Йти вакцинуватися», але доданий заклик підтримати публікацію лайком, що теж грає в плюс сторінці та її відвідуваності.

СЛАЙД 63

Завелика кількість булетів/смайликів. Їхня основна функція в пості – допомогти читачеві з тим, де у нас найважливіша інформація, бо булети привертають увагу. Якщо їх забагато, ми так само розпорошуємо увагу і не допомагаємо читачу фокусуватися на основному, а лише «засмічуємо» текст.

СЛАЙД 64

Тут булетів мало і вони чітко звертають увагу на те, що є якась важлива інформація. Плюс чітке структурування за абзацами допомагає аудиторії краще сприймати інформацію.

СЛАЙД 65

Проблема 1 – дуже великий обсяг тексту. Можна частину ключових фактів винести на картинки, наприклад, саме поняття Стамбульської конвенції, її основний заклик, перелік уразливих категорій тощо.

Проблема 2 – завелика кількість булетів/смайликів. Як уже йшлося вище, якщо булетів забагато, ми так само розпорошуємо увагу і не допомагаємо читачу фокусуватися на основному.

СЛАЙД 66

На слайді наведено приклади того, як можна виносити ключову інформацію на картинки і не перевантажувати пост текстом.

СЛАЙД 67
Для того, щоб закріпити пройдений матеріал, розкажіть про загальні рекомендації щодо постингу в соціальних мережах.

СЛАЙД 68

На слайді наведено рекомендації для людини, яка візьме на себе відповідальність за ведення соціальних мереж організації або проєкту. Ця людина має управляти потоком інформації, що надходитиме від колег, і не публікувати все підряд, а розробити план і стратегію розміщення постів, і, відповідно, дотримуватися цього плану.

СЛАЙД 69
Покажіть приклад контент-стратегії для сторінки про РАС (розлад аутичного спектру). Ідея в тому, що ми формулюємо цілі для сторінки і тоді під кожну ціль прописуємо можливі формати та рубрики.

На прикладі однієї з цілей пройдіть за усіма пунктами і покажіть, як там розкладені формати та рубрики.

СЛАЙД 70
Покажіть приклад шаблону, який можна дати колегам для заповнення, якщо вони хочуть розмістити у мережах якусь новину. Ідея полягає в тому, що структурована форма може допомогти як фахівцям організації чи проєкту підготувати матеріал структуровано, так і людині, яка відповідає за розміщення інформації у соціальних мережах, отримати з першого разу якісний контент для публікації.

СЛАЙД 71
Запропонуйте учасникам виконати завдання 5, описане в розділі вище.

СЛАЙД 72
Завершуйте модуль та переходьте до закріплення ключової інформації.

СЛАЙД 73
Підведіть підсумок модулю. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам'ятати.

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЇ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

ЗАВДАННЯ 1. Приклади комунікаційних кампаній

1. Перегляньте з учасниками відео ролик «Легені, які говорять» (2 хв).

   http://www.youtube.com/watch?v=KYCSlQH8oFg

2. Запропонуйте аудиторії відповісти на питання, перелічені на слайді (5 хв):

   Яку проблему адресували?

   Яка ціль комунікації?

   Хто наша цільова аудиторія?

   Які інструменти були використані?

   Обговоріть відповіді у форматі живого діалогу.

3. Відкрийте наступний слайд з прописаними відповідями і прокоментуйте, наскільки відповіді учасників збіглися з реальними (2 хв).

4. Перегляньте з учасниками відео ролик «365 днів турботи». Повторіть вправу ще раз вже за цим кейсом.

   https://www.youtube.com/watch?v=PthxqM4tOR8

ЗАВДАННЯ 2. Описуємо профіль цільової аудиторії

1. Поділіть учасників на 5 груп. Кожна група отримує для розгляду один кейс (див. додаток 2.1).

   Група 1: кейс 1»Алкоголь»

   Група 2: кейс 2 «Куріння»

   Група 3: кейс 3 «Хронічні захворювання легень»

   Група 4: кейс 4 «Фізична активність»

   Група 5: кейс 5 «Діабет»

2. Попросіть учасників

   - прочитати цей кейс в групах самостійно і на основі отриманої інформації описати профіль цільової аудиторії: болі, вигоди, бар'єри;

- сформулювати кілька (до 5-ти) питань для своєї цільової аудиторії, щоби дослідити те, що про неї ще невідомо, і доповнити профіль цільової аудиторії.

Учасники виконують завдання в групах упродовж 15 хвилин.

Після цього кожна група коротко представляє свій кейс та профіль аудиторії (по 2 хвилини на групу – 10 хвилин).

Додаток 2.1. КЕЙСИ ДЛЯ ГРУПОВОЇ РОБОТИ

КЕЙС 1. В селищній громаді, яка знаходиться недалеко від обласного центру, мешкає 16 365 осіб. Керівництво школи стурбовано тим, що школярі 9–11 класів мають легкий доступ до алкоголю, часто випивають у вечірні години біля школи, і там часто виникають бійки та суперечки. У супермаркеті проводиться контроль продажу алкоголю неповнолітнім, але немає перешкоди, якщо алкоголь купують для дітей старші люди. На території громади є також точки продажу нелегального алкоголю. Бесіди про шкоду вживання алкоголю не дали результату. Переважно діти п'ють легкі алкогольні напої. Батьки старшокласників вважають, що немає нічого страшного в тому, що діти випивають легкі алкогольні напої, але більшість забороняє їм пити міцні. У громаді немає чим зайнятися молоді в вечірні часи – відсутні секції, гуртки, тощо. Діти цікавляться кіберспортом, слухають реп і відвідують школу не заради навчання, а щоб бути в компанії однолітків.

КЕЙС 2. В сільській громаді мешкає 7 350 осіб. Соціальні служби звернули увагу, що в сім'ях, які перебувають в складних життєвих обставинах, більшість дорослих курять у приміщенні. Дорослі не звертають увагу на присутність інших дорослих або дітей і курять в квартирах та будинках, в яких мешкають. Сім'ї переважно малозабезпечені, неповні, дорослі мають робітничі професії. Є родини, в яких курять всі дорослі – батьки, бабусі, дідусі. Діти з цих родин починають курити в середньому в 13–14 років. Доступ до сигарет є легким, є практика вирощування тютюну на городі. Медики спостерігають легеневі проблеми, розповідають про шкоду куріння та пасивного куріння, але родини до них не прислухаються.

КЕЙС 3. В селищній громаді мешкає 19 300 осіб. Восени деякі мешканці громади палять траву та сміття. Переважно роблять це вночі, коли інші люди сплять, бо в громаді введені штрафи за спалення трави та сміття. Мешканці скаржаться, що вони не можуть відкривати вікна вночі, а лікарі помітили, що в цей період загострюється стан людей з хронічними захворювання легенів. У громаді немає системи утилізації сміття. Люди, які спалюють траву та сміття кажуть, що таким чином вони роблять громаду чистішою.

КЕЙС 4. У міській громаді мешкає 250 000 населення. Під час пандемії коронавірусу рівень фізичної активності населення дуже знизився, особливо серед представників «офісних професій». Тренажерні зали були довгий час закриті, заняття на вулиці доступні, спортивних майданчиків достатньо, але на них переважно займається молодь. Люди старші за 30 років стали менше ходити пішки, мінімізуючи перебування в громадських місцях та на вулиці. Пересування велосипедами непопулярне, бо відсутні велосипедні доріжки. У вільний час люди віддають перевагу пасивному відпочинку – дивитись телевізор, пити пиво з друзями, лежати на дивані. Міська рада пасивно ставиться до того, наскільки громада є активною.

КЕЙС 5. В міській громаді мешкає близько 350 000 жителів. Кількість офіційно зареєстрованих людей з діабетом – 10 500, що складає біля 3 % від загальної кількості мешканців. За оцінками експертів в Україні 8 % людей з діабетом, більша кількість яких має діабет другого типу, і це люди старші за 45 років, люди із зайвою вагою та ожирінням, люди, які мають родичів з діабетом. Опитування показало, що рівень обізнаності стосовно діабету та факторів ризику є низьким, люди не знають, як і де вони можуть пройти діагностику і чи є вони в групі ризику. Допомогти у вирішенні питання може рання діагностика діабету 2 типу на рівні первинної медичної допомоги через проведення масового скринінгу.

ЗАВДАННЯ 3. Розробка ключових повідомлень

1. Попросіть учасників повернутися до групової роботи над кейсами.

2. Дайте завдання

   – сформулювати комунікаційну ціль кампанії (нагадайте про модель змін – підвищення обізнаності, зміна ставлення, зміна поведінки);

   – написати ключове повідомлення до кейсу для обраної цільової аудиторії.

   Учасники виконують завдання в групах упродовж 5 хвилин.

   Після цього кожна група коротко представляє свої напрацювання (до 5 хвилин загалом).

3. Дайте учасникам зворотній зв'язок – прокоментуйте, наскільки ціль відповідає проблематиці та аудиторії і наскільки ключове повідомлення відповідає цілі.

ЗАВДАННЯ 4. План активностей з медіа

1. Попросіть учасників повернутися до групової роботи над кейсами.

2. Дайте учасникам завдання прописати план медіа-активностей за темою кейсу, запропонуйте тематику мінімум двох медіа матеріалів.

   Учасники виконують завдання в групах упродовж 5 хвилин.

   Після цього кожна група коротко представляє свої напрацювання (до 2 хвилин на групу – 10 хвилин разом).

3. Дайте учасникам зворотній зв'язок – прокоментуйте, наскільки вибрані медійні активності відповідають поставленій цілі.

Завдання 5. Рубрики для соціальних мереж

1. Попросіть учасників повернутися до групової роботи над кейсами.

2. Дайте учасникам завдання

   – придумати 3 рубрики для сторінки громади в одній з соціальних мереж в межах комунікаційної кампанії;

   – під кожну рубрику дати по 1 конкретній темі для постів.

Наголосіть на тому, що учасники можуть обирати будь-яку рубрику, окрім новинної.

Учасники виконують завдання в групах упродовж 5 хвилин.

Після цього кожна група представляє коротко свої напрацювання (до 2 хвилин на групу – 10 хвилин разом).

3. Прокоментуйте, наскільки вибрані рубрики й теми відповідають поставленій цілі.

МОДУЛЬ 9.
АДВОКАЦІЙНІ СТРАТЕГІЇ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НІЗ

ЗМІСТ

1. Вступ 200
2. Цілі навчання 200
3. Короткий огляд модуля 200
3.1. Структура презентації 200
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 201
3.3. Практична робота 202
4. Підготовка до проведення модуля 202
4.1. Структура та тривалість модуля 202
4.2. Матеріали та обладнання 203
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 203
5. Список рекомендованої літератури 204
5.1. Література для ознайомлення перед навчальним курсом 204
5.2. Література для поглибленого самостійного вивчення теми 204
Додаток 1. Коментарі до презентації в PowerPoint 205
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 220
Запитання для оцінювання знань 230

1. ВСТУП

NCD Alliance (Альянс щодо НІЗ) визначає адвокацію як процес, який має на меті змінити політику та практику організацій і установ щодо НІЗ. Йдеться про створення вагомих аргументів для дій та пошуку спільної мови з іншими зацікавленими сторонами. Адвокаційна робота може бути спрямована на міжнародні агенції, урядові установи на регіональному, державному чи місцевому рівні або інші організації громадянського суспільства (ОГС). Інформація, освіта та комунікація є важливими компонентами ефективної адвокації.

Адвокація може допомогти організації виконати свою місію, підвищити її публічність, розширити свою контактну мережу та потенційно відкрити двері для нових донорів. У багатьох організацій уже є ресурси, які можна використати для підтримки адвокації у сфері НІЗ, такі як: доступ до активної волонтерської бази (включно з людьми, які живуть з НІЗ), доступ до експертів з НІЗ, знання потреб людей, які живуть з НІЗ, співпраця з іншими НУО та зацікавленими сторонами тощо.

2. ЦІЛІ НАВЧАННЯ

Наприкінці модуля учасники знають і можуть пояснити такі поняття та терміни:

- адвокація, функції та рівні адвокації;
- об'єкти та суб'єкти адвокації;
- карта стейкхолдерів;
- основні інструменти адвокації у сфері НІЗ: пряма робота з органами влади, вплив через медіа, акції прямого впливу, соціальні медіа;
- адвокаційна кампанія.

Учасники зможуть визначати адвокаційні цілі, розробляти карту стейкхолдерів і план адвокаційних втручань для профілактики та контролю НІЗ.

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Поняття «адвокації»:
- визначення адвокації;
- функції та рівні адвокації,
- розмежування понять «об'єкт» і «суб'єкт» адвокації;
- постановка адвокаційних цілей.

ii. Розробка карти стейкхолдерів:
- розробка карти стейкхолдерів як метод систематизації даних про зацікавлених осіб для подальшого стратегічного планування;

– етапи розробки карти стейкхолдерів: визначення кола суб'єктів, аналіз, розробка карти та побудова матриці стейкхолдерів.

iii. Формування альянсів для адвокації у сфері НІЗ:
– чому альянси потрібні для адвокації у сфері НІЗ та які переваги ведення адвокації в альянсі?
– які є кроки для створення альянсу у сфері НІЗ?

iv. Інструменти адвокації:
– втручання в межах прямої роботи з органами влади;
– вплив через медіа, або як побудувати взаємини з медіа та де шукати інформаційні приводи;
– можливості акцій прямого впливу;
– роль соціальних медіа в адвокації.

v. Адвокаційні кампанії:
– приклади міжнародних та українських адвокаційних кампаній;
– етапи підготовки адвокаційної кампанії;
– додаткові поради для ефективного планування адвокаційних кампаній: доказовість, історії людей, визначення спікерів, поширення успіху.

vi. Адвокація в контексті впровадження Національного плану заходів щодо НІЗ та досягнення Цілей сталого розвитку (Ціль 3, підціль 3.4):
– поняття «ціль сталого розвитку 3.4» та Національного плану заходів щодо НІЗ;
– можливі напрямки для адвокації в контексті Національного плану заходів щодо НІЗ та досягнення ЦСР (ціль 3.4).

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модуля.
Коментарі до слайдів наведено в додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

- Адвокація – це взаємодія з органами влади усіх рівнів і широким колом стейкхолдерів з метою представлення та просування інтересів певних соціальних груп. Окрім того, це метод і процес впливу на тих, хто ухвалює рішення, а також на громадську думку з питань, що потребують розв'язання.

- Адвокація може бути націлена на вдосконалення політик, системні або демократичні зміни.

- Розробка карти стейкхолдерів має ґрунтуватися на потребах організації чи установи та необхідна для систематизації даних про зацікавлених осіб для подальшого стратегічного планування. Вона передбачає визначення кола суб'єктів, їх аналіз і мапування.

- Партнерства та альянси є важливими чинниками для успішної адвокації. Вони мають низку переваг для адвокації заходів боротьби з НІЗ, у тому числі створення скоординованої платформи для адвокації та заходів щодо НІЗ; створення платформи для обміну досвідом, навичками, ідеями, відповідним авторитетом та інтересами; збільшення доступних ресурсів.

- Інструменти адвокації охоплюють: пряму роботу з органами влади, вплив через медіа, що має передбачати ґрунтовну роботу над пошуком інформаційних приводів і побудову взаємин з медіа, акції прямого впливу, соціальні медіа.

- Як правило, адвокація, в тому числі у сфері НІЗ, здійснюється через кампанії або публічні заходи. Адвокаційна кампанія – це комплекс взаємопов'язаних та обмежених у часі заходів впливу на певні цільові групи з метою стимулювати їх до прийняття нових моделей поведінки: не робити того, що робили раніше, робити щось нове або робити щось інакше.

- Етапи розробки адвокаційної кампанії передбачають: визначення цілей кампанії, аналіз зацікавлених сторін, аналіз «мішеней» адвокаційної кампанії, збирання інформації з відкритих і закритих джерел, формування позиції, розробку стратегії, обрання інструментів адвокації, створення коаліції, розробку та впровадження плану дій, оцінювання результатів.

- Адвокація може також охоплювати стимулювання й підтримку уряду у впровадження національного плану заходів щодо НІЗ.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Робота в групах з виконанням завдань, презентацією результатів та їх подальшим обговоренням. Модуль містить 3 практичні завдання (додаток 2).

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. СТРУКТУРА ТА ТРИВАЛІСТЬ МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 120 хвилин (2 години):
- вступ і лекційна частина – 60 хвилин;
- робота в групах та обговорення (виконання кількох завдань упродовж модуля) – 50 хвилин;
- підсумки модуля та тези для запам'ятовування – 10 хвилин.

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ:

- презентація в PowerPoint;
- проєктор, екран і комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт та папір для фліпчарта, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/аркуші паперу та ручки/олівці для всіх учасників;
- роздруковані кейси – 5 кейсів для 5 груп, по 1 примірнику на учасника;
- роздуківки для карти стейкхолдерів (шаблон таблиці з одного боку, матриця з іншого боку) – по 1 примірнику на групу.

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ.

- Вивчіть презентацію в PowerPoint та конспекти лекцій у додатку 1.

- Використовуйте матеріали для читання, згадані в розділі 5, щоб знайти додаткову інформацію та краще розібратися в темі.

- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та подумайте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої Ви проводитимете навчання.

- Ознайомтеся з тестовими запитаннями до модуля та відповідями на них, що наведені наприкінці блоку 3.

5. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

5.1. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ОЗНАЙОМЛЕННЯ ПЕРЕД НАВЧАЛЬНИМ КУРСОМ

- Прокопенко О.В. Адвокаційна діяльність та некомерційне лобіювання в Україні: посібник / О.В Прокопенко. – Київ: 2017 – 82 с. URL: https://is.gd/VVZtUg
- Посібник з адвокації для жіночого руху в Україні: Український жіночий фонд, Королівство Нідерланди. URL: https://is.gd/yRNrul

5.2. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

- The NCD Alliance: Онлайн-посібник з адвокації. URL: https://is.gd/nUEXfO
- The NCD Alliance: Основи роботи з соціальними медіа. URL: https://is.gd/nIuXJ3
- Всесвітня організація охорони здоров'я: Боротьба з НІЗ: рекомендовані заходи для профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями. URL: https://is.gd/ka7a07
- NCD Child: Співпраця країн щодо запобігання та лікування НІЗ у молодих людей – серія семінарів з адвокації НІЗ: 2015–2019. URL: https://is.gd/V585Yq
- NCD Alliance: Адвокаційний порядок денний людей, які живуть з НІЗ. URL: https://is.gd/Y1Exnf
- Кейс антитютюнової адвокації ГО «Життя». URL: https://is.gd/mQVlmy Бразильський кейс адвокації в питанні маркування продуктів. URL: https://is.gd/0p16j3

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ В POWERPOINT

СЛАЙДИ 1 – 2
Назвіть учасникам тему модуля, а також поясність, які основні питання буде висвітлено.

СЛАЙД 3 – 4
Повідомте учасникам, що Ви пропонуєте розпочати модуль з того, щоб розібратися, що таке адвокація та яка її основна мета. Розгляньте 2 поняття адвокації – вони доповнюють одне одного й сукупно найповніше передають суть адвокації.

Основна мета адвокації та, як наслідок, показник успіху – це досягнення змін.

Зауважте, що є ширше поняття, ніж адвокація – взаємодія з органами влади (англ. Government Relations, або GR). Це процес побудови довгострокових взаємин між різними суспільними групами та урядом (в широкому сенсі) для збалансування їхніх інтересів, а також з метою впливу на рішення органів влади та місцевого самоврядування шляхом застосування однієї або більше комунікаційних технік. Це системна робота зі збирання й оброблення інформації про діяльність владних структур, підготовка та донесення позиції відповідних груп і безпосередньо адвокація, тобто вплив на процес ухвалення політичних і адміністративних рішень.

Тобто адвокація вважається основним, але не єдиним інструментом взаємодії з органами влади. Адвокація у сфері НІЗ може охоплювати всі ці функції.

СЛАЙД 5
Поясніть, що адвокація може відбуватися на трьох рівнях; інакше кажучи, це означає, що кожна адвокаційна кампанія повинна мати три основні очікувані наслідки чи результати:

1) *Вдосконалення політик* – якщо є потреба в певних змінах в чинному законодавстві.
2) *Системні зміни* – якщо потрібно досягти змін у системі ухвалення рішень.
3) *Демократичні зміни* – якщо потрібно підвищити рівень знань і залученості населення чи певних груп (особливо це стосується незахищених верств населення) до процесів ухвалення рішень.

Подеколи вважають, що головною метою адвокаційної кампанії є внесення змін в чинне законодавство (ухвалення нових норм або, навпаки, скасування чинних). Насправді це не завжди так. Ґрунтовний аналіз законодавства може показати, що змін у законодавстві не потрібно робити – нормативні акти є, але вони не виконуються. У такому випадку кампанію треба скерувати на забезпечення виконання законів, а не на внесення змін до них. З цієї самої причини не можна забувати й про моніторинг ухвалених рішень – вони мають виконуватись! Так само, як і про моніторинг змін, що відбулися в реальному житті людей. Є приклади

адвокаційних кампаній, які були успішними з погляду досягнення мети та завдань кампанії, але в реальності призводили до погіршення ситуації. Крім того, адвокаційна кампанія може бути спрямована на (пере)розподіл бюджетних коштів в інтересах певних цільових аудиторій.

СЛАЙД 6

Поясність, що вдосконалення політик є одним із рівнів адвокації. Він актуальний, якщо є потреба в певних змінах у чинному законодавстві. Загалом процес аналізу законодавства в межах адвокаційної діяльності є постійним і циклічним.

Назвіть головні основні процеси вдосконалення політик, наведені на схемі на слайді.

1) Моніторинг чинного законодавства
2) Визначення сфер для вдосконалення
3) Підготовка рекомендацій
4) Підготовка та проведення адвокаційної кампанії
5) Оцінювання результатів і моніторинг виконання ухвалених рішень
6) Моніторинг змін, що відбулися в житті цільової групи, в інтересах якої була проведена кампанія

СЛАЙД 7

Розкажіть про системні зміни, наведені на слайді, як про ще один рівень адвокації.

СЛАЙД 8

Назвіть приклади демократичних змін, наведених на слайді, як про ще один рівень адвокації.

СЛАЙД 9

Для планування адвокаційної кампанії, потрібно проаналізувати наявні ресурси. Для цього потрібно

- зібрати та проаналізувати нормативно-правову базу у сфері, яку Ви обрали для адвокації;
- створити перелік необхідних контактів;
- вивчити інформацію про минулі адвокаційні спроби щодо теми, яка Вас цікавить.

Інший підхід, показаний на схемі, передбачає збирання та аналіз не лише інформаційних ресурсів, але й фінансових, матеріальних, людських, професійних і методичних ресурсів серед переліку можливих джерел (ми або наша організація, донори, бізнес, органи влади, люди тощо)

СЛАЙД 10

Наголосіть на тому, що доказовість є одним із засадничих принципів здійснення адвокаційної діяльності. Тобто адвокація обов'язково має бути підкріплена статистикою, даними тощо, бо чиновники розуміють насамперед «мову цифр».

СЛАЙД 11
Поясніть поняття «об'єкту адвокації». Це ті, на кого ми спрямовуємо адвокаційні заходи.

Це поняття має вужче розуміння, тобто особи, які безпосередньо ухвалюють рішення, а також ширше розуміння. Наприклад, під тими, хто має вплив на рішення ми можемо розуміти не лише орган, який це рішення ухвалює, але й інших зацікавлених осіб. Так, якщо говорити про підвищення акцизів на тютюнові вироби, наприклад, то об'єктом адвокації може бути не лише група народних депутатів ВРУ, які ухвалюють необхідні закони, але й фахівці Міністерства фінансів та Міністерства охорони здоров'я тощо.

СЛАЙД 12
Поясніть, що суб'єкти адвокації – це ті, хто здійснює адвокаційну діяльність.

СЛАЙД 13 – 16
На цих слайдах наведені приклади можливих адвокаційних втручань у сфері НІЗ за напрямками зменшення вживання тютюну, алкоголю та нездорового харчування. Ці втручання розроблені Всесвітньою організацією охорони здоров'я та входять до переліку рекомендованих найдієвіших втручань для боротьби з неінфекційними захворюваннями.

СЛАЙД 17
Разом з учасниками виконайте практичне завдання 1, описане в розділі 3. Зверніть увагу на інформацію на наступному слайді.

СЛАЙД 18
Важливо не плутати адвокаційні та комунікаційні завдання. На слайді наведені приклади таких завдань.

СЛАЙД 19
Зробіть перехід до теми «розробка карти стейкхолдерів». Наголосіть, що формуванню коаліції необхідно приділяти особливу увагу. Поодинці люди та організації можуть бути слабкими у взаємодії із владою. Об'єднання зусиль і ресурсів надає їм значної переваги та можливість отримати від влади те, чого вони хочуть.

СЛАЙД 20
Наступний важливий етап після визначення цілей адвокаційної кампанії, а також об'єктів і суб'єктів адвокації, – це розробка карти стейкхолдерів.

СЛАЙД 21
Один із ключових чинників ефективної адвокації полягає в ретельному аналізі кола стейкхолдерів у вашій сфері та їхніх позицій з актуальних для вас питань. Тому перш ніж планувати будь-яку адвокаційну діяльність, важливо визначити й оцінити усіх зацікавлених осіб, пов'язаних з відповідним питанням. Розробка карти стейкхолдерів з урахуванням потреб вашої організації чи громади може стати ефективним інструментом систематизації даних про зацікавлених осіб для подальшого

стратегічного планування.

Карта стейкхолдерів може бути розроблена щодо: окремого питання, окремого органу влади, інтересів організації, інтересів певної галузі.

На **СЛАЙДАХ 22–24** показані етапи розробки карти стейкхолдерів. Озвучте особливості кожного етапу.

Етап 1. Визначення кола суб'єктів.

На цьому етапі шляхом «мозкового штурму» формується перелік груп, організацій та осіб, які мають вплив чи інтереси у сфері, що вас цікавить. Там, де це можливо, варто вказувати навіть імена та посади.

У першу чергу треба зважати на ті ключові групи стейкхолдерів, які перераховані на слайді.

Етап 2. Аналіз стейкхолдерів. Він охоплює перераховані на слайді пункти.

Окремо поясність учасникам значення критеріїв із 5 пунктів:

- релевантність стейкхолдера та доцільність його залучення (висока, середня, низька): наскільки питання, про яке йдеться, стосується відповідного стейкхолдера та його інтересів; чи має відповідний стейкхолдер достатньо інформації або інших ресурсів, щоб бути корисним у контексті вашого питання, й навпаки, чи може його залучення нашкодити адвокаційній кампанії (сповільнити, дискредитувати тощо);

- лояльність: визначте (якщо це можливо), чи є відповідний стейкхолдер вашим потенційним союзником, опонентом, критиком чи прихильником, або можна застосувати спрощений підхід та класифікувати його позицію щодо вас як позитивну, негативну чи нейтральну;

- готовність долучитися: наскільки стейкхолдер зацікавлений взяти участь у розв'язанні актуального для вас питання;

- рівень впливу: наскільки впливовим у відповідній галузі є стейкхолдер і на кого саме поширюється його вплив; чи є цей стейкхолдер: а) особою, яка ухвалює рішення з вашого питання (decision-maker), б) одним із лідерів думки (opinion leader); в) суб'єктом зовнішнього впливу (influencer);

- складність доступу: наскільки реалістично у розумний термін сконтактувати з відповідним стейкхолдером; чи є у вас прямий доступ до цієї особи або доступ через третіх осіб.

Етап 3. Розробка карти стейкхолдерів.

Побудова карти стейкхолдерів.

На цьому етапі важливо візуально зобразити всіх основних стейкхолдерів на карті обраного формату. Це дозволить побачити, які зі стейкхолдерів можуть бути найкориснішими, яка їхня позиція з актуальних питань і як вони пов'язані між собою.

З урахуванням окреслених пріоритетів необхідно визначити рівень залучення основних стейкхолдерів і методи роботи з ними.

Карта стейкхолдерів має стати дієвим інструментом під час формування подальших стратегії й тактики взаємодії з зацікавленими особами, а також у процесі розробки відповідного плану дій і розподілу ресурсів.

Важливо мати на увазі, що карти стейкхолдерів треба оновлювати у зв'язку з будь-якими важливими кадровими змінами у ключових для вас органах і залежно від розвитку подій навколо відповідного проблемного питання та можливих змін у законодавчих і політичних позиціях стейкхолдерів.

СЛАЙД 25
На слайді наведено приклад структури карти стейкхолдерів.

СЛАЙД 26
На слайді наведено приклад матриці стейкхолдерів.

Здебільшого немає потреби підтримувати однаково інтенсивний контакт з усіма стейкхолдерами одночасно. Достатньо визначити важливість кожного із них на поточний момент часу та коло питань, які вас об'єднують. Для цього необхідно проаналізувати, з яких питань основні стейкхолдери найчастіше висловлюються, де ваші інтереси можуть перетинатись і який аспект вашої адвокаційної кампанії може їх зацікавити.

Для цих цілей можна використовувати матрицю стейкхолдерів. І після того, як проведено аналіз та інформацію про стейкхолдерів внесено до таблиці (наведена на попередньому слайді), можна вписати стейкхолдерів на матрицю (як на слайді) та розподілити за категоріями «опоненти», «союзники», «критики», «прихильники», залежно від обсягу їхнього впливу (вертикаль) й інтересу у вашій темі (горизонталь). Залежно від того, в яку категорію потрапив той чи інший стейкхолдер, ухвалюється рішення щодо того, чи потрібне якесь втручання стосовно цього стейкхолдера. Варто тримати в фокусі цю матрицю для ухвалення рішень щодо подальшої адвокаційної діяльності.

СЛАЙД 27
Виконайте з учасниками завдання 2, описане в розділі 3.

СЛАЙДИ 28 – 29
Зробіть перехід до наступного розділу «Формування альянсів як чинник ефективної адвокації». Наголосіть, що формування альянсів або об'єднань відграє вагому роль в успішній адвокації питань у сфері НІЗ.

СЛАЙД 30
Озвучте переваги роботи в альянсах, представлені на слайді.

СЛАЙД 31
Наведіть приклад Альянсу в сфері НІЗ у Норвегії. Озвучте ініціатора, учасників альянсу, як вони утворилися та з якою метою. Ще раз наголосіть на тому, що такі об'єднання дозволяють досягти кращих результатів.

СЛАЙДИ 32 – 36
Поясніть етапи створення альянсу у сфері НІЗ.

Під час представлення **СЛАЙДУ 35** поясніть докладніше крок 4. Для того, щоб організувати структуру, підходи до ухвалення рішень і комунікацію, потрібно зробити таке.

- Визначте структуру управління для вашого альянсу (офіційну чи неформальну), включно з керівними органами, процесами ухвалення рішень, вимогами/критеріями членства та правилами участі й внеску, звітністю та підзвітністю. Розгляньте можливість укладення Меморандуму про взаєморозуміння між членами тощо.

- Розробіть план роботи разом із партнерами з докладним бюджетом. Визначте потреби в ресурсах.

- Обговоріть спільні стратегії та можливості для збирання коштів, у тому числі ті, які НУО можуть мати доступ до потенційних донорів.

- Визначте штат альянсу, включно з ролями та відповідальністю.

- Розробіть системи внутрішніх комунікацій в межах альянсу та можливості для зовнішніх комунікацій (включно з вебсайтом і стратегією соціальних медіа, якщо це необхідно).

До **СЛАЙДА 36** поясніть докладніше крок 5. Варто використовувати підхід «Дійте – оцінюйте – покращуйте». Для цього потрібно:

- публічно представити свій альянс щодо НІЗ (бажано на публічному заході), щоб підвищити обізнаність про цілі, членство та залучити стратегічно важливих учасників до своєї роботи;

- впроваджувати свій робочий план, втілюючи активності, що працюють на ваші стратегічні цілі, – націлюйтеся на перші перемоги у своїй роботі, щоб збільшити мотивацію та довіру;

- підтримувати зв'язок з усіма членами альянсу та намагатися бути в курсі глобальних подій і можливостей у сфері адвокації НІЗ;

- постійно відстежувати свій прогрес і оцінювати свої результати, щоб переконатися, що ви досягаєте своїх цілей, і намагатися покращити слабкі місця.

СЛАЙД 37
Озвучте новий підрозділ модуля – Інструменти адвокації. У ньому будуть розглянуті такі інструменти, як: пряма робота з органами влади, вплив через медіа, акції прямого впливу, соціальні мережі.

СЛАЙД 38 – 39
Почніть розгляд інструментів з прямої роботи з органами влади. Наведіть приклади прямих втручань. Це активності, які загалом не потребують додаткових знань чи навичок. Усе можна набути в процесі роботи – зрозуміти, що краще працює для якого органу та стейкхолдера. Але набір можливих активностей має бути більш-менш однаковим.

СЛАЙДИ 40 – 41
Продовжте розгляд інструментів адвокації, а саме «вплив через медіа».

Ухвалення зважених політичних і законодавчих рішень потребує належного інформаційного забезпечення та систематичного супроводу. Це своєю чергою дає можливість фахівцям з адвокації впливати на формування законодавчого поля, поширюючи свою позицію серед ключових стейкхолдерів через публікації в медіа. Роль ЗМІ у комунікаціях між організаціями, громадами та владою є вкрай важливою, оскільки саме ЗМІ транслюють суспільну думку. Як результат, якісне висвітлення актуальних питань у медіапросторі може суттєво вплинути на пріоритети законотворців. Крім того, в довгостроковій перспективі співпраця з медіа в процесі взаємодії з центральними органами влади та органами самоврядування важлива для підтримання позитивного іміджу організації й впливу на законотворчі та політичні процеси.

Програма-мінімум для фахівця з адвокації – відстежувати інформацію, що циркулює в медіапросторі та стосується інтересів його організації. Програма-максимум – активно взаємодіяти з медіаспільнотою та впливати на її порядок денний. Водночас важливо, щоб робота з медіа була:
- регулярною;
- підпорядковувалася заздалегідь розробленому медіаплану;
- відповідала внутрішній інформаційній політиці вашої організації чи громади.

Серед основних типів інформаційної політики організацій найефективнішою зараз вважається політика максимальної відкритості.

СЛАЙД 42
Поясніть учасникам, що для побудови взаємин із медіа потрібно пройти такі етапи.

1) Проаналізуйте, скільки у вашому регіоні або населеному пункті телеканалів, радіостанцій, онлайн та друкованих ЗМІ (щоденних, щотижневих), кому вони належать, які політичні та бізнесові зв'язки мають їхні власники, хто на них впливає й на кого впливають вони, чи зацікавлені вони у висвітленні актуальних для вас тем, якими можуть бути наслідки співпраці з ними (позитивні й негативні) тощо.

2) Складіть медіаліст – перелік найпопулярніших і найактуальніших для вас ЗМІ (приміром, 1–2 регіональні газети з великим накладом, з яких передруковують матеріали інші видання, або газети, що передплачують великі за кількістю працівників організації).

3) Познайомтеся з головними редакторами, встановіть персональний контакт, зробіть презентацію вашої організації чи установи, обговоріть співпрацю, з'ясуйте, що у вашій діяльності може бути цікавим для цього видання.

4) Сформуйте так звану ключову групу журналістів з-поміж тих, з ким уже налагоджено контакт, для їх швидкої мобілізації в разі потреби (наприклад, якщо треба організувати інтерв'ю з керівництвом вашої організації, запропонувати матеріал для статті, реалізувати медіапроєкт для представлення вашої проблеми тощо).

Наголосіть, що встановлюючи зв'язки з релевантними ЗМІ, треба зважати на те, що національні медіа, як правило, відкритіші до співпраці та менш комерційні у своїх підходах; їхня мотивація – отримати цікавий, ексклюзивний матеріал. Водночас місцеві та регіональні ЗМІ можуть запропонувати комерційний пакет для співпраці (наприклад, попросити про передплату їхнього видання).

СЛАЙД 43
Поясніть, що створення інформаційних приводів – основний прийом медіавзаємин. Наведіть способи створення інформаційних приводів.

СЛАЙДИ 44 – 45
Перейдіть до наступного інструменту адвокації – акцій прямої дії. Наведіть приклади акцій прямої дії. Кожна з активностей має низку особливостей, які, на жаль, не має змоги розкрити в цьому модулі. Тому учасникам можна порекомендувати ознайомитися з додатковою літературою.

СЛАЙДИ 46 – 47
Перейдіть до наступного інструменту адвокації – соціальні мережі. Поясніть, що активності в соцмережах мають віддзеркалювати основні цілі та стратегію адвокаційної кампанії й бути своєрідним підсилювачем цієї кампанії. Наведіть основні інструменти, що використовуються в соцмережах з адвокаційними цілями.

СЛАЙД 48
Наведіть приклад застосування соцмереж для адвокації. У Колумбії організація «Колумбійська ініціатива щодо захворюваності на хронічні захворювання»/Mesa Colombiana de incidencia frente a las Enfermedades Crónicas (MECIEC) розпочала багатокомпонентну кампанію, щоб переконати колумбійський парламент схвалити запропонований податок на солодкі напої як економічно ефективний засіб запобігання їх споживання.

Соціальні мережі були ключовим компонентом кампанії в комунікації з громадськістю, тоді як кампанія «Tómala En Serio» була успішною в об'єднанні організацій

громадянського суспільства, щоб відстояти політику, яка була відносно нова в країні; також ця кампанія допомогла спозиціонувати тему оподаткування солодких напоїв як основний пріоритет у майбутній податковій реформі.

Зауважте, що соцмережі в цьому кейсі охоплювали такі формати, як відео, фото, хештеги, дописи.

СЛАЙД 49
На цьому слайді показано, як через відео на ютубі Альянс з НІЗ (NCD Alliance) залучає стейкхолдерів до участі в зустрічі ООН з НІЗ, а також приклад допису, який демонструє участь президента в адвокаційних заходах, що має на меті показати приклад іншим стейкхолдерам і залучити їх до подальших активностей на тему НІЗ.

СЛАЙД 50
Виконайте з учасниками завдання 3, пояснення до якого наведене в розділі 3.

СЛАЙДИ 51 – 52
Перейдіть до наступного розділу модуля – адвокаційні кампанії. Поясніть роль адвокаційної кампанії в питанні адвокації. Можна проводити й просто окремі адвокаційні активності, але вони не матимуть такого впливу й сили, як адвокаційні кампанії, які залучать одразу кілька інструментів.

СЛАЙДИ 53 – 61
Наведіть приклади адвокаційних кампаній – однієї бразильської та однієї української.

Бразильська кампанія з випуску попереджувальних етикеток про нездорову їжу «Right to Know».

У Бразилії була проблема: значна частина населення споживала ультраоброблену їжу, що призвело до масового зростання показників надмірної ваги та ожиріння в країні.

Бразильський інститут прав споживачів провів дослідження, яке виявило, що споживачам потрібна чітка й зрозуміла інформація про харчові продукти, щоб допомогти їм зробити здоровіший вибір.

Було вжито таких заходів:

2014 р. – Бразильський інститут прав споживачів провів дослідження, яке стало основою адвокаційних втручань.

2014 р. – Бразильська агенція з нагляду за здоров'ям (ANVISA) та зацікавлені сторони з громадянського суспільства, харчової промисловості та інших організацій сформували робочу групу з розробки нової системи маркування харчових продуктів. Група узгодила потребу запровадження системи попередження населення про ризики для здоров'я оброблених харчових продуктів з високим вмістом солі, жиру та цукру.

2017 – Робоча група запропонувала ANVISA дві основні моделі маркування: «значок лупи» та «чорні трикутники».

2017 – Стартувала кампанія «Право знати» (Right to Know), націлена на протидію оманливій інформації про харчові продукти та напої.

2019 – Проведено громадські консультації для залучення громадськості до визначення найефективнішої моделі маркування харчових продуктів.

2020 – Проведено адвокаційну кампанію з метою тиску на уряд, щоб затвердити нову систему маркування.

Жовтень 2020 р. – Рішення ухвалено, нова система маркування набуде чинності з жовтня 2022 року.

Докладно із цим кейсом можна ознайомитися за посиланням – https://is.gd/0p16j3

Українська адвокаційна кампанія за ухвалення антитютюнового законопроєкту

Кампанія бере початок ще з 2015 року, коли було зареєстровано антитютюновий євроінтеграційний законопроєкт на основі Директиви 2014/40/ЕС, яка є частиною Угоди про асоціацію України та Європейського Союзу. ГО «Центр громадянського представництва «Життя» (ГО «Життя) надала народним депутатам України експертну підтримку в розробці законопроєкту, який був зареєстрований у Верховній Раді України. Внаслідок втручання тютюнової індустрії цей законопроєкт не був розглянутий у Парламенті 8-го скликання та був автоматично відкликаний після обрання наступного складу ВРУ. 2019 року, після виборів до Парламенту 9-го скликання, розпочався новий етап адвокаційної кампанії за ухвалення вже нового законопроєкту №4358.

Законопроєкт, серед іншого, пропонував таке:

- цілком заборонити куріння тютюнових виробів та електронних сигарет на робочих місцях (без жодних виключень);
- заборонити виробництво та продаж ароматизованих тютюнових виробів і рідин для електронних сигарет з ароматизаторами та смаковими добавками;
- заборонити продаж тютюнових виробів для нагрівання та електронних сигарет дітям;
- заборонити рекламу тютюнових виробів для нагрівання, пристроїв до них та електронних сигарет;
- збільшити розміри медичних попереджень на пачках сигарет (з 50 % до 65 % площі пачки) та запровадити медичні попередження на електронних сигаретах;

- заборонити розміщення тютюнових виробів у точках продажу (ця норма була виключена із законопроєкту на етапі його доопрацювання).

ГО «Життя» активно працювала з депутатами ВРУ, створила рух з партнерських громадських організацій і мобілізувала активістів у регіонах. Основний акцент було зроблено на таке:

– постійна підтримка теми в медійному просторі, в тому числі проведення вуличних акцій і перформансів (те, що приваблює ЗМІ);

– робота з народними депутатами (зокрема, комітетом ВРУ з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування);

– робота з науковцями та медичними працівниками для забезпечення експертизи під час комунікації теми;

– співпраця з міжнародними та громадськими організаціями, що працюють у сфері охорони здоров'я для координації зусиль та об'єднання ресурсів (у т. ч. і для проведення заходів).

На **СЛАЙДІ 60** наведено приклади «вуличних акцій», які проводила ГО «Життя».

На фото зліва представлено акцію **Йога на свіжому повітрі «Дихай вільно у світі без тютюну»**, яка відбулася 30–31 травня та 1 червня 2019 року в 10 містах України з нагоди Всесвітнього дня без тютюну.

Мета акції була продемонструвати народним депутатам суспільну підтримку законодавчим крокам, які допомагають розв'язанню проблеми залучення дітей і молоді до куріння та дозволяють посилити антитютюнове законодавство. У регіонах України участь у подіях взяли понад 700 осіб, у Києві – понад 250 осіб.

На фото праворуч зображено **медіаподію, що відбулася 19–29 листопада 2019 року з нагоди Міжнародного дня відмови від куріння.** Метою було привернути увагу до проблеми упаковки тютюнових виробів. Це одна із норм, включених до законопроєкту 4358. Подібні медіаподії та флешмоби відбулися ще в 10 містах України: Вінниці, Луцьку, Житомирі, Кропивницькому, Львові, Рівному, Сумах, Херсоні, Полтаві та Тернополі.

Результат потужної адвокаційної кампанії (**СЛАЙД 61**) – ВРУ ухвалила законопроєкт у другому читанні (грудень 2021 року). Адвокаційна кампанія, проведена ГО «Життя», була підхоплена медіа, які широко висвітлювали проблему необхідності посилення антитютюнового законодавства та захисту дітей і молоді від шкідливого впливу тютюну. Це забезпечило зростання суспільного запиту на розв'язання цієї проблеми. 2019 року першою реакцією влади на суспільний запит щодо посилення антитютюнового законодавства стало ухвалення закону, який охоплював одну із норм законопроєкту 4358 – заборону продажу електронних сигарет і рідин до них неповнолітнім. Окрім того, вчергове було підвищено акцизи на тютюнові вироби тощо.

Докладніше з інформацію про цю адвокаційну кампанію можна ознайомитися за посиланням – https://is.gd/lzdpQm

На **СЛАЙДАХ 62 – 74** представлено етапи підготовки адвокаційної кампанії

СЛАЙД 63
Озвучте всі етапи підготовки адвокаційної кампанії

СЛАЙД 64
Назвіть три пункти, що охоплюють крок 1 – визначення цілей кампанії.

Деталізуйте поняття «наслідків». Поясніть, що наслідки можуть бути соціальними, економічними та політичними. Кожен з наслідків зачіпає інтереси певних осіб, груп та організацій. Отже, наявні (або можливі) наслідки є інструментами впливу (та залучення) окремих громадян, соціальних груп та інституцій до нашої адвокаційної кампанії. Крім того, ці аргументи впливатимуть на ухвалення представниками органів влади необхідних нам рішень.

Деталізуйте пункт 3 – «визначення мети та завдань адвокаційної кампанії»:

Поясніть, що мета повинна віддзеркалювати ті проміжні та довгострокові результати (позитивні зміни в ситуації), які ми хочемо отримати під час проведення кампанії. Визначення мети ґрунтується на сформульованій темі адвокації. Завдання – це послідовні кроки, що мають забезпечити досягнення поставленої мети.

Здебільшого для формулювання мети використовуються іменники (проведення, забезпечення, вдосконалення тощо), тоді як завдання визначаються дієсловами (створити, провести, підготувати, залучити, поінформувати тощо).

СЛАЙД 65
Озвучте етапи кроку 2 – аналіз зацікавлених сторін. На цьому етапі учасники можуть використовувати вже розроблену карту стейкхолдерів (зацікавлених сторін).

СЛАЙД 66
Поясніть крок 3 – аналіз мішеней адвокаційної кампанії. Наголосіть, що мішені – це завжди особи, посадовці, але не органи влади, оскільки саме особи ухвалюють рішення.

Основні мішені – особи, від яких безпосередньо залежить ухвалення рішення. Залежно від ситуації це можуть бути: міський (сільський) голова, депутати місцевої ради та інші офіційні особи.

Альтернативні мішені – ті, хто також має можливість ухвалювати рішення, наприклад заступник міського голови або голова відповідної комісії ради. Альтернативна мішень – це своєрідний план «Б» для нашої кампанії. Якщо виникнуть ускладнення з основною мішенню, буде потрібний інший посадовець, який має

достатньо важелів впливу, щоб забезпечити ухвалення необхідного рішення.

Офіційні мішені – керівники органів влади (в багатьох випадках збігаються з основною мішенню), до яких офіційно звертаються та котрі підписують відповідні документи.

Мішені доступу – це ті, хто може надати нам доступ до основної мішені. Ця особа (особи) може бути помічником, секретарем, керівником відділу або навіть водієм основної мішені.

Мішені підтримки – це інші посадовці, які також можуть бути зацікавлені в ухваленні відповідного рішення (наприклад, начальники управлінь соціального захисту, охорони здоров'я, освіти, культури тощо).

СЛАЙД 67
Назвіть, з яких джерел потрібно збирати інформацію під час планування адвокаційної кампанії.

СЛАЙД 68
Поясніть крок 5 – формування позиції.

Для формування виваженої зовнішньої позиції з питання, що адвокатується, рекомендовано спершу підготувати декілька документів для внутрішнього користування, зокрема:

- аналіз альтернатив: цей стислий документ містить основну інформацію про питання, яке адвокатується, його перспективи та наслідки, а також можливі способи реагування з вашого боку;

- ключові повідомлення (зокрема, ваші аргументи в порядку їхнього соціального значення) окремо для кожної ключової аудиторії: органів влади самоврядування, медіа, експертної спільноти тощо;

- перелік складних запитань: сформулюйте свою аргументацію у вигляді провокаційних запитань, які б поставили ваші опоненти, й підготуйте на них відповіді.

СЛАЙД 69
Поясніть крок 6 – розробка стратегії та обрання інструментів адвокації

Важливо продумати такі складові адвокаційної стратегії з урахуванням поставлених цілей:

- Ключові аудиторії: на кого вам потрібно вплинути (органи влади або самоврядування) й кого можна залучити для розв'язання питання (інші організації, експерти, медіа тощо)? Потрібно визначити як формальних, так і неформальних стейкхолдерів у контексті вашого питання.

– Аргументація: що саме хочуть почути особи, які ухвалюють рішення, й інші ваші аудиторії? Важливо розробити переконливі ключові повідомлення для кожної з цих аудиторій.

– Публічні спікери: кому довіряють ваші ключові аудиторії? Проаналізуйте, хто може бути найпереконливішим публічним комунікатором із кожною з них.

– Комунікаційні канали: які засоби донесення вашої позиції до кожної з аудиторій здаються вам оптимальними з огляду на всі істотні обставини та наявні ресурси? Подумайте над тим, яке поєднання комунікаційних каналів допоможе вам ефективно та в найкоротші терміни поширити ваші аргументи серед ключових осіб і груп.

СЛАЙД 70
Озвучте схему формування ключового повідомлення. Поясніть 5 кроків:

Аудиторія. Хто є вашою аудиторією та чого вона прагне?

Дія. До якої дії ви закликаєте аудиторію?

Конкурентна поведінка. Чим ваша аудиторія займається зараз? Чого від неї вимагають інші?

Винагорода. Що може мотивувати аудиторію до дії?

Підтримка. Що робить дію, до якої ви закликаєте, реальнішою та можливішою.

СЛАЙД 71
Наведіть приклад ключового повідомлення за наведеною на слайді схемою.

СЛАЙД 72
Озвучте кроки 7 та 8 у підготовці адвокаційної кампанії. Обрання інструментів адвокації може відбуватися бути з-поміж прямої взаємодії з органами влади, взаємодії з медіа, інструментів прямого впливу чи соціальних медіа.

Створення коаліції вже розглядалися в розділі «формування альянсів».

СЛАЙД 73
Поясніть докладніше крок 9 – розробка та впровадження плану дій.

План дій можна спростити до схеми, наведеної вгорі слайду. Але краще включити якнайбільше складових, що стосуються саме вашої конкретної кампанії, а саме:
– термін, на який розрахований цей план;

– органи та особи, на яких потрібно вплинути, й необхідні дії щодо цих органів/осіб (організація зустрічей, надсилання листів, запрошення на публічні заходи, тобто поширення вашої позиції серед тих, хто ухвалює рішення);

– перелік третіх осіб – потенційних союзників, залучених до кампанії (інші організації, експертна спільнота, лікарі тощо) й канали комунікації з ними (листи, дзвінки, зустрічі тощо);

– терміни виконання запланованих дій;

– відповідальні особи з боку вашої організації та союзників по коаліції;

– проміжні результати контактів з кожним центральним органом влади або органом самоврядування, на які вам необхідно вплинути, під час впровадження кампанії;

– календар урядових подій на період впровадження плану дій (наприклад, засідання ключового для вас урядового комітету, парламентські слухання, міжнародні політичні заходи – усе, що можна використати для прямого контакту з представниками важливих для вас органів).

СЛАЙД 74
Назвіть етапи оцінювання результатів кампанії, зазначені на слайді.

СЛАЙДИ 75 – 78
Озвучте додаткові рекомендації для ефективної адвокації, представлені на слайді.

Поясніть, що залучення людей з НІЗ є критичним для посилення впливу адвокаційних кампаній. А історії реальних людей дуже добре працюють і викликають довіру.

Варто визначити, зважуючи на потреби й особливості аудиторії, які спікери будуть найрелевантнішими й такими, що викликатимуть довіру. Спікери мають бути обізнані з ключовими адвокаційними повідомленнями кампанії та доносити їх через визначені канали й інструменти.

Заохочуйте учасників ділитися успішними адвокаційними практиками в майбутньому та переймати досвід один одного.

СЛАЙДИ 79 – 81
Перейдіть до частини «Як інструменти адвокації можуть бути використані в контексті Національного плану заходів щодо НІЗ та досягнення ЦСР (ціль 3.4)». Нагадайте, що ціль 3.4. передбачає до 2030 року скоротити на третину передчасну смертність унаслідок неінфекційних захворювань шляхом їх профілактики та лікування, а також сприяти психічному здоров'ю та добробуту населення.

Також нагадайте учасникам, що в липні 2018 року Кабінет Міністрів України ухвалив Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку.

Затвердження Національного плану щодо НІЗ важливе для ефективного

використання обмежених ресурсів, особливо в умовах високого тягаря захворювань. Цей інструмент спрямований на зниження захворюваності та смертності внаслідок НІЗ та покращення якості життя пацієнтів із НІЗ. Пріоритетом має бути забезпечення виконання плану дій та бюджету.

Наведіть приклади того, що можна адвокатувати в межах Національного плану дій щодо НІЗ.

СЛАЙДИ 82 – 83
Підбийте підсумки модулю. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам'ятати.

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЇ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

ЗАВДАННЯ 1. Визначення адвокаційних цілей (15 хвилин)

1. Попросіть учасників поділитися на ті самі 5 груп, у яких вони працювали під час попереднього модуля з комунікацій (якщо цей модуль йде за модулем із комунікацій) і запропонуйте учасникам попрацювати з тими самими кейсами.

   За бажанням учасники можуть змінити свої групи. Але за умови, що загальна кількість людей у групах залишиться незмінною.

2. Кожна група отримує один кейс (див. додаток 2.1).

   Група 1. Кейс 1: алкоголь
   Група 2. Кейс 2: куріння
   Група 3. Кейс 3: хронічні захворювання легень
   Група 4. Кейс 4: фізична активність
   Група 5. Кейс 5: цукровий діабет

Додаток 2.1. КЕЙСИ ДЛЯ ГРУПОВОЇ РОБОТИ

КЕЙС 1. У селищній громаді, яка знаходиться неподалік обласного центру, мешкає 16 365 осіб. Керівництво школи стурбоване тим, що школярі 9–11 класів мають легкий доступ до алкоголю, часто випивають у вечірні години біля школи, де часто виникають бійки та суперечки. У супермаркеті проводиться контроль продажу алкоголю неповнолітнім, але немає перешкоди, якщо алкоголь купують для дітей старші люди. На території громади є також точки продажу нелегального алкоголю. Бесіди про шкоду вживання алкоголю не дали результату. Переважно діти п'ють легкі алкогольні напої. Батьки старшокласників вважають, що немає нічого страшного в тому, що діти випивають легкі алкогольні напої, але більшість забороняє їм пити міцні. У громаді немає чим зайнятися молоді в вечірні години – відсутні секції, гуртки тощо. Діти цікавляться кіберспортом, слухають реп і відвідують школу не заради навчання, а щоб бути в компанії однолітків.

КЕЙС 2. У сільській громаді мешкає 7 350 осіб. Соціальні служби звернули увагу, що в сім'ях, які перебувають в складних життєвих обставинах, більшість дорослих курять у приміщенні. Дорослі не вважають на присутність інших дорослих або дітей і курять у квартирах і будинках, у яких мешкають. Сім'ї переважно малозабезпечені, неповні; дорослі мають робітничі професії. Є родини, в яких курять всі дорослі – батьки, бабусі, дідусі. Діти з цих родин починають курити в середньому в 13–14 років. Доступ до сигарет легкий; є практика вирощування тютюну на городі. Медичні працівники спостерігають легеневі проблеми, розповідають про шкоду куріння та пасивного куріння, але родини до них не дослухаються.

КЕЙС 3. У селищній громаді мешкає 19 300 осіб. Восени деякі мешканці громади палять траву та сміття. Переважно роблять це вночі, коли інші люди сплять, бо в громаді введені за це штрафи. Мешканці скаржаться, що вони не можуть відкривати вікна/кватирки вночі, а лікарі помітили, що в цей період загострюється стан людей із хронічними захворюваннями легень. У громаді немає системи утилізації сміття. Люди, які спалюють траву та сміття кажуть, що так вони роблять громаду чистішою.

КЕЙС 4. У міській громаді мешкає 250 000 осіб. Під час пандемії коронавірусу рівень фізичної активності населення дуже знизився, особливо серед представників «офісних професій». Тренажерні зали довгий час були закриті; заняття на вулиці доступні; спортивних майданчиків достатньо, але на них переважно займається молодь. Люди старші за 30 років стали менше ходити пішки, мінімізуючи перебування в громадських місцях та на вулиці. Пересування велосипедами непопулярне, бо відсутні велосипедні доріжки. У вільний час люди віддають перевагу пасивному відпочинку – дивитися телевізор, пити пиво з друзями, лежати на дивані. Міська рада пасивно ставиться до того, наскільки громада є активною.

КЕЙС 5. У міській громаді мешкає близько 350 000 осіб. Кількість офіційно зареєстрованих людей із цукровим діабетом – 10 500, що становить приблизно 3 % від загальної кількості мешканців. За підрахунками експертів, 8 % українців хворіють на цукровий діабет, більша кількість яких має діабет другого типу. Це люди старші за 45 років, люди із зайвою вагою та ожирінням, люди, які мають родичів із цукровим діабетом. Опитування показало, що рівень обізнаності стосовно діабету та його чинників ризику низький; люди не знають, як і де вони можуть пройти діагностику та чи є вони в групі ризику.
Допомогти в розв'язанні питання може рання діагностика цукрового діабету 2 типу на рівні первинної медичної допомоги через проведення масового скринінгу.

3. Зважаючи на інформацію, наведену для кожного кейсу, попросіть групи виконати завдання в такому порядку:

   1) Сформулюйте, які адвокаційні цілі можуть бути доречними в межах вашої проблеми?

   2) Визначте, хто є об'єктом адвокації, виходячи з цілей (тобто ті, кому адвокатуємо).

   3) Проаналізуйте, в чому полягає корінь проблеми для вашого об'єкта адвокації (Не обізнані з проблемою? Не підтримують її розв'язання? Не мають коштів? Або інші)

   4) Виходячи з попереднього пункту, перегляньте ще раз ваші цілі й за потреби переформулюйте.

   Покажіть слайд 18 про розмежування комунікаційних та адвокаційних цілей і попросіть учасників зважати на нього.

   На виході в кожної команди має бути 1–3 адвокаційні цілі.

   Учасники виконують завдання в групах упродовж 10 хвилин.

   Кожна група представляє коротко свій кейс та адвокаційні цілі (по 1 хв на групу, загалом – 5 хвилин).

4. Після завершення виступу груп надайте коментарі щодо доцільності використання тих чи інших інструментів.

ЗАВДАННЯ 2. Розробка карти стейкхолдерів (25 хвилин)

1. У наявних групах учасники мають розробити попередній варіант (драфт) карти стейкхолдерів. Повноцінна розробка карти займає достатньо багато часу – від годин до днів, а це завдання має на меті дати учасникам можливість попрактикуватися у визначенні стейкхолдерів і зрозуміти логіку підготовки карти стейкхолдерів.

   Покажіть на екрані слайд 27 із таблицею. Роздайте аркуші з таблицею та матрицею – по 1 на групу.

2. Дайте завдання учасникам (саме в такому порядку):

   1) Визначити коло суб'єктів – виписати всіх можливих стейкхолдерів відповідно до поставлених учасниками адвокаційних цілей у межах їхнього кейса.

   2) Провести аналіз стейкхолдерів (мінімум – 3-х ключових) за такою таблицею (таблицю, яку можна роздрукувати для учасників, наведено у додатку 2.2):

3) Обговорити та позначити, де місце цих стейкхолдерів на матриці, наведеній на аркуші (матрицю, яку можна роздрукувати, наведено у додатку 2.2):

Учасники виконують завдання в групах упродовж 15 хвилин.

Після цього кожна група коротко представляє свою карту стейкхолдерів (по 2 хвилини на групу, загалом – 10 хвилин).

2. Після завершення виступу груп надайте коментарі щодо розроблених карт стейкхолдерів.

ЗАВДАННЯ 3. Визначаємо адвокаційні втручання (10 хвилин)

1. У межах сформованих робочих груп попросіть учасників підготувати перелік можливих інструментів адвокації з-поміж усіх можливих: пряма взаємодія, вплив через медіа, акції прямої дії, соціальні мережі тощо, в межах адвокаційних цілей за їхнім кейсом.

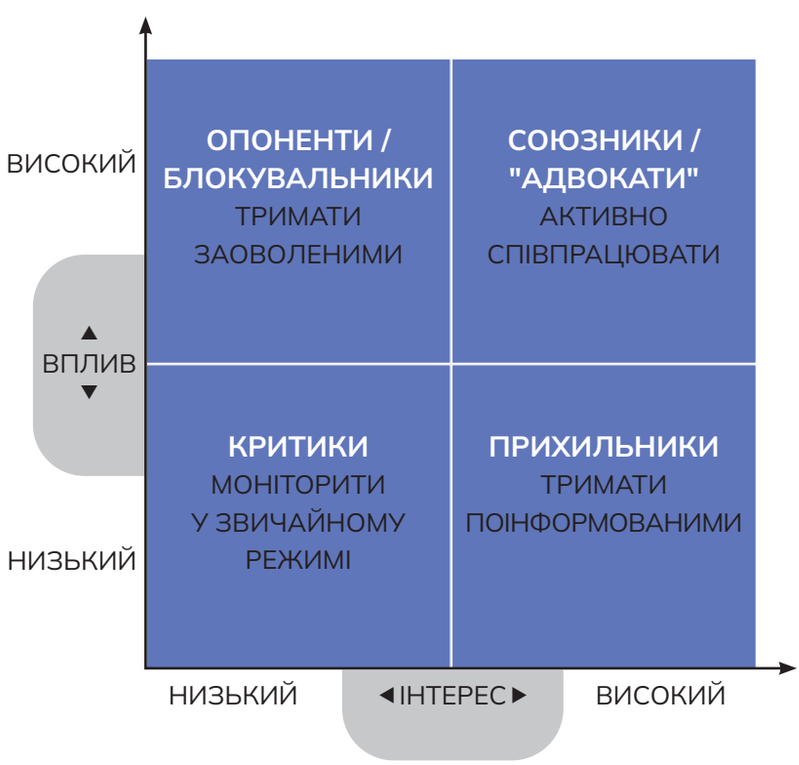
   Учасники виконують завдання в групах упродовж 5 хвилин.

   Після цього кожна група коротко представляє запропоновані інструменти адвокації для свого кейса (по 1 хв на групу, загалом – 5 хвилин).

2. Після завершення виступу груп надайте коментарі щодо доцільності тих чи інших інструментів.

Додаток 2.2.

Установа	Людина / посада	Інтерес в межах нашої теми / Болі	Як ми можемо адресувати його/її болі або допомогти досягнути визначених пріоритетів?	Знання про вашу організацію	Навіщо вони нам потрібні і що ми хочемо, щоб вони робили/ думали...?	Конкретні дії, яких будемо вживати



Базова матриця стейкхолдерів

Запитання для оцінювання знань за результатами проходження БЛОКУ 3 «Промоція здоров'я, комунікації та адвокація у сфері неінфекційних захворювань»

МОДУЛЬ 7: Промоція здоров’я та профілактика НІЗ

1. **Промоція здоров'я є завданням:**
   a. Сектору охорони здоров'я
   b. Сектору громадського здоров'я та економіки
   c. Соціального сектору
   d. Усіх секторів політики
2. **Навчання здоров'ю – це...**
   a. Промоція здоров'я
   b. Навчання навичкам здорового способу життя
   c. Ознайомлення з нормативно-правовою базою для підтримки здорового способу життя.
3. **Співпраця та міжсекторний підхід до промоції здоров'я передбачає залучення:**
   a. Стейкхолдерів
   b. Представників громади
   c. Представників бізнесу
4. **Партнерська співпраця різних зацікавлених сторін потребує:**
   a. Координації лікарями первинної ланки
   b. Урядової координації
   c. Координації основною командою
5. **ВООЗ наголошує на важливості поєднати громадське здоров'я та**
   a. Медичні технології
   b. Профілактику НІЗ
   c. Первинну ланку надання медичної допомоги

6. **Основною проблемою щодо скринінгових програм в Україні є**

   a. Брак коштів

   b. Неналежне державне регулювання

   c. Брак фахівців

МОДУЛЬ 8: Комунікації у сфері профілактики та контролю НІЗ. Зміна поведінки

1. **Розробка будь-яких комунікаційних активностей має починатися з відповіді на питання**

   a. Яка ціль комунікації?

   b. Яку проблему хочемо вирішити?

   c. Хто наша цільова аудиторія?

2. **На основі чого ми можемо об'єднувати людей в цільову аудиторію?**

   a. Тільки на основі географії та демографії.

   b. Тільки на основі цінностей.

   c. На основі всього переліченого.

3. **Скільки ключових повідомлень рекомендовано формулювати в межах 1 кампанії?**

   a. До 3-х

   b. До 5-ти

   c. До 10-ти

4. **Починати роботу зі ЗМІ треба**

   a. зі складання медіаліста з контактами

   b. з визначення інформаційного приводу

   c. з формулювання ключових повідомлень

5. **Яка характеристика не належить до типових функцій постів у соціальних мережах?**

   a. Проінформувати

   b. Розчулити

   c. Прозвітувати

6. **Нижче ви побачите ключові повідомлення за темою діабету. Кожне з них відповідає одній з трьох можливих комунікаційних цілей у сфері НІЗ. З якого повідомлення слід починати комунікаційну кампанію, якщо, наприклад, ви перші, хто починає комунікувати тему щодо необхідності перевіряти рівень цукру у жителів невеличкого села?**

   a. Підвищений цукор – це реальна проблема, яку треба діагностувати

   b. Рівень цукру в крові вказує на можливий розвиток цукрового діабету

   c. Зверніться до свого сімейного лікаря, щоб виміряти рівень цукру в крові

МОДУЛЬ 9: Адвокаційні стратегії у сфері профілактики та контролю НІЗ

1. **Що таке адвокація?**

   a. Взаємодія з органами влади усіх рівнів

   b. Взаємодія з широким колом зацікавлених осіб (стейкхолдерів) з метою представлення та просування певних інтересів

   c. Обидва варіанти

2. **Що може бути метою адвокації?**

   a. Внесення змін у чинне законодавство

   b. Забезпечення виконання законів

   c. Моніторинг ухвалених рішень

   d. Усі вищезазначені варіанти

3. **Який із цих показників можна НЕ аналізувати в карті стейкхолдерів**

   a. Попередній досвід стейкхолдера

   b. Релевантність стейкхолдера адвокаційним цілям

   c. Готовність стейкхолдера долучитися до вашої адвокаційної роботи

4. **Що з перерахованого є акцією прямого впливу?**

   a. Організація зустрічей із представниками органів влади на тему НІЗ

   b. Участь у робочих групах з окремих питань при державних органах

   c. Марш на підтримку адвокаційної тематики

5. **З чого треба починати розробку адвокаційної кампанії?**

   a. Визначення цілей кампанії

   b. Аналіз зацікавлених сторін

   c. Розробка стратегії

6. **Що із перерахованого не є адвокаційним інструментом?**

   a. Лист до місцевої адміністрації

   b. Проведення дослідження

   c. Пресконференція

ПРАВИЛЬНІ ВАРІАНТИ ВІДПОВІДЕЙ

Модуль 7
1 – d
2 – b
3 – a
4 – c
5 – c
6 – b

Модуль 8
1 – b
2 – c
3 – a
4 – b
5 – c
6 – b

Модуль 9
1 – c
2 – d
3 – a
4 – c
5 – a
6 – b

БЛОК 4.

ПОЛІТИКИ ТА СТРАТЕГІЇ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НІЗ

Місія громадського здоров'я – максимально поліпшити здоров'я і добробут населення. Робота щодо профілактики та контролю неінфекційних захворювань спрямована на збереження тривалості та якості життя значної кількості людей, які вже мають хронічні хвороби або потенційно можуть їх отримати.

Досягнути цієї місії можливо лише за допомогою певних кроків, які, по суті своїй і є політикою. У контексті громадського здоров'я політика – це просування та впровадження законів, нормативних актів або добровільних практик, які впливають на розвиток систем, організацій та індивідів з метою покращити їх здоров'я. При чому політика може здійснюватися як в секторі охорони здоров'я, так і в інших секторах, таких як освіта, сільське господарство, зайнятість, інфраструктура тощо. Власне, саме ефективна міжсекторальна співпраця часто може бути визначальною для досягнення успіху.

Важливо розуміти, що питання громадського здоров'я включене при формуванні політики на різних рівнях – міжнародному, національному, локальному. Однак, якщо міжнародні політики носять більше рамковий характер та визначають загальний напрям дій, то національна та локальні, або місцеві, політики стають основою для реалізації питань громадського здоров'я в межах конкретної країни, регіону, громади. До речі, правильне використання потенціалу громад дозволяє досягти хороших результатів, адже саме на рівні громади є найкраще розуміння наявних потреб, ресурсів та можливостей.

В контексті профілактики та контролю НІЗ важливу роль відіграють системи охорони здоров'я, адже саме вони часто мають перший контакт з пацієнтами та можуть надавати не лише лікувальні, але й профілактичні послуги. Разом з тим, практично усі системи охорони здоров'я функціонують в умовах обмежених ресурсів за наявності великої кількості проблем, які потребують розв'язання. Саме тому важливо вміти правильно визначати пріоритети у сфері профілактики та контролю НІЗ.

Згадані питання будуть розглянуті в цьому блоці, що складається із **5-ти навчальних модулів:**
Модуль 10. Політики та стратегії щодо НІЗ: від глобального бачення до локальних заходів.
Модуль 11. Роль системи охорони здоров'я у профілактиці та контролі НІЗ
Модуль 12. Встановлення пріоритетів у сфері профілактики та контролю НІЗ
Модуль 13. Управління НІЗ на рівні громад
Модуль 14. Міжсекторальна взаємодія у сфері профілактики та контролю НІЗ

МОДУЛЬ 10.
ПОЛІТИКИ ТА СТРАТЕГІЇ ЩОДО НІЗ: ВІД ГЛОБАЛЬНОГО БАЧЕННЯ ДО ЛОКАЛЬНИХ ЗАХОДІВ

ЗМІСТ

1. Вступ 236
2. Навчальні цілі 236
3. Короткий огляд модуля 237
3.1. Структура презентації 237
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 237
3.3. Практична робота 238
4. Підготовка до проведення модуля 238
4.1. Тривалість та структура модуля 238
4.2. Матеріали та обладнання 239
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 239
5. Список рекомендованої літератури 240
5.1. Література для ознайомлення перед навчальним курсом 240
5.2. Література для поглибленого самостійного вивчення теми 240
Додаток 1. Коментарі до презентації в PowerPoint 242
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 255
Запитання для оцінювання знань 356

1. ВСТУП

За даними Інституту медицини США, розробка політики є важливою функцією охорони здоров'я: вона включена в три з десяти основних служб охорони здоров'я. А фахівці з громадського здоров'я відіграють важливу роль у розробці політики, адже саме вони є носіями необхідної інформації.

Політика має враховувати багато аспектів – починаючи від потреб і закінчуючи наявними ресурсами, спиратися на наявний досвід, у тому числі і міжнародний, містити чіткі цілі та супроводжуватися планами дій для їх досягнення. Окрім того, політики мають розроблятися не лише для національного рівня, але й для регіонального і місцевого. Саме вони часто є найбільш дієвими з точки зору досягнення результатів, адже найбільше наближені до населення та його потреб.

У цьому модулі ми будемо розглядати здоров'я з точки зору питання формування політики, а також повчимося аналізувати і розробляти політики щодо збереження здоров'я на локальному рівні.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Наприкінці модуля учасники будуть знати та розуміти:

- рівні політики протидії НІЗ;
- поняття широкого соціального та політичного контексту, в якому формуються політики та програми з профілактики та контролю НІЗ на міжнародному і національному рівнях;
- міжнародні політики та стратегії щодо профілактики та контролю НІЗ, їх важливість та очікувані результати їх впровадження;
- Глобальний та Європейський плани дій щодо НІЗ;
- підхід «Здоров'я в усіх політиках»;
- національні регуляторні документи у сфері профілактики та контролю НІЗ;
- роль місцевих політик для досягнення успіху у сфері профілактики та контролю НІЗ;
- підходи на рівні населення та індивідуальні послуги щодо профілактики та контролю НІЗ;
- комерційні детермінанти здоров'я.

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Рівні політики протидії ВІЗ

ii. Контекст політики протидії ВІЗ

iii. Міжнародні та національні політики та підходи щодо профілактики та контролю ВІЗ.

iv. Місцеві політики щодо профілактики та контролю ВІЗ.

v. Аналіз та формування політики протидії ВІЗ.

vi. Комерційні детермінанти здоров'я.

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модуля.
Коментарі до слайдів наведено в додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

- Політика – це особливий вид відповіді держави (висловлювання намірів щодо майбутніх дій) на екологічні, економічні, структурні та інші виклики. Відповідь може бути у вигляді політичних заяв, політичних дій та результатів політики.
- Рішення щодо політики часто відображаються у розподілі ресурсів.
- Політика громадського здоров'я визначається як закони, нормативні акти, дії та рішення, що впроваджуються в суспільстві з метою сприяти здоров'ю та забезпечити досягнення конкретних цілей щодо здоров'я.
- Політика у сфері громадського здоров'я носить мультисекторальний характер. Принцип збереження здоров'я має бути закладений в усіх політиках.
- Політика може варіювати від офіційного законодавства до інформаційно-роз'яснювальних заходів у громаді.
- Розробка політики є важливою функцією охорони здоров'я. Фахівці з громадського здоров'я відіграють важливу роль у розробці політики, проводячи дослідження, що стосуються політики, розвиваючи партнерство та заохочуючи ефективне використання ресурсів шляхом просування політики, заснованої на доказах.

- Щоб бути ефективним, рух проти НІЗ має вийти за межі глобальних експертів у сфері охорони здоров'я, розвивати громадянське суспільство та розвивати ширшу та інклюзивну глобальну структуру управління.

- Реагування на НІЗ необхідно адаптувати до місцевих умов, достатньо зосередити увагу як на профілактиці, так і на лікуванні захворювань

- Групування неінфекційних захворювань (НІЗ) в одну категорію захворювань покращило їхню пріоритетність.

- Економічні рамки, що передбачають зростаючі витрати та тягар, були ключовими для просування цього питання у порядок денний глобальної політики охорони здоров'я.

- Розробка та реалізація комплексної національної політики щодо НІЗ має вирішальне значення для запобігання та контролю тягаря НІЗ, що зростає.

- Проте навіть там, де існує національна політика щодо НІЗ, ефективне впровадження залишається на заваді через те, що між політикою та реалізацією є прогалини, і причини цього – багатофакторні:
  - низька поінформованість про національну політику щодо НІЗ;
  - недостатня ясність і структура для втілення політики в дії;
  - пріоритезація інфекційних захворювань і проблем з інтеграцією;
  - недостатнє фінансування реалізації політики з НІЗ;
  - погана координація співпраці;
  - недостатні людські ресурси та досвід;
  - неадекватний нагляд за НІЗ і низька якість даних.

- Критична залежність між сприятливим політичним середовищем і комерційною життєздатністю означає, що функція політики має працювати більш інтегровано з бізнесом, не ставлячи під загрозу цілісність своєї місії.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Робота в групах з виконанням завдань, презентацією результатів та їх подальшим обговоренням. Інструкції щодо практичної роботи наведено у додатку 2.

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. ТРИВАЛІСТЬ ТА СТРУКТУРА МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 180 хвилин (3 години):

- вступ та лекційна частина – 90 хвилин

- робота в групах та обговорення результатів – 75 хвилин
- підсумки модуля та тези для запам'ятовування – 15 хвилин

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

- презентація в PowerPoint;
- проєктор, екран та комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт і папір для фліпчарта, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/аркуші паперу та ручки/ олівці для всіх учасників;
- роздруковані таблиці для виконання практичного завдання.

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ

- Ознайомтеся з презентацією в PowerPoint та конспектами лекцій у додатку 1. Як приклади можна переглянути інші лекції, що стосуються політики у сфері громадського здоров'я, які ви можете знайти на YouTube:
  - https://www.productplan.com/glossary/stakeholder-analysis/
  - https://www.youtube.com/watch?v=Sye3kYfZ4po
  - https://www.youtube.com/watch?v=MjAH7YqKOSI
  - https://www.youtube.com/watch?v=NbX-qLWZBVg
  - https://www.youtube.com/watch?v=m8TWRA7zSIc

- Ознайомтеся з переліком рекомендованої літератури в розділі 5. Перелік створений для учасників курсу та поділений на дві частини: базова література, або література для ознайомлення перед навчальним курсом, і література для поглибленого самостійного вивчення теми. За декілька тижнів до початку навчального курсу варто запропонувати учасникам ознайомитися з переліком базової літератури. Перелік літератури не є вичерпним – Ви можете додати до нього ті джерела, які вважаєте цікавими та корисними для учасників.

- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та поміркуйте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої Ви проводитимете навчання.

- На окремих аркушах роздрукуйте кейси для практичної роботи (додаток 2), по одному примірнику на кожного учасника.

- Ознайомтеся з тестовими запитаннями до модуля та відповідями на них, що наведені наприкінці блоку 4.

5. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

5.1. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ОЗНАЙОМЛЕННЯ ПЕРЕД НАВЧАЛЬНИМ КУРСОМ

- Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region. URL: https://is.gd/VCnBRw
- Implementation of non-communicable disease policies from 2015 to 2020: a geopolitical analysis of 194 countries. URL: https://is.gd/38G1Pf
- Implementation of non-communicable disease policies: a geopolitical analysis of 151 countries. URL: https://is.gd/V9flv6
- WHO. Noncommunicable diseases. URL: https://is.gd/ZAwA3P
- Policy development and implementation in health promotion – From theory to practice: The ADEPT model. URL: https://is.gd/9dAElT
- Борьба с НИЗ: решения, оптимальные по затратам, и другие рекомендуемые мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. URL: https://is.gd/uoAM4r
- Практичне керівництво зі здоров'я у всіх політиках. URL: https://is.gd/3NjYYe
- Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. URL: https://is.gd/ciNyCf
- Талер Річард, Санстейн Кас. Поштовх. Як допомогти людям зробити правильний вибір? / пер. з англ. Ольга Захарченко. – К: Наш формат, 2017. – 312 с.
- Noncommunicable Disease Document Repository. URL: https://is.gd/clxLxe

5.2. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

- A History of the Public Health System. URL: URL: https://is.gd/j47Xr2
- Awofeso N. (2004). What's new about the «new public health»? American journal of public health, 94(5), 705–709. doi:10.2105/ajph.94.5.705
- Bridging the Gap on NCDs: From global promises to local progress – Discussion paper. URL: https://is.gd/vpu0Lh
- Cost-Effective Strategies for Noncommunicable Diseases, Risk Factors, and Behaviors (Chapter 5). URL: https://is.gd/N8LIg3

- CDC Policy Process. URL: https://is.gd/8KwEKa
- E4As Guide for Advancing Health and Sustainable Development (2021). URL: https://is.gd/2NI6oQ
- Framework for alcohol policy in the WHO European Region. URL: https://is.gd/OUmOw7
- Global policy: a seat at the table. URL: https://is.gd/tZ1Fo4
- Guide to Policy Analysis. URL: https://is.gd/5gK0MW
- Health in All Policies. URL: https://is.gd/Y5XBpA
- Health in All Policies: Improving Health Through Intersectoral Collaboration URL: https://is.gd/o0dTUi
- Hunter E. L. (2016). Politics and Public Health-Engaging the Third Rail. Journal of public health management and practice? JPHMP, 22(5), 436–441. URL: https://is.gd/bae5wa
- Igor Mayer, Els Van Daalen, Pieter Bots Perspectives on Policy Analysis: A Framework for Understanding and Design, January 2004. International Journal of Technology Policy and Management 4(2) DOI:10.1504/IJTPM.2004.004819. URL: https://is.gd/p5Sa8v
- Mendis S, Fuster V. National policies and strategies for noncommunicable diseases. Nat Rev Cardiol. 2009 Nov;6(11):723–7. doi: 10.1038/nrcardio.2009.171. PMID: 19851350. URL: https://is.gd/F4yAS1
- National NCDs stakeholders. URL: https://is.gd/hBvx2p
- Policy Analysis Aidan R. Vining, David L. Weimer, in International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition), 2015. URL: https://is.gd/iGLol5
- Porter D. The history of public health and the modern state. Introduction. Clio Med. 1994;26:1–44. PMID: 7526977. URL: https://is.gd/yuGqv8
- Public Health Services and Cost-Effectiveness Analysis URL: https://is.gd/LgZdfV
- Stakeholder Analysis Guidelines. URL: https://is.gd/Ejm0lL
- The commercial determinants of health. URL: https://is.gd/3CioPG
- The policy agenda for prevention and control of non-communicable diseases. URL: https://is.gd/Gl57pc

- THE POLITICS OF PUBLIC HEALTH POLICY Annual Review of Public Health Vol. 27:195–233 (Volume publication date 21 April 2006) First published online as a Review in Advance on October 19, 2005. URL: https://is.gd/VLouS5
- The role of context in implementation research for non-communicable diseases: Answering the 'how-to' dilemma. URL: https://is.gd/kSwqF1
- The role of local and regional authorities in prevention and control of NCDs: the case of Poland. URL: https://is.gd/8voGUy
- Toolkit for developing a multisectoral action plan for noncommunicable diseases (NCD MSAP Tool). URL: https://is.gd/pnnhhI
- WHO Regional Director for Europe's Advisory Council on Innovation for Noncommunicable Diseases. URL: https://is.gd/MHZJsv
- World Health Organization, Saving Lives, Spending Less: A Strategic Response to Non-communicable Diseases, 2018 URL: https://is.gd/trppFo
- Зачем нужна политика Здоровье–2020. URL: https://is.gd/q9JB6Z
- Методичні рекомендації з планування, моніторингу та оцінювання процесів відновлення. URL: https://is.gd/jPIXpY
- Цілі сталого розвитку. URL: https://is.gd/fkDNPp

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ В POWERPOINT

СЛАЙДИ 1 – 2

Розкажіть учасникам тренінгу, що ви розпочинаєте навчальний блок, присвячений питанням, пов'язаним з **політиками та стратегіями у сфері профілактики та контролю НІЗ**. Він складається з 5-ти модулів.

Модуль 10. Політики та стратегії щодо НІЗ: від глобального бачення до локальних заходів.
Модуль 11. Роль системи охорони здоров'я у профілактиці та контролі НІЗ
Модуль 12. Встановлення пріоритетів у сфері профілактики та контролю НІЗ
Модуль 13. Управління НІЗ на рівні громад
Модуль 14. Міжсекторальна взаємодія у сфері профілактики та контролю НІЗ

СЛАЙДИ 3 – 4
Скажіть учасникам, що перший модуль цього блоку розглядатиме політики та стратегії щодо ВІЗ як в глобальному контексті, так і в контексті локальному. Зробіть огляд презентації та розкажіть, про які теми в ній йтиметься.

СЛАЙДИ 5 – 6
Розпочніть лекцію з дискусії на тему «Що таке політика?»

Для більш активного обговорення поставте додаткові питання, зазначені на слайді 6.

СЛАЙДИ 7 – 9
Розгляньте теоретичні основи політики. Поясніть учасникам, що термін «політика» має дуже широкий спектр різних значень. Політика виникає в результаті процесу, і проблеми з політикою часто породжуються цим процесом. Для розробки політики, її розуміння, втручання – використовують інструмент «Аналіз політики».

Говорячи про концепції політики, варто пам'ятати таке. Політика – це особливий вид відповіді держави (висловлювання намірів щодо майбутніх дій) на екологічні, економічні, структурні та інші виклики. Ця концепція підрозділяється на політичні заяви, політичні дії та результати політики.

- Політична заява – це намір уряду зробити щось щодо певного питання.
- Політичні дії – це те, що робить держава для досягнення цілей, визначених у заяві.

Результат політики – це те, що відбувається в навколишньому середовищі (соціумі) у відповідь на політичні дії.

Також наголосіть на тому, що політика – це закон, стратегія, стандарт, положення, процедура, адміністративні дії, заохочення або добровільна практика урядів та інших установ. Рішення щодо політики часто відображаються у розподілі ресурсів.

Поясніть учасникам принципи державної (публічної) політики. Зазвичай, їх виділяють три.

Мультидисциплінарність: ґрунтування на здобутках, дослідженнях і методології суспільних наук (економічних, політичних, юридичних, управлінських) з виробленням власних наукових підходів.

Спрямованість на вирішення проблем: центром уваги суспільної політики є розв'язання реальних (життєвих) суспільних проблем.

Нормативність: орієнтованість на розв'язання реальних проблем з урахуванням наявних норм і суспільних цінностей, що визначають правила і критерії вибору певних варіантів дій влади.

СЛАЙД 10
Наголосіть на тому, що політика багато в чому залежить від наявних фінансових ресурсів. У 1930-х роках Гарольд Лассвелл визначив політику як змагання за те, хто, що, коли і як отримає. Ядро політики в розвинених демократичних країнах зводиться до грошей – навколо ставок оподаткування та використання зібраних грошей. Нині майже 40 % економічної вартості, виробленої в розвинених країнах, так чи інакше проходить через податки та державні бюджети. Політика вирішує, як будуть використовуватися такі ресурси.

СЛАЙДИ 11 – 12
При формування політики варто тривати в голові такі питання «Що?», «Коли і як?», «Хто отримує?». Власне відповіді на них дозволять конструктивно описати той чи інший підхід до вирішення проблеми.

Проговоріть з учасниками, які фактори зумовлюють формування політики, іншими словами, що дає поштовх та що має лягти в основу формування політики.

СЛАЙД 13
Розгляньте рівні політики. Наголосіть на тому, що наявність політик на кожному рівні є важливою, але, як правило, чим нижчий рівень, тим конкретнішою може бути політика.

СЛАЙДИ 14 – 15
Розгляньте нову роль політики: поєднання стратегії та діяльності.

Наголосіть, що стратегія в основному – це міжнародний рівень. Вона керується баченням і місією організації; на основі оперативної продуктивності та цілей інформує та реагує на політичний процес.

Політики відносяться переважно до національного рівня, що керується стратегією, але також забезпечує зворотний зв'язок у розробці стратегії, враховуючи галузеві тенденції, громадську думку, національний контекст та має сильний вплив на оперативну діяльність.

Діяльність здійснюється на усіх рівнях (національному, регіональному та місцевому) і керується визначеною стратегією та напрямом політики, забезпечує зворотній зв'язок у розробці стратегії та політики.

Зверніть увагу учасників на те, що глобальна (міжнародна) політика/стратегія має формувати національну політику/стратегію та діяльність щодо її реалізації.

СЛАЙД 16
Розгляньте структуру глобальної системи протидії ВІЗ.

Акцентуйте увагу на тому, що на глобальному рівні є три структурні елементи глобальної політики протидії ВІЗ:

– система глобального моніторингу, що включає дев'ять глобальних цілей;

– Глобальний план дій щодо НІЗ на 2013–2020 рр. містить дорожню карту для досягнення цього бачення;

– глобальний координаційний механізм (GCM) мобілізує багатосекторальні дії та ресурси для реалізації плану.

СЛАЙД 17
Наголосіть на тому, що входження України до світового співтовариства неможливе без забезпечення втілення міжнародно-правових стандартів у національне законодавство.

Обговоріть перелік організацій (представлені на слайді), які видають документи, що є джерелами міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я.

СЛАЙДИ 18 – 19
Перейдіть до розгляду контексту політики. Запропонуйте учасникам подивитися на національну систему реалізації політики протидії НІЗ. Обговоріть схему, представлену на слайді 19.

СЛАЙД 20
Акцентуйте увагу учасників на чотирьох складових, які важливо враховувати при розробці політики:

1. **Політичні обставини:** конкретні умови, за яких було виявлено проблеми громадського здоров'я, а також зв'язок між проблемами громадського здоров'я та іншими проблемами, з якими стикається суспільство.

2. **Політичні агенти:** партії, політики, державні службовці, групи тиску та ЗМІ.

3. **Керівні установи та органи прийняття рішень:** парламент, державні установи та інші державні органи на національному, міжнародному та місцевому рівнях.

4. **Політичні ідеї та ідеології:** особливо ті, які дотримуються уряд та впливові групи суспільства.

СЛАЙД 21
Зверніть увагу учасників на тому, що політика профілактики та боротьби з НІЗ повинна бути направлена на боротьбу з нездоровою поведінкою людей, включаючи вживання тютюну, нездорове харчування, відсутність фізичної активності та вживання алкоголю.

На цю поведінку впливають різний контекст: економічне зростання, глобалізація та незапланована урбанізація.

Зусилля медпрацівників у сфері медико-санітарної освіти та консультування можуть підвищити медичну грамотність і відіграють важливу роль. Однак змінити поведінку людей є складним завданням, і цього неможливо досягти лише за допомогою просвітницької роботи.

Сприятливе політичне середовище є фундаментальним для підтримки здорової поведінки. Це вимагає, щоб охорона здоров'я була ключовим фактором загальногалузевої державної політики в таких сферах, як транспорт, сільське господарство, освіта, фінанси, соціальні послуги та торгівля. Лише таке сприятливе політичне середовище може надати людям можливості та доступний вибір прийняти здорову поведінку щодо дієти, фізичної активності, вживання тютюну та алкоголю.

СЛАЙД 22
Зупиніться на соціально-економічному контексті політики протидії НІЗ, звертаючи увагу на тому, що:

- НІЗ загрожують прогресу на шляху до Порядку денного сталого розвитку на період до 2030 року, який містить ціль скорочення передчасної смертності від НІЗ на одну третину до 2030 року.

- Передбачається, що швидке зростання НІЗ перешкоджатиме ініціативам щодо скорочення бідності в країнах з низьким рівнем доходу, зокрема через збільшення витрат домогосподарств, пов'язаних з охороною здоров'я.

- Вразливі та соціально незахищені люди хворіють і помирають раніше, ніж люди з вищим соціальним становищем, особливо через те, що вони мають більший ризик піддатися впливу шкідливих продуктів, таких як тютюн, алкоголь, частіше неправильно харчуються і мають обмежений доступ до медичних послуг.

- Надмірно високі витрати на НІЗ, включаючи лікування, яке часто є тривалим і дорогим, у поєднанні з втратою доходу змушують мільйони людей щорічно зазнавати бідності та гальмують розвиток.

СЛАЙД 23
Попросіть 2–3 учасників висловить свої міркування щодо того, як вони розуміють контекст «здорової політики». Розкрийте слайд та підведіть підсумок.

СЛАЙДИ 24 – 25
Перейдіть до розгляду питання міжнародних та національних політик і підходів щодо профілактики та контролю НІЗ.

Покажіть, що впровадження рекомендованої ВООЗ політики щодо НІЗ з часом зростає. У середньому країни запровадили трохи менше половини політик щодо НІЗ, рекомендованих ВООЗ у 2017 році.

Зазначте, що політика, пов'язана з харчуванням, досягла успіху, тоді як політика, пов'язана з алкоголем і фізичною активністю, швидше за все, була скасована. Сукупні

показники впровадження, як правило, були найвищими в країнах з високим рівнем доходу, які інвестують в охорону здоров'я та освіту.

Найпоширенішими політиками були клінічні рекомендації, графічні попередження на упаковці тютюну та дослідження факторів ризику НІЗ.

У 2017 році середній показник впровадження політики щодо НІЗ становив 49,3 % (SD 18,4 %).

Саміт тисячоліття ООН у 2000 році по суті стимулював розвиток політики щодо протидії НІЗ. Після прийняття Декларації тисячоліття ООН, усі 191 держава-член Організації Об'єднаних Націй на той час і щонайменше 22 міжнародні організації взяли на себе зобов'язання допомогти досягти Цілей розвитку тисячоліття до 2015 року.

Україна приєдналася до Декларації Тисячоліття ООН і взяла на себе зобов'язання досягти цілей до 2015 року. Україна стала першою на пострадянському просторі країною, що у 2003 році адаптувала ЦРТ з урахуванням специфіки національного розвитку. Від 2004 року в Україні було розроблено три національні доповіді, в яких було викладено аналіз тенденцій, та низку щорічних моніторингових доповідей. У 2015 році Україною підготовлено підсумковий звіт про досягнення ЦРТ[1].

СЛАЙД 26

У 2015 році 193 країни взяли на себе зобов'язаннядо 2030 року скоротити передчасну смертність від НІЗ на третину в межах Цілей сталого розвитку. Країни-члени ВООЗ схвалили перелік рішень, оптимальних за витратами щодо НІЗ, які можна використовувати для боротьби з пандемією.

Розгляньте з учасниками середні показники реалізації кожної політики щодо НІЗ у 151 країні (2017 рік).

На графіку оцінка 0 означає відсутність впровадження або відсутність даних. Оцінка 0,5 означає часткове впровадження. Оцінка 1 означає повне впровадження.

Як уже зазначалося, у середньому країни впровадили трохи менше половини заходів щодо НІЗ, рекомендованих ВООЗ у 2017 році, і з часом впровадження повільно покращується. Найменш широко впроваджувалась ринкова політика, особливо та, що стосується ЗМІ щодо алкоголю та тютюну, а також надання серцево-судинної терапії. Потрібне подальше дослідження для вивчення регіональних і внутрішніх факторів, які впливають на реалізацію, зосереджуючись на країнах із надто ефективними та недостатніми показниками, визначеними цим аналізом.

СЛАЙД 27

Розкажіть учасникам про підхід «здоров'я в усіх політиках» (або «здорова державна

1 Національна доповідь «Цілі сталого розвитку: Україні» - https://is.gd/K68MjQ

політика»). Цей підхід ґрунтується на ідеї, що здоров'я починається з того, де люди живуть, працюють, навчаються та грають, і що на громадське здоров'я впливає не тільки індивідуальний вибір.

Фізичне та соціальне середовище, а також рішення та дії місцевого самоврядування, які формують це середовище, впливають на стан здоров'я.

Підхід «здоров'я в усіх політиках» покликаний забезпечити врахування питань здоров'я, благополуччя та справедливості при розробці та реалізації політик, програм і послуг традиційно не пов'язаних зі здоров'ям.

Мета підходу – забезпечення того, щоб особи, які приймають рішення, були поінформовані про наслідки впливу різних політик для здоров'я, справедливості та сталості.

СЛАЙДИ 28 – 29
Розгляньте з учасниками національні політики протидії ВІЗ, представлені на слайдах.

СЛАЙДИ 30 – 32
Перейдіть до розгляду питання ролі місцевих політик для досягнення успіху у сфері профілактики та контролю ВІЗ.

Розпочніть цей блок з дискусії. Попросіть учасників подумати і висловити свої аргументи на користь централізації чи децентралізації політики ВІЗ в Україні.

Підведіть підсумки дискусії, використовуючи слайд 32.

СЛАЙДИ 33 – 34
Розкрийте питання зобов'язань місцевої влади щодо усунення причин поганого здоров'я населення.

Акцентуйте увагу на тому, що представники регіональних та місцевих громад відповідають за заохочення мешканців своїх громад до зміни способу життя: правильного харчування, збільшення фізичної активності, частішого перебування на свіжому повітрі, проходження регулярних медичних оглядів тощо.

Скорочення поширеності неінфекційних захворювань також вимагає серйозних фінансових зусиль з боку місцевої влади. Зазначте, що в цілому, зобов'язання місцевих та регіональних громад щодо захисту здоров'я людини, зводяться до двох сфер:

– позитивної (обов'язок діяти) – створення хороших умов проживання та пропаганда здорового способу життя, що дозволяє уникнути ВІЗ;

– негативної (утримання від втручання у сферу здоров'я людини) – прийняття нормативних документів місцевого законодавства, які обмежують обсяг прав і свобод (наприклад, створення зон, вільних від куріння).

Як приклад величезного потенціалу місцевої влади у політиці протидії НІЗ, можна навести роботу громади Фінляндії у сфері ССЗ.

У 1972 році Фінляндія мала найвищий у світі рівень смертності від ССЗ. Експерти вивчили політику та фактори навколишнього середовища, що сприяють серцево-судинним захворюванням, і шукали ті фактори, на які можна вплинути – наприклад, збільшення доступності молочних продуктів із низьким вмістом жиру, антитютюнові ініціативи, покращення шкільного харчування тощо. Уряд країни використовував ЗМІ, школи, робочі місця та представників спорту, освіти та сільського господарства для навчання жителів. Через п'ять років було задокументовано значний прогрес у зниженні поширеності куріння, рівня холестерину та артеріального тиску у населення.

До 1992 року рівень смертності від ССЗ серед чоловіків віком від 35 до 64 років знизився на 57 відсотків. Програма була настільки успішною, що її було розширено, щоб включити інші захворювання, пов'язані зі способом життя, і використовувалася як модель для фахівців громадського здоров'я по всій країні та в інших країнах. Через двадцять років значне зниження рівня факторів ризику серцево-судинних захворювань, захворюваності і смертності пов'язали з реалізацією саме цього проєкту. Останні дані показують зниження смертності від ССЗ на 75 %.

СЛАЙДИ 35 – 42
Розгляньте з учасниками законодавство України, яке створює підвалини для політики протидії НІЗ як на національному, так і місцевому рівнях.

СЛАЙД 43
Попросіть учасників подумати та навести свої думки щодо проблем реалізації політики протидії НІЗ на регіональному / місцевому рівнях в їхніх регіонах.

СЛАЙД 44
Розкрийте слайд і представте проблеми реалізації політики протидії НІЗ на регіональному/місцевому рівнях.

- Розподіл політичних та адміністративних повноважень між органами місцевого самоврядування та центральним урядом відображає конфлікт між необхідністю впровадження політики охорони здоров'я та потребою місцевих громад знайти ефективні інструменти для захисту свого здоров'я від НІЗ.

- Відсутність співпраці між центральною владою, яка проводить незалежну політику у сфері охорони здоров'я, та місцевою владою, яка використовує лише частину державних коштів, що виділяються на охорону здоров'я, перешкоджає дискусії щодо пріоритетів на рівні суспільства та не стимулює мешканців прийняти позицію щодо того, як розподілити додаткові кошти в контексті протидії НІЗ.

СЛАЙДИ 45 – 46
Окремо зупиніться на питаннях економічної ефективності та доцільності політик з профілактики НІЗ.

Зазначте, що постійне зростання НІЗ свідчить про те, що підвищена політична увага та знання про стратегії профілактики ще не перетворилися на ефективну реалізацію політики на національному та місцевому рівнях. Наприклад, економічна ефективність профілактики була широко продемонстрована, зокрема у звіті ВООЗ за 2018 рік «Витрачаючи менше, рятуємо життя»[2].

Протягом останніх двох-трьох десятиліть аналіз економічної ефективності як допоміжний засіб для прийняття рішень дедалі більше оприлюднюється та обговорюється.

Обґрунтування **аналізу економічної ефективності** просте: ресурси завжди обмежені. Не все, що варто зробити, можна зробити, і не все, що можна зробити, варто робити.

Необхідно обирати. Прихильники аналізу економічної ефективності кажуть, що економічні дослідження необхідні для прийняття раціонального вибору.

Разом з тим, даних досліджень вкрай бракує і не лише в країнах з середнім та низьким рівнями розвитку. Високоякісні економічні оціночні дослідження відносно рідкісні навіть в таких країнах, як Великобританія і Канада, які відзначають невтішну відсутність порівнянних досліджень економічної ефективності профілактичних заходів.

СЛАЙДИ 47 – 48
Перейдіть до обговорення аналізу та формування політик протидії НІЗ.

Обговоріть з учасниками питання, представлені на слайді 48, для того, щоб краще зрозуміти, на чому варто фокусуватися при аналізі політик.

СЛАЙД 49
Представте учасникам та обговоріть з ними ключові настанови щодо аналізу політик.

СЛАЙД 50
На слайді наведено алгоритм восьми кроків, що варто застосовувати при аналізі політики.

СЛАЙДИ 51 – 52
Окремо зупиніться на питанні аналізу стейкхолдерів

СЛАЙД 53
Більш детально зупиніться на розгляді інструментарію для розробки багатогалузевого плану дій щодо НІЗ[3].

2 World Health Organization, Saving Lives, Spending Less: A Strategic Response to Non-communicable Diseases, 2018 https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NVI-18.8
3 Toolkit for developing a multisectoral action plan for noncommunicable diseases (NCD MSAP Tool)https://apps.who.int/ncd-multisectoral-plantool/home.html

Цей інструментарій допоможе комплексно підійти до створення багатогалузевого плану дій. Він включає в себе 5 модулів, які передбачають проведення всебічної оцінки, взаємодію із зацікавленими сторонами, переосмислення програми боротьби з НІЗ, розробку плану впровадження і його оцінку.

Модуль 1. Проведення комплексної оцінки (аналіз ситуації)

Перш ніж можна буде розробити міжгалузевий план дій, необхідно виконати певну важливу підготовку, щоб добре зрозуміти потреби населення в охороні здоров'я, переважаючі ризики та контекст, у якому буде реалізовано план.

Аналіз ситуації необхідний для того, щоб зібрати інформацію про специфіку тягаря НІЗ у конкретній місцевості, а також про характер і обсяг будь-яких заходів, які вже здійснюються для вирішення проблеми. Це допоможе країнам, регіонам, провінціям або містам, які прагнуть створити багатогалузевий план дій, узгодити його з глобальними зобов'язаннями щодо боротьби з чотирма основними НІЗ та їх детермінантами. Цей модуль веде користувача через процес збору інформації та побудови аналізу ситуації, що є критично важливим компонентом будь-якої політики, плану та програми, спрямованої на протидію НІЗ.

Модуль 2. Створення механізмів залучення зацікавлених сторін та управління

Залучення широкого кола зацікавлених сторін до процесу планування має вирішальне значення для сприяння міжсекторальним діям щодо профілактики та боротьби з НІЗ. Цей модуль надає необхідні інструменти та додаткові ресурси, щоб направляти користувача через процес роботи з командою для визначення зацікавлених сторін, оцінки їх відносної важливості та аналізу їх потенційної ролі в плані. Які зацікавлені сторони залучаються, скільки їх і які найбільш успішні методи залучення залежатиме від типу політики чи програми, оскільки загальновизнано, що національна, регіональна чи місцева відповідь на НІЗ не може обмежуватися лише сектором охорони здоров'я.

Модуль 3. Створення основи для дій

Цей модуль окреслює структуру дій щодо запобігання та контролю НІЗ, яка об'єднує ключові елементи багатогалузевого плану дій: бачення, місію та мету, цілі щодо НІЗ та базові вимірювання, стратегічні сфери та стратегічні цілі. Користувачеві пропонується виконати низку дій з розробки MSAP і використовувати форми, доступні для завантаження, щоб створити основу для власного плану.

Модуль 4. Розробка плану впровадження

Цей модуль містить вказівки щодо впровадження багатогалузевого плану дій. Завдяки серії дій з розробки MSAP команда розробляє план впровадження, використовуючи методи багаторазового голосування та підрахунку балів, щоб отримати низку пріоритетних втручань. Розробляється матриця реалізації, яка детально описує, як мають бути досягнуті пріоритетні заходи: види діяльності,

відповідальні керівники та часові межі, у яких вони працюють, основні етапи та результати, яких необхідно досягти, а також показники, за допомогою яких можна вимірювати досягнення. Для детального опису необхідних ресурсів надається калькуляційна таблиця. Користувачеві також пропонується розробити стратегії для впровадження.

Модуль 5. Оцінювання виконання багатогалузевого плану дій

Цей модуль містить детальні вказівки щодо того, як оцінити реалізацію плану, яку слід робити на регулярній основі, щоб визначити, чи досягає план своєї мети та поставлених результатів і чи виконується він ефективно. Добре продуманий підхід до оцінки може служити для мотивації зацікавлених сторін і посилення зусиль з адвокації на національному та місцевому рівнях. Те, як цього досягти, є важливою заключною частиною плану.

СЛАЙД 54
Зупиніться також на розгляді підходу ADEPT (Аналіз детермінант впливу на політику), який має на меті пояснити та вплинути на розробку політики та реалізацію впливу політики за допомогою чотирьох детермінант: цілей, зобов'язань, ресурсів і можливостей.

ADEPT надає простий у використанні, заснований на теорії та економний інструмент для розуміння і впливу на політичні процеси у зміцненні здоров'я. Більше того, оскільки він визначає потенційні «важелі впливу» та може бути легко пов'язаний з наявними методами розвитку громади чи нарощування потенціалу, він є особливо потужним інструментом для розробки політики і допоможе учасникам в роботі над розробкою їхніх політик.

СЛАЙД 55
Розгляньте разом з учасниками уніфіковану модель втручання на рівні громади. Наголосіть на важливості комплексного підходу та максимального залучення членів громади. А також зробіть акцент на такому: якщо ми хочемо досягти значимих змін (наприклад, знизити рівень захворюваності та смертності від НІЗ), нам потрібно змінювати поведінку людей на більш «здорову».

Зверніть увагу учасників на інформацію на **СЛАЙДАХ 56 – 57**. Це ті питання, на які учасники мають дати відповідь при розробці власних програм протидії НІЗ.

СЛАЙДИ 58 – 60
Перейдіть до розгляду комерційних детермінант здоров'я.

Зазначте, що комерційні детермінанти здоров'я впливають на широкий спектр наслідків для здоров'я, включаючи ожиріння, діабет, серцево-судинні здоров'я, рак, дорожньо-транспортні травми, психічне здоров'я тощо.

Комерційні детермінанти здоров'я впливають на кожного, але молоді люди особливо схильні до ризику, а нездорові товари погіршують наявну економічну, соціальну та расову нерівність.

Певні країни та регіони, такі як малі острівні держави та країни з низьким і середнім рівнем доходу, стикаються з більшим тиском з боку багатонаціональних гравців.

Існують ефективні заходи громадської охорони здоров'я для реагування на ці детермінанти, які є ключовими для відновлення здоров'я після COVID-19.

Такі комерційні детермінанти здоров'я, як «стратегії та підходи, що використовуються приватним сектором для просування продуктів, які є шкідливими для здоров'я».

Ця єдина концепція об'єднує низку інших: на мікрорівні до них належать споживча та здорова поведінка, індивідуалізація та вибір; на макрорівні – глобальне суспільство ризику, глобальне суспільство споживання та політична економія глобалізації.

Емпіричні докази можна знайти у зростаючій кількості міжнародних торговельних угод, невблаганному проникненні на ринок у країнах із низьким і середнім доходом, а також у таких показниках, як MSCI Consumer Staples Index (охоплює тютюн, продукти харчування та напої). Останній зріс на 200 % у країнах з низьким і середнім доходом за останнє десятиліття.

Погане здоров'я, шкоду навколишньому середовищу, здоров'я та соціальну нерівність можна краще зрозуміти через призму комерційних факторів, де індивідуальна поведінка вважається зумовленою неадекватним середовищем.

СЛАЙДИ 61 – 62
Запропонуйте учасникам виконати практичну роботу, описану в додатку 2 до цього модуля.

Скажіть учасникам, що це вправа, яка дозволить попрактикуватися в аналізі та розробці політики.

Обговоріть результати практичної роботи, підведіть підсумки.

СЛАЙДИ 63 – 71
Наведіть приклади політики громадського здоров'я в царині протидії НІЗ в Україні.

СЛАЙД 64
Приклад щодо харчування. Нагадайте учасникам, що політика безпечності харчових продуктів полягає в тому, щоб гарантувати суспільству безпечну для споживання їжу.

Нові норми та підходи передбачені в законі України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів»[4].

4 Закон України від 23.12.1997 № 771/97-ВР «Про основніпринципи та вимоги до безпечності та якостіхарчовихпродуктів». URL: https://is.gd/nLnbMO

СЛАЙДИ 65 – 67
Поділіться з учасниками інформацію щодо вживання тютюну. Нагадайте про Рамкову Конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну (РКБТ ВООЗ) та норми національного законодавства, розробленого на її основі.

Розкажіть про те, що Україна має досить успішний досвід у оподаткуванні тютюнових виробів (Стаття 6 РКБТ ВООЗ). З 2008 року акцизи на тютюнові вироби підвищувалися стабільно, що стало одним з основних факторів скорочення споживання тютюну у нашій державі. Як можна побачити на графіку на слайді 67, з 2013 року кількість оподаткованих сигарет зменшилася з 75 млрд до 43 млрд штук у 2020 році, при цьому щорічні надходження до державного бюджету зросли з 19,9 млрд грн до 54,7 млрд грн у 2020 році, а кількість курців навпаки зменшилася – з 8,1 млн до 5,5 млн осіб.

Однак, крім зростання акцизів, скороченню поширеності куріння сприяли і інші заходи, здійсненні в рамках імплементації РКБТ.

СЛАЙДИ 68 – 69
Наведіть приклади політики громадського здоров'я щодо вживання алкоголю. Зазначте 5 етичних принципів і цілей Європейської хартії, що важливі в контексті зменшення поширеності вживання алкоголю.

Наведіть цифри смертності, спричиненої вживанням алкоголю в Україні. Наголосіть на тому, що Концепція державної політики щодо попередження негативних наслідків зловживання алкоголем на період 2012 – 2020 рр.так і залишилася проєктом Разом з тим, в Національному плані заходів щодо неінфекційних захворювань передбачено, що до 2030 року Україна має щонайменше на 10 % зменшити вживання алкоголю. Досягнення цієї цілі лишається під питанням.

СЛАЙДИ 70 – 74
Підбийте підсумки модулю. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам'ятати.

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЇ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

i. Розділіть учасників курсу на чотири груп, які працюватимуть окремо, та запропонуйте кожній групі обрати одну із нижченаведених тем (переконайтеся, що всі теми охоплені):

   a. Цукровий діабет

   b. Серцево-судинні захворювання

   c. Надмірне вживання алкоголю

   d. Ожиріння

ii. Роздайте учасникам перелік питань, на які вони мають відповісти.

iii. Дайте учасникам 45 хвилин та попросіть їх

- проаналізувати ситуацію в Україні щодо кожного питання (допоможіть їм зорієнтуватися щодо пошуку доказів актуальності питання, з яким вони працюють);
- визначити ключові проблеми;
- проаналізувати наявні політики та запропонувати політики, яких бракує (при формуванні політики варто переконатися, що саме за допомогою даної політики будуть досягнуті очікувані результати);
- продумати індикатори та показники для оцінки впровадження та впливу політики (при розробці індикаторів, учасники мають враховувати, що індикатори повинні бути
  - прості й зрозумілі для сприйняття;
  - вимірювані;
  - можуть бути перевірені;
  - доступні і практичні при зборі даних;
  - доречні й адекватні контексту;
  - надійні й об'єктивні, а також
  - враховують інтереси численних зацікавлених сторін),

- провести аналіз стейкхолдерів політики.

iv. Кожна група має підготувати коротку презентацію з аналізом ситуації та рекомендаціями щодо політик, які потрібно розробити.

v. Попросіть групи визначити одного представника, який представить результати роботи групи. Виділіть на це 30 хвилин.

vi. Після презентацій від груп обговоріть з учасниками ключові результати їх роботи.

МОДУЛЬ 11.
РОЛЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА КОНТРОЛІ НІЗ

ЗМІСТ

1. Вступ 258
2. Цілі навчання 260
3. Короткий огляд модуля 260
3.1. Структура презентації 260
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 261
3.3. Практична робота 261
4. Підготовка до проведення модуля 262
4.1. Структура та тривалість модуля 262
4.2. Матеріали та обладнання 262
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 262
5. Список рекомендованої літератури 263
5.1. Література для ознайомлення перед навчальним курсом 263
5.2. Література для поглибленого самостійного вивчення теми 263
Додаток 1. Коментарі до презентації в PowerPoint 264
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 286
Запитання для оцінювання знань 358

1. ВСТУП

Як ви вже знаєте, профілактика та боротьба з НІЗ мають бути спрямовані на поведінку людей, зокрема, включати профілактику таких факторів ризику, як вживання тютюну та алкоголю, нездорове харчування та брак фізичної активності. Як правило, на поведінку впливають економічне зростання, глобалізація та урбанізація.

Зусилля медичних працівників можуть підвищити грамотність населення у питаннях здоров'я і відігравати важливу роль у його збереженні.

Сприятливе політичне середовище є основоположним для підтримки здорової поведінки. Адже лише так люди можуть отримати вибір та можливості для ведення здорового способу життя. Відтак, здоров'я має бути ключовим фактором міжсекторальної державної політики.

Системи охорони здоров'я мають забезпечити основу для профілактики факторів ризику НІЗ, раннього виявлення та лікування захворювань, бажано за допомогою безперервного доступу до первинної медичної допомоги, що важливо з точки зору рівності та справедливості[1].

Для забезпечення справедливого догляду за НІЗ необхідна чітка політика системи охорони здоров'я. Забезпечити загальний доступ до всіх заходів з профілактики і контролю НІЗ, коли ресурси обмежені, є викликом. В таких умовах принаймні основний набір економічно ефективних заходів має бути доступним для всіх, залежно від потреби[2].

До таких заходів відносять: (i) виявлення та лікування осіб із високим ризиком; (ii) раннє лікування; (iii) запобігання рецидивам у тих, у кого діагностовано захворювання. Система охорони здоров'я також має бути налаштована для боротьби як з гострими, так і з хронічними проявами НІЗ[3], а справедливість має бути першочерговим питанням у наданні допомоги щодо НІЗ[4].

Системи охорони здоров'я несуть значні витрати на стаціонарне лікування пацієнтів з НІЗ в той час, як профілактиці приділено замало уваги. У порівнянні з більшістю інфекційних захворювань, діагностика та лікування НІЗ вимагають більше ресурсів через їхню вартість та довгострокові потреби в ліках. Низька доступність базових послуг у державному секторі змушує пацієнтів звертатися до приватного сектору,

1 World Health Report 2008 Primary health care—now more than ever, 2008. Geneva , World Health Organization
2 World Health Organization Package of Essential Noncommunicable (WHO-PEN) Disease , Interventions for Primary Health Care in Low Resource Setting, 2009World Health Organization
3 World Health Assembly, Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (NCDs, 2008, Geneva, World Health Organization,WHA A61/8
4 Commission on Social Determinants of Health Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, 2008 Geneva, World Health Organization, Final report

що призводить до значних витрат «з власної кишені»[5].

Пацієнти з НІЗ часто переривають лікування, відмовляються від подальшого спостереження або не дотримуються лікування через його високу вартість. У результаті цього виникають ускладнення НІЗ, наприклад, інсульти, інфаркти, ускладнення цукрового діабету (ретинопатії, діабетична стопа, враження нирок), які призводять до катастрофічних витрат домогосподарств.

Такий стан речей, на думку експертів і науковців, є результатом недоліків в управлінні, кадрах, фінансуванні охорони здоров'я, доступі до базової діагностики та ліків, координації догляду, медичній інформації та системах направлення[6].

Успіх програм профілактики та боротьби з НІЗ значною мірою залежить від інтеграції ресурсів, підходів до організації та надання послуг[7]. Крім того, важливо зосередитися на первинній медичній допомозі. Пацієнти з НІЗ або з ризиком їхнього розвитку потребують довготривалого догляду, який має бути проактивним, орієнтованим на пацієнта, безперервним та стійким. Таку допомогу можна ефективно надавати лише в системах охорони здоров'я, де пріоритетом є орієнтація на первинну медичну допомогу (ПМД)[8].

За допомогою скринінгових програм можна виявити людей із високим ризиком того чи іншого неінфекційного захворювання і запобігти його розвитку. Як відомо, ПМД є першим контактом для входу в систему охорони здоров'я, а отже, має найбільший потенціал для виявлення осіб із високим ризиком. ПМД є можливим, доступним і справедливим варіантом для охоплення людей, які потребують медичної допомоги з НІЗ.

Експерти ВООЗ рекомендують використовувати на рівні ПМД такий інструмент як пакет втручань щодо основних неінфекційних захворювань (PEN) (1) та рекомендований підхід загального визначення ризику для НІЗ[9]. Стратегія ВООЗ PEN призначена для інтеграції лікування діабету, серцево-судинних захворювань, хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ), раку у первинну медичну допомогу. Ці інструменти дозволяють виявляти та лікувати ці захворювання на ранніх стадіях для запобігання небезпечним для життя ускладненням. Пакет включає перелік ліків, які мають бути доступні в усіх закладах охорони здоров'я, і набір необхідних заходів, які країни можуть імплементувати та використовувати.

5 Mendis S, Fukino K,Cameron A, et al. The availability and affordability of selected essential medicines for chronic diseases in six low- and-middle-income countries, Bull World Health Organ, 2007, vol. 85: 279-288
6 World Health Organization Package of Essential Noncommunicable (WHO-PEN) Disease , Interventions for Primary Health Care in Low Resource Setting, 2009World Health Organization
7 Mendis S The policy agenda for prevention and control of non-communicable diseases British Medical Bulletin, Volume 96, Issue 1, December 2010: 23–43, https://doi.org/10.1093/bmb/ldq037
8 WHO Global action plan on the prevention and control of noncommunciable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013
9 Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Наприкінці модуля учасники знають і можуть пояснити такі поняття та терміни:

- роль системи охорони здоров'я у профілактиці та контролі НІЗ;
- важливі елементи та принципи економічно оптимальних підходів щодо профілактики та контролю НІЗ;
- рівні системи охорони здоров'я, на яких надається допомога щодо НІЗ, та види медичної допомоги;
- важливість та принципи безперервності допомоги: зв'язок між громадським здоров'ям та медичною допомогою;
- різниця між профілактикою та контролем хронічних та гострих форм захворювань;
- людські ресурси у системі профілактики та контролю НІЗ;
- принципи організації допомоги для людей, що мають ризик розвитку НІЗ, або хронічні захворювання, включно з допомогою на рівні первинної медичної допомоги;
- важливість каскадної допомоги щодо НІЗ.

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Громадське здоров'я та охорона здоров'я

ii. Роль системи охорони здоров'я у профілактиці та контролі НІЗ, гострі та хронічні захворювання

iii. Рівні медичної допомоги

iv. Види профілактики

v. Скринінг

vi. Організація медичної допомоги для людей, що мають ризик розвитку НІЗ, або хронічні захворювання, роль первинної ланки

vii. Пакет основних втручань щодо НІЗ (концепція Package of Essential Noncommunicable (PEN)

viii. Каскадна допомога щодо ВІЗ

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модуля.
Коментарі до слайдів наведено в додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

- Система ОЗ – сукупність всіх державних і приватних організацій, закладів, структур і ресурсів, що мають бути орієнтовані на покращення, збереження та відновлення здоров'я населення.
- Громадське здоров'я є частиною системи охорони здоров'я!
- Профілактика – це комплекс правових, економічних і соціальних заходів, спрямованих на попередження виникнення, поширення і раннє виявлення ВІЗ, зменшення ризику їхнього розвитку, попередження та усунення негативного впливу на здоров'я внутрішніх і зовнішніх факторів, формування здорового способу життя.
- Скринінг – це певний набір діагностичних процедур та консультацій фахівців, спрямований на виявлення захворювання у клінічно безсимптомних осіб або осіб з мінімальними клінічними проявами захворювання.
- Допомога та контроль за ВІЗ має відбуватися на всіх рівнях; значну і провідну роль у цьому відіграє первинна ланка медичної допомоги. Між різними рівнями медичної допомоги має бути забезпечено ефективну співпрацю та обмін інформацією.
- Концепція WHO PEN – невід'ємний компонент первинної медичної допомоги, спрямований на протидію поширенню ВІЗ та їх контроль.
- Каскадний аналіз – центральний компонент інформаційних панелей для розуміння якості медичної допомоги та інструмент для розробки та оцінювання програм/програмних заходів/інтервенцій для системи громадського здоров'я.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Робота в групах з виконанням завдань, презентацією результатів та їхнім подальшим обговоренням (додаток 2).

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. ТРИВАЛІСТЬ ТА СТРУКТУРА МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 180 хвилин (3 години):

- вступ та лекційна частина – 100 хвилин
- практичне завдання: робота в групах (додаток 2), презентація та обговорення результатів – 65 хвилин
- підсумки модуля та тези для запам'ятовування – 15 хвилин

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

- презентація в PowerPoint;
- проєктор, екран та комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт і папір для фліпчарта, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/аркуші паперу та ручки/олівці для всіх учасників;
- роздрукований графік для обговорення кейсу 1 (по примірнику для кожного учасника) та роздруковане завдання для кейсу 2 (по декілька примірників на групу);
- 4 ноутбуки або планшети для роботи в групах (по одному ноутбуку або планшету на групу).

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ

- Ознайомтеся з презентацією в PowerPoint та конспектами лекцій у додатку 1. Також можна детальніше ознайомитися з інструментом каскаду – https://cascade.tools/
- Ознайомтеся з переліком рекомендованої літератури в розділі 5. Перелік літератури не є вичерпним – ви можете додавати до нього ті джерела, які вважаєте цікавими та корисними.
- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та поміркуйте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої ви проводитимете навчання.
- Ознайомтеся з тестовими запитаннями до модуля та відповідями на них, що наведені наприкінці блоку 4.

5. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

5.1. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ОЗНАЙОМЛЕННЯ ПЕРЕД НАВЧАЛЬНИМ КУРСОМ

- Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm World Health Organization 2020
- World Health Report 2008 Primary health care—now more than ever, 2008. Geneva, World Health Organization
- Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504. URL: https://is.gd/Vku9ZA

5.2. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

- World Health Organization Package of Essential Noncommunicable (WHO-PEN) Disease, Interventions for Primary Health Care in Low Resource Setting, 2009. World Health Organization
- WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care World Health Organization 2020
- Package of essential non-communicable diseases interventions for humanitarian settings (PEN-H) (2020). RESCUE, USAID. URL: https://www.rescue.org/report/package-essential-non-communicable-diseases-interventions-humanitarian-settings-pen-h
- World Health Assembly, Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (NCDs, 2008, Geneva, World Health Organization, WHA A61/8
- Mendis S, Fukino K,Cameron A, et al. The availability and affordability of selected essential medicines for chronic diseases in six low- and-middle-income countries, Bull World Health Organ, 2007, vol. 85: 279–288
- The World Bank. 2018. Breast Cancer in Ukraine: The Continuum of Care and Implications for Action in two Regions. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.
- The World Bank. 2018. Рак шийки матки в Україні: континуум медичної допомоги, висновки як спрямування до дії. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 4.0.
- David J Kedziora et al. The Cascade Analysis Tool: software to analyze and optimize care cascades. Gates Open Research 2019, 3:1488 Last updated: 16 JAN 2020. URL: https://doi.org/10.12688/gatesopenres.13031.2

- N Iragorri, E Spackman Assessing the value of screening tools: reviewing the challenges and opportunities of cost-effectiveness analysis. Public Health Reviews (2018) 39:17. URL: https://doi.org/10.1186/s40985–018–0093–8

- American Diabetes Association (2020). Standards of medical care in diabetes 2020 abridged for primary care providers. Clinical Diabetes, 2020 Jan; 38 (1):10–38. URL: https://doi.org/10.2337/cd20-as01.

- 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). URL: https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/34/3227/6358713?login=false#S12

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ В POWERPOINT

СЛАЙДИ 1 – 2
Назвіть учасникам тему модуля, а також поясність, які основні питання буде висвітлено в презентації.

СЛАЙД 3
Запропонуйте учасникам поговорити про громадське здоров'я та систему охорони здоров'я.

Громадське здоров'я – це наука та мистецтво запобігання хворобам, подовження тривалості життя та покращення його якості шляхом об'єднання зусиль, забезпечення усвідомленого вибору для суспільства, організацій, громад та окремих осіб.

В основі громадського здоров'я лежить аналіз детермінант здоров'я та факторів, які йому загрожують.

Фахівці громадського здоров'я намагаються запобігти виникненню або повторенню проблем зі здоров'ям, впроваджуючи освітні програми, рекомендуючи політики, адмініструючи послуги та проводячи дослідження – на відміну від клінічних спеціалістів, зокрема лікарів і середнього медичного персоналу, які зосереджуються насамперед на лікуванні пацієнтів, якщо вони захворіли або отримали травму.

Система охорони здоров'я спрямована на збереження та/або покращення здоров'я шляхом профілактичних заходів, діагностики, лікування захворювань, травм та інших фізичних чи психічних розладів на індивідуальному рівні, а також шляхом полегшення стану хворих (паліативна підтримка).

Профілактика, діагностика та лікування захворювань, а також збереження

психічного та фізичного благополуччя за допомогою послуг, що пропонуються медичними та суміжними з медициною фахівцями також відомо як охорона здоров'я.

Зробіть акцент на тому, що система громадського здоров'я є частиною системи охорони здоров'я.

СЛАЙДИ 4 – 6
Система охорони здоров'я (СОЗ).

У політичних та інституційних межах кожної країни СОЗ – сукупність всіх державних і приватних організацій, закладів, структур і ресурсів, призначення яких – покращення, збереження та відновлення здоров'я населення.

Функції СОЗ включають надання як індивідуальних, так і суспільних послуг, а також дії щодо впливу на політику і діяльність інших секторів з метою приділення уваги соціальним, екологічним і економічним детермінантам здоров'я.

СОЗ мають орієнтуватися на такі стратегічні напрямки як інклюзивність, інвестиції, інновації[10].

СОЗ – складається з усіх організацій, установ, ресурсів і людей, основною метою яких є поліпшення стану охорони здоров'я. Включає в себе зусилля, щоб впливати на визначальні фактори охорони здоров'я, а також на діяльність з охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я забезпечує профілактичні, підтримуючі, лікувальні та реабілітаційні заходи на основі поєднання дій в галузі державної охорони здоров'я і закладів ОЗ, які забезпечують персональну медичну допомогу державними та недержавними суб'єктами.

Дії системи охорони здоров'я мають бути вчасними і фінансово справедливими під час лікування[11].

СЛАЙДИ 7 – 8
На слайдах представлено термінологію з українського законодавства. Наведено такі визначення як: охорона здоров'я, медична допомога, медичне обслуговування, заклад охорони здоров'я, мережа закладів охорони здоров'я, послуга з медичного обслуговування населення, замовник послуги.

В українському законодавстві наведено таке визначення системи охорони здоров'я – це система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя,

10 Підсумкова заява Наради високого рівня «Системи охорони здоров'я в підтримку процвітання і солідарності: нікого не залишити без уваги» Таллінн, Естонія, 13-14 червня 2018 р.
11 Доповідь про стан здоров'я у світі, 2000, WHO. URL: https://is.gd/D8vu7t

тобто максимально наближена до визначення міжнародних організацій[12].

СЛАЙДИ 9 – 10

На слайдах показано відмінності між гострими та хронічними захворюваннями. Гостре захворювання за тривалістю перебігу відносно недовге, хронічне – має тривалий перебіг, триває роками упродовж всього життя.

Запропонуйте учасникам обговорити специфіку гострої хвороби та хронічного захворювання. Поясніть, що гостра хвороба – це той стан, який виникає раптово, триває, як правило, недовго і завершується або одужанням, або смертю, або переходом у хронічний стан. Так, наприклад, гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) або грип є класичним прикладом гострих станів. При ГРЗ/грипі організм максимально мобілізує ресурси для того аби повернутися до норми. ГРЗ/грип можуть давати ускладнення, які можуть перетікати у хронічні стани. Наприклад, ураження легень при ГРЗ/грипі може спровокувати розвиток хронічних респіраторних хвороб. Серйозні ускладнення, спричинені ГРЗ, можуть призвести до смерті. Особи, які на момент захворювання на ГРЗ/грип вже мали хронічні захворювання, мають вищі ризики ускладнень та смерті, що було вкотре доведено під час пандемії Covid-19.

Хронічні захворювання мають довготривалий період хвороби, який рідко коли завершується повним одужанням. Як правило, особи з хронічними захворюваннями змушені жити з ними усе життя до самої смерті, підтримуючи свій організм шляхом прийому ліків, процедур тощо. Так, особи з діабетом, гіпертонією тощо змушені періодично приймати ліки. Як правило, хронічні захворювання впливають на якість життя, погіршуючи його.

СЛАЙД 11

Поясніть учасникам, що до основних компонентів профілактики і контролю НІЗ відносять: *профілактику, скринінг, лікування, надання паліативної і реабілітаційної допомоги*[13].

СЛАЙДИ 12 – 13

Розкажіть слухачам про профілактику. Основна інформація представлена на слайді.

СЛАЙДИ 14 – 15

Розкажіть учасникам, що профілактику поділяють на первинну, вторинну, третинну та індивідуальну і запропонуйте детальніше розглянути кожен тип[14, 15].

12 Основи законодавства України про охорону здоров'я, 1992 (у редакції від 20.10.2021). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text
13 https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
14 European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice // European Heart Journal. 2012. Vol. 33. P 1635–1701
15 2021 ESC Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice: Key Points // https://www.acc.org/latest-in-cardiology/ten-points-to-remember/2021/08/30/17/25/2021-esc-guidelines-on-prevention-esc-2021

СЛАЙД 16

Первинна профілактика спрямована на усунення причини хвороби шляхом поліпшення умов праці та побуту (оздоровлення навколишнього середовища, організація здорового способу життя, гігієнічне нормування впливу зовнішніх факторів).

Передбачає або повне усунення несприятливого чинника, або його зниження до безпечного рівня. Наприклад, відмова від куріння знижує вірогідність розвитку раку легень, ризик ССЗ і є найбільш економічно ефективною стратегією профілактики.

Первинна профілактика спрямована на підтримання систем і процедур для включення первинної та спеціалізованої медичної допомоги до програм з профілактики хвороб, надання інформації про поведінкові або медичні ризики для здоров'я, консультативну допомогу та заходи щодо зниження ризиків на індивідуальному та популяційному рівнях.

СЛАЙД 17

Вторинна профілактика проводиться для виявлення преморбідних (передхворобних) станів і передбачає реалізацію програм скринінгу на основі фактичних даних для ранньої діагностики захворювань, програм охорони здоров'я окремих категорій населення. Наприклад: обстеження молочних залоз, цитоскопія мазка на атипічні клітини тощо.

СЛАЙД 18

Третинна профілактика спрямована на попередження ускладнень, рецидивів уже розвинутих захворювань, переходу захворювання в хронічну форму. Наприклад: зниження рівня холестерину, призначення бета-блокаторів у пацієнтів з інфарктом міокарду.

Також третинна профілактика передбачає реабілітацію пацієнтів із захворюваннями для мінімізації залишкових інвалідизуючих наслідків та ускладнень, а також задля максимального продовження повноцінного життя, покращення його якості, навіть за неможливості повного одужання.

СЛАЙД 19

Індивідуальна профілактика – це заходи щодо попередження хвороб, збереження та зміцнення здоров'я, які здійснює сама людина, для дотримання норм здорового способу життя, раціонального харчування й питного режиму, раціонального режиму праці та відпочинку, активного заняття фізкультурою тощо. Наприклад: *фізичні навантаження на свіжому повітрі; контроль і підтримання здорової ваги шляхом зміни способу життя (сприятливо впливають на фактори ризику – артеріальний тиск, ліпіди, метаболізм глюкози) і знижують ризик серцево-судинних захворювань.*

СЛАЙДИ 20 – 21

Поговоріть з учасниками про скринінг. Наведіть декілька визначень.

Скринінг – це:

- можливе виявлення прихованої хвороби чи дефекту шляхом застосування тестів, обстежень та інших процедур, які можуть бути проведені швидко. Скринінгові тести дозволяють відокремити зовні здорових людей з явними ознаками захворювання від хворих *(Комісія із хронічних захворювань США)*;

- медичне обстеження, яке не викликане проханням пацієнта дати пораду щодо конкретної скарги *(Чарльз Маккьюн)*;

- послуга в сфері охорони здоров'я, яка полягає в тому, що представникам конкретної популяції, які не відносять себе до групи ризику виникнення певного захворювання або вже є хворими, ставляться питання або пропонується проведення тесту з метою виявлення осіб, які потребують медичної допомоги та проведення у подальшому діагностичного обстеження та/або лікування з метою зниження ризику виникнення захворювання або розвитку його ускладнень *(Національний комітет зі скринінгу Сполученого Королівства – Друга доповідь 2000 р.)*.

Джерела:

- *Методологія оцінки ефективності профілактичних медичних засобів в діяльності сімейного лікаря? [метод. реком.] / за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2011. – 38 с.*

- *Screening programmes: a short guide Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. World Health Organization 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330829/9789289054782-eng.pdf*

СЛАЙД 22

Наголосіть на тому, що метою скринінгових програм є зниження захворюваності та смертності шляхом раннього виявлення та лікування НІЗ.

СЛАЙД 23

Розкажіть учасникам про те, які види скринінгу бувають.

- Популяційний скринінг – це широкомасштабний скринінг всіх груп, які входять до популяції.

- Масовий скринінг – скринінг всіх людей, незалежно від ризиків. Наприклад, скринінг на COVID-19 перед масовими заходами.

- Вибірковий скринінг – скринінг людей із підвищеним ризиком. Наприклад, скринінг на онкологічні захворювання, рак шийки матки, молочної залози, колоректальний рак.

- Багатоетапний скринінг – це застосування двох або більше скринінг-тестів для великих груп населення.

- Виявлення випадків захворювання – це скринінг пацієнтів, які вже звернулися

до закладів охорони здоров'я з метою виявлення захворювання і початку лікування.

Ще раз зробіть акцент на тому, що мета будь-якого скринінгу – це раннє виявлення захворювання.

СЛАЙД 24

На слайді представлено критерії скринінгу.

Стан. Стан, що досліджується, має бути важливим питанням здоров'я населення. Потрібно розглядати анамнез пацієнта, зважаючи на розвиток хвороби від прихованої форми до вираженої клінічної симптоматики, має вірно трактуватися. Необхідно, щоб стан характеризував преморбідні та ранні симптоми захворювання.

Діагноз. Патологічний стан має діагностуватися за допомогою відповідного діагностичного тесту, який має бути безпечним і прийнятним для проведення у певній популяційній групі. Умовою діагностичного процесу є узгоджена політика, яка ґрунтується на надійних результатах тесту та національних стандартах, що визначають, кого слід вважати пацієнтами, а весь процес має бути безперервним.

Лікування. Особам, у яких під час обстеження виявлено ознаки того чи іншого захворювання, має призначатися адекватне лікування (втручання).

Вартість. Вартість виявлення випадків захворювання (включаючи діагностику і лікування) має бути економічно збалансована з можливими витратами на медико-санітарну допомогу в цілому.

СЛАЙД 25

Критерії оцінки ефективності скринінгу:

Простота: тест має бути простим у використанні, простим для інтерпретації і, наскільки можливо, доступним для того, щоб його міг провести середній медичний персонал.

Прийнятність: оскільки участь у скринінгу є добровільною, тест має бути прийнятним для тих, хто є його об'єктом.

Точність: тест має давати точне визначення стану або досліджуваного симптому.

Вартість: необхідно враховувати перевагу раннього виявлення захворювання як основну передумову щодо зменшення вартості лікування хвороби.

Повторюваність: тест має давати подібні результати під час повторних досліджень.

Чутливість: тест повинен мати найбільшу вірогідність отримання позитивного результату у разі наявності у пацієнта хвороби або преморбідного стану.

Специфічність: тест повинен мати найбільшу вірогідність отримання негативного результату у разі відсутності у пацієнта хвороби або преморбідного стану.

СЛАЙДИ 26
Розкажіть учасникам про переваги та недоліки скринінгу.

Переваги скринінгу:
- поліпшення прогнозу перебігу захворювання у разі раннього його виявлення;
- менш радикальне лікування – деякі захворювання можна вилікувати на ранніх стадіях розвитку хвороби;
- економія ресурсів на лікуванні;
- особи, які пройшли скринінг і мають негативний результат тесту, отримують психологічне задоволення та спокій щодо стану свого здоров'я.

Недоліки скринінгу:
- статистично більш тривалий період захворювання у випадках, коли прогноз не впливає на результат;
- іноді лікування преморбідного стану призводить до надмірного призначення лікарських препаратів;
- витрати ресурсів;
- необґрунтована заспокоєність осіб, які отримали хибно негативний результат тесту;
- занепокоєння та іноді захворюваність у осіб, які отримали хибно позитивний результат тесту;
- недосконалість сучасних методів скринінгу іноді створює небезпеку для пацієнта під час проведення скринінг-тесту.

СЛАЙД 27
Наведіть приклад гіпердіагностики під час скринінгу раку молочної залози.

На слайді представлено дані Cancer Research UK (Велика Британія). Дані вказують, що провести скринінг краще, ніж не провести (5 життів врятовано), але в його результаті 17 жінкам встановлено діагноз рак молочної залози за псевдопозитивними результатами (доброякісні зміни, імовірно доброякісне утворення, підозра на злоякісне утворення).

Гіпердіагностика має місце в 1–10 % випадків, про що свідчать довгострокові

дослідження, проведені у Швеції[16]. У 80 % випадків хибно позитивна підозра на рак молочної залози буде знята в межах подальшої неінвазивної візуалізації, інші 20 % жінок потребують діагностичної біопсії, очікувана частота карциноми серед них становить менше 50 %[17].

Розглянемо це на прикладі протокової карциноми (DCIS) – пухлини, щодо якої найчастіше має місце гіпердіагностика. У світовій літературі й досі точиться багато суперечок щодо значення скринінгу для діагностики DCIS і подальшого її лікування. До широкого впровадження скринінгової РМГ у США щорічно фіксували 6 випадків DCIS на 100 000 жінок, а після того, як було введено скринінг, – 37[18].

За даними American Cancer Society (ACS), неінвазивна карцинома становить 20 % усіх нових випадків раку молочної залози, переважна більшість 83 %) з яких є не обов'язковим попередником інвазивного раку.

Псевдонегативні результати скринінгу найбільш вірогідні в пацієнтів зі щільним типом паренхіми молочної залози, з деякими часточковими карциномами, які не призводять до порушення звичайної нормальної архітектури паренхіми, що ускладнює їхнє виявлення[19]. Цифровий томосинтез має потенціал для одночасного збільшення виявлення раку й зниження рівня псевдопозитивних результатів.

СЛАЙД 28

На слайді представлено компоненти ефективно організованої програми проведення скринінгу (за авторством M. Hakama).

1. Слід визначити цільову популяцію.

2. У складі цільової популяції потрібно виділити осіб, які будуть проходити скринінг.

3. Варто заохочувати усіх осіб, які відповідають встановленим критеріям, до участі в скринінгу (індивідуальні запрошення, зручний час тощо).

4. Потрібно забезпечити дотримання найвищих стандартів тестування за допомогою:
   – безперервного навчання персоналу, що проводить тести;

   – наявності та застосування стандартів технічного обслуговування обладнання, що використовується під час дослідження (наприклад, калібрування рентгенологічного обладнання в мамографії);

16 Ward E.M., DeSantis C.E., Lin C.C. et al. Cancer statistics: breast cancer in situ. CA Cancer J. Clin. 2015. 65. 481-95.
17 Kopans D.B., Smith R.A., Duffy S.W. Mammographic screening and "overdiagnosis". Radiology. 2011. 260. 616-20.
18 Duffy S.W., Dibden A., Michalopoulos D. et al. Screen detection of ductal carcinoma in situ and subsequent incidence of invasive interval breast cancers: a retrospective population-based study. Lancet Oncol. 2016. 17. 109-14.
19 Mittmann N., Stout N.K., Lee P. et al. Total cost-effectiveness of mammography screening strategies. Health Rep. 2015 Dec. 26(12). 16-25. PMID: 26676235.

– рутинних перевірок надійності тестів, які проводяться, наприклад, вибіркових повторних біохімічних, цитологічних і рентгенологічних вимірювань.

5. Має бути забезпечена наявність відповідного справного обладнання для діагностики та лікування будь-якої особи (мінімізація часу на проведення скринінгу, ознайомлення з негативним результатом тесту, повідомлення про те, що результат скринінг-тесту потребує подальшого дослідження і направлення у відповідний центр для подальшого обстеження і лікування тощо).

6. Варто періодично вивчати ступень задоволеності пацієнтів скринінгом.

7. Необхідно проводити періодичну перевірку медичних карт осіб, які брали участь у скринінгу, щоб контролювати стан їхнього здоров'я.

СЛАЙД 29
Критерії ефективності скринінгу

Профілактичний захід має відповідати визначеним заздалегідь критеріям. У схемі на слайді наведені критерії ефективності за трьома категоріями профілактичних заходів. Кожен з критеріїв має відповідати принципу «стандартної процедури» профілактичного заходу – набору маніпуляцій, які застосовуються, щоб поліпшити кінцевий клінічний показник.

Наприклад, скринінговий тест не вважається ефективним, якщо йому бракує точності (він має визначати загрозу здоров'ю раніше, ніж вона проявиться без проведення тесту). Його не застосовують також і в тому випадку, якщо відсутні докази, що раннє виявлення захворювання покращує шанси кінцевого клінічного результату. І, відповідно, консультативна допомога не вважається ефективною за відсутності чітких доказів того, що зміна поведінки пацієнта дозволить поліпшити клінічний результат, і що бесіда лікаря дозволяє вплинути на поведінку пацієнта. Для того, щоб вважати ефективною вакцинацію чи вживання лікарських препаратів, необхідно навести докази біологічної ефективності.

Що стосується методології оцінки скринінгових тестів, то для того, щоб вважати скринінговий тест успішним, він має відповідати двом найважливішим умовам:

– тест має виявляти цільовий стан раніше, ніж це відбулося б без використання тесту, і з достатньою точністю, щоб не спричинити велику кількість хибно позитивних або хибно негативних результатів;

– особи із хворобами, які були визначені раніше, мають виявляти кращий кінцевий клінічний результат у порівнянні з тими, під час обстеження яких скринінгові програми не застосовувались (ефективність раннього визначення).

СЛАЙД 30
Приклади причин для потреби в оцінюванні скринінгових програм:

– Зміна частоти або рівнів захворюваності, зміна в розподілі на легкі та важкі стани.

– Нові ефективні первинні профілактичні стратегії, такі як вакцинація проти вірусу папіломи людини, альтернативні та ефективніші стратегії скринінгу, такі як машинне навчання та нові тести з кращою чутливістю та специфічністю.

– Нові докази того, що баланс між вигодою, шкодою та витратами змінився.

– Нові ефективні методи лікування зменшують користь від скринінгу, наприклад, скринінгу на рак молочної залози.

– Докази того, що модифікація проведення скринінгу покращує компроміс між вигодою, шкодою та вартістю скринінгу.

– Зміна пріоритетів у сфері охорони здоров'я та/або зменшення ресурсів охорони здоров'я, доступних для скринінгу.

– Докази того, що скринінг викликає нерівність.

– Зміна етичної точки зору громадськості щодо індивідуальної автономії чи шкоди проти користі.

СЛАЙДИ 31 – 32

На слайдах наведено приклади скринінгу на рак молочної залози і шийки матки в Україні.

Загалом, 53,1 % усіх жінок хоча б раз у житті проходили скринінг на рак шийки матки. Серед тих, хто не пройшов скринінг, 49 % не розуміли процедури, по 8 % відчували сором або стигму та зазначили, що заклад ОЗ знаходиться задалеко, 26 % не мали часу, 9 % мали страх перед процедурою.

Заходи для покращення ситуації:

– підвищити ефективність національної програми скринінгу на рак шийки матки;

– покращити подальше спостереження за жінками, які отримали позитивний результат.

Рак молочної залози – провідний тип раку серед українських жінок (3,4 % усіх втрачених років життя (YLL) у 2016 році; п'ята причина смертності, пов'язаної з НІЗ; без покращення ситуації з 1990 року; розрив у скринінгу за регіонами становить 40–60 %).

Фактори ризику розвитку цього типу раку:

– підтверджена мутація BRCA-1 або BRCA-2;
– обтяжений спадковий анамнез;
– пізнє перше дітонародження (30 років і старші);
– безпліддя; пізня менопауза (55 років і старші);
– тривала гормонозамісна терапія менопаузи;
– постменопаузальне ожиріння;
– уживання тютюну та алкоголю.

Заходи для покращення ситуації:
- скринінг груп із високим ризиком;
- покращення якості мамографії;
- підвищення обізнаності щодо питань здоров'я на рівні суспільства;
- символ «Рожева стрічка».

СЛАЙДИ 33 – 34

Перейдіть до обговорення видів медичної допомоги. Поясніть учасникам, що є екстрена, первинна, вторинна, третинна, паліативна допомога та медична реабілітація.

СЛАЙДИ 35 – 37

Надайте визначення кожного із видів медичної допомоги:
- **Первинна МД** – консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, здійснення профілактичних заходів, направлення відповідно до медичних показань пацієнта на інші рівні медичної допомоги. Надається лікарями загальної практики-сімейної медицини, лікарями-терапевтами, лікарями-педіатрами.

- **Вторинна МД** – надання консультацій, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруєнь. Надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації.

- **Третинна МД** – консультації, проведення діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності. Надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації із кваліфікаційною категорією не нижче першої.

- **Паліативна МД** – комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів та надання психосоціальної та моральної підтримки членам їхніх сімей.

- **Медична реабілітація** – система медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, профілактику ускладнень та рецидивів захворювання.

СЛАЙД 38

Наголосіть на тому, що для того, щоб пацієнт міг отримати дійсно якісну допомогу, дуже важливо забезпечити ефективну взаємодію між рівнями надання допомоги. Йдеться, насамперед, про наявність чіткого «маршруту пацієнта», який включає отримання допомоги не лише на рівні ПМСД, але й скерування на інші рівні.

Окрім того, має бути забезпечено передачу інформації про пацієнта між рівнями.

Медичний персонал, який надає допомогу пацієнту, повинен мати доступ до повної та чіткої інформації про пацієнта. Якщо пацієнта вів сімейний лікар, який скерував його на вторинний рівень для візиту до кардіолога, наприклад, він повинен мати доступ до результатів консультування пацієнта кардіологом.

Весь медичний персонал має застосовувати уніфіковані підходи до лікування пацієнта з тими чи іншими станами, транслювати єдині меседжі (наприклад, щодо профілактики факторів ризику) тощо.

СЛАЙД 39
Наголосіть, що в контексті профілактики та контролю НІЗ провідна роль належить первинній медичній допомозі. Поговоріть з учасниками про роль і функції первинної МД.

За визначенням Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA) – загальна практика-сімейна медицина – це «наукова і клінічна спеціальність з власними науковими дослідженнями, доказовою базою і клінічною діяльністю, орієнтованою на надання первинної медичної допомоги».

Також експерти WONCA визначили 12 основних характеристик, яким має відповідати сімейна медицина на сучасному рівні. Це віднайшло своє зображення у вигляді дерева, яке запропоноване фахівцями Швейцарського коледжу первинної медицини (2004).

Доступність. Ця властивість вважається основною, оскільки сімейна медицина є точкою першого медичного контакту пацієнтів із системою охорони здоров'я, тож має забезпечувати їм відкритий і необмежений доступ до вирішення їхніх проблем, незалежно від віку, статі, рівня доходів тощо.

Координація та захист інтересів пацієнта. Первинна ланка покликана координувати всю медичну допомогу – через співпрацю і взаємодію з іншими спеціалістами (у тому числі й забезпечивши в такий спосіб ефективне використання ресурсів галузі).

Підхід, орієнтований на пацієнта та його родину. Сімейний лікар має справу не тільки з патологіями або клінічними випадками, а й із життєвими обставинами своїх пацієнтів, які призводять до проблем зі здоров'ям, з реакцією на хворобу (у кожного вона різна).

У цьому контексті варто акцентувати увагу на важливості взаємодії «лікар-пацієнт», яка залежить від довірчих стосунків між ними і найповніше реалізується саме в сімейній медицині. Завдання лікаря – зрозуміти пацієнта, а вже потім його хворобу, а злагоджена комунікація між лікарем і пацієнтом – це ще й успіх у профілактиці захворювань. До того ж сімейний лікар тісно співпрацює з усією родиною в разі хронічного захворювання одного із членів сім'ї (особливо якщо це особа з інвалідністю, паліативний пацієнт), чи коли в родині народилась і підростає дитина, є підліток тощо. Тому таке взаєморозуміння має бути не на кілька днів хвороби, а на роки життя.

Сприяння розширенню власних можливостей пацієнтів. Стратегічна функція сімейної медицини – безперервний освітній процес, спрямований на розширення можливостей пацієнтів. У світі напрацьовано спеціальну модель просування здоров'я в ПМД, яка передбачає три складові: навчання здоровому способу життя, профілактика захворювань/скринінг та вторинна профілактика. Цей процес має забезпечити кожній людині не тільки можливість підвищити контроль за власним здоров'ям, а й поліпшити його. Тому діяльність щодо покращення здоров'я у світі розглядають як комплекс різних напрямків: профілактика, медична допомога, навчання щодо здоров'я, робота з громадою, політика держави, спрямована на здоров'я, забезпечення здорового навколишнього середовища, соціальна допомога, економічна і регуляторна діяльність.

Можливості сімейного лікаря – не безмежні, вони перебувають у межах визначених компетенцій. Якщо держава не дбає про екологію чи здоров'я в усіх політиках, а пацієнт – про здоровий спосіб життя, то це питання не до сімейного лікаря. Утім, він має бути своєрідним «гуру здоров'я» для кожного пацієнта.

Ефективна взаємодія «лікар-пацієнт». В основі цього принципу лежить унікальний процес консультування сімейним лікарем, за якого 50–60 % правильного діагнозу залежать від вміння опитати пацієнта (скарги + анамнез), а фізикальні методи обстеження та прості діагностичні методики «дотягують» його достовірність до 80–85 %. Лише 15–20 % діагнозів необхідно верифікувати спеціальними дослідженнями на вищих рівнях медичної допомоги. Однак при цьому сімейний лікар має орієнтуватися в тому, які тяжкі захворювання слід виключити, які патологічні стани часто є «пастками», а які «масками».

Тривалість і безперервність медичної допомоги. Охоплення медичною допомогою в загальній практиці має бути постійним з моменту народження (а іноді й раніше) і до смерті пацієнта – лише такий підхід забезпечує безперервність спостереження та відповідає його потребам.

Вміння прийняти рішення з огляду на поширеність захворювань і рівень захворюваності «прикріпленого населення». Такий підхід потребує від сімейного лікаря обізнаності не лише в проблемах окремих пацієнтів, а й громади в цілому.

Спостереження за пацієнтами на ранніх, недиференційованих стадіях розвитку захворювань, проведення скринінгу та надання невідкладної медичної допомоги.

Персоніфікація передбачає виявлення осіб з високим ризиком неінфекційних захворювань, проведення з ними профілактично-лікувальних заходів, забезпечення доступності та безперервності допомоги протягом життя людини, навчання членів громади, інтегроване ведення кожного пацієнта.

Вирішення як гострих, так і хронічних проблем зі здоров'ям. Зазвичай пацієнти звертаються до сімейного лікаря з кількома різними скаргами, а особи похилого віку взагалі з цілим «букетом» хвороб. Одночасне вирішення низки проблем потребує

ієрархічного підходу з урахуванням пріо¬ритетів як пацієнта, так і лікаря.

Знайомство лікаря і пацієнта покликане засвідчити майстерність першого в консультуванні та володінні компетенціями, а другому – надати змогу спокійно розповісти про свої проблеми та їхнє сприйняття. Лише в такий спосіб можна переконатися, що саме такого лікаря потребує пацієнт. Тісні міжособистісні стосунки є фундаментом співпраці.

Сприяння збереженню здоров'я належними і ефективними засобами. Медичні засоби, які використовує сімейний лікар, мають бути адекватними і ефективними. Він зобов'язаний керуватися доказовими даними з використанням офіційно затверджених уніфікованих протоколів і стандартів. Аксіомою є те, що зайві втручання можуть завдати шкоди пацієнту і витрачають цінні ресурси охорони здоров'я.

Відповідальність за здоров'я громади. Ця унікальність сімейної медицини породжує й особливі вимоги до її представників.

Вміння вирішувати проблеми зі здоров'ям населення, враховуючи фізичні, психологічні, соціальні, культурні й екзистенціальні (бажання реалізації сенсу власного життя) аспекти людини.

СЛАЙД 40
Роль і функції первинної МД (продовження)

У Порядку надання первинної медичної допомоги (наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504) вказані деталізовані переліки медичних послуг з ПМД. Нижче наведено повний перелік, але рекомендуємо сконцентруватися на функціях, представлених на слайді.

(Деталізований перелік медичних послуг з ПМД, затверджений наказом №504)

1. Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

2. Проведення діагностики та лікування найбільш поширених інфекційних та неінфекційних хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів.

3. Динамічне спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами.

4. Надання в межах ПМД невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД та якщо пацієнт не потребує

екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

5. Направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

6. Взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта.

7. Проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань.

8. Проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовлення та надсилання повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб.

9. Надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя.

10. Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та (у разі потреби) направлення до лікаря акушера-гінеколога закладу вторинної медичної допомоги.

11. Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною.

12. Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта.

13. Направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД.

14. Призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства.

15. Ведення первинної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть.

16. Взаємодія з соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я.

17. Взаємодія із суб'єктами системи громадського здоров'я.

Акцентуйте увагу на ролі первинної ланки в Україні у взаємодії із системою охорони здоров'я в цілому.

СЛАЙД 41
Роль і функції первинної МД (продовження)

В Україні визначено перелік лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах надання медичних послуг на рівні ПМД:
- Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою.
- Загальний аналіз сечі.
- Глюкоза крові.
- Загальний холестерин.
- Вимірювання артеріального тиску.
- Електрокардіограма.
- Вимірювання ваги, зросту, окружності талії.
- Швидкі тести на вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити, SARS-CoV-2.

СЛАЙД 42
Роль і функції первинної МД (продовження)

Визначено перелік медичних втручань на рівні ПМД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань, а саме групи ризику, методи виявлення, періодичність.

Це стосується: гіпертонічної хвороби та інших серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, ВІЛ, туберкульозу, раку молочної залози, колоректального раку, раку передміхурової залози.

На слайді представлено деякі з нозологій, за якими здійснюють медичні втручання у межах ПМД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань.

У таблиці нижче наведено повний перелік з деталями

Нозологія	Групи пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань		Методи виявлення	Періодичність обстеження
	Фактори ризику (ФР)	Вікові групи		
Гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання (ССЗ)	Підвищення артеріального тиску; тютюнокуріння; надлишкова маса тіла; цукровий діабет; обтяжений спадковий анамнез; зловживання алкоголем	Ч – 40 років і старші. Ж – 50 років і старші	Вимірювання артеріального тиску; оцінка загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE; вимірювання індексу маси тіла; вимірювання окружності талії; вимірювання загального холестерину	Кожні 2 роки. У разі наявності ФР – щороку
Цукровий діабет	Надлишкова маса тіла; обтяжений спадковий анамнез; гестаційний діабет; зловживання алкоголем	45 років і старші. До 45 років, якщо є ФР ССЗ	Оцінка загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE; вимірювання індексу маси тіла; вимірювання окружності талії; вимірювання цукру крові натще; вимірювання загального холестерину	Щороку
ВІЛ	Незахищені статеві контакти з людьми, які живуть з ВІЛ або споживають ін'єкційні наркотики; вживання ін'єкційних наркотиків; гомосексуальні контакти; надання сексуальних послуг за плату або наркотики	14 років та старші, якщо є ФР	Швидкий тест на ВІЛ	Щороку
Туберкульоз	Контакти з хворими на активний туберкульоз; наявність ВІЛ; перебування у закладах Державної кримінально-виконавчої служби України	Будь-який вік, якщо є ФР	Опитування на наявність симптомів понад 2 тижні	Щороку

Нозологія	Групи пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань		Методи виявлення	Періодичність обстеження
	Фактори ризику (ФР)	Вікові групи		
Рак молочної залози	Підтверджена мутація BRCA-1 або BRCA-2; обтяжений спадковий анамнез; пізнє перше дітонародження (30 років і старші); безпліддя; пізня менопауза (55 років і старші); тривала гормонозамісна терапія менопаузи; постменопаузальне ожиріння; уживання алкоголю; куріння	50 – 69 років За наявності ФР – із 40 років	Направлення на мамографію	Кожні 2 роки
Колоректальний рак (КРР)	Обтяжений спадковий анамнез по КРР; сімейний аденоматозний поліпоз; спадковий неполіпозний КРР; запальні захворювання кишківника; аденоматозні поліпи	50 – 75 років	Опитування; тест калу на приховану кров та/або направлення до закладів охорони здоров'я з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги	Кожні 2 роки. У разі наявності ФР – щороку
Рак передміхурової залози (РПЗ)	50 років і старші з низьким ризиком 45 років і старші із середнім ризиком – обтяжений спадковий анамнез (РПЗ у родича у віці до 65 років) 40 років і старші з високим ризиком – обтяжений спадковий анамнез (РПЗ у кількох родичів у віці до 65 років)		Інформування пацієнта; тест на простат-специфічний антиген (ПСА) та/або направлення до закладів охорони здоров'я з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги	У разі ПСА < 2,5 кожні 2 роки. У разі ПСА ≥ 2,5 щороку

СЛАЙДИ 43 – 44
Пакет основних втручань щодо НІЗ (WHO PEN) для первинної медичної допомоги

Для розробки цього пакету експерти ВООЗ пройшли довгий шлях, починаючи з 2002 року. Досліджено життєздатні механізми фінансування охорони здоров'я та інноваційні економічні інструменти, підтверджені доказами щодо ефективного використання обмежених ресурсів охорони здоров'я, стійких механізмів фінансування охорони здоров'я, доступу до медичних послуг.

Експерти наголошують на ефективних стратегіях контролю за НІЗ:

- Основна діагностика та основні лікарські засоби, а також організовані системи медичної інформації та направлення є обов'язковими для надання справедливої допомоги людям із НІЗ та у групах ризику.

- Особи з НІЗ потребують довготривалого догляду, який є активним, орієнтованим на пацієнта, громаду та стійким. Таку допомогу можна надавати справедливо лише через системи охорони здоров'я, що ґрунтуються на первинній медико-санітарній допомозі.

- Підготовка кадрів охорони здоров'я та зміцнення потенціалу систем охорони здоров'я, особливо на рівні первинної медичної допомоги, щодо запобігання та боротьби з НІЗ.

- Розширення раннього виявлення та охоплення є ефективною стратегією, особливо з акцентами на пріоритетні економічно ефективні втручання із високим рівнем впливу.

- Підвищення доступності базових технологій та основних лікарських засобів, у тому числі дженериків, необхідних для лікування основних НІЗ, як у державних, так і в приватних закладах.

- Зміцнення та орієнтування систем охорони здоров'я на подолання НІЗ та факторів ризику за допомогою медичної допомоги, орієнтованої на людей, та загального охоплення послугами охорони здоров'я.

- Універсальне охоплення медичною допомогою (Universal Health Coverage – UHC) означає, що всі особи та громади отримують необхідні медичні послуги, не зазнаючи фінансових труднощів. Воно включає в себе весь спектр необхідного, якісного медичного обслуговування.

- Розробка та запровадження політики паліативної допомоги, включаючи доступ до опіоїдних анальгетиків для полегшення болю, разом із навчанням медичних працівників з паліативної допомоги.

Джерело:
WHO PACKAGE OF ESSENTIAL NONCOMMUNICABLE (PEN) DISEASE INTERVENTIONS FOR PRIMARY HEALTH CARE

СЛАЙД 45
Компоненти WHO PEN – мінімальний набір втручань для боротьби з основними НІЗ на рівні ПМД.

Втручання призначені для виявлення, діагностики, лікування та супроводу серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, ХОЗЛ. Також включено розділ з ранньої діагностики раку.

У пакеті також є компоненти здорового способу життя, самодопомоги та паліативної допомоги. Надано зразки шаблонів та інструментів.

Важливо, що реалізація запропонованих втручань можлива навіть в країнах з обмеженими ресурсами. Країни можуть розширити основні втручання відповідно до своїх потреб і ресурсів.

СЛАЙД 46
Наголосіть на тому, що WHO PEN:

- невід'ємний компонент програм первинної медичної допомоги, спрямованих на уразливі верстви населення та групи ризику;

- мінімальний стандарт і «відправна точка» для дій щодо боротьби з НІЗ на рівні ПМД в умовах обмежених ресурсів;

Запропоновані заходи щодо НІЗ можуть мати значний вплив на інвалідність, захворюваність і передчасну смертність за виконання умов, представлених на слайді.

СЛАЙД 47
На слайді наведено приклади кращих практик організації допомоги для людей, що мають ризик розвитку НІЗ, або хронічні захворювання.

Джерело: За даними International Health Policy Survey of Primary Care Physicians, 2019

СЛАЙДИ 48 – 49
Допомога у разі НІЗ є каскадною (Waterfall)

Каскадний підхід історично почав активно використовуватися під час розробки програмного забезпечення. Ця модель розробки запозичена з системної інженерії у виробництві та будівництві – галузях, в яких зміни на пізніх етапах дуже дорогі або неможливі (розробники: Уінстон Уокер Ройс (1970); Томас Белл, Томас Тєйер (1976). Пізніше каскадний підхід був поширений і на інші сфери, зокрема медичну. Порівняння з водоспадом означає: «кожен етап створення ніби потік води продовжує попередній і не може початися, поки попередній не завершився».

Позитивні сторони (+): прозорість, стабільність вимог, можливість контролю з боку замовника, контроль якості, візуалізація даних щодо охоплення/доступу до послуг, їхніх видів, потреби.

Негативні сторони (-): потреба в інформації (достовірні, релевантні джерела), потреба в додатковій документації, недостатня гнучкість, всі вимоги мають бути відомі перед початком використання інструменту.

СЛАЙДИ 50 – 51
На слайдах наведено пояснення щодо каскадної моделі як інструменту аналізу.

СЛАЙДИ 52 – 56
На слайдах наведено приклади результатів каскадного аналізу, які можна розібрати з учасниками.

СЛАЙД 57
На слайді наведено покроковий аналіз та вимоги до даних.

СЛАЙД 58
На слайді представлено приклад каскаду щодо скринінгу на рак шийки матки в Україні.

Відповідно до офіційних рекомендацій Міністерства охорони здоров'я України, кожна жінка віком від 18 до 60 років має щороку проходити цитологічний аналіз на рак шийки матки (РШМ), і період між такими обстеженнями не має перевищувати три роки. В Україні медико-санітарні служби здійснюють цитологічні програми обстеження шийки матки в межах звичайної медичної допомоги; такі програми включають цитологічний мазок під час проведення профілактичного гінекологічного огляду жінок. У випадку отримання підозрілих результатів мазка проводять повторний цитологічний аналіз. Крім того, здійснюють ультразвукове дослідження тазової порожнини.

Світовий банк, за підтримки Швейцарської програми розвитку, реалізує програму технічної допомоги «Підтримка реформ та управління в секторі охорони здоров'я в Україні». У 2017 році було проведено аналіз континууму медичної допомоги у разі раку шийки матки у двох областях України – Львівській та Полтавській, щоб оцінити точки розриву в каскаді медичної допомоги та визначити можливості для посилення контролю за РШМ.

Результати вказують на прогалини в цьому питанні, зокрема, є випадіння жінок із каскаду через те, що:
- жінки не приходять на скринінг;
- лікарі-гінекологи не проводять аналіз;
- не здійснюється подальше спостереження за жінками, які потребують медичного супроводу.

Джерело:
The World Bank. 2018. Рак шийки матки в Україні: континуум медичної допомоги, висновки як спрямування до дії. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 4.0.

СЛАЙД 59
На слайді представлено приклад каскаду щодо скринінгу на рак молочної залози в Україні.

Основна стратегія раннього виявлення раку молочної залози в Україні полягає у тому, щоб пропонувати всім жінкам віком від 18 років і старше проходити щорічний профілактичний гінекологічний огляд, куди входить і клінічне обстеження грудей. Під час цих профілактичних оглядів виявляють приблизно 50 % випадків раку молочної залози. Жінок з позитивним результатом клінічного обстеження грудей направляють на діагностичну мамографію та ультразвукове дослідження молочних залоз. У 2016 році, спираючись на дані багаторічних міжнародних досліджень ефективності скринінгової мамографії, з метою виявлення раку молочної залози на ранніх стадіях та зниження смертності, у деяких областях України розпочали розробляти систему мамографічного скринінгу, що супроводжується інформаційними кампаніями для підвищення рівня обізнаності жінок і заходами підтримки сектора охорони здоров'я.

Світовий банк, за підтримки Швейцарської програми розвитку, реалізує програму технічної допомоги «Підтримка реформ та урядування у сфері охорони здоров'я в Україні». У 2017 році було проведено аналіз континууму медичної допомоги хворим на рак молочної залози у двох областях України – Львівській та Полтавській – для виявлення точок розриву в каскаді медичної допомоги та визначення можливих напрямків дій.

Джерело:

The World Bank. 2018. Breast Cancer in Ukraine: The Continuum of Care and Implications for Action in two Regions. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.

СЛАЙДИ 60 – 62
Запропонуйте учасникам виконати практичну роботу. На слайдах представлена основна інформація, яку можна використати під час роботи в групах. Докладні інструкції наведено в додатку 2.

СЛАЙДИ 63 – 65
Підбийте підсумки модулю. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам'ятати.

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЇ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

КЕЙС 1. ЗНАЙОМСТВО З КАСКАДОМ ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ[20]

1. Розділіть учасників на чотири групи. Кожному учаснику роздайте роздрукований графік (додаток 2.1).

2. Коротко розкажіть учасникам про побудову каскаду на основі оцінювання експертами таких даних:

   – відсоток діагностованих випадків раку молочної залози, за якими розпочато лікування;

   – відсоток випадків підтвердженого завершення лікування (лише перший епізод);

   – відсоток випадків, за якими є докази моніторингу після лікування.

3. Дайте учасникам 20 хвилин та запропонуйте попрацювати в групах і обговорити:

   – на якому етапі лікування є прогалини;

   – у чому полягає різниця між областями;

   – які рекомендації можна надати сектору охорони здоров'я, щоб вирішити наявні проблеми.

4. Попросіть по одному представнику від групи представити результати обговорень та обговоріть результати (див. нижче).

Висновки за результатами каскаду
В обох областях і обох річних когортах приблизно у кожному 10-ому випадку в канцер-реєстрі не було внесено інформацію про ***початок лікування*** *(у Львівській області 10 % та 9 %, у Полтавській – 8 % та 10 %), що видно з графіку у додатку 2.1.*

У Львівській області близько у 4 % випадків були свідчення про залучення до лікування після встановлення діагнозу, але не про початок лікування. На думку онкологів, це пояснюється літнім віком пацієнток, пізньою стадією раку або відмовою від лікування, проте записи в реєстрі не були систематичними.

Ще 4 % випадків, здавалося, були втрачені з обліку – у реєстрі не було жодних записів після встановлення діагнозу. Було також декілька випадків зміни місця

20 The World Bank. 2018. Breast Cancer in Ukraine: The Continuum of Care and Implications for Action in two Regions. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.

постійного проживання (9 із 2367 – загальної кількості випадків).

Приблизно у 2 % випадків не було інформації про лікування, швидше за все, через смерть пацієнток до початку лікування.

У Полтавській області майже всі пацієнтки, які проходили лікування, мали підтвердження надання медичної допомоги. Знову ж таки, причини відсутності лікування не фіксуються системно. В обох областях часто було незрозуміло, на який етап континууму медичної допомоги припадає смерть пацієнтки.

Завершення лікування погано відображено у реєстрі. Щодо 56 % та 58 % річних когорт Львівської області та щодо 25 % та 31 % когорт Полтавської області відсутні дані про стан пацієнтки або дату завершення лікування.

У Львівській області незначна кількість (14 з 2113 випадків) припинили лікування після того, як воно було розпочато, і, відповідно відсутня дата завершення лікування. У Полтавській області не було знайдено жодних даних про припинення лікування тих пацієнтів, які розпочали лікування.

Моніторинг після лікування протягом року після діагностики практично не задокументований – близько 9 з 10 випадків у Львівській області та 8 з 10 випадків у Полтавській області не мали жодних даних щодо моніторингу у реєстрі. Це було пояснено тим, що сімейні лікарі не надають інформацію до реєстру, у тому числі інформацію про смерть пацієнток. Тому виживання пацієнток з діагнозом рак молочної залози (РМЗ) протягом п'яти років розрахувати неможливо. Відсутність інформації про моніторинг пацієнток після лікування може також означати, що жінок, які пережили РМЗ, часто не запрошують на систематичний огляд.

У матеріалах публікацій, зроблених за цим Кейсом, було опубліковано такі висновки:

Дослідження, проведене у співпраці з обласними групами фахівців-онкологів, продемонструвало важливість ***аналізу даних канцер-реєстру щодо стратегічної ключової інформації****, такої як час до лікування, охоплення лікуванням, втрати пацієнток з обліку та протоколи лікування (за кожною стадією раку) для визначення напрямків поліпшення якості медичної допомоги.*

Для того, щоб ***розпочати лікування раку без зволікань****, групи фахівців-онкологів повинні мати чіткі процедури, краще фармацевтичне забезпечення та доступ до надійного діагностичного обладнання.*

Необхідно посилити координацію медичної допомоги між різними стадіями раку та подальшого моніторингу.

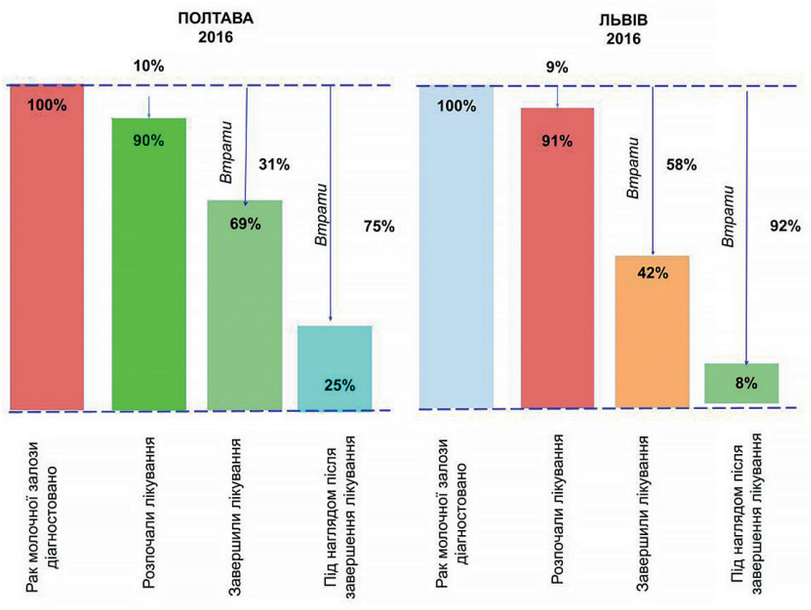
Вдосконалення механізму передачі даних до підрозділів, які забезпечують наповнення канцер-реєстрів, покращить розуміння ***часу та смертності й****, зрештою, дасть можливість скласти оцінку 5-річного виживання. Це також покращить дані про завершення лікування та моніторинг після лікування, що, на думку груп фахівців-*

онкологів, є дуже важливим.

Рекомендації про проведення скринінгу необхідно втілити у систему цільових ***запрошень та нагадувань*** *пацієнткам з урахуванням вікових особливостей та ризиків.*

Додаток 2.1.

КЕЙС 1. ЗНАЙОМСТВО З КАСКАДОМ ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ



Каскади лікування раку молочної залози за 2016 рік за даними канцер-реєстрів Львівської і Полтавської областей

Джерела: Канцер-реєстри, нові випадки раку грудей зареєстровані у 2016 роках у Львівській та Полтавській областях

КЕЙС 2. ПОБУДОВА КАСКАДНОЇ МОДЕЛІ

1. Обговоріть з учасниками, де на їхню думку, можна взяти дані щодо

   – базового каскаду;

   – формування показників інтенсивності для каскаду?

2. Поділіть учасників на групи по 4–5 осіб та попросіть їх ознайомитися з інформацією про базові дані та показники інтенсивності (втрати, тестування, початок лікування), поданою у таблиці (додаток 2.2). Дайте на це 15 хвилин.

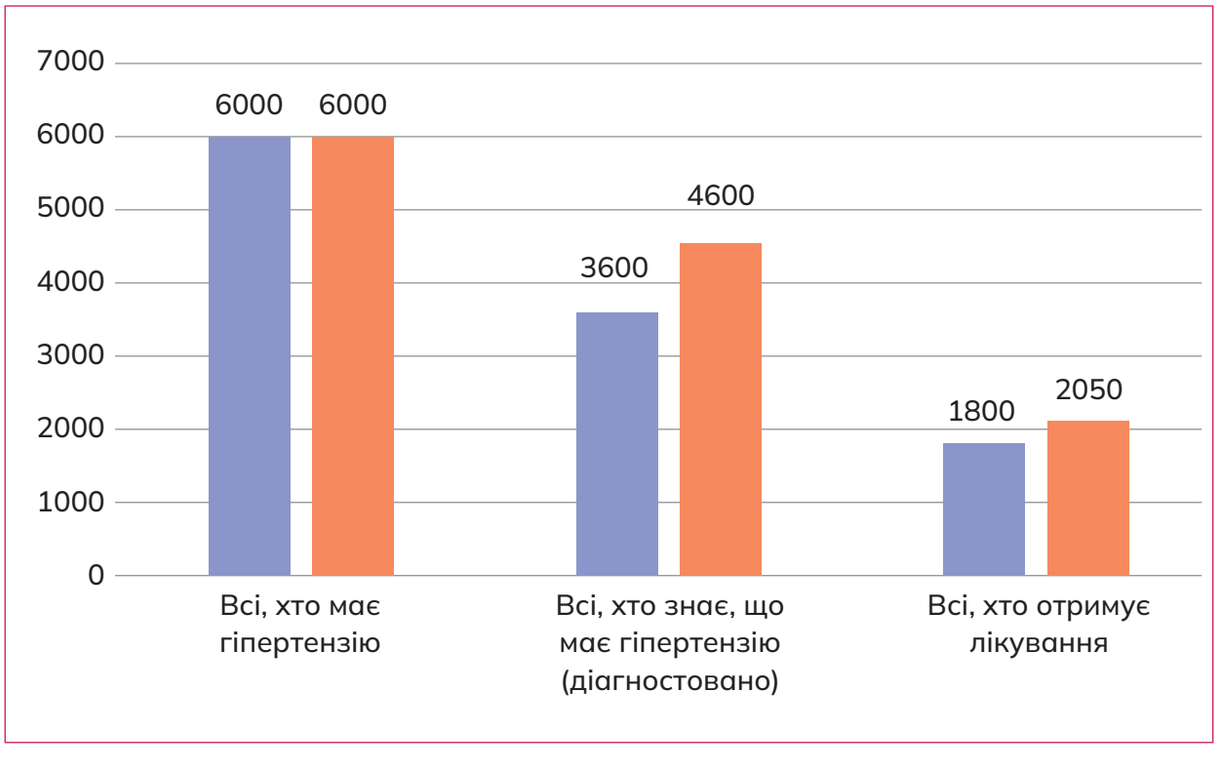
3. Кожна група на основі табличних даних має побудувати каскади за моделлю «Діагностика – Лікування» за типом «А» і «Б» (Додаток 2.2). Моделі для перевірки результатів роботи у групах наведено нижче.

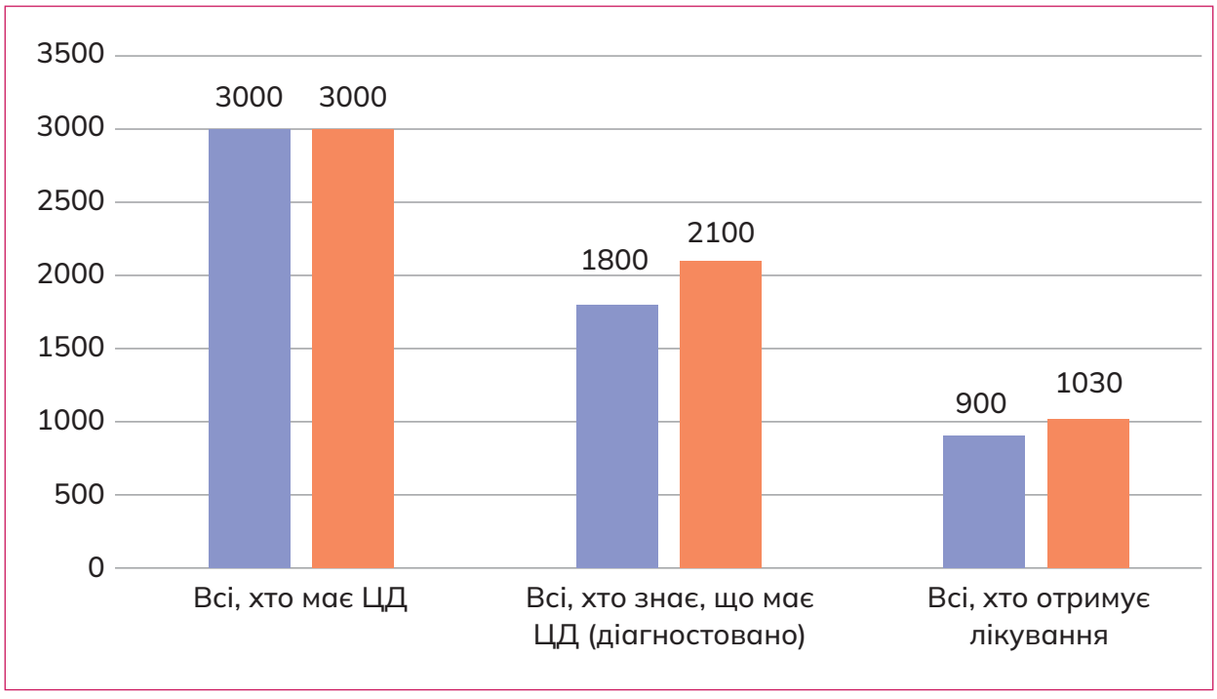
4. Попросіть представників від кожної групи представити результати роботи, зробивши акцент на втратах у каскаді. Попросіть спікерів зробити акцент на втратах у каскаді.

5. Обговоріть з учасниками результати.

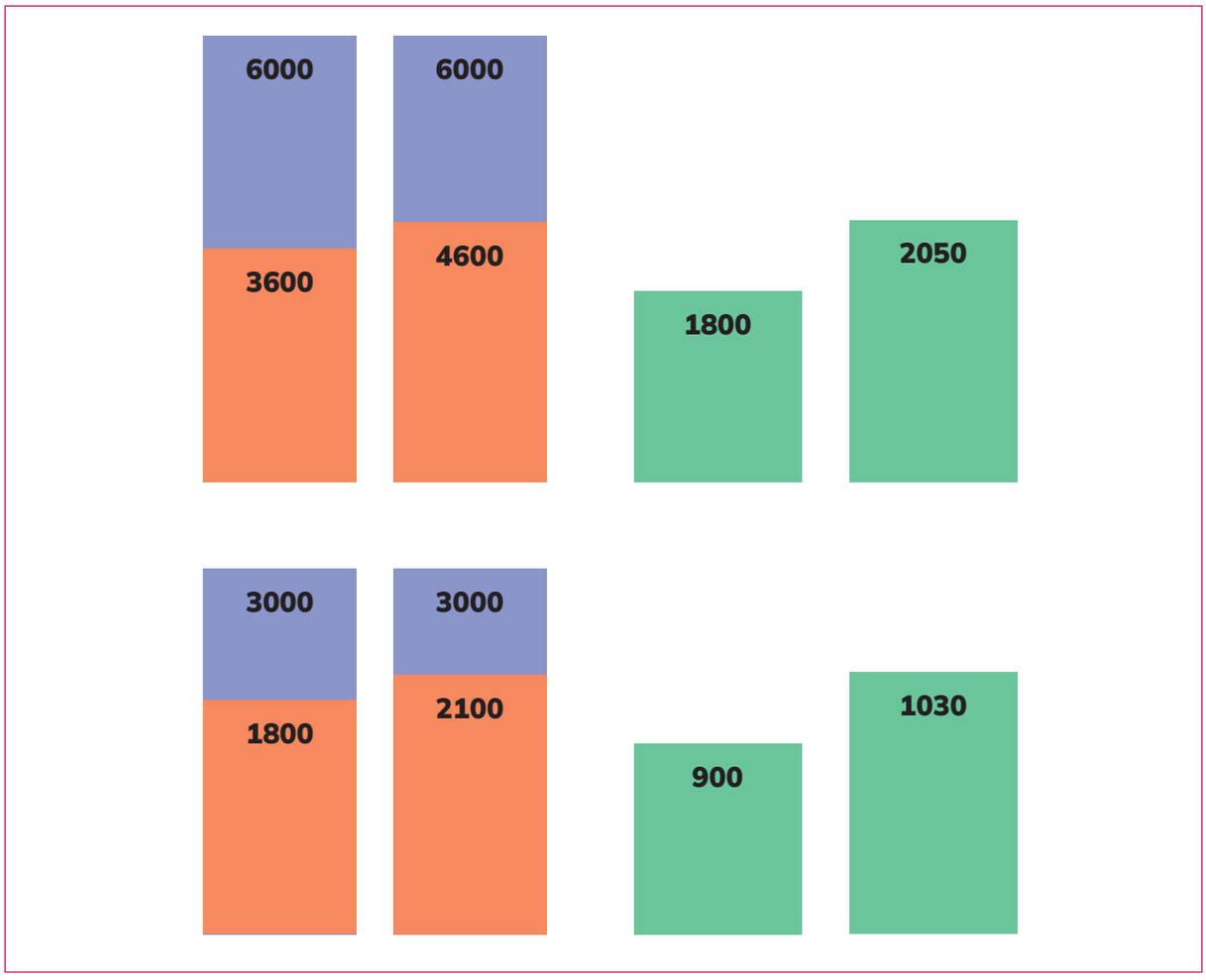
Моделі для перевірки

Модель А (для перевірки)

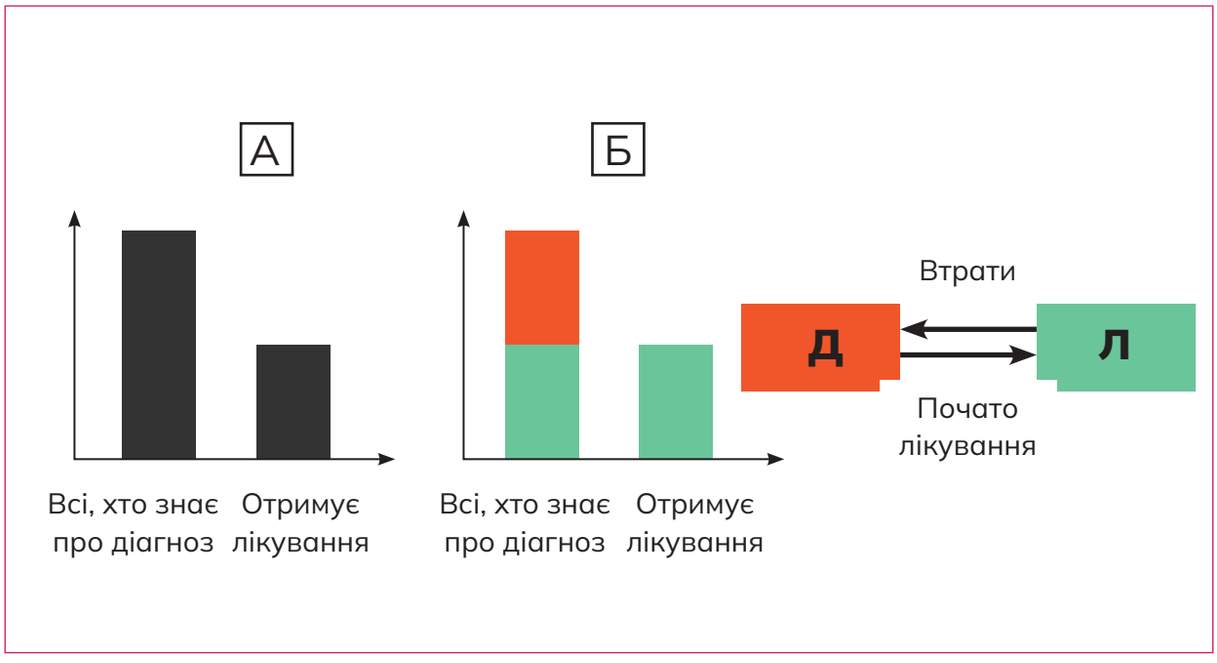




Модель Б (для перевірки)



Найменування	Цукровий діабет	Гіпертензія
Базові значення для каскаду		
Особи із захворюванням	3000	6000
Особи, у кого діагностовано захворювання	1800	3600
Ті, хто отримує лікування	900	1800
Показники інтенсивності		
Кількість осіб, у яких виявлено захворювання (нові діагнози), осіб/рік	300	1000
Кількість осіб, які вперше почали лікування, осіб/рік	210	490
Кількість осіб, які не завершили лікування, осіб/рік	80	240


А
Б
Втрати
Д
Л
Початo лікування
Всі, хто знає про діагноз
Отримує лікування
Всі, хто знає про діагноз
Отримує лікування

МОДУЛЬ 12.
ВСТАНОВЛЕННЯ ПРІОРИТЕТІВУ СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НІЗ

ЗМІСТ

1. Вступ 294
2. Цілі навчання 294
3. Короткий огляд модуля 295
3.1. Структура презентації 295
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 295
3.3. Практична робота 295
4. Підготовка до проведення модуля 296
4.1. Структура та тривалість модуля 296
4.2. Матеріали та обладнання 296
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 296
5. Список рекомендованої літератури 296
5.1. Література для ознайомлення перед навчальним курсом 296
5.2. Література для поглибленого самостійного вивчення теми 297
Додаток 1. Коментарі до презентації в PowerPoint 298
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 305
Запитання для оцінювання знань 360

1. ВСТУП

Зростання поширеності хронічних захворювань є одночасно причиною для занепокоєння та можливістю для втручання. Старіння населення та прогрес у медичних технологіях і обслуговуванні дозволяють збільшити очікувану тривалість життя, але, разом з тим, також збільшують поширеність хронічних захворювань, створюючи додатковий тягар для систем охорони здоров'я.

Сьогодні переважна більшість систем охорони здоров'я функціонують в умовах обмежених ресурсів. Разом з тим, кількість проблем та викликів, з якими ці системи стикаються щодня, досить велика, часто є потреба в термінових рішеннях, а також ефективному плануванні роботи з урахуванням наявних потреб та ресурсів. Така ситуація характерна для усіх сфер. Сфера профілактики та контролю НІЗ не є виключенням. Навпаки, зважаючи на те, що НІЗ є однією з основних причин смертності в усьому світі, зменшення загального тягаря цих захворювань має стати надважливим завданням.

Важливо розуміти, що ресурсів на вирішення усіх проблем та задоволення усіх потреб немає в жодній системі охорони здоров'я, навіть у найбагатших країнах. Саме тому важливо виставляти пріоритети та слідувати їм.

У цьому модулі ми обговоримо питання встановлення пріоритетів у сфері профілактики та контролю НІЗ.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Наприкінці модуля учасники розумітимуть та зможуть пояснити:

- чому важливо пріоритезувати плани та активності у сфері профілактики та контролю НІЗ;
- які є підходи та критерії для встановлення пріоритетів у сфері профілактики і контролю НІЗ;
- як визначати ключових стейкхолдерів та партнерів, з якими пріоритезувати плани, а також заходи, необхідні для їхньої реалізації;
- чому профілактика НІЗ на кожному рівні є важливою та має розглядатися як важливий пріоритет.

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Пріоритезація планів та активностей у сфері профілактики та контролю ВІЗ.

ii. «Рішення, оптимальні за витратами» – інструмент ВООЗ для пріоритезації заходів у сфері профілактики та контролю ВІЗ.

iii. Визначення ключових стейкхолдерів та партнерів для розстановки пріоритетів щодо планів і заходів у сфері профілактики та контролю ВІЗ.

iv. Критерії пріоритезування ВІЗ та заходів щодо протидії їм

v. Профілактика як доказовий інструмент протидії ВІЗ

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модуля.
Коментарі до слайдів наведено в додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

- Обмежені фінансові та інші ресурси, брак кадрів та часу є причиною того, що у сфері профілактики та контролю ВІЗ потрібно виставляти пріоритети.
- ВООЗ пропонує методологію для прийняття рішень щодо визначення пріоритетів та варіантів заходів щодо ВІЗ – «Рішення, оптимальні за витратами».
- Профілактика захворювань (специфічні популяційні та індивідуальні заходи) спрямовані на мінімізацію тягаря захворювань та супутніх факторів ризику.
- Хворобу легше і дешевше попередити, ніж лікувати. Профілактичні заходи варто розглядати не лише з точки зору заощадження ресурсів, але й з точки зору збереження життя та його якості.
- Під час розробки планів протидії ВІЗ потрібно залучати всі зацікавлені сторони, а для успішності їхньої реалізації необхідно досягати консенсусу.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Робота в групах з виконанням завдань, презентацією результатів та їхнім подальшим обговоренням (додаток 2).

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. ТРИВАЛІСТЬ ТА СТРУКТУРА МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 120 хвилин (2 години):

- вступ та лекційна частина – 45 хвилин;
- практичне завдання: робота в групах (додаток 2), презентація та обговорення; результатів – 65 хвилин;
- підсумки модуля та тези для запам'ятовування – 10 хвилин.

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

- презентація в PowerPoint;
- проєктор, екран та комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт і папір для фліпчарта, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/аркуші паперу та ручки/олівці для всіх учасників.

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ

- Ознайомтеся з презентацією в PowerPoint та конспектами лекцій у додатку 1.

- Ознайомтеся з переліком рекомендованої літератури в розділі 5. Перелік літератури не є вичерпним – ви можете додавати до нього ті джерела, які вважаєте цікавими та корисними.

- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та поміркуйте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої ви проводитимете навчання.

- Ознайомтеся з тестовими запитаннями до модуля та відповідями на них, що наведені наприкінці блоку 4.

5. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

5.1. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ОЗНАЙОМЛЕННЯ ПЕРЕД НАВЧАЛЬНИМ КУРСОМ

- Борьба с НИЗ: решения, оптимальные по затратам, и другие рекомендуемые мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. URL: https://is.gd/uoAM4r

- Талер Річард, Санстейн Кас. Поштовх. Як допомогти людям зробити правильний вибір / пер. з англ. Ольга Захарченко. – К: Наш формат, 2017. – 312 с.
- Практичне керівництво зі здоров'я у всіх політиках. URL: https://is.gd/3NjYYe
- WHO «Best buys» for the prevention and control of NCDs. URL: https://is.gd/0qNmg9
- Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region. URL: https://is.gd/VCnBRw
- Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. URL: https://is.gd/ciNyCf

5.2. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

- Non-Communicable Disease Prevention: Best Buys, Wasted Buys and Contestable Buys. URL: https://books.openedition.org/obp/11569
- Tackling NCDs: «best buys» and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. URL: https://is.gd/s1YzeV
- Prevention of non-communicable disease: best buys, wasted buys, and contestable buys. BMJ 2020; URL: https://doi.org/10.1136/bmj.m141
- Using economic evidence to support policy decisions to fund interventions for non-communicable diseases, 2019. URL: https://www.bmj.com/content/365/bmj.l1648
- WHO Best Buys 101 – Unpacking the recommended interventions on NCD prevention and control. URL: https://is.gd/KwKtYt
- «Bottom up» approach: A community-based intervention in fighting non-communicable diseases in urban informal settlements Kenya, 2020. URL: https://is.gd/kQcsFy
- WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care, 2020. URL: https://is.gd/EyRjfu
- Saleh, S., El Harakeh, A., Baroud, M., Zeineddine, N., Farah, A., & Sibai, A. M. (2018). Costs associated with management of non-communicable diseases in the Arab Region: a scoping review. Journal of global health, 8(2), 020410. URL: https://is.gd/Z2BH7C
- Non-communicable diseases: risk factors and actions for their prevention and control in Cuba. URL: https://is.gd/aTWrbv

- Shanthi Mendis, The policy agenda for prevention and control of non-communicable diseases, British Medical Bulletin, Volume 96, Issue 1, December 2010, Pages 23–43. URL: https://is.gd/ILtGfZ
- Country experiences in integrated policy development for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2015. URL: https://is.gd/SGWEIV
- Noncommunicable Diseases. URL: https://is.gd/CE8lSu
- Systemic Solutions for Addressing Non-Communicable Diseases in Low-and Middle-Income Countries. URL: https://is.gd/pVeqtK
- Профілактика хронічних захворювань: необхідна інвестиція: глобальний звіт ВООЗ / Preventing chronic diseases? a vital investment? WHO global report. URL: https://is.gd/9KoN2X
- Кейс країн із низьким і середнім рівнем доходу / Haque M, Islam T, Rahman NAA, McKimm J, Abdullah A, Dhingra S. Strengthening Primary Health-Care Services to Help Prevent and Control Long-Term (Chronic) Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. Risk Management and Healthcare Policy. 2020;13:409–426. URL: https://is.gd/cVwSL8

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ В POWERPOINT

СЛАЙДИ 1 – 2

Назвіть учасникам тему модуля, а також поясність, які основні питання буде висвітлено в презентації.

СЛАЙД 3

Перед тим, як показати слайд, запитайте учасників тренінгу, навіщо, на їхню думку, виставляти пріоритети для проблем охорони здоров'я?

Запишіть їхні відповіді на фліпчарт.

Розкрийте можливі відповіді на слайді.

Поясніть, що встановлення пріоритетів допомагає визначити, з якими проблемами зі здоров'ям ви будете мати справу насамперед. Встановлювати пріоритети потрібно через те, що ми маємо обмежені ресурси. Акцентуйте увагу учасників на те, що ресурси – це не лише гроші. Йдеться також і про людські й часові ресурси, і про інші ресурси, що потенційно можуть знадобитися для вирішення тієї чи іншої проблеми.

Ми не можемо вирішити усі проблеми і одразу.

СЛАЙДИ 4 – 5
Акцентуйте увагу учасників на тому, що розподіл шансів на здоров'я та ризиків виникнення захворювань є вкрай нерівномірним як між країнами світу, так і всередині країн, тому й пріоритети можуть бути різними.

Тягар НІЗ зростає постійно, він особливо значний у країнах з низьким рівнем доходу та створює суттєве навантаження на економіку цих країн. Разом з тим, досить часто політичні рішення та дії не враховують цей тягар для здоров'я, економічного та соціального розвитку країни.

Дуже важливо розуміти яким планам та активностям у сфері охорони здоров'я потрібно надавати пріоритетність, особливо в умовах обмежених ресурсів.

СЛАЙДИ 6 – 7
Разом з учасниками виконайте практичне завдання 1, описане в додатку 2 до цього модуля.

СЛАЙД 8
Запропонуйте учасникам подумати над питанням, чому так важливо пріоритезувати плани у сфері НІЗ та обговоріть з ними інформацію, представлену на слайді.

СЛАЙД 9 – 13
Розгляньте з учасниками критичні виклики в боротьбі з тягарем НІЗ у країнах з низьким і середнім рівнем доходу в контексті необхідності пріоритезації заходів в охороні здоров'я, що базується на доказовому підході.

Зробіть акцент на тому, що доказовий підхід є вкрай важливим під час планування та реалізації будь-яких інтервенцій у сфері охорони здоров'я. Для того, щоб не витрачати даремно ресурси, потрібні дійсно дієві інструменти з доведеною ефективністю. Зверніть увагу учасників на те, що за підрахунками експертів ВООЗ та Організації економічного співробітництва і розвитку п'ята частина загального бюджету на охорону здоров'я в країнах витрачається даремно!

Розкажіть учасникам про те, що на 66-й Всесвітній асамблеї охорони здоров'я в травні 2013 року держави-члени ВООЗ офіційно прийняли глобальну систему моніторингу, яка включає **9 глобальних цілей і 25 індикаторів**, як частину всеосяжної резолюції «Омнібус».

Обговоріть ці цілі та поясніть, що в контексті їхнього досягнення вкрай важливо спиратися на встановлені індикатори.

СЛАЙДИ 14 – 17
Нагадайте учасникам про те, що факторів ризику НІЗ є багато: це і генетичні фактори, і соціально-демографічні, й поведінкові, й фактори довкілля, і метаболічні фактори. Кожен з них окремо і всі разом вони підвищують ризики розвитку НІЗ. Нагадайте учасникам, що є фактори ризику, на які вплинути значно легше, ніж на інші. Сюди ми відносимо поведінкові та метаболічні фактори.

Наведіть інформацію на слайдах 15 – 16, щоб проілюструвати, чому профілактика цих факторів є важливою.

Покажіть слайд 17, щоб ще раз акцентувати увагу на тому, що, зазвичай, фактори ризику мають комплексний вплив та можуть бути причиною не одного, а декількох хронічних захворювань.

СЛАЙДИ 18 – 22

Зробіть акцент на тому, що підходи до профілактики та контролю НІЗ мають бути ефективними, стійкими та обґрунтованими, особливо в умовах, де системи охорони здоров'я не є надійними.

Саме тому ключовими лишаються питання, перелічені на слайді.

Відповіді на ці питання шукають науковці й уряди різних країн, а також міжнародні організації.

Зокрема, ВООЗ розробила інструмент, який дає можливість пріоритезувати заходи протидії НІЗ. Цей інструмент називається «Рішення, оптимальні за витратами, та інші рекомендовані заходи» (»Best buys»).

Він був створений на допомогу тим, хто формує політику, і містить перелік рішень, оптимальних за витратами, та інших заходів, рекомендованих для вирішення проблеми неінфекційних захворювань (НІЗ). Загалом до документу увійшло 88 заходів, розділених як за основними поведінковими факторами ризику НІЗ (вживання тютюну та алкоголю, нездорове харчування та брак фізичної активності), так і за чотирма типами захворювань (серцево-судинні захворювання, діабет, рак і хронічні респіраторні захворювання).

Заходи оцінювалися з точки зору ефективності витрат, здійсненності, а також нефінансових аспектів (реалістичність, доцільність, справедливість, прийнятність тощо).

Найбільш рентабельними та доцільними було визнано 16 заходів, що мають середній коефіцієнт ефективності витрат ≤ 100 міжнародних доларів на рік життя з поправкою на інвалідність (DALY) в країнах з доходами нижче середнього і низькими доходами.

Після них вказуються заходи з середнім коефіцієнтом ефективності витрат > 100 міжнародних доларів; можливість проведення цих заходів може розглядатися з урахуванням національних умов. Заходи, які згадуються в керівних принципах і технічних документах ВООЗ, але щодо яких було неможливо провести аналіз, також надані в таблицях та мають позначку «Аналіз відсутній». Переліки таких заходів необхідно інтерпретувати з обережністю.

Покажіть на наведених на слайдах аргументах логіку побудови структури інструменту «Рішення, оптимальні за витратами».

На останньому слайді наведено перелік 16 найбільш ефективних «рішень» (втручань) за основними факторами ризику та типами захворювань.

СЛАЙД 23 – 24
Після того, як ви визначите основні складові «рішень, оптимальних за витратами», запропонуйте учасникам подискутувати на тему: чи всі «рішення, оптимальні за витратами» завжди є найкращими?

Інструкції для виконання завдання 2 практичної роботи наведені у додатку 2.

СЛАЙД 25
Після аргументів, наведених учасниками, розкажіть про те, що останні дослідження показують недостатнє впровадження втручань, запропонованих ВООЗ, особливо в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Також було відзначено, що вжито недостатньо заходів для досягнення мети скорочення передчасної смертності від НІЗ на третину до 2030 року, встановленої в Цілях сталого розвитку.

Однією з причин цього може бути те, що значна частина доказів щодо «рішень, оптимальних за витратами» походить не з країн з низьким або середнім рівнем доходу, тому до кінця невідомо, чи такі глобальні рекомендації є корисними для встановлення пріоритетів у цих країнах. Також існують занепокоєння з приводу можливості передачі результатів досліджень переважно з країн з високим рівнем доходу в інші країни з іншими профілями захворювань, характеристиками населення, економічними структурами, платформами систем охорони здоров'я та іншими відмінними місцевими особливостями. Крім того, не існує вказівок щодо того, як застосовувати результати міжнародних досліджень у цих різноманітних умовах і з різними можливостями впровадження.

Зверніть увагу учасників на той факт, що «рішення, оптимальні за витратами» не обов'язково є тими рішеннями, які приносять «швидкий результат». Моделювання щодо прогнозів повернення інвестицій передбачає два-три десятиліття. Той факт, що результати цих інтервенцій можуть бути відчутні лише в майбутньому, ускладнює їхнє включення у політичну програму, особливо коли витрати припадають на один уряд, а переваги потенційно отримає інший.

Також варто наголосити на тому, що переважна більшість політик Best Buy потребує міжсекторальної роботи та залучення багатьох стейкхолдерів.

СЛАЙДИ 26 – 28
Наголосіть на тому, що попри усі недоліки «рішень, оптимальних за витратами», є низка причин, чому їх все ж таки варто використовувати.

Як правило, хорошим аргумент є фінансові прорахунки на користь реалізації тих чи інших інтервенцій. Покажіть учасникам, скільки щорічно втрачають країни з низьким і середнім рівнем доходу від НІЗ та порівняйте із щорічною вартістю інтервенцій, які дозволять ці втрати попередити.

Поясніть учасникам, що реалізація ефективних заходів у сфері профілактики та контролю НІЗ дозволить вирішити проблеми різних сфер – економічної, урядової, охорони здоров'я, а також покращити ситуацію для населення загалом та для окремих громадян зокрема.

Ілюстрація, наведена на слайді 28, взята з ще одного ресурсу ВООЗ – «Рятуючи життя, витрачайте менше: інвестиції в НІЗ». Цей документ наводить фінансові розрахунки того, як інвестиції у попередженні розвитку НІЗ дозволяють зберегти життя людей та заощадити на лікуванні.

Наприклад, на скріншоті, наведеному на слайді, йдеться про те, що кожні додаткові 84 центи на 1 людину на рік, вкладені у реалізацію «рішень, оптимальних за витратами», дозволяють зберегти 7 млн життів та 50 млн здорових років життя, попередити 10 млн серцевих нападів і інсультів. Окрім того, це дозволяє заощадити близько 230 млрд доларів (тобто кожен інвестований у профілактику долар дозволить заощадити 7 доларів у майбутньому).

СЛАЙД 29
Зверніть увагу учасників на рисунок на **слайді – як контекст впливає на «рішення, оптимальні за витратами»**:

Площина ефективності витрат – це візуалізація відмінностей у витратах і результатах варіантів політики, при цьому витрати відкладаються на вертикальній осі У, а ефекти (покращення здоров'я) – на горизонтальній осі Х. Втручання, яке не приносить користі або мало користі чи може мати негативні наслідки, і яке використовує більше ресурсів, ніж поточний сценарій, є марним. Втручання є «оскаржуваним», якщо воно не має прямих доказів економічної ефективності в країні, в якій воно розглядається.

Площина рентабельності – щоб показати найкращі «рішення» та марні «рішення». Пунктирна лінія позначає максимальну суму, яку особа, яка приймає рішення, готова витратити на додаткову користь для здоров'я. Втручання в квадранті А явно не є економічно ефективними, порівняно з поточним сценарієм, а втручання в квадранті D є найкращим рішенням. Рішення про втручання, які потрапляють у квадранти В і С, є менш чіткими та залежатимуть від встановленого порогового значення. Область невизначеності вказує на діапазони відносно невеликих відмінностей витрат і вигод, де невизначеність може бути особливо неприємною.

СЛАЙДИ 30 – 31
Запропонуйте учасникам виконати практичну роботу. Завдання 3 описано в додатку 2 до цього модуля.

СЛАЙД 32
Як підсумок обговорення інструменту «рішення, оптимальні за витратами», наведіть учасникам рекомендації, яких варто дотримуватися під час вибору заходу.

СЛАЙДИ 33 – 34
Перейдіть до розгляду наступного питання: визначення ключових стейкхолдерів

та партнерів для розстановки пріоритетів щодо планів і заходів у сфері профілактики та контролю ВІЗ.

Попросіть учасників дати визначення таким поняттям як «зацікавлена сторона» та «партнер».

Відкрийте визначення на слайді. Попросіть учасників навести приклади зацікавлених сторін та партнерів.

СЛАЙДИ 35 – 36
Запропонуйте учасникам виконати практичну роботу. Завдання 4 описано в додатку 2 до цього модуля.

СЛАЙДИ 37 – 39
Обговоріть результати практичної роботи та підведіть підсумок – яким же чином досягати консенсусу.

Поясніть, що для досягнення консенсусу у встановленні пріоритетів слід визначити критерії або стандарти.

Тезово озвучте основні поради (слайд 38)

Підведіть підсумок:

Наголосіть, що досягти консенсусу може бути важко, але важливо, адже досягнення консенсусу може бути важливим для «виживання».

Поясніть учасникам, що розуміння того, чому і як думки людей відрізняються з основних питань, допоможе досягти консенсусу щодо менших питань.

Процес досягнення консенсусу можна використовувати, щоб переконатися, що всі зацікавлені сторони/партнери беруть участь у прийнятті рішень, які їх стосуються. Мета полягає в тому, щоб усі погодилися та були частиною процесу.

Також варто пам'ятати про те, що не всі зацікавлені сторони будуть присутні або мають бажання активно залучатися.

СЛАЙДИ 39 – 49
Перейдіть до розгляду критеріїв пріоритезації заходів протидії ВІЗ.

Скажіть учасникам, що рекомендовано обирати не більше чотирьох критеріїв під час визначення пріоритетів активностей щодо протидії ВІЗ.

Запитайте учасників: які б 4 критерії вони обрали, із запропонованих на слайді 40?

Перейдіть до розгляду чотирьох основних критеріїв: розмір проблеми, її серйозність, наявність поточних втручань, економічний та соціальний впливи.

На наступних слайдах по черзі розкривайте кожен з критеріїв та їхнє ранжування від 1 до 5, де 1 – мінімальний вплив/значення, а 5 – максимальний вплив/значення.

Попросіть учасників навести приклади проблем з НІЗ у громаді, які вони б оцінили на 1? 3? 5? За кожним з критеріїв.

Наприкінці наведіть приклад узагальнюючого ранжування. Один із способів визначити кінцевий рейтинг – це помножити значення з кожного стовпця (наприклад, 5 x 4 x 4 x 4 = 320). Множення, а не додавання чисел показує більшу різницю, що полегшує ранжування.

СЛАЙДИ 50 – 51
З огляду на опрацьований матеріал, розгляньте питання профілактики НІЗ.

Поясніть, що профілактика спрямована на запобігання захворюванню людей або запобігання загостренню хвороби. Наведіть приклади. Наголосіть на тому, що профілактичні заходи лише тоді будуть ефективні, якщо вони будуть здійснюватися на всіх рівнях: державному, рівні трудового колективу, сімейному, індивідуальному.

СЛАЙДИ 52 – 53
Поясніть учасникам, що таке сприяння здоров'ю (промоція здоров'я) та контроль захворювання. Акцентуйте увагу на тому, що це відмінні від профілактики поняття.

СЛАЙДИ 54 – 56
Нагадайте учасникам про рівні профілактики.

Розкажіть про кожен із видів, представлених на слайді 54, та наведіть теоретичні та практичні приклади первинної, вторинної та третинної, четвертинної профілактики (слайд 55)

СЛАЙДИ 56 – 59
На слайдах представлено аргументи на користь профілактики. Почніть із тези про те, що кожен цент, інвестований у профілактику, дозволяє заощадити декілька доларів на лікування. Скріншот на слайді 56 взято з того ж ресурсу ВООЗ – «Рятуючи життя, витрачайте менше: інвестиції в НІЗ», про який вже йшлося раніше. На ньому дуже добре проілюстровано ефективність інвестицій в інтервенції, що стосуються профілактики вживання тютюну та алкоголю, нездорового харчування та недостатнього рівня фізичної активності, а також ведення випадків серцево-судинних захворювань і діабету, вакцинації від вірусу папіломи людини та скринінгу на рак шийки матки.

Наголосіть на тому, що за даними CDC (США), вплив профілактики на розвиток НІЗ та витрат на їхнє лікування є вагомим та потенційно дозволяє запобігти 70 % випадків захворювань на НІЗ.

Розгляньте кожен із рівнів профілактики з точку зору доцільності та ефективності.

Насправді, за даними різних досліджень і джерел, профілактика практично завжди є вигіднішою, порівняно з лікуванням. Деякі питання можуть виникати стосовно вторинної профілактики (скринінгів і досліджень), оскільки часто, якщо робити її масовою, це потребує суттєвих ресурсів. Однак тут потрібно пам'ятати про те, що ми говоримо не лише про економію коштів, але також і про збереження життів і років якісного життя.

СЛАЙДИ 60 – 61
Запропонуйте учасникам виконати ще одну практичну роботу (завдання 5).
На слайдах представлена основна інформація, яку можна використати під час роботи в групах. Докладні інструкції наведено в додатку 2.

СЛАЙДИ 62 – 63
Підбийте підсумки модулю. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам'ятати.

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЇ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

ЗАВДАННЯ 1. Прийняття рішення щодо пріоритезації заходів у сфері профілактики та контролю ВІЗ (10 хвилин)

1. Попросіть учасників подумати та поділитися своїм досвідом прийняття рішення щодо пріоритезації заходів у сфері профілактики та контролю ВІЗ у їхньому регіоні.

2. Дайте 5 хвилин на обдумування прикладів та попросіть декількох учасників (вибірково, за бажанням) навести приклади з їхнього досвіду, за такою структурою:

   – Приклад пріоритезації заходу/активності

   – Чому ви зробили саме такий вибір?

   – На які критерії орієнтувалися під час вибору напрямів інтервенцій?

   – Які результати ви отримали?

3. Надайте учасникам короткий зворотний зв'язок.

ЗАВДАННЯ 2. Обговорення: чи усі «рішення, оптимальні за витратами» завжди є найкращими? (5 хвилин)

1. Після розгляду теоретичного блоку про «рішення, оптимальні за витратами» у сфері протидії ВІЗ, попросіть учасників подумати, чи всі «рішення, оптимальні за витратами» завжди є найкращими?

2. Попросіть декількох учасників (вибірково, за бажанням) навести приклади з власного досвіду.

3. Подякуйте учасникам за їхні думки та перейдіть до інформації на наступному слайді як підсумку обговорення.

ЗАВДАННЯ 3. Вплив контексту на «рішення, оптимальні за витратами»? (20 хвилин)

1. Розділіть учасників на чотири групи, які працюватимуть окремо, та запропонуйте кожній групі обрати одну із нижченаведених тем (переконайтеся, що всі теми охоплені):

   – цукровий діабет

   – ожиріння

   – зловживання алкоголем

   – рак молочної залози

2. Використовуючи інформацію, наведену на слайді 31, попросіть учасників подумати та обговорити в групі, як контекст в Україні може вплинути на «рішення» у контексті кожної із тем. Чи активності, які проводяться в Україні, не є «марними втручаннями».

3. Попросіть по одному представнику від групи коротко представити результати обговорення.

4. Надайте учасникам зворотний зв'язок.

ЗАВДАННЯ 4. Досягнення консенсусу (15 хвилин)

1. Розділіть учасників на 4 групи.

2. Озвучте таку ситуацію.

Зараз приблизно 10:00 ранку. Ви зі своїми супутниками летіли на літаку і щойно здійснили аварійну посадку в пустелі. І пілот, і другий пілот загинули в літаку, який повністю згорів незабаром після удару. Більше ніхто не постраждав.

Пілот не зміг повідомити нікого про положення літака перед падінням; однак перед катастрофою він встиг сказати, що літак знаходився на південному заході від невеликого міста, і що літак відхилився на кілька кілометрів від запланованого курсу польоту.

Місце аварії рівнинне з небагатою і невисокою рослинністю. Останній звіт про погоду, який оголосив пілот, показав, що температура досягне +43 градусів за Цельсієм. У вас і решти учасників події є зручний одяг і взуття, носова хустка.

Разом у вас є трохи паперових грошей і кілька монет.

До того, як літак загорівся, ваша група змогла забрати з літака 5 речей:

- один парашут (червоний і білий);
- один ліхтарик з батарейками;
- воду (1 літрова пляшка на людину);
- верхнє пальто (одне на особу)
- маленьке дзеркало.

3. Дайте учасникам 10 хвилин та попросіть їх попрацювати в групах, виконуючи такі завдання: 1) ранжувати заявлені предмети відповідно до їхньої важливості для виживання, починаючи з номера один – найважливішого до номера п'ять – найменш важливого; 2) прийняти рішення щодо того, що варто робити у ситуації, яка склалася.

   Скажіть учасникам, що вони мають спробувати досягти консенсусу.

4. Попросіть учасників делегувати по одному представнику від групи, який озвучить рішення та обґрунтує його.

5. Запитайте учасників, що вони відчували в процесі обговорення? Чи було їм важко досягти консенсусу. Чому?

   Якщо група не дійшла консенсусу, запитайте їх чому.

6. Надайте учасникам короткий зворотний зв'язок та поверніться до лекційної частини.

ЗАВДАННЯ 5. Пріоритезація заходів з протидії проблем зі здоров'ям (контекст України) (15 хвилин)

1. Розділіть учасників на чотири групи, які працюватимуть окремо, та запропонуйте кожній групі обрати одну із нижченаведених тем[1] (переконайтеся, що всі теми охоплені):

1 І групи, і теми, з якими вони працюватимуть, можуть лишитися такими ж, як під час виконання Завдання 3. За бажанням можна сформувати нові групи.

- цукровий діабет
- ожиріння
- зловживання алкоголем
- рак молочної залози

2. Попросіть учасників кожної групи в контексті кожної теми пріоритезувати проблеми, характерні для України, і запропонувати рішення, які варто реалізувати для того, щоб вирішити ці проблеми.

3. Попросіть учасників делегувати по одному представнику від групи, який озвучить напрацювання групи.

4. Надайте учасникам короткий зворотний зв'язок.

МОДУЛЬ 13.
УПРАВЛІННЯ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА РІВНІ ГРОМАД

ЗМІСТ

1. Вступ 310
2. Цілі навчання 311
3. Короткий огляд модуля 311
3.1. Структура презентації 311
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 312
3.3. Практична робота 312
4. Підготовка до проведення модуля 313
4.1. Структура та тривалість модуля 313
4.2. Матеріали та обладнання 313
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 313
5. Список рекомендованої літератури 314
5.1. Література для ознайомлення перед навчальним курсом 314
5.2. Література для поглибленого самостійного вивчення теми 314
Додаток 1. Коментарі до презентації в PowerPoint 315
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 330
Запитання для оцінювання знань 362

1. ВСТУП

Громада є як фізичним, так і культурним середовищем, а також активним «гравцем» щодо профілактики і контролю НІЗ. Громада також є точкою зближення інтересів роботодавців, бізнесу та наукових кіл, ЗМІ; а також відіграє важливу роль у процесі організації та надання послуг охорони здоров'я та громадського здоров'я.

Громаду можна описати як групу людей, які об'єднані географічними кордонами, почуттям приналежності до конкретної спільноти, культурою, мовою; спільними нормами, інтересами чи цінностями, а також загальними ризиками для здоров'я[1, 2]. Члени громад, як правило, відчувають спільну реальність життя або роботи в одному місці чи середовищі, й тому можуть впливати на соціальні, економічні та фізичні фактори ризику в цьому середовищі[3].

Громади складаються з окремих осіб та сімей, а також різноманітних організацій та об'єднань, які утворюють «громадянське суспільство»: некомерційні, неурядові, добровільні чи соціальні утворення, включаючи етнічні та культурні групи; адвокатські організації; та релігійна спільнота. Посадові особи та органи місцевого самоврядування мають обов'язки, пов'язані зі здоров'ям, а також багато інших, які відіграють важливу, але іноді менш очевидну роль у сфері охорони здоров'я. Політика та цілі представників органів влади можуть мати потенційні наслідки для здоров'я.

Здорова спільнота – це місце, де люди забезпечують лідерство в оцінці власних ресурсів і потреб, де охорона здоров'я, соціальна інфраструктура та політика підтримують здоров'я, і де доступні основні послуги громадського здоров'я, включаючи якісне медичне обслуговування. У здоровій громаді цінується спілкування та співпраця між різними секторами громади, а також внесок етнічно, соціально та економічно різноманітних членів громади. Крім того, розглядається широкий спектр детермінант здоров'я, і мешканці роблять інформований, позитивний вибір у контексті середовища, політики та систем, що охороняють і підтримують здоров'я[4]. При цьому представники органів влади мають бути партнерами та прихильниками розбудови програм громадського здоров'я для реагування на потреби громади в цій сфері.

В Україні практична реалізація завдань з охорони здоров'я населення, яке проживає на певній території (села, селища чи міста, району чи області), відповідно

1 Ruderman M. 2000. Resource guide to concepts and methods for community-based and collaborative problem-solving. Women's and Children's Health Policy Center, Johns Hopkins University School of Public Health. Available online at www.med.jhu.edu/wchpc/pub/ resrcgd.PDF
2 Ricketts TC. 2001. Community capacity to improve population health: defining community. Draft report. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation.
3 Kreuter MW, Lezin NA, Young L, Koplan AN. 2001. Social capital: evaluation implications for community health promotion. In Rootman I, editor; , Goodstadt M, editor; , Hyndman B, editor; , McQueen DV, editor; , Potvin L, editor; , Springett J, editor; , Ziglio E, editor. (Eds.). 2001. Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives, WHO Regional Publications, European Series, No. 92. Copenhagen: World Health Organization.
4 Norris T, Pittman M. 2000. The Healthy Communities movement and the Coalition for Healthier Cities and Communities. Public Health Reports 115(2&3):118–124

до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», покладається на органи місцевого самоврядування. В умовах реформи децентралізації та отримання значних повноважень на рівні громад органи місцевого самоврядування почали відігравати ключову роль у створенні умов для поліпшення здоров'я та добробуту жителів громад. Щодня влада об'єднаної територіальної громади має прямий контакт з багатьма жителями своєї громади. Повністю інтегрована функція охорони здоров'я в діяльність органів місцевого самоврядування як на стратегічному рівні, так і на рівні надання послуг створює можливості для того, щоб кожен такий контакт впливав на поліпшення здоров'я та добробут населення. Також на рівні громад є можливість впливати на формування політики, отримувати відповідні результати та здійснювати адвокацію щодо мобілізації ресурсів, потрібних для поліпшення здоров'я населення[5].

В матеріалах, які увійшли до цього модулю, включено основні визначення та характеристики (міжнародний та український контекст) профілактики та контролю ВІЗ на рівні громад.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Наприкінці модуля учасники знатимуть і зможуть пояснити такі поняття та терміни:

- основи профілактики та контролю ВІЗ на рівні громади/родини;
- волонтери та волонтерство, важливість залучення волонтерів до процесу профілактики та контролю ВІЗ;
- лідери думок та їхні ролі у розбудові системи громадського здоров'я на рівні громади, профілактиці ВІЗ;
- важливість промоції здоров'я на рівні громад,

а також розумітимуть підходи та стратегії щодо організації послуг з профілактики та контролю ВІЗ на рівні громад.

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Профілактика та контроль ВІЗ на рівні громади/родини

5 Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я. Операційний посібник/ ЦГЗ МОЗ України; укл. Ляшко В., Півень Н. із співав. – К.: ЦГЗ, Представництво Європейського регіонального бюро ВООЗ в Україні

ii. Залучення волонтерів

iii. Залучення до процесу профілактики та контролю ВІЗ лідерів думок громади

iv. Промоція здоров'я на рівні громад

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модулю.
Коментарі до слайдів наведено у додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

- Громади відіграють значну роль для системи громадського здоров'я. Їхня діяльність сприяє здоровому способу життя, допомагає запобігти хронічним захворюванням, приносить найбільшу користь для здоров'я найбільшої кількості людей, які цього потребують.

- В Україні в межах розбудови системи громадського здоров'я передбачена децентралізація і передача визначених функцій громадського здоров'я та ресурсів органам місцевого самоврядування, а також визначення їхніх повноважень у цій сфері. У тому числі це стосується повноважень щодо забезпечення якісних послуг для профілактики та контролю ВІЗ.

- Здорова громада – це та, в якій члени спільноти працюють разом, щоб запобігти хворобам та зробити доступними варіанти здорового способу життя.

- Для розбудови здорової громади необхідно сформувати профіль громади, вивчити її проблеми і перспективи, розробити регіональну/місцеві програми громадського здоров'я.

- Сім'я, волонтери, лідери думок відіграють ключові ролі у розбудові системи громадського здоров'я на рівні громади.

- Промоція здоров'я дуже важлива для громад. Community Guide (www.thecommunityguide.org) містить інформацію про найкращі практики, приклади успішних програм і політик щодо профілактики та контролю за ВІЗ.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Робота в групах з виконанням завдань, презентацією результатів та їхнім подальшим обговоренням (додаток 2).

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. СТРУКТУРА ТА ТРИВАЛІСТЬ МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 120 хвилин (2 години):

i. вступ та лекційна частина – 60 хвилин;

ii. практична робота в групах та обговорення результатів – 45 хвилин;

iii. підсумки модуля та тези для запам'ятовування – 15 хвилин.

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

- презентація у PowerPoint;
- проєктор, екран та комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт та папір для фліпчарту, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/листки паперу та ручки/олівці для всіх учасників;
- роздруківки 3-х кейсів для роботи в групах (по 1 примірнику кожного кейсу на кожного учасника).

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ.

- Вивчіть презентацію PowerPoint та конспекти лекцій у додатку 1.

- Використовуйте матеріали для читання, згадані у розділі 5, щоб знайти додаткову інформацію та краще розібратися в темі.

- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та подумайте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої ви проводитимете навчання.

- Ознайомтеся з тестовими питання до модулю та відповідями до них, що наведені наприкінці блоку 4.

5. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ, РЕКОМЕНДОВАНОЇ ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО САМОНАВЧАННЯ

5.1. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ОЗНАЙОМЛЕННЯ ПЕРЕД НАВЧАЛЬНИМ КУРСОМ

- Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я. Операційний посібник/ ЦГЗ МОЗ України; укл. Ляшко В., Півень Н. із спів. – К.: ЦГЗ, Представництво Європейського регіонального бюро ВООЗ в Україні. URL: https://is.gd/5EjYKP

- Мобілізація громад: досвід ПРООН в реалізації підходу громадської безпеки і соціальної згуртованості. Посібник для мобілізаторів програм: ПРООН, ООН Жінки «Відновлення врядування та примирення на територіях України, що постраждали від кризи».
URL: https://caritas-spes.org/uploads/admin/files/doc4.pdf

5.2. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

- Community Health: Lasting Solutions for Disease Prevention and Health Promotion.
URL: https://www.cdc.gov/nccdphp/dch/about/index.htm

- The Future of the Public's Health in the 21st Century. Institute of Medicine (US) Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2002. URL: https://is.gd/iwKIIP

- Hanson CL, Crandall A, Barnes MD, Magnusson B, Novilla MLB and King J (2019) Family-Focused Public Health: Supporting Homes and Families in Policy and Practice. Front. Public Health 7:59. doi: 10.3389/fpubh.2019.00059. URL: https://is.gd/n4Br8p

- Novilla ML, Barnes MD, De La Cruz NG, Williams PN, Rogers J. Public health perspectives on the family: an ecological approach to promoting health in the family and community. Family & Community Health. (2006) 29:28–42. doi: 10.1097/00003727–200601000–00005. URL: https://is.gd/3vs5oR

- 2015. State of the World's Volunteerism Report – Transforming Governance
URL: https://is.gd/OAUlXw

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ У POWERPOINT

СЛАЙДИ 1 – 2
Назвіть учасникам тему модуля, а також поясність, які основні питання буде висвітлено в презентації.

СЛАЙДИ 3 – 4
Розкажіть учасникам про загальну роль громад у профілактиці та контролі за ВІЗ.

Джерело:
Community Health: Lasting Solutions for Disease Prevention and Health Promotion. https://www.cdc.gov/nccdphp/dch/about/index.htm

СЛАЙД 5
Розкажіть про роль громад у профілактиці та контролі ВІЗ в українських реаліях.

СЛАЙД 6
Роль органів місцевого самоврядування в Україні:

- залучення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, індивідуальних лікарів загальної практики – сімейних лікарів, медичного персоналу, об'єднань громадян і волонтерів до здійснення протиепідемічних і профілактичних заходів щодо інфекційних хвороб, **проведення індивідуальної та масової профілактики захворювань, аналізу стану здоров'я населення, розроблення рекомендацій щодо профілактики та зниження впливу негативних факторів виникнення захворювань**, розслідування поодиноких випадків інфекційних хвороб, **проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики** інфекційних хвороб і **неінфекційних захворювань, навчання населення з питань здорового способу життя**;

- своєчасне інформування про випадки інфекційних хвороб, отруєнь серед населення;

- розслідування випадків і спалахів інфекційних хвороб, які не поширюються за межі домогосподарств;

- **виконання програм у сфері громадського здоров'я**;

- участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я, які мають локальне значення.

Джерело:
Концепція розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження КМУ від 30.11.2016 №1002-р

СЛАЙД 7
Важливим є розуміння того, що таке «здорова громада».

За визначенням міжнародних експертів «Здорова громада – це та, в якій члени спільноти працюють разом, щоб запобігти хворобам та зробити доступними варіанти здорового способу життя».

Робота на рівні громади для пропаганди здорового способу життя приносить найбільшу користь для здоров'я найбільшої кількості людей.

Здорові громади зазвичай забезпечують захист громадян від хвороб і легкий доступ до медичної допомоги та здорової їжі, фізичної активності; сприяють поширенню здорового способу життя вдома, на робочих місцях та в школі, а також забезпечують підтримку психічного здоров'я.

Джерело:
Community Health: Lasting Solutions for Disease Prevention and Health Promotion. https://www.cdc.gov/nccdphp/dch/about/index.htm

СЛАЙД 8
Окрім того, здорова громада – це місце, де люди забезпечують лідерство в оцінці власних ресурсів і потреб, де охорона здоров'я, соціальна інфраструктура та політика підтримують здоров'я, і де доступні основні послуги громадського здоров'я, включаючи якісне медичне обслуговування.

У здоровій громаді цінується спілкування та співпраця між різними секторами громади, а також внесок етнічно, соціально та економічно різноманітних членів громади.

Крім того, розглядається та ідентифікується широкий спектр детермінант здоров'я, і люди роблять інформований, позитивний вибір у контексті середовища, політики та систем, що охороняють і підтримують здоров'я.

СЛАЙДИ 9 – 10
Управління НІЗ на рівні громади є важливим, адже поліпшення здоров'я громади – це процес визначення та задоволення потреб громади у сфері громадського здоров'я та системи охорони здоров'я загалом.

Дані представлені на слайді вказують на те, що важливо звертати увагу на відмінності щодо здоров'я за місцем проживання, співпрацю з усіма зацікавленими сторонами на рівні громади для максимізації зусиль, дії на рівні громади.

Дії на рівні громади полягають у комплексному підході до реалізації заходів з 4 сфер діяльності: соціально-економічні фактори, поведінкові детермінанти, навколишнє середовище та організація медичної допомоги.

Значна роль відводиться інвестиціям для зменшення впливу соціально-економічних факторів.

Джерело:

www.cdc.gov/CHInav For tools and resources to improve your community's health and well-being

СЛАЙД 11

Під час формування пріоритетів у сфері громадського здоров'я варто врахувати, що на регіональному рівні залишаються актуальними загальнодержавні (національні) проблемні питання, до яких додаються регіональні (обласні, районні, міські) особливості. Наприклад, в Україні виділяють чотири основні геохімічні регіони за вмістом фтору у питній воді (така класифікація доволі загальна, оскільки в межах регіонів існують локальні відмінності, тому обов'язково варто дізнаватися про вміст фтору безпосередньо у своїй місцевості). У першому з цих регіонів (Закарпатська, Івано-Франківська, Чернівецька, Львівська, Волинська, Рівненська області) фтору немає чи його кількість дуже низька; у другому регіоні (Київська, Житомирська, Хмельницька, Вінницька, Одеська, Миколаївська, Херсонська, Запорізька області й Автономна Республіка Крим) вміст фтору знижений. Тому питання регулювання профілактики захворювань, пов'язаних із фтором, мають стати питаннями регіональної політики громадського здоров'я.

З огляду на широкий спектр факторів, що впливають на здоров'я населення, очевидно, що діяльність органів місцевого самоврядування відіграє важливу роль у поліпшенні здоров'я та добробуту в місцевих громадах. Відповідальність за здоров'я несуть не лише медичні працівники закладів охорони здоров'я в громадах. Рішення та діяльність інших підрозділів виконавчої влади та комунальних установ також можуть створювати сприятливі умови, знижувати ризики та підвищувати чинники збереження здоров'я.

Зокрема, для формування сприятливого середовища надання медичних послуг органи місцевого самоврядування мають значний вплив на створення спроможної мережі з надання первинної медичної допомоги в громаді, запровадження програм стимулів для залучення кращих сімейних лікарів, покращення/модернізації матеріально-технічної бази постачальників медичних послуг. Щодо впливу на здоров'я та добробут, то це заходи з поліпшення фізичного та психічного здоров'я, підвищення рівня профілактичних заходів, зниження захворюваності та поширеності хвороб, підвищення якості надання медичної допомоги в громадах.

Соціальне середовище – органи місцевого самоврядування співпрацюють у таких сферах, як соціальний розвиток громади, спортивні й оздоровчі програми, бібліотечні послуги, молодіжні послуги, безпека в громаді, мистецькі та культурні заходи, інформаційні послуги. Щодо впливу на здоров'я та добробут, то це стосується поліпшення фізичного, соціального та психічного здоров'я та добробуту, підвищення фізичної активності, відчуття приналежності до території та безпеки, поліпшення соціальних зв'язків, зниження захворюваності та хвороб.

Джерело:

Операційний посібник «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я» (2020)

СЛАЙД 12

Для формування економічного середовища органи місцевого самоврядування мають значний вплив на економічний розвиток, зайнятість і створення робочих місць, комерційний і промисловий розвиток, туризм, доступне житло. Це також впливає на добробут і здоров'я: поліпшення фізичного, соціального та психічного здоров'я та добробуту, доступне житло, вищий рівень життя, зниження рівня захворюваності та хвороб.

Інфраструктурне середовище – це містобудування та розвиток, інфраструктура громад, дороги та вулиці, управління рухом і безпекою, громадські об'єкти, постачання води та водовідведення, освітлення, землеустрій.

Екологічне середовище – якість повітря, води, поводження з відходами, охорона водних об'єктів і берегів, забруднення та небезпеки, зміна клімату, споживання енергії, охорона довкілля, зелені насадження.

Все це має суттєвий вплив на добробут і стан здоров'я, зокрема поліпшення фізичного, соціального та психічного здоров'я та добробуту, підвищення фізичної активності, поліпшення соціальних зв'язків, зменшення падінь і травм, пов'язаних з рухом, безпечніше середовище для здоров'я, зниження захворюваності та поширеності хвороб.

Джерело:

Операційний посібник «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я» (2020)

СЛАЙД 13

Питання громадського здоров'я, на які можна впливати на регіональному та місцевому рівні різноманітні, але увагу можна концентрувати на таких: репродуктивне здоров'я, шкільне середовище і здоров'я дітей та підлітків, працевлаштування, безпека руху та фізична активність, покращення житлових умов, медична сфера, громадські послуги тощо.

СЛАЙД 14

Ключові компоненти діяльності та процесів, необхідних для дій у сфері НІЗ на рівні громади представлені у вигляді циклу і складаються з таких компонентів: (1) оцінювання, визначення пріоритетів і планування; (2) здійснення цілеспрямованих дій; (3) зміна умов та систем спільноти; (4) досягнення масових змін у поведінці та факторах ризику; (5) поліпшення здоров'я населення.

(1) Оцінювання, визначення пріоритетів і планування

Процеси оцінки, визначення пріоритетів і планування допоможуть громадам сформулювати чіткі цілі, якими вони будуть керуватися у своїй роботі. Ці спільні завдання є першими кроками у напрямку становлення охорони здоров'я в громаді, але вони також мають бути постійною діяльністю громади у напрямі покращення здоров'я. Займаючись цими заходами, громади розуміють контекст, причини та шляхи вирішення різних проблем зі здоров'ям. Вони включають проведення

інвентаризації активів та ресурсів громади, визначення пріоритетів дій громади та планування дій, які мають бути вжиті. Організація громад та створення коаліції необхідні, щоб ці заходи були спільними.

Підхід до покращення здоров'я, орієнтований на громаду, який враховує широкий спектр соціальних та екологічних детермінант здоров'я, може вимагати використання різноманітних індикаторів, включаючи ті, які вимірюють характеристики громади, а не окремих осіб (тобто на рівні громади). Показники можуть включати місцеві рівні зайнятості, житловий фонд, рівень доходу та освіти, а також менш традиційні показники, такі як: щільність магазинів алкогольних напоїв; якість повітря і води; наявність парків і зелених насаджень, житла, громадського транспорту; та інші показники життєздатності. Крім того, якісні або випадкові дані (наприклад, задоволеність мешканців громадою, відчуття згуртованості громади або неформальні показники соціального капіталу) також можуть бути важливою частиною процесу оцінки.

(2) Здійснення цілеспрямованих дій
Другим компонентом зусиль, спрямованих на покращення здоров'я у громаді, є впровадження цілеспрямованих заходів для вирішення високопріоритетних проблем охорони здоров'я. Дії громади мають бути зосереджені на зміні умов життя в громаді або поведінки особистості, які впливають на здоров'я, а не лише на наданні медичної допомоги чи інших послуг мешканцям громад.

Стратегії та заходи, які реалізовуються на рівні громади, можуть залежати від конкретних перспектив і ресурсів, які пропонують учасники. Підприємства можуть змінити свою практику та політику, щоб вирішити проблеми зі здоров'ям громади та потреби своїх працівників. Залежно від характеру бізнесу, такі зміни можуть включати впровадження політики щодо заборони куріння в громадських місцях, надання медичної інформації співробітникам і клієнтам або покращення дотримання екологічних законів і правил, що стосуються якості повітря та води.

(3) Зміна умов та систем у громаді є третім компонентом меж дій громади для покращення здоров'я.
Це передбачає зміну аспектів фізичного, соціального, організаційного та навіть політичного середовища для усунення чи зменшення факторів, які сприяють проблемам зі здоров'ям, або введення нових елементів, які сприяють покращенню здоров'я. Такі зміни можуть включати запровадження нових програм, політики та практики; зміна аспектів фізичної або організаційної інфраструктури в громаді; зміна ставлення та переконань громади чи соціальних норм. Деякі зміни в політиці, наприклад, спрямовані безпосередньо на проблеми, пов'язані зі здоров'ям, такі як: покращення доступу до медичної допомоги або запобігання травмам і захворюванням за допомогою таких засобів, як регулювання продажу алкоголю та тютюну, встановлення вимог щодо використання ременів безпеки або велосипедних шоломів, запровадження правил і законів щодо відповідальної утилізації небезпечних промислових відходів тощо. Різні інструменти можуть бути застосовані для досягнення змін в умовах громади.

(4) Досягнення масових змін у поведінці та факторах ризику.
Зміна індивідуальної поведінки для уникнення факторів ризику, пов'язаних зі здоров'ям, є ще одним етапом на шляху до покращення здоров'я. Зміни поведінки іноді можуть бути досягнуті за допомогою втручань, таких як освіта та консультування щодо здоров'я, які спрямовані безпосередньо на окремих людей. Зусилля, спрямовані на зміну індивідуального ризику, мають враховувати і вплив суспільства.

(5) Поліпшення здоров'я населення
Досягнення поліпшення стану здоров'я населення є останнім кроком у межах спільної роботи. Залежно від цілей втручань на рівні громади, ці покращення можуть стосуватися зниження рівня ожиріння, зменшення кількості травм, отриманих внаслідок водіння в нетверезому стані тощо.

Незважаючи на труднощі, притаманні оцінці кінцевих результатів, прогрес можна виміряти шляхом моніторингу змін показників, які відображають проміжні результати дій громади, таких як показники скринінгу на рак молочної залози (зменшення смертності) або збільшення кількості спортивних майданчиків (зменшення ожиріння).

СЛАЙД 15
Засади для розбудови здорової громади: формування профілю громади. Представте інформацію зі слайду.

Джерело: Мобілізація громад: досвід ПРООН в реалізації підходу громадської безпеки і соціальної згуртованості. Посібник для мобілізаторів програм: ПРООН, ООН Жінки «Відновлення врядування та примирення на територіях України, що постраждали від кризи». URL: https://caritas-spes.org/uploads/admin/files/doc4.pdf

СЛАЙД 16
Поговоріть про вивчення проблем і перспектив як передумов для розбудови здорової громади. Озвучте інформацію на слайді.

СЛАЙД 17
Етапи розробки регіональних і місцевих програм громадського здоров'я. Експерти рекомендують послідовну реалізацію 7 етапів.

Етап 1. Створення робочої групи.

Етап 2. Збір і аналіз даних. Систематичне використання наявних і створення нових знань дозволяє нам вибирати оптимальні способи для поліпшення здоров'я на індивідуальному рівні та на рівні громади, зокрема:

– Рішення, які залежать від багатьох факторів, завжди мають ухвалюватися на основі найкращих даних. Наявність структурованого процесу й узгоджених інструментів для пошуку та створення нових даних і їхнього подальшого застосування – надійний показник прозорості та підзвітності в прийнятті рішень,

який підвищує рівень довіри з боку громадськості.

– Місцеві знання для ухвалення рішень на регіональному рівні.

– Інвестиції в інновації. Створення інноваційного потенціалу, здатного стимулювати зміни, і завдяки новим знанням поліпшувати регіональну систему охорони здоров'я та показники здоров'я населення.

– Міжсекторальність і міждисциплінарність. Джерела даних для формування політики у сфері охорони здоров'я потрібно шукати в різних секторах і галузях, а також враховувати інформацію, що надходить від зацікавлених сторін.

– Стратегічне управління інформацією у сфері охорони здоров'я.

Етап 3. Аналітичний огляд отриманих даних для формування політики.

Етап 4. Організація дорадчого діалогу.

Етап 5. Визначення цілей і завдань програми, розробка плану дій.

Етап 6. Діяльність з моніторингу та оцінки.

Важливо планувати оцінювання результативності так, щоб мінімізувати тягар великого масиву даних. Наприклад, більш раціонально відстежувати показники впливу (відмова від куріння), а не збирати дані для визначення показників процесу (кількість людей із тютюновою залежністю, направлених на лікування).

На етапі розробки системи оцінювання результативності мають бути враховані аспекти справедливості стосовно здоров'я для вимірювання впливу на усі прошарки та групи населення, зокрема соціально уразливі групи.

Етап 7. Планування бюджету.

Джерело:
Операційний посібник «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я» (2020)

СЛАЙД 18
Співпраця на рівні громади передбачає виконання низки завдань.

– Діалог і співпраця між органами управління охорони здоров'я, постачальниками послуг та громадами, які вони обслуговують, адже це важливо для профілактики та контролю НІЗ.

– Економічний стан громади має очевидні наслідки для здоров'я. Наприклад, більш високий рівень зайнятості покращує не лише особистий дохід та доступ до медичного страхування, але й податкові надходження громади,

а отже, її здатність протидіяти загрозам здоров'ю та надавати можливості для покращення здоров'я.

– Розширення прав і можливостей громади щодо співпраці з бізнесовими структурами і підприємствами в межах державно-приватного партнерства для покращення здоров'я в громадах.

– Деякі види співпраці виникають через незалежну ініціативу громад або груп представників від громади, інші – у відповідь на зовнішні стимули, наприклад, коли державні установи, фонди або міжнародні організації/проєкти пропонують широке партнерство у межах надання грантів для розробки, імплементації та підтримки ініціатив щодо НІЗ.

СЛАЙД 19

Умовами для успішної співпраці на рівні громади є:

– активна участь лідерів, членів та організацій громади на перших етапах діяльності щодо профілактики і контролю за НІЗ на рівні громади;

– комунікація для запуску проєкту з покращення здоров'я громади, що передбачає відверту перевірку та обговорення мотивацій, підходів та цілей усіма зацікавленими сторонами;

– планування продуманих, добре підготовлених і реалістичних підходів до покращення здоров'я громади;

– ініціативи у сфері охорони здоров'я громад, які передбачають складну динаміку відносин, а також зусилля, спрямовані на досягнення змін, які вимагають значних інвестицій часу та ресурсів, – тому важливо виділити достатньо часу для спільного планування;

– поліпшення здоров'я та інші досягнення зазвичай є результатом довгострокової співпраці, яка інституціоналізує ефективні програми та процеси, а також мобілізує та використовує всі доступні ресурси для вирішення проблем зі здоров'ям населення;

– участь усіх членів громади та лідерства, що підвищує успіх;

– інші важливі складові, які включають наявність чіткого бачення та цілей, виділення достатнього часу та фінансових, технічних та інших допоміжних ресурсів для співпраці з метою покращення здоров'я.

СЛАЙДИ 20 – 21

Наведені приклади співпраці на рівні громад з представниками різних організацій, зокрема об'єднання хворих на цукровий діабет в сфері забезпечення лікарськими засобами, оздоровчих і реабілітаційних послуг, забезпечення діяльності шкіл самоконтролю.

Інший приклад вказує на розбудову системи громадського здоров'я на рівні громад у Полтавській області.

СЛАЙДИ 22 – 23
Перейдіть до обговорення залучення родини/сім'ї до питань здоров'я, профілактики та контролю НІЗ. Залучення родин є важливим, оскільки здоров'я зароджується саме там.
Представте учасникам інформацію зі слайду.

Джерела:

1 *The Center for Disease Control and Prevention (CDC) site on the family, which coincidentally, is managed by the Center's office of women's health (see https://www.cdc.gov/family/)*

2 *Novilla ML, Barnes MD, De La Cruz NG, Williams PN, Rogers J. Public health perspectives on the family: an ecological approach to promoting health in the family and community. Family & Community Health. (2006) 29:28–42. doi: 10.1097/00003727–200601000–00005*

3 *Poland BD, Green LW, Rootman I, eds. Settings for Health Promotion: Linking Theory to Practice. Newbury Park, CA: Sage (2000). Soubhi H, Potvin L, eds. Homes and families as health promotion settings.*

СЛАЙД 24
На слайді візуалізовано вплив «дитячого досвіду» на здоров'я в різних вікових групах.

Дві піраміди показують вплив негативного і позитивного «дитячого досвіду» на здоров'я і добробут в майбутньому.

Джерело:

Hanson CL, Crandall A, Barnes MD, Magnusson B, Novilla MLB and King J (2019) Family-Focused Public Health: Supporting Homes and Families in Policy and Practice. Front. Public Health 7:59. doi: 10.3389/fpubh.2019.00059

СЛАЙДИ 25 – 28
Досить популярним серед дослідників є використання основних принципів та моделі громадського здоров'я щодо впливу на сім'ю – «Розумна сім'я» (Thinking Family).
Це стосується дотримання 4-х параметрів:

Взаємодія з сім'єю (Family Engagement)
Успішні програми громадського здоров'я, орієнтовані на сім'ю. У поєднанні з дослідженнями спільної участі громад існують моделі залучення сімей як постійних радників, співоцінювачів і навіть лідерів у програмах ГЗ.

Сімейна відповідальність (Family Responsibility)
Програми, які зосереджені на певному захворюванні або детермінанті громадського здоров'я.

Стабільність сім'ї (Family Stability)
Плануючи та виконуючи програму, варто визнавати важливість сімейних стосунків для функціонування та здоров'я окремої родини в короткостроковій та довгостроковій перспективах.

Сімейне розмаїття (Family Diversity)
Громадське здоров'я, орієнтоване на сім'ю, має визнавати та поважати різноманітність сімейного життя та не дискримінувати і не карати сім'ї на основі культурного чи етнічного походження, економічного становища, структури сім'ї, географічного регіону, наявності особливих потреб чи релігійної приналежності.

Джерело:
Hanson CL, Crandall A, Barnes MD, Magnusson B, Novilla MLB and King J (2019) Family-Focused Public Health: Supporting Homes and Families in Policy and Practice. Front. Public Health 7:59. doi: 10.3389/fpubh.2019.00059

СЛАЙДИ 29 – 30
Залучення волонтерів

На слайді представлено деякі з визначень волонтерів, волонтерства та волонтерської діяльності.

– Волонтер (від лат. «voluntarius» – **воля, бажання**, від англ. «voluntary» – добровільний, доброволець, йти добровільно) – це особа, яка **за власним бажанням допомагає іншим**.

Джерело:
Школа волонтерів? навчальний посібник / За заг. ред. Г.С. Скитьової. Київ? 2016. с. 4

– Волонтерство належить до «широкого спектра видів діяльності, включаючи **традиційні форми взаємодопомоги та самодопомоги, офіційне надання послуг та інші форми громадянської участі, що здійснюються добровільно, для загального громадського блага**, і де грошова винагорода не є головним мотивуючим фактором».

Джерело:
Рекомендації щодо підтримки волонтерства, затверджених Генеральною асамблеєю ООН

– Волонтерство є фундаментальним блоком громадянського суспільства. Воно оживляє найблагородніші прагнення людства: прагнення до миру, свободи, можливостей, безпеки і справедливості для всіх людей.

Джерело:
Всесвітня Декларація Волонтерства, прийнята Міжнародною асоціацією волонтерських зусиль. The Universal Declaration on Volunteering. Adopted by the international board of directors of IAVE – The International Association for Volunteer Effort at its 16th World Volunteer Conference, Amsterdam, The Netherlands, January

2001. URL: https://www.iave.org/advocacy/the-universaldeclaration-on-volunteering

– Волонтерська діяльність – це добровільна, **соціально спрямована**, неприбуткова діяльність, що здійснюється волонтерами шляхом надання волонтерської допомоги.

– Волонтер – фізична особа, яка добровільно здійснює соціально спрямовану неприбуткову діяльність шляхом надання волонтерської допомоги.

Джерело:
Закон України «Про волонтерську діяльність від 19 квітня 2011 року № 3236-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/ laws/show/3236–17]

За підсумками міжнародних досліджень Організація Об'єднаних Націй у своїх резолюціях рекомендувала всім країнам урахувати необхідність розвитку волонтерського руху у своїх програмах соціально-економічного розвитку, ліквідувати законодавчі бар'єри, що перешкоджають волонтерській діяльності, надати правовий статус та соціальний захист волонтерам.

СЛАЙД 31
Роль волонтерів (згідно з оцінкою Програми Волонтерів ООН)

Волонтерство – «додатковий ресурс і засіб для залучення навичок, знань і досвіду для того, щоб голос та участь, підзвітність і чутливість (responsiveness), як ключові засади доброго врядування (good governance), доповнювали інші рішення у сфері розвитку і ресурсів».

Це «покращені механізми для громадянської участі, необхідні для можливості появи нових дискусій, обговорень і рішень. Волонтерство забезпечує ключовий канал для цієї взаємодії від локального до національного і глобального контекстів».

Процеси децентралізації фокусують увагу на сфері місцевого самоврядування, зокрема, на волонтерській діяльності на цьому рівні. Одним з результатів, крім залучення додаткових ресурсів до процесів вирішення місцевих проблем, є зростання громадської участі, залученості жителів до процесів прийняття та реалізації рішень.

Джерело:
2015. State of the World's Volunteerism Report – Transforming Governance [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.volunteeractioncounts.org/ SWVR2015-frame/21337 %20- %20SWVR%20report%20-%20ENGLISH%20-%20 web%201.pdf

СЛАЙД 32
Напрями волонтерської діяльності в Україні, що зазначені на слайді, затверджено Законом України «Про волонтерську діяльність» від 19 квітня 2011 року № 3236-VI.

СЛАЙДИ 33 – 34

Представникам системи громадського здоров'я рекомендовано пам'ятати про 10 «заповідей» роботи з волонтерами.

1. Плануючи реалізацію проєктів, доцільно визначити, де можуть бути корисними волонтери, а потім добирати відповідних людей.

2. Залучаючи до роботи волонтера, необхідно врахувати його інтереси, бажання, можливості, в тому числі можливості тимчасового навантаження, місце проживання, фізичні можливості, освіту.

3. Не слід вважати, що волонтери мають виконувати тільки «чорну» роботу, а всю кваліфіковану мають здійснювати оплачувані фахівці, як здебільшого буває в організаціях, створених професіоналами в окремих галузях. По-перше, можна знайти волонтерів-професіоналів у різних сферах; по-друге, слід пам'ятати, що волонтерів можна і потрібно навчати з метою підвищення їхнього загального і професійного рівня.

4. Не слід набирати волонтерів заради самої ідеї мати волонтерів, краще керуватися реальною потребою. Але коли людина сама приходить до вас, поставтесь до неї так, щоб не відштовхнути, навіть якщо на цьому етапі в ній немає потреби. Волонтер тим часом може підготуватися до роботи, або виконувати окремі доручення. Крім того, завжди знайдеться варіант, за яким навіть відмовившись від його послуг ви збережете гарний контакт з ним на майбутнє.

5. Варто пояснити новій людині, за яким принципом працює ця організація, чого ви прагнете, хто за що відповідає.

6. Потрібно чітко сформулювати обов'язки і відповідальність самого волонтера, вимоги до нього. Причому, слід роз'яснити не лише характер роботи, але й те, які функції потрібно буде виконувати, якщо людина до цього не займалася такою справою.

7. Варто ставитися до волонтера, як до колеги.

8. Потрібно дякувати, заохочувати до успіхів.

9. Варто забезпечити волонтеру можливість зростання в організації, набуття досвіду різного характеру.

10. Треба враховувати думку волонтера під час вирішення різних питань або проблем в організації.

Джерело:

Макдональд Д. Чому волонтер?/ Д. Макдональд. // Громадські організації. – 1999. – № 4. – с 129

СЛАЙД 35
На слайді наведено приклад залучення волонтерського руху до розбудови системи громадського здоров'я в Україні.

Волонтери-студенти загону «Єдність» Полтавського державного медичного університету (м. Полтава) приймають активну участь у просуванні та пропаганді здорового способу життя.

СЛАЙДИ 36 – 37
Залучення до процесу профілактики та контролю ВІЗ лідерів думок громади.

Діяльність щодо досягнення змін і покращень у громаді потребує втручання людей, які «починають з того місця, де зараз є громада», і допомагають підтримувати зусилля достатньо довго, щоб досягти бажаних результатів.

Лідери думок громади відіграють вирішальну роль у активізації та підтримці спільних дій та покроковій реалізації пріоритетів за планом дій.

Серед лідерів думок можуть бути громадські активісти, депутати, медичні працівники, представники церков та релігійних організацій, спортивних організацій і об'єднань, освітяни, журналісти, бібліотекарі, актори, спортсмени.

СЛАЙД 38
На слайді представлено напрями, до яких можна долучити лідерів думок.

Джерело:
Community Tool Box. Arranging for Community Mobilizers. – Електронний ресурс: http://ctb.ku.edu/en/best-change-processes/arranging-for-community-mobilizers/overview

Phil Bartle. To be a Mobilizer. Community Empowerment Collective. – Електронний ресурс: http://cec.vcn.bc.ca/cmp/modules/mob-be.htm]

СЛАЙД 39
На цьому слайді описано роль лідерів думок у громаді. Лідери думок можуть:

- Проводити діалоги у громаді для надання інформації про ВІЗ, підвищувати обізнаність усіх членів щодо їхніх прав і можливостей у громаді з питань профілактики і контролю за ВІЗ, організація залучення усіх ресурсів (людських і матеріальних), необхідних для дій у громаді.

- Стимулювати членів громади до участі у профілактичних, освітніх та промоційних програмах.

- Забезпечувати точність і правильність тлумачення інформації щодо протидії поширенню ВІЗ та знань про вплив факторів ризику.

- Активно протидіяти недостовірній інформації щодо ВІЗ та факторів ризику.

– Надихати і заохочувати членів спільноти в питаннях профілактики і контролю НІЗ.

– Зробити так, щоб кожне рішення щодо дій було вибором всієї громади, а не тільки декількох (сильних) лідерів.

– Підтримувати контакти з іншими активістами для того, щоб ділитися досвідом, спільно вирішувати проблеми і покращувати навички щодо профілактики і контролю НІЗ.

СЛАЙД 40
Озвучте та обговоріть з учасниками основні вимоги до ефективної участі лідерів думок.

СЛАЙД 41
На слайді наведено приклад участі лідерів думок у заходах протидії поширення тютюнокуріння (за даними Центру громадянського представництва «Життя»)

Джерело: Центр громадянського представництва «Життя». https://center-life.org/pro-orhanizatsiiu/diial-nist/

СЛАЙДИ 42 – 43
Перейдіть до обговорення підтеми «промоція здоров'я». Поясніть учасникам, що промоція здоров'я – це процес розширення можливостей людей контролювати своє здоров'я і його детермінанти завдяки поінформованості та міжсекторальними діями, які сприяють підвищенню здорової поведінки.

Ця діяльність може бути спрямована на потреби громади або населення з підвищеним ризиком негативних наслідків для здоров'я.

Здоров'я, зазвичай, стосується поведінкових факторів ризику, таких як вживання тютюну та алкоголю, низької фізичної активності та нездорового харчування, а також сфери психічного здоров'я, запобігання травмам, контролю над зловживанням наркотиками, сексуальним здоров'ям.

Пріоритети і програми ГЗ – вибір громади з врахуванням потреб і спроможностей.

СЛАЙД 44
На слайді представлена модель організації громади як одна із інтервенцій (Community Organization Model або Jack Rothman, 2001).

Модель може бути прийнята як рамкова або інструмент, за допомогою якого можна аналізувати соціальні реалії та відповідним чином здійснювати втручання. Вона служить орієнтиром для проведеної роботи та дає більш чітке розуміння очікуваного втручання. Модель також можна розуміти як стратегію або підхід для досягнення результату, а також побачити відповідні кроки, які необхідно виконати.

Jack Rothman, 2001 запропонував під час розробцки втручань враховувати

особливості і перспективи розвитку громади, соціальне планування та дії.

1. **Розвиток місцевості** базується на принципі «допомогаючи людям – допоможи собі». Цей компонент людиноцентричний. Він зосереджений на розвитку компетенції громади для вирішення проблем на основі самодопомоги та розвитку і підтримці гармонії взаємовідносин між різними етнічними та соціально-економічними групами. Це передбачає участь у громадських акціях широкого кола осіб.

2. **Соціальне планування/політика.** Ця модель характеризується раціональним, свідомо спланованим технічним процесом для вирішення ключових соціальних проблем, з якими стикаються жителі громади (здоров'я, освіта, житло, розвиток дитини тощо, процес планування та реалізації послуг).

3. **Соціальні дії** зосереджені на перерозподілі влади, ресурсів та участі вразливих соціальних груп у прийнятті рішень. Ключовими темами цієї моделі є соціальна справедливість, перерозподіл влади, ресурсів і спільне прийняття рішень у поєднанні з інституалізацією демократичних норм у громаді.

Фахівці з громадського здоров'я допомагають громаді виявляти медичні та соціальні проблеми та розробляти плани вирішення цих проблем.

СЛАЙД 45
Для пошуку втручань, що базуються на доказах, ви можете використати Інтернет-ресурс Community Guide – www.thecommunityguide.org

На ресурсі можна знайти корисну інформацію в розрізі окремих НІЗ про:
1. наявні програми та політики з доведеною ефективністю;
2. ефективні заходи, які підходять для вашої громади;
3. вартість таких заходів;
4. ймовірну рентабельність інвестицій.

Community Guide має три основні опції:
– Пошук відповідей
– Прийняття рішень
– Отримання підтримки

СЛАЙДИ 46 – 49
Запропонуйте учасникам виконати практичну роботу. На слайдах представлена основна інформація, яку можна використати під час роботи в групах. Докладні інструкції наведено в Додатку 2.

СЛАЙДИ 50 – 51
Підбийте підсумки модулю. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам'ятати.

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЇ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

РОБОТА З КЕЙСАМИ 1 ТА 2 (30 ХВИЛИН)

1. Поділіть учасників на групи по 5–6 осіб в кожній, розподіліть між групами роздруківки двох кейсів (Додаток 2.1) та попросіть учасників з ними ознайомитися.

2. Після ознайомлення з кейсами запропонуйте слухачам в групах поділитися власним досвідом щодо розробки/ супроводу/ реалізації/ оцінювання програм громадського здоров'я на рівні громад (на прикладі регіонів, де вони працюють) або у разі відсутності таких запропонуйте можливість ініціювати розробку такої програми на рівні громади. Запропонуйте слухачам використати матеріали як формат для розробки програми матеріали лекції (слайд 17).

3. Попросіть слухачів звернути особливу увагу на вибір теми програми, цільової/их групи/груп населення, лідерів думок, оцініть потенційні можливості та можливі перешкоди, які можуть виникнути в процесі розробки програми.

4. Попросіть представника від кожної групи представити розроблений групою кейс.

5. Обговоріть з учасниками результати.

РОБОТА З КЕЙСОМ 3 (15 ХВИЛИН)

Запропонуйте учасникам провести самооцінку на лідерство. Роздайте усім учасникам перелік нижче наведених питань та попросіть пройти короткий тест.

Обговоріть результати з учасниками.

Додаток 2.1

КЕЙС 1. УЧАСТЬ ГРОМАДСЬКОСТІ М. ЛУЦЬКА У КОНТРОЛІ ЗА ТЮТЮНОМ В МІСТІ: ГРОМАДСЬКА ІНІЦІАТИВА ТА ВІДКРИТІСТЬ ВЛАДИ

Історія проблеми[6].

Громадськість міста занепокоїла проблема поширеності куріння (особливо серед молодих людей) в громадських місцях. Згідно із законодавством України органам місцевого самоврядування надано певні повноваження щодо контролю над вживанням тютюну на місцевому рівні.

Центром муніципальних реформ «Луцьк – 1432» було ініційовано ухвалення низки рішень.

Інструмент участі громадськості в ухваленні рішення – консультації з громадськістю, спільне ухвалення рішень та контроль за їхнім виконанням.

Діяльність. Департамент охорони здоров'я Луцької міської ради за консультативної підтримки Центру муніципальних реформ «Луцьк – 1432» ініціював низку зустрічей з питань контролю над тютюном.

Паралельно Центр муніципальних реформ «Луцьк – 1432» підготував кампанію громадянського представництва, провів консультації зі студентськими організаціями. Було досягнуто розуміння із представниками міської влади з важливих питань щодо врегулювання контролю за курінням у громадських місцях у місті.

Далі співпраця перейшла у більш практичне русло. Було підготовлено та проведено соціологічне дослідження з опитування громадської думки. Результати опитування вказали на проблеми щодо вживання тютюну в молодіжному середовищі.

Спільні напрацювання всіх зацікавлених осіб були використані під час підготовки та прийнятті на сесії Луцької міської ради Програми профілактики та попередження тютюнокуріння серед молоді міста.

6 Форми та методи залучення громадськості: Навч. Посіб. /Інститут громадського суспільства; за заг. Ред. В. Артеменка. – К.: ІКЦ «Леста»

КЕЙС 2. РОЗБУДОВА МЕРЕЖІ СПОРТИВНИХ МАЙДАНЧИКІВ



Спортивна інфраструктура Якушинецької громади (Вінницька область) поповнилась сучасною і якісною локацією. В селі Некрасове на спортивному майданчику біля школи відкрили «Активний парк», який є інтерактивним, оскільки просканувавши QR-код, можна отримати відеоінструкції з комплексами вправ різної складності від провідних спортсменів.

На майданчику облаштовано турнік, бруси, шведську стінку, координаційну лінію, лавки, обладнано місце для занять фізичними вправами для всієї родини[7].

7 Джерело: https://yakushynecka-gromada.gov.ua/news/1632232459/

КЕЙС 3. ТЕСТ-САМООЦІНКА «ЧИ МОЖУ Я СТАТИ УСПІШНИМ ЛІДЕРОМ ДУМКИ ГРОМАДИ?»[8]

Дайте відверту відповідь на запитання, визначаючи ті знання та вміння, якими ви дійсно володієте:

Питання	Відповіді			Кількість балів
	Так	Ні	Частково	
Чи бажаю я витрачати свій час і виявляти зацікавленість у тому, щоб допомогти членам громади самостійно вирішувати свої проблеми?				
Чи вмію я поводити себе таким чином, щоб люди не вирішили, що я вихваляюся?				
Чи можу я, працюючи у громаді, уникати політичних дискусій?				
Чи вмію я підтримувати зацікавленість людей?				
Чи бажаю я працювати таким чином, щоб на основі моїх досягнень люди могли сказати, що це зробили вони самі?				
Чи маю я достатньо знань у питаннях громадського здоров'я для тощо, щоб допомогти членам громади проаналізувати власні проблеми?				
Чи маю я достатньо сил, щоб не занепадати духом, коли багато що складатиметься не так, як я очікую?				
Загальна сума балів				

Кожна відповідь «Так» оцінюється в 1 бал, «Ні» – 0 балів, «Частково» – 0,5 балів.

Максимальна кількість балів – 7.

Результати: Чим більша сума балів, тим більша ймовірність володіння знаннями і навиками, які ідентифікують респондента як можливого лідера думок.

8 Phil Bartle. To be a Mobilizer. Community Empowerment Collective. – Електронний ресурс: http://cec.vcn.bc.ca/cmp/modules/mob-be.htm

МОДУЛЬ 14.
МІЖСЕКТОРАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НІЗ

ЗМІСТ

1. Вступ 336
2. Цілі навчання 336
3. Короткий огляд модуля 336
3.1. Структура презентації 336
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 337
3.3. Практична робота 337
4. Підготовка до проведення модуля 337
4.1. Структура та тривалість модуля 337
4.2. Матеріали та обладнання 338
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 338
5. Список рекомендованої літератури 338
5.1. Література для ознайомлення перед навчальним курсом 338
5.2. Література для поглибленого самостійного вивчення теми 339
Додаток 1. Коментарі до презентації в PowerPoint 340
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 353
Запитання для оцінювання знань 364

1. ВСТУП

Питання профілактики та контролю НІЗ потребують комплексного підходу та залучення багатьох секторів і партнерів для того, щоб об'єднати зусилля та досягти потрібного результату. Саме тому на міжнародному рівні пропагується підхід «Здоров'я в усіх політиках» (HiAP), який передбачає активну роботу щодо включення питань з промоції та збереження здоров'я до усіх політик та інтервенцій на рівні держави, регіону або громади. Зараз все більше зростає інтерес до цього підходу, а відповідно й до міжнародного досвіду його впровадження. Деякі країни навіть мають міжсекторальні структури управління, що займаються питаннями оцінки політики, яка найбільш ймовірно вплине на здоров'я.

Фундаментальним елементом HiAP є міжгалузева співпраця, яка вимагає від фахівців у сфері охорони здоров'я налагоджувати партнерські відносини та взаємодіяти із секторами, які впливають на соціальні та екологічні детермінанти здоров'я, а також на справедливість у здоров'ї. HiAP підхід забезпечує формування політики, що сприяє здоров'ю, добробуту та справедливості.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Наприкінці модуля учасники знатимуть і розумітимуть принципи підходу «Здоров'я в усіх політиках», перелік та специфіку ключових зацікавлених сторін, а також зможуть визначати їхній вплив на сферу профілактики та контролю НІЗ.

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Підхід «Здоров'я в усіх політиках».

ii. Багатосекторальний підхід та міжсекторальне співробітництво в політиці протидії НІЗ.

iii. Ключові зацікавлені сторони у політиці протидії НІЗ – механізми їхнього впливу на сферу профілактики та контролю НІЗ.

iv. Державно-приватне партнерство.

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модуля.
Коментарі до слайдів наведено в додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

- Багатосекторальний підхід та міжсекторальне співробітництво у сфері профілактики та контролю НІЗ – взаємодія з одним або кількома державними та недержавними секторами за межами охорони здоров'я, оскільки жодна сторона не може самотужки ефективно запобігати НІЗ.

- Міжсекторальний підхід вимагає чітко сформульованої мети, хорошої координації спільної роботи, що ґрунтується на доказових даних, наявності спільних цінностей та інтересів.

- Міжсекторальна співпраця буває вертикальною (між різними рівнями влади, географії чи організації) та горизонтальною (між секторами в межах сфери охорони здоров'я).

- Здоров'я в усіх політиках (НіАР) – це підхід до державної політики в різних секторах, який систематично враховує наслідки рішень для охорони здоров'я та системи охорони здоров'я, стимулює до синергії з метою покращити здоров'я населення та справедливість щодо здоров'я.

- Взаємодія державного та приватного секторів у запобіганні та боротьбі з НІЗ продовжує залишатися темою дебатів, однак може стати взаємовигідною для сторін та допомогти у вирішенні деяких нагальних проблем.

- Під час співпраці з бізнес-організаціями варто дотримуватися заздалегідь визначених правил.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Робота в групах з виконанням завдань, презентацією результатів та їхнім подальшим обговоренням (додаток 2).

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. ТРИВАЛІСТЬ ТА СТРУКТУРА МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 120 хвилин (2 години):
- вступ та лекційна частина – 60 хвилин;
- практичне завдання: робота в групах (додаток 2), презентація та обговорення результатів – 45 хвилин;
- підсумки модуля та тези для запам'ятовування – 15 хвилин.

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

- презентація в PowerPoint;
- проєктор, екран та комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт і папір для фліпчарта, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/аркуші паперу та ручки/олівці для всіх учасників;
- роздруковані матеріали для виконання завдання 2 (див. додаток 2).

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ

- Ознайомтеся з презентацією в PowerPoint та конспектами лекцій у додатку 1.

- Ознайомтеся з переліком рекомендованої літератури в розділі 5. Перелік літератури не є вичерпним – ви можете додавати до нього ті джерела, які вважаєте цікавими та корисними.

- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та поміркуйте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої ви проводитимете навчання.

- Ознайомтеся з тестовими запитаннями до модуля та відповідями на них, що наведені наприкінці блоку 4.

5. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

5.1. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ОЗНАЙОМЛЕННЯ ПЕРЕД НАВЧАЛЬНИМ КУРСОМ

- Bircher J, Hahn E G (March 06, 2017) Will the Meikirch Model, a New Framework for Health, Induce a Paradigm Shift in Healthcare? Cureus 9(3): e1081. DOI 10.7759/cureus.1081. URL: https://is.gd/5n3pYC

- Health in All Policies: Improving Health Through Intersectoral Collaboration URL: https://is.gd/o0dTUi

- Health in All Policies Seizing opportunities, implementing policies. URL: https://is.gd/7MAZYl

- Закон «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України з метою збереження довкілля (щодо посилення відповідальності за дії, спрямовані на забруднення атмосферного повітря та знищення або пошкодження об'єктів рослинного світу)». URL: https://is.gd/ksAC1b

- Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. URL: https://is.gd/GdgeON
- Закон «Про місцеве самоврядування в Україні». URL: https://is.gd/TBr8OD
- Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року. URL: https://is.gd/kn1E3W
- Операційний посібник «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я». URL: https://is.gd/5EjYKP
- Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region Governance for a sustainable future: improving health and well-being for all. URL: https://is.gd/yn0VgZ
- Health systems response to NCDs. URL: https://is.gd/HRQ6im

5.2. ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

- WHO SEARO. Partners for Health, South-East Asia Conference Report. New Delhi: Regional Office for South-East Asia. Geneva: World Health Organization; 2011.
- Promotion of Standard Treatment Guidelines and Building Referral System for Management of Common Noncommunicable Diseases in India. URL: https://is.gd/xUIPTo
- Promotion of Standard Treatment Guidelines and Building Referral System for Management of Common Noncommunicable Diseases in India. URL: https://is.gd/xUIPTo
- Juma, P.A., Mapa-tassou, C., Mohamed, S.F. et al. Multi-sectoral action in non-communicable disease prevention policy development in five African countries. BMC Public Health 18, 953 (2018). URL: https://is.gd/bpGIUX
- Collins, T., Mikkelsen, B., & Axelrod, S. (2019). Interact, engage or partner? Working with the private sector for the prevention and control of noncommunicable diseases. Cardiovascular diagnosis and therapy, 9(2), 158–164. URL: https://is.gd/5UL5ZK
- McKee, M., Haines, A., Ebrahim, S. et al. Towards a comprehensive global approach to prevention and control of NCDs. Global Health 10, 74 (2014). URL: https://is.gd/F4EB5p
- Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. Public Health, 26 November 2020 | URL: https://is.gd/5IjV8y

- NON-COMMUNICABLE DISEASE PREVENTION Best Buys, Wasted Buys and Contestable Buys. Wanrudee Isaranuwatchai, Rachel A. Archer, Yot Teerawattananon et Anthony J. Culyer (dir.). URL: https://is.gd/BeHgiw

- Whole systems approach to obesity: A guide to support local approaches to promoting a healthy weight. URL: https://is.gd/77I5yG

- Implementing health in all policies. URL: https://is.gd/BKLuxe

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ У POWERPOINT

СЛАЙДИ 1 – 2
Назвіть учасникам тему модуля та поясніть, які основні питання будуть в ньому розкриті.

СЛАЙДИ 3 – 5
Перед тим, як перейти до розгляду підходу «Здоров'я в усіх політиках», згадайте ключові положення, що стосуються НІЗ.

Акцентуйте увагу на такому:
– хронічні неінфекційні захворювання (НІЗ) є причиною смертності та інвалідності номер один у світі;

– багатьом НІЗ можна запобігти, зменшивши загальні фактори ризику, такі як: вживання тютюну, шкідливе вживання алкоголю, гіподинамія та нездорове харчування;

– багато інших важливих станів також вважаються НІЗ, включаючи травми та розлади психічного здоров'я;

– попри те, що є розуміння важливості тягаря НІЗ та механізмів, як його можна полегшити, НІЗ отримують менше 2 % всього фінансування охорони здоров'я в усьому світі і менше 1 % у країнах з низьким рівнем доходу; на жаль, фінансування протидії НІЗ переважно зосереджено на забезпеченні політичної прихильності, а не на реалізації заходів.

Щоб зменшити вплив НІЗ на окремих людей і суспільство, потрібен комплексний підхід, який вимагає від усіх секторів, включаючи охорону здоров'я, фінанси, транспорт, освіту, сільське господарство та інші ефективної співпраці, а також переосмислення самого поняття «здоров'я».

СЛАЙД 6
Представте учасникам концептуальну модель здоров'я Мейкірха та нагадайте переосмислений підхід до розуміння «здоров'я», акцентуючи увагу на тому, що:

– З точки зору адаптивної моделі, здоров'я – це динамічний стан благополуччя, що виникає внаслідок сприятливої взаємодії між потенціалами особистості, життєвими потребами та соціальними й екологічними детермінантами;

– Здоров'я є результатом життєдіяльності, коли потенціал особистості – а також соціальні та екологічні детермінанти – достатні, щоб задовільно реагувати на потреби життя. Вимоги життя можуть бути фізіологічними, психосоціальними або екологічними і відрізнятися в залежності від індивідів і контекстів, але в кожному випадку незадовільні реакції приводять до захворювання.

– Індивідуальні детермінанти здоров'я повною мірою залежать від соціальних детермінант здоров'я. Спочатку за новонародженим доглядає мама. Після цього важливою стає вся сім'я, школа, професійна освіта. Пізніше люди різними способами взаємодіють зі своїм соціальним середовищем. Усі ці взаємодії впливають на здатність задовільно реагувати на мінливі життєві вимоги кожної людини. Очевидно, що внесок соціальних детермінант має бути сприятливим до специфічних соціальних умов особистості. Це відповідальність, яку має нести суспільство на усіх рівнях.

– На здоров'я людини впливають, зокрема, й рішення державної політики, які приймаються не лише сектором охорони здоров'я, а й численними іншими секторами та суб'єктами, які впливають на соціальні, економічні та культурні умови життя людей. Таким чином, національні системи охорони здоров'я не можуть вирішити першопричини багатьох проблем зі здоров'ям без залучення інших секторів, не пов'язаних напряму з охороною здоров'я, до впровадження державних політик, що сприяють здоров'ю.

Концептуальна основа моделі Мейкірха (Мейкірх – село у Швейцарії, де модель була вперше апробована) підтримує єдине розуміння охорони здоров'я і служить для розробки спільних цілей, акцентуючи увагу на міжпрофесійній та міжгалузевій співпраці. Модель використовує структуру здоров'я, яка складається з п'яти компонентів, що пов'язані один з одним складними взаємодіями. Модель Мейкірха може бути використана як ефективний інструмент для стимулювання просвіти та покращення «здорової» поведінки[1].

СЛАЙДИ 7 – 8

Нагадайте учасникам, що мультисекторальність підходу простежується у всіх важливих політиках громадського здоров'я (від Оттавської Хартії до Гельсінської декларації та політики Здоров'я – 2020).

1. Оттавська хартія – https://is.gd/p01muy

2. Health public policy: Adelaide recommendations = Politiques pour la santé? les

1 Bircher J, Hahn E G (March 06, 2017) Will the Meikirch Model, a New Framework for Health, Induce a Paradigm Shift in Healthcare? . Cureus 9(3): e1081. DOI 10.7759/cureus.1081. URL: https://is.gd/5n3pYC

recommandations d' Adelaide – https://is.gd/HBEGvu

3. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health – https://is.gd/CdA7lG

4. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century – https://is.gd/nCgdcV

5. Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action – https://is.gd/CMDSao

6. Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World – https://is.gd/tDjazW

7. The 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi, 2009 – https://is.gd/Y5H7cQ

8. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013. The Helsinki Statement on Health in All Policies – https://is.gd/m6VAik

СЛАЙД 9

Запропонуйте учасникам переглянути відео, в якому пояснюється, що таке підхід «Здоров'я в усіх політиках». Відео англійською мовою, але є можливість включити субтитри українською.

Нижче наведено транскрипт відео.

«На запитання «що для вас найважливіше у житті?» більшість з нас скажуть «родина, друзі, домашні улюбленці, робота, волонтерство, віра, хобі, соціальні активності»... – все, що робить наше життя більш значимим та насиченим. Однак, для того, щоб насолоджуватися життям, потрібно мати гарне здоров'я. Саме здоров'я – ресурс для якісного життя. Усі ми знаємо, що потрібно правильно харчуватися, більше рухатися, вживати менше тютюну та алкоголю. Однак наскільки просто правильно харчуватися, якщо поряд немає продуктового магазину, а вартість здорової їжі суттєво перевищує вартість нездорової? Або ж наскільки просто займатися спортом поза межами дому, якщо поряд немає парку? Або як ми можемо концентруватися на тому, щоб менше курити, якщо маємо сплачувати за оренду квартири?

А що як для того, аби бути здоровими, ми фокусуємося на неправильних речах, тому що більш вагомими є умови, в яких ми народилися, зростаємо, працюємо, живемо і старіємо. Ці умови відомі як соціальні детермінанти здоров'я. Ранній розвиток дитини, освіта, робота, робочі умови та безпека на робочому місці, дохід, домашній простір, безпека їжі, соціальна підтримка, взаємодія в громаді та фізичне оточення мають величезний вплив на щоденне життя та здоров'я. Доступ до якісної медичної допомоги також важливий, але, відповідно до досліджень, медична допомога менш важлива, порівняно з іншими соціальними детермінантами здоров'я. Якщо порівняти витрати на охорону здоров'я та на шляхи покращення популяційного здоров'я (профілактику), можна побачити, що фокус зроблено на медичну допомогу. Однак, якщо подивитися на ті детермінанти, що найбільше впливають на здоров'я та добробут протягом певного періоду часу, ми маємо розглядати здоров'я не лише

в межах сектору охорони здоров'я, але й в межах інших секторів.

Коли ті, хто приймає рішення (наприклад, уряд), передбачають вплив на здоров'я населення в своїх політиках та рішеннях, це і є підхід «здоров'я в усіх політиках». Злагоджена робота та залучення усіх секторів, які включають питання здоров'я до своїх політик, дозволяє створити здорове середовище для усіх людей. Таким чином, вони отримують можливість робити здоровий вибір. Підхід «Здоров'я в усіх політиках» довів свою ефективність у різних країнах. Наприклад, в Онтаріо ми також намагаємося впроваджувати цей підхід, зокрема, у тих секторах, які мають найбільший вплив на здоров'я. Однак, для того, щоб робити це ефективно, нам потрібно розуміти детермінанти здоров'я та наявні рішення. Тому важливо поширювати інформацію про цей підхід».

СЛАЙД 10

Акцентуйте увагу учасників на такому:

- «Здоров'я в усіх політиках» (HiAP) або «здорова державна політика» – це інтегрований і комплексний підхід, який забезпечує врахування здоров'я, благополуччя та справедливості під час розробки та реалізації політик, програм і послуг традиційно не пов'язаних зі здоров'ям.

- Цей підхід ґрунтується на ідеї, що здоров'я починається з того, де люди живуть, працюють, навчаються та грають, і що на громадське здоров'я впливає не тільки індивідуальний вибір.

- Фізичне та соціальне середовище, а також рішення та дії місцевого самоврядування, які формують це середовище, впливають на стан здоров'я.

- Мета політики «Здоров'я в усіх політиках» – забезпечити поінформованість осіб, які приймають рішення, про наслідки впливу різних політик на здоров'я, справедливість та сталість у питаннях здоров'я та добробуту населення.

СЛАЙД 11

Розгляньте нормативно-правові документи України з точки зору використання підходу «Здоров'я в усіх політиках».

СЛАЙД 12 – 13

Запропонуйте учасникам виконати практичну роботу, завдання 1 (див. додаток 2).

СЛАЙДИ 14 – 15

Запропонуйте учасникам перейти до розгляду багатосекторального підходу та міжсекторальної співпраці в політиці протидії НІЗ.

Розпочніть розгляд теми з пленарної дискусії на тему «Що ви знаєте про багатосекторальний підхід та міжсекторальну співпрацю в політиці протидії НІЗ?». Дискусія має ґрунтуватися не лише на досвіді учасників, але й на обговоренні літератури, що була рекомендована до ознайомлення перед початком модуля, зокрема, посібник ВООЗ «Multisectoral and intersectoral action for improved health and

well-being for all: mapping of the WHO European Region Governance for a sustainable future: improving health and well-being for all» (див. розділ 5.1).

СЛАЙД 16

Ще раз наголосіть на тому, що на спосіб життя людей впливають рішення в різних сферах суспільства (багато з яких виходять за межі сектору охорони здоров'я). Здоров'я загалом і профілактику НІЗ, зокрема, слід враховувати під час прийняття рішень у різних секторах (проводити оцінку впливу на здоров'я). Також важливо виявляти можливості для «безпрограшних» («win-win») ситуацій, тобто ситуацій, за яких усі сторони отримують вигоду або певні переваги від співпраці. Міжгалузевий та багатосекторальний підходи мають важливе значення для вирішення багатьох глобальних проблем охорони здоров'я, з якими сьогодні стикається наш світ, та досягнення Цілей сталого розвитку.

Акцентуйте увагу на тому, що існують різні способи здійснення міжгалузевих і багатосекторальних дій, але найбільш популярними є три підходи:

- Здоров'я в усіх політиках (Health in All Policies)[2]
- Здорові міста (Healthy Cities)[3]
- Одне здоров'я (One Health)[4].

СЛАЙДИ 17 – 18

Розкажіть учасникам про те, що таке міжсекторальна взаємодія або міжгалузева співпраця за формальним визначенням.

Наголосіть на тому, що така співпраця може мати різні формати. Найбільш поширеними є спільні ініціативи, альянси, коаліції або партнерства.

Також поясніть учасникам, що міжсекторальні ініціативи передбачають залучення потенційних партнерів із секторів за межами охорони здоров'я, а також із різних дисциплін і рівнів у секторі охорони здоров'я.

Для того, щоб співпраця була дійсно ефективною, вона має бути добре скоординованою, мати чітко сформульовану мету. Окрім того, усі партнери повинні мати спільні цінності та інтереси, а спільні дії обов'язково мають базуються на доказах.

Координація передбачає комунікацію та залучення відповідних секторів на зустрічі з планування, розробки або обговорення пропозицій чи коментарів до змісту політики.

Важливими є глобальні наукові докази, які доводять зв'язок між факторами ризику

2 https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf
3 https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/what-is-a-healthy-city
4 https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/one-health

та захворюваннями (наприклад, куріння та рак або серцево-судинні захворювання) та показують ефективність тих чи інших інтервенцій (наприклад, заборона на куріння у громадських місцях приводить до зниження поширеності куріння). Докази мають бути використані як заклик до дій для різних учасників, які поділяють спільні інтереси та потребують розробки політики, щоб попередити захворювання та зберегти здоров'я населення.

Основна мета спільної роботи – створити умови для покращення та збереження здоров'я.

СЛАЙД 19
На слайді наведено структуру міжсекторальної взаємодії, що візуалізує викладене на двох попередніх слайдах.

СЛАЙД 20
На слайді перераховано ключові складові ефективної співпраці. Ще раз наголосіть на важливості доказового забезпечення та гарної координації спільної роботи. Окрім того, зробіть акцент на необхідності адвокації розробки політик та залучення різних учасників, фінансової підтримки спільних ініціатив, надання юридичних повноважень усім партнерам (легалізації спільної роботи та чіткого розподілу обов'язків і відповідальності), а також моніторингу та оцінки спільної роботи.

СЛАЙД 21
Розрізняють два основних види співпраці – вертикальну та горизонтальну.

Вертикальна співпраця зв'язує різні рівні в межах одного сектора. Співпраця за вертикальним виміром допомагає забезпечити кращу координацію та узгодженість цілей між, наприклад, різними рівнями організації, такими як працівники центрів первинної медичної допомоги та громадського здоров'я або МОЗ та його регіональною мережею, або різними географічними регіонами тощо.

Горизонтальна співпраця пов'язує сектор охорони здоров'я з іншими секторами (такими як фінанси, правосуддя, навколишнє середовище та освіта, а також з представниками неурядових організацій та приватного сектору).

Як горизонтальні, так і вертикальні відносини та співпраця є важливими для досягнення цілей та покращення здоров'я населення.

Уряд, неурядові організації, громадянське суспільство, бізнес, інші організації тощо відіграють велику роль у багатосекторальному підході до боротьби з НІЗ.

СЛАЙДИ 22 – 23
Розкажіть учасникам про те, як відбувається співпраця між секторами та рівнями, акцентуючи увагу на рекомендаціях щодо такої співпраці.

– Наголосіть на тому, що цілі співпраці мають бути пов'язані з наявними ключовими політиками, що дозволить отримати підтримку уряду та державних

структур. Саме політична підтримка є необхідною умовою для отримання ресурсів.

– Визначте спільне бачення проблеми, яку потрібно вирішити: прихильність усіх партнерів має вирішальне значення для успішної співпраці. Розуміння проблеми, яку потрібно вирішити, і узгодження бачення щодо того, як цю проблему вирішити, допомагає отримати прихильність усіх партнерів.

– Об'єднайте партнерів з різним досвідом та навичками: щоб мати можливість вирішити проблему, усі відповідні сторони, які можуть у цьому допомогти, мають бути залучені до співпраці.

– Побудуйте «мости» між секторами та спеціальностями за допомогою ефективного лідерства: лідерство має важливе значення і тісно пов'язане з міцними робочими відносинами та прозорим процесом співпраці. Ефективне лідерство сприяє довірі та хорошим робочим відносинам між партнерами.

– Підтримуйте залучення партнерів в усіх секторах: вирішальне значення для успіху співпраці має постійна підтримка партнерів – їх варто залучати (надавати повноваження), інформувати та всіляко мотивувати до співпраці.

– Використовуйте планомірний/системний підхід, який підходить (є зручним) для усіх партнерів: використання системного підходу, заснованого на наукових даних та досвіді минулого, покращить впровадження співпраці в кожному секторі. Більше того, такий системний підхід має дозволити всім партнерам об'єднати свої зусилля та підвищити ефективність роботи.

– Забезпечте достатні ресурси для підтримки співпраці: для налагодження стійкої співпраці важливо, щоб ресурси, такі як виділений час, кваліфікований персонал та фінансування, були і залишалися доступними. Розподіл цих ресурсів має бути прозорим і справедливим для всіх партнерів.

СЛАЙДИ 24 – 26

Окремо обговоріть з учасниками такі механізми, як «Партнерство», «Комунікація» та «Політична підтримка». Розглядайте ці поняття в контексті законодавства України. Спонукайте учасників до обговорення прикладів з їхньої практики.

СЛАЙД 27

Наведіть приклади з проєкту закону «Про систему громадського здоров'я». Акцентуйте увагу учасників на тому, що відповідно до статті 12 цього документу, органи місцевого самоврядування зобов'язані приймати рішення з питань, пов'язаних із налагодженням та підтримкою міжсекторальної взаємодії в системі громадського здоров'я на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці. Органи місцевого самоврядування також відповідають за багато інших питань, пов'язаних з профілактикою та збереженням здоров'я населення.

СЛАЙДИ 28 – 29
Поговоріть з учасниками про комплексну стратегію для подолання глобальної проблеми НІЗ. Наголосіть на тому, що під час розробки механізмів для ефективного реагування на НІЗ, вона враховує соціальний, економічний, екологічний контексти та контексти охорони здоров'я. Озвучте принципи, що лежать в основі комплексної стратегії.

СЛАЙД 30
Для досягнення оптимальних результатів під час інтеграції партнерів варто дотримуватись подвійного підходу:

- Перший підхід вимагає від секторів, які сприяють поширенню НІЗ, переглянути свої політики з метою пом'якшити проблеми НІЗ.

  Наприклад, харчова промисловість має зменшити вміст солі в продуктах харчування задля профілактики серцево-судинних захворювань.

  Департаментам містобудування та транспорту потрібно спільно замінити інфраструктурні плани, які сприяють використанню приватного транспорту, на такі, що полегшують перевезення більшої кількості людей за допомогою швидшої, комфортної мережі громадського транспорту.

- Другий підхід передбачає, що сектори, які несуть основний тягар НІЗ, мають розробляти політику та плани, спрямовані на усунення факторів ризику, щоб стримувати їхні наслідки.

  Наприклад, залучення Міністерства інформаційної політики до законодавчого регулювання реклами нездорової їжі.

СЛАЙД 31
Розкажіть про можливості, які створює міжсекторальна співпраця, і які перераховані на слайді.

СЛАЙД 32
Поговоріть з учасниками про проблеми в реалізації міжсекторальної взаємодії, перераховані на слайді.

- Часто інтереси, пріоритети та цілі різних партнерів можуть відрізнятися, що є суттєвою перешкодою для досягнення спільної мети.

- Часто для реалізації спільних завдань бракує необхідних ресурсів, причому не лише фінансових. Це можуть бути і людські ресурси, матеріали тощо.

- Для виконання будь-якого завдання потрібна політична воля. Якщо вона відсутня, завдання виконати дуже складно або й зовсім нереально.

- Часто буває так, що за наявності спільних цілей, бажань та ресурсів досягти поставлених цілей не вдається через погану координацію роботи партнерів.

Погана координація призводить до непотрібних витрат ресурсів у разі відсутності бажаного результату.

– Те ж саме можна сказати і про відсутність або неналежне інформування усіх учасників процесу. Погана комунікація аж ніяк не сприяє ефективному виконанню поставлених завдань.

– Ще однією проблемою може бути конкуренція між державними секторами. Наприклад, різні сектори можуть конкурувати за першість у вирішенні проблеми, доступ до ресурсів, представлення отриманих результатів тощо.

СЛАЙДИ 33 – 34
Перейдіть до підтеми «Ключові зацікавлені сторони міжсекторальної політики протидії НІЗ».

На слайді представлено можливі варіанти міжсекторальної взаємодії у сфері профілактики та контролю НІЗ. Поясніть учасникам, що координація співпраці може відбуватися у різних форматах, наприклад, у вигляді різноманітних комітетів чи робочих груп для обговорення питань та прийняття рішень, формування спільних бюджетів тощо.

СЛАЙД 35
У 2006 році Всесвітня організація охорони здоров'я випустила Доповідь про стан охорони здоров'я у світі. Доповідь мала назву «Спільна робота на благо здоров'я». Її основна ідея полягала у тому, що світова спільнота має достатні фінансові ресурси та технології для вирішення більшості проблем у галузі охорони здоров'я, проте сьогодні багато національних систем охорони здоров'я слабкі, несприйнятливі, несправедливі й навіть небезпечні.

Тому вкрай необхідною є політична воля для реалізації національних планів, а також міжнародне співробітництво для узгодження ресурсів, використання знань та створення надійних систем охорони здоров'я для лікування та профілактики захворювань і зміцнення здоров'я населення.

Співробітництво на національному рівні передбачає участь як представників державного сектора, так і фахівців з неурядових організацій, приватних компаній, ЗМІ, міжнародних партнерів тощо.

СЛАЙД 36
Розберіть з учасниками підходи до профілактики НІЗ за допомогою міжсекторальної співпраці на різних рівнях – міжнародному, національному, рівні суспільства та індивідуальному рівні.

СЛАЙД 37
Наголосіть, що підхід «Здоров'я в усіх політиках» на усіх цих рівнях відображено в Національному плані заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку.

На основі Національного плану було розроблено регіональні плани роботи, що передбачають залучення усіх можливих партнерів.

Ще раз зробіть акцент на тому, що на кожному рівні план є основним інструментом, який включає планування, управління та координацію всіх заходів у сфері профілактики та контролю ВІЗ.

СЛАЙДИ 38 – 39
Запропонуйте учасникам розглянути вплив органів місцевого самоврядування (ОМС) на здоров'я та добробут місцевих жителів. Поясніть, що ОМС можуть мати вплив на різні середовища від медичного до екологічного.

СЛАЙДИ 40 – 41
Запропонуйте учасникам розглянути один із можливих видів співпраці – державно-приватне партнерство (ДПП).

Якщо коротко, то ДПП – це співробітництво між державним та приватним партнерами. Якщо розширити це визначення, то можна сказати, що ДПП в Україні – це система відносин між державним та приватним партнерами, під час реалізації яких ресурси обох партнерів об'єднуються з відповідним розподілом ризиків, відповідальності та винагород (відшкодувань) між ними, для взаємовигідної співпраці на довгостроковій основі.

У липні 2010 року було прийнято закон України «Про державно-приватне партнерство»[5], який створив законодавче підґрунтя для співробітництва державного та приватного сектору з метою підвищення конкурентоспроможності та залучення інвестицій в економіку України. А з прийняттям Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» від 24 листопада 2015 року № 817-VIII[6] було введено додаткові механізми стимулювання розвитку цих правовідносин.

Першим із зазначених законів визначено, хто є державним, а хто приватним партнером.

СЛАЙД 42
Представте учасникам основні ознаки механізму ДПП. Поясніть, що, по-перше, держава зацікавлена у тому, щоб її інтерес було зафіксовано у договірних відносинах з бізнесом; по-друге, вона зацікавлена у довготривалості такого співробітництва, адже просто налагодження спільної роботи, узгодження усіх питань тощо – вже займає досить багато часу. По-третє, важливим є розподіл ризиків, і ДПП

5 Закон України від 01.07.2010 № 2404-VI «Про державно-приватне партнерство». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text
6 Закон України від 24 листопада 2015 року № 817-VIII «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/817-19#Text

передбачає, що приватний партнер візьме на себе частину відповідальності та ризиків; по-четверте, приватний партнер також має робити певні інвестиції та вкладати ресурси у реалізацію спільного завдання чи завдань.

СЛАЙД 43
Обговоріть з учасниками основні переваги механізму ДПП, перераховані на слайді.

СЛАЙД 44
Поясніть учасникам, що державно-приватне партнерство є також важливим і у питаннях протидії НІЗ. Наголосіть на основних аспектах, перерахованих на слайді.

СЛАЙД 45
На слайді наведено форми ДПП на прикладі харчової промисловості. Обговоріть їх з учасниками.

СЛАЙД 46
Наведіть та обговоріть з учасниками приклади такого партнерства, представлені на слайдах.

Перший приклад стосується тютюну[7], а саме історії співпраці задля боротьби з тютюном в Азії. У Китаї налічується приблизно 300 мільйонів курців, з них щороку помирає близько 1 мільйона. Щоб запобігти поширенню епідемії куріння в Китаї, компанія Pfizer підтримує зусилля Дослідницького фонду Університету штату Джорджія, спрямовані на просування впровадження політики контролю над тютюном у п'яти містах Китаю (Ченду, Чунцин, Сіань, Сямень та Ухань). Програма «Міста, вільні від тютюну», спрямована на розробку державної політики, яка буде спрямована на те, щоб запобігати початку куріння, сприяти відмові від вживання тютюну та зниження впливу пасивного куріння. Ініціатива також прагне змінити соціальні норми щодо вживання тютюну та зменшити його тягар у цих п'яти великих і впливових містах із загальним населенням майже 70 мільйонів осіб.

Другий приклад стосується питання йоду у питній воді. Україна втрачає десятки мільйонів доларів через ігнорування проблеми дефіциту йоду. Дослідження йоду у питній воді провели у межах спільного дослідницько-просвітницького проєкту «Грам/моль» громадської організації «Батьки в дії» та Львівського обласного центру контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України. Проєкт реалізують за підтримки Львівської обласної державної адміністрації[8].

Загалом впродовж трьох місяців відбирали по три проби води у 75 точках водопостачання. За результатами дослідження фахівці підготували рекомендації, як збалансувати свій харчовий раціон, щоб забезпечити достатню кількість споживання йоду.

7 Tobacco Free Cities. URL: https://is.gd/uharms
8 https://is.gd/ZM55Pc

СЛАЙД 47
Поговоріть з учасниками про особливості роботи з бізнесом. Зверніть увагу на таке:

- Варто мати правила (кодекс) співпраці з бізнес-організаціями та пам'ятати про те, що не з усіма можна співпрацювати. Йдеться, насамперед, про ті організації, які можуть завдати репутаційних ризиків. Наприклад, навряд чи можна назвати гарним прикладом співпрацю місцевої влади з виробником пива, навіть якщо цей виробник пропонує якісь корисні речі.

- Краще уникати співпраці з компаніями, що виробляють шкідливу для здоров'я продукцію (тютюнові, алкогольні компанії тощо). Це має бути загальним правилом, бо часто такі компанії намагаються позиціонувати себе як «соціально відповідальний бізнес». Вони можуть прикриватися різними хорошими ідеями або лобіювати впровадження так званої стратегії «зменшення шкоди» (наприклад, переходу із куріння звичайних сигарет на системи для нагрівання тютюну тощо). Тут варто пам'ятати, що таким чином ці компанії напрацьовують собі «політичні дивіденди» (у моменти, коли їм це буде вигідно, вони з радістю пригадають про свій «суспільний внесок» і вимагатимуть від влади послаблення законодавства, зниження оподаткування тощо. Окрім того, часто вони таким чином намагаються зробити собі рекламу або промотувати свою продукцію.

- Інформація про спільну роботу, що стане публічною, має бути погоджена обома сторонами заздалегідь (варто намагатися не рекламувати продукцію компанії та слідкувати за коректністю меседжів, що транслюються назовні). Варто одразу і наперед домовитися, яка інформація про партнерів та результати роботи може з'являтися у відкритих джерелах, щоб уникнути ситуацій, коли бізнес отримає за ваш рахунок рекламу або буде посилатися на вас для отримання собі вигід.

СЛАЙД 48
Поговоріть з учасниками про протидію у сфері профілактики та контролю НІЗ.

Акцентуйте увагу на тому, що досить часто інтереси громадського здоров'я та інтереси бізнесу можуть бути абсолютно протилежними. Якщо ми говоримо про профілактику факторів ризику НІЗ, то маємо розуміти, що просування деяких з них є прямим інтересом бізнесу.

Наприклад, тютюнова індустрія є однією із найпотужніших у світі. Грошей, які заробляють тютюнові корпорації, вистачає не лише для надприбутків їхніх власників, але й для того, щоб досить ефективно перешкоджати політиці у сфері контролю над тютюном. Жоден законопроєкт, який стосувався запровадження обмежень щодо вживання тютюну (наприклад, заборона на куріння у громадських місцях, підвищення акцизів на тютюнові вироби тощо) не приймали просто і одразу, хоча існує багато доказів ефективності запропонованих ними заходів для зниження рівня поширеності куріння. На жаль, тютюнова індустрія знаходить важелі впливу на тих, хто приймає рішення, для того, щоб блокувати прийняття необхідних законів. Саме тому ми говоримо про високий рівень протидії у напрямі профілактики вживання тютюну.

Подібну ситуацію можна спостерігати і в сфері профілактики вживання алкоголю та нездорового харчування. Як алкогольна, так і харчова промисловість також мають значний вплив на сферу прийняття необхідних політичних рішень та перешкоджають запровадженню ефективних заходів. Тут ми говоримо про середній рівень впливу. Хоча в контексті профілактики нездорового харчування ситуація може бути різною. Так, значно складніше запровадити регулювання щодо солодких алкогольних напоїв чи енергетиків, продуктів, що містять надмірну кількість солі тощо, порівняно з іншими заходами у сфері промоції здорового харчування.

Профілактика такого фактору ризику, як брак фізичної активності, не зазнає суттєвої протидії.

Розробка стратегій та планів щодо профілактики факторів ризику НІЗ також може отримувати протидію різного рівня – від високого у питаннях, що становлять загрозу інтересам індустрії (наприклад, розробка нових законопроєктів у сфері регулювання тютюну) до низького у питаннях, що не зачіпають інтересів індустрії (наприклад, промоція ідеї споживати більше фруктів та овочів).

СЛАЙДИ 49 – 50
Як підсумок пройденого, запропонуйте учасникам виконати практичну роботу – завдання 2 (див. додаток 2).

СЛАЙДИ 51 – 53
Підбийте підсумки модуля. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам’ятати.

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЇ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

ЗАВДАННЯ 1 (слайд 13) – 15 хвилин

Мета цього завдання – змусити учасників замислитися про те, чи використовується принцип «Здоров'я в усіх політиках» у їхньому регіоні/ОТГ і якщо так, то яким чином.

1. Розділіть учасників на групи по 3–4 людини в кожній.

2. Запропонуйте членам кожної групи поспілкуватися між собою та обговорити чи використовується принцип «Здоров'я в усіх політиках» у їхньому регіоні/ОТГ і якщо так, то яким чином.

3. Попросіть по одній людині від кожної групи представити напрацьовані результати.

4. Підбийте підсумки роботи в групах.

ЗАВДАННЯ 2 (слайд 51) – 30 хвилин

Мета цього завдання – змусити учасників замислитися про центральний принцип «Здоров'я в усіх політиках», а саме про те, що багато секторів мають зацікавленість у здоров'ї і навпаки: здоров'я має вплив на багато секторів суспільства.

1. Розділіть учасників на 5 груп.

2. Роздайте кожній групі аркуш паперу з назвою одного із секторів (Освіта; Економіка; Інфраструктура та транспорт; Довкілля; Агропромисловість) – див. додаток 2.1.

3. Попросіть кожну групу обговорити сектор, який вони отримали, з точки зору двох аспектів:

   1) яким чином сектор впливає на здоров'я?

   2) як рівень здоров'я населення впливає на ефективність сектору?

   Група має записати результати обговорень на аркуші для фліп-чарту у 2 колонки.

4. Зробіть ротацію листків з назвами секторів та результатами обговорень між групами по колу. Таким чином, кожна група зможе додати до кожного сектору те, про що не згадала попередня група або групи.

5. Попросіть по одній людині від кожної групи представити напрацьовані результати.

6. Підбийте підсумки роботи в групах.

Додаток 2.1

ЗАВДАННЯ 2

Сектори для обговорення

Освіта	**Економіка**
Інфраструктура та транспорт	**Довкілля**
Агропромисловість	

Запитання для оцінювання знань за результатами проходження БЛОКУ 4 «Політики та стратегії у сфері профілактики та контролю НІЗ»

МОДУЛЬ 10. Політики та стратегії щодо НІЗ: від глобального бачення до локальних заходів

1. **Якою має бути публічна політика?**

   a. Нормативною, галузевою, економічно доцільною

   b. Спрямованою на вирішення проблеми, мультисекторальною, підтриманою більшістю стейкхолдерів

   c. Нормативною, спрямованою на вирішення проблеми, мультисекторальною

2. **При розробці політики важливо акцентувати увагу на таких чотирьох складових:**

   a. політичних обставинах; політичних ідеях та ідеологіях; керівних установах та органах прийняття рішень; політичних агентах

   b. політичних обставинах; ідеях та інтересах політичної більшості; керівних установах та органах прийняття рішень; політичних агентах

   c. політичних преференціях; політичних ідеях та ідеологіях; керівних установах та органах прийняття рішень; політичних партіях

3. **Назвіть канали впливу комерційних детермінант на здоров'я населення:**

   a. лобіювання, маркетинг, зростання попиту

   b. стратегії корпоративної соціальної відповідальності, лобіювання, маркетинг, розгалужені ланцюги поставок

   c. стратегії корпоративної соціальної відповідальності, зростання попиту, лобіювання, маркетинг, розгалужені ланцюги поставок

   d. стратегії корпоративної соціальної відповідальності, зростання попиту, лобіювання, розгалужені ланцюги поставок

4. **Що з нижчеперерахованого належить до завдань місцевої громади у сфері захисту здоров'я людини?**

   a. створення хороших умов проживання та пропаганда здорового способу життя, що дозволяє уникнути НІЗ

   b. створення умов для реалізації політичних ідей та ідеологій на місцевому рівні

   c. створення умов для розвитку бізнесу, як джерела фінансування програм протидії НІЗ

5. **Яка з нижчеперерахованих політик не дійсна в Україні?**

   a. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності

   b. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну

   c. Державна програма профілактики дефіциту йоду у населення

   d. Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань

МОДУЛЬ 11. Роль системи охорони здоров'я у профілактиці та контролі НІЗ

1. **Оберіть визначення, яким ВООЗ описує систему охорони здоров'я**

   a. сукупність елементів, що у відносинах і зв'язках один з одним утворюють одне ціле;

   b. усі організації, установи, ресурси і люди, об'єднані однією метою – зберегти та поліпшити здоров'я населення

   c. безліч процесів, що реалізуються організаційною одиницею для досягнення її стратегічних цілей

   d. порядок, зумовлений правильним, закономірним розташуванням складових у цілому

2. **Профілактика – це _____ (оберіть варіант із наведених нижче)**

   a. система заходів, спрямована на реабілітацію осіб з інвалідністю

   b. система заходів, спрямована на лікування пацієнтів

   c. система науково обґрунтованих заходів, спрямованих на запобігання захворюванням та зміцнення здоров'я

   d. система заходів, спрямована на підтримку родичів пацієнтів з термінальними станами

3. **До переліку медичних втручань у межах ПМД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань в Україні НЕ включено:**

   a. рак шийки матки

   b. рак молочної залози

   c. колоректальний рак

   d. рак передміхурової залози

4. **До переваг скринінгу НЕ відноситься:**

   a. збільшення вибору

   b. зростання витрат

   c. зниження захворюваності

   d. зниження смертності

5. **До рекомендацій щодо модифікації способу життя у пацієнтів із артеріальною гіпертензією або високим артеріальним тиском НЕ включено:**

   a. утримання від надмірного вживання алкоголю

   b. зменшення вживання солі до <5 г/добу

   c. контроль маси тіла

   d. утримання від регулярних аеробних вправ

МОДУЛЬ 12. Встановлення пріоритетів у сфері профілактики та контролю НІЗ

1. **Пріоритети в сфері профілактики та контролю НІЗ потрібно виставляти через те, що бракує (оберіть УСІ правильні відповіді):**

   a. фахівців, які працюють у цій сфері

   b. часу для реалізації усіх завдань

   c. грошей

   d. інших ресурсів, необхідних для реалізації завдань

2. **За підрахунками експертів в середньому _____ загальних витрат на охорону здоров'я не приносить користі (не є ефективною)**

   a. половина

   b. третина

   c. п'ята частина

   d. сьома частина

3. **У 2013 році держави-члени ВООЗ офіційно прийняли глобальну систему моніторингу, яка включає _____ глобальних цілей і ____ індикаторів щодо НІЗ**

   a. 5 глобальних цілей і 15 індикаторів

   b. 12 глобальних цілей і 56 індикаторів

   c. 7 глобальних цілей і 22 індикатори

   d. 9 глобальних цілей і 25 індикаторів

4. **У наведеному твердженні оберіть УСІ НЕПРАВИЛЬНІ варіанти «Рішення, оптимальні за витратами» – інструмент ВООЗ, який**

   a. дозволяє визначити пріоритети та краще спланувати заходи у сфері НІЗ

   b. фокусується виключно на економічній доцільності втручань

   c. містить 88 втручань з доведеною ефективністю

   d. пропонує рішення, які є прийнятними для усіх країн

5. **Якого профілактики не існує? (оберіть НЕвірну відповідь)**

   a. Первинна (Primary)

   b. Вторинна

   c. Первинна (Primordial)

   d. Наскрізна

   e. Третинна

   f. Четвертинна

6. **Назвіть основні критерії для пріоритезації заходів у сфері НІЗ**

   a. наявність ресурсів

   b. розмір та серйозність проблеми

   c. глобальний вплив

   d. вплив на громадське здоров'я

   e. нічого з перерахованого

   f. усе з перерахованого

МОДУЛЬ 13. Управління НІЗ на рівні громад

1. **Які можуть бути сфери впливу місцевого самоврядування на охорону здоров'я?**

   a. Охорона довкілля

   b. Створення спроможної мережі з надання первинної медичної допомоги в громаді

   c. Спортивні й оздоровчі програми

   d. Постачання води та водовідведення

2. **До ключових компонентів діяльності та процесів, необхідних для дій у сфері НІЗ на рівні громади, включено:**

   a. Досягнення масових змін у поведінці та факторах ризику

   b. Оцінювання, визначення пріоритетів і планування

   c. Зміна умов та систем спільноти

   d. все, перераховане у пунктах a-c

3. **Здорова громада – це _____ (оберіть варіант із поданих нижче)**

   a. громада, де лідери думок працюють в сфері профілактики НІЗ

   b. громада, де волонтери включені в процес прийняття рішень

   c. громада, в якій члени спільноти працюють разом, щоб запобігти хворобам та зробити доступними варіанти здорового способу життя

   d. громада, де органи самоврядування готують відповідні програми

4. **Дії на рівні громади мають бути спрямовані на:**

   a. соціально-економічні фактори

   b. поведінкові детермінанти

   c. медичну допомогу

   d. все, перераховане у пунктах a-c

5. **Чи вірне твердження: «До моделі громадського здоров'я щодо впливу на сім'ю (Розумна сім'я) включено такі складові: взаємодія з сім'єю, сімейна відповідальність, стабільність сім'ї, сімейне розмаїття»**

   a. Так, вірно

   b. Ні, невірно

МОДУЛЬ 14. Міжсекторальна взаємодія у сфері профілактики та контролю НІЗ

1. **На якій конференції і коли був прийнятий підхід «Здоров'я в усіх політиках»?**

   a) На Міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги в Алма-Аті 12 вересня 1978 р.

   b) На VIII Глобальній конференції з питань зміцнення здоров'я в Гельсінкі 10–14 червня 2013 р.

   c) На II Міжнародній конференції з питань сприяння здоров'ю в Аделаїді 5–9 квітня 1988 р.

   d) На I Міжнародній конференції зі зміцнення здоров'я в Оттаві 17–21 листопада 1986 г.

   e) На Всесвітній конференції з питань соціальних детермінантів здоров'я в Ріо-де-Жанейро 21 жовтня 2011 р.

2. **Основною метою підходу «Здоров'я в усіх політиках» є забезпечення того, щоб:**

   a) представники бізнесу були поінформовані про наслідки впливу їхньої діяльності на здоров'я населення

   b) особи, які приймають рішення, були поінформовані про наслідки впливу різних політик для здоров'я, справедливості та сталості

   c) політичні партії обов'язково декларували питання збереження здоров'я в своїх програмах

3. **Яка з ланок у структурі міжсекторальної співпраці в громадському здоров'ї є визначальною?**

   a) Інтереси приватного сектору (бізнесу)

   b) Доказове підґрунтя

   c) Узгодження спільних вигід

4. **Що із перерахованого НЕ є обов'язковою умовою для ефективної міжсекторальної співпраці:**

   a) хороша координація

   b) підписана угода

c) спільні цінності та інтереси

d) спільні дії, що базуються на доказах

5. **Під час співпраці з бізнесом щодо протидії НІЗ важливо враховувати такі підходи за виключенням одного (оберіть, якого саме):**

a) Партнерство між бізнесом і охороною здоров'я є важливим для покращення ситуації з НІЗ та може бути взаємовигідним

b) Краще уникати співпраці з компаніями, які виробляють шкідливу для здоров'я продукцію

c) Партнерство з бізнесом має вагоме значення для фінансування програм з протидії НІЗ, тому важливо досягнути співпраці з абсолютно усіма представниками бізнесу

d) Інформація про партнерство та спільну роботу, що стане публічною, має бути погоджена обома сторонами заздалегідь

6. **Що з нижче перерахованого НЕ забезпечує механізм міжсекторальної співпраці?**

a) Активне залучення членів громади до політики протидії НІЗ

b) Ефективне використання ресурсів

c) Наявність політичної волі та підтримки політик протидії НІЗ

d) Залучення фінансів на реалізацію інтервенцій з протидії НІЗ

ПРАВИЛЬНІ ВАРІАНТИ ВІДПОВІДЕЙ

Модуль 10	Модуль 11	Модуль 12	Модуль 13	Модуль 14
1 – c	1 – b	1 – a, b, c, d	1 – d	1 – b
2 – a	2 – c	2 – c	2 – b	2 – b
3 – b	3 – a	3 – d	3 – c	3 – b
4 – a	4 – b	4 – b, d	4 – d	4 – b
5 – c	5 – d	5 – d	5 – a	5 – c
		6 – f		6 – d

БЛОК 5.
НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

МОДУЛЬ 15.
НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

ЗМІСТ

1. Вступ 370
2. Навчальні цілі 370
3. Короткий огляд модуля 371
3.1. Структура презентації 371
3.2. Ключові тези для запам'ятовування 371
3.3. Практична робота 372
4. Підготовка до проведення модуля 372
4.1. Тривалість та структура модуля 372
4.2. Матеріали та обладнання 372
4.3. Інструкції щодо загальної підготовки до модуля 372
5. Список рекомендованої літератури 373
Додаток 1. Коментарі до презентації в PowerPoint 374
Додаток 2. Інструкції з практичної роботи 384
Запитання для оцінювання знань 386

1. ВСТУП

Наш світ не є стабільним. Досить часто трапляються ситуації, які становлять загрозу життю, здоров'ю та благополуччю людей. Такі ситуації називають «надзвичайними», до них відносять різні аварії, катастрофи, війни, епідемії, стихійні лиха (пожежі, повені тощо). Досить часто ці ситуації стають причиною того, що люди змушені залишfти свої домівки, жити в умовах, які не сприяють їх здоров'ю, та не мають доступу до медичної допомоги. За незалежними оцінками, станом на 2022 рік близько 100 мільйонів осіб в усьому світі є внутрішньо-переміщеними особами або біженцями, тобто були вимушені покинути свій дім з тих чи інших причин.

Разом з тим, рівень та тягар неінфекційних захворювань зростає по всьому світу, а надзвичайні ситуації можуть мати суттєвий вплив на стан здоров'я людей, особливо тих, хто має хронічні захворювання. Населення, яке постраждало від виникнення надзвичайних ситуацій, стикається із серйозними наслідками для здоров'я через відсутність продовольчої безпеки, переміщення, відсутність базових медичних послуг та ускладнення доступу до життєво необхідних лікарських засобів. Окрім того, надзвичайні ситуації суттєво ускладнюють роботу системи охорони здоров'я, у тому числі, впливають на ведення та лікування пацієнтів з НІЗ.

Недотримання протоколів лікування, перерви у прийомі медикаментів, відсутність вчасної діагностики тощо можуть призвести до ускладнень у пацієнтів з хронічними захворюваннями і навіть летальних випадків. Комплексний підхід до лікування НІЗ у надзвичайних ситуаціях має вирішальне значення, але він майже не враховується під час організації медичної допомоги в нових умовах. Роль систем громадського здоров'я та системи здоров'я полягає в тому, щоб за надзвичайних умов швидко адаптуватися до ситуації та забезпечити належний доступ і рівень допомоги для населення.

Заходи, які здійснюють в умовах надзвичайних ситуацій, часто називають «гуманітарною допомогою» або «гуманітарною відповіддю». Гуманітарна допомога орієнтована на порятунок життя та полегшення страждань населення у надзвичайних ситуаціях. Обсяг допомоги залежить від типу та фази кризи, кількості постраждалих осіб, а також від тягаря хвороби та наявних проблем.

У цьому модулі ми розглянемо особливості орагнізації та надання допомоги особам з неінфекційними захворюваннями в умовах надзвичайних ситуацій.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Наприкінці модуля учасники зрозуміють та зможуть пояснити:

- важливість профілактики та контролю НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій та роль закладів охорони здоров'я у цьому процесі;

- роль системи громадського здоров'я у контролі поширеності НІЗ та забезпечення необхідних для цього ресурсів;
- яким НІЗ слід віддавати перевагу під час надзвичайних ситуацій;
- роль агенцій ООН у координації процесу реагування на проблеми НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій.

3. КОРОТКИЙ ОГЛЯД МОДУЛЯ

3.1. СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ

i. Актуальність НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій

ii. Механізм реагування на НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій

iii. Роль системи громадського здоров'я у контролі та профілактиці НІЗ

Презентація представлена окремим файлом у PowerPoint, що додається до цього модуля.
Коментарі до слайдів наведено в додатку 1.

3.2. КЛЮЧОВІ ТЕЗИ ДЛЯ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

- Надзвичайні ситуації мають суттєвий вплив як на здоров'я населення, так і на ефективність роботи систем охорони здоров'я та громадського здоров'я.
- Безперервність надання медичної допомоги та доступ до життєво необхідних лікарських засобів для хворих на НІЗ є ключовим пріоритетом в умовах надзвичайних ситуацій.
- Для боротьби з НІЗ у надзвичайних ситуаціях потрібен ефективний міжгалузевий, комплексний підхід. Багатогалузеві заходи вимагають партнерства як в рамках уряду, так і з міжнародними та неурядовими організаціями.
- Дані та спостереження за НІЗ є ключовими для розробки узгоджених втручань, адаптованих до потреб як пацієнтів, так і постачальників послуг.
- Громада відіграє ключову роль у будь-якому втручанні у сфері охорони здоров'я та може відповідати за поширення інформації про здоров'я та сприяти кращому доступу до неї, організовувати та контролювати зусилля і заходи щодо НІЗ на рівні громади тощо.

3.3. ПРАКТИЧНА РОБОТА

Робота в групах з виконанням завдань, презентацією результатів та їхнім подальшим обговоренням (додаток 2).

4. ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЯ

4.1. ТРИВАЛІСТЬ ТА СТРУКТУРА МОДУЛЯ

Загальна тривалість модуля – 120 хвилин (2 години):

- вступ та лекційна частина – 60 хвилин
- практичне завдання: робота в групах (додаток 2), презентація та обговорення результатів – 45 хвилин
- підсумки модуля та тези для запам'ятовування – 15 хвилин

4.2. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

- презентація в PowerPoint;
- проєктор, екран та комп'ютер (ноутбук);
- фліпчарт і папір для фліпчарта, маркери для учасників для використання під час групової роботи;
- блокноти/аркуші паперу та ручки/олівці для всіх учасників.

4.3. ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО МОДУЛЯ

- Ознайомтеся з презентацією в PowerPoint та конспектами лекцій у додатку 1.
- Ознайомтеся з переліком рекомендованої літератури в розділі 5. Перелік літератури не є вичерпним – ви можете додавати до нього ті джерела, які вважаєте цікавими та корисними.
- Ознайомтеся з інструкціями до практичних завдань та обговорень у додатку 2. Пропрацюйте їх самостійно та поміркуйте, як краще організувати практичну роботу з учасниками, залежно від розміру групи, для якої ви проводитимете навчання.
- Ознайомтеся з тестовими запитаннями до модуля та відповідями на них, що наведені наприкінці блоку 5.

5. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- World Health Organization (WHO). Global Action Plan for the Preventionand Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020 – Revised draft (Version dated 11 February 2013). Geneva. World Health Organization. 2013. URL: https://is.gd/O1xtRx
- WHO SEARO. Partners for Health, South-East Asia Conference Report. New Delhi: Regional Office for South-East Asia. Geneva: World Health Organization; 2011. URL: https://is.gd/f9EIvq
- Promotion of Standard Treatment Guidelines and Building Referral System for Management of Common Noncommunicable Diseases in India. URL: https://is.gd/xUIPTo
- Promotion of Standard Treatment Guidelines and Building Referral System for Management of Common Noncommunicable Diseases in India. URL: https://is.gd/xUIPTo
- Juma, P.A., Mapa-tassou, C., Mohamed, S.F. et al. Multi-sectoral action in non-communicable disease prevention policy development in five African countries. BMC Public Health 18, 953 (2018). URL: https://is.gd/bpGIUX
- Collins, T., Mikkelsen, B., & Axelrod, S. (2019). Interact, engage or partner? Working with the private sector for the prevention and control of noncommunicable diseases. Cardiovascular diagnosis and therapy, 9(2), 158–164. URL: https://is.gd/5UL5ZK
- McKee, M., Haines, A., Ebrahim, S. et al. Towards a comprehensive global approach to prevention and control of NCDs. Global Health 10, 74 (2014). URL: https://is.gd/F4EB5p
- Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. Public Health, 26 November 2020 | URL: https://is.gd/5IjV8y
- NON-COMMUNICABLE DISEASE PREVENTION Best Buys, Wasted Buys and Contestable Buys. Wanrudee Isaranuwatchai, Rachel A. Archer, Yot Teerawattananon et Anthony J. Culyer (dir.). URL: https://is.gd/BeHgiw
- Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. CBM International, Bensheim, HelpAge International, London, and Handicap International, Lyon, 2018. URL: https://is.gd/9X70R2
- Managing projects addressing non-communicable diseases: operational guidelines for field staff. ICRC. June 2020. URL: https://is.gd/tQESUc
- Inspiration and Aspiration: Advocating for NCD care in humanitarian settings. Outcome of a boostcamp. June 2018. URL: https://is.gd/WiGisE

ДОДАТОК 1. КОМЕНТАРІ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ В POWERPOINT

СЛАЙД 1
Розкажіть учасникам тренінгу, що ви розпочинаєте навчальний блок, присвячений питанням профілактики та контролю НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій. Він складається з одного модуля з такою ж назвою.

СЛАЙД 2
Зробіть огляд презентації та розкажіть, про які теми йтиметься в презентації.

СЛАЙДИ 3 – 4
Розпочніть з обговорення актуальності НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій.

Запропонуйте учасникам розібратися в тому, що таке надзвичайна ситуація. Наведіть визначення, представлене на слайді. Скажіть, що також часто використовують термін «гуманітарна ситуація» або «гуманітрані умови».

СЛАЙД 5
Поясніть чотири ключові гуманітарні принципи, представлені на слайдах, та зв'яжіть їх із тим:

- чому важливо лікувати НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій, відповідно до цих 4-х принципів?
- які проблеми пов'язані з НІЗ умовах надзвичайних ситуацій.

СЛАЙД 6
Нагадайте учасникам, що неінфекційні, або хронічні, захворювання є найпоширенішою причиною смертності та інвалідності у світі та створюють значний тягар для економік країн. НІЗ мають свою певну специфіку, про яку варто пам'ятати і в мирному житті, і в умовах надзвичайних ситуацій.

Так, люди неінфекційні захворювання

- вимагають безперервного догляду протягом тривалого часу (часто протягом усього життя);
- часто вимагають постійного лікування з використанням лікарських засобів, медичних технологій або приладів;
- можуть мати гострі ускладнення, які потребують лікування, призводять до додаткових витрат на охорону здоров'я та можуть обмежувати функціональний стан організму, впливати на повсякденну діяльність, скорочувати тривалість життя;
- можуть знижувати здатність людей справлятися з надзвичайною ситуацією;
- вимагають координації надання медичної допомоги та подальшого спостереження між різними фахівцями у сфері охорони здоров'я та установами;
- можуть бути пов'язані з потребою у паліативній допомозі.

СЛАЙД 7
Наведіть учасникам аргументи на користь того, чому в умовах надзвичайних ситуацій слід віддати перевагу та зосереджуватися на НІЗ у гуманітарних умовах:

– безперервність надання медичної допомоги найбільш вразливим групам може бути порушена;
– порушення роботи системи охорони здоров'я та обмеження доступу до життєво необхідних лікарських засобів;
– збільшення кількості складних випадків через порушення безперервності надання медичної допомоги у разі надзвичайної ситуації;
– фізичний та психосоціальний стрес;
– бар'єри для доступу до медичних послуг у місці переселення: система охорони здоров'я, фізичний доступ, юридичні аспекти, вартість;
– погані умови проживання, харчування, фактори ризику;
– відсутність у населення джерела заробітку та доходу;
– повернення додому: безперервність надання медичної допомоги та системи охорони здоров'я.

Наголосіть на тому, що місія громадського здоров'я полягає у зміцненні здоров'я та благополуччя населення, у тому числі і під час надзвичайних ситуацій та після них. Робота з профілактики та контролю НІЗ має бути спрямована на збереження тривалості та якості життя значної кількості людей, у яких вже є або потенційно можуть виникнути хронічні захворювання.

СЛАЙД 8
На слайді описано можливі ускладнення НІЗ, спровоковані надзвичайною ситуацією. Поясніть учасникам, що, наприклад, фізичні ушкодження для людей з НІЗ можуть бути критичними, адже організму, ослабленому хронічними хворобами, важче одужати в результати серйозних травм. Те ж саме стосується і стресів та психічних травм, які супроводжують будь-які надзвичайні ситуації, – ослаблений хворобою організм більш вразливий до психічних проблем.

При зміні місця проживання люди можуть втрачати звичні для них побутові зручності, доступ до медичних закладів та ліків, що також може сильно вплинути на перебіг хронічного захворювання.

СЛАЙДИ 9 – 10
Запропонуйте учасникам розібрати механізм реагування на НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій.

Нагадайте, що в принципі заходи в сфері профілактики та контролю НІЗ передбачають:

– профілактику виникнення захворювань у здорових людей (насамперед, роботу з факторами ризику)/промоцію здоров'я;
– лікування людей з НІЗ та профілактику розвитку у них ускладнень;
– супровід і підтримку хворих, які цього потребують.

Однак, в мирних умовах основний акцент має бути зроблений саме на первинну профілактику, тоді, як в умовах надзвичайних ситуацій він зміщується на попередження ускладнень та гострих станів.

Відмінною рисою неінфекційних захворювань є потреба в безперервному лікуванні, включно з постійним моніторингом стану пацієнта, попередження та лікування ускладнень. Це передбачає регулярний доступ до медичної допомоги, ліків і діагностики. Окрім того, часто пацієнти з хронічними захворюваннями потребують паліативної допомоги, психологічної підтримки та допомоги в зміні способу життя на більш здоровий.

Медична допомога має бути доступна на всіх рівнях, але основне навантаження лягає на первинну медичну ланку, фахівці якої мають первинний контакт з пацієнтами, можуть надати першу допомогу, зокрема провести прості маніпуляції (виміряти тиск, рівень глюкози тощо), проконсультувати пацієнта, виписати ліки, скерувати до потрібного фахівця або на інший рівень надання допомоги з урахуванням наявних можливостей.

В умовах надзвичайного стану, великого скупчення людей (внутрішньо переміщених осіб) та обмеженості ресурсів на фахівців первинної линки можуть лягати й додаткові навантаження, такі як «сортування пацієнтів», тобто виявлення тих, хто потребує допомоги найпершими та якнайшвидше; прийняття рішень щодо їх скерування до спеціалізованих закладів; навчання пацієнтів самодопомозі, подолання «психологічного бар'єру» при спілкуванні з людьми, які пережили трагедію тощо.

Отже, в контексті надання допомоги людям, які живуть з неінфекційними захворюваннями, від початку виникнення надзвичайної ситуації потрібно забезпечити такі аспекти:

- безперервність надання допомоги, зокрема профілактику серйозних ускладнень у людей з НІЗ;
- доступність медикаментів;
- наявність та доступність паліативної допомоги;
- наявність та доступність психологічної підтримки;
- відпрацювання системи скерувань на вищі рівні надання допомоги;
- активне залучення представників громад;
- навчання пацієнтів принципам самодопомоги.

Відповідно до міжнародних рекомендацій, основою системи реагування на проблеми НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій є 7 елементів (рисунок на слайді): дослідження, моніторинг та оцінка; координація та партнерство; людські ресурси; медичне обладнання та медикаменти; робота з даними; інформування; стратегія виходу. Всі ці елементи однаково важливі та взаємодоповнювані, існують у чинній системі охорони здоров'я, але мають бути адаптовані до умов надзвичайних ситуацій. Також варто пам'ятати про етичні принципи справедливості та рівності, конфіденційності,

ефективності та підзвітності тощо[1].

Запропонуйте учасникам розглянути кожен із цих елементів та принципів окремо.

СЛАЙД 11
Розпочніть з досліджень, моніторингу та оцінки. Наголосіть на тому, що перший крок до розуміння ситуації в умовах, що змінилися, – це проведення оцінки на основі наявних даних. Завдання оцінки – виявити проблеми, найбільш нагальні потреби та проаналізувати наявні ресурси. Це дозволить встановити пріоритети щодо надання допомоги.

При проведенні оцінки варто спробувати знайти відповіді на питання, перелічені на слайді.

СЛАЙД 12
Оцінка не повинна зайняти багато часу і зусиль, однак дуже важливо, щоб вона охопила такі сфери:

- наявні медичні кадри (лікарі та медичні сестри первинної ланки, фельдшери, вузькі спеціалісти (кардіологи, неврологи тощо), реабілітологи, психологи тощо);
- наявна інфраструктура, що працює (медичні заклади, лабораторії, хосписи);
- фінансові ресурси, що можуть бути виділені на потреби профілактики та контролю неінфекційних захворювань;
- забезпеченість медикаментами, необхідним діагностичним обладнанням і витратними матеріалами;
- наявність закладів вищого рівня, що працюють і куди можна скерувати пацієнтів у кризових ситуаціях (наприклад, у випадку інсульту чи інфаркту; при погіршенні стану онкологічних хворих; осіб, які потребують діалізу тощо);
- наявність центрів або окремих фахівців, які надають психологічну допомогу;
- транспортне забезпечення (логістику) у випадку, якщо необхідно транспортувати пацієнта чи привезти медикаменти тощо;
- потреби населення (місцевого та внутрішньо переміщених осіб).

Для отримання цієї інформації можна використовувати наявні джерела інформації, а також збирати дані через профільних фахівців регіону чи громади. Щодо оцінки потреб населення, можна також залучати міжнародні чи місцеві організації, які проводять опитування або дослідження, зокрема у період війни.

Первинний «зріз» дозволить зорієнтуватися та розробити план дій. Однак інформацію про ситуацію у регіоні чи області варто збирати та оновлювати регулярно. Якісний моніторинг – це неперервний процес, що дозволяє вчасно виявляти проблеми та оперативно на них реагувати. Окрім того, варто пам’ятати, що актуальна

1 Bausch, F.J., Beran, D., Hering, H. et al. Operational considerations for the management of non-communicable diseases in humanitarian emergencies. Conflict and Health 15, 9 (2021). URL: http://surl.li/bwpzc

інформація про наявні потреби – це
– вагомий аргумент при адвокації, зокрема для залучення донорських проєктів чи благодійних коштів;
– елемент звітності за проведену роботу.

Моніторинг ситуації з поширеністю у регіоні/громаді тих чи інших типів захворювань дозволить краще планувати роботу та більш якісно адаптувати стратегічний план забезпечення медичними матеріалами і ліками, краще налагодити систему скерувань пацієнтів до профільних фахівців або на вищі рівні надання допомоги.

Для здійснення моніторингу можна скористатися як даними з електронної системи охорони здоров'я, так і проводити окремі дослідження або опитування, розробити власні інструменти для збору інформації або скористатися вже наявними.

Варто створити перелік важливих індикаторів, які мають охоплювати не лише клінічні показники (рівень захворюваності, смертності, поширеності НІЗ чи факторів ризику), але й показники, які дозволять відслідкувати та оцінити доступність і якість допомоги, використання медикаментів тощо.

СЛАЙД 13
Координація та партнерство – важливі елементи успішної відповіді на складну ситуацію. Надзвичайна ситуація є причиною змни пріоритетів та появи організацій та осіб, які працюють над вирішенням різних проблем. В цих умовах вкрай важливо розуміти, хто працює з вами в одному полі, зокрема у питаннях надання медичної допомоги.

Відповідно, перше, з чого варто почати – створити «мапу партнерів», тобто перелік установ та організацій, що працюють у сфері здоров'я або дотичних сферах, та зрозуміти чим вони займаються. Варто встановити контакти з цими організаціями, обговорити з ними потреби регіону/громади та домовитися про співпрацю.
За можливості можна організувати з партнерами короткі координаційні онлайн- або офлайн-зустрічі для обговорення та вирішення нагальних питань.

Також варто оцінювати результативність співпраці та, за потреби, корегувати процес.

СЛАЙД 14
Ще один із важливих аспектів профілактики та контролю НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій – наявність людських ресурсів. Мова йде і про управлінців, і про медичний персонал, і про фахівців інших сфер, які можуть допомогти налагодити ефективну роботу.

Якщо говорити про медичний персонал, то це сімейні лікарі, медичні сестри, фахівці з промоції здоров'я, психологи, реабілітологи, а також вузькі спеціалісти (кардіологи, неврологи, онкологи тощо). Їм варто приділити особливу увагу, оскільки в умовах надзвичайних ситуацій медики також мігрують, тому їх кількість в певній області чи громади може зменшитися, в той час, як кількість населення у цій же зоні збільшитися – за рахунок внутрішньо переміщених осіб. Це може створювати додаткове навантаження на тих фахівців, які лишилися. Саме тому вкрай важливо

приділити увагу таким питанням.

– Оцінити реальну кількість фахівців, які працюють у регіоні/громаді та навантаження на них.

– Якщо фахівців не вистачає, подумати про те, яким чином можна їх залучити (наприклад, із числа внутрішньо переміщених медиків), також можна розглянути варіант використання телемедичних технологій там, де є така можливість (зокрема, онлайн-консультування).

– Варто переглянути розподіл навантаження серед наявного персоналу: передавати більше повноважень медсестрам, представникам громад, які готові допомогти з доглядом за пацієнтами з НІЗ. Окрім того, варто проводити навчання для пацієнтів (насамперед, під час візитів до лікаря) щодо самоконтролю стану, способу життя тощо (доведено, що це допомагає уникнути ускладнень та знижує частоту звернень по допомогу). Окремо наголосіть на тому, що громади є першим осередком для боротьби з НІЗ. Потенціал, навички та знання мають формуватися на місцевому рівні, включаючи фахівців у сфері охорони здоров'я та громад. Це більш стійкий підхід, а пацієнти з більшою ймовірністю довірятимуть людям з власних громад.

– Варто потурбуватися про те, щоб персонал мав доступ до навчальних ресурсів (наприклад, онлайн-курсів) та можливість навчатися.

– Лікарям первинної ланки може знадобитися допомога вузьких спеціалістів, тому має працювати система скерування на вищі рівні надання допомоги, або хоча б можливість експертної онлайн-підтримки.

– Також варто подумати про те, як забезпечити доступ населення (як місцевого, так і ВПО) до медичної допомоги:
  - можна організувати мобільні бригади, які відвідуватимуть віддалені населені пункти за певним графіком;
  - організувати медичні пункти в місцях масового проживання ВПО;
  - поширювати інформацію про можливості онлайн-консультування для тих людей, які потребують термінової консультації, але не мають змоги дістатися лікаря; інформацію про отримання психологічної допомоги онлайн;
  - залучати представників громади до розповсюдження інформації про можливості отримати медичну допомогу та медикаменти, до роботи у місцях поселення ВПО, до догляду за маломобільними пацієнтами тощо.

СЛАЙД 15

Для надання якісної допомоги людям з НІЗ потрібен доступ до медичних матеріалів (медикаментів, лабораторних аналізів та медичного обладнання) для того, щоб вчасно провести діагностику, оцінити стан та не переривати лікування. Для пацієнтів з деякими типами хвороб (наприклад, цукровий діабет 1-го типу) відсутність медикаментів може бути критичною.

Стратегічний план забезпечення медичними матеріалами має бути розроблений якнайшвидше і включати:

– Перелік медичних препаратів, медичного обладнання та витратних матеріалів до нього, розрахованих відповідно до кількості населення, яке потребує або потенційно може потребувати допомоги. Такі розрахунки вже були зроблені ВООЗ, і ними можна скористатися[2].

– Система закупівлі та зберігання витратних матеріалів. Тут варто врахувати усі можливі джерела надходження обладнання та медикаментів – як через державні закупівлі, так і ті, що постачають міжнародні організації та волонтери, надходять як гуманітарна допомога тощо. Варто подумати про те, як координувати цей процес, що і коли потрібно закуповувати та в яких кількостях.

– Дотримання холодового ланцюга. Деякі медикаменти для лікування НІЗ (наприклад, інсулін) потребують дотримання певних температурних вимог при транспортуванні та зберіганні. Цей аспект можна координувати з іншими установами та організаціями, що надають послуги, які потребують дотримання холодового ланцюга (наприклад, послуги з імунізації).

– Резервний запас медикаментів та витратних матеріалів на випадок збоїв у логістиці поставок, швидкого переміщення послуг задля безпеки пацієнтів або стрімкого збільшення потреб у допомозі щодо НІЗ.

Виконання цього плану слід регулярно контролювати та оцінювати, а також корегувати з урахуванням потреб, що змінюються.

Окрім ліків необхідна діагностика. Варто подумати про те, які є потужності у вашому регіоні чи громаді (наявність лабораторії, яка працює і в якій можна зробити аналізи) або як логістично вирішити це питання на базі потужностей в сусідніх регіонах або громадах.

Варто пам'ятати також і про те, що хоча основний фокус у наданні допомоги зроблено на первинці, деякі пацієнти зі складними станами можуть потребувати негайного оперативного втручання або постійної спеціалізованої та дороговартісної підтримки (наприклад, діаліз, хіміотерапія тощо). Така допомога є лише у спеціалізованих клініках або закладах вищого рівня надання допомоги. Тому варто заздалегідь продумати маршрути скерування пацієнтів у нових умовах. Це стосується як визначення закладу для скерування, так і продумування логістики (як пацієнта можна доставити).

Також варто наголосити на тому, що варто дотримуватися протоколів лікування НІЗ – національних або міжнародних. Наприклад, в межах проєкту «Діємо для здоров'я» перекладено керівництво «Пакет основних втручань щодо неінфекційних

2 Non communicable diseases kit (NCDK) 2016. URL: http://surl.li/byofx

захворювань в умовах гуманітарної кризи (PEN-H)»[3] для фахівців первинної ланки.

СЛАЙД 16

В умовах масового переміщення людей, їх великого скупчення в окремих місцях, можливої втрати пацієнтами своїх медичних документів тощо, наявність системи для збору, обробки та перегляду даних є вкрай важливою.

Власне, система е-здоров'я, що була розроблена в контексті реформи охорони здоров'я в Україні, відіграє зараз допоміжну роль, адже дає можливість отримати доступ до інформації пацієнтів онлайн, незалежно від наявності в них паперових медичних документів.

Збір інформації про тих пацієнтів, які отримують допомогу під час надзвичайних ситуацій, важливий не лише для якісного та ефективного ведення цих пацієнтів, але й для розуміння ситуації загалом, планування закупівлі медикаментів, розхідних матеріалів до обладнання, системи та логістики для скерувань пацієнтів з групи ризику на вищий рівень надання допомоги тощо.

Також наголосіть на тому, що учасники мають пам'ятати – спостереження за неінфекційними захворюваннями в умовах надзвичайних ситуацій може бути ускладненим через:

- неконтрольоване переміщення населення за короткий період часу;
- затримку між моментом впливу негативних факторів та погіршенням стану здоров'я
- мультифакторність впливу факторів ризику – їх може бути більше, ніж один;
- обмеження для збору інформації (напркилад, збирати дані в зонах бойвих дій, повені, пожеж тощо неможливо).

СЛАЙД 17

Важливо не лише збирати інформацію про НІЗ, але й поширювати її. Якісні комунікації дозволяють підвищити ефективність роботи та рівень довіри населення і фахівців до того, що відбувається, залучити додаткових партнерів тощо.

Оскільки під час надзвичайних ситуацій можливі зміни у доступності послуг для людей з НІЗ, з'являються нові логістичні особливості тощо, вкрай важливо доносити достовірну, зрозумілу та актуальну інформацію. Особливо це стосується роботи з внутрішньо переміщеними особами, адже вони, потрапивши в нове середовище, не мають жодного уявлення про наявність та доступність тих послуг, які ви їм можете запропонувати.

Саме тому при побудові комунікацій важливо подумати і врахувати такі аспекти:

- **Медичний персонал**, який надає послуги з профілактики та лікування НІЗ

3 Керівництво «Пакет основних втручань щодо неінфекційних захворювань в умовах гуманітарної кризи (PEN-H)», September 22, 2020. URL: https://is.gd/ubvkK8

у певному регіоні/громаді, повинен мати актуальну інформацію про о наявність медикаментів і обладнання,
- лабораторні сервіси,
- а також чітко розуміти як працює система скерувань та до яких закладів.

Канали поширення інформації: через керівників закладів, розсилку електронною поштою, професійні мережі та чати, що працюють в регіоні чи громаді.

– **Населення** повинно знати:
  - які медичні послуги та в яких закладах можна отримати;
  - де можна придбати медикаменти,
  - де можна отримати психологічну підтримку тощо.

  Особлива увага має бути приділена інформуванню внутрішньо переміщених осіб.

  Також варто робити акцент на промоції здоров'я та профілактиці факторів ризику НІЗ.

  Канали поширення інформації: локальні ЗМІ, представники громади, що працюють з ВПО, соціальні мережі, групи у месенджерах, розміщення інформації у місцях масового проживання ВПО тощо.

– **Партнери та донори** повинні мати інформацію про те, яка ситуація з наданням послуг з НІЗ у певному регіоні чи громаді, досягнення (»історії успіху»), наявні проблеми та перспективи. На основі цієї інформації вони можуть приймати рішення про співпрацю, тому важливо надавати актуальні та достовірні дані.

  Канали поширення інформації: офіційні звіти, презентації, матеріали в місцевих ЗМІ та на сторінках у соціальних мережах тощо.

Будь-яка інформація, яку виходить назовні, повинна мати конкретну мету та конкретну цільову аудиторію, а також бути фаховою та доступною для розуміння. Тому варто долучати спеціалістів, які займаються комунікаціями та допоможуть правильно вибудувати цей процес.

СЛАЙД 18

Оскільки безперервність допомоги при НІЗ має вирішальне значення для збереження здоров'я та життя людей, варто з самого початку подумати про так звану стратегію виходу. Іншими словами, це означає, що потрібно розуміти, яким чином та робота, що проводиться під час надзвичайної ситуації, може мати продовження або бути інтегрована у систему надання послуг у мирний час.

Також це нагода оцінити отриманий досвід, напрацьований у важких умовах, який може бути корисним пізніше. Насамперед, це стосується питань доступу пацієнтів до медичної допомоги та ліків, поставки медикаментів, обладнання та витратних матеріалів до нього, підходів до ведення пацієнтів тощо **СЛАЙД 19**

При реалізації завдань щодо профілактики та контролю неінфекційних захворювань варто пам'ятати про дотримання етичних принципів справедливості та рівності, конфіденційності (захисту даних), ефективності та підзвітності.

Справедливість та рівність

Усі люди, незалежно від їхньої національності, віку, статі, соціального статусу, повинні мати доступ до медичних послуг і лікування.

При організації доступу до медичних послуг внутрішньо переміщених осіб, важливо переконатися, що місцеве населення також має доступ до послуг, особливо, якщо порушено звичну роботу системи охорони здоров'я.

Конфіденційність (захист даних)

Інформація про всіх пацієнтів, отримана в процесі надання їм медичних послуг, має бути належним чином захищена та недоступна для третіх осіб. Розповсюдження інформації можливе лише за згоди пацієнта (або його родичів у випадку, якщо пацієнт не може самостійно приймати рішення або є неповнолітнім).

Ефективність

Мова йде про класичний підхід громадського здоров'я: ресурси мають бути розподілені таким чином, щоб забезпечити найбільш ефективні втручання, які зможуть принести користь найбільшій кількості пацієнтів. В умовах надзвичайних ситуацій це може бути, наприклад, закупівля генериків замість дорожчих оригінальних медичних препаратів, або закупівля тонометрів чи глюкометрів дешевшого виробника (але належної якості). Також це може бути пов'язано з підходами до надання допомоги, коли, наприклад, пацієнтів із хворобами, що потребують дороговартісного лікування (хворі з нирковою недостатністю чи з онкологією), скеровують до спеціалізованих клінік тощо. Часто такі рішення не є простими і потребують якісного аналізу ситуації та пошуку кращого варіанту із наявних.

Підзвітність

Цей принцип передбачає прозорість усіх активностей, спрямованих на профілактику та контроль НІЗ. Насамперед, це важливо при отриманні донорських коштів, за які потрібно буде відзвітувати. Іншими словами, мова йде про ефективне та обґрунтоване використання фінансових ресурсів, а також поширення інформації про виконану роботу серед ключових партнерів. До речі, цей принцип є вкрай важливим для побудови довірливих і тривалих відносин з донорами.

СЛАЙДИ 20 – 21
Обговоріть з учасниками 10 ключових функцій громадського здоров'я та зв'яжіть їх із гуманітарними втручаннями, пов'язаними з лікуванням НІЗ

СЛАЙДИ 22 – 23
Як підсумок пройденого, запропонуйте учасникам виконати практичну роботу (див. додаток 2).

СЛАЙДИ 24 – 25
Підсумки модуля. Наголосіть на тих тезах, які учасники мають запам'ятати (перераховані на слайді).

ДОДАТОК 2. ІНСТРУКЦІЯ З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

ЗАВДАННЯ 1

1. Розділіть учасників курсу на чотири групи, які працюватимуть окремо, дайте їм 30 хвилин та попросіть кожну групу:

   – Визначити топ 5 проблем, пов'язаних з НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій.

   – Обрати одну з цих проблем та обговорити в групі такі питання:

   - Що варто зробити, щоб підвищити увагу уряду та суспільства до цієї проблеми (аргументи щодо важливості проблеми)?
   - Що потрібно зробити, щоб цю проблему вирішити?
   - Хто є ключовими стейкхолдерами у вирішення цієї проблеми? З ким (установами, організаціями, фахівцями) варто співпрацювати для вирішення цієї проблеми?
   - Як комунікувати ключовим стейкхолдерам та суспільству прогрес вирішення цієї проблеми, підтримувати до неї інтерес?
   - Яка роль громадського здоров'я у вирішенні цієї проблеми?
   - Як оцінити успіх у вирішення цієї проблеми?

2. Попросіть кожну групу підготувати коротку презентацію на базі обговорень.

3. Попросіть групу обрати одного представника, який представить результати спільної роботи.

4. Дайте учасникам зворотний зв'язок та підведіть підсумки роботи.

Запитання для оцінювання знань за результатами проходження БЛОКУ 5 «Неінфекційні захворювання в умовах надзвичайних ситуацій»

1. **Серед наведених нижче тверджень оберіть один НЕПРАВИЛЬНИЙ варіант:**

   a. Безперервність надання медичної допомоги та доступ до життєво необхідних лікарських засобів є ключовим пріоритетом для лікування НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій

   b. Лікування НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій залежить лише від ефективності первинної медичної допомоги

   c. Міжгалузева співпраця, комплексний, скоординований підхід агентства ООН є дуже важливими для лікування НІЗ у гуманітарних умовах.

   d. В умовах надзвичайних ситуацій міжнародні організації зазвичай відіграють провідну роль у наданні допомоги різним прошарскам населення

2. **Ключові компоненти лікування НІЗ у гуманітарних умовах включають (будь ласка, оберіть одну правильну відповідь):**

   a. сортування пацієнтів та безперервність надання медичної допомоги

   b. забезпечення доступності усіх клінічних лабораторних досліджень

   c. наявність цілодобової служби швидкої медичної допомоги

   d. лікування усіх хронічних захворювань у осіб 60 років та старше

3. **Ефективне лікування НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій насамперед залежить від (будь ласка, оберіть УСІ правильні відповіді):**

   a. доступності життєво необхідних лікарських засобів

   b. наявності мережі постачальників послуг

   c. доступу до медичних закладів

   d. доступу до вузькоспеціалізованої допомоги

4. **Координація та співпраця з метою лікування НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій включає (будь ласка, оберіть усі правильні відповіді):**

   a. розробку довгострокової спільної стратегії

   b. обмін інформацією та даними

   c. регулярні зустрічі та обговорення

   d. все вищезазначене

5. **Заходи щодо НІЗ, які реалізують в умовах надзвичайних ситуацій, мають враховувати такі аспекти**

   a. можливості місцевої системи охорони здоров'я

   b. пакети медичних послуг, необхідні для лікування НІЗ

   c. цільове популяцію

   d. тип втручань, необхідний для забезпечення послідовності та безперервності надання медичної допомоги

   e. алгоритми або керівництва, що описують надання допомоги

   f. необхідні лікарські засоби

   g. етичні наслідки

   h. звітність перед пацієнтами

   i. контроль втручань

   j. інформування населення про доступні послуги

   k. все вищезазначене

   l. жоден з варіантів

ПРАВИЛЬНІ ВАРІАНТИ ВІДПОВІДЕЙ

МОДУЛЬ 15

1 – b
2 – a
3 – a, c
4 – d
5 – k

Додаток 1

ТРЕНІНГ ДЛЯ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я З ПИТАНЬ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Дата проведення: *вказати*

Місце проведення: *вказати*

Мета тренінгу: підвищити знання та навички учасників тренінгу у питаннях, що стосуються профілактики та контролю неінфекційних захворювань.

Навчальні цілі:

Після завершення навчання учасники

- будуть розуміти, що таке неінфекційні захворювання та фактори ризику, їхній тягар для суспільства та демографічні зміни протягом останніх років, орієнтуватимуться у підході до збереження здоров'я протягом усього життя людини;
- знатимуть, розумітимуть та зможуть використовувати підходи епіднагляду до неінфекційних захворювань;
- знатимуть типи досліджень у сфері НІЗ, зможуть інтерпретувати результати описових та аналітичних досліджень;
- вмітимуть будувати ефективні комунікації та знатимуть, які інструменти і канали краще для цього використовувати;
- розумітимуть, що таке промоція здоров'я та чому вона є важливою, як використовувати адвокаційні стратегії у сфері НІЗ;
- знатимуть про особливості скринінгових підходів та програм для виявлення та ведення НІЗ;
- знатимуть міжнародні та національні політики у сфері профілактики та контролю НІЗ;
- розумітимуть роль системи охорони здоров'я у профілактиці та контролі НІЗ, вмітимуть пріоритезувати плани та заходи;
- відпрацюють отримані знання на практиці шляхом розробки та впровадження проєкту/ів у своїх регіонах.

Тренери: *вказати*

Орієнтовна програма тренінгу

ДЕНЬ 1

Час	Тема	Спікер/ учасники
08:30 – 09:00	*Реєстрація та вітальна кава*	
09:00 – 09:30	Відкриття тренінгу. Мета, завдання та очікувані результати. Знайомство з учасниками. Організаційні питання.	*вказати*
БЛОК 1. ВСТУП ДО НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ		
09:30 – 09:45	Тестування перед проходженням Блоку 1	Всі учасники
09:45 – 11:45	**МОДУЛЬ 1.** Зміни у демографії глобального здоров'я	*вказати*
11:45 – 12:00	*Перерва на каву*	
12:00 – 13:30	**МОДУЛЬ 2.** Типи неінфекційних захворювань та фактори ризику	*вказати*
13:30 – 14:15	*Обід*	
14:15 – 15:45	**МОДУЛЬ 2.** Типи неінфекційних захворювань та фактори ризику (продовження)	*вказати*
15:45 – 16:00	*Перерва на каву*	
16:00 – 18:00	**МОДУЛЬ 3.** Тягар НІЗ. Нерівності, пов'язані з НІЗ та ефективні рішення	*вказати*

Орієнтовна програма тренінгу

ДЕНЬ 2

Час	Тема	Спікер/ учасники
08:30 – 09:00	*Реєстрація*	
09:00– 10:00	**МОДУЛЬ 3.** Тягар НІЗ. Нерівності, пов'язані з НІЗ та ефективні рішення (продовження)	*вказати*
10:00 – 10:15	*Перерва на каву*	
10:15 – 12:15	**МОДУЛЬ 4.** Інтегрований, мультидисциплінарний підхід до профілактики та контролю НІЗ протягом усього життя людини	*вказати*
12:15 – 12:30	Тестування після проходження Блоку 1	Всі учасники
12:30 – 13:15	*Обід*	
БЛОК 2. ПІДХОДИ ДО ЕПІДНАГЛЯДУ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ У СФЕРІ НІЗ		
13:15 – 13:30	Тестування перед проходженням Блоку 2	Всі учасники
13:30 – 15:00	**МОДУЛЬ 5.** Епіднагляд за НІЗ	*вказати*
15:45 – 16:00	*Перерва на каву*	
15:15 – 16:45	**МОДУЛЬ 5.** Епіднагляд за НІЗ (продовження)	*вказати*
16:45 – 17:00	*Перерва на каву*	
17:00 – 18:30	**МОДУЛЬ 6.** Дослідження у сфері НІЗ	*вказати*

Орієнтовна програма тренінгу

ДЕНЬ 3

Час	Тема	Спікер/ учасники
08:30 – 09:00	*Реєстрація*	
09:00 – 10:30	**МОДУЛЬ 6.** Дослідження у сфері НІЗ (продовження)	*вказати*
10:30 – 10:45	Тестування після проходження Блоку 2	*Всі учасники*
10:45 – 11:00	*Перерва на каву*	
БЛОК 3. ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я, КОМУНІКАЦІЇ ТА АДВОКАЦІЯ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НІЗ		
11:00 – 11:15	Тестування перед проходженням Блоку 3	Всі учасники
11:15 – 12:45	**МОДУЛЬ 7.** Промоція здоров'я та профілактика НІЗ	*вказати*
12:45 – 13:30	*Обід*	
13:30 – 15:00	**МОДУЛЬ 7.** Промоція здоров'я та профілактика НІЗ (продовження)	*вказати*
15:00 – 15:15	*Перерва на каву*	
15:15 – 16:45	**МОДУЛЬ 8.** Комунікації у сфері профілактики та контролю НІЗ. Зміна поведінки.	*вказати*
16:45 – 17:00	*Перерва на каву*	
17:00 – 18:30	**МОДУЛЬ 8.** Комунікації у сфері профілактики та контролю НІЗ. Зміна поведінки. (продовження)	*вказати*

Орієнтовна програма тренінгу

ДЕНЬ 4

Час	Тема	Спікер/ учасники
08:30 – 09:00	*Реєстрація*	
09:00– 11:00	**МОДУЛЬ 9.** Адвокаційні стратегії у сфері профілактики та контролю ВІЗ.	*вказати*
11:00– 11:15	Тестування після проходження Блоку 3	*Всі учасники*
11:15 – 11:30	*Перерва на каву*	
БЛОК 4. ПОЛІТИКИ ТА СТРАТЕГІЇ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ ВІЗ		
11:30 – 11:45	Тестування перед проходженням Блоку 4	Всі учасники
11:45 – 13:15	**МОДУЛЬ 10.** Політики та стратегії щодо ВІЗ: від глобального бачення до локальних заходів	*вказати*
13:15 – 14:00	*Перерва на каву*	
14:00 – 15:30	**МОДУЛЬ 10.** Політики та стратегії щодо ВІЗ: від глобального бачення до локальних заходів (продовження)	*вказати*
15:30 – 15:45	*Обід*	
15:45 – 17:15	**МОДУЛЬ 11.** Роль системи охорони здоров'я у профілактиці та контролі ВІЗ	*вказати*
17:15 – 17:30	*Перерва на каву*	
17:30 – 19:00	**МОДУЛЬ 11.** Роль системи охорони здоров'я у профілактиці та контролі ВІЗ (продовження)	*вказати*

Орієнтовна програма тренінгу

ДЕНЬ 5

Час	Тема	Спікер/ учасники
08:30 – 09:00	*Реєстрація*	
09:00– 11:00	**МОДУЛЬ 12.** Встановлення пріоритетів у сфері профілактики та контролю ВІЗ	*вказати*
11:00 – 11:15	*Реєстрація*	
11:15 – 13:15	**МОДУЛЬ 13.** Управління ВІЗ на рівні громад	*вказати*
13:15 – 14:00	*Реєстрація*	
14:00 – 16:00	**МОДУЛЬ 14.** Міжсекторальна взаємодія у сфері профілактики та контролю ВІЗ	*вказати*
16:00 – 16:15	Тестування після проходження Блоку 4	Всі учасники
16:15 – 16:30	*Перерва на каву*	
БЛОК 5. ВІЗ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ		
16:30 – 16:45	Тестування перед проходженням Блоку 5	Всі учасники
16:45 – 18:45	**МОДУЛЬ 15.** ВІЗ в умовах надзвичайних ситуацій	*вказати*
18:45 – 19:00	Тестування після проходження Блоку 5	Всі учасники
19:00 – 19:30	Заключні обговорення, підведення підсумків та завершення тренінгу	*вказати*

Додаток 2

Модуль	Тривалість модуля, год	Навчальні цілі
БЛОК 1. ВСТУП ДО НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ		
Зміни у демографії глобального здоров'я	2	Наприкінці модуля слухачі знають і можуть пояснити такі поняття та терміни: • старіння населення та зміна епідеміологічних моделей через демографічні зміни; • глобалізація через торгівлю, комунікації та вплив на медичні послуги; • урбанізація та вплив на умови життя мешканців міст; • модернізація, індустріалізація і пов'язані з цим нові захворювання; • соціальні детермінанти здоров'я та їхній вплив на рівність доступу до послуг охорони здоров'я. Окрім того, слухачі зможуть використовувати демографічні та епідеміологічні концепції в аналізі конкретних випадків зі сфери громадського здоров'я.
Типи неінфекційних захворювань (НІЗ) та фактори ризику	3	Наприкінці модуля учасники знатимуть і зможуть пояснити такі поняття та терміни: • найпоширеніші НІЗ (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, хронічні захворювання легень, онкологічні захворювання та психічні розлади); • поведінкові фактори ризику НІЗ (наприклад, вживання тютюну та алкоголю, нездорове харчування, брак фізичної активності, забруднення повітря); • підхід ВООЗ 5х5.
Тягар НІЗ. Нерівності, пов'язані з НІЗ та ефективні рішення	3	По завершенню модуля учасники будуть: • знати про тягар для здоров'я та соціально-економічний тягар НІЗ; • розуміти, що таке роки життя, скориговані на непрацездатність (DALY)/ втрачені роки життя через нездоров'я (YLD) та збережені роки життя з поправкою на її якість (QALY), як вони розраховуються та з якою метою їх використовують; • знати, як це робити та вміти обчислювати захворюваність, поширеність і смертність; • розуміти принципи та причини нерівності в стані здоров'я (несправедливі відмінності в стані здоров'я та відмінності, яким можна запобігти, серед населення та між різними групами суспільства).
Інтегрований, мультидисциплінарний підхід до профілактики та контролю НІЗ протягом усього життя людини	2	Наприкінці модуля учасники зможуть пояснити: • підхід до здоров'я, що ґрунтується на життєвому циклі; • концепцію здорового старіння; • епідеміологію життєвого циклу; • ключові етапи життєвого циклу та їхній вплив на здоров'я та добробут.

Модуль	Тривалість модуля, год	Навчальні цілі
БЛОК 2.ПІДХОДИ ДО ЕПІДНАГЛЯДУ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ У СФЕРІ НІЗ		
Епіднагляд за НІЗ	3	Наприкінці модуля учасники знають визначення системи епіднагляду у сфері профілактики та контролю НІЗ та її ролі, а також можуть: • описати мету епіднагляду за НІЗ; • порівняти активний і пасивний епіднагляд; • охарактеризувати переваги та недоліки різних видів епіднагляду, описати ситуації, коли вони застосовуються; • назвати 6 елементів створення систем нагляду та пояснити їхній зміст; • описати цикл нагляду за НІЗ; • описати складові процесу епіднагляду та сферу їхнього застосування; • пояснити ініціативи щодо покращення нагляду за НІЗ в Україні. А також вмітимуть шукати інформацію рутинного нагляду у двох міжнародних базах даних, які збирають інформацію щодо захворюваності, смертності та факторів ризику на рівні країн: EuropeanHealthInformationGateway – HealthforAllExplorer та GlobalBurdenofDiseaseStudy.
Дослідження у сфері НІЗ	3	Після проходження модуля учасники будуть: • знати, які бувають дизайни досліджень, розуміти їхню класифікацію та вмітимуть оцінювати доказову силу кожного з дизайнів; • знати методи формування вибірок, вміти розрізняти репрезентативні та нерепрезентативні способи формування вибірок, а також розуміти концепт похибки вибірки; • знати основні міри зв'язку, які використовуються у дослідженнях у сфері НІЗ, вміти їх інтерпретувати та розуміти, у дослідженнях з якими дизайнами які міри зв'язку використовують; • вміти читати методологію та результати опублікованих досліджень і критично їх оцінювати.

Модуль	Тривалість модуля, год	Навчальні цілі
БЛОК 3.ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я, КОМУНІКАЦІЇ ТА АДВОКАЦІЯ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НІЗ		
Промоція здоров'я та профілактика НІЗ	3	Після проходження модуля учасники знатимуть такі терміни та поняття: • промоція здоров'я, складові промоції здоров'я, навчання здоров'ю, індивідуальний та популяційний рівень промоції здоров'я; • каталізація, лідерство, імплементація, оцінювання, адвокація; • стейкхолдери, мапування стейкхолдерів; • превенція, профілактика, скринінг. Учасники зможуть пояснити: • чому промоція здоров'я важлива; • хто відповідає за промоцію здоров'я та як працює система; якою є роль кожного учасника процесу; • підходи до посилення спроможності первинної ланки у веденні пацієнтів з хронічними захворюваннями з фокусом на превенцію та промоцію; • чому необхідні регулярні обстеження та скринінгові програми; • промоція здоров'я в Україні — status quo та необхідні зміни; • які підходи працюють в інших країнах і як вони можуть бути репліковані в Україні.
Комунікації у сфері профілактики та контролю НІЗ. Зміна поведінки	3	Після проходження модуля учасники знатимуть та зможуть пояснити такі терміни та поняття: • комунікація, репутація, медіа, модель зміни поведінки; • цільова аудиторія, профіль цільової аудиторії; • ключове повідомлення; • інформаційний привід, синхрон, прес-реліз, подкаст, прес-конференція, колонка, пітчинг; • публікації в соціальних мережах, пости, репости. Також учасники зможуть • визначати цілі комунікацій та цільову аудиторію для комунікації питань у сфері НІЗ; • розробляти ключові повідомлення під ці аудиторії та обирати відповідні комунікаційні інструменти та канали; • застосовувати правила ефективної комунікації з медіа та готувати якісний контент для соціальних мереж.

Адвокаційні стратегії у сфері профілактики та контролю ВІЗ	2	Наприкінці модуля учасники знають і можуть пояснити такі поняття та терміни: • адвокація, функції та рівні адвокації; • об'єкти та суб'єкти адвокації; • карта стейкхолдерів; • основні інструменти адвокації у сфері ВІЗ: пряма робота з органами влади, вплив через медіа, акції прямого впливу, соціальні медіа; • адвокаційна кампанія. Учасники зможуть визначати адвокаційні цілі, розробляти карту стейкхолдерів і план адвокаційних втручань для профілактики та контролю ВІЗ.

Модуль	Тривалість модуля, год	Навчальні цілі
БЛОК 4. ПОЛІТИКИ ТА СТРАТЕГІЇ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НІЗ		
Політики та стратегії щодо НІЗ: від глобального бачення до локальних заходів	3	Наприкінці модуля учасники будуть знати та розуміти: • рівні політики протидії НІЗ; • поняття широкого соціального та політичного контексту, в якому формуються політики та програми з профілактики та контролю НІЗ на міжнародному і національному рівнях; • міжнародні політики та стратегії щодо профілактики та контролю НІЗ, їх важливість та очікувані результати їх впровадження; • Глобальний та Європейський плани дій щодо НІЗ; • підхід «Здоров'я в усіх політиках»; • національні регуляторні документи у сфері профілактики та контролю НІЗ; • роль місцевих політик для досягнення успіху у сфері профілактики та контролю НІЗ; • підходи на рівні населення та індивідуальні послуги щодо профілактики та контролю НІЗ; • комерційні детермінанти здоров'я.
Роль системи охорони здоров'я у профілактиці та контролі НІЗ	3	Наприкінці модуля учасники знають і можуть пояснити такі поняття та терміни: • роль системи охорони здоров'я у профілактиці та контролі НІЗ; • важливі елементи та принципи економічно оптимальних підходів щодо профілактики та контролю НІЗ; • рівні системи охорони здоров'я, на яких надається допомога щодо НІЗ, та види медичної допомоги; • важливість та принципи безперервності допомоги: зв'язок між громадським здоров'ям та медичною допомогою; • різниця між профілактикою та контролем хронічних та гострих форм захворювань; • людські ресурси у системі профілактики та контролю НІЗ; • принципи організації допомоги для людей, що мають ризик розвитку НІЗ, або хронічні захворювання, включно з допомогою на рівні первинної медичної допомоги; • важливість каскадної допомоги щодо НІЗ.

Встановлення пріоритетів у сфері профілактики та контролю ВІЗ	2	Наприкінці модуля учасники розумітимуть та зможуть пояснити: • чому важливо пріоритезувати плани та активності у сфері профілактики та контролю ВІЗ; • які є підходи та критерії для встановлення пріоритетів у сфері профілактики і контролю ВІЗ; • як визначати ключових стейкхолдерів та партнерів, з якими пріоритезувати плани, а також необхідні для їх реалізації заходи; • чому профілактика ВІЗ на кожному рівні є важливою та має розглядатися як важливий пріоритет.
Управління ВІЗ на рівні громад	2	Наприкінці модуля учасники знатимуть і зможуть пояснити такі поняття та терміни: • основи профілактики та контролю ВІЗ на рівні громади/родини; • волонтери та волонтерство, важливість залучення волонтерів до процесу профілактики та контролю ВІЗ; • лідери думок та їхні ролі у розбудові системи громадського здоров'я на рівні громади, профілактиці ВІЗ; • важливість промоції здоров'я на рівні громад, а також розумітимуть підходи та стратегії щодо організації послуг з профілактики та контролю ВІЗ на рівні громад.
Міжсекторальна взаємодія у сфері профілактики та контролю ВІЗ	2	Наприкінці модуля учасники знатимуть і розумітимуть принципи підходу «Здоров'я в усіх політиках», перелік та специфіку ключових зацікавлених сторін, а також зможуть визначати їхній вплив на сферу профілактики та контролю ВІЗ.

Модуль	Тривалість модуля, год	Навчальні цілі
БЛОК 5. НІЗ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ		
НІЗ в умовах воєнних конфліктів, катастроф та стихійних лих	2	Наприкінці модуля учасники зрозуміють та зможуть пояснити: • важливість профілактики та контролю НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій та роль закладів охорони здоров'я у цьому процесі; • роль системи громадського здоров'я у контролі поширеності НІЗ та забезпечення необхідних для цього ресурсів; • яким НІЗ слід віддавати перевагу під час надзвичайних ситуацій; • роль агенцій ООН у координації процесу реагування на проблеми НІЗ в умовах надзвичайних ситуацій.