

Посібник «Здоров'я жінок в Україні: права, можливості та рекомендації» підготовлений експертками громадської організації «Медичний проектний центр» за підтримки проекту «Доступна та якісна правова допомога в Україні», що фінансується Міністерством міжнародних справ Канади, впроваджується Канадським бюро міжнародної освіти у партнерстві з Координаційним центром з надання правової допомоги впродовж 2014–2019 рр.



ЗДОРОВ'Я ЖІНОК В УКРАЇНІ: ПРАВА, МОЖЛИВОСТІ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

ПОСІБНИК



ПРОЕКТ «ДОСТУПНА ТА ЯКІСНА
ПРАВОВА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ»

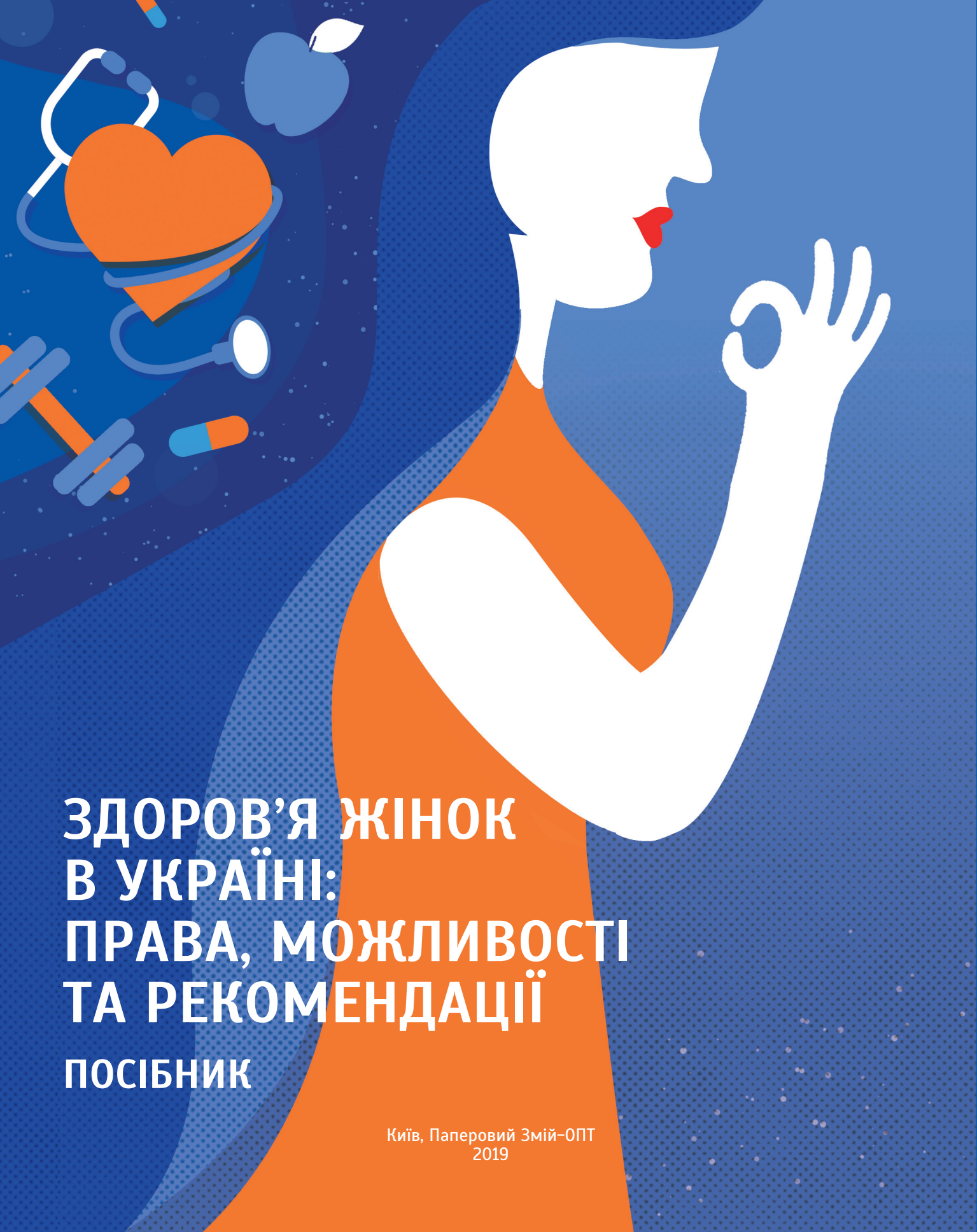
Canada

Інформація, що міститься у цій публікації, має загальний характер і не може вважатися ані медичними консультаціями / порадами, ані правовою допомогою для вирішення різних питань у сфері медичного права. Автори цієї публікації не гарантують, що інформація, яка міститься в публікації, є вичерпною та абсолютно точною.

Якщо Ви потребуєте медичної допомоги, у тому числі поради / консультації лікаря, – будь ласка, зверніться до закладів охорони здоров'я.

Якщо Ви потребуєте правової допомоги, – будь ласка, проконсультуйтеся з адвокатом / юристом або зверніться до найближчого центру чи бюро правової допомоги*.

* www.legalaid.gov.ua



ЗДОРОВ'Я ЖІНОК В УКРАЇНІ: ПРАВА, МОЖЛИВОСТІ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ПОСІБНИК

Київ, Паперовий Змій-ОПТ
2019

Авторський колектив:

Оксана Сивак (розділи 2-4), Олена Прокопенко (розділи 1-3),
Олеся Цикалюк (розділ 3), Ірина Полікарчук (розділ 4).

Посібник «Здоров'я жінок в Україні: права, можливості та рекомендації» підготовлено експертками громадської організації «Медичний проектний центр» за підтримки проекту «Доступна та якісна правова допомога в Україні», який фінансується Міністерством міжнародних справ Канади, впроваджується Канадським бюро міжнародної освіти у партнерстві з Координаційним центром з надання правової допомоги.

Ідея посібника – Лариса Бізо, директорка, та Оксана Кікоть,
менеджерка проекту «Доступна та якісна правова допомога в Україні».
Редакторка – Надія Кизицька, експертка з комунікацій проекту
«Доступна та якісна правова допомога в Україні».
Дизайн – Анна Корнієць.

Здоров'я жінок в Україні: права, можливості та рекомендації:
3-46 посібн. / О. Сивак, О. Прокопенко, О. Цикалюк, І. Полікарчук; за
заг. ред. Н. Кизицької — Київ: Паперовий Змій-ОПТ, 2019. — 154 с.

ISBN 978-966-97878-04

Посібник містить розділи «Планування сім'ї», «Права і обов'язки жінок у системі охорони здоров'я», «Окремі рекомендації щодо здорового способу життя», які розкриті у низці тематичних підрозділів.

Мета Посібника – сприяти кращій обізнаності жінок щодо їхніх прав та можливостей у сфері охорони здоров'я, а також підвищення спроможності жінок відстоювати свої права щодо підтримки та збереження власного здоров'я.

Посібник містить інформацію про діючу систему охорони здоров'я в Україні, важливі аспекти законодавчого регулювання сфери охорони здоров'я України та поради стосовно того, як піклуватися про своє здоров'я. Це видання буде корисним і для чоловіків, адже інформація та поради, що містяться в ньому, можуть мати практичну цінність для кожного та кожної.

УДК 614.253.83+364.692-055.26](477)(07)

ISBN 978-966-97878-04

© Проект «Доступна та якісна правова допомога в Україні», 2019

Жодна частина даної книги не може бути відтворена у будь-якій формі без письмового дозволу проекту «Доступна та якісна правова допомога в Україні». Письмові запити направляти за адресою: Канадське бюро міжнародної освіти, Laurier West, Suite 1550, Оттава, Онтаріо, Канада K1P 5Z9

ЗМІСТ

ВСТУП

Від команди Проекту «Доступна та якісна правова допомога в Україні»	6
Від команди ГО «Медичний проектний центр»	7

РОЗДІЛ 1

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Право на отримання інформації про стан здоров'я нареченого	8
Право на добровільне медичне обстеження осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу	9

РОЗДІЛ 2

ТРУДОВІ ПРАВА ЖІНОК У ЗВ'ЯЗКУ ЗІ СТАНОМ ЗДОРОВ'Я

Право не надавати роботодавцю інформацію про планування сім'ї та народження дітей	13
Право на таємницю про стан здоров'я	13
Право на неповний робочий день або неповний робочий тиждень ..	14
Право на відмову від роботи у нічний час, надурочних робіт, робіт у вихідні дні та від направлення у відрядження	15
Право переведення на легшу роботу	15
Право переведення на легшу роботу жінок під час вагітності	16
Право на відпустку у зв'язку з вагітністю та пологами	17
Право на відпустку для догляду за дитиною	18
Право на додаткові перерви для годування дитини	19

РОЗДІЛ 3

ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ ЖІНОК У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Принципи доступності медичних послуг	20
Урядова програма «Доступні ліки»	21
Інші програми щодо доступності ліків	25
Вибір лікаря та лікарні	26
Екстрена медична допомога	30
Платні та безкоштовні медичні послуги	34
Що це означає для пацієнток?	35
Що робити, якщо лікар вимагає кошти за послуги, котрі є безоплатними?	41
Материнство і репродуктивне здоров'я жінки	42
Право жінки самій вирішувати питання щодо планування вагітності та народження дитини	43
Супровід під час вагітності	44
Перелік обов'язкових обстежень для вагітної	45
Пологовий будинок	51
Принципи ведення нормальних пологів	52
Умови забезпечення нормальних пологів	52
Післяпологовий період	53
Виписування породіллі додому	54
Післяпологова контрацепція	56
Безпліддя, альтернативні методи зачаття	61
Профілактичні огляди дівчаток та жінок (гінеколог, мамолог, онколог)	63
Профілактика онкологічних захворювань	63
Захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) та підходи до їх лікування	65
Права та обов'язки пацієнток в Україні	67
Права на медичну допомогу жінок, які працюють у правоохоронних органах та військових формуваннях	71
Охорона здоров'я у місцях позбавлення волі	75

ВІЛ/СНІД і здоров'я жінок	82
Туберкульоз та здоров'я жінок	88
Алкогольна та наркотична залежність: особливості захворювання у жінок	96
Алкогольна залежність	96
Наркотична залежність	98
Паліативна та хоспісна допомога в Україні	102
Правове та соціальне забезпечення осіб з інвалідністю в Україні. Становище жінок з інвалідністю	108
Профілактика окремих захворювань: вакцинація	118

РОЗДІЛ 4

ОКРЕМІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Харчування	126
Фізична активність	135
Куріння – шкідлива звичка, котрої варто позбутися	138
Безоплатна правова допомога в Україні	142
Примітки	146

ВСТУП

Від команди Проекту «Доступна та якісна правова допомога в Україні»¹

Розповісти жінкам більше про їхні права та можливості у сфері охорони здоров'я в Україні, надати корисну інформацію та ознайомити із рекомендаціями як українських фахівців, так і Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо збереження здоров'я, спрямувати пацієнток до джерел актуальної інформації у контексті медичної реформи в Україні – мета посібника «Здоров'я жінок в Україні: права, можливості та рекомендації», який підготували експертки громадської організації «Медичний проектний центр» за підтримки проекту «Доступна та якісна правова допомога в Україні», що фінансується Міністерством міжнародних справ Канади, впроваджується Канадським бюро міжнародної освіти у партнерстві з Координаційним центром з надання правової допомоги.

Питання прав жінок та дівчат, ґендерної чутливості та справедливості – сьогодні у Канаді в основі політики у будь-якій сфері. Українсько-канадський проект «Доступна та якісна правова допомога в Україні» ось уже 4 роки підтримує розвиток системи безоплатної правової допомоги, клієнтками якої переважно є жінки. Проект приділяє значну увагу питанням ґендерної справедливості, забезпечення рівних можливостей, дотримання та захисту прав жінок і дівчат у різних сферах, зокрема, шляхом підвищення обізнаності жінок та дівчат щодо їхніх прав та можливостей, що сприяє посиленню їхньої правової спроможності.

Ми сподіваємося, що цей Посібник сприятиме кращій обізнаності жінок щодо їхніх прав та можливостей у сфері охорони здоров'я, а також підвищить спроможність жінок відстоювати свої права щодо підтримки та збереження власного здоров'я.

Посібник не може вважатися вичерпним, втім, надає інформацію про ключові джерела більш детальної інформації за різними напрямками у сфері охорони здоров'я. Крім того, на додаток до цього Посібника, підготовлений адресний Довідник організацій та закладів, які надають допомогу та консультації жінкам у сфері охорони здоров'я², що доступний для всіх зацікавлених в електронному форматі на сайті Проекту (www.qala.org.ua).

Рекомендуємо та заохочуємо до ознайомлення із Посібником та Довідником усіх українців, зокрема й чоловіків, – ми переконані, що кожен та кожна зможе знайти у цих двох виданнях чимало корисної для себе інформації.

ВСТУП

Від команди громадської організації «Медичний проектний центр»

Створюючи посібник «Здоров'я жінок в Україні: права, можливості та рекомендації», ми мали на меті допомогти жінкам у розумінні діючої системи охорони здоров'я в Україні та своєї ролі в ній, надати більше практичної інформації щодо деяких аспектів законодавчого регулювання сфери охорони здоров'я в Україні та поради стовно того, як піклуватися про своє здоров'я.

Так, Посібник містить розділи «Планування сім'ї», «Трудові права жінок у зв'язку зі станом здоров'я», «Права і обов'язки жінок у системі охорони здоров'я», «Окремі рекомендації щодо здорового способу життя», які розкриті у низці тематичних підрозділів.

Обізнаність щодо своїх прав у системі охорони здоров'я допоможе жінкам впевніше почуватися у різних ситуаціях, пов'язаних з охороною здоров'я, убезпечити себе від неправомірних дій з боку третіх осіб та отримувати якісні медичні послуги. Практичні поради стовно профілактичних оглядів, вакцинації, здорового способу життя тощо можуть бути корисним джерелом інформації у справі піклування про своє здоров'я.

Створюючи посібник, наші експертки використовували чинну нормативну базу у сфері охорони здоров'я в Україні, матеріали та дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я, Генеральної Асамблеї ООН, Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, офіційні матеріали Міністерства охорони здоров'я України та Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України.

01

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Якщо Ви плануєте створити сім'ю, важливо, з-поміж багатьох пов'язаних із цим клопотів, подумати про власне здоров'я та здоров'я своєї майбутньої сім'ї. Адже взаємна обізнаність наречених про стан здоров'я є важливою складовою подружнього життя.



Право на отримання інформації про стан здоров'я нареченого

Наречені зобов'язані повідомити один одного про стан свого здоров'я (ст. 30 Сімейного кодексу України). Необхідно розповісти всю відому інформацію про стан свого здоров'я нареченому та розпитати про стан його здоров'я. Не варто соромитися відвертої розмови про це. Достеменна інформація про стан здоров'я наречених дозволить запобігти виникненню захворювань, небезпечних для подружжя та їхніх дітей у майбутньому.

Якщо ви давно не перевіряли стан свого здоров'я, оскільки відмінно почуваєтеся, але водночас турбуєтеся про здоров'я майбутньої родини, – тоді можна скористатися наданим державою правом на медичне обстеження наречених (ст. 30 Сімейного кодексу України).

**Наречені зобов'язані
повідомити один одного
про стан свого здоров'я**
(ст. 30 Сімейного кодексу України).

Варто запропонувати пройти таке обстеження і своєму нареченому.

Треба розуміти, що наявність захворювань, виявлення захворювань під час медичного обстеження чи відсутність згоди наречених пройти медичне обстеження не будуть слугувати підставами для відмови у прийнятті заяви про реєстрацію шлюбу та проведення реєстрації шлюбу у подальшому. Українським законодавством не передбачено таких підстав для відмови у реєстрації шлюбу. При подачі заяви про реєстрацію шлюбу від осіб, які бажають зареєструвати шлюб, не вимагаються медичні довідки про стан їхнього здоров'я. Держава закріпила право на медичне обстеження та створила умови для його реалізації. Рішення скористатися цим правом чи ні кожна людина приймає самостійно. Необхідно розповісти всю відому інформацію про стан свого здоров'я нареченому та розпитати про стан його здоров'я. Не варто соромитися відвертої розмови про це. Достеменна інформація про стан здоров'я наречених дозволить запобігти виникненню захворювань, небезпечних для подружжя та їхніх дітей у майбутньому.

Право на добровільне медичне обстеження осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу

Медичне обстеження наречених проводиться тільки за їхнім бажанням (п. 2 Порядку здійснення добровільного медичного обстеження наречених, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 16.11.2002 р. № 1740).

Орган державної реєстрації актів цивільного стану під час одержання заяв про реєстрацію шлюбу інформує осіб, які подають такі заяви, про можливість здійснити медичне обстеження. Якщо наречені висловлюють таке бажання, їм надається право обрати лікувально-профілактичний заклад, в якому можна пройти добровільне медичне обстеження, із переліку визначеного територіальними органами охорони здоров'я. Направлення на добровільне медичне обстеження заповнюється та видається працівниками органу реєстрації актів цивільного стану під час отримання заяви про реєстрацію шлюбу з урахуванням обраного особою, яка подає заяву про реєстрацію шлюбу, лікувально-профілактичного закладу.

Форма направлення затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України 20.12.2002 р. № 480 та має такий вигляд:

Код форми за ДКУД	_____
Код закладу за ЄДРПОУ	_____
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
ФОРМА N	1 1 4 7 - 2 / 0
Затверджена наказом МОЗ України	
2 0 1 2 2 0 0 2 р.	N 4 8 0

НАПРАВЛЕННЯ на добровільне медичне обстеження особи, яка подала заяву про реєстрацію шлюбу		
Дата видачі " ____ " _____ 20__ р.		
(прізвище, ім'я, по батькові)		
(рік народження)	(стать)	(адреса)
направляється на медичне обстеження і консультації лікарів:		назва, адреса лікувально-профілактичного закладу
лікаря-терапевта або лікаря загальної практики - сімейного лікаря		_____
лікаря-акушера-гінеколога/ лікаря-уролога		_____
лікаря-генетика		_____
		Для друкарні! При виготовленні документа використати формат А5
лікарів кабінетів, центрів планування сім'ї		_____

Про видачу направлення або про відмову про-
йти добровільне медичне обстеження працівники
органу реєстрації актів цивільного стану роблять
позначку у заяві про реєстрацію шлюбу (п. 3 Ін-
струкції щодо заповнення облікової форми № 147-
2/о «Направлення на добровільне медичне об-
стеження особи, яка подала заяву про реєстрацію
шлюбу», затвердженої наказом Міністерства охо-
рони здоров'я від 20.12.2002 р. № 480) та актово-
му записі про шлюб, який скріплюється підписами
наречених.

У разі відмови від проходження медичного об-
стеження наречені у своїй заяві про реєстрацію
шлюбу зазначають, що вони взаємно обізнані про
стан здоров'я один одного та попереджені про
можливі наслідки приховування інформації про
стан здоров'я.

Обстеження проводиться протягом 20 днів із
моменту звернення до відповідного лікуваль-
но-профілактичного закладу.

Добровільне медичне обстеження включає:

I. Консультації лікарів:

- ☐ Лікаря-терапевта або сімейного лікаря.
- ☐ Лікаря акушера-гінеколога.
- ☐ Лікаря-уролога.
- ☐ Лікаря-генетика.
- ☐ Лікарів кабінетів, центрів планування сім'ї.

За показаннями можуть бути проведені консультації лікарів інших спеціальностей.

II. Клініко-лабораторне обстеження:

- ☐ Загальний аналіз крові.
- ☐ Загальний аналіз сечі.
- ☐ Аналіз крові на цукор.
- ☐ Аналіз крові на сифіліс.
- ☐ Аналіз крові на ВІЛ.
- ☐ Флюорографія органів грудної клітки.
- ☐ Бактеріоскопічне і цитологічне дослідження матеріалу з піхви, уретри, цервікального каналу (для жінок).
- ☐ Бактеріоскопічне дослідження матеріалу з уретри (для чоловіків).

За показаннями можуть бути проведені додаткові види клініко-лабораторного обстеження.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Результати медичного обстеження є таємницею і повідомляються лише нареченим.

Наведений Перелік видів добровільного медичного обстеження осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20.12.2002 р. № 480.

ВАРТО ПАМ'ЯТАТИ!

Якщо один із наречених приховав відомості про стан свого здоров'я, і це може стати або вже стало причиною порушення фізичного або психічного здоров'я іншого нареченого чи їхніх нащадків – цей факт може бути підставою для визнання такого шлюбу недійсним (п. 5 ст. 30 Сімейного кодексу України).

02

ТРУДОВІ ПРАВА ЖІНОК У ЗВ'ЯЗКУ ЗІ СТАНОМ ЗДОРОВ'Я



У сучасному світі нерідко буває так, що робота впливає на інші сфери життя, заважає приділяти достатньо часу відпочинку. Все це може негативно позначитися на здоров'ї, розкритті особистісного потенціалу, заважати відчувати себе самодостатньою людиною, задоволеною життям.

Тому важливо вміти знаходити оптимальний баланс між роботою та особистим життям. Важливу роль у цьому відіграє знання, розуміння своїх прав у зв'язку зі станом здоров'я під час пошуку роботи, при працевлаштуванні та під час роботи.

! ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Українське законодавство передбачає заборону будь-якої дискримінації у сфері праці, зокрема порушення принципу рівності прав і можливостей, пряме або непряме обмеження прав працівників залежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, гендерної ідентичності, сексуальної орієнтації, етнічного, соціального та іноземного походження, віку, стану здоров'я, інвалідності, підозри чи наявності захворювання на ВІЛ/СНІД, сімейного та майнового стану, сімейних обов'язків, місця проживання, членства у професійній спілці чи іншому об'єднанні громадян, участі у страйку, звернення або наміру звернення до суду чи інших органів по захист своїх прав або надання підтримки іншим працівникам у захисті їхніх прав, за мовними або іншими ознаками, не пов'язаними з характером роботи або умовами її виконання (ст.21 Кодексу законів про працю України (далі – КЗпП)).

Право не надавати роботодавцю інформацію про планування сім'ї та народження дітей

Непоодинокі випадки, коли на співбесіді під час пошуку роботи жінка може почути від потенційних роботодавців запитання про її плани щодо створення сім'ї та народження дітей. Важливо знати, що роботодавцям забороняється вимагати від осіб, які влаштовуються на роботу, відомості про їхнє особисте життя та плани щодо народження дітей (відповідно до ст. 17 Закону України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків»). Тобто, жінка має право не надавати роботодавцям таку інформацію, пояснити, що вона ніяк не розкриває її професійні здібності та не пов'язана з роботою, на яку вона претендує.

Право на таємницю про стан здоров'я

Кожна людина має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення по медичну допомогу, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні. Тож забороняється вимагати та подавати за місцем роботи інформацію про діагноз та методи лікування працівників (відповідно до ст. 286 Цивільного кодексу України (далі – ЦК України), ст. 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»).

Так, при оформленні листка непрацездатності слід звернути особливу увагу на те, що діагноз первинний, діагноз заключний та шифр МКХ-10³ зазначаються виключно за письмовою згодою пацієнта. У іншому випадку первинний та заключний діагнози та шифр МКХ-10 не вказуються⁴.

Однак треба знати, що право на таємницю про стан здоров'я може бути обмежене (працююча

особа може бути зобов'язана до проходження медичного огляду) у випадках встановлених законодавством. Про це йдеться у п. 4 ст. 286 ЦК України.

Зобов'язання пройти медичний огляд може бути обумовлене загрозою розповсюдження інфекційних захворювань, масових отруєнь і, як правило, стосується працюючих осіб, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення⁵.

Це визначені категорії працівників харчової та переробної промисловості; підприємств продовольчої торгівлі, у тому числі дрібнороздрібно; ринків, підприємств громадського харчування; навчального закладу; притулку для неповнолітніх, оздоровчого закладу для дітей, лікувально-профілактичного закладу для дорослих (санаторії, будинки відпочинку, пансіонати, будинки-інтернати), пологового будинку (відділення), дитячої лікарні (відділення), відділення патології новонароджених, недоношених; пральні; приймального пункту білизни; хімчистки; перукарні; косметичного та масажного кабінету; кабінету татуажу; салону пірсингу та візажу; лазні, сауни, готелю, гуртожитку; спортивно-оздоровчого комплексу; закладу культури; розважального закладу; підприємства фармацевтичної промисловості; аптеки; підприємств об'єктів водопостачання і каналізації; метрополітену; транспортно-дорожнього комплексу; рибного господарства; суб'єктів господарювання, що займається розведенням, вирощуванням і реалізацією тварин; у сфері надання приватних послуг удома.

Під час оформлення на роботу можуть бути випадки, коли працівники зобов'язані подати роботодавцю документ про стан здоров'я. Забороняється укладення трудового договору з громадянами, яким за медичним висновком запропонована робота протипоказана за станом здоров'я. Однак це

може мати місце лише у випадках, передбачених законодавством (відповідно до ст. 24 КЗпП України).

Наприклад, ви виявили бажання вступити на службу до поліції. Для визначення стану вашого здоров'я ви зобов'язані пройти медичне обстеження, а також перевірку рівня фізичної підготовки, психофізіологічне обстеження, обстеження на предмет виявлення алкогольної, наркотичної та токсичної залежності в порядку, визначеному Міністерством внутрішніх справ України (відповідно до ст. 50 Закону України «Про національну поліцію»).

Роботодавці зобов'язані за свої кошти організувати проведення попереднього (при прийнятті на роботу) і періодичних (протягом трудової діяльності) медичних оглядів працівників, зайнятих на важких роботах, роботах зі шкідливими чи небезпечними умовами праці або таких, де є потреба у професійному доборі, а також щорічного обов'язкового медичного огляду осіб віком до 21 року (згідно зі ст. 169 КЗпП України).

Право на неповний робочий день або неповний робочий тиждень

Неповний робочий день або неповний робочий тиждень може бути встановлене за згодою працівника та роботодавця. Як при прийнятті на роботу, так і згодом (під час роботи) можна звернутися до роботодавця з проханням встановити неповний робочий день або неповний робочий тиждень. Якщо з таким проханням звертається вагітна жінка, жінка, яка має дитину віком до чотирнадцяти років або дитину з інвалідністю, в тому числі таку, що знаходиться під її опікою, або здійснює догляд за хворим членом сім'ї відповідно до медичного висновку, –

роботодавець не має права відмовити. Він зобов'язаний встановити неповний робочий день або неповний робочий тиждень (ст. 56 КЗпП України). Необхідно пам'ятати, що прохання повинне бути викладене письмово у формі заяви з додаванням відповідної медичної довідки.

Також необхідно знати, що у випадках встановлення неповного робочого дня або неповного робочого тижня оплата проводиться пропорційно відпрацьованому часу або залежно від виробітку (згідно з ч.2 ст. 56 КЗпП України).

Право на відмову від роботи у нічний час, надурочних робіт, робіт у вихідні дні та від направлення у відрядження

Якщо ваша робота передбачає нічні зміни або чергування, можливість раптових викликів серед ночі або у вихідні дні, відрядження – варто знати про випадки, коли можна відмовитися від виконання таких робіт і це не буде порушенням трудової дисципліни.

Вагітні жінки, або жінки з дітьми віком до трьох років мають право відмовитися від роботи у нічний час, надурочних робіт, робіт у вихідні дні та від направлення у відрядження. Навіть більше – роботодавець зобов'язаний, не чекаючи звернення цих жінок, змінити їхній режим роботи так, щоб виключити будь-яку можливість виникнення у них подібного роду робіт. Не допускається залучення до робіт у нічний час, до надурочних робіт і робіт у вихідні дні та направлення у відрядження вагітних жінок і жінок, що мають дітей віком до трьох років (відповідно до ст. 176 КЗпП України)⁶.

Право на відмову від надурочних робіт або від направлення у відрядження поширюється також і

на жінок, котрі мають дітей віком від трьох до чотирнадцяти років або дітей з інвалідністю. Вони можуть залучатися до таких робіт лише за їхньої згоди (відповідно до ст. 177 КЗпП України).

Однак не можна забувати, що для реалізації зазначеного права жінки і обов'язку роботодавця, останньому необхідно мати достовірну інформацію про стан жінки. Тож якщо ви хочете реалізувати це право, варто вчасно подати роботодавцю медичну довідку, яка підтверджує вагітність, або документ, котрий підтверджує, що у вас є діти, чи документ, котрий підтверджує що дитина є інвалідом.

Право переведення на легшу роботу

Працівників, які потребують за станом здоров'я надання легшої роботи, роботодавець повинен перевести (за їхньою згодою) на таку роботу у відповідності з медичним висновком – тимчасово або без обмеження строку. При переведенні за станом здоров'я на легшу нижчеоплачувану роботу протягом двох тижнів з дня переведення за працівниками зберігається попередній середній заробіток. У випадках, передбачених законодавством України, попередній середній заробіток зберігається на весь час виконання нижчеоплачуваної роботи або надається матеріальне забезпечення за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням (ст. 170 КЗпП України). Наприклад, за працівниками, що втратили працездатність у зв'язку із нещасним випадком на виробництві чи професійним захворюванням і були переведені на легшу роботу, середній заробіток зберігається на весь період виконання нижчеоплачуваної роботи до поновлення працездатності або встановлення інвалідності.

Переведення на легшу роботу може мати місце, якщо, наприклад, людина хвора на туберкульоз,

отримала шкоду здоров'ю внаслідок травми на виробництві або професійне захворювання, є бактеріоносієм, а її робота пов'язана з обслуговуванням населення, а також в інших випадках, коли відповідно до медичного висновку вона за станом здоров'я не може продовжувати виконання своєї роботи.

Право переведення на легшу роботу жінок під час вагітності

Право переведення на іншу роботу вагітних гарантується ст. 57 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та ст. 178 КЗпП України. Воно обумовлене фізіологічними змінами в організмі вагітних жінок, котрі мають бути враховані задля збереження здоров'я майбутньої матері і дитини.

Вагітним жінкам, відповідно до медичного висновку:

- знижуються норми виробітку (кількість виготовлених одиниць продукту за годину робочого часу);
- знижуються норми обслуговування (об'єм роботи, який треба зробити за одиницю робочого часу).

Також вони переводяться на іншу роботу, яка є легшою і виключає вплив несприятливих виробничих факторів.

При цьому зберігається середній заробіток за попереднім місцем роботи. Якщо заробіток на легшій роботі є вищим, ніж той, який жінка одержувала до переведення, їй виплачується фактичний заробіток (відповідно до п. 4 ст. 178 КЗпП України).

Якщо роботодавець одразу не може перевести вагітну жінку на легшу роботу, то з моменту надання жінкою медичного (лікарського) висновку про переведення її на іншу роботу і до моменту переведення на рекомендовану медичним висновком

роботу – жінка звільняється від роботи зі збереженням середнього заробітку за всі пропущені внаслідок цього робочі дні за рахунок роботодавця.

Лікарський висновок про переведення вагітної на іншу роботу (форма № 084/о, затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я від 27.12.1999 р. № 302) видається лікарем акушером-гінекологом жіночої консультації (акушерсько-гінекологічного кабінету) медичного закладу, під наглядом якого перебуває вагітна. Висновок надається у випадках, коли необхідно на час вагітності усунути вплив несприятливих виробничих факторів на стан здоров'я вагітної і плоду, а саме:

- за наявності у вагітної відхилень від нормального перебігу вагітності, незалежно від того, чи є вони ускладненнями даної вагітності, чи зумовлені екстрагенітальною патологією, яка є протипоказанням для виконуваної нею роботи;
- коли режим роботи вагітної пов'язаний з відрядженнями або суперечить вимогам ст. 176 КЗпП України про заборону залучення вагітних жінок до нічних, надурочних робіт, робіт у вихідні дні;
- якщо умови праці (навіть при нормальному перебігу вагітності) пов'язані з несприятливими виробничими факторами, вплив яких може спричинити порушення та ускладнення вагітності, включаючи виникнення екстрагенітальних захворювань (тобто, захворювання, якими жінка страждала ще до вагітності).

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!

У лікарському висновку повинні бути зазначені головні причини необхідності переведення. Наприклад:

- ☐ робота в нічні зміни, ст. 175 КЗпП України;
- ☐ робота, пов'язана з відрядженнями, ст. 176 КЗпП України;
- ☐ токсикоз, несприятливі виробничі фактори – робота в цеху з клеями, ст. 174 КЗпП України;
- ☐ вагітність 20 тижнів, шкідливі умови праці – робота в стоячому положенні, ст. 174 КЗпП України.

А також повинна бути зазначена рекомендована робота. Наприклад:

- ☐ звільнення від роботи в нічний час;
- ☐ переведення на роботу, не пов'язану з відрядженнями;
- ☐ переведення в цехи, де відсутній контакт з клеєм;
- ☐ посади із виключенням виконання робіт у стоячому положенні.

Лікарський висновок діє від дня його видачі і до пологів. Якщо в цей період перебіг вагітності, стан здоров'я вагітної ще погіршився, видається новий лікарський висновок з урахуванням усіх нових обставин.

ВАЖЛИВО ДОДАТИ!

Право переведення на іншу роботу є і у жінок, які мають дітей віком до трьох років, у разі неможливості виконання попередньої роботи. Це право діє до досягнення дитиною віку трьох років (п. 3 ст. 178 КЗпП України). Підставою для переведення може бути не лише медичний висновок, але і об'єктивні дані, що свідчать про неможливість виконання попередньої роботи.

Оплата праці жінок у таких випадках зберігається на рівні середнього заробітку за попередньою роботою. Якщо на новій роботі заробіток є вищим, ніж той, який жінки одержували до переведення, їм виплачується фактичний заробіток.

Право на відпустку у зв'язку з вагітністю та пологами

У зв'язку з вагітністю та пологами працюючі жінки мають право на оплачувану відпустку (ст. 179 КЗпП України, ст. 18 Закону України «Про відпустки»). Підставою для такої відпустки є листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами⁷. Він видається за місцем спостереження за вагітною з 30-ти тижнів вагітності відразу на 126 календарних днів, що включає в себе 70 календарних днів до передбачуваного дня пологів і 56 – після.

Якщо жінка належить до I-IV категорій постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС⁸, листок непрацездатності видається з 27 тижнів вагітності на 180

календарних днів (90 днів на період допологової відпустки і 90 – на період післяпологової відпустки).

Відпустка надається жінкам повністю, незалежно від кількості днів, фактично використаних до пологів.

У разі передчасних пологів, виникнення ускладнень під час пологів або в післяпологовому періоді, а також при народженні двох і більше дітей, видається ще один листок непрацездатності на 14 календарних днів, крім жінок, яких віднесено до I–IV категорій постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС.

При передчасних пологах до 30 тижнів вагітності, у разі мертвонародження – видається листок непрацездатності на 70 календарних днів.

ВАЖЛИВО ПАМ'ЯТАТИ!

Повна відпустка надається лише тим жінкам, які спостерігалися з приводу вагітності до дня пологів. Якщо жінка не перебувала на обліку у зв'язку з вагітністю, їй видається листок непрацездатності тільки з дня пологів на відповідний період післяпологової відпустки.

Якщо у вагітної жінки є невикористана щорічна основна чи додаткова відпустки, вона має право подати заяву про їх приєднання до відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами. Роботодавець в цьому випадку не має права їй відмовити, навіть якщо жінка працювала у нього менше часу, який дає право взяти відпустку.

Право на відпустку для догляду за дитиною

Після закінчення відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами жінки мають право взяти відпустку для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку. Для цього жінка повинна подати роботодавцю відповідну письмову заяву. На період такої відпустки жінки отримують допомогу відповідно до законодавства. У цей час жінка має право працювати на умовах неповного робочого часу або вдома.

Відпустка не надається, якщо дитина перебуває на державному утриманні, крім прийомних дітей у прийомних сім'ях та дітей-вихованців у дитячих будинках сімейного типу.

У разі, якщо дитина потребує домашнього догляду, жінці в обов'язковому порядку надається відпустка без збереження заробітної плати тривалістю, визначеною у медичному висновку, але не більш як до досягнення дитиною шестирічного віку.

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!

Відпустка для догляду за дитиною може бути використана повністю або частково не лише жінкою (матір'ю), а і батьком дитини, бабусею, дідусем чи іншими родичами, які фактично доглядають за дитиною, або особою, яка усиновила чи взяла під опіку дитину, одним із прийомних батьків чи батьків-вихователів.

Право на додаткові перерви для годування дитини

Якщо жінка має дитину віком до півтора року, то їй, окрім загальної перерви для відпочинку і харчування, надаються додаткові перерви для годування дитини

(ст. 183 КЗпП)

може вимагатися. Роботодавець видає наказ про надання перерв для годування із зазначенням їхньої тривалості, кількості та часу надання. У наказі повинно бути вказано строки та порядок надання перерв для годування. Таке рішення роботодавця підлягає погодженню з профспілковою організацією (представником трудового колективу).

Такі перерви включаються в робочий час і оплачуються як середній заробіток.

Право на додаткові перерви для годування дитини не залежить від способу годування дитини (грудне чи штучне вигодовування). Це право залежить тільки від наявності у жінки дитини віком до півтора року.

Перерви для годування дитини надаються не рідше, ніж через три години тривалістю не менше тридцяти хвилин кожна. При наявності двох і більше дітей зазначеного віку тривалість перерви встановлюється не менше години.

Для реалізації такого права жінка повинна подати роботодавцю письмову заяву з проханням встановити їй додаткові перерви для годування дитини із зазначенням бажаної кількості, тривалості перерв та часу їх надання. До заяви треба додати документ, який підтверджує наявність у жінки дитини віком до півтора року. Такий документ треба подати лише у разі, коли у роботодавця відсутня інформація про наявність у жінки дитини із зазначенням її віку. Ніяких довідок чи медичних висновків від жінки не

03

ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ ЖІНОК У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



Принципи доступності медичних послуг

У межах нинішньої медичної реформи часто можемо почути про необхідність покращення доступності медичних послуг. Доступність медичних послуг для населення можна виміряти через фізичну доступність пацієнтів до медичного закладу, фінансову можливість отримати кваліфіковану медичну допомогу та необхідні ліки.

Говорячи про фізичну доступність пацієнтів до медичної допомоги, слід розуміти й необхідність якісного розвитку мережі закладів первинної медичної допомоги.

Відповідно до інформації Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), первинна медична допомога є найбільш важливим елементом систем охорони здоров'я будь-якої країни, а диспропорція між первинною та спеціалізованою медичною допомогою призводить до нерівності у наданні медичної допомоги пацієнтам. Тому, важливим для забезпечення доступності медичної допомоги для населення стає розширення мережі первинної допомоги та розширення медичних послуг, які можуть бути надані на первинному рівні.

Організація та надання послуг первинної медичної допомоги ґрунтуються⁹ на:

- доступності, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання;
- безпечності, що полягає у наданні послуг у спосіб, який мінімізує ризики завдання шкоди пацієнтам, а також зменшує можливість медичних помилок;
- результативності, що проявляється у досягненні найкращих результатів через надання послуг на основі наукових знань та принципів доказової медицини;
- своєчасності;
- економічній ефективності, що досягається шляхом надання послуг таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути неефективних витрат;
- недискримінації, що полягає у наданні послуг, якість яких не відрізняється залежно від статі, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань, за мовними або іншими ознаками;

- орієнтованості на людину, що передбачає надання послуг у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються, в тому числі з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря.

Урядова програма «Доступні ліки»

Одним з різновидів доступності пацієнтів до медичних послуг є доступ до необхідних ліків. Новим механізмом медикаментозного забезпечення пацієнтів на первинному рівні від 2017 року є повне або часткове відшкодування пацієнтам вартості лікарських засобів під час амбулаторного лікування¹⁰.

Фактично, відшкодування може бути дієвим механізмом, який впливає на якість надання медичної допомоги, збільшує кількість звернень до сімейного лікаря (особливо це стосується пацієнтів з хронічними захворюваннями), зменшує кількість випадків невідповідального самолікування. Також це позитивно впливає на прихильність до лікування і, таким чином, на стан здоров'я і тривалість життя населення.

Сьогодні в Україні діє урядова програма «Доступні ліки» – механізм повної або часткової оплати лікарських засобів, що включені до деталізованого опису з Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню, що затверджується Міністерством охорони здоров'я України (далі – Реєстр)¹¹.



ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

З більш детальною та актуальною інформацією щодо розташування аптечних пунктів, які працюють в цій програмі, та переліком ліків, можна ознайомитися за посиланням <http://liky.gov.ua/>

Які захворювання покриваються урядовою програмою «Доступні ліки»?

Постановою Кабінету Міністрів України¹² затверджено Реєстр препаратів, відшкодування яких покривається урядовою програмою «Доступні ліки», котрий оновлюється кожні півроку. Дія програми поширюється на три нозології¹³: серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу та бронхіальну астму.

Пріоритетність надано лікуванню нозологій, що найбільше впливають на показники смертності населення або суттєво знижують якість життя пацієнтів і ефективно лікуються на амбулаторному рівні (так, смертність від серцево-судинних хвороб складає 65% від загальної смертності населення в Україні, на діабет II типу страждає один мільйон осіб, хворих на бронхіальну астму зареєстровано 210 тис.).

Видача рецепта

Відшкодування здійснюється на підставі рецептів, виписаних закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності, за місцем надання медичної допомоги пацієнтам та на рецептурних бланках форми № 1.

Строк дії рецепта становить 30 календарних днів з моменту виписки.

Рецепт виписується із зазначенням:

- міжнародної непатентованої назви лікарського засобу (в одному рецепті дозволено зазначати лише одне найменування лікарського засобу);
- дозування та форми випуску;
- кількості одиниць для лікування.

Рецепт додатково засвідчується печаткою червоного кольору «Вартість підлягає відшкодуванню».

ЯК ОТРИМАТИ ЛІКИ У МЕЖАХ УРЯДОВОЇ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»?

- ☐ Зверніться до лікаря та отримайте правильно виписаний рецепт.
- ☐ Завітайте до аптеки з позначкою «Доступні ліки».
- ☐ Отримайте ліки безоплатно або з частковою доплатою за рецептом.

Якщо в аптеці закінчилися ліки, то можете зачекати, поки вони надійдуть, або звернутися до іншої аптеки. Також пацієнти можуть обрати аналогічні ліки (за діючою речовиною) з Реєстру та придбати їх з доплатою.

Бланк рецепта має такий вигляд:

Додаток 1 до Правил виписування репеттів на лікарські засоби і виробів медичного призначення	
Прізвище, ініціали та вік хворого _____	
Назва та кількість виписаних лікарських засобів _____	
Репетт № _____	" " _____ 20 ____ р. (дата виписки репетта)
_____ лінія відриву	
ФОРМА репеттурного бланка № 1 (ф-1) для виписування лікарських засобів і виробів медичного призначення, що відпускаються за повну вартість, безоплатно, з доплатою і таких, що підлягають предметно-кількісному обліку	
Найменування закладу охорони здоров'я або П. І. Б. ФОП _____	
Адреса закладу охорони здоров'я або ФОП _____	
Код за ЄДРПОУ/Регістраційний номер облікової картки платника податків* _____	
Реквізити ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики або рішення органу ліцензування про видачу ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики _____	
Медична документація ф-1	
РЕПЕТТ № _____	" " _____ 20 ____ р. (дата виписки репетта)
дорослий, дитячий (потрібне підкреслити)	
За повну вартість	
Безоплатно	джерело фінансування _____
З доплатою	джерело фінансування _____
Прізвище, ініціали та вік хворого _____	
Номер картки амбулаторного чи стаціонарного хворого _____	
Прізвище та ініціали лікаря _____	
I Rp: I I	
I Rp: I I	
I Rp: I I	
Додаткова інформація _____	
Підпис та особиста печатка лікаря (розбірливо)	
Репетт дійсний протягом 1 місяця	

(друкується на зворотньому боці рецептурного бланка)

Пам'ятка лікарю

Рецепт виписується латинською мовою, розбірливо, чітко, чорнилом, кульковою ручкою або комп'ютерним набором з обов'язковим заповненням належної інформації, передбаченої формою бланка. Виправлення в Рецепті не дозволяються.

На одному рецептурному бланку виписуються: одне найменування лікарського засобу, що вміщує отруйні або наркотичні лікарські засоби, або 1 - 3 найменування інших лікарських засобів.

Дозволяються тільки прийняті правилами скорочення позначень.

Тверді і сипучі речовини в грамах (0,01; 0,5; 1,0), рілки – в мілілітрах, грамах і краплях.

Спосіб вживання пишеться державною мовою відповідно до Закону України "Про мови в Українській РСР", забороняється обмежуватись загальними вказівками: "Внутрішнє", "Зовнішнє", "Відомо" тощо.

Штамп аптеки

№ лікарської форми
індивідуального виготовлення _____ Перевірив _____ Відпустив _____

Прийняв _____ Виготовив _____

Примітка. Номер бланка зазначається друкарським способом.

* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті, зазначаються серія (за наявності) та номер паспорта.

**Начальник Управління фармацевтичної
діяльності та якості фармацевтичної
продукції**

Т.М. Лясковський

{Додаток 1 із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я № 440 від 04.07.2006, № 42 від 30.01.2007, № 777 від 11.11.2011, № 153 від 16.02.2017; в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 735 від 18.04.2018}



ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Дізнатися, які з призначених ліків входять до Нацпереліку, тобто які пацієнт має право отримати безкоштовно, можна за допомогою безкоштовного додатку «Ліки Контроль» (<http://likicontrol.com.ua>).

Інші програми щодо доступності ліків

Забезпечення населення лікарськими засобами також фінансується за окремими програмами за рахунок державного та місцевих бюджетів, цільових страхових фондів та інших джерел, не заборонених законодавством. Більше інформації про це можна дізнатися безпосередньо у лікувальних закладах та у місцевих департаментах / управліннях охорони здоров'я.

Продовжують також діяти інші програми, які забезпечують доступ населення на пільгових умовах¹⁴ до певних лікарських засобів, наприклад, пілотний проект щодо забезпечення препаратами інсуліну, закупівля лікарських засобів через міжнародні організації.

Так, держава гарантує доступ пацієнтів до ліків зазначених у Нацпереліку¹⁵. Тобто, пацієнти мають право отримувати їх безоплатно під час лікування у закладах охорони здоров'я, за умови що ці ліки зареєстровані в Україні. Тому, під час отримання призначень від лікаря доцільно поцікавитися, які із призначених ним ліків входять до Нацпереліку (тобто, які ліки пацієнт має право отримати безкоштовно протягом усього курсу лікування).

Також на сьогодні продовжують діяти норми¹⁶ стосовно безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань.

Перевірити наявність ліків у закладах охорони здоров'я за усіма діючими програмами можна:

- на інформаційних стендах у цих закладах;
- на офіційних веб-сайтах регіональних департаментів та управлінь охорони здоров'я.

ВИБІР ЛІКАРЯ ТА ЛІКАРНІ

Одним із результатів нинішньої медичної реформи стала можливість для пацієнтів самостійно обирати лікаря на первинній ланці, до якого можна буде звернутися у разі потреби¹⁷. Тим самим надання медичної допомоги більше не прив'язане до місця прописки чи проживання пацієнтів, і вони можуть обрати терапевта, педіатра, або сімейного лікаря у будь-якому медичному закладі. Усі послуги, які надаються лікарем на первинному рівні, оплачує держава.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Під час вибору лікаря слід перевірити, чи підключений медичний заклад до системи «Електронне здоров'я» та чи є спеціальна наклейка-табличка – «Тут можна обрати лікаря».



ВАРТО ПАМ'ЯТАТИ!

Одночасний вибір двох або більше лікарів не допускається.





Отже, для початку процедури оформлення взаємовідносин із лікарем, пацієнтка має визначитися, з яким саме лікарем вона хотіла б підписати декларацію. Є декілька варіантів: найпростіший – це обрати з уже знайомих лікарів, послугами яких вона вже була задоволена; поцікавитися у родичів, сусідів, друзів, колег – можливо, у них був позитивний досвід у амбулаторії сімейної медицини або поліклініці; або ж обрати лікаря, який найбільше підходить територіально та отримати інформацію у реєстратурі відповідного медичного закладу.

Заклади первинної медичної допомоги зобов'язані ознайомити пацієнтку з інформацією для прийняття нею рішення про вибір лікаря (за місцем надання медичних послуг або на веб-сайті) про:

- 1) надавача первинної медичної допомоги (медичний заклад чи ФОП): повне найменування юридичної особи або прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи – підприємця (далі – ФОП); код ЄДРПОУ; наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики;
- 2) лікарів (прізвище, ім'я, по батькові лікаря; освіта; лікарська спеціальність; стаж роботи за спеціальністю; кваліфікаційна категорія; місце (адреса) та графік роботи лікаря);
- 3) дату, номер та строк дії договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеного між надавачем первинної медичної допомоги та Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ).

Після обрання лікаря пацієнтка має підписати декларацію. Декларація підписується безстроково, тобто її не потрібно буде перепідписувати щороку. Так, підписуючи декларацію з конкретним лікарем, ви повідомляєте державу (НСЗУ), що оплата за ваше обслуговування має знаходити до цього медзакладу.

Процедура зміни лікаря також проста: пацієнтка може в будь-який час підписати декларацію з іншим лікарем, тим самим анулювавши попередню угоду. Пацієнтка має право відмовитися від лікаря без обрання нового лікаря – шляхом подання заяви про припинення поданої нею декларації.

Документи, які знадобляться пацієнтці для підписання декларації з лікарем – це ідентифікаційний номер та один з таких документів:

- паспорт громадянина України;
- тимчасове посвідчення громадянина України;
- свідоцтво про народження (для осіб, які не досягли 14-річного віку);
- посвідка на постійне проживання в Україні;
- посвідчення біженця;
- посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту.

На підставі документів та інформації, наданих пацієнткою, уповноважена особа в лікарні (це може бути або реєстратор, або медсестра, або лікар) зобов'язана заповнити декларацію в електронній формі, роздрукувати її та дати пацієнтці на підпис. У разі виявлення пацієнткою помилок, уповноважена особа в лікарні зобов'язана виправити їх та повторно роздрукувати і дати пацієнтці на підпис.

Пацієнтка підписує два примірники декларації та надає їх уповноваженій особі в лікарні, на них проставляється позначка з датою отримання такої декларації лікарем. Один примірник має бути повернутий пацієнтці.

Інший шлях подання декларації – через електронну систему охорони здоров'я. Пацієнтка має право подати декларацію самостійно через електронну систему охорони здоров'я eHealth¹⁸ шляхом накладання на

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Заклад первинної медичної допомоги має зберігати один примірник декларації, підписаний пацієнткою, протягом трьох років з дня припинення (анулювання) такої декларації.

неї свого електронного підпису або іншого підпису, прирівняного до власноручного відповідно до законодавства. У такому випадку лікарі не мають права вимагати у пацієнток подання декларації в паперовій формі.

За зверненням пацієнтки уповноважена особа медичного закладу зобов'язана допомогти їй заповнити та самостійно подати декларацію через електронну систему охорони здоров'я за допомогою комп'ютера або іншого засобу зв'язку, що належить пацієнці.

Декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу має такий вигляд:

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
19 березня 2018 року № 530
(у редакції наказу
Міністерства охорони здоров'я України
від 29 травня 2018 року № 1023)

**ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ,
ЯКИЙ НАДАЄ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ**
№ _____

1. ПАЦІЄНТ	3. НАДАВАЧ ПМД
1.1. Прізвище	3.1. Повне найменування / П.І.Б.
1.2. Ім'я	3.2. Код ЄДРПОУ
1.3. По батькові	3.3. Контактний номер телефону
1.4. Дата народження	3.4. Адреса електронної пошти
1.5. Місто, країна народження	3.5. Адреса місця надання медичних послуг лікарем, який надає ПМД
1.6. Стать	4. ЗАКОННИЙ ПРЕДСТАВНИК ПАЦІЄНТА
1.7. Контактні дані	4.1. Прізвище, ім'я, по батькові
1.7.1. Номер телефону	4.2. Тип, серія (за наявності), номер, дата видачі документа, що посвідчує особу законного представника, та орган, що його видав
1.7.2. Адреса електронної пошти (за наявності)	4.3. Тип, серія (за наявності), номер, дата видачі, термін дії (за наявності) документа, що засвідчує повноваження законного представника, орган, що його видав
1.7.3. Бажаний спосіб зв'язку	4.4. Номер телефону
1.8. Документ, що посвідчує особу	4.5. Адреса електронної пошти (за наявності)
1.8.1. Тип документа	4.6. Бажаний спосіб зв'язку
1.8.2. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі документа, термін дії документа (за наявності)	5. ПІДПИС ПАЦІЄНТА (ЙОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА)
1.9. Ресурсний номер обліку	Своїм підписом: підтверджую добровільний вибір лікаря, який надає

картки, платінки податків або серія та номер паспорта

1.10. Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)

1.11. Адреса місця фактичного проживання або перебування

1.12. Довірена особа пацієнта для повідомлення у разі настання екстреного випадку з пацієнтом

1.12.1. Прізвище, ім'я, по батькові

1.12.2. Контактний номер телефону

2. ЛІКАР, ЯКИЙ НАДАЄ ПМД

2.1. Прізвище, ім'я, по батькові

2.2. Контактний номер телефону

2.3. Адреса електронної пошти

2.4. Посада лікаря-спеціаліста

первинну медичну допомогу, зазначеного в главі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних; підтверджую, що мене повідомлено про мої права відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», про мету збирання та обробки моїх персональних даних, зазначених в цій Декларації.

(підпис)

6. ДАТА ПОДАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ

Керівник експертної групи з питань реформування системи охорони здоров'я
Директорату медичних послуг

Т. Орабіна

{Декларація в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

Після підписання декларації між пацієнткою та лікарем, вона може звертатися до свого лікаря з будь-якими питаннями, пов'язаними зі здоров'ям. Як показує світовий досвід, більшість проблем зі здоров'ям може бути вирішена на рівні первинної ланки, особливо у разі вчасного звернення (більш детально опис послуг, які пацієнтка зможе отримати на первинній ланці, див. далі – у «Платні та безкоштовні медичні послуги»).

На випадок відпустки або хвороби обраного лікаря, пацієнтка має право на отримання первинної медичної допомоги у іншого лікаря від того самого надавача медичних послуг, без подання нової декларації.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Єдиною причиною відмови лікаря щодо підписання декларації з пацієнткою може бути те, що він уже має максимально рекомендовану кількість пацієнтів (сімейний лікар може обслуговувати 1 800 пацієнтів, терапевт – 2 000, педіатр – 900). Ця цифра може бути дещо більшою для лікарів, які працюють у селах. Наприклад, якщо у селі проживає 2 000 людей, то всі вони отримають змогу підписати декларацію із сімейним лікарем.

Якщо пацієнтка має сумніви щодо правомірності відмови лікаря підписати з нею декларацію через відсутність місць, вона може звернутися до керівництва медичного закладу, в якому працює лікар, і поцікавитися, чи дійсно він або вона вже має максимальну кількість пацієнтів. Якщо ця інформація

не підтвердиться – лікар зобов'язаний підписати з пацієнткою договір.

Пацієнтка, яка не обрала лікаря та перебуває у невідкладному стані, має право отримати безперервну та безоплатну первинну медичну допомогу у будь-яких державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Чи обов'язково підписувати декларацію і коли кінцевий термін її укладення?

Із 2020 року «старі правила» фінансування медичної допомоги не діятимуть, а тому за пацієнтку держава платитиме тільки тому лікарю, з яким вона підписала декларацію. Тож у разі хвороби пацієнтки після 2020 року (за відсутності договору з лікарем), вона сплачуватиме за отримані медичні послуги з власної кишені.

Екстрена медична допомога

Що таке екстрена медична допомога і хто має на неї право?

Екстрена медична допомога полягає у невідкладних заходах (організаційних, діагностичних, лікувальних), щоб врятувати і зберегти життя людині у невідкладному стані.

Невідкладний стан людини – раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

Тож кожна людина в Україні має право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу.

Отримати екстрену медичну допомогу можна, звернувшись до найближчого відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги або викликавши екстрену медичну допомогу.

Порядок виклику екстреної (швидкої) медичної допомоги

Щоб викликати екстрену медичну допомогу треба зателефонувати за номером 103 (єдиний телефонний номер виклику екстреної медичної допомоги) або номером 112 (єдиний телефонний номер виклику екстреної допомоги). Такий виклик є безоплатним.

Виклик приймається диспетчером диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Задля контролю якості надання послуг, здійснюється запис розмови та фіксація часу звернення.

Під час розмови з диспетчером необхідно спокійно, без паніки, повідомити кому потрібна екстрена медична допомога, у зв'язку з чим людина потребує допомоги, де вона знаходиться тощо.

ВАЖЛИВО ПАМ'ЯТАТИ!

Зберіться, не нервуйте, не кричіть. Чітко відповідайте на запитання диспетчера та виконуйте усі його інструкції.

Диспетчер поставить запитання та з'ясує: виклик належить до екстрених чи неекстрених.

Диспетчер направляє бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, якщо виклик відноситься

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Кожен, хто виявив людину у невідкладному стані, має право звернутися до інших людей, підприємств, установ та організацій із проханням надати транспортний засіб для перевезення такої людини до найближчого місця медичної допомоги, і вони не мають права відмовити без поважних причин. Перевезення здійснюється безкоштовно.

до категорії екстрених. Бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги має прибути на місце події за 10 хвилин у містах, та за 20 хвилин поза межами міста з моменту надходження звернення до диспетчера. Однак, якщо є затори, неякісне дорожнє покриття, недотримання строку прибуття не тягне за собою відповідальності бригади.

Якщо диспетчер зрозуміє, що виклик є неекстреним, він перенаправить звернення до відповідного закладу охорони здоров'я первинної медико-санітарної допомоги або направить до вас протягом години бригаду екстреної медичної допомоги, яка не перебуває на екстреному виклику.

Громадянам, які під час невідкладної або екстремальної ситуації брали участь у рятуванні людей і сприяли наданню медичної допомоги, гарантується, у разі потреби, в порядку, встановленому законодавством, безоплатне лікування та відшкодування моральної та майнової шкоди, заподіяної їх здоров'ю та майну¹⁹.

Відповідно до медичних показань, у закладах охорони здоров'я пацієнтам, які перебувають у

Критерії розподілу звернень залежно від стану пацієнтів на екстрені та неекстрені

ЕКСТРЕНІ	НЕЕКСТРЕНІ
СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ	
<ul style="list-style-type: none"> • непритомністю; • судомами; • раптовим розладом дихання; • раптовим болем у ділянці серця; • блюванням кров'ю; • гострим болем у черевній порожнині; • зовнішньою кровотечею; • ознаками гострих інфекційних захворювань; • гострими психічними розладами, що загрожують життю і здоров'ю пацієнта та/або інших осіб. 	<ul style="list-style-type: none"> • раптовим підвищенням температури тіла з кашлем, нежитем, болем у горлі; • головним болем, запамороченням, слабкістю; • болем у попереку, суглобах (радикуліт, остеохондроз, артрит, артроз тощо); • підвищенням артеріального тиску; • больовим синдромом у онкологічних хворих; • алкогольним, наркотичним, токсичним абстинентним синдромом²⁶.
ЗУМОВЛЕНИЙ	
<ul style="list-style-type: none"> • усіма видами травм (поранення, переломи, вивихи, опіки, важкі забої, травми голови); • ураженням електричним струмом, блискавкою, тепловими ударами, переохолодженням, асфіксією всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх предметів у дихальні шляхи); • ушкодженнями різного походження під час надзвичайних ситуацій (дорожньо-транспортні пригоди, аварії на виробництві, стихійні лиха тощо); • отруєннями, укусами тварин, змій, павуків та комах тощо; • порушенням нормального перебігу вагітності (передчасні пологи, кровотеча тощо). 	<ul style="list-style-type: none"> • загостренням хронічних захворювань у пацієнтів, які перебувають під наглядом сімейного або дільничного лікаря з приводу: • гіпертонічної хвороби, • виразки шлунку та дванадцятипалої кишки, • хронічного запалення печінки, • хронічного запалення жовчного міхура, • хронічного запалення кишківника, • хвороби нирок, • хронічного запалення суглобів тощо.
ДОДАТКОВО	
<p>Звернення медичних працівників щодо транспортування пацієнтів, які перебувають у стані, що потребує обов'язкового медичного супроводження та термінової госпіталізації до стаціонарних закладів охорони здоров'я.</p>	

! ВАРТО ЗНАТИ

При виявленні людини у невідкладному стані, яка не може особисто звернутися по надання екстреної медичної допомоги, а на місці події немає медичних працівників, необхідно:

- негайно викликати екстрену медичну допомогу або повідомити про виявлену людину у невідкладному стані та про місце події працівників найближчого закладу охорони здоров'я чи будь-яку особу, яка зобов'язана надавати домедичну допомогу та знаходиться поблизу місця події;
- за можливості, допомогти транспортувати людину до найближчого відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги чи іншого закладу охорони здоров'я, де вона зможе отримати необхідну допомогу.

невідкладному стані, вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога надається безоплатно і без направлення²⁰.

Заподіяна моральна та матеріальна шкода внаслідок ненадання відповідної допомоги або неналежного виконання своїх професійних обов'язків медичними працівниками чи іншими особами підлягає відшкодуванню²¹.

У той самий час слід пам'ятати, що медичний працівник не повинен підмінювати собою функцію рятувальника чи пожежного. Це не спеціально підготовлений фахівець на випадок надзвичайної події, не має спеціального одягу і амуніції для захисту від факторів впливу. Бригада екстреної медичної допомоги не має права заходити у вогнище надзвичайної події, наприклад, у палаючий будинок чи автомобіль, що горить, спускатися на рейки метрополітену. Медик не повинен піддавати загрози своє життя.

Пацієнтів із цих вогнищ ураження надзвичайних ситуацій зобов'язані доставляти до місця знаходження бригад спеціальні рятувальні служби. До обов'язків медиків належить домедична і медична допомога.

Що таке необґрунтований виклик екстреної (швидкої) медичної допомоги?

Статтею 183 Кодексу України про адміністративні правопорушення передбачене покарання за завідомо неправдивий виклик спеціальних служб. Таке порушення тягне за собою накладення штрафу від трьох до семи неоподатковуваних мінімумів доходів громадян. Це стосується і завідомо неправдивого виклику швидкої медичної допомоги. За наявності бажання у співробітників бригади екстреної допомоги, на вас може бути складений протокол і на його підставі вас може бути притягнуто до відповідальності.

ПЛАТНІ ТА БЕЗКОШТОВНІ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ



Відповідно до змін, які сьогодні закріплені у межах програми медичних гарантій, держава гарантує повну оплату за рахунок коштів державного бюджету необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

1. Екстреної медичної допомоги.
2. Первинної медичної допомоги.
3. Вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.
4. Третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
5. Паліативної медичної допомоги (догляд та підтримка невиліковних хворих).
6. Медичної реабілітації.
7. Медичної допомоги дітям до 16 років.
8. Медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Програма медичних гарантій, яка містить перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, повну оплату яких пацієнтам держава гарантує, приймається щорічно в межах Державного бюджету на певний рік. А тому від року до року перелік медичних послуг та ліків, які покриває держава, може змінюватися.

Що це означає для пацієнток?

Первинна медична допомога надається пацієнтам лікарями загальної практики–сімейним лікарем, лікарем–терапевтом, чи лікарем–педіатром. До них пацієнтки мають звертатися для спостереження за станом їхнього здоров'я та здоров'ям їхньої дитини. Ці лікарі мають ставити діагнози та лікувати найбільш поширені хвороби, травми, отруєння, вести пацієнток із хронічними захворюваннями.

У ситуації, коли пацієнтка потребуватиме більш спеціалізованої допомоги, лікар первинної медичної допомоги дасть направлення до вузькоспеціалізованих медичних фахівців вторинної чи третинної медичної допомоги – лора, ендокринолога, хірурга тощо – чи буде консультуватися з ними щодо лікування пацієнтки.

Лікар первинної медичної допомоги має право самостійно визначати необхідність візиту до пацієнтки додому для надання медичної допомоги, а також може надавати поради щодо полегшення стану телефоном, а пізніше, під час прийому у медичному закладі, направити на аналізи та дослідження, уточнити діагноз та призначити необхідне лікування.

Лікар первинної медичної допомоги може також викликати екстрену допомогу до хворої, якщо буде така необхідність.

Сьогодні відбувається реформа первинної ланки надання медичних послуг та, відповідно, був прийнятий новий порядок їх надання²².

Відповідно до прийнятих медичних гарантій на 2018 рік, первинна медична допомога надається безкоштовно в повному обсязі у таких випадках:

1. Динамічне спостереження²³ за загальним станом здоров'я пацієнток.
2. Проведення діагностики (аналізів та досліджень) та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних та фізіологічних (під час вагітності) станів.

Безоплатні послуги у вашого лікаря

Аналізи та дослідження:

- Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою
- Загальний аналіз сечі
- Глюкоза крові
- Загальний холестерин
- Вимірювання артеріального тиску
- Електрокардіограма
- Вимірювання ваги, зросту, окружності талії
- Швидкий тест на вагітність
- Швидкий тест на тропонін
- Швидкі тести на ВІЛ, вірусні гепатити

3. Динамічне спостереження та супровід пацієнток із хронічними захворюваннями та станами.
4. Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю. Лікар розкаже, як діяти вагітній і дорослим членам родини, що мешкають з нею, при наближенні пологів.

Безоплатні послуги у вашого лікаря

Вагітність

- Ведення неускладненої вагітності
- Взяття вагітних на облік до 12 тижнів
- Скерування вагітної до акушера-гінеколога у разі необхідності
- Розробка індивідуального плану дій вагітної і дорослих членів родини, що мешкають з нею, при наближенні пологів
- Планове скерування до полового будинку

5. Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною.

Безоплатні послуги у вашого лікаря

Діти

Планові обов'язкові огляди здорової дитини

Перший рік	10 оглядів лікаря 6 оглядів медсестри
Другий рік	2 огляди
Третій рік	1 огляд

6. Направлення, відповідно до медичних показань пацієнток, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
7. Проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнток з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань (детальна інформація подана в таблиці нижче).

Перелік медичних втручань у межах ПМД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань*

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. За наявності ФР – щороку

Нозологія	Групи пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань		Методи виявлення	Періодичність обстеження
	фактори ризику (ФР)	вікові групи		
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
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

Нозологія	Групи пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань		Методи виявлення	Періодичність обстеження
	фактори ризику (ФР)	вікові групи		
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. За 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	При ПСА < 2,5 кожні 2 роки. При ПСА ≥ 2,5 щороку
* Цей перелік не застосовується для діагностики захворювань за наявності відповідних симптомів, моніторингу перебігу виявлених захворювань, контролю лікування захворювань. За наявності симптомів захворювань обсяг обстеження визначається галузевим стандартом у сфері охорони здоров'я. Перелік затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 р. №504.				

8. Надання, в межах можливостей первинної медичної допомоги, невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я за умови, що такий розлад стався під час прийому лікарями загальної практики-сімейним лікарем, лікарем-терапевтом, чи лікарем-педіатром або якщо пацієнт не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
9. Проведення профілактичних втручань.
Лікар первинної медичної допомоги:
 - слідує за вакцинацією пацієнтки та її дитини відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень

(туберкульоз, поліомієліт, дифтерія, правець, кашлюк, кір, паротит, краснуха, гепатит В, гемофільна інфекція);

- готує та надсилає повідомлення до департаментів / управлінь охорони здоров'я на місцях, а також до Центру громадського здоров'я та Державного експертного центру про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення;
- проводить епідеміологічні обстеження поодиноких випадків інфекційних хвороб;
- проводить профілактичні огляди та аналізи для груп ризику семи захворювань (див. нижче).

Безоплатні послуги у вашого лікаря

Профілактичні огляди

Щороку

Цукровий діабет	45 років і старші всі при факторах ризику
ВІЛ	14 років і старші
Туберкульоз	всі при факторах ризику

Раз на два роки

Рак молочної залози	50 – 69 років при факторах ризику з 40 років
---------------------	--

Раз на 1 – 2 роки залежно від ризику

Гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання	жінки 50 років і старші чоловіки 40 років і старші
Колоректальний рак	жінки і чоловіки 50 років і старші
Рак передміхурової залози	з 40 років залежно від ступеню ризику

Запитайте у лікаря про фактори ризику!

10. Отримання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (так звані фактори ризику: тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя.

Ваш сімейний лікар, терапевт або педіатр проконсультує, як поступово звільнитись від шкідливих звичок, де знайти додаткову допомогу і як перейти до здорового способу життя.

11. Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає:
- регулярну оцінку стану важкохворої пацієнтки та її 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 пацієнткою;
 - координацію із забезпечення медичних, психологічних потреб пацієнтки.
12. Направлення пацієнток, відповідно до медичних показань, для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі первинної медичної допомоги.
13. Призначення лікарських засобів та медичних виробів, зокрема за програмою «Доступні ліки», технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів (детальніше про програму див. раніше у «Урядова програма «Доступні ліки»).
14. Отримання довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медикосоціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть.
- Нагадуємо, що сімейний лікар може вести пацієнтів будь-якого віку,
- педіатр – дітей від народження і до 18 років,
- терапевт – від 18 років і старше.

ВАРТО ПАМ'ЯТАТИ!

Невідкладна допомога при гострих станах і раптовому погіршенні стану здоров'я надається в медичному закладі, а не на первинному рівні лікарями загальної практики-сімейним лікарем, лікарем-терапевтом чи лікарем-педіатром.

На противагу послугам, які надаються на безоплатній основі, низка наступних **медичних послуг є платними**²⁴:

- косметологічна допомога, крім тієї, що надається за медичними показаннями;
- анонімне обстеження та лікування людей, які мають хвороби, що передаються статевим шляхом, а також хворих на алкоголізм і наркоманію (крім обстежень на ВІЛ та СНІД);
- лікування безпліддя, включаючи хірургічні методи, штучне запліднення та імплантацію ембріона;
- оздоровчий масаж, гімнастика, бальнеологічні процедури для профілактики захворювань та зміцнення здоров'я дорослого населення;
- консультування і лікування осіб з вокальними порушеннями або задля їх профілактики, подання фоніатричної допомоги;
- лікування логоневрозів (заїкання) у дорослих;
- операції штучного переривання вагітності в амбулаторних умовах (методом вакуум-аспірації у разі затримки менструації терміном не більш як на 20 днів) та у стаціонарі (до 12 тижнів вагітності), **крім абортів за медичними показниками (ризик для здоров'я і життя жінки) і соціальними**

показаннями (цей вид показань застосовується до 22 тижнів вагітності. Не так давно цей список був досить широким, але на сьогодні причиною переривання вагітності за соціальними показниками може стати лише зачаття в результаті зґвалтування);

- медичні огляди:
 - для отримання виїзної візи (крім службових відряджень державних службовців та при виїзді на лікування за наявності відповідних медичних документів);
 - попередні профілактичні медичні огляди при прийнятті на роботу та для отримання посвідчення водія транспортних засобів (крім випадків, коли медичні огляди проводяться за направленнями органів державної служби зайнятості);
 - медичні огляди для отримання дозволу на право отримання та носіння зброї громадянами;
 - відповідні періодичні профілактичні медичні огляди;
- протезування в тому числі зубне, слухове та очне;
- корекція зору за допомогою окулярів та контактних лінз;
- стоматологічна допомога, що надається населенню госпрозрахунковими відділеннями, кабінетами закладів охорони здоров'я;
- лабораторні, діагностичні та консультативні послуги за зверненням громадян, що надаються без направлення лікаря, зокрема із застосуванням телемедицини²⁵;
- медична допомога хворим удома, зокрема із застосуванням телемедицини (діагностичне обстеження, процедури, маніпуляції, консультування, догляд);
- перебування у стаціонарі батьків у зв'язку з доглядом за дітьми віком понад 6 років, якщо це не зумовлено станом хворої дитини;

- перебування батьків разом з дітьми в дитячих санаторіях та надання їм послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру;
- надання санаторно-курортних послуг (реалізація путівок);
- проведення профілактичних щеплень особам, які від'їжджають за кордон за викликом, для оздоровлення в зарубіжних лікувальних або санаторних закладах, у туристичні подорожі тощо за власним бажанням або на вимогу сторони, що запрошує;
- проведення профілактичних щеплень усім особам, які бажають їх зробити поза схемами календаря профілактичних щеплень в Україні;
- медичне обслуговування, зокрема із застосуванням телемедицини, за договорами із суб'єктами господарювання, страховими організаціями (в тому числі з Фондом соціального страхування України);
- обстеження, консультування та лікування хворих із сексуальними розладами, за винятком тих, які є симптомами тяжких психічних розладів;
- проведення судово-психіатричної експертизи за межами територіального розподілу;
- проведення судово-медичної та судово-психіатричної експертизи у цивільних справах;
- надання висновку фахівця з питань судово-медичної та судово-психіатричної експертизи на запити юридичних і фізичних осіб;
- видача бланків особистої медичної книжки;
- видача копії медичної довідки, витягу з історії хвороби;
- медичне обслуговування за зверненням громадян, що надається в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук, які є учасниками пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення надання медичної допомоги.

ЩО РОБИТИ, ЯКЩО ЛІКАР ВИМАГАЄ КОШТИ ЗА ПОСЛУГИ, КОТРІ Є БЕЗОПЛАТНИМИ?

Потрібно дізнатися, чи працює заклад медичної допомоги з Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ)²⁷. І якщо медзаклад має договір з НСЗУ, то тоді необхідно звернутися зі скаргою на цілодобову Урядову гарячу лінію – 15-45²⁸. З жовтня 2018 року при НСЗУ запрацював власний контактний центр, куди також можна звернутися з такою скаргою (за телефоном 16-77²⁹). Якщо ж заклад ще не підписав договір із НСЗУ, тоді необхідно звернутися зі скаргою до головного лікаря цього закладу та/або до місцевого департаменту чи відділу охорони здоров'я при міських радах, районних та облдержадміністраціях.

МАТЕРИНСТВО І РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ



Материнство в Україні охороняється і заохочується державою (ст. 57 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»). Процеси виношування та народження дитини, пов'язані зі зміною фізіологічного, психічного стану жінки, часто призводять до змін у її соціальному житті. Вони можуть становити ризики для здоров'я жінки та майбутньої дитини, для їхнього життя.

Саме тому жінка має право сама вирішувати питання про материнство (ч. 3 ст. 57 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»).



ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Ніхто не може позбавити жінку права народити дитину. Ніхто не може примусити жінку народити дитину, включаючи і її чоловіка. Бо дружина має саме право на материнство, а не обов'язок (ст. 49 Сімейного кодексу України).

Право жінки самій вирішувати питання щодо планування вагітності та народження дитини

Це право полягає у тому, що жінка самостійно приймає рішення щодо народження дитини чи утримання від народження (контрацепція, штучне переривання вагітності), або приймає рішення про відмову від права на народження (стерилізація).

Якщо жінка прийняла рішення народити дитину, а її чоловік не бажає мати дитину або нездатний до зачаття дитини – їхній шлюб може бути розірваний.

У разі позбавлення жінки можливості народити дитину (репродуктивної функції) у зв'язку з виконанням нею конституційних, службових, трудових обов'язків або в результаті протиправної поведінки щодо неї, жінка може вимагати відшкодування завданої їй моральної шкоди.

Навіть якщо виношування вагітності, народження дитини може становити загрозу життю жінки або буде встановлено, що дитина матиме вроджені вади, не буде життєздатною – ані лікар, ані будь-яка інша особа не має права заборонити жінці народжувати. Виняток стосується вагітних віком до 14 років, а також жінок, визнаних в установленому законом порядку недієздатними, коли рішення приймають їхні законні представники. Обо'язок лікаря у такому випадку – доступно і максимально повно роз'яснити жінці усі можливі варіанти подальшого розвитку ситуації (ст. 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»).

Рішення приймає жінка. Якщо рішення жінки не відповідає рекомендаціям лікаря і може призвести до негативних наслідків, лікар має право взяти від жінки письмове підтвердження прийнятого нею рішення.

Зверніть увагу! Якщо має місце пряма загроза життю жінки, а лікар не має змоги запитати жінку чи її законного представника про рішення, то приймає рішення самостійно (ст. 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»).

У разі, коли жінка хоче народити дитину, але має проблеми із заплідненням чи виношуванням вагітності, вона має право на отримання лікування від безпліддя, на штучне запліднення (відповідні медичні послуги є платними).

Супровід під час вагітності

Все починається з вибору лікаря, разом з яким майбутня мама працюватиме заради благополучного виношування власної дитини. Жінка має право обирати і медзаклад, і лікаря (не обов'язково за місцем своєї реєстрації). А якщо стосунки з лікарем не складуться, можна обрати іншого. У законі прямо зазначено: «пациєнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим у будь-якому закладі охорони здоров'я за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування»³⁰. До речі, вибору пологового будинку цей закон також стосується (детальніше про вибір пологового будинку – далі у цьому розділі).

З вибором жіночої консультації³¹ краще не затягувати і визначитися до 12 тижнів вагітності. Бо саме у цей термін вагітності дитина стрімко розвивається, тому здоров'я майбутньої мами потребує пильної уваги. Але якщо жінка з будь-яких причин затягнула з цим питанням – не варто хвилюватися. Прийняти і поставити на облік жінку мають на будь-якому терміні вагітності.

Постановка на облік по вагітності також надає жінкам право на відпустку по вагітності та пологам з 30-го тижня вагітності. Якщо жінка не перебувала на обліку по вагітності, то вона буде мати право на відпустку лише починаючи з дати пологів.

Перший візит до лікаря – найтриваліший у часі. Так, лікар має зібрати інформацію про стан здоров'я жінки, провести обстеження, визначитися з терміном аналізів, заповнити медичні карти. Лікар має в доступній формі розказати про стан здоров'я жінки у період вагітності, мету проведення досліджень і лікувальних заходів, відповісти на усі питання вагітної. Якщо жінка почувається спокійніше, коли поряд близька людина (чоловік, мама, сестра чи подруга), вона може попросити цю людину піти до лікаря разом. Це не лише не заборонено, а навпаки – рекомендовано!

Коли вагітну жінку ставлять на облік, вона отримує обмінну карту. Це документ, у який під час кожного візиту лікар буде заносити всю потрібну інформацію: дані обстежень, призначення, дати наступних відвідувань.

Якщо вагітність розвивається без ускладнень, то жінці доведеться відвідати фахівця приблизно 7–9 разів. Якщо зустрічатися доведеться частіше, лікар має пояснити, що саме його турбує, і відобразити це в обмінній карті.

ВАЖЛИВО ПАМ'ЯТАТИ!

Цю обмінну карту жінка на останніх термінах вагітності має носити при собі, щоб, у випадку оформлення у пологовий будинок, документ був з нею.

При жіночій консультації вагітна жінка і члени її родини можуть пройти навчання у «Школі відповідального батьківства». На заняттях школи допоможуть більше дізнатися про вагітність, права жінки при вагітності, як реагувати на зміни в організмі, поводитися під час пологів, про потреби малюка і як про нього дбати тощо.

Перелік обов'язкових обстежень для вагітної

1-й візит (бажано до 12 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту?

- ☐ Оформлення лікарем медичної документації.
- ☐ Заповнення вагітною анкети вагітної.
- ☐ Збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання; акушерського, гінекологічного; стан здоров'я батька дитини).
- ☐ Виявлення факторів ризику гестаційного діабету (підвищення рівня цукру в крові під час вагітності).
- ☐ Виявлення факторів ризику прееклампсії (стан, який виникає лише при вагітності, пов'язаний з підвищенням артеріального тиску).
- ☐ Оцінка показань до направлення на медико-генетичну консультацію.
- ☐ Оцінка лікрем умов праці вагітної.
- ☐ Загальний огляд.
- ☐ Пальпація щитовидної залози.
- ☐ Аускультация серця і легенів (лікар послухає серце і легені вагітної за допомогою стетофондоскопа).
- ☐ Огляд та пальпація молочних залоз.

- ☐ Пальпація лімфатичних вузлів.
- ☐ Вимірювання артеріального тиску.
- ☐ Вимірювання пульсу (частота, ритмічність).
- ☐ Вимірювання температури тіла.
- ☐ Визначення зросту.
- ☐ Визначення маси тіла.
- ☐ Визначення індексу маси тіла.
- ☐ Гінекологічний огляд (у дзеркалах та бімануальне дослідження).
- ☐ Ультразвукове дослідження (далі – УЗД) у терміні вагітності від 11 тижнів + 1 день до 13 тижнів та 6 днів (визначення терміну вагітності, вимірювання комірцевого простору та виявлення ультразвукових маркерів вродженої та хромосомної патології).
- ☐ Призначення лабораторного обстеження:
 - Загальний аналіз сечі, включаючи тест на наявність білка.
 - Посів сечі (скринінг на безсимптомну бактеріурію).
 - Група крові та резус-фактор.
 - Наявність резус-антитіл (при Rh-негативній належності крові у вагітної та Rh-позитивній у батька майбутньої дитини).
 - Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів.
 - Серологічне обстеження на сифіліс (перше).
 - Тест на ВІЛ-інфекцію (перший).
 - Тест на наявність маркерів гепатиту В (HBsAg).
 - Мазок на цитологічне дослідження.
 - Мазок на флору (за показами).

☐ Надання розгорнутої інформації щодо:

- необхідності прийому фолієвої кислоти (400 мкг) до 12 тижнів вагітності;
- доцільності ведення щоденника самопочуття до кінця вагітності;
- раціонального харчування під час вагітності, гігієни харчування для зниження ризику виникнення харчових інфекцій (лістеріоз, сальмонельоз, токсоплазмоз);
- здорового способу життя, включаючи: припинення куріння, вживання алкоголю, наркотичних речовин;
- оптимальних умов праці під час вагітності;
- внутрішньоутробного розвитку плода;
- статевого життя протягом вагітності;
- фізичних вправ, включаючи такі, що зміцнюють м'язи тазового дна;
- необхідності відвідування школи відповідального батьківства протягом вагітності, бажано з партнером;
- можливих загрозливих симптомів під час вагітності.

☐ Скерування до дільничного терапевта по «Виписку з амбулаторної карти». У випадку, якщо спостереження за жінкою здійснює сімейний лікар, така виписка заповнюється ним при першому візиті.

☐ Заповнення вагітною жінкою інформованої згоди.

**2-й візит
(не пізніше 2 тижнів
після 1-го візиту)**

Що повинно бути зроблено під час візиту?

- ☐ Оцінка лікарем та обговорення з жінкою результатів обстежень.
- ☐ Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менш ніж 110 г/л, обговорення питання необхідності раціонального харчування (вживання м'яса, бобових, зелених овочів, цитрусових) та доцільність прийому препаратів заліза.
- ☐ Якщо у жінки Rh-негативний, а у батька майбутньої дитини Rh-позитивний тип крові, у разі відсутності у неї антитіл, повинна бути обговорена необхідність введення жінці анти-резус імуноглобуліну на 28–32 тижні вагітності.
- ☐ Обстеження:
 - вимірювання артеріального тиску;
 - вимірювання пульсу (частота, ритмічність);
 - вимірювання температури тіла;
 - лабораторне обстеження – загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка;
 - УЗД в терміні вагітності від 18 тижнів до 20 тижнів та 6 днів (визначення структурних аномалій плода);
 - обговорення даних, занесених до щоденника самопочуття, з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів.

3-й візит (19–21 тиждень вагітності, після проходження другого УЗД)

Що повинно бути зроблено під час візиту?

- ☐ Надання розгорнутої інформації щодо результатів попереднього УЗД.
- ☐ Обстеження:
 - вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми;
 - вимірювання артеріального тиску;
 - вимірювання пульсу (частота, ритмічність);
 - вимірювання температури тіла.
- ☐ Направлення на обстеження:
 - тест на ВІЛ-інфекцію (другий, на 22–23 тижні вагітності);
 - загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка.
- ☐ Обговорення даних, занесених до щоденника самопочуття, з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів.

4-й візит (25–26 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту?

- ☐ Надання розгорнутої інформації щодо всіх отриманих результатів обстежень, необхідності проведення обстежень перед оформленням відпустки по вагітності та пологах.
- ☐ Обстеження:
 - вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми;
 - вимірювання артеріального тиску;
 - вимірювання пульсу (частота, ритмічність);
 - вимірювання температури тіла;
 - огляд ніг на наявність варикозно розширених вен;
 - аускультация серцебиття плода (лікар послухає як б'ється серце майбутнього малюка).
- ☐ Направлення на обстеження:
 - загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів у 29 тижнів;
 - серологічне дослідження на сифіліс (друге) у 29 тижнів;
 - наявність резус-антитіл (при Rh-негативній належності крові у жінки та Rh-позитивній у батька майбутньої дитини);
 - загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка;

- двогодинний тест толерантності до глюкози всім вагітним.

- ☐ Обговорення даних, занесених до щоденника самопочуття з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів.
- ☐ Надання жінці адрес пологових будинків (відділень) та їх номерів телефонів, куди можна негайно звернутися по медичну допомогу.
- ☐ Призначення анти-резус імуноглобуліну.

5-й візит (30 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту?

- ☐ Надання розгорнутої інформації щодо всіх отриманих результатів обстежень.
- ☐ Обговорення даних, занесених до щоденника самопочуття з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів.
- ☐ Підготовка до пологів та народження дитини, партнерських пологів.
- ☐ Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менш ніж 110 г/л, обговорення питання необхідності прийому препаратів заліза.
- ☐ Обстеження:
 - огляд та пальпація молочних залоз;
 - вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми;
 - вимірювання артеріального тиску;
 - вимірювання пульсу (частота, ритмічність);
 - вимірювання температури тіла;
 - огляд ніг на наявність варикозно розширених вен;
 - аускультація серцебиття плода³².
- ☐ Лабораторне обстеження:
 - загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка.

6-й візит (34–35 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту?

- ☐ Обстеження:
 - вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми;
 - вимірювання артеріального тиску;
 - вимірювання пульсу (частота, ритмічність);
 - вимірювання температури тіла;
 - огляд ніг на наявність варикозно розширених вен;
 - аускультация серцебиття плода.
- ☐ Лабораторне обстеження:
 - загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка.
- ☐ Надання розгорнутої інформації щодо всіх отриманих результатів обстежень.
- ☐ Обговорення даних, занесених до щоденника самопочуття, з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів та необхідності своєчасного звернення по медичну допомогу. Надання адрес пологових будинків (відділень) та номерів телефонів, куди жінка зможе звернутись по медичну допомогу.

7-й візит (38 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту?

- ☐ Обстеження:
 - вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми;
 - вимірювання артеріального тиску;
 - вимірювання пульсу (частота, ритмічність);
 - вимірювання температури тіла;
 - огляд ніг на наявність варикозно розширених вен;
 - аускультация серцебиття плода.
- ☐ Лабораторне обстеження:
 - загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка.
- ☐ Надання розгорнутої інформації щодо дій жінки у разі початку пологової діяльності, вилиття навколоплідної рідини або появи можливих загрозливих симптомів; післяпологової контрацепції.
- ☐ Обговорення даних, занесених до щоденника самопочуття. Надання адрес пологових будинків (відділень) та номерів телефонів, куди жінка може звернутись по своєчасну медичну допомогу.

8-й візит (40 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту?

☐ Обстеження:

- вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми;
- вимірювання артеріального тиску;
- вимірювання пульсу (частота, ритмічність);
- вимірювання температури тіла;
- огляд ніг на наявність варикозно розширених вен;
- аускультация серцебиття плода.

☐ Лабораторне обстеження загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка.

☐ Надання розгорнутої інформації щодо:

☐ можливих дій при переносеній вагітності,

- післяпологової контрацепції,
- адрес пологових будинків (відділень) та номерів телефонів куди можна звернутись по своєчасну медичну допомогу.

☐ Обговорення даних, занесених до щоденника самопочуття.

9-й візит (41 тиждень вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту?

☐ Обстеження:

- вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми;
- вимірювання артеріального тиску;
- вимірювання пульсу (частота, ритмічність);
- вимірювання температури тіла;
- огляд ніг на наявність варикозно розширених вен;
- аускультация серцебиття плода.

☐ Лабораторне обстеження:

- загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка.

☐ Надання розгорнутої інформації щодо можливої подальшої тактики ведення вагітності (індукція пологової діяльності або «очікувальне» ведення, обговорення позитивних та негативних наслідків кожного з варіантів); післяпологової контрацепції; адрес пологових будинків (відділень) та номерів телефонів, куди можна звернутися по своєчасну медичну допомогу.

☐ Обговорення даних, занесених до щоденника самопочуття.

Пологовий будинок

Право обирати пологовий будинок і лікаря, який буде приймати пологи, регламентує Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Так само незмінним залишається право на отримання інформації. Медичні працівники мають відповісти жінці на запитання про стан її здоров'я та здоров'я малюка, результати аналізів, будь-які маніпуляції, які робитимуть, тощо. До того ж всю інформацію мають надати не лише усно, а й письмово. Тобто, якщо жінка виявила бажання переглянути записи в історії пологів, відмовити їй не мають права.

Уся важлива інформація про здоров'я має бути надана жінці вчасно. Крім того, на проведення будь-яких додаткових лікувальних або діагностичних заходів лікар зобов'язаний отримати згоду пацієнтки (згідно зі ст. 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»). Згода на медичне втручання не потрібна лише в невідкладних випадках, коли є реальна загроза здоров'ю чи життю пацієнтки або дитини.

РЕКОМЕНДУЄМО ДОДАТКОВО ОЗНАЙОМИТИСЬ!

Права породіллі, регламентовані у низці документів.⁵²

Коли саме час збиратися до пологового будинку і що потрібно мати з собою для комфортного перебування з новонародженою дитиною – жінці розповідає лікар у жіночій консультації. Якщо ж раптом щось іде не за планом, жінка завжди може

викликати «швидку» або навіть, звернутися до пологового будинку самостійно. Якщо жінка відчуває переймоподібний біль внизу живота та крижах з появою слизово-кров'яних або водянистих (у разі відходження навколоплідних вод) виділень із піхви, якщо наявні перейми тривалістю 15–20 секунд з періодичністю 10 і менше хвилин – **це означає початок пологів**.

У пологовому будинку жінку оглядає черговий лікар приймального відділення і приймає рішення щодо необхідності госпіталізації.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

При цьому жінка має право на високу культуру медичного обслуговування з перших хвилин знаходження в пологовому будинку, і всі працівники акушерського стаціонару повинні володіти сучасними методиками психологічної підтримки вагітних і породіль.

Щоб почуватися спокійніше і впевненіше, жінка має право запросити близьку людину підтримати її під час пологів. Лікарі з повагою ставляться до такого бажання. Під час пологів можуть бути присутні не більше двох людей. Хто саме це буде – чоловік, мати, сестра чи подруга, – вирішує сама жінка. Необхідно подумати про це заздалегідь, аби ці люди встигли пройти навчання у «Школі відповідального батьківства» і підготуватися до своєї ролі в пологах. Крім того, потрібно завчасно звернутися до адміністрації пологового будинку і повідомити про свої плани на партнерські пологи.

Принципи ведення нормальних пологів

- визначення плану ведення пологів та обов'язкове поінформоване узгодження його з жінкою / сім'єю;
- заохочення емоційної підтримки роділлі під час пологів (організація партнерських пологів);
- моніторинг стану матері, плода та прогресування пологів;
- використання партограми³³ для прийняття рішення щодо перебігу пологів, а також необхідності та об'єму втручань;
- широке використання немедикаментозних засобів для знеболення пологів;
- заохочення жінки до вільного пересування під час пологів та забезпечення можливості вільного вибору положення для народження дитини;
- оцінка стану дитини при народженні, забезпечення контакту «шкіра-до-шкіри» між матерями та новонародженими, прикладання до грудей матері за появи пошукового та смоктального рефлексу;
- профілактика післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, шляхом використання методики активного ведення третього періоду пологів.

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!

Не рекомендується рутинне призначення клізми та гоління лобка роділлі.

Роль молодшої медичної сестри:

- пропонує жінці прийняти душ, одягнути чистий домашній одяг (за відсутності – лікарняну білизну);
- слідкує за станом одягу партнерів: їм також потрібна зміна одягу на чистий домашній одяг (за відсутності – одноразовий комплект);
- супроводжує породіллю та її партнерів в індивідуальну пологову палату.

Умови забезпечення нормальних пологів

- індивідуальна пологова кімната, яка має бути максимально наближена до домашніх умов (індивідуальні пологові зали і окреме перебування мами з дитиною впроваджуються для того, щоб малюк з перших днів отримав «домашню» мікрофлору);
- персональна психологічна підтримка породіллі обраними партнерами, які мають бути підготовленими до участі в пологах;
- досягнення порозуміння, психологічна підтримка породіллі медичним персоналом;
- пояснення необхідності проведення кожної процедури і маніпуляції та одержання дозволу жінки на їх проведення;
- підтримання доброзичливої атмосфери при розродженні;
- шанобливе ставлення до бажань жінки, забезпечення конфіденційності:
 - підтримання чистоти породіллі та її оточення;
 - заохочення самостійно прийняти ванну чи душ під час пологів;

- перед кожним внутрішнім акушерським дослідженням зовнішні статеві органи і промежину роділлі обмивають чистою теплою водою.
- забезпечення рухливості породіллі:
 - жінку заохочують до активної поведінки під час пологів;
 - допомагають вибрати положення для пологів.
- підтримка прийому жінкою їжі і напоїв за її бажанням.

Післяпологовий період

Післяпологовий період починається відразу після закінчення пологів і триває протягом 8 тижнів.

Основні принципи післяпологового догляду медичними працівниками:

1. Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини:
 - оцінка стану матері, вимірювання та реєстрація температури, артеріального тиску, визначення характеру та частоти пульсу, звернення уваги на молочні залози (визначення їх форми, можливе нагрубання, стан сосків, наявність тріщин на них);
 - постійний контроль за післяпологовими виділеннями та відновленням матки;
 - виконання вправ післяпологової гімнастики.
2. Підтримка раннього грудного вигодовування. Контакт «шкіра до шкіри» та раннє прикладання новонародженого до грудей, цілодобове сумісне перебування матері та новонародженого, заохочення матері вибрати ту позицію при грудному вигодовуванні, яка буде найбільш комфортною як для неї, так і для дитини – сприяє тривалому

та успішному вигодовуванню. Це забезпечує емоційний контакт та надає породіллі можливість висловлювати свої материнські почуття.

3. Підтримка у матері відчуття впевненості в собі.

Надання матері точної та вичерпної інформації протягом усього післяпологового періоду відносно її стану та стану новонародженого, розвиток навичок якісного догляду та спостереження за дитиною – підвищать відчуття впевненості в собі, а також нададуть можливість своєчасно звернутися по допомогу у разі необхідності.

4. Проведення консультування з питань планування сім'ї та догляду за дитиною після виписки.

Якщо з мамою і малюком все добре, вони мають знаходитися разом до самої виписки. При цьому, у палаті має перебувати лише мати з дитиною. Жінка може годувати дитину, спираючись на її потреби, а не на штучно складений розклад. Навіть якщо жінці зробили кесарів розтин і їй складно підняти дитину, щоб прикласти до грудей, в цьому їй повинні допомогти акушери. Наукові дослідження довели, що до 4–5 місячного віку грудне молоко – найкраща їжа для малюка. Дитина не потребує ані додаткової водички, ані соку.

Родичі породілі мають право на відвідування її і дитини щодня, якщо породілля знаходиться в окремій палаті без інших породіль. Родичі мають право залишатися з нею ночувати. Пологовий будинок сам встановлює правила відвідувань та сумісних перебувань членів родини, про що можна заздалегідь поцікавитись у пологовому будинку або у свого лікаря.

Виписування породіллі додому

За відсутності відхилень від фізіологічного перебігу післяпологового періоду, породілля з новонародженим виписується на 3 добу додому.

Виписка породіллі зі стаціонару проводиться після об'єктивної оцінки стану матері:

- відсутність скарг;
- стабільні показники гемодинаміки;
- відсутність кровотечі;
- відсутність ознак інфікування.

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!

Не існує доказів на користь необхідності рутинного ультразвукового обстеження органів малого тазу жінок в післяпологовому періоді.

Під час виписки породілля отримує декілька документів про стан здоров'я її та малюка, які знадобляться в поліклініці і службі соціального забезпечення. Витяг з історії розвитку пологів, а також висновок про стан здоров'я матері – необхідно віддати гінекологу. Витяг, що містить дані про параметри і стан здоров'я малюка в день народження і на момент виписування з пологового будинку – педіатру. Довідка про народження дитини знадобиться під час реєстрації дитини і в службі соціального забезпечення для отримання одноразової допомоги на дитину.

У день виписки з пологового будинку жінка повинна отримати на руки такі документи:

1. Медичне свідоцтво про народження (форма № 103/о³⁴). Це свідоцтво є підставою для

державної реєстрації народження дитини в органах державної реєстрації актів цивільного стану.

Наразі свідоцтво про народження дитини можна отримати і в деяких пологових будинках, їх перелік розміщено на сайті Міністерства юстиції України³⁵. Якщо жінка скористалася правом на отримання свідоцтва про народження дитини у пологовому будинку, то під час виписки вона не отримує медичного свідоцтва про народження.

У разі народження мертвої дитини видається свідоцтво про смерть (форма № 106/о).

2. «Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про породіллю». Це талон 2 обмінної карти. Його треба передати до жіночої консультації, де жінка перебувала на обліку по вагітності.
3. «Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про новонародженого». Це талон 3 обмінної карти. Він передається до дитячої поліклініки (Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 113/о «Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні»³⁶).

Починаючи з 1 вересня 2018 р. усім сім'ям, в яких народилась дитина, надається одноразова натуральна допомога «Пакунок малюка». Видача такої допомоги відбувається під час виписки новонародженого з пологового будинку. «Пакунок малюка»³⁷ видається на кожну новонароджену дитину і не залежить від матеріального стану батьків.

У пологовому будинку жінка отримує вичерпні консультації з питань вигодовування новонародженої дитини, післяпологової контрацепції та про основні загрозливі симптоми післяпологового періоду.

Реєстрація народження дитини провадиться за місцем народження або за місцем проживання її батьків, або одного з них, за їх письмовою заявою. До речі, зятягувати з цим не варто: заяву про реєстрацію народження дитини батьки зобов'язані подати невідкладно, але не пізніше одного місяця з дня народження дитини, а при народженні мертвої дитини – не пізніше трьох діб. Для реєстрації знадобиться документ медичного закладу про народження дитини і паспорти батьків.

Педіатра, який буде допомагати дбати про здоров'я дитини, батьки так само мають право обирати на власний розсуд. Для цього потрібно підписати таку саму декларацію, яку підписують, обираючи сімейного лікаря. Знадобиться свідоцтво про народження дитини, паспорт та індивідуальний податковий номер платника податків когось з батьків. І з моменту підписання декларації лікар і медична сестра дитини будуть проводити регулярні профілактичні огляди.

Приблизна схема кратності обов'язкових медичних профілактичних оглядів дитини до року (наказ Міністерства охорони здоров'я України № 434 від 24.11.2002 року)

Вік дитини	Лікар	Медична сестра, фельдшер	Лікарі-спеціалісти	Лабораторні та інструментальні методи досліджень
Ново-народжена	У перші 3 доби після виписування з пологового будинку (вдома) на 20-ту добу життя (вдома)	У перші 3 доби після виписування з пологового будинку (вдома), потім 1 раз на тиждень (вдома)	–	–
Ново-народжена групи ризику	У перші 3 доби після виписування (вдома), через добу після першого відвідування, 14 і 20 діб (вдома)	У перші 3 доби після виписування спільно з лікарем, далі через день до 14 діб життя дитини; потім 1 раз на тиждень (вдома)	–	–
1 місяць	В умовах амбулаторно-поліклінічного закладу	В умовах амбулаторно-поліклінічного закладу	Ортопед-травматолог, невролог	–
До 1 року	1 раз на місяць (в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу) Для дітей групи ризику додатково до 6 місяців 1 раз на місяць (вдома)	2 рази на місяць	У перші 3 місяці: хірург, ортопед, невролог, офтальмолог та інші спеціалісти за показаннями	У перші 3 місяці: загальний аналіз крові й сечі У 1 рік: загальний аналіз крові й сечі, аналіз калу на яйця глистів

Післяпологова контрацепція

Коли жінка з малюком повертається додому, життя потребує певних змін. Одне з важливих питань, про які треба подбати – вибір засобів контрацепції. Бо жінка може завагітніти навіть під час годування грудьми, ще до початку першої менструації.

На що варто звернути увагу, обираючи метод контрацепції? Важливо зважати, чи годує жінка малечу грудьми, оскільки деякі засоби контрацепції негативно впливають на лактацію і здоров'я дитини. Необхідно зважати й на надійність того чи іншого методу. А також варто знати, що не всі методи контрацепції захищають від захворювань, які передаються статевим шляхом. Далі розглянемо відповідні методи:

Метод лактаційної аменореї (МЛА)

(відсутність менструацій під час грудного вигодовування)

Гормон пролактин, який виробляється в організмі жінки після пологів, стимулює лактацію. Одночасно пролактин пригнічує овуляцію. Немає овуляції – немає й можливості завагітніти. Цей природний метод контрацепції безпечний для здоров'я мами і дитини.

ВАЖЛИВО:

годування має бути виключно грудним – не менше 8-10 разів на добу; під час введення прикорму ефективність методу знижується; метод дієвий лише до відновлення менструального циклу (зазвичай у перші 6 місяців після пологів).



Переваги:

1. безпечний для здоров'я матері і дитини;
2. простий у застосуванні;
3. сприяє відновленню організму матері після пологів;
4. зменшує вірогідність післяпологових ускладнень;
5. не пов'язаний зі статевим актом.



Недоліки

1. найменш ефективний засіб післяпологової контрацепції;
2. не захищає від захворювань, які передаються статевим шляхом;
3. втрачає ефективність при зменшені інтенсивності годування грудьми;
4. втрачає ефективність при зменшені кількості молока.

Цей метод контрацепції ефективний у разі:

- виключно грудного вигодовування без догодовування (припустима частка догодовування – не більше 15%).
- використання режиму «вільного вигодовування» – дитина отримує груди на першу вимогу.

Прогестагенові контрацептиви
(імпланти, протизаплідні таблетки
прогестагенового ряду або прогестагенові
ін'єкційні контрацептиви)

Чисто прогестинові таблетки

У разі годування грудьми, таблетки можна почати приймати не раніше, ніж через 6 тижнів після пологів. Приймати таблетки потрібно регулярно, щодня, не роблячи перерви на менструацію. Препарат слід приймати в той самий час, бо період його напіввиведення становить 22–24 години. Контрацептивна дія проявляється через 48 годин. Тож у цей період застосовуйте додаткову контрацепцію. У разі пропуску препарату або прийому таблетки пізніше, ніж через 24 години, забуту таблетку слід прийняти якомога швидше, і надалі дотримуватися схеми прийому таблеток, в той же час використовуючи й інші види контрацепції перші 48 годин.

Ін'єкційні контрацептиви

Ін'єкційні контрацептиви містять гормон – гестаген. Лікар вводить розчин в м'язи, звідки препарат повільно виводиться, забезпечуючи контрацепцію на 8–12 тижнів (залежно від виду препарату).

Підшкірний імплантат

Підшкірний імплантат також містить лише гестаген. Лікар вводить під шкіру передпліччя капсулу, з якої гормон буде виділятися з постійною швидкістю. Контрацептив дієвий протягом 5 років, але потім ефективність різко знижується. Після завершення використання препарату відновлення регулярного менструального циклу і здатності до зачаття відбувається протягом року.



Переваги:

1. ефективність методу – 99% (у таблеток дещо нижче, за рахунок недотримання режиму прийому);
2. не впливає на артеріальний тиск, показники згортання крові, отже, не викликає розвитку тромбозу, незначно впливає на обмін ліпідів і функцію печінки;
3. не впливає на якість і кількість грудного молока;
4. не пов'язаний зі статевим актом.



Недоліки

1. у разі грудного вигодовування, не рекомендований у перші 6 тижнів після пологів, бо в цей час прогестаген може негативно вплинути на розвиток дитини;
2. не захищає від захворювань, які передаються статевим шляхом;
3. можуть з'явитися нерегулярні кров'яністі виділення.

Слід пам'ятати:

- при грудному вигодовуванні, не використовується в перші 6 тижнів після пологів (виняток – коли інші методи неприйнятні або недоступні);
- при МЛА не використовується до 6 місяців після пологів;
- якщо немає грудного вигодовування, можна застосовувати негайно;

- якщо немає грудного вигодовування, і після пологів пройшло більше 6 тижнів або у жінки відновилися менструації – перш ніж використовувати потрібно переконатися, що немає вагітності.

Внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК)

Внутрішньоматковий контрацептив або, як його ще називають – спіраль, розташовують у порожнині матки. ВМК фізично заважає прикріпитися плідному яйцю, оскільки порожнина матки зайнята спіраллю.

Цим методом можна скористатися одразу після неускладнених пологів за відсутності протипоказань. Якщо ВМК не введена протягом 48 годин після пологів, тоді використання методу відкладають до 4 тижнів після пологів, коли зменшується ризик її випадіння. Якщо у жінки, яка годує грудьми відновилися менструації, ВМК можна ввести в будь-який день менструального циклу.



Переваги:

1. не впливає на лактацію і здоров'я дитини;
2. має негайний контрацептивний ефект;
3. тривала ефективність (до 5 років);
4. ефективність методу наближається до 98%;
5. можливість видалення ВМК у будь-який момент;
6. швидке відновлення здатності до зачаття після видалення ВМК.



Недоліки

1. встановлює і видаляє лікар;
2. не підходить жінкам, які мають кілька статевих партнерів, а також перенесли запальні захворювання;
3. іноді викликає неприємні відчуття внизу живота;
4. у деяких випадках провокує більш рясні і болючі менструації;
5. протипоказане жінкам з ускладненими пологами (кровотеча, анемія, інфекції).

Слід пам'ятати:

Якщо ВМК встановлюється пізніше ніж 48 годин після пологів – потрібно переконатися, що жінка не вагітна.

При використанні ВМК слід не рідше, ніж 1 раз на 6 місяців відвідувати гінеколога. Бо «вусики» спіралі є входом для проникнення в порожнину матки інфекції, яка провокує запальні процеси піхви і шийки матки. ВМК не слід носити більше 5 років.

Добровільна хірургічна стерилізація (ДХС)

Це оперативний метод незворотної контрацепції. При цьому у жінок перев'язуються або накладаються кліми на маткові труби. У чоловіків перев'язуються сім'явіносні протоки.

Жіноча стерилізація здійснюється одразу після неускладнених пологів, під час кесаревого розтину, або протягом 7 днів після пологів. Якщо стерилізацію не проведено протягом 7 днів після пологів, її відкладають до 6 тижнів після пологів. Післяпологову міні-лапаротомію проводять під місцевою анестезією. Це зменшує ризик для матері і час розлучення матері з дитиною.

Чоловіча стерилізація (вазектомія)

Вазектомія робиться в будь-який час під місцевою анестезією. Через невеликий розріз на мошонці перев'язуються сім'явиносні протоки. Не впливає на чоловічу потенцію.

Ефект настає протягом 3 місяців. До цього часу використовують додаткову контрацепцію.

Ефективність підтверджується за допомогою спермограми – фіксується відсутність сперматозоїдів в еякуляті.



Переваги:

1. стійкий високоефективний метод контрацепції (ефективність 100%);
2. не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини;
3. ефект виникає одразу ж після проведення операції.



Недоліки

1. незворотність;
2. невелика вірогідність післяопераційних ускладнень.

Слід пам'ятати:

Стерилізація – незворотний метод контрацепції. Тож він підходить лише людям, які впевнені, що більше мати дітей не захочуть.

Бар'єрні методи (презервативи, діафрагми, сперміциди)

Більшість бар'єрних методів може використовуватися в будь-який час після пологів. Якщо виникла необхідність відкласти початок використання іншого методу, бар'єрні підійдуть на проміжний період.



Переваги:

1. презервативи захищають від захворювань, які передаються статевим шляхом;
2. не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини;
3. доступний і відносно дешевий;
4. використання сперміцидів під час статевого акту компенсує проблему вагінальної сухості.



Недоліки

1. ефективність від 70% до 90%;
2. використовуються безпосередньо перед статевим актом;
3. інколи викликають алергічні реакції.

Слід пам'ятати:

Починати використовувати діафрагму зі сперміцидами, яка встановлюється на шийку матки, можна через 6 тижнів після пологів.

Комбіновані гормональні пероральні контрацептиви (КОК і КІК)

Комбіновані гормональні таблетки можна розглядати після припинення грудного вигодовування або якщо інші методи неприйнятні. У другому випадку їх призначення розглядається не раніше, ніж через 6 місяців після пологів, бо до цього терміну комбіновані гормональні препарати зменшують кількість грудного молока.

Якщо ви взагалі не годуйте грудьми, то можете використовувати комбіновані таблетки через 3 тижні після пологів. Якщо це зробити раніше, збільшується ризик підвищеного тромбоутворення.



Переваги:

1. при правильному і регулярному застосуванні ефективність близько 99 %;
2. має профілактичний вплив на деякі захворювання жіночих статевих органів і молочних залоз;
3. після припинення прийому швидко відновлюється здатність до зачаття.



Недоліки

1. прийнятне лише при відмові від грудного вигодовування;
2. велика кількість протипоказань;
3. призначається лише лікарем після обстеження;
4. суворе дотримання графіка прийому.

Слід пам'ятати:

- жінки, які під час вагітності мали гестоз, можуть використовувати комбіновані таблетки за умов відновлення нормального артеріального тиску і показників крові.
- КОК і КІК приймають щодня, без пропусків, в один і той же час. При недотриманні правил та умов прийому ефективність методу різко знижується. Враховуючи протипоказання, препарат призначається лікарем після обстеження. Необхідно виключити: свіжі тромбоемболії, гормонально залежні пухлини, вроджені дефекти видільної функції печінки, прогресуючі захворювання печінки, серповидно-клітинну анемію, судинні захворювання мозку, перенесений інфаркт міокарда та ішемічну хворобу серця. Крім того, потрібно виявити фактори ризику: перенесені тромбози і тромбоемболії, порушення функції печінки із застоєм жовчі, гепатит, захворювання жовчного міхура, гіпертонію, цукровий діабет, епілепсію, виразковий коліт – захворювання товстого кишечника, алергію, міому матки, хронічні захворювання нирок.

Календарний метод планування сім'ї

Може використовуватися з моменту відновлення регулярності менструального циклу. Враховуючи, що ймовірність зачаття вища за 2-3 дні до овуляції і через такий же час після, в ці дні слід або утримуватися від сексуального життя, або використовувати додатковий метод контрацепції.



Переваги:

1. природний метод;
2. безпечний для здоров'я матері і дитини.



Недоліки

1. найменш ефективний засіб післяпологової контрацепції;
2. не захищає від захворювань, які передаються статевим шляхом;
3. до відновлення регулярних менструацій важко оцінювати консистенцію цервікального слизу;
4. якщо ви прокидаєтеся вночі, щоб погодувати дитину грудьми, базальна температура тіла змінюється, і дослідження температури зранку може дати хибні результати.

Безпліддя, альтернативні методи зачаття

Аби краще розібратися у причинах проблеми і зрозуміти, з чого почати лікування лікарі створили різні класифікації. Наприклад, безпліддя поділяють на первинне (жінка ніколи не була вагітною) і вторинне (раніше вагітності були). А ще за допомогою класифікації можна приблизно оцінити шанси на одужання і визначити шляхи досягнення мети. За причинами безпліддя класифікують як:

Абсолютне – зачаття природним шляхом неможливе. Тому що внаслідок хірургічних втручань або аномалій розвитку, наявне істотне пошкодження чи відсутність якогось з репродуктивних органів (яєчників, фаллопієвих труб, матки).

Трубно-перитонеальне – через непрохідність фаллопієвих труб як наслідок запальних або інфекційних захворювань, ендометріозу, абортів в анамнезі та іншими. Є одним з найпоширеніших видів безпліддя.

Ендокринне. До цього виду відносять майже 40% випадків безпліддя. Гормональні порушення, призводять до відсутності або рідкості овуляції. Гормональний збій може виникнути ще в підлітковому віці. Важливо уважно поставитися до лікування, щоб уникнути ендокринного безпліддя в майбутньому.

Маткове. Випадок, коли є перешкода проникненню сперматозоїдів до фаллопієвої труби або прикріпленню заплідненої яйцеклітини до стінки матки, наприклад, при ендометріозі, міомі матки, поліпах та ін.

Імунологічне. Йдеться про несумісність партнерів, коли антиспермальні антитіла жіночого організму перешкоджають заплідненню сперматозоїдами

конкретного чоловіка. Завагітніти від цього чоловіка можливо, наприклад, за допомогою штучної інсемінації.

Психогенне. Стреси, емоційні перенавантаження, перенапруження, перевтоми, надмірна зацікленість на бажанні народити, теж можуть перешкоджати вагітності.

Підозра на безпліддя та лікування безпліддя

Вчасно розпочате лікування дає позитивні результати в більшості випадків. Що саме робити – визначить та призначить необхідне лікування лікар, спираючись на причину захворювання: можливо, лікування інфекцій або ж прийом гормональних препаратів чи хірургічне втручання.

У деяких випадках лікар порекомендує звернутися до допоміжних репродуктивних технологій, таких як екстракорпоральне запліднення, штучна інсемінація, сурогатне материнство та інше.

Якщо протягом року жінка робила активні спроби завагітніти, але марно – їй необхідно звернутися до лікаря. У жінки, котра старша за 35 років, підозра щодо безпліддя має виникнути уже через півроку. У таких випадках не варто втрачати час. Адже кількість яйцеклітин, здатних до запліднення зменшується з кожним місяцем. Потрібно піти до лікаря-гінеколога або сімейного лікаря, який проведе обстеження і призначить адекватне лікування або спрямує до вузького спеціаліста.

Діагностика включає:

- Збір анамнезу. Лікар ставить необхідні питання щодо симптомів, які турбують, попередніх захворювань і операцій, наявності дітей і попередніх вагітностей, про сімейну історію хвороб тощо.
- Огляд на гінекологічному кріслі.

! ТРИВОЖНІ ОЗНАКИ

Що має насторожити жінку і підштовхнути до візиту до гінеколога? По-перше, будь-яке порушення менструального циклу. Наприклад, відчутне збільшення його тривалості або скорочення (менше 21 або більше 35 днів). По-друге, зміна характеру менструацій (занадто рясні або мізерні) чи поява в цей період сильних хворобливих відчуттів. По-третє, одна з найвагоміших ознак безпліддя – відсутність менструації. Не варто чекати кілька місяців, що все налагодиться саме – слід звертатися до лікаря вже через тиждень після затримки.

- Аналізи на визначення рівня гормонів і присутності інфекції.
- Визначення наявності антиспермальних тіл.
- УЗД для визначення стану матки, яєчників і прохідності фаллопієвих труб.

У більшості випадків після обстеження лікарям вдається визначити причину безпліддя і зробити адекватне призначення.

Профілактичні огляди дівчаток та жінок (гінеколог, мамолог, онколог)

Профілактичні медичні огляди спрямовані на збереження здоров'я жінок, профілактику і ранню діагностику онкологічних захворювань, допомогу у виборі контрацепції.

Огляди дівчаток

Перший гінекологічний огляд дівчинки проводить неонатолог у пологовому будинку. Якщо в подальшому дівчинка нормально розвивається, її нічого не турбує, то потреби регулярно відвідувати гінеколога немає. Досить загальних профілактичних медоглядів, які дитина проходить у педіатра чи сімейного лікаря. Але якщо дитину щось турбує, з'явилися больові відчуття, будь-які припухлості, висипи чи виділення – необхідно звернутися до дитячого гінеколога. Важливо враховувати, що статтею 284 Цивільного кодексу України визначено, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, проводиться за її згодою, і вона, так само, як доросла жінка, має право на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. Дитині, яка не досягла 14 років, медична допомога надається за згодою законних представників. Огляд такої дитини не може відбуватися без присутності законних представників,

якими можуть бути батьки, усиновлювачі, піклувальники чи інші особи, визначені законом.

Огляди жінок

В Україні загальноприйнята норма профілактичних гінекологічних оглядів для жінки, яка не має проблем зі здоров'ям і має сексуальні стосунки з постійним партнером – 2 рази на рік, мінімум – 1 раз на рік. Саме такого ритму оглядів варто притримуватися з 18 років, а якщо дівчина почала жити статевим життям раніше, то від початку статевого життя. Лікар огляне стан тканин жіночих органів, візьме потрібні мазки з піхви на необхідні аналізи, перевірить молочні залози на наявність пухлин, можливо, призначить УЗД органів малого тазу (раз на 1–2 роки). Якщо у лікаря нічого не викличе стурбованості, можна буде повернутися через рік. Якщо щось у результатах аналізів викличе сумніви, то фахівець призначить додаткове обстеження. Профілактичний онко-гінекологічний огляд має на меті виявити початкові форми проблем зі здоров'ям, зокрема, раку шийки матки і молочних залоз. Це найчастіші форми новоутворень у жінок. І якщо їх діагностувати вчасно, вони добре лікуються.

З віком жіноче здоров'я потребує більшої уваги, бо збільшується імовірність виникнення злоякісних новоутворень. Після 30 років до оглядів додаються тест на ВПЛ (вірус папіломи людини) – один раз на 5 років. А після 40 років – мамографія – 1 раз на 1–2 роки.

Профілактика онкологічних захворювань

Онкологічних хворих, за статистичними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, більше з кожним роком. Фахівці пов'язують це із забрудненням навколишнього середовища, збільшенням тривалості життя, шкідливими звичками,

спадковістю та іншими причинами. Проте первинна профілактика дозволяє знизити ймовірність розвитку злоякісного процесу на 70–90%. А раннє звернення хворих до лікаря значно збільшує шанси на ремісію. Сучасна медицина досить розвинена, щоб усувати велику кількість передпухлинних станів, а також діагностувати і повністю лікувати рак на ранніх стадіях. Тому первинній та вторинній профілактиці онкологічних захворювань у розвинених країнах приділяється величезна увага.

Первинна профілактика

Задля попередження передпухлинних змін необхідно приділяти увагу усуненню несприятливих факторів навколишнього середовища, здоровому способу життя і підвищенню здатності організму протистояти хворобам (резистентності). Усе це і є первинною профілактикою раку.

Онкогігієнічна профілактика

Лікарі докладають зусиль щодо зменшення впливу на людину речовин, які провокують розвиток злоякісних пухлин. Джерел канцерогенів величезна кількість. Так, навіть покинувши курити можна зробити великий подарунок своєму здоров'ю. Бо в тютюновому димі міститься більш 3500 хімічних сполук, серед яких безліч сильних канцерогенів. Надмірне вживання алкоголю також сприяє канцерогенним процесам. Зокрема, відомо, що при регулярному вживанні більш 120 г чистого алкоголю на день ризик раку стравоходу збільшується в 101 раз. А якщо поєднати вживання алкоголю з курінням, ризики ще більше зростають.

Збалансована дієта

Стара приказка, «ми те, що ми їмо», має більш глибокий зміст, ніж будь-хто замислюється. Адже навіть у розвитку онкологічних захворювань характер

харчування відіграє істотну роль. Ризик виникнення злоякісних пухлин збільшується, якщо надто вже захоплюватися м'ясними і смаженими стравами. А от користь принесуть рослинні продукти з високим вмістом вітамінів А, С, Е, бо ці вітаміни мають антиоксидантні і онкопротекторні властивості.

Біохімічна профілактика

Йдеться про нейтралізацію канцерогенних речовин за допомогою хімічних та/або біологічних препаратів. Наприклад, про очищення води від важких металів та інших канцерогенних домішок.

Медико-генетична профілактика

Спадковість – сильний аргумент у війні з раком. Але, як дізнатися, підтримує вона жінку чи хворобу? Сучасна медицина здатна виділяти сім'ї з несприятливою спадковою схильністю. І це не вирок, а рекомендація приділяти більше уваги здоровому способу життя.

Вакцинація

Вчені з'ясували, що папіломавірус людини (далі – ВПЛ) є збудником раку шийки матки у жінок. Щоб запобігти цій хворобі, було створено спеціальну вакцину від згаданого вірусу. Вплив вірусу може бути зведений до мінімуму шляхом вакцинації молодих жінок, перш ніж вони стали сексуально активними.

Зазвичай жінки зустрічаються із вірусом під час сексуальних контактів. Будь-яка сексуально активна жінка має ризик зараження вірусом папіломи людини. На сьогоднішній день вже ідентифіковано більше 100 підтипів ВПЛ. Значну кількість захворювань, пов'язаних із ВПЛ, викликають чотири підтипи: 6, 11, 16 і 18. Підтипи ВПЛ 16 і 18 викликають близько 70% випадків раку шийки матки у всьому світі. Підтипи інфекцій 6 і 11 викликають розвиток папілом на статевих органах.

Наразі на території України зареєстровано дві вакцини проти ВПЛ: двовалентну – захищає від найбільш онкогенних типів ВПЛ 16 та 18, і чотиривалентну, яка захищає від тих самих типів ВПЛ 16, 18, та додатково від типів 6 та 11. Щеплення проводять дівчатам віком від 9 років, оскільки найефективніша вакцинація до початку статевого життя. Проте, якщо пацієнтка ще не інфікована ВПЛ, вона може бути вакцинована і пізніше. Дорослим жінкам рекомендоване обстеження лікаря-гінеколога, щоб вирішити, чи ще актуальна вакцинація³⁸.

Вакцина вводиться внутрішньом'язово у верхню третину плеча трьома дозами протягом 6 місяців із встановленими інтервалами.

Вакцини від ВПЛ наразі входять до календарів щеплень країн Європейського Союзу, США, Канади та Австралії.

В Україні щеплення від вірусу папіломи людини є рекомендованим і може проводитися за бажанням пацієнтки за рахунок власних коштів чи коштів місцевих бюджетів (таку програму впроваджено, зокрема, у Львівській області, місті Києві).

Державної програми вакцинації від раку шийки матки нині в Україні не існує.

Вторинна профілактика

Інколи первинної профілактики виявляється недостатньо. Тоді приходить час вторинної. Вона полягає у діагностиці передпухлинних станів і виявленні онкологічних захворювань на ранніх стадіях. Якщо встигнути з цим вчасно, істотно зростає ефективність і хірургічного, і хіміотерапевтичного лікування. Тож варто регулярно проходити профілактичні огляди у лікарів (про рекомендовану частоту профілактичних оглядів дивіться вище, у «Платні та безкоштовні медичні послуги»).

Захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) та підходи до їх лікування

Існують захворювання, які передаються від людини до людини під час статевого контакту. Частину інфекцій, що передаються статевим шляхом (далі – ІПСШ) поки що не навчилися виліковувати. А ті, які лікуються, все одно можуть викликати досить важкі, неприємні хвороби і негативно впливають на загальне здоров'я.

Які захворювання передаються статевим шляхом?

Це клінічно неоднорідні захворювання, об'єднані за епідеміологічною ознакою. Існує більше 30 різних інфекцій – вірусних, бактеріальних, грибкових, паразитарних – які можна отримати від статевого партнера. Наприклад:

- **бактеріальні:** сифіліс, хламідіоз, гонорея, мікоплазмоз, уреаплазмоз;
- **вірусні:** ВІЛ, генітальний герпес, гепатити В і С, цитомегаловірус;
- **протозойні:** трихомоніаз;
- **грибкові:** кандидоз;
- **паразитарні:** фтиріаз, короста.

Деякі з цих хвороб, зокрема гепатит С, ВІЛ чи сифіліс, можуть передатися під час переливання продуктів крові та пересадки тканин, а також малюку від мами під час вагітності, пологів і годуванні грудьми.

У чому небезпека ІПСШ?

Якщо в організмі людини оселилася інфекція, то вона потроху руйнує здоров'я. Навіть без гостро виражених симптомів інфекції здатні викликати

ускладнення: безпліддя, запальні захворювання матки і придатків, злоякісні новоутворення та ін.

Які симптоми ІПСШ?

Трапляється, що ІПСШ вже оселилася в організмі людини, але виражених симптомів хвороби немає. Саме «інфекція, що передається статевим шляхом» (ІПСШ) ширший термін ніж «захворювання, що передається статевим шляхом» (ЗПСШ). І коли з'являються симптоми, мова йде вже про захворювання. Найчастіші симптоми захворювання:

- незвичайні (рясні слизові, гноєвидні або кров'янисті) вагінальні виділення;
- часте, болісне сечовипускання;
- свербіж зовнішніх статевих органів;
- генітальні виразки, почервоніння або бородавки;
- біль внизу живота.

З більш ніж 30 відомих інфекційних агентів за найбільшу кількість ЗПСШ відповідають 8. Наразі, половину з цих 8 навчилися виліковувати: сифіліс, гонорею, хламідіоз і трихомоніаз. Але ВІЛ, папіломавірус людини (далі – ВПЛ), гепатити В і С, герпес – поки що не можливо подолати остаточно. Втім, якщо вчасно розпочати лікування, їх вплив на здоров'я можна обмежити.

Як краще захищатися від ІПСШ?

Секс із постійними перевіреними здоровими партнерами – істотно знижує ризики заразитися ІПСШ. В інших випадках слід користуватися презервативом при всіх видах сексуальних контактів, звертаючи при цьому увагу на термін придатності виробу.

Що робити, якщо мав місце статевий акт, внаслідок якого виникла підозра щодо можливості

заразитися ІПСШ? Існують спеціальні антисептики, які створені, щоб знищити вірусну, бактеріальну чи грибову інфекцію до того, як вона оселиться в організмі (детальніше про них розповість, наприклад, ваш лікар-гінеколог). Препарат необхідно ввести в піхву протягом 10–30 хвилин (максимум 2 годин) після статевого акту. Через 3–4 тижні варто звернутися до лікаря і здати аналізи, щоби переконатися, що зараження не відбулося. Якщо ж провести знезаражуючу процедуру можливості не було, відвідати лікаря-венеролога стають необхідністю. І, бажано, не відкладати візит більше, ніж на кілька днів.

Як лікують ІПСШ?

Не варто намагатися лікуватися самостійно чи чекати, коли проблема «сама мине». Якщо жінка відчувала симптоми захворювання або у неї виникли сумніви щодо ймовірності інфікування – варто звернутися до дерматовенеролога. Лікар проведе діагностичні процедури і, в разі виявлення інфекції, призначить курс лікування.

Якщо лікар виявив інфекцію, потрібно неодмінно розказати про це партнерові / партнерці і запропонувати лікуватися разом. Під час лікування слід утримуватися від незахищених сексуальних контактів. Розпочатий курс лікування потрібно довести до кінця, навіть якщо симптоми зникнуть раніше.

ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ ПАЦІЄНТОК В УКРАЇНІ



Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Основний законодавчий документ України – Конституція – гарантує кожній людині право на охорону здоров'я та медичну допомогу. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава взяла на себе зобов'язання щодо створення умов для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

Права пацієнток

Увесь блок прав пацієнтів, які прописані у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» можна умовно поділити на декілька підрозділів.

Відповідно до цього поділу, пацієнтки в Україні мають:

1. Базові права на:

1.1. життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, які є необхідними для підтримання здоров'я людини (встановлюються єдині мінімальні норми заробітної плати, пенсій, стипендій, соціальної допомоги та інших доходів населення, організується натуральне, в тому числі безплатне, забезпечення найбільш вразливих верств населення продуктами харчування, одягом, ліками та іншими предметами першої необхідності, здійснюється комплекс заходів щодо задоволення життєвих потреб біженців, безпритульних та інших осіб, які не мають певного місця проживання, безплатно надаються медична допомога і соціальне обслуговування особам, які перебувають у важкому матеріальному становищі, загрозливому для їхнього життя і здоров'я);

1.2. безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище (забезпечується державою шляхом охорони живої і неживої природи, захисту людей від негативного екологічного впливу);

1.3. санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де проживає людина (встановлюються єдині санітарно-гігієнічні вимоги: до планування і забудови населених пунктів; будівництва і експлуатації промислових та інших об'єктів; очистки і знешкодження промислових та комунально-побутових викидів і відходів; утримання та використан-

ня житлових, виробничих і службових приміщень та територій, на яких вони розташовані; організації харчування і водопостачання населення; виробництва, застосування, зберігання, транспортування та захоронення радіоактивних, отруйних і сильнодіючих речовин; утримання і забою свійських та диких тварин, а також до іншої діяльності, що може загрожувати санітарно-епідемічному благополуччю території і населених пунктів);

1.4. безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку (встановлюються єдині санітарно-гігієнічні вимоги до організації виробничих та інших процесів, пов'язаних із діяльністю людей, а також до якості машин, обладнання, будівель, споживчих товарів та інших об'єктів, які можуть мати шкідливий вплив на здоров'я).

2. Права у рамках громадянської активності на:

2.1. участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в сфері охорони здоров'я;

2.2. участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з питань охорони здоров'я у порядку, передбаченому законодавством;

2.3. можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я.

3. Права на:

3.1. отримання кваліфікованої медичної допомоги, включаючи вільний вибір лікарів, вибір методів лікування відповідно до їх рекомендацій і закладу охорони здоров'я.

Кожна пацієнтка, яка досягла чотирнадцяти років та звернулася по медичну допомогу, має право на вільний вибір лікаря. Якщо лікар може запропонувати свої послуги та вибір методів лікування відповідно до рекомендацій.

Кожна пацієнтка має право, коли це виправдано її станом, бути прийнятою у будь-якому закладі охорони здоров'я за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування.

3.2. заміну лікаря. Задля заміни конкретного лікаря пацієнтка має звернутися з відповідною письмовою заявою на ім'я головного лікаря закладу охорони здоров'я, де зазначено прізвище, ім'я, по батькові, місце проживання, суть прохання з обґрунтуванням необхідності заміни лікаря, підпис пацієнтки. Керівник лікувального закладу зобов'язаний відреагувати на таке звернення у термін не більше одного місяця від дня його надходження.

3.3. достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь.

Пацієнтка, яка досягла повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються її здоров'я.

Медичні працівники зобов'язані надати пацієнтці в доступній формі інформацію про стан її здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я.

Водночас, є винятки, які застосовуються за умови якщо інформація про хворобу пацієнтки може погіршити стан її здоров'я або зашкодити процесові лікування – медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнтки, обмежити можливість її ознайомлення з окремими медичними документами.

3.4. таємницю про стан здоров'я. Пацієнтка має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт

звернення по медичну допомогу, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні. Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи її лікування.

3.5. звільнення від роботи на період хвороби. Через тимчасову втрату працездатності особі надається звільнення від роботи з виплатою, у встановленому законодавством України порядку, допомоги соціального страхування.

3.6. правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я.

3.7. медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини), що допускається лише в тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнтки.

Медичне втручання, пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнтки, допускається як виняток в умовах гострої потреби, коли можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування є меншою, ніж та, що очікується в разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами – не можливе.

Ризиковані методи діагностики, профілактики або лікування визнаються допустимими, якщо вони відповідають сучасним науково обґрунтованим вимогам, спрямовані на відвернення реальної загрози життю та здоров'ю пацієнтки, застосовуються за згодою інформованої про їх можливі шкідливі наслідки пацієнтки, а лікарі вживають всіх належних у таких випадках заходів для відвернення шкоди її життю та здоров'ю.

3.8. інформовану згоду (згода щодо медичного втручання) щодо застосування методів діагностики, профілактики та лікування та право відмовитися від

лікування. Згода інформованої пацієнтки необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнтки віком до 14 років (малолітня), а також пацієнтки, визнаної в установленому законом порядку недієздатною, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників.

Згода пацієнтки чи її законного представника на медичне втручання не потрібна лише у разі наявності ознак прямої загрози її життю за умови неможливості отримання згоди на таке втручання від самої пацієнтки чи її законних представників з об'єктивних причин.

3.9. участь у медико-біологічних експериментах. Участь можлива при повній поінформованості і вільній згоді повнолітньої дієздатної фізичної особи, яка підлягає експерименту, щодо вимог застосування, а також за умови збереження, в необхідних випадках, лікарської таємниці.

3.10. добровільне та безоплатне донорство крові. Донація здійснюється повнолітніми дієздатними фізичними особами добровільно.

3.11 трансплантацію, яка здійснюється за наявності згоди пацієнтки або згоди її законних представників за умови, якщо використання інших засобів і методів для підтримання життя, відновлення або поліпшення здоров'я не дає бажаних результатів, а завдана при цьому шкода донору є меншою, ніж та, що загрожувала реципієнту.

3.12. штучне запліднення та імплантацію ембріона, що є можливим відповідно до медичних показань повнолітньої жінки, з якою проводиться така дія, та за умови наявності письмової згоди подружжя, а також забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці.

3.13. добровільне штучне переривання вагітності. Операція штучного переривання вагітності (аборт)

може бути проведена за бажанням жінки у закладах охорони здоров'я при вагітності строком не більше 12 тижнів. У випадках, встановлених законодавством, штучне переривання вагітності може бути проведено при вагітності від дванадцяти до двадцяти двох тижнів.

3.14. зміну (корекцію) статевої належності. На прохання пацієнтки та відповідно до її медико-біологічних і соціально-психологічних показань, які встановлюються Міністерством охорони здоров'я, може бути проведено шляхом медичного втручання в закладах охорони здоров'я зміну (корекцію) її статевої належності. Особі, якій було здійснено зміну статевої належності, видається медичне свідоцтво, на підставі якого надалі вирішується питання про відповідні зміни в її правовому статусі.

3.15. отримання медичної допомоги у критичному для життя стані. Медичні працівники зобов'язані надавати медичну допомогу у повному обсязі хворій, яка знаходиться в критичному для життя стані.

3.16. профілактику та лікування рідкісних (орфанних) захворювань. Держава забезпечує заходи з профілактики рідкісних (орфанних) захворювань та організацію надання громадянам, які страждають на такі захворювання, відповідної медичної допомоги.

3.17. забезпечення протезною допомогою. Громадяни у необхідних випадках забезпечуються протезами, ортопедичними, коригуючими виробами, окулярами, слуховими апаратами, засобами лікувальної фізкультури і спеціальними засобами пересування.

3.18. реабілітацію в санаторно-курортних закладах. Реабілітація призначається після закінчення гострого періоду захворювання при наявності обмежень життєдіяльності та надається за профілями реабілітації після стаціонарного лікування. Дане право поширюється на осіб, які застраховані за загаль-

нообов'язковим державним соціальним страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, і членів їх сімей (дітей), які перебувають на стаціонарному лікуванні після перенесених захворювань і травм.

3.19. оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я та відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;

3.20. право направлятися для лікування за кордон у разі необхідності надання того чи іншого виду медичної допомоги хворому та неможливості її надання в закладах охорони здоров'я України;

3.21. право пацієнтки, яка перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду;

3.22. можливість проведення незалежної медичної експертизи відповідного типу у разі незгоди громадянки з висновком державної медичної експертизи, застосування до неї запобіжного заходу як до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, примусових заходів медичного характеру, примусового лікування, госпіталізації та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я порушуються права громадянки України на охорону здоров'я;

3.23. інформування про доступні медичні послуги із застосуванням телемедицини.

Обмеження прав громадян, пов'язані зі станом їхнього здоров'я

На підставах і в порядку, передбачених законами України, громадяни можуть бути визнані тимчасово або постійно не придатними за станом

здоров'я до професійної або іншої діяльності, пов'язаної з підвищеною небезпекою для оточуючих, а також з виконанням певних державних функцій.

Обов'язки пацієнток

Маючи такий перелік прав, пацієнти в Україні також мають і перелік обов'язків щодо охорони здоров'я. Тож усі пацієнтки повинні:

- піклуватися про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян;
- обов'язково виконувати медичні приписи лікаря;
- обов'язково дотримуватися правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я;
- проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення (у передбачених законодавством випадках);
- вживати заходів для забезпечення надання екстреної медичної допомоги іншим особам, які знаходяться у невідкладному стані.

Права на медичну допомогу жінок, які працюють у правоохоронних органах та військових формуваннях

Робота в правоохоронних органах та військових формуваннях пов'язана із високим рівнем як психологічного, так і фізичного навантаження. Тому законодавством, що регулює таку діяльність, передбачено проходження кандидатами на службу (роботу) обов'язкового медичного огляду, що є одним із критеріїв відбору³⁹.

Під час проходження служби (роботи) у правоохоронних органах з метою забезпечення здоров'я працівників, своєчасного попередження можливих ускладнень у стані здоров'я та належного виконання працівниками службових обов'язків передбачається проходження періодичних медичних оглядів.⁴⁰

Періодичність, порядок проходження, критерії і обсяг медичних оглядів залежать від категорії, до якої відноситься співробітниця (співробітниця-військовослужбовиця, співробітниця-державна службовиця, яка уклала трудовий договір, інші працівниці).

Медичне забезпечення жінок, які працюють у поліції

Поліцейським гарантується безоплатне медичне забезпечення в закладах охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України (ст. 95 Закону України «Про національну поліцію»). У невідкладних випадках медична допомога може надаватися державними або комунальними закладами охорони здоров'я.

Право на безоплатне медичне обслуговування в закладах Міністерства внутрішніх справ України (далі – МВС України) також мають:

- члени сімей поліцейських (чоловік, діти до 18 років, а в разі їх навчання у вищих навчальних закладах – до 23 років);
- члени сімей поліцейських, які загинули (померли), пропали безвісти, стали інвалідами під час проходження служби в поліції (у тому числі під час участі в міжнародних миротворчих операціях);
- колишні поліцейські, які були звільнені зі служби за станом здоров'я, за віком, у зв'язку із скороченням штату, та члени їхніх сімей.

Поліцейські та члени їхніх сімей мають право на пільгове реабілітаційне, санаторно-курортне лікування, оздоровлення та відпочинок у медичних реабілітаційних центрах, санаторіях, будинках відпочинку, пансіонатах та оздоровчих закладах МВС України за рахунок бюджетних коштів, виділених на утримання МВС України. При цьому, поліцейські сплачують 25%, а члени їхніх сімей – 50% собівартості путівки.

Члени сімей поліцейських, які загинули (померли) під час проходження служби в поліції, мають право на безоплатне санаторно-курортне лікування та оздоровлення один раз на два роки. До таких членів сімей належать: дружина (чоловік, якщо вона він не одружився вдруге, діти до 18 років, а в разі їх навчання у вищих навчальних закладах – до 23 років, а також діти-інваліди з дитинства (незалежно від віку).

Медичне забезпечення співробітниць Служби безпеки України

Трудові відносини, включаючи й соціальний захист, співробітниць Служби безпеки України (далі – СБУ), які уклали трудовий договір, регулюються законодавством України про працю. Вони мають право на безоплатну медичну допомогу (медичне забезпечення) в закладах охорони здоров'я СБУ в межах затверджених кошторисних призначень СБУ, в тому числі і право на:

- вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу;
- третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (за окремими захворюваннями);
- реабілітацію після захворювань і травм;
- забезпечення лікарськими засобами (далі – ЛЗ) та виробами медичного призначення (далі – ВМП) відповідно до Локального формуляру.

ЛЗ визначені в Локальному формулярі відпускаються безоплатно або на пільгових умовах при стаціонарному та амбулаторному лікуванні, ВМП – при стаціонарному лікуванні. Підставою для їхнього отримання є рецепти лікарів закладів охорони здоров'я СБУ.

При стаціонарному лікуванні в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що не належать до системи СБУ, безоплатне забезпечення ЛЗ та ВМП надається в межах кошторисних

призначень, які визначаються при направленні співробітника СБУ до цих закладів (відповідно до Інструкції про організацію медичного забезпечення у Службі безпеки України, затвердженої наказом СБУ від 21.12.2017 р. № 740).

Забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, ВМП осіб з інвалідністю, а також компенсація їм витрат за придбання зазначених засобів за власні кошти здійснюються в порядку, визначеному Законом України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». Підставою для надання забезпечення є медичне показання.

Військовослужбовці СБУ користуються правами і пільгами відповідно до Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» та інших актів законодавства.

Право на пільги зберігається за військовослужбовцями СБУ, яких звільнено зі служби за віком, через хворобу або за вислугою років (згідно зі ст. 27 Закону України «Про Службу безпеки України»).

Право на медичну допомогу військовослужбовців правоохоронних органів та військових формувань

Жінки, які мають фах, споріднений із відповідною військово-обліковою спеціальністю (перелік спеціальностей затверджено Урядом⁴¹), та придатні до проходження військової служби за станом здоров'я, віком та сімейним станом, беруться на військовий облік військовозобов'язаних.

Жінки-військовослужбовці поки що не можуть призначатися на ті роботи, які пов'язані із особливими вимогами щодо охорони праці, включаючи вимоги з охорони репродуктивного здоров'я. Так, військовослужбовцями не комплектуються військові посади осіб офіцерського складу, що пов'язані із використанням

вибухових речовин, водолазними роботами, усі посади на підводних човнах і надводних кораблях, в управліннях бригад надводних кораблів, крім спеціальностей морально-психологічного та медичного забезпечення^{42, 43}.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Важливо зазначити, що для цивільного населення обмеження щодо працевлаштування жінок майже повністю зняті. Так, Міністерство охорони здоров'я України з січня 2018 року скасувало наказ, який забороняв працю жінок у 450 професіях (Наказ МОЗ України від 13.10.2017 р. № 1254 «Про визнання таким, що втратив чинність, наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29 грудня 1993 року № 256»). Наразі лишилися обмеження щодо гірничих робіт, які втрачуть чинність з дати, коли Україною буде завершено процедуру денонсації Конвенції про використання праці жінок на підземних роботах у шахтах будь-якого роду № 45.

Право на медичну допомогу визначається ст. 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей».

Відповідно до згаданого закону, всі військовослужбовці мають право на безоплатну кваліфіковану медичну допомогу у військово-медичних закладах охорони здоров'я.

У невідкладних випадках медична допомога може надаватися державними або комунальними

закладами охорони здоров'я за рахунок Міністерства оборони України.

Тож військовослужбовці постійно перебувають під медичним спостереженням, проходять медичні огляди, поглиблені, контрольні медичні обстеження, усім військовослужбовцям проводяться запобіжні щеплення проти основних інфекційних хвороб. Щеплення можуть бути плановими і проводитися за епідемічними показаннями. Від проведення щеплень військовослужбовці звільняються тільки за висновком лікаря.

Члени сімей військовослужбовців, за відсутності за місцем їх проживання державних або комунальних закладів охорони здоров'я, отримують медичну допомогу у військово-медичних закладах охорони здоров'я.

Члени сімей військовослужбовців та осіб, звільнених у запас або у відставку, а також таких, які загинули (померли), пропали безвісти, стали особами з інвалідністю під час проходження військової служби або постраждали у полоні в ході бойових дій (війни) чи під час участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки, якщо ці особи прослужили у Збройних Силах України, інших утворених відповідно до законів України військових формуваннях та правоохоронних органах не менш як 20 календарних років, мають право на медичне обслуговування у закладах Міністерства оборони України та інших правоохоронних органів.

На обстеження і лікування до військово-медичних закладів охорони здоров'я приймаються військовослужбовці, звільнені з військової служби внаслідок захворювання, пов'язаного з виконанням обов'язків військової служби, члени їх сімей.

Військовослужбовці, учасники бойових дій та прирівняні до них особи, особи, звільнені з

військової служби, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції, у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, чи виконували службово-бойові завдання в екстремальних (бойових) умовах, – в обов'язковому порядку повинні пройти безоплатну психологічну, медико-психологічну реабілітацію у відповідних центрах із відшкодуванням вартості проїзду до цих центрів і назад.

Військовослужбовці та члени їх сімей мають право не більше одного разу на рік на санаторно-курортне лікування та відпочинок у санаторіях, будинках відпочинку, пансіонатах і на туристичних базах Міністерства оборони України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів з пільговою оплатою вартості путівок.

Таким же правом користуються члени сімей військовослужбовців, які загинули (померли) або пропали безвісти під час проходження військової служби. До таких членів сімей належать: батьки, чоловік, неповнолітні діти, а також діти з інвалідністю з дитинства (незалежно від їх віку).

Таке право надається за умови, якщо розмір середньомісячного сукупного доходу сім'ї в розрахунку на одну особу за попередні шість місяців не перевищує трьох прожиткових мінімумів. Обов'язковість зазначеної умови не застосовується до членів сімей військовослужбовців, які загинули (померли) або пропали безвісти під час проходження військової служби.

Військовослужбовці, за наявності медичних показань, забезпечуються безоплатним санаторно-курортним лікуванням.

У разі направлення до санаторно-курортного закладу військовослужбовиці, яка за станом здоров'я потребує сторонньої допомоги, безкоштовно надається ще додаткова путівка для особи, яка її супроводжує. Така додаткова путівка не дає права на лікування.

Військовослужбовиці, які отримали захворювання, пов'язане з виконанням обов'язків військової служби, після лікування у військово-медичному закладі охорони здоров'я мають право на позачергове одержання путівок до санаторно-курортних та оздоровчих закладів Міністерства оборони України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів.

Військовослужбовицям, зайнятим на роботах зі шкідливими умовами праці, а також при особливому характері їхньої служби, військовослужбовицям, які стали особами з інвалідністю внаслідок бойових дій, учасницям бойових дій і прирівняним до них особам путівки для санаторно-курортного лікування надаються **у першу чергу**.

Пенсіонерки з числа військовослужбовиць, які визнані особами з інвалідністю I та II групи внаслідок захворювання, пов'язаного з проходженням військової служби, забезпечуються путівками для санаторно-курортного лікування незалежно від виду пенсії, яку вони отримують. Особи з інвалідністю III групи, звільнені з військової служби за станом здоров'я, які отримують пенсії по інвалідності, мають право на путівки для санаторно-курортного лікування за наявності медичних показань.

Військовослужбовиці, які стали особами з інвалідністю внаслідок бойових дій, а також учасники бойових дій – прирівнюються у правах до осіб з інвалідністю та учасників Другої світової війни, що передбачає можливість отримання додаткових пільг.

Додатково військовослужбовиці користуються всіма пільгами, передбаченими законодавством з питань соціального захисту жінок, охорони материнства і дитинства. Ці пільги поширюються і на батьків з числа військовослужбовців, які виховують дітей без матері (у разі її смерті, позбавлення батьківських прав, на час перебування у лікувальному закладі охорони здоров'я та в інших випадках відсутності материнського піклування про дітей).

Охорона здоров'я у місцях позбавлення волі

У закладах охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України (далі – ДКВС) відповідно до українського законодавства⁴⁴ надаються такі медичні послуги:

- екстрена медична допомога;
- первинна медична допомога;
- спеціалізована (вторинна) медична допомога.
- Також на періодичній основі здійснюються:
- санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи;
- реабілітаційне лікування після захворювань і травм;
- забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення.

Первинний медичний огляд засуджених

До структури медико-санітарної частини вправно-трудової установи (далі – УВП) входять, як правило, аптека, амбулаторія, стаціонар (лікарня) з діагностичною лабораторією, стоматологічний, терапевтичний та інші кабінети, інфекційний ізолятор.

Після прибуття в УВП засуджені протягом 1 доби проходить первинний медичний огляд, під час якого виявляють осіб, яким заподіяно тілесні ушкодження, або осіб, які становлять епідемічну загрозу

для оточення, або потребують надання медичної допомоги, та осіб з педикульозом.

У разі виявлення у засуджених захворювання, медичні працівники медичної частини УВП оцінюють стан здоров'я та можливу небезпеку, яку несе захворювання для оточення, а також визначають можливість надання медичної допомоги в умовах медичної частини УВП чи направлення засуджених до лікарняного закладу або закладу охорони здоров'я.

Після первинного медичного огляду засуджені направляються в дільницю карантину, діагностики та розподілу.

Медичне обстеження засуджених у дільниці карантину, діагностики та розподілу

Протягом 14 діб перебування засуджених у дільниці карантину, діагностики та розподілу вони підлягають повному медичному обстеженню, яке здійснюють лікарі медичної частини відповідно до фахової спрямованості. Також буде проведено флюорографічне обстеження (крім осіб, яким флюорографічне обстеження було вже проведене протягом 11 місяців).

Якщо засуджені є неповлітніми, то варто знати, що за результатами повного медичного обстеження лікар медичної частини проводить добір неповнолітніх, які за станом здоров'я потребують оздоровчого режиму, медичного нагляду та посиленого харчування, в оздоровчі групи.

Після закінчення обстеження засуджені отримують висновок про свій стан здоров'я (з установленням діагнозу), який заноситься у медичну карту № 025/о.

Подальший медичний контроль за станом здоров'я засуджених здійснюється під час

профілактичних медичних оглядів, а також у разі звернень засуджених зі скаргами на стан здоров'я до медичної частини.

Порядок проведення профілактичного медичного огляду засуджених

В УВП один раз на рік проводиться профілактичний медичний огляд. У профілактичному медичному огляді обов'язково беруть участь терапевт, психіатр, стоматолог чи зубний лікар. У разі відсутності вказаних фахівців у медичній частині, вони залучаються із закладів охорони здоров'я.

Неповнолітнім засудженим та засудженим, які перебувають в УВП у приміщеннях камерного типу, профілактичний медичний огляд проводиться двічі на рік. Профілактичний медичний огляд неповнолітніх проводиться лікарем-педіатром, отоларингологом, окулістом, невропатологом, хірургом, стоматологом та психіатром.

Огляд вагітної засудженої

У медичній частині амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога та допомога у післяпологовий період засудженим здійснюються відповідно до стандартів, нормативів та клінічних протоколів у сфері надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

Під час першого огляду лікарем-акушером-гінекологом вагітної засудженої заповнюються форма № 111/о «Індивідуальна карта вагітної і породілля», та форма № 113/о «Обмінна карта вагітної», які зберігаються в медичній частині, а при направленні вагітної в заклад охорони здоров'я – передаються до такого закладу для її подальшого належного супроводження.

Надання амбулаторної медичної допомоги засудженим

Амбулаторний прийом засуджених здійснюється лікарем у медичній частині щодня у години, визначені наказом начальника УВП. Щоб потрапити на прийом до лікаря засуджені особисто записуються у Журналі попереднього запису на амбулаторний прийом, який ведеться у кожному відділенні УВП та зберігається у начальника відділення соціально-психологічної служби. Прийом без попереднього запису в Журналі може проводитись тільки за рішенням лікаря.

Перед початком амбулаторного прийому засуджені мають пройти попередню консультацію у фельдшера, який опитує пацієнтів для з'ясування їхніх скарг, вимірює у них температуру тіла, здійснює огляд на педикульоз і, з урахуванням стану їх здоров'я, визначає черговість направлення на прийом.

У разі звернення засуджених зі скаргами на стан здоров'я, медичний працівник робить відповідні призначення або записує засуджених на амбулаторний прийом.

У режимних корпусах амбулаторний прийом здійснює лікар у спеціально обладнаних та відповідно оснащених приміщеннях за попереднім записом, зробленим медичним працівником, а в разі відсутності медичного працівника – інспектором служби охорони, нагляду і безпеки.

Право засуджених на звільнення від нарядів та роботи

Висновок про тимчасове звільнення від нарядів і роботи робить лікар, який здійснював прийом. Висновок на звільнення надається не більше, ніж на 3 доби одноразово. З урахуванням стану здоров'я засуджених, звільнення може бути продовжено.

Права засуджених на обрання лікаря

Засуджені мають право на вільний вибір лікаря. А тому за допомогою родичів / своїх представників повинні отримати від обраного ними лікаря згоду на надання ним медичних послуг засудженому. Після отримання згоди, засуджений звертається письмово із заявою на ім'я керівника УВП з проханням про допуск обраного лікаря (зазначається ІПП лікаря, його спеціалізацію, номер ліцензії / сертифіката, дані про місце його роботи, контакти для зв'язку з лікарем). До заяви бажано додати підтвердження згоди обраного лікаря на надання медичних послуг засудженому. Заява подається лікарю закладу охорони здоров'я ДКВС. Після цього медичний працівник закладу охорони здоров'я ДКВС протягом 1 доби готує медичну довідку про стан здоров'я засудженої особи та запит до керівництва УВП. Після прийняття рішення керівництво УВП забезпечує допуск обраного лікаря до людини протягом 3 робочих днів після представлення обраним лікарем паспорта громадянина, документа про освіту та сертифіката спеціаліста.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Відшкодування витрат на отримання медичної допомоги від обраного лікаря здійснюється за власний кошт засуджених або їх родичів. Консультація і лікування в таких випадках здійснюється в медико-санітарній частині за місцем відбування покарання під наглядом персоналу медико-санітарної частини.

Прийом ліків у системі ДКВС

Хворі, яким призначено амбулаторне лікування – для приймання лікарських засобів та виконання інших процедур – приходять до медичної частини у попередньо визначені лікарем години. Лікарські засоби засудженими приймаються відповідно до встановлених лікарем призначень під контролем фельдшера.

У разі необхідності цілодобового невідкладного прийому лікарських засобів, вони видаються на руки хворим (не більше добової норми) за призначенням лікаря.

У Журналі попереднього запису медичні працівники роблять позначку про прийом засуджених, висновок про звільнення від роботи або нарядів, дату повторної явки на амбулаторний прийом.

Надання стаціонарної медичної допомоги засудженим у медичній частині

Стаціонар медичної частини призначений для:

- обстеження і лікування засуджених, які потребують стаціонарного режиму, із строком лікування до 30 днів;
- необхідного стаціонарного доліковування засуджених, виписаних з лікарняних закладів або закладів охорони здоров'я;
- тимчасової ізоляції в ізоляторі медичної частини інфекційних чи підозрілих на інфекційне захворювання засуджених до направлення їх у спеціалізовану лікарню;
- стаціонарного лікування нетранспортабельних засуджених до стабілізації їх стану і направлення в лікарняний заклад або заклад охорони здоров'я;
- розміщення неповнолітніх засуджених, які належать до оздоровчої групи.

Усі засуджені, які прибувають до стаціонару, обов'язково проходять санітарну обробку. Натільна білизна засуджених здається у пральню, після чого дезінфікується і при виписуванні повертається власникам. Одяг і взуття зберігаються у медичній частині.

У стаціонарах здійснюються профілактичні дезінфекційні заходи, а також поточна і заключна дезінфекція з урахуванням діагнозу інфекційного захворювання.

У стаціонарі засуджені, які становлять небезпеку для оточення (інфекційні, заразні шкірні, психічні захворювання тощо), розміщуються окремо від інших засуджених. Для цього в стаціонарі обладнуються інфекційний та психіатричний ізолятори. У стаціонарі медичної частини цілодобово чергує медичний працівник. Черговий лікар, з урахуванням стану здоров'я людини, здійснює корекцію медичних призначень.

Обхід засуджених, які перебувають у стаціонарі медичної частини, лікарі здійснюють щодня.

Засуджені, які перебувають в ізоляції, повинні бути оглянуті медичним працівником не менше одного разу на три-чотири години.

Порядок направлення засуджених до лікарняних закладів

Направленню на госпіталізацію в лікарняні заклади підлягають засуджені, у яких виникли захворювання або загострилися хронічні хвороби, лікування яких потребує госпіталізації до лікарняних закладів, а також за необхідності проведення додаткового обстеження в умовах лікарняних закладів (адже наявним у медичних частинах УВП обладнанням, лабораторіями та обсягом медико-санітарної допомоги не передбачено проведення цих обстежень).

Для направлення до закладу охорони здоров'я лікар закладу охорони здоров'я ДКВС готує медичну довідку про стан здоров'я засуджених та звертається із запитом до керівництва УВП. Керівництво УВП не пізніше строку, визначеного лікарем у медичній довідці, забезпечує перевезення осіб до такого закладу охорони здоров'я з орієнтовного переліку.

Керівництво УВП організовує та забезпечує цілодобову охорону засуджених під час лікування у закладі охорони здоров'я.

При направленні жінок з дітьми – додаються свідоцтво про народження дитини та історія її розвитку.

З урахуванням стану здоров'я за висновком лікаря, засуджені, які госпіталізуються до лікарняних закладів, перевозяться у супроводі призначеного начальником медичної частини медичного працівника, який бере участь у прийманні конвоєм засуджених, надає медичну допомогу засудженим під час перевезення.

Надання медичної допомоги засудженим у лікарняному закладі

У лікарняних закладах надається спеціалізована (вторинна) медична допомога, до якої входять:

- надання кваліфікованої та спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги засудженим;
- визначення ступеня тривалої або постійної втрати працездатності засудженими для встановлення групи інвалідності;
- обстеження та підготовка медичної документації на осіб, які підлягають звільненню від подальшого відбування покарання за хворобою;
- проведення протиепідемічних і санітарно-гігієнічних заходів на території лікарняного закладу.

Під час перебування засуджених на лікуванні в лікарняному закладі їх оглядає лікар залежно від ступеня тяжкості стану здоров'я. При середньому ступені тяжкості лікар здійснює огляд засуджених двічі на день, при тяжкому стані – кожні дві години.

У лікарняному закладі організовується цілодобове чергування лікаря.

Після закінчення стаціонарного лікування засуджену чи засудженого випускають до УВП, звідки вони направлялися на лікування.

Екстрена допомога

Медична допомога усім засудженим надається негайно в умовах медичної частини УВП. При неможливості надання такої допомоги в повному обсязі – засуджені повинні бути направлені до лікарняного закладу або до закладу охорони здоров'я не пізніше строку, визначеного медичним працівником у медичній довідці.

Організація надання стоматологічної та зубопротезної допомоги

Стоматологічна допомога засудженим надається безкоштовно лікарями-стоматологами, які є в медичних частинах, у спеціально обладнаних стоматологічних кабінетах. Також засуджені мають право звернутися по зубопротезну допомогу до закладів охорони здоров'я, що надають платні медичні послуги (дивись вище, у «Права засуджених на обрання лікаря»).

Безкоштовна зубопротезна допомога засудженим, які не мають пільг, передбачених законодавством України на отримання такої допомоги, та не мають коштів на власному рахунку і не можуть здійснити протезування за рахунок родичів – надається у разі наявності у засуджених показань від лікаря ДКВС для протезування зубів.

Особливості перебування у системі ДКВС вагітних жінок

Адміністрація виправних колоній направляє засуджених вагітних жінок (з четвертого місяця вагітності) або жінок, які відбувають покарання разом із дітьми віком до 3 років, для відбування покарання у виправну колонію, при якій утворено будинок дитини.

Засудженим жінкам, звільненим від роботи у зв'язку з вагітністю і пологами, а також які мають дитину до трьох років, може бути надано дозвіл на проживання за межами виправної колонії. Цей дозвіл може бути оформлений постановою начальника виправної колонії про надання засудженій жінці права проживання за межами установи виконання покарань. Цей дозвіл узгоджується зі спостережною комісією, яка створюється місцевими держадміністраціями, або виконавчими комітетами міських рад⁴⁵.

Не пізніше, ніж за 3 місяці до досягнення дитиною трирічного віку, адміністрація виправної колонії зобов'язана розглянути питання щодо можливості представлення засудженої жінки до умовно-дострокового звільнення або розгляду клопотання про її помилування за спільним поданням органу, що відає покаранням, і спостережної комісії.

Засуджені жінки, які мешкають поза межами виправних колоній у період звільнення від роботи у зв'язку з вагітністю і пологами, а також ті, які мають дитину до трьох років, повинні не менше одного разу на день у встановлений час з'являтися до чергового помічника начальника установи виконання покарань або чатового контрольно-пропускного пункту для реєстрації в журналі реєстрації засуджених, яким надано право проживати зі своїми сім'ями за межами установи виконання покарань.

Засуджені жінки, яким дозволено проживання за межами виправної колонії:

- оселяються поблизу виправної колонії і перебувають під наглядом адміністрації колонії;
- можуть носити одяг, прийнятий у цивільному вжитку, мати при собі гроші та цінні речі;
- можуть без обмеження листуватися, одержувати грошові перекази, посилки (передачі) і бандеролі, витрачати гроші, мати побачення з родичами та іншими особами;
- користуватися правом вільного пересування по території, межі якої визначаються начальником виправної колонії;
- у разі пологів, хвороби засуджених жінок або їхніх дітей – вони можуть бути поміщені в місцеві лікувальні заклади охорони здоров'я державної чи комунальної власності;
- після закінчення періоду звільнення від роботи у зв'язку з вагітністю та пологами – засуджені жінки виконують роботу за вказівкою адміністрації виправної колонії, їм нараховується заробіток на загальних підставах з іншими засудженими, які відбувають покарання у виправній колонії даного виду.

Засуджені жінки, яким дозволено проживання за межами виправної колонії, забезпечуються харчуванням, одягом, а також комунально-побутовими послугами за нормами, встановленими для засуджених, які відбувають покарання у виправній колонії⁴⁶. Після закінчення відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами адміністрація виправної колонії влаштовує засуджених жінок, які проживають за межами виправної колонії, на роботу на підприємстві виправної колонії або на контрагентських об'єктах.

Адміністрація виправної колонії сприяє засудженим жінкам у влаштуванні їхніх дітей у будинки дитини при виправних колоніях⁴⁷, а також, за потреби, діти можуть перебувати в будинках дитини на період робочого дня їх матерів.

Діти засуджених жінок, за згодою матері, можуть бути передані її родичам або (також за згодою матері і рішенням органів опіки і піклування) іншим особам. По досягненню трирічного віку дитки, яких не передано під опіку родичів чи інших осіб, направляються у відповідні дитячі установи (дитячі будинки, школи-інтернати тощо). Якщо у матері дитини, яка досягла трирічного віку, невідбута частина покарання не перевищує одного року і вона добросовісно виконує свої материнські обов'язки, то перебування дитини в будинку дитини може бути продовжено адміністрацією установи до звільнення матері. У випадку порушення матір'ю режиму перебування – рішення про продовження перебування в будинку дитини може бути анульоване.

Порядок підготовки та подання до суду матеріалів для вирішення питання про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання за хворобою

Медичному обстеженню з метою підготовки та подання до суду матеріалів для вирішення питання про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання підлягають засуджені, які захворіли в УВП, а також особи, які захворіли до засудження, але їх хвороби почали прогресувати та набули характеру, зазначеного в Переліку захворювань, які є підставою для подання до суду матеріалів про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання.

Медичний огляд засуджених осіб проводиться лікарсько-консультативними комісіями закладів охорони здоров'я ДКВС або закладів охорони здоров'я державної або комунальної форм власності

(у разі неможливості перенаправлення хворих засуджених до закладу охорони здоров'я ДКВС).

З урахуванням результатів медичного огляду засуджених лікарсько-консультативна комісія негайно складає висновок про відповідний медичний огляд щодо наявності захворювання, визначеного Переліком захворювань, які є підставою для подання до суду матеріалів про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання⁴⁸.

Висновок комісії негайно передається до УВП, за якою значаться такі хворі засуджені.

На підставі висновку комісії начальник УВП протягом доби після його отримання готує подання до суду про вирішення питання про звільнення засудженого чи засудженої від відбування покарання за хворобою.

Засуджені, щодо яких встановлено наявність підстав для подання до суду матеріалів про звільнення від подальшого відбування покарання за хворобою, залишається в закладі охорони здоров'я ДКВС або закладі охорони здоров'я державної чи комунальної форм власності до прийняття судом остаточного рішення. У разі прийняття судом рішення про звільнення, засуджені звільняються безпосередньо із закладу охорони здоров'я ДКВС або закладу охорони здоров'я державної чи комунальної форм власності.

У разі прийняття судом рішення про відмову у задоволенні подання про звільнення засуджених за хворобою, вони продовжують лікування у закладі охорони здоров'я ДКВС, закладі охорони здоров'я державної чи комунальної форм власності, або повертаються до УВП, з якої прибули, і продовжують лікування у закладі охорони здоров'я ДКВС.

У разі погіршення стану здоров'я засуджених, яким суд відмовив у звільненні від подальшого відбування покарання за хворобою, можна повторно подати клопотання до суду.

ВІЛ/СНІД І ЗДОРОВ'Я ЖІНОК

Що таке ВІЛ/СНІД?

ВІЛ-інфекція – це інфекційне захворювання, що спричинене вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Кінцевою стадією ВІЛ-інфекції є синдром імунодефіциту (СНІД).

Згідно із сучасними дослідженнями, ВІЛ-інфекція відноситься до невиліковних захворювань, має тривалий хронічний перебіг і, в разі відсутності ефективної терапії, закінчується смертю хворої людини.

У світі з ВІЛ-інфекцією живе близько 37 мільйонів людей (за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я). Україна залишається регіоном із високим рівнем поширення ВІЛ.

За офіційними даними Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України», за період 1987 – 2016 рр. у країні офіційно зареєстровано 293 739 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 90 833 випадки захворювання на СНІД.





Є три основні шляхи інфікування ВІЛ:

Статевим шляхом – при сексуальних контактах (анальних, вагінальних, оральних) без презерватива.

Парентерально (ін'єкційно, через кров та інші біологічні рідини) – у випадках повторного (без стерилізації) використання обладнання для ін'єкцій, пірсингу, татуювань, наприклад, голок чи шприців, або іншого контакту з кров'ю ВІЛ-інфікованої людини.

Перинатальним шляхом від матері до дитини – під час вагітності та пологів, при грудному вигодовуванні від ВІЛ-інфікованої жінки до дитини, якщо не вживаються профілактичні заходи.

Практичну небезпеку з точки зору інфікування становлять контакти з кров'ю, спермою, вагінальним секретом і грудним молоком людини, яка живе з ВІЛ/СНІД.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

За даними Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, жінки мають більш високий ризик зараження ВІЛ під час вагінального сексу, ніж чоловіки. Причини цього такі: піхва має велику площу (у порівнянні з пенісом), яка зазнає впливу ВІЛ-інфікованої сперми. Сперма може залишатися в піхві протягом декількох днів після статевого акту, що означає більш тривалий час впливу вірусу на жінку, в той час як чоловіки піддаються впливу ВІЛ-інфікованих рідин тільки під час сексу.

Наявність захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) підвищує імовірність зараження ВІЛ. Це особливо актуально для жінок. Невеликі подразнення на шкірі або слизових оболонках статевих органів жінки важко помітити, але цього достатньо для проникнення вірусу.

Побутують упередження, що жінки, які мають статеві контакти з жінками, перебувають у більшій безпеці щодо можливого інфікування ВІЛ. І дійсно, інфікування при такому статевому контакті трапляється вкрай рідко. Інфікування можливе, якщо відбудеться контакт слизових оболонок роту та вагінальних виділень або менструальної крові ВІЛ-інфікованої жінки, або через спільне вживання шприців та голок. Задля збереження здоров'я важливо, щоб лесбійки або бісексуальні жінки знали про власний ВІЛ-статус та статус своїх партнерок, та користувалися презервативами при кожному статевому контакті з чоловіками або при використанні секс-іграшок.

ВІЛ не передається:

- при спільному проживанні в одній квартирі та користуванні побутовими речами, посудом, а також через одяг, телефон, сидіння унітазу, іншими побутові предмети і знаряддя праці, якими користувалася ВІЛ-інфікована людина;
- при вживанні їжі, яку приготувала ВІЛ-інфікована людина;
- при кашлі і чханні;
- при укусі комара, клопа, або будь-якої іншої комах;
- при рукостисканні, обіймах та поцілунках;
- у лазні, сауні та басейні.

Як захиститися/способи профілактики:

- використання виключно індивідуальних стерильних голок і шприців для ін'єкцій;
- стерилізація обладнання для ін'єкцій, пірсингу, тату-ювань. Прийшовши до салону аби зробити пірсинг чи тату, варто поцікавитись, якими інструментами це будуть робити, попросити показати, як інструменти стерилізуються. Це стосується манікюру, педикюру та інших косметичних процедур із використання інструментів, на які можливе попадання крові. Додільно відвідувати салон зі своїм інструментом для процедур;
- використання презервативів;
- антиретровірусне лікування матері під час вагітності та пологів (відповідно до наказу МОЗ України № 551 від 12.07.2010 р. «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків». Лікування здійснюється безкоштовно);
- кесарів розтин під час пологів ВІЛ-інфікованої жінки;
- штучне вигодовування дитини ВІЛ-інфікованою матір'ю.

Як дізнатися про свій ВІЛ-статус?

Не існує видимих ознак наявності ВІЛ в організмі. Тому людина може не знати про те, що вона ВІЛ-інфікована. Слід пам'ятати, що з моменту потрапляння ВІЛ в організм людини до моменту появи симптомів СНІД може пройти 3, 5 і 10 років. Тільки спеціальний аналіз крові на ВІЛ може визначати, інфіковано людину, чи ні (так званий ВІЛ-статус людини).

Результати аналізу можуть бути:

- позитивні – це означає, що антитіла до ВІЛ виявлено (ВІЛ-позитивний статус);
- негативні – антитіл до ВІЛ не виявлено (ВІЛ-негативний статус).

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!

Важливою особливістю діагностики на ВІЛ є наявність «періоду вікна». Це час з моменту потрапляння вірусу в організм людини до можливості встановити його наявність за допомогою аналізу. Отже, у цей проміжок часу негативний результат аналізу не означає, що в організмі людини ВІЛ відсутній. Аналіз рекомендовано здавати через три і шість місяців після ситуації, пов'язаної з ризиком інфікування. Слід пам'ятати, що в цей проміжок часу існує ризик передачі вірусу іншій людині. А отже – слід вживати усіх можливих заходів усунення такого ризику.

Для тестування та консультування можна звернутися до Центру профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД, Кабінету «Довіри»⁴⁹, кабінету інфекційних захворювань (у районних поліклініках) або до дільничного / сімейного лікаря за місцем проживання.

Із запитаннями та для отримання додаткової інформації також можна звернутися на Національну лінію телефону довіри з проблем ВІЛ / СНІД .

Телефон довіри працює:
Цілодобово. Анонімно. Конфіденційно.

Зі стаціонарних телефонів України – дзвінки безкоштовні за номером 0-800-500-451

Обсяги медичної допомоги ВІЛ-інфікованим

ВІЛ-інфіковані можуть отримати таку допомогу⁵⁰:

Установи та організації	Обсяг допомоги
Спільноти (пацієнтські та громадські організації)	Профілактика інфікування ВІЛ. Обстеження представників уразливих груп на ВІЛ із застосуванням 1-го швидкого тесту, перенаправлення до закладу охорони здоров'я. Доставка ліків (препаратів антиретровірусної терапії (далі – АРТ).
Центри первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД)	Профілактика інфікування ВІЛ. Обстеження на ВІЛ із застосуванням двох швидких тестів. Взяття під медичний нагляд ВІЛ-інфікованих. Призначення стандартизованої АРТ (лікування препаратами 1 лінії). Скринінг та профілактика опортуністичних* захворювань.
Кабінети інфекційних захворювань	Забезпечення вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги ВІЛ-інфікованим. Призначення стандартизованої АРТ препаратів II лінії. Діагностика та лікування опортуністичних захворювань.
Центри профілактики і боротьби зі СНІДом	Забезпечення третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ. Організаційно-методична допомога лікарям вторинної (спеціалізованої) та первинної ланки.

* Опортуністичні інфекції – медичний термін, який означає інфекційні захворювання, що спричиняють мікроорганізми, які зазвичай не здатні породити хворобу в людини зі здоровою імунною системою, але можуть розвиватися у людей з ослабленою імунною системою. У випадку ВІЛ-інфекції використовують термін «ВІЛ-асоційовані інфекції». Наприклад: туберкульоз, гепатит В та С, токсоплазмоз інші.

ВІЛ-інфекція та вагітність

Внутрішньоутробне (під час вагітності) інфікування дитини ВІЛ-інфекцією може відбутися на будь-якому терміні вагітності, тому тестування вагітної на ВІЛ необхідне задля попередження передачі ВІЛ від матері до дитини⁵¹.

Кожна жінка має право пройти консультування та обстеження на ВІЛ в умовах жіночої консультації або стаціонару. У разі виявлення ВІЛ-інфекції, потрібно якомога раніше, під спостереженням лікаря, розпочати лікування. Потім спільно з медиками вибрати оптимальний шлях розродження і провести необхідний курс профілактичного лікування новонародженої дитини.

Кожна жінка повинна знати, що вона має право:

- самостійно приймати рішення, обираючи безпечний секс;
- знати свій ВІЛ-статус і регулярно проходити тестування на ВІЛ (рекомендується проходити скринінгові тести на ВІЛ під час звичайних регулярних медичних обстежень, на рівні з аналізами крові або сечі. Якщо людина опинилася в групі ризику – необхідно пройти тест на ВІЛ як мінімум раз на рік);
- знати ВІЛ-статус свого статевого партнера / партнерки;
- отримати консультацію про профілактику ВІЛ-інфекції, у тому числі в парах, де один з партнерів ВІЛ-позитивний(а).

Вкрай важливо проходити тестування на ВІЛ обоим партнерам перед плануванням вагітності.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Сучасна медицина дає можливість ВІЛ-позитивній жінці народити здорову дитину.

Жінці при вагітності призначають антиретровірусні препарати. Вони знижують вірусне навантаження до такого рівня, що при нормальній вагітності і неускладнених пологах дитина з'являється на світ здоровою. ВІЛ-інфікованим жінкам не рекомендується самостійно народжувати, оскільки найбільший відсоток зараження дітей – під час пологів. Їм проводять кесарів розтин. Також ВІЛ-інфікованим мамам не можна годувати дітей грудьми з цієї ж причини.

Захист прав ВІЛ-інфікованих

Законодавство України гарантує:

- дотримання прав і свобод, визначених Конституцією України, включаючи право людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, на працю, навчання і медичне обслуговування. Лікарні чи лікарі не мають права відмовити ВІЛ-позитивним людям у лікуванні;
- добровільне, анонімне і конфіденційне тестування на ВІЛ, яке супроводжується консультацією до і після обстеження;
- що школа, роботодавці, лікарні не мають права примушувати до розкриття ВІЛ-статусу чи проходження тесту на ВІЛ;
- безкоштовний і вільний доступ до медичної допомоги і соціальних послуг для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД;
- ВІЛ-позитивні люди вільні в праві пересуватися країною чи виїжджати за її межі.

ПАМ'ЯТАЙТЕ!

Дискримінація людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, за цим критерієм – порушення їхніх прав. Важливо знати і дізнаватися фахову медичну інформацію стосовно цієї хвороби, способів її передачі / зараження нею, профілактики. Поінформованість – шлях до подолання упереджень та, як наслідок, присутніх у суспільстві стереотипів стосовно людей, котрі живуть із ВІЛ/СНІД, їх інтеграції в суспільство та культивування толерантного ставлення.

Туберкульоз та здоров'я жінок

Що таке туберкульоз ?

Це небезпечне інфекційне захворювання, на яке може захворіти будь-яка людина, незалежно від її соціального статусу та роду діяльності. Його викликає мікобактерія туберкульозу (МБТ), яка ще називається паличкою Коха – за іменем науковця, який відкрив цей збудник захворювання у 1882 році.

Туберкульоз переважно передається повітряно-крапельним шляхом від хворої людини до здорової. Інфекція найчастіше роками знаходиться в сплячому стані і активізується в момент зниження імунітету. Туберкульоз у більшості випадків вражає легені, але захворювання може виникнути у будь-якому органі, наприклад, нирках, хребті, мозку, лімфатичних вузлах, кишечнику, шкірі, статевих органах тощо.

Факти про туберкульоз

1

У 1993 році рішенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) туберкульоз був визнаний глобальною надзвичайною проблемою. Через два роки (1995) ВООЗ зареєструвала епідемію туберкульозу в Україні.

2

Туберкульоз є однією з 10 головних причин смерті у світі.

3

У 2016 році на туберкульоз загалом захворіли 10,4 мільйона людей у світі і 1,7 мільйона людей (у тому числі 0,4 мільйона осіб з ВІЛ) померли від цієї хвороби.

4

За оцінками ВООЗ, у 2016 році у світі 1 мільйон дітей захворіли на туберкульоз, і 250 000 дітей померло від нього (включаючи дітей з ВІЛ-асоційованим туберкульозом).

5

За період з 2000 по 2016 рік, завдяки діагностиці та лікуванню туберкульозу, було врятовано 53 мільйони людських життів – розрахунки ВООЗ.

6

Одне із завдань у галузі охорони здоров'я в межах «Цілей сталого розвитку: Україна» (національна доповідь 2017 року) полягає в тому, щоб до 2030 року подолати епідемію туберкульозу.

7

На туберкульоз може захворіти будь-хто.

8

Туберкульоз можна вилікувати.

9

Неприпустимо самостійно ставити діагноз «туберкульоз» та займатися самолікуванням.

10

При виникненні хоча б одного з симптомів туберкульозу – необхідно негайно звернутися до лікаря.

Основні симптоми захворювання:

- ☐ продуктивний кашель із виділенням мокротиння, що триває понад 2 тижні;
- ☐ підвищена температура тіла понад 7 днів;
- ☐ утруднене дихання;
- ☐ біль у грудях;
- ☐ рясне потовиділення вночі;
- ☐ слабкість;
- ☐ значна втрата ваги;
- ☐ кровохаркання (наявність крові у мокротинні, що виділяється при кашлі).

Найголовніше вогнище ураження – дихальні шляхи (бронхи, легені), але іноді мікобактерії викликають запалення в лімфатичній, нервовій та сечостатевої системі, опорно-руховому апараті, на шкірі або навіть вражають увесь організм (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України № 620 від 04.09.2014 р. (далі – Протокол)).

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!

За наявності хоча б декількох із перерахованих симптомів, необхідно звернутися до свого сімейного лікаря або в поліклініку за місцем проживання для обстеження на туберкульоз.

Шляхи передачі

Збудником туберкульозу є мікобактерія. Найпоширеніший шлях передачі – повітряно-крапельний. Туберкульозна паличка передається при контакті під час розмови, чхання, співу або кашлю, а також через предмети побуту. Хоча імунна система здорової людини може протистояти туберкульозу, вбиваючи хворобу, є люди, які не в змозі перебороти цю інфекцію. особи, які знаходяться у контакті з хворим на туберкульоз;

Виділяються такі групи ризику⁵³:

- ☐ ВІЛ-інфіковані і хворі на СНІД;
- ☐ особи, які страждають на алкоголізм, курять, вживають наркотики;
- ☐ особи із захворюваннями, що призводять до послаблення імунітету (наприклад, цукровий діабет);
- ☐ іммігранти та біженці з регіонів із високою захворюваністю на туберкульоз;
- ☐ особи, що перебувають за межею бідності, безробітні;
- ☐ особи без визначеного місця проживання;
- ☐ пацієнти психіатричних закладів;
- ☐ затримані та особи, які перебувають під вартою при відправленні їх до ізоляторів тимчасового тримання, особи, які утримуються або звільнились із установ виконання покарань, а також особи, щодо яких встановлено адміністративний нагляд;
- ☐ працівники пенітенціарних установ, психіатричних закладів, а також закладів охорони здоров'я, які мають часті контакти з хворими на туберкульоз особами, проводять відповідні дослідження та аналізи.

Відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, вірогідність захворіти на туберкульоз зростає при недостатньому харчуванні, циркуляції повітря, у натовпах, при антисанітарії.

Бактерії туберкульозу вразливі до сонячного світла та свіжого повітря, але вони активно поширюються в закритих, недостатньо провітрюваних приміщеннях. Особи, що хворіють на активну форму туберкульозу протягом року, можуть заразити від 10 до 15 осіб під час близького контакту з ними. Ці ризики набагато вищі в місцях з великим скупченням людей, зокрема, місцях позбавлення волі та слідчих ізоляторах.

Інкубаційний період туберкульозу, тобто період, від моменту потрапляння палички Коха до появи перших ознак захворювання загалом становить від 2 до 12 тижнів. У середньому у людей проявляється через 6–8 тижнів, іноді – рік і більше.

Діагностика туберкульозу

Обсяги дослідження визначають лікарі.

Основними дослідженнями є:

- ☐ огляд у сімейного лікаря, терапевта або педіатра (лікар проводить анкетування);
- ☐ мікробіологічна діагностика (дослідження мокротиння);
- ☐ рентгенологічне обстеження органів грудної клітки;
- ☐ туберкулінодіагностика (проби Манту) за показаннями.

За локалізацією хвороби розрізняють різні форми туберкульозу:

легенева форма – туберкульоз легенів, бронхів, плеври, трахеї і гортані;

позалегенева форма – туберкульоз кісток і суглобів, шкіри, травної системи, сечостатевої системи, центральної нервової системи і мозкових оболонок.

Найчастішою формою туберкульозу є туберкульоз легенів. До появи ВІЛ-інфекції туберкульоз легенів становив 85% всіх випадків захворювання на туберкульоз.

Особливості симптоматики туберкульозу

Якщо у людини сильний імунітет, то перші симптоми інфікування можуть бути практично непомітними. Однак якщо вона щодня стикається з агресивними зовнішніми факторами, наприклад, сильним стресом, поганим харчуванням, іншими інфекційними захворюваннями, загостренням соматичних захворювань – захисні сили її організму слабшають. Мікобактерії починають активніше розмножуватися, формуючи запальні вогнища.

Діагностика

При зверненні хворих до сімейного лікаря зі скаргами на погіршення самопочуття, підвищення температури тіла, покашлювання, слабкість поєднану із підвищеною втомлюваністю, невмотивоване схуднення – обов'язково проводяться такі діагностичні заходи:

1. Анкетування пацієнтів – інформація про контакт із вже хворою на туберкульоз особою, тривалість контакту, вживання профілактичних заходів, можливі негативні передумови: авітаміноз, важкі стресові ситуації, куріння, вживання алкоголю.

2. Фізикальне обстеження – вислуховування змін у легенях, наприклад, хрипи, притуплення звуків при перкусії⁵⁴, вимірювання температури тіла, ваги.
3. Найдоступнішим і досить поширеним діагностичним методом є рентгенографія. На знімках можна чітко розрізнити область затемнення – патологічний осередок, його розміри.
4. Якщо після рентгенографії інформація викликає сумніви рекомендується проведення комп'ютерної томографії (КТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ).
5. Дослідження біоматеріалу: мокротиння, крові, сечі. Виявлення в них самих мікобактерій, або антигенів до них.

Обов'язково проводиться консультація фтизіатра, який і підтверджує або спростовує попередній діагноз – туберкульоз. Перераховані вище обстеження проводяться і після відповідного лікування задля своєчасного виявлення рецидиву, ускладнень захворювання.

Симптоматика вторинної форми

Раніше інфікована людина може повторно захворіти на туберкульоз, навіть через кілька десяти років. Для рецидиву достатньо нової масованої атаки мікобактеріями, що надійшли із зовнішнього середовища, наприклад, тривалий контакт з хворим на відкриту форму туберкульозу.

Вторинне інфікування має свої характерні особливості – воно протікає в легшій формі, частіше дає ускладнення, оскільки діагностується пізно. Людина, як правило, тривалий час не підозрює про свою недугу.

Для агресивної вторинної форми туберкульозу вже з перших днів захворювання характерні такі

симптоми: різкий стрибок температури тіла понад 38,5–39 градусів; гарячкові стани чергуються з такими ж різкими падіннями температури нижче 35 градусів; зменшується і вага – аж до кахексії (стан, що супроводжується великою втратою маси тіла за рахунок зникнення жирової клітковини, атрофії м'язів); виражений больовий синдром – інтенсивні больові імпульси в грудній клітці як з боку ураження, так і в сусідніх районах тіла; головні болі; запаморочення, невмотивована слабкість, зниження працездатності.

ПАМ'ЯТАЙТЕ!

Своєчасне звернення до фахівців і проведення відповідних лікувальних заходів допомагає уникнути важких ускладнень.

Вагітність і туберкульоз

У Протоколі не вказано, що захворювання на туберкульоз є підставою до переривання вагітності, хоча постанова Кабінету Міністрів України «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України» № 144 від 15.02.2006 р. – надає жінці таке право.

Туберкульоз у вагітної вимагає залучення до її лікування декількох лікарів. Якщо жінка помітила у себе підозрілі симптоми, то необхідно неодмінно звернутися до гінеколога. Він буде ставити питання, завдяки яким можна припустити наявність захворювання. Якщо у лікаря виникли підозри, то далі здоров'ям пацієнтки починають займатися також фтизіатр, пульмонолог, оториноларинголог і хірург.

У вагітних фізіологічно зменшені всі захисні функції, і вони більшою мірою схильні до впливу мікобактерій.

ВАЖЛИВО!

Завдяки появі нових методів лікування та діагностики на сьогоднішній день можна зберегти плід і підтримати здоров'я матері. Жінка обов'язково повинна перебувати на обліку у фтизіатра або іншого відповідного спеціаліста.

Необхідно пам'ятати, що вагітність при туберкульозі легень є небезпечним станом, оскільки тлі такої недуги починаються серйозні ускладнення і патології, а також може статися викидень. Ризик передачі захворювання дитині від матері мінімальний, але повністю його виключити неможливо.

Пологи

Жінки, з активною формою туберкульозу, значно важче народжують, ніж здорові. У момент інтоксикації часто зустрічаються слабкі потуги і великі крововтрати. Сам процес займає менше часу. Використання кесаревого розтину рекомендується тільки за медичними показаннями. Поява на світ малюка має відбуватися у спеціальному пологовому будинку⁵⁵. Якщо в місті такого не існує, то лікуючий лікар повинен заздалегідь сповістити персонал лікарні про приїзд пацієнтки з туберкульозом. Жінка під час пологів обов'язково надягає захисну маску, аби мінімізувати ризик поширення мікобактерій.

Якщо лікування було надане пацієнтці своєчасно і вона перебувала під постійним наглядом фахівців, то загрози для її життя і життя малюка в момент родового процесу зводяться до мінімуму.

Якщо у породіллі не спостерігається бацилоvidілення, то дозволяється грудне вигодовування.

Вагітність після лікування туберкульозу

Планування вагітності жінкою, яка перехворіла на туберкульоз, потребує додаткової консультації фтизіатра та гінеколога. Лікарі радять планувати вагітність не раніше, ніж через два роки після проходження курсу лікування. Це пояснюється тим, що організм повинен відновитися і набратися сил. Якщо не дотримуватися рекомендацій лікарів, то недуга може повернутися в момент виношування плоду, бо знижується імунітет. Вагітність після туберкульозу легенів можлива, і найчастіше закінчується позитивним результатом, але кожен випадок є унікальним, і рішення про терапевтичні заходи лікар ухвалює індивідуально.

Після повного лікування туберкульозу народження малюка може протікати без ускладнень. Як правило, наслідки колишньої хвороби не відбиваються на здоров'ї та самопочутті дитини. Тому, необхідно своєчасно проходити всі діагностичні процедури і повне обстеження.

Якщо не лікувати туберкульоз, дитина може народитися з нижчою, ніж у дітей від здорових матерів, вагою. Дуже рідко у новонароджених теж може бути діагностований туберкульоз.

Стандартне лікування туберкульозу безпечне.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Туберкульоз, який не лікують, є небезпечнішим за будь-які потенційні побічні ефекти від його лікування.

Організація надання медичної допомоги хворим на туберкульоз

Надання медичної допомоги хворим на туберкульоз в Україні відбувається відповідно до оновленої клінічної настанови, яка заснована на доказах. Потреба в оновленні настанови виникла у зв'язку з появою нових підходів до профілактики, діагностики та лікування туберкульозу.

Скринінг туберкульозу

В оновленій клінічній настанові (2017 року), заснованій на доказах, усунена застаріла практика використання флюорографічного обстеження населення для скринінгу туберкульозу. Замість цього передбачене рекомендоване Всесвітньою організацією охорони здоров'я:

- анкетування населення (окремі анкети для дорослих і дітей), щодо виявлення симптомів туберкульозу. Цей обов'язок покладено на первинну ланку медичної допомоги (сімейних лікарів). І це передбачено реформою охорони здоров'я в пакеті безкоштовних обов'язкових медичних послуг сімейного лікаря (див. детальніше раніше у розділі у «Платні та безкоштовні медичні послуги»);
- проведення рентгенологічного обстеження;
- дослідження мокротиння за допомогою бактеріоскопічного обстеження у осіб з підозрою на туберкульоз і наявним легеневиими симптомами (виконується, як і раніше, на рівні первинної ланки медичної допомоги).

Масова туберкулінодіагностика (проба Манту) для дитячого населення відмінена. Вона залишиться обов'язковою для контактних дітей та для діагностики туберкульозу у дітей з підозрою на туберкульоз.

Оновлений алгоритм діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих

Для ВІЛ-інфікованих пацієнтів передбачена діагностика туберкульозу за допомогою LF-LAM тесту. Даний тест дозволяє виявити антигени мікобактерій у сечі пацієнта за 25 хвилин. Методика ідентична методиці швидких тестів на вагітність або експрес-діагностики ВІЛ. Такий тест дозволить підвищити виявлення туберкульозу у ВІЛ/СНІД-пацієнтів, діагностика туберкульозу яких ускладнена, і має особливості: відсутність бактеріовиділення і позалегенових локалізацій туберкульозу.

Особливості ведення хворих на туберкульоз

Передбачено спільне ведення пацієнтів із туберкульозом сімейними лікарями і фтизіатрами. Обговорюється питання призначення стандартних режимів лікування хворих на туберкульоз сімейними лікарями.

Ліквідуються групи диспансерного нагляду осіб, які перенесли туберкульоз, і контактних осіб. На пацієнта після успішного завершення курсу лікування туберкульозу не будуть накладатися жодні обмеження з допуску до робіт або вибору професії.

Стаціонарний і амбулаторний етап лікування туберкульозу

Стаціонарний етап лікування вже не є пріоритетним, а розглядається як один із можливих варіантів ведення пацієнтів із туберкульозом. Як організувати лікування пацієнтів, відповідно до їх індивідуальних потреб – вирішують сімейні лікарі разом із фтизіатрами.

Залишається незмінним підхід залучення до послуг контролюваного лікування різних постачальників, наприклад, неурядових організацій.

Чому не можна переривати лікування?

Постійне приймання протитуберкульозних препаратів – ключовий елемент успіху лікування. Практика свідчить, що більшість невдач лікування пов'язана не з неправильним вибором препарату і його дози, а з тим, що значна кількість пацієнтів просто перериває лікування. Це, у свою чергу, призводить до вироблення мікобактеріями стійкості до протитуберкульозних препаратів, що робить лікування тривалішим, дорожчим і менш успішним.

Чи можливе примусове лікування хворих на туберкульоз?

Примусовому лікуванню підлягають хворі на заразні форми туберкульозу, які ухиляються від лікування.

Статтею 11 Закону України від 05.07.2001 р. № 2586-III «Про протидію захворюванню на туберкульоз» передбачено, що у разі, якщо хворі на заразні форми туберкульозу, у тому числі під час амбулаторного чи стаціонарного лікування, порушують протиепідемічний режим, що ставить під загрозу зараження туберкульозом інших осіб, – для запобігання поширенню туберкульозу за рішенням суду вони можуть бути примусово госпіталізовані до протитуберкульозних закладів, що мають відповідні відділення (палати) для розміщення таких хворих.

Заява про примусову госпіталізацію чи про продовження строку примусової госпіталізації хворих на заразну форму туберкульозу подається до суду представниками протитуберкульозного закладу, що здійснює відповідне лікування хворої людини, протягом 24 годин з моменту виявлення порушення нею протиепідемічного режиму.

Органи Національної поліції за зверненням керівників протитуберкульозних закладів надають у межах своїх повноважень допомогу у забезпеченні виконання рішення суду.

Невиконання рішення суду про примусову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу чи про продовження строку примусової госпіталізації тягне кримінальну відповідальність відповідно до закону.

Права пацієнтів хворих на туберкульоз

(згідно зі ст. 20 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз»):

1. безоплатна медична допомога та належні, відповідно до санітарних норм, умови перебування під час лікування у протитуберкульозних закладах;
2. отримання інформації від медичних працівників, які здійснюють лікування, про особливості захворювання, методики лікування, режим харчування, існуючі ризики для здоров'я, наслідки відмови від лікування, загрозу створення реальної небезпеки зараження оточуючих та відповідальність за порушення протиепідемічного режиму;
3. безоплатне санаторно-курортне лікування відповідно до медичних показань в межах коштів, виділених бюджетом;
4. надання психологічної допомоги;
5. можливість спілкування з членами сім'ї та іншими особами з дотриманням протиепідемічного режиму;
6. відправлення релігійних обрядів;
7. безоплатне харчування за підвищеними нормами (хворі на туберкульоз та діти і підлітки, інфіковані мікобактеріями туберкульозу, під час лікування в протитуберкульозних стаціонарах і санаторіях);
8. отримання листка-непрацездатності на весь визначений лікарем період проведення основного курсу лікування (видається вперше

виявленим хворим на активні форми туберкульозу та хворим із рецидивом туберкульозу). За висновком медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) листок непрацездатності зазначеним особам може бути подовжений, але не більше, ніж на 10 місяців від дня початку основного курсу лікування. На весь період лікування хворих на туберкульоз за ними зберігається місце роботи. Власники або уповноважені ними органи, підприємства, установи, організації усіх форм власності не мають права звільнити працівника чи працівницю у зв'язку з їх захворюванням на туберкульоз, крім випадків, коли захворювання на туберкульоз є протипоказанням для роботи за професією, а переведення за його згодою на іншу роботу є неможливим.

В Україні боротьба з туберкульозом відбувається згідно із Загальнодержавною цільовою соціальною програмою протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки, яка відповідає міжнародним принципам. Мета програми – стабілізація рівня захворюваності, зменшення рівня смертності та підвищення ефективності лікування хворих на чутливий туберкульоз, хіміорезистентний туберкульоз, ко-інфекцію – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію/СНІД, що ґрунтується на принципах забезпечення загального та рівного доступу населення до якісних послуг з профілактики, діагностики та лікування туберкульозу.

Алкогольна та наркотична залежність: особливості захворювання у жінок

Людина за своєю природою прагне до того, щоб найменшими зусиллями забезпечити власне благополуччя і отримати від цього задоволення. Відчуття задоволення – результат певних хімічних реакцій в організмі. Учасники подібних реакцій – психоактивні речовини (далі – ПАР). Вони можуть або бути вироблені організмом самостійно, або (що вимагає менше зусиль) потрапити в організм ззовні.

Властивості психоактивних речовин⁵⁶:

- ☐ викликають стан ейфорії (задурманювання);
- ☐ змінюють толерантність організму (для досягнення ефекту необхідно збільшувати дозу);
- ☐ викликають психічну і фізичну залежність;
- ☐ після припинення вживання розвивається абстинентний синдром (похмілля);
- ☐ викликають гострі та хронічні психічні розлади;
- ☐ викликають патологічну зміну особистості;
- ☐ патологічно змінюють функцію внутрішніх органів та систем.

Психоактивними речовинами можуть бути різні хімічні сполуки, але вживання більшості з них швидко призводить до формування психічної залежності від цих речовин. А коли психоактивні речовини вбудовуються в обмін речовин організму – виникає розвиток і фізичної залежності. У кінцевому підсумку

розвиток залежності призводить до ураження багатьох органів і систем, до деградації, і врешті – до смерті. Важливо розпізнати хворобу на ранній стадії і своєчасно почати кваліфіковану терапію.

Алкогольна залежність

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) – до найдешевших у виробництві, а отже, і найбільш доступних для людей психоактивних речовин відноситься алкоголь.

Проблема алкоголізму, як найпоширенішого різновиду хімічної залежності, актуальна в усьому світі.

Алкогольна залежність – це складне захворювання, яке призводить до руйнування особистості. Його лікуванням займаються лікарі-наркологи, а також психіатри та психотерапевти. Їхнім завданням є вивести людину зі стану, до якого призвело зловживання алкоголем, повернути її до нормального повноцінного життя, в якому немає місця залежності.

При цьому хвороба не з'являється раптово. Спочатку людина вживає алкоголь через його своєрідну дію на самопочуття: у малих і середніх дозах він у більшості людей викликає підвищення апетиту, відчуття безтурботності і розслаблення, поліпшення настрою, впевненості у власних силах. Заради цих відчуттів у подальшому людина починає вживати спиртні напої частіше.

Першими ознаками захворювання є збільшення переносимості алкоголю: відсутність ознак сп'яніння від звичних доз алкоголю, перехід на більш міцні напої або збільшення кількості випитого.

Знижується контроль не тільки над кількістю випитого, а й над своєю поведінкою в стані сп'яніння. При цьому людина може бути настирливою, безтурботною або конфліктною, схильною до куражу

або до замкнутості. Може в стані сп'яніння робити вчинки, які ніколи б не робила у тверезому стані.

Але найяскравішою ознакою алкогольної залежності є похмілля. Це ознака того, що зовнішній алкоголь вже вбудувався в обмін речовин. Це ознака фізичної залежності.

Стадії алкоголізму

Алкогольна залежність протікає в три стадії: початкова (невротична), середня (наркоманічна), кінцева (енцефалопатична). Межею переходу початкової стадії в середню є формування абстинентного синдрому (похмілля) – фізичної залежності.

На ранній стадії алкоголізму з'являється бажання повторити стан сп'яніння (психологічна залежність). На цьому етапі всі інтереси зосереджуються саме на ньому, що проявляється такими ознаками змінених реакцій організму:

- а) втрата блювотного рефлексу;
- б) виникнення і закріплення хворобливого потягу до алкоголю;
- в) зміна толерантності до алкоголю;
- г) поява амнезії при сп'янінні;
- д) втрата контролю за кількістю випитого алкоголю;
- е) поява характерологічних змін особистості;
- є) виникнення похмілля;
- ж) порушення функції внутрішніх органів.

Саме на цій стадії бажання випити переростає в другу стадію алкоголізму. Мозок вже не в змозі боротися з бажанням, і людина починає регулярно випивати.

На другій стадії алкоголізму з'являється абстинентний (похмільний) синдром, який характеризується посиленням серцебиття, нудотою, потягом до

блювання, тремором, головним болем, вегетативними розладами. Хворим властива дратівливість, ускладнені пізнавальні функції. На тлі абстинентного синдрому виникає гострий алкогольний психоз. Усе це призводить до передчасного старіння, руйнування організму і переходу до запущеної, третьої, стадії.

На третій стадії алкоголізму спостерігається деградація особистості, а інколи деменція (слабоумство). Дана стадія характеризується високою залежністю від спиртного, хвора людина постійно п'є і це стає її способом життя. Спостерігається виражена соціальна, психічна та фізична деградація особистості. Лікування на даній стадії досить важке, часто трапляються зриви і випадки смертності.

Жіночий алкоголізм

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я зазначають, що жіночий алкоголізм останнім часом став поширеним явищем і значно помолодшав. Відповідно до статистики, 70% жінок у світі починають вживати спиртне до 18 років. Дози споживання алкогольних напоїв збільшуються до 30–45 років, коли жінка вже веде свідоме життя. Найчастіше жіноча алкогольна залежність починається в цьому періоді через душевні переживання, стрес та напружену роботу. Відмінність алкоголізму у жінок від чоловіків у тому, що жінки починають пити наодинці, щоб інші не бачили. Під час похмілля у жінки яскравіше виражені тривога і тужливість, ніж у чоловіка. Алкогольна залежність у жінок виникає швидше, ніж у чоловіків, і дуже важко піддається лікуванню. Жіночий алкоголізм впливає на стан здоров'я майбутньої дитини. Якщо мати пила під час вагітності, дитина удвічі частіше народжується з хронічними захворюваннями, пологи і вагітність проходять важко, трапляються викидні. Це так званий «алкогольний синдром плода» – набір вроджених фізичних і неврологічних патологій.

Причини жіночого алкоголізму

Найчастіше алкогольна залежність у жінок виникає через психологічні та емоційні чинники. Серед причин формування алкоголізму у жінок найчастіше виділяють:

- депресії і невротичні стани. Вони можуть виникати на тлі відчуття самотності, втрати близьких, зради партнера/-ки, проблем у родині, на роботі, переживання образ;
- малі дози для сп'яніння і швидке всмоктування алкоголю в кишечнику;
- нудьга і відсутність роботи або улюбленого заняття;
- спадковість, випадки алкоголізму в сім'ї, особливості характеру;
- період клімаксу, в якому жінка найбільш вразлива психологічно і фізично.

Усі ці причини можуть викликати початок жіночої алкогольної залежності.

Лікування алкоголізму

Алкогольна залежність розвивається дуже швидко, тому впливає на весь організм і стан людини. Щоб побороти алкогольну залежність, людина спершу повинна сама усвідомити, що хвора і їй необхідне лікування. Коли вона погодиться на лікування від своєї залежності, потрібно негайно вирушати до спеціального наркологічного стаціонару, де їй буде надана необхідна терапія і допомога. Лікування відбувається за участі лікаря, жодні замовляння і народні методи не допомагають. Тільки комплексні методи терапії зможуть перемогти алкогольну залежність.

Лікування залежить від стадії захворювання та, як правило, включає в себе спеціалізовану психологічну та психотерапевтичну допомогу, детоксикаційну терапію, препарати, що формують огиду до

алкоголю. Найчастіше пацієнти після проходження лікування продовжують спостерігатися у психотерапевта і проходити необхідну терапію.

Наркотична залежність

Майже 250 мільйонів людей у всьому світі хоча б раз у своєму житті вживали наркотики, а 12% з них – стали наркозалежними та не в змозі самотужки впоратися з цією проблемою і потребують спеціального лікування (за даними «Всесвітньої доповіді про наркотики 2018» Управління ООН з наркотиків і злочинності).

Щорічно від передозування наркотиків, здебільшого – опіоїдів, гинуть щонайменше 190 тис. осіб, більшість з яких – молодь. Найвищу кількість наркозалежних зафіксовано у США – 28,6 млн. осіб віком від 12 років. Таку сумну статистику було оприлюднено Центром новин ООН під час 61-ї сесії Комісії з наркотичних засобів при ООН (березень 2018 року).

За даними Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, в Україні на початок 2018 року налічувалося майже 346 тис. тільки ін'єкційних наркоманів, і щорічно їх кількість збільшується на 10%.

Наркотична залежність – це хронічне захворювання, що рецидивує, та характеризується:

- вираженим компульсивним («нав'язливим», «примусовим») потягом до повторного прийому психоактивних речовин;
- зниженням або втратою контролю щодо їх прийому;
- вираженими негативними переживаннями (тривога, дисфорія⁵⁷, безсоння) у разі неможливості отримати доступ до них.

При розвитку наркозалежності зазначають спільний для всіх її варіантів шлях: спочатку з'являється

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

На жаль, сьогодні в суспільній свідомості слово «наркоман» все ще асоціюється, в першу чергу, з поняттям «злочинець», а не «хворий». У МКХ-10 є група захворювань, що позначаються родовою категорією «Психічні та поведінкові розлади, що викликані вживанням психоактивних речовин». Завдяки численним дослідженням, проведеним в останні десятиріччя, стало абсолютно зрозуміло, що залежність від наркотиків (опіоїдів) – це захворювання головного мозку і формується воно далеко не в усіх, хто починає вживати психоактивні речовини. Необхідним є поєднання низки чинників: спадкових, психологічних, мікро- і макросоціальних.

імпульсивний потяг до прийому ПАР, який більшою мірою асоціюється з позитивними переживаннями (ейфорія, відчуття психічного і фізичного комфорту, почуття задоволення), проте поступово в ході розвитку процесу залежності починає переважати компульсивний потяг, переважно пов'язаний з потребою в усуненні негативних переживань (дисфорія, почуття дискомфорту, різноманітна психо-вегетативна симптоматика), які асоціюються з синдромом відміни (ломка)).

Хоча термін «наркоманія» все ще фігурує у вітчизняному законодавстві і навіть у деяких документах, прийнятих Міністерством охорони здоров'я України, в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10⁵⁸) він не зустрічається.

Лікування залежностей від ПАР потребує комплексного підходу, що складається з трьох послідовних елементів:

- медикаментозна допомога (детоксикація);
- психотерапевтичний супровід;
- подальша соціальна адаптація пацієнта.

У системі Міністерства охорони здоров'я України функціонує мережа наркологічних лікарень, які надають послуги з детоксикації. У штаті державних наркологічних установ працюють також психологи та соціальні працівники, задача яких – мотивувати пацієнтів на відмову від вживання ПАР. Також, з метою зниження шкоди та для відмови від вживання нелегальних (вуличних) наркотиків, у нашій країні діє програма замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), в межах якої пацієнти під наглядом та за рецептом лікарів-наркологів мають змогу приймати препарати (метадон,

ВАЖЛИВО ПОПЕРЕДИТИ!

Враховуючи той факт, що вимоги до діяльності таких реабілітаційних центрів чітко не прописані в нормативах профільного законодавства (відсутній механізм контролю та ліцензування), фіксуються непоодинокі випадки порушення прав та свобод громадян, що перебувають у таких центрах (утримання без добровільної згоди наркозалежних, використання пацієнтів як дешевої робочої сили та перебування останніх в нелюдських умовах). При прийнятті рішення щодо звернення до них варто ретельно перевірити інформацію щодо діяльності того чи іншого такого центру.

бупренорфін), які допомагають уникнути синдрому відміни (ломки) та покращують стан здоров'я.

На жаль, в українській системі охорони здоров'я відсутня розгалужена мережа реабілітаційних центрів, де стаціонарно чи амбулаторно фахівці працюють над поліпшенням фізичного, емоційного, психологічного стану здоров'я клієнта, гармонізацією сімейних та інших міжособистісних відносин, покращенням у сфері трудової зайнятості, навчанням, соціальною адаптацією⁵⁹.

На сьогодні цю проблему намагаються власноруч вирішувати громадські організації та активісти.

Програма замісної підтримувальної терапії (далі – ЗПТ)

ЗПТ – конфіденційне лікування хворих, яке пов'язане з щоденним тривалим прийомом замісного препарату (метадон, бупренорфін) для лікування порушень, пов'язаних із вживанням екстракту макової соломки, героїну або інших опіоїдів⁶⁰. Вона не призначена для хворих, які вживають неопіоїдні психоактивні речовини.

ЗПТ має на меті не допустити розвитку у хворих синдрому відміни, підтримувати їх у стабільному стані фізичного комфорту та стримувати потяг до нелегальних опіоїдів. Програма є частиною комплексного лікування, дозволяє вирішити не тільки проблему залежності, а й інші медичні, психологічні та соціальні проблеми хворої.

Станом на 1 серпня 2018 року, згідно з даними Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, замісну підтримувальну терапію в Україні отримує 10777 наркозалежних людей. Це відбувається на базі 177 лікувальних установ у 25 регіонах України. Середній вік пацієнтів на ЗПТ – від 34 до 46 років, він коливається залежно від регіону.

Вплив прийому ЗПТ на здоров'я жінок⁶¹

Метадон, бупренорфін, як і інші опіоїди, можуть викликати затримку менструації у жінок. Однак завжди слід пам'ятати, що можуть бути й інші причини порушення менструального циклу.

Існує стійкий міф, що замісна терапія і вагітність несумісні, але це не так. Метадон і бупренорфін не завдають особливої шкоди майбутній дитині. Їх вплив на вагітність добре вивчено і доведено, що замісна терапія досить успішна при вагітності. Треба, однак, пам'ятати про обов'язковий контроль з боку лікаря, оскільки іноді може виникнути потреба в регулюванні дози. Доведено також, що прийом замісних препаратів під час вагітності може запобігти викидням, порушенням розвитку плоду, передчасним пологам.

У більшості випадків новонароджені від матерів, які приймали метадон або бупренорфін, не потребують медикаментозного лікування. Грудне вигодовування дітей, матері яких продовжують отримувати ЗПТ, не протипоказане, за винятком тих випадків, коли мати ВІЛ-інфікована.

Як стати учасником програми замісної терапії?

Усю інформацію (у тому числі і правову) про можливість прийому ЗПТ у своєму місті можна отримати у районних наркологів та співробітників центрів СНІД, або у працівників громадських організацій, які підтримують стратегію Зменшення шкоди⁶².

Сьогодні пацієнти можуть дозволити собі і закордонні відрядження, відпочинок або лікування в інших країнах. У такому випадку слід перекласти всю медичну інформацію, пов'язану із ЗПТ, іноземною мовою. І потрібно пам'ятати, що такий документ необхідно завжди мати при собі: він допоможе уникнути вкрай неприємних ситуацій з працівниками поліції інших країн.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Вичерпну інформацію від фахівців можна отримати, зателефонувавши безкоштовно та конфіденційно на Національну гарячу телефонну Лінію Довіри 0 800 507 72 70 з будь-якого регіону України з 9:00 до 21:00 (за винятком АР Крим).

Незалежно від країни перебування важливо вирішити: чи є потреба брати метадон з собою, чи можна знайти метадонового провайдера, який погодиться лікувати пацієнта і видавати препарат у іншій країні. У будь-якому випадку потрібно мати з собою лист від лікувально-профілактичної установи, що відображає всю медичну картину (епікриз).

Сьогодні багато пацієнтів ЗПТ, знаючи, що їх препарати легальні, навіть не декларують їх на митниці.

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!

У разі необхідності переїзду на деякий час в інше місто достатньо написати заяву в адміністрацію лікувально-профілактичної установи про тимчасовий переїзд пацієнта до іншого міста і отримати виписку з епікризу (медичної карти) з точною назвою замісного препарату із зазначенням добової дози в мг, а також час запланованої відсутності в місці проживання та точним зазначенням сайту ЗПТ, де планується отримувати препарат весь цей час.

Однак є країни (наприклад, Сінгапур, Росія), де передбачено серйозне кримінальне покарання за проведення таких препаратів, навіть у незначних кількостях. Пацієнтам слід взяти це до уваги, особливо з прийняттям наказів Міністерства охорони здоров'я України⁶³, що відкривають перед ними можливості отримання певної кількості замісних препаратів на руки.

Стан організації профілактики та наркологічної допомоги особам з алкогольними та наркотичними проблемами⁶⁴

Наркологічна допомога людям, що мають залежність від алкоголю та наркотиків, надається переважно територіальними наркологічними установами, що здебільшого є закладами комунальної власності та фінансуються за рахунок місцевих бюджетів. Медичну допомогу також надають приватні медичні заклади, які мають ліцензію на даний вид діяльності⁶⁵.

Медичний огляд осіб різних вікових груп на стан сп'яніння, з метою попередньої діагностики, проводиться лікарем-наркологом у медичних закладах, що визначені Управлінням охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Остаточний діагностичний висновок робить комісія з трьох лікарів у порядку, встановленому чинним законодавством.

Медична допомога (за згодою хворих) надається сімейним лікарем у стаціонарних / амбулаторних умовах медичних закладів II та III рівнів.

Наркозалежні люди мають право на анонімність лікування, на таємницю про стан свого здоров'я, а також щодо факту звернення по медичну допомогу, діагноз та на відомості, одержані при їх медичному обстеженні. Медичні працівники не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків⁶⁶.

Паліативна та хоспісна допомога в Україні

ЩО ТАКЕ ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА?

Паліативна допомога (визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)) – це комплекс медичних, соціальних, психологічних і духовних заходів, спрямованих на поліпшення якості життя людей, що є невиліковно хворими або життєвий прогноз яких є песимістичним, а також членів їхніх сімей.

Паліативна медицина належить до послуг закладів охорони здоров'я, які мають державний сертифікат та ліцензію Міністерства охорони здоров'я на провадження господарської діяльності з медичної практики; з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Цей тип медичної допомоги спрямований на покращення якості життя паліативних пацієнтів та підтримку членів їхніх родин через запобігання та полегшення страждань термінально⁶⁷ хворої людини.

Паліативні хворі – пацієнти усіх вікових груп, які страждають на злоякісні новоутворення у III–IV стадії захворювання, ВІЛ-інфекцію/СНІД, вроджені вади розвитку, серцево-судинні, неврологічні, респіраторні, атрофічно-дегенеративні та інші прогресуючі захворювання та післятравматичні стани, що не можуть бути вилікувані сучасними і доступними

методами та засобами, і супроводжуються вираженими больовими симптомами, тяжкими розладами життєдіяльності, потребують кваліфікованої медичної допомоги, догляду, психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки у термінальній стадії захворювання або за умови обмеженого прогнозу життя, сумнівному прогнозі одужання чи покращення стану або повноцінного відновлення функцій життєдіяльності.

Хоспіс – це заклад охорони здоров'я особливого типу, фахівці якого одержали спеціальну підготовку і надають паліативну допомогу хворим і членам їхніх родин, здійснюють організаційно-методичну та консультативну допомогу та координацію надання первинної, загальної і спеціалізованої паліативної допомоги на закріпленій території (український, обласний, міський, районний / міжрайонний), а також інші функції та завдання, які визначені «Положенням про спеціалізований заклад охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс»»⁶⁸.

Хоспісна допомога є складовою паліативної допомоги, яка надається невиліковно хворим пацієнтам, починаючи з моменту, коли встановлений діагноз щодо прогресуючого невилікового захворювання.

До такої допомоги входить: надання адекватного ефективного знеболення, медикаментозна терапія, медико-психологічна реабілітація, хірургічні та інші методи лікування, догляд за хворим.

Компоненти паліативної допомоги

Паліативна допомога є цілісним підходом, що складається з медичного, соціального, психологічного та духовного компонентів.

Медична складова паліативної допомоги полягає у контролі фізичного стану хворих, симптоматичному лікуванні патологічних проявів хвороби, у

Засади, на яких базується паліативна допомога:

- ☐ позбавити болю та інших симптомів не-дуги;
- ☐ усунути або зменшити розлади життєді-яльності та інших важких проявів хворо-би, а також сприяти утвердженню у хворої людини життєствердної позиції й адек-ватного ставлення до смерті;
- ☐ неможливість прискорити або відтермі-нувати смерть;
- ☐ надавати інтегровану медичну, психоло-гічну, соціальну та духовну допомогу па-цієнтам та членам їх сімей як в умовах спеціалізованого медико-соціального за-кладу – хоспісу, так і вдома;
- ☐ якомога довше підтримувати повноцін-не активне життя пацієнтів;
- ☐ навчити членів сім'ї пацієнтів прави-лам полегшення страждань їхніх хворих рідних, та надавати їм допомогу після смерті, полегшуючи страждання, пов'я-зані з втратою близької людини;
- ☐ використовувати мультидисциплінар-ний підхід для задоволення потреб па-цієнтів та їхніх родичів;
- ☐ поліпшувати якість життя, а також, за можливості, позитивно впливати на пе-ребіг захворювання;

- ☐ якомога раніше використовувати цей вид допомоги в поєднанні з такими видами лі-кування, що сприяють подовженню життя пацієнтів, як хіміотерапія, радіаційна терапія, антиретровірусна терапія, дослідження, що сприяють кращому розумінню і подоланню клінічних наслідків страждань.

тому числі болю, наданні консультацій та навчанні близького оточення навичкам, корисними при до-гляді за хворими.

Соціальний компонент має на меті забезпечи-ти задовільні побутові умови, підтримати соціальне життя, і в той же час допомогти хворим та їх ото-ченню навчитися самостійно вирішувати соціальні проблеми.

Психологічний компонент у межах паліативної допомоги вирішує завдання полегшення психоло-гічних станів, пов'язаних із невиліковним захворю-ванням; подолання стресу, тривожності, депресії хворих, їх оточення, персоналу, залученого до на-дання паліативної допомоги. Завданням психоло-гічної підтримки є нормалізація внутрішнього стану хворої людини, підтримка психологічної рівноваги між нею та оточенням на всіх етапах протікання за-хворювання; лікування, обговорення та підготовка до смерті; допомога близькому оточенню хворих під час і після важкої втрати.

Духовна підтримка надається представником релігійної конфесії, за вибором хворих. Незалеж-но від організаційної форми медичного обслу-говування важливим є забезпечення можливості здійснення, за потреби хворих людей, необхідних для них релігійних обрядів.

Потреба у паліативній допомозі в усьому світі

З 58 млн. людей, які помирають щороку, щонайменше 60% є невиліковно хворими і потребують паліативної допомоги. Паліативна допомога могла б поліпшити якість життя 80% людей, які страждають на невиліковні хвороби, за умови зменшення болю і страждань в останні дні життя. На жаль, для багатьох людей програми паліативної допомоги або недоступні, або недосяжні. Спеціальний доповідач ООН з питань охорони здоров'я зазначив, що «пацієнти страждають від важкого і помірного болю, там де паліативна допомога, по суті, відсутня, і вони воліли б померти, ніж продовжувати жити з сильними болями, які не підлягають лікуванню»⁶⁹.

Потреба у паліативній допомозі в Україні

З огляду на те, що населення України старіє та високі демографічні показники смертності (адже щорічно в Україні помирає близько 700 тисяч людей, в тому числі понад 100 тисяч від онкологічних хвороб), зростає потреба у організації та наданні якісної паліативної допомоги. Кількість населення, що потребує паліативної допомоги, складає понад 600 тисяч пацієнтів щорічно, члени їх родин також потребують супроводу та підтримки. Тобто, щорічно в Україні, понад 1,5 млн. людей потребують паліативної допомоги.

На сьогодні в Україні створено 2 центри, 7 хоспісів та понад 60 самостійних відділень паліативної допомоги, що забезпечує доступ до 1500 стаціонарних паліативних ліжок, при рекомендованій Всесвітньою організацією охорони здоров'я потребі у 3500 ліжок. Функціонує лише 7 виїзних служб надання паліативної допомоги вдома для дорослих та дітей. За оцінками експертів, потреба у паліативній допомозі в Україні задоволена лише на 15%.

Станом на кінець першого півріччя 2017 року найбільше ліжок для паліативних пацієнтів у Харківській (130) та Київській (113) областях. Найбільша кількість стаціонарних відділень у Миколаївській області: 8 відділень із загальною кількістю ліжок – 44. У чотирьох областях України досі відсутні хоспіси та відділення паліативної допомоги: Кіровоградської, Одеської, Хмельницької та Чернівецької⁷⁰.

Законодавче забезпечення паліативної та хоспісної допомоги

Обов'язок держави забезпечити доступ до паліативної допомоги всім пацієнтам, незалежно від віку, нозологічної⁷¹ категорії захворювання, соціального статусу, національності, релігійних та політичних переконань, місця перебування тощо.

Законодавчою базою для розвитку паліативно-хоспісної допомоги населенню в нашій державі є, насамперед, Конституція України й Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я», у ст. 33 якого паліативну допомогу визначено як окремий вид медичної допомоги нарівні з екстреною, первинною, вторинною (спеціалізованою), третинною (високоспеціалізованою) та медичною реабілітацією.

Також у ст. 354 цього Закону зазначено: «На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей. Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, у якому пацієнту надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, із яким укладено договір про медичне обслуговування населення.

Порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Основним документом щодо паліативної допомоги в Україні є Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні». Цим наказом було затверджено «Порядок надання паліативної допомоги» та «Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги».

Виписування знеболювальних препаратів регулюють Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2005 р. № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень» та Постанова Кабінету Міністрів України від 03.06.2009 р. № 589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом».

Доступність знеболювання

У світі особливу увагу приділяють доступності знеболювання, адже в разі його застосування, відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, пацієнти навіть із IV стадією онкозахворювання 80–90% часу не страждають від болю. Приблизно 85% пацієнтів, котрі перебувають поза стаціонаром, не можуть отримати повноцінне знеболювання в домашніх умовах.

Згідно з класифікацією Міжнародного альянсу паліативної допомоги, що діє при Всесвітній організації охорони здоров'я, Україна належить до групи країн «з несистемним забезпеченням паліативної допомоги». Україна нині посідає передостаннє місце в Європі за споживанням знеболювальних препаратів, при тому, що загальна смертність населення та смертність від окремих причин фактично вдвічі перевищує відповідні показники країн Європейського Союзу.

Ще у 2013 році Кабінет Міністрів України ухвалив Постанову⁷², яка дозволила використовувати таблетований морфін, випикувати препарат на 10 днів і отримувати його довіреним особам пацієнтів. Але знеболювальні засоби, на жаль, досі погано доступні. У багатьох регіонах України кількість ліцензованих аптек, які мають право на реалізацію наркотичних знеболювальних препаратів, коливається від 4 до 10 на всю область.

Низка наказів Міністерства охорони здоров'я України⁷³ значно спростили правові умови призначення знеболювальних препаратів паліативним хворим, зокрема:

- ☐ скасовано комісії з призначення наркотичних і психотропних лікарських препаратів, їх може та повинен призначати лікар одноосібно;
- ☐ до аптек не потрібно подавати зразки підписів лікарів, які мають «виняткове» право призначати знеболювальні засоби потужної дії – нині таке право має кожен лікар, виписавши рецепт форми № 3 (ф-3);
- ☐ скасовано територіальну «прив'язку» пацієнтів до місця придбання сильнодіючих знеболювальних засобів за власний кошт – вони мають право зробити це на всій території України;
- ☐ збільшено термін дії рецепта ф-3 до 10 днів;
- ☐ пацієнтам дозволено виконувати призначення лікаря самостійно без медичного працівника;
- ☐ дозволено виписувати лікарські засоби для хронічно хворих пацієнтів на одному рецептурному бланку із запасом на період від 10 до 15 днів (у тому числі й ін'єкційні форми знеболювальних засобів);
- ☐ скасоване правило обов'язкового контролювання знищення порожніх ампул з-під ін'єкційної форми морфіну.

Організація та порядок надання паліативної та хоспісної допомоги

Порядок надання паліативної допомоги затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я «Про організацію паліативної допомоги в Україні» № 41 від 21.01.2013 р.

Відповідно до нього, паліативна допомога в Україні повинна бути високоякісною та доступною. Стан пацієнтів потрібно контролювати із застосуванням необхідних високоспеціалізованих діагностичних і лікувальних методів при зміні статусу хворих.

Паліативну та хоспісну допомогу надають безоплатно у стаціонарних умовах, амбулаторіях чи вдома за направленням медичного працівника закладу охорони здоров'я. Форма надання допомоги визначається станом пацієнтів та їх родин.

Загальна паліативна допомога

Загальну паліативну допомогу можна надавати вдома та в закладах охорони здоров'я первинної медичної допомоги. Якщо пацієнти або їх опікуни хочуть госпіталізувати хворих, то лікуючий лікар приймає рішення про госпіталізацію після підписання пацієнтами чи законними представниками інформованої добровільної згоди.

У межах реформи первинної ланки Міністерство охорони здоров'я розробило перелік обов'язків лікаря загальної практики-сімейної медицини, до якого увійшли і завдання з надання паліативної допомоги: оцінка ступеня болю та лікування болювого синдрому, призначення наркотичних знеболювальних засобів, психотропних речовин і пренкурсорів⁷⁴ та оформлення рецептів на них.

Серед медичних працівників первинної медико-санітарної допомоги (далі – ПМСД), яких залучають до надання паліативної та хоспісної допомоги вдома – сімейні лікарі, дільничні терапевти та педіатри, лікарі-спеціалісти центрів ПМСД і медичні сестри.

Спеціалізована паліативна допомога

Спеціалізована паліативна допомога – це комплексна мультидисциплінарна медико-соціальна та психологічна допомога, яка надається невиліковним хворим зі складними потребами, які неможливо вирішити на первинному рівні надання медичної допомоги.

Персонал стаціонарних закладів паліативної та хоспісної допомоги – це лікарі, медичні сестри, психологи, сестри-доглядальниці, молодший медичний персонал, соціальні працівники, медичні капелани. Також до лікування долучають волонтерів, найближчих родичів або законних представників пацієнта.

Спеціалізовану паліативну допомогу надають у закладі охорони здоров'я вторинного (районні, міські лікарні, або спеціально створені хоспіси) та третинного рівня (обласні лікарні) надання медичної допомоги. Для паліативного лікування пацієнтів, хворих на туберкульоз та на ВІЛ/СНІД, створюються відповідні спеціалізовані лікувально-профілактичні заклади.

До складу мультидисциплінарних виїзних бригад паліативної допомоги вдома повинні входити лікарі, медичні сестри, психологи (їх можна залучати з територіальних центрів соціального обслуговування населення), сестри-доглядальниці, молодший медичний персонал, соціальні працівники, медичні капелани.

Рішення про припинення реанімаційних заходів приймають на підставі співвідношення користі та шкоди для здоров'я пацієнта. Головною умовою прийняття будь-яких рішень є відвертість та взаєморозуміння між членами мультидисциплінарної команди і родиною пацієнта.

ПРАВОВЕ ТА
СОЦІАЛЬНЕ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ОСІБ З
ІНВАЛІДНІСТЮ
В УКРАЇНІ.
СТАНОВИЩЕ
ЖІНОК З
ІНВАЛІДНІСТЮ





На рівні законодавства Україна є дружньою до жінок країною. Гендерну дискримінацію заборонено Конституцією України та Законом України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні», більше того – була ратифікована Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, а у 2005 році Верховна Рада ухвалила Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків».

Проте між теорією і практикою все ще існує серйозна прірва. Тому, жінки змушені боротися за виконання законів і вимагати цього на усіх рівнях – від центрального до місцевого – і на усіх територіях – від мегаполісів до сіл.

Ще більшої, подвійної, дискримінації зазнають в Україні жінки з інвалідністю – стають об'єктом дискримінації за статтю, а також станом здоров'я.

У сучасному світі інвалідність, як соціальне явище, притаманна кожній державі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), рівень інвалідизації жителів планети сягає 15%. В Україні осіб з інвалідністю понад 6,1% населення.

Для забезпечення повної та повноцінної участі у житті соціуму на рівні з іншими люди з інвалідністю потребують з боку держави та суспільства уваги та додаткових зусиль. Національним законодавством для цієї категорії осіб встановлені гарантії, які стосуються усіх сфер життєдіяльності суспільства, у тому числі й щодо охорони здоров'я.

Ратифіковані міжнародні документи, що визначають напрямок дій щодо покращення ситуації⁷⁵.

Доєднавшись, Україна визнала, що жінки та дівчата з інвалідністю піддаються множинній дискримінації, взяла на себе зобов'язання вжити заходи для забезпечення повного й рівного здійснення ними всіх прав людини й основоположних свобод. Зокрема, мова

йде про законодавчі, адміністративні, соціальні, просвітницькі заходи для захисту жінок з інвалідністю, як удома, так і поза ним, від усіх форм експлуатації, насилля та наруги, зокрема від тих їхніх аспектів, які мають ґендерне підґрунтя.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Жінкам з інвалідністю має бути забезпечений той самий набір, якість і рівень безплатних або недорогих послуг і програм з охорони здоров'я, що й іншим особам, зокрема у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, та за державними програмами охорони здоров'я.

На практиці ж однією з гострих проблем жінок з інвалідністю в Україні залишається проблема репродуктивного здоров'я, можливостей реалізації прав жінок з інвалідністю на материнство. Соціальні інститути освіти в Україні практично не займаються підготовкою дівчат з інвалідністю до самостійного життя, сексуальних стосунків, створення сім'ї. Все це свідчить про наявність латентної політики дискримінації стосовно цієї категорії жінок в українському суспільстві⁷⁶.

Правове регулювання права осіб з інвалідністю на медичне забезпечення визначається Законом України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», яким встановлене забезпечення таких осіб медикаментами та послугами із медичної реабілітації. Види необхідної медичної допомоги особам з інвалідністю визначаються органами медико-соціальної експертизи в індивідуальній програмі реабілітації.

Матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення осіб із інвалідністю

Матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення осіб з інвалідністю здійснюється у вигляді грошових виплат (пенсій, допомог, одноразових виплат), забезпечення медикаментами, технічними й іншими засобами, включаючи друковані видання із спеціальним шрифтом, звукопідсилюючу апаратуру та аналізатори, а також шляхом надання послуг з медичної, соціальної, трудової і професійної реабілітації.

За наявності відповідного медичного висновку на підставі індивідуальної програми реабілітації особа з інвалідністю може отримати безоплатно або на пільгових умовах послуги із соціально-побутового і медичного обслуговування, технічні та інші засоби реабілітації (засоби для пересування, протезні вироби, сурдотехнічні засоби, мобільні телефони для письмового спілкування тощо), вироби медичного призначення (індивідуальні пристрої, протези очей, зубів, щелеп, окуляри, слухові та голосоутворювальні апарати, ендопротези, сечо- та калоприймачі тощо), а також автомобілі, крісла колісні з електроприводом.

Особи з інвалідністю, які отримують пенсію, що не перевищує розмір мінімальної, або державну соціальну допомогу, призначену замість пенсії, мають право на безплатне придбання лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування.

Особи з інвалідністю першої і другої груп мають право при амбулаторному лікуванні на придбання лікарських засобів за рецептами лікарів з оплатою 50% їх вартості.

Право на реабілітацію осіб із інвалідністю

Особи з інвалідністю і діти з інвалідністю, за наявності медичних показань, мають право на безоплатне забезпечення санаторно-курортними путівками.⁷⁷

Медична реабілітація осіб з інвалідністю включає всі види відновного лікування у стаціонарних, амбулаторних і санаторно-курортних умовах, диспансерне спостереження, профілактичні заходи, а також реконструктивну хірургію, протезування та ортезування.

При виникненні дефекту здоров'я в результаті захворювання або травми, у тому числі при переході захворювання в хронічну стадію, медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультативні комісії лікувально-профілактичних закладів – для неповнолітніх) або реабілітаційні установи складають відповідний розділ індивідуальної програми реабілітації.

У цій програмі зазначені конкретні обсяги, методи, місце реалізації і строки проведення реабілітаційних заходів. Особи з важкими формами інвалідності, які згідно з медичним висновком потребують постійного стороннього догляду, забезпечуються медичним патронажем, повсякденною допомогою вдома. У разі необхідності, медичний патронаж здійснюють виїзні реабілітаційні бригади.

В Україні вживаються заходи щодо забезпечення реалізації права осіб з інвалідністю на безперешкодний доступ до закладів охорони здоров'я. У кожному закладі охорони здоров'я передбачена наявність пандусів, функціональних пасажирських і вантажних ліфтів для пересування осіб з обмеженими фізичними можливостями на кріслах-колясках.

Групи інвалідності⁷⁸

Залежно від ступеня втрати працездатності визначено три групи інвалідності. Причина, група, час настання інвалідності, строк, на який встановлюється інвалідність, визначаються органом медико-соціальної експертизи.

Залежно від ступеня втрати здоров'я дорослим встановлюється одна з трьох груп інвалідності:

I група інвалідності – належать особи з найважчим станом здоров'я, які повністю не здатні до самообслуговування, потребують постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги, абсолютно залежні від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій або які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування.

До підгрупи «А» I групи інвалідності належать особи з виключно високим ступенем втрати здоров'я, який призводить до виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі інших осіб і фактичну нездатність до самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи «А» I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє повну нездатність до самообслуговування та повну залежність від інших осіб (необхідність постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги).

До підгрупи «Б» I групи інвалідності належать особи з високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє значну залежність від інших осіб у

виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій і часткову нездатність до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи «Б» I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє втрату можливості самостійного задоволення з допомогою технічних засобів і за умови відповідного облаштування житла більшості життєво необхідних фізіологічних та побутових потреб.

II група інвалідності – особи, які мають стійкі, вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або вродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, при збереженій здатності до самообслуговування та не спричиняють потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

III група інвалідності встановлюється тим, особам, які мають стійкі, помірної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або вродженими вадами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності особи, в тому числі її працездатності, але потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Причинами інвалідності є:

- ☐ загальне захворювання;
- ☐ інвалідність з дитинства;
- ☐ нещасний випадок на виробництві (трудова каліцтво чи інше ушкодження здоров'я);
- ☐ професійне захворювання;
- ☐ поранення, контузії, каліцтва, захворювання, отримані при виконанні обов'язків військової служби, внаслідок політичних репресій, участі у Революції гідності;
- ☐ поранення, контузії, каліцтва або захворювання, одержані під час безпосередньої участі в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення;
- ☐ захворювання, отримані в період проходження військової служби та впливу радіоактивного опромінення внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Діти-інваліди практично всі вимагають опіки та постійного нагляду, тому їм встановлюється лише одна група інвалідності, але за двома розділами («А» або «Б» залежно від ступеня втрати здоров'я).

Законними представниками дітей-інвалідів можуть бути:

- ☐ батьки;
- ☐ усиновлювачі;
- ☐ опікуни чи піклувальники;
- ☐ прийомні батьки;
- ☐ батьки-вихователі;
- ☐ патронатні вихователі.

Механізм встановлення групи інвалідності⁷⁹

Медико-соціальна експертиза проводиться після повного медичного обстеження, здійснення необхідних досліджень, оцінювання соціальних потреб інваліда, визначення клініко-функціонального діагнозу, професійного, трудового прогнозу, одержання результатів відповідного лікування, реабілітації за наявності даних, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.

Лікарсько-консультативна комісія лікувального профілактичного закладу охорони здоров'я направляє осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, на огляд медико-соціальної експертної комісії (далі – МСЕК) за формою, затвердженою Міністерством охорони здоров'я України.

Медико-соціальна експертиза проводиться після повного медичного обстеження.

МСЕК проводять роботу на базі лікувально-профілактичних закладів.

Огляд громадян у МСЕК здійснюється за місцем проживання або лікування за направленням відповідного лікувально-профілактичного закладу при пред'явленні паспорта чи іншого документа, що посвідчує особу.

Хворих, які направляються на комісію, представляє лікар, який лікує, або голова лікарсько-консультаційної комісії лікувально-профілактичного закладу. Для вирішення соціальних питань запрошуються представники власника підприємства, установи, організації, де працює хвора, або уповноваженого ним органу та профспілкового комітету.

МСЕК проводять засідання тільки у повному складі і колегіально приймають рішення. Дані експертного огляду і рішення заносяться до акта огляду та протоколу засідання, які підписуються головою, членами комісії і засвідчуються печаткою.

Якщо голова або окремі члени комісії не згодні з прийнятим рішенням, то до акта огляду вноситься їх окрема думка і акт у триденний строк подається Кримській республіканській, обласній або центральній міській комісії, яка приймає відповідне рішення.

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!

Документи, що використовуються для визначення причинового зв'язку інвалідності, подаються в оригіналі або копії, які засвідчені в установленому законодавством порядку.

Рішення Кримської республіканської, обласних, центральних МСЕК (у тому числі при огляді в складних випадках) ухвалюються більшістю голосів членів комісії. При рівності голосів – голос голови комісії є вирішальним. Член комісії, не згодний з рішенням, викладає свою окрему думку в письмовому вигляді, яка додається до акта огляду. При наполяганні цього члена комісії акт огляду надсилається до Міністерства охорони здоров'я України.

Якщо хвора за станом здоров'я, згідно з висновком лікарсько-консультаційної комісії лікувально-профілактичного закладу, не може з'явитися до МСЕК, огляд проводиться вдома або в стаціонарі, де вона перебуває на лікуванні. У виняткових випадках (наприклад, коли жінка проживає у віддаленій, важкодоступній місцевості) МСЕК можуть приймати рішення заочно за згодою хворої, керуючись матеріалами медичних справ.

Переогляд осіб із нестійкими, оборотними морфологічними змінами та порушеннями функцій органів і систем організму для визначення ефективності відновного лікування та реабілітаційних заходів, стану здоров'я і ступеня соціальної адаптації проводиться через 1–3 роки.

Переогляд раніше вказаних строків, а також осіб, інвалідність яких встановлено без зазначення строку переогляду, проводиться при зміні стану здоров'я і працездатності або при виявленні фактів зловживань чи помилок, допущених у встановленні групи інвалідності.

Група інвалідності без зазначення строку переогляду встановлюється при анатомічних дефектах, стійких необоротних морфологічних змінах та порушеннях функцій органів і систем організму⁸⁰, неефективності реабілітаційних заходів, неможливості відновлення соціальної адаптації, несприятливому прогнозі дина-

міки працездатності з урахуванням реальних соціально-економічних обставин у районі проживання, а також особам з інвалідністю, у яких строк переогляду настає після досягнення пенсійного віку, встановленого статтею 26 Закону України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування».

Датою встановлення інвалідності вважається день надходження до комісії документів, що підтверджують стійке порушення функцій організму.

Комісія проводить огляд тимчасово непрацездатної особи, що звернулася для встановлення інвалідності, протягом семи днів з дня надходження документів на комісію.

Інвалідність та ступінь у відсотках втрати професійної працездатності такої потерпілої встановлюється до першого числа місяця, що настає за місяцем, на який призначено повторний огляд.

У разі незгоди оглянутої з рішенням районної, міжрайонної, міської МСЕК вона протягом місяця має право подати про це письмову заяву до республіканської, Кримської, обласної, центральної міської МСЕК або до МСЕК, де проходила огляд, чи до відповідного відділу (управління) охорони здоров'я.

Комісія, що проводила огляд, у триденний строк з дня одержання заяви має надіслати усі наявні документи разом із заявою на розгляд республіканської, Кримської, обласної, центральної міської МСЕК, яка не пізніше, як через місяць з дня подання заяви, проводить переогляд хворої і приймає відповідне рішення.

Рішення республіканської, Кримської, обласної, центральної міської МСЕК може бути оскаржене у Міністерстві охорони здоров'я України. МОЗ за наявності фактів порушення законодавства про медико-соціальну експертизу доручає

Центральній медико-соціальній експертній комісії МОЗ або Кримській республіканській, Київській та Севастопольській міським або обласній комісії іншої області повторно розглянути, з урахуванням усіх наявних обставин, питання, з якого оскаржується рішення, а також вживає інших заходів впливу для забезпечення дотримання законодавства під час проведення медико-соціальної експертизи.

В особливо складних випадках Центральна медико-соціальна експертна комісія Міністерства охорони здоров'я, Кримська республіканська, обласна, центральна міська комісія та МОЗ можуть направляти осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, для проведення медико-соціального експертного обстеження до клініки Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ) та Науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів (м. Вінниця). Після обстеження зазначені науково-дослідні установи складають консультативні висновки, які для комісії мають рекомендаційний характер.

Міністерство охорони здоров'я при виявленні фактів порушення законодавства про медико-соціальну експертизу доручає іншому складу обласної або республіканській МСЕК, з урахуванням усіх наявних обставин, повторно розглянути питання, рішення з якого оскаржується, а також вживає інших заходів, що забезпечують дотримання чинного законодавства при проведенні медико-соціальної експертизи.

Органи Пенсійного фонду та застрахована особа мають право в установленому законом порядку оскаржити рішення органів медико-соціальної експертизи.

Страховий стаж, необхідний для призначення пенсії по інвалідності

для інвалідів I групи:

до досягнення особою 25 років включно	1 рік
від 26 років до досягнення особою 28 років включно	2 роки
від 29 років до досягнення особою 31 року включно	3 роки
від 32 років до досягнення особою 34 років включно	4 роки
від 35 років до досягнення особою 37 років включно	5 років
від 38 років до досягнення особою 40 років включно	6 років
від 41 року до досягнення особою 43 років включно	7 років
від 44 років до досягнення особою 48 років включно	8 років
від 49 років до досягнення особою 53 років включно	9 років
від 54 років до досягнення особою 59 років включно	10 років

для інвалідів II та III груп:

до досягнення особою 23 років включно	1 рік
від 24 років до досягнення особою 26 років включно	2 роки
від 27 років до досягнення особою 28 років включно	3 роки
від 29 років до досягнення особою 31 року включно	4 роки
від 32 років до досягнення особою 33 років включно	5 років
від 34 років до досягнення особою 35 років включно	6 років
від 36 років до досягнення особою 37 років включно	7 років
від 38 років до досягнення особою 39 років включно	8 років
від 40 років до досягнення особою 42 років включно	9 років
від 43 років до досягнення особою 45 років включно	10 років
від 46 років до досягнення особою 48 років включно	11 років
від 49 років до досягнення особою 51 року включно	12 років
від 52 років до досягнення особою 55 років включно	13 років
від 56 років до досягнення особою 59 років включно	14 років

Особи з визнаною інвалідністю після досягнення пенсійного віку, мають право на пенсію по інвалідності за наявності страхового стажу не менше 15 років.

Щодо пенсійного віку слід зазначити, що особи мають право на призначення пенсії за віком після досягнення віку 60 років та наявності страхового стажу не менше 15 років.

Право на пенсію за віком мають жінки 1961 року народження і старші після досягнення ними такого віку:

55 років	які народилися до 30 вересня 1956 року включно
55 років 6 місяців	які народилися з 1 жовтня 1956 року по 31 березня 1957 року
56 років	які народилися з 1 квітня 1957 року по 30 вересня 1957 року
56 років 6 місяців	які народилися з 1 жовтня 1957 року по 31 березня 1958 року
57 років	які народилися з 1 квітня 1958 року по 30 вересня 1958 року
57 років 6 місяців	які народилися з 1 жовтня 1958 року по 31 березня 1959 року
58 років	які народилися з 1 квітня 1959 року по 30 вересня 1959 року
58 років 6 місяців	які народилися з 1 жовтня 1959 року по 31 березня 1960 року
59 років	які народилися з 1 квітня 1960 року по 30 вересня 1960 року
59 років 6 місяців	які народилися з 1 жовтня 1960 року по 31 березня 1961 року
60 років	які народилися з 1 квітня 1961 року по 31 грудня 1961 року

Розмір пенсії по інвалідності

Пенсія по інвалідності, залежно від групи інвалідності, призначається в таких розмірах:

- інвалідам I групи – 100 відсотків пенсії за віком;
- інвалідам II групи – 90 відсотків пенсії за віком;
- інвалідам III групи – 50 відсотків пенсії за віком.

Період, на який призначається пенсія по інвалідності

Пенсія по інвалідності призначається на весь строк встановлення інвалідності. Особам з інвалідністю, які досягли пенсійного віку, такі пенсії призначаються довічно. Повторний огляд проводиться тільки за заявою самої особи з інвалідністю. У разі зміни групи інвалідності пенсія в новому розмірі виплачується з дня зміни групи інвалідності.

ПРОФІЛАКТИКА ОКРЕМИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: ВАКЦИНАЦІЯ



Навіщо потрібна імунізація (вакцинація)?

Імунізація (вакцинація, щеплення) – це процес, коли людина набуває імунітет або стає несприйнятливою до інфекційної хвороби, зазвичай, шляхом введення вакцини чи імуноглобуліну.

Особливість вакцин у тому, що, завдяки своєму складу, вони стимулюють власну імунну систему організму до захисту людини від відповідної інфекції або хвороби.

Дія вакцин є доведеною. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, імунізація дозволяє щорічно запобігати 2–3 мільйонам смертей. Цей інструмент підтримують і використовують усі країни світу, щоб захистити своїх жителів від хвороб і зберегти їм життя.

Для профілактики яких захворювань використовують вакцини в Україні?

Перелік обов'язкових профілактичних щеплень та оптимальні строки їх проведення встановлюються Календарем профілактичних щеплень, котрий затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16.09.2011 р. № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» (далі – Календар).

Обов'язкові щеплення встановлюються відповідно до Календаря для таких груп населення: за віком; щеплення дітей з порушенням Календаря; щеплення ВІЛ-інфікованих осіб; за станом здоров'я; щеплення дітей після трансплантації стовбурових гемопоетичних клітин; щеплення на певних територіях, де виникає загроза поширення інфекцій та за епідемічними показаннями.

Обов'язковим профілактичним щепленням для запобігання поширенню інших інфекційних захворювань підлягають окремі категорії працівників у зв'язку з особливостями виробництва або виконуваної ними роботи. У разі необґрунтованої відмови від щеплення за поданням відповідних посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби вони до роботи не допускаються⁸¹.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Вакцини для здійснення обов'язкової вакцинації забезпечуються державою і закуповуються централізовано.

Наразі в Україні обов'язкові щеплення за віком передбачені від таких небезпечних хвороб:

- гепатит В,
- туберкульоз,
- поліомієліт,
- дифтерія,
- кашлюк,
- правець,
- НіВ-інфекція (гемофільна інфекція),
- кір,
- краснуха,
- епідемічний паротит.

Низка щеплень є рекомендованими. Такі щеплення можна зробити за бажанням і направленням лікаря. Це щеплення для профілактики:

- ротавірусної інфекції,
- папіломавірусної інфекції,
- менингококової інфекції,
- пневмококової інфекції,
- грипу,
- вітряної віспи,
- гепатиту А.

Серед вакцин є однокомпонентні та багатокомпонентні, які захищають, відповідно, від одного, двох чи більше захворювань одночасно.

Щепленню для профілактики туберкульозу підлягають усі новонароджені діти, що не мають до цього протипоказань. Вакцинація проводиться на третю-п'яту добу життя дитини (не раніше сорок восьмої години після народження) вакциною для профілактики туберкульозу (далі – БЦЖ). Недоношених дітей щеплять після досягнення дитиною маси тіла 2500 г.

Щеплення для профілактики туберкульозу не проводять в один день з іншими щепленнями. Діти, які

не були щеплені в пологовому стаціонарі, підлягають обов'язковій вакцинації в закладах охорони здоров'я.

Дітям, яким не виповнилося два місяці, щеплення проти туберкульозу проводяться без попередньої туберкулінодіагностики (Проби Манту). Після двомісячного віку перед виконанням щеплення дитині слід провести туберкулінодіагностику (пробу Манту). Щеплення проводиться при негативному результаті проби.

Діти, щеплені БЦЖ, у яких не сформувався рубчик, проте є достовірне підтвердження проведення щеплення, не підлягають повторній вакцинації.

Вакцинації для профілактики гепатиту В підлягають усі новонароджені. Для вакцинації дітей використовується вакцина за схемою: 0 (перша доба) – 2–6 місяців життя дитини.

Якщо документально підтверджено, що у матері новонародженого не виявлено гепатиту В (маркер HBsAg), вакцинацію дитини можна розпочати протягом перших місяців життя або одночасно зі щепленням проти кашлюка, дифтерії, правця, поліомієліту. У разі поєднання імунізації зі щепленням проти кашлюка, дифтерії, правця, поліомієліту – рекомендуються схеми: другий, четвертий, шостий, вісімнадцятий місяці життя або другий, четвертий, дев'ятий місяці життя.

Новонародженим з масою тіла менше 2000 г вакцинація проводиться, коли дитина набере вагу 2000 г або досягне одномісячного віку.

Якщо новонароджена дитина у тяжкому стані, її імунізацію слід проводити після покращення стану перед випискою дитини з лікарні.

Якщо у матері новонародженого виявлено маркер гепатиту В (HBsAg), дитині роблять щеплення за схемою: перша доба – другий, шостий місяці життя дитини. Перша доза вакцини вводиться в перші 12 годин життя дитини незалежно від маси тіла. Разом

із вакцинацією, але не пізніше першого тижня життя, в іншу ділянку тіла рекомендовано вводити специфічний імуноглобулін проти гепатиту В. Якщо маса такої новонародженої дитини менша 2000 г, вакцинація проводиться обов'язково, але введена доза вакцини не зараховується як доза первинної імунізації; після досягнення дитиною одномісячного віку вакцинація має бути проведена серією із трьох введень вакцин 0–1–6 (0 – дата першого введення вакцини, мінімальний інтервал між першим та другим щепленнями – 1 місяць, між другим і третім щепленнями – 5 місяців).

Якщо у матері новонародженої дитини не визначений статус гепатиту В, щеплення дитини проводиться обов'язково в перші 12 годин життя з одночасним дослідженням статусу матері. У разі отримання позитивного результату в матері, профілактика гепатиту В проводиться як у випадку щеплення дитини, народженої від гепатит-позитивної матері.

Не слід повторно розпочинати серію вакцинації, якщо була пропущена доза вакцини, незалежно від того, скільки часу минуло. Необхідно ввести дози вакцини, яких не вистачає, за графіком з дотриманням мінімальних інтервалів (абзац третій глави 2 цього розділу).

Щеплення для профілактики дифтерії, правця та кашлюка проводяться за віком:

- у 2 місяці (перше щеплення),
- у 4 місяці (друге щеплення),
- у 6 місяців (третє щеплення) та
- у 18 місяців (четверте щеплення)

Для вакцинації дітей від кашлюку на першому році життя можуть використовуватися вакцини як з ацелюлярним (позначають – АаКДП), так і з цілюклітинним (далі – КДП) кашлюковим компонентом.

Перенесений кашлюк не є протипоказанням до вакцинації проти цієї хвороби.

Щеплення проти кашлюка проводиться до досягнення дитиною 6 років 11 місяців 29 днів.

Ревакцинацію дітей проти дифтерії та правця у 6 років проводять анатоксином дифтерійно-правцевим (позначають – АДП), наступну у 16 років – анатоксином дифтерійно-правцевим зі зменшеним вмістом антигену (далі – АДП-М).

Першу планову ревакцинацію дорослих за віком та епідпоказаннями, які раніше були щеплені, проводять АДП-М у віці 26 років з подальшою плановою ревакцинацією АДП-М з мінімальним інтервалом 10 років від попереднього щеплення АДП-М.

Екстрена профілактика правця не впливає на проведення планової імунізації.

Вакцинація дітей **для профілактики поліомієліту** проводиться за віком:

- у 2 місяці,
- 4 місяці,
- 6 місяців,
- 18 місяців,
- 6 років та
- 14 років

Інактивована вакцина для профілактики поліомієліту (далі – ІПВ) застосовується для перших двох щеплень, а у разі протипоказань до введення оральної поліомієлітної вакцини (далі – ОПВ) – також для всіх наступних щеплень за Календарем.

Вакцина ОПВ застосовується для третього-шостого щеплень (щеплення за віком – 6 місяців, 18 місяців, 6 років та 14 років) за відсутності протипоказань до ОПВ.

Вакцина ІПВ може бути застосована для третього-шостого щеплень як окремо, так і в складі комбінованих вакцин.

Дітям, які перебувають у сімейному оточенні, дитячих закладах закритого типу з ВІЛ-інфікованими або з особами, яким протипоказано введення ОПВ, щеплення проводиться виключно ІПВ-вакциною.

Вакцинація дітей для профілактики інфекції, спричиненої паличкою *Haemophilus influenzae* типу b (далі – **Hib-інфекція**, або **гемофільна інфекція**), може проводитися моновакцинами та комбінованими вакцинами, що містять Hib-компонент. Щеплення для профілактики Hib-інфекції слід проводити за схемою 2-4-12 місяців.

Вакцинація проводиться дітям до 4 років 11 місяців 29 днів. У старшому віці вакцинація проти Hib-інфекції проводиться лише особам з групи ризику.

Вакцинація дітей для **профілактики кору, епідемічного паротиту та краснухи** проводиться у віці 12 місяців. Друге щеплення – у віці 6 років.

Перенесене захворювання на кір, епідемічний паротит чи краснуху не є протипоказанням до щеплення.

Як отримати обов'язкові в Україні щеплення?

Вакцинуватися відповідно до Календаря профілактичних щеплень можна безоплатно. Для цього потрібно звернутися до сімейного лікаря або педіатра.

Перед проведенням профілактичного щеплення лікар оглядає людину на предмет медичних протипоказань. Медик інформує її про щеплення, можливі наслідки відмови від них та можливі ускладнення після вакцинації.

Повнолітні дієздатні громадяни підписують згоду на проведення профілактичних щеплень. Якщо дитині

ще не виповнилось 15 років або особа визнана недієздатною у встановленому законом порядку – згоду надають батьки або інші законні представники.

Дитині віком від п'ятнадцяти до вісімнадцяти років або людині, що визнана судом обмежено дієздатною, профілактичні щеплення проводять за їх згодою після надання об'єктивної інформації та за згодою об'єктивно інформованих батьків або інших їхніх законних представників.

Крім обов'язкових профілактичних щеплень за віком, для запобігання поширенню інфекційних захворювань, обов'язковій вакцинації підлягають окремі категорії працівників. Необхідність пов'язана із особливостями виробництва та роботи, яку вони виконують.

Відповідно до Закону України від 06.04.2000 р. № 1645-III «Про захист населення від інфекційних хвороб», якщо такий працівник відмовляється або ухиляється від обов'язкових профілактичних щеплень, він відсторонюється від виконання зазначених видів робіт.

Перелік професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним щепленням проти інфекційних хвороб встановлюється Міністерством охорони здоров'я України⁸². Якщо на певній території України виникає загроза виникнення особливо небезпечної інфекційної хвороби або масового поширення небезпечної інфекційної хвороби, і проти них існують засоби профілактики у формі вакцин, – у таких випадках також можуть проводитися обов'язкові профілактичні щеплення за епідпоказаннями.

Особи, які бажають зробити щеплення від хвороб, щодо яких існують зареєстровані в Україні медичні імунобіологічні препарати, можуть зробити такі щеплення за направленням лікаря.

Що робити, якщо у вашому закладі відсутня вакцина?

Якщо у закладі охорони здоров'я вам відмовили у щепленні у зв'язку з відсутністю вакцини, треба звернутися до місцевих департаментів та управлінь охорони здоров'я⁸³.

Саме вони розраховують потребу регіону у вакцинах та відповідають за розподіл препаратів між лікувальними закладами, стежать за їх наявністю. У разі звернення регіональних органів з охорони здоров'я Міністерство охорони здоров'я України може здійснити перерозподіл того чи іншого препарату.

Як можна отримати рекомендовану імунізацію?

Якщо ви вирішили зробити рекомендовані щеплення собі або своїй дитині, необхідно звернутися до лікувально-профілактичного закладу до педіатра або сімейного лікаря.

Такі вакцини можуть закуповуватися за рахунок місцевих бюджетів або за рахунок роботодавця. У таких випадках ними ж організовується і процес вакцинації.

За рекомендацією лікаря, вакцини можна придбати в аптечній мережі. Потім, із дотриманням холодового ланцюга, потрібно доставити вакцину в заклад, де протягом 2 годин буде проводитися щеплення. Лікарю слід показати товарний чек, де вказано дату та час відпуску препарату.

Календар рекомендує такі профілактичні щеплення окремим групам населення для профілактики:

Щеплення для профілактики	Групи, що підлягають щепленню
Вітряної віспи	<ul style="list-style-type: none"> Здорові діти, які досягли 12-місячного віку і не хворіли на вітряну віспу; діти при вступі до дитячого дошкільного закладу та школи, які раніше не хворіли на вітряну віспу; працівники охорони здоров'я та освіти, які мають високий ризик інфікування і не хворіли на вітряну віспу.
Гепатиту А	<ul style="list-style-type: none"> Персонал установ громадського харчування та підприємств харчової промисловості, який бере участь у приготуванні (виробництві), транспортуванні та реалізації продуктів харчування; військовослужбовці, співробітники МВС України, пожежники, персонал служб спеціального призначення (оперативні служби); персонал з обслуговування водоочисних споруд, водопровідних мереж, з обслуговування каналізаційних систем та каналізаційних очисних споруд; особи, які беруть участь у миротворчих заходах, наданні гуманітарної допомоги тощо; особи, які вживають наркотичні речовини внутрішньовенно, ВІЛ-інфіковані; особи, що проживають в ендемічних регіонах щодо гепатиту А; особи, які подорожують до регіонів з високою ендемічністю щодо гепатиту А; особи, які спілкувалися з хворим на гепатит А в осередках інфекції.
Гепатиту В	<ul style="list-style-type: none"> Медичні працівники; військовослужбовці, співробітники МВС України, пожежники, персонал служб соціального призначення (оперативні служби); персонал та пацієнти закритих закладів (психіатричних установ тощо); персонал та особи, що перебувають у закладах виконання покарань; персонал сфери послуг, що за специфікою своєї професійної діяльності може мати контакт з біологічними рідинами людини (перукарі, персонал салонів краси, масажисти тощо), а також особи, які навчаються за цими спеціальностями; спортсмени; особи, які вживають наркотичні речовини внутрішньовенно, ВІЛ-інфіковані, особи з венеричними захворюваннями; особи, які часто змінюють сексуальних партнерів; жінки, котрі надають сексуальні послуги; чоловіки, котрі мають статеві стосунки з чоловіками; молоді люди віком 20–40 років, у першу чергу жінки; хворі на хронічні та онкологічні захворювання з хронічною печінковою недостатністю; особи, які подорожують до регіонів з високою ендемічністю щодо гепатиту В.
Ротавірусної інфекції	<ul style="list-style-type: none"> Для профілактики гастроентеритів, що спричинені ротавірусом.

Щеплення для профілактики	Групи, що підлягають щепленню
Грипу	<ul style="list-style-type: none"> Військовослужбовці, будівельники, працівники Державної автомобільної інспекції Міністерства внутрішніх справ України, медичні працівники тощо; особи, які доглядають хворих на грип удома; діти із 6-місячного віку; особи похилого віку після 60 років; трудові колективи підприємств, установ, організацій; жінки, які планують вагітність, під час епідемії грипу; вагітні.
Пневмококової інфекції	<ul style="list-style-type: none"> Діти та дорослі для профілактики пневмококової інфекції; діти із закритих колективів; особи похилого віку, особливо які мешкають в інтернатах.
Менінгококової інфекції	<ul style="list-style-type: none"> Діти та дорослі для профілактики менінгококової інфекції.
Папіломавірусної інфекції	<ul style="list-style-type: none"> Для запобігання виникненню цервікальної інтраепітеліальної неоплазії 2–3-го ступенів та раку шийки матки, піхви, вульви, генітальних кондилом (у чоловіків та жінок) та інших захворювань, що спричиняються вірусом папіломи людини (детальніше читайте у розділі: Материнство і репродуктивне здоров'я жінки/Профілактика онкологічних захворювань).
Захворювання, для імунопрофілактики яких існує вакцина, зареєстрована в Україні	<ul style="list-style-type: none"> Особи, які бажають зробити щеплення в лікувально-профілактичних закладах за направленням лікаря.

Чи мають право медики зробити дитині кілька щеплень за один візит до лікаря?

За потреби, за одне відвідування закладу охорони здоров'я лікар має право ввести всі вакцини / анатоксини, що показані за Календарем профілактичних щеплень (крім БЦЖ).

Ін'єкції можна робити у різні ділянки тіла за умови, що це не суперечить інструкції про застосування конкретної вакцини / анатоксину. В іншому

випадку – лікар планує такі щеплення з урахуванням мінімальних інтервалів між введенням вакцин / анатоксинів.

Згідно з науковими даними, одночасне введення декількох вакцин не має несприятливих наслідків для імунної системи дитини. Діти щодня піддаються впливу декількох сотень чужорідних речовин, які викликають імунну реакцію. У результаті простого акту приймання їжі в тіло надходять антигени, а в порожнині рота і носа

живуть численні бактерії. Дитина піддається впливу значно більшого числа антигенів унаслідок застуди або ангіни, ніж від вакцин.

Основними перевагами введення відразу декількох вакцин є скорочення числа відвідувань поліклініки, що заощаджує час, і зростання ймовірності того, що дітям будуть зроблені обов'язкові щеплення з дотриманням графіка. Крім того, можливість проводити асоційовану вакцинацію, наприклад проти кору, паротиту і краснухи, означає скорочення числа ін'єкцій, і, відповідно, менше болю та дискомфорту для дитини.

Чи має людина право відмовитись від вакцинації?

Повнолітня особа та батьки або інші законні представники дитини мають право на відмову від проведення профілактичних щеплень. Пропонуючи ввести вакцину, лікар у доступній формі надає повну та достовірну інформації щодо необхідності профілактичних щеплень, наслідків відмови від них, можливих поствакцинальних реакцій та ускладнень, ризиків для здоров'я, пов'язаних з вакцинацією та наявності й ефективності медичних імунопрофілактичних препаратів.

У випадку, якщо особа та (або) її законні представники відмовляються від обов'язкових профілактичних щеплень, лікар має право взяти у них відповідне письмове підтвердження. У разі відмови дати таке підтвердження, лікар має засвідчити це актом у присутності свідків (відповідно до Закону України від 06.04.2000 р. № 1645-III «Про захист населення від інфекційних хвороб»). Це необхідно, оскільки відомості про профілактичні щеплення, поствакцинальні ускладнення та про відмову від обов'язкових профілактичних щеплень підлягають статистичному обліку і вносяться до відповідних медичних документів.

Чи можуть дитині відмовити у відвідуванні навчального закладу через відсутність вакцинації?

Прийом дітей до виховних, навчальних, оздоровчих та інших дитячих закладів проводиться за наявності відповідної довідки закладу охорони здоров'я, в якому дитина перебуває під медичним наглядом.

Довідка видається на підставі даних медичного огляду дитини, якщо відсутні медичні протипоказання для її перебування у цьому закладі, а також якщо їй проведено профілактичні щеплення згідно з Календарем щеплень і вона не перебувала в контакті з хворими на інфекційні хвороби або бактеріоносіями.

Закон України від 06.04.2000 р. № 1645-III «Про захист населення від інфекційних хвороб» містить норму, що дітям, які не отримали профілактичних щеплень згідно з Календарем щеплень, відвідування дитячих закладів не дозволяється. Виняток складають випадки, коли профілактичні щеплення дітям проведено з порушенням установлених строків у зв'язку з медичними протипоказаннями, при благополучній епідемічній ситуації за рішенням консилиуму відповідних лікарів.

Питання щодо відвідування навчального закладу дітьми, батьки яких відмовляються від щеплень, вирішується індивідуально лікарсько-консультативною комісією.

У прийнятті дитини, яка не має обов'язкових профілактичних щеплень (незалежно від причин) до навчального закладу не може бути відмовлено за наявності висновку лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу державної (комунальної) форми власності, у якому зазначено, що дитина здорова і може відвідувати навчальний заклад.

04

ОКРЕМІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Харчування

Харчування – це прийом харчових продуктів відповідно до дієтичних потреб організму. Правильне харчування, тобто належна, добре збалансована їжа у поєднанні з регулярними фізичними навантаженнями, лежать в основі гарного здоров'я (визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)). Погане харчування може призвести до ослаблення імунітету, порушень фізичного і психічного розвитку і зниження продуктивності.

70%

За даними ВООЗ, здоров'я людини на 70% залежить від того, що вона їсть.

Нераціональне харчування суттєво впливає на тривалість життя людини та призводить до виникнення та розвитку неінфекційних захворювань: серцево-судинних, онкологічних, діабету, порушення обміну речовин.

Постійне дотримання основних засад здорового харчування, адекватного енергетичним витратам, є ключовим моментом для підтримки здорової ваги. Налаштування такого балансу передбачає зменшення калорійності дієти із одночасним збільшенням інтенсивності фізичної

активності. Підрахунок загальних енергетичних потреб організму жінки проводиться з урахуванням віку, статі та рівня фізичної активності. Надходження калорій повинно відбуватися згідно з фізіологічною пропорцією між вуглеводами, білками та жирами.

Для забезпечення фізіологічних функцій організм людини постійно потребує вітамінів та мінералів. Люди, які постійно дотримуються здорового харчування, не потребують додаткових джерел вітамінів та мінералів.

Рекомендованим добовим рівнем споживання солі для здорових людей є 6 грамів, або 2,3 грами натрію. Зменшення кількості солі у дієті дозволяє зменшити ризик серцево-судинних захворювань та смертності від них.

Усім, без винятку, рекомендується споживання понад 300 грамів фруктів та 300 грамів овочів щоденно. Ці продукти є важливим джерелом харчових волокон. Достатня кількість яких знижує ризик серцево-судинних захворювань, інсультів та інфарктів. Необхідно замінити рафіновані злаки у дієті на цільозернові, оскільки вони містять значно більше харчових волокон. Домінування у раціоні харчування рафінованих злаків призводить до набору зайвої ваги.

Лікарі радять споживати 500–700 мл (або понад три порції) молочних та кисломолочних продуктів із низьким вмістом жиру щоденно. Особливу увагу звертають на необхідність значного обмеження споживання червоного м'яса та технологічно оброблених продуктів із м'яса. Риба, птиця, бобові, горіхи та насіння, а також знежирені молочні продукти рекомендуються як основне джерело білка.

Слід значно обмежити споживання насичених жирів та уникати вживання транс-жирів, які походять з гідрогенізованих жирних кислот (найбільше їх містять маргарини та вироби з їх використанням:

печиво, кондитерські вироби), зважаючи на суттєве збільшення ризику атеросклерозу, ІХС та інсульту.

Дієтологами розроблена тарілка здорового харчування, яка містить наочну інформацію про оптимальний раціон із доступних продуктів. У ній наведені рекомендовані розміри порцій, щоб наблизити кожного та кожна до здорового та збалансованого раціону (див. далі).

**Рекомендована кількість
споживання солі**

6 г

**Рекомендується споживати
щоденно**

300 г овочів

300 г фруктів

**Рекомендована кількість
споживання молочних продуктів**

500–700 мл

Рекомендації щодо здорового харчування дорослих в Україні затверджені в.о. Міністра охорони здоров'я України від 08.12.2017 р.⁸⁷

1

Прагніть споживати адекватну кількість калорій з їжею, щоб задовільнити власні потреби в енергії та основних харчових речовинах.

Щодня людина, залежно від віку, фізичної активності та впливу деяких інших факторів, потребує певної кількості калорій за рахунок корисних харчових продуктів, які одночасно з енергією постачають важливі речовини – білки, жири, вуглеводи, харчові волокна, вітаміни, мінерали, біофлавоноїди, пробіотики.

2

Прагніть споживати щодня достатню кількість корисних харчових продуктів: овочів, бобових, фруктів, цільних злаків, горіхів, насіння, яєць, нежирного м'яса, риби та молочних і кисломолочних продуктів.

Користь від споживання натуральних рослинних та тваринних продуктів доведена у багаторічних дослідженнях із залученням мільйонів людей у різних країнах на всіх континентах. Вона полягає у зменшенні ризику захворіти, покращенні якості та у збільшенні тривалості життя, коли ми робимо здоровий вибір у харчуванні.

3

Уникайте частого споживання харчових продуктів та страв зі значним вмістом солі, цукру та надмірним вмістом жиру. Основним джерелом солі, цукру та жиру, включаючи трансжирні кислоти, є харчові продукти, що пройшли технологічну обробку.

Додавання трьох перерахованих інгредієнтів значно посилює смакові властивості їжі. Водночас, тривале споживання солодкої, солоної та жирної їжі суттєво збільшує ризик небезпечних захворювань серця і судин, діабету та раку.

4

Намагайтеся дотримуватися оптимального режиму харчування та набути здорових харчових звичок.

Регулярне харчування, повільне споживання їжі у пристосованих для цього місцях позитивно впливає на функціональний стан органів травлення, попереджає набір зайвої ваги і пов'язані з нею небезпечні для здоров'я стани – високий артеріальний тиск, атеросклероз та підвищення рівня цукру у крові.

5

Пийте достатньо рідини, обирайте напої, які не містять багато калорій. Не починайте вживати алкоголь або обмежте його споживання.

Достатнє споживання рідини є однією з обов'язкових умов для забезпечення належної фізичної та розумової активності людини. Вода, кава та чай – кращі основні джерела рідини. Калорійні напої, включаючи солодкі газовані, соки та соковмісні напої повинні бути суттєво обмежені. Чим менше людина споживає алкогольних напоїв, тим краще для її здоров'я.

6

Постійно та ретельно дотримуйтеся правил харчової безпеки, включаючи дотримання чистоти, вибір тільки якісних та безпечних харчових продуктів, належних умов їх транспортування, зберігання та приготування.

Харчова безпека – це питання спільної відповідальності, в якому зменшення ризику отруєнь та кишкових інфекцій залежить також від споживача. Правила харчової безпеки включають усі етапи поводження з їжею до її споживання.

7

Намагайтеся більше рухатися і займатися фізичними вправами щодня.

Активний спосіб життя має переваги у забезпеченні здорового та тривалого життя. Щоденні види фізичної активності є найкращим способом проведення вільного часу.

ТАРІЛКА ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ

Намагайтесь споживати корисні продукти з усіх груп щодня: овочі та бобові, фрукти та ягоди, цільні злаки, рибу, м'ясо, яйця, корисні жири, молочні та кисломолочні продукти

Овочі та бобові

300 г
за 4-5 порцій
на добу

75 г бобів
на добу

Цільнозернові продукти,
горіхи та насіння

70 г цільних
злаків для жінки,
90 г для
чоловіка на добу

2 ложки горхів
та насіння
на добу

Корисні олії та жири

До 70 г на добу рослинної олії: оливкова,
соняшникова, лляна, кукурудзяна

Фрукти та ягоди

300 г
за 2 порції
на добу

Риба, м'ясо, яйця

2-3 рибні страви
на тиждень,
переважно м'ясо
птиці, 1-2 яйця
на добу

Молочна та
кисломолочна
продукція

2,5 -3 порції
на добу

Споживайте не більше

5г солі та до 50г цукру на добу

Вживайте достатньо рідини

Потреба у рідині 4% від маси тіла на добу



Нормальна маса тіла визначається за допомогою уніфікованого показника – індексу маси тіла. Важливим додатковим параметром вгдованості є окружність талії. Індекс маси тіла (ІМТ) розраховується шляхом ділення маси тіла (у кілограмах) на квадрат росту (у метрах квадратних).

ІМТ у дорослих людей свідчить про таке:

- ☐ $<18.5 \text{ кг/м}^2$ – про наявність у людини недостатньої ваги;
- ☐ $18.5 - 24.9 \text{ кг/м}^2$ – еквівалент нормальної маси тіла;
- ☐ $25.0 - 29.9 \text{ кг/м}^2$ – вказує на наявність зайвої ваги;
- ☐ $\geq 30.0 \text{ кг/м}^2$ – є ознакою ожиріння.

ІМТ вважається оптимальним показником для оцінки розмірів тіла (ваги та зросту) для оцінювання ризиків для здоров'я, при цьому нормальний ІМТ асоційований з найнижчим ризиком.

Окружність талії – другий важливий об'єктивний показник, який доповнює ІМТ і також відображає ризик небезпечних захворювань.

Окружність талії

- ☐ $\geq 80 \text{ см}$ – така окружність талії у жінок свідчить про підвищення ризику;
- ☐ $\geq 88 \text{ см}$ – є ознакою високого ризику у жінок;
- ☐ $\geq 94 \text{ см}$ та $\geq 102 \text{ см}$ – окружність талії у чоловіків, яка асоційована з підвищеним та високим ризиком небезпечних захворювань, відповідно.

Для дітей та підлітків, які продовжують рости, неможливо визначити певні показники ІМТ, що відповідають нормі для всіх вікових груп та для обох статевих груп. Тому, використовуються спеціальні таблиці, у яких нормальні межі ІМТ зазначено для кожного віку. Лікарі-педіатри, сімейні лікарі та медичні сестри мають оцінювати ІМТ дітей та підлітків при оглядах відповідно до таких таблиць.

ПАМ'ЯТАЙТЕ!

Необхідні рекомендації щодо здорового харчування та з урахуванням вашого стану здоров'я завжди можна отримати у сімейного лікаря, терапевта.

Нормативи щодо харчування хворих у закладах охорони здоров'я

У закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності встановлюється⁸⁴ чотириразовий режим лікувального харчування.

Раціон хворих базується на основі фізіологічних потреб у харчових речовинах та енергії здорової людини.

Кулінарна обробка їжі має враховувати особливості фізіології травної та інших систем організму хворих. Смакові речовини (сіль, перець, майонез, кетчуп, соуси тощо) призначаються лікарем індивідуально.

Хворі (окрім дітей) поділяються на три групи відповідно до свого харчового статусу, який розраховується відповідно до індексу маси тіла (ІМТ):

- ☐ хворі з гіпотрофією (ІМТ < 18,5) повинні бути забезпечені харчуванням на рівні 2400–2700 ккал з вмістом білка на рівні 90–100 г, вуглеводів на рівні 400–450 г;
- ☐ хворі з нормотрофією (ІМТ 18,5–25) – 2200–2400 ккал з вмістом білка на рівні 80–90 г, вуглеводів на рівні 350 г;
- ☐ хворі з гіпертрофією (ІМТ > 25) мають отримувати низькокалорійну дієту, де калорійність знижена за рахунок вуглеводів, енергетична цінність становить 1800–2000 ккал, при достатньому вмісті білків на рівні 80–90 г.

За суворого постільного режиму енерговитрати пацієнтів не перевищують 2000 ккал.

Оскільки лікувальне харчування хворих є невід'ємною складовою лікувального процесу, за рішенням лікаря до співвідношення окремих харчових речовин можуть вноситися корективи, які відповідають особливостям перебігу, стадії хвороби, рівню та характеру метаболічних порушень.

За наявності показань та відповідно до рекомендацій лікаря-дієтолога або іншого лікаря – на всіх етапах лікування хворих можуть бути призначені дієтичні добавки, функціональні харчові продукти та продукти для спеціального дієтичного споживання.

Особливості розладів харчової поведінки у жінок

Поряд із глобальною проблемою голоду і недоїдання у сучасному світі постала нова проблема (значною мірою обумовлена сучасною культурою та притаманним їй «канонам» щодо моди та краси) – розлади харчової поведінки. Загальна тенденція – нав'язування жінкам специфічних канонів краси, що породжує у чотирьох із п'яти жінок проблеми з прийняттям їжі та власного тіла. Так, за даними досліджень ВООЗ, третина з цих жінок застосовує до себе одне обмеження або більше, щоб контролювати вагу.

Незадоволеність жінки власним тілом сприяє розвитку таких серйозних розладів харчової поведінки як анорексія, булімія.

Анорексія – це втрата апетиту, яка може статися внаслідок хвороби, віку, ліків, травм. Це симптом, що полягає в повній відсутності апетиту за об'єктивної потреби організму в харчуванні, який супроводжує більшість метаболічних захворювань, інфекційних, онкологічних хвороб, уражень травної системи, а також виникає з інших причин. Анорексія може призводити до білково-енергетичної недостатності. Втрата почуття голоду може бути пов'язана із гормональною дисфункцією, неврологічною патологією, злоякісними пухлинами. Або ж спричинена прийом спеціальних препаратів з метою зниження маси тіла або побічною дією інших препаратів (антидепресантів, психостимуляторів, антагоністів гормонів та ін.).

Нервова анорексія – це розлад, при якому людина вирішує різко обмежити власну їжу, щоб стати стрункішою. У Міжнародній класифікації хвороб нервова анорексія визначена як психосоматичне захворювання, розлад харчової поведінки, що

характеризується критичним зниженням маси тіла (15% нижче норми), спотвореним уявленням про власне тіло та зміненим ставленням до процесу харчування, а також відсутністю трьох послідовних менструальних циклів у жінок.

Нервова анорексія характеризується критичним зниженням маси тіла, часто небезпечним для життя, тяжкою втратою апетиту. Хвороба часто виникає на нервовому ґрунті, особливо у підлітків, молодих дівчат, рідше чоловіків. Нервову анорексію часто супроводжує підвищене почуття голоду – булімія.

Хвороба найчастіше трапляється у жінок, рідше в чоловіків і виявляється «добровільним» схудненням. Згідно з дослідженнями, у країнах Західної Європи розповсюдженість анорексії серед жінок складає 0,9–4,3%, а серед чоловіків – 0,2–0,3%. Статистичні дані про захворюваність в Україні – відсутні.

Здебільшого все починається у підлітковому віці, особливо в період статевого дозрівання. Дитина починає худнути, апетит зникає, навіть виникає відраза до їжі, починаються розлади менструального циклу у дівчат. І все це супроводжується підвищеною, збудженою фізичною активністю.

У цей час людині здається, що її вага надмірна, і така особа починає багато часу присвячувати різним дієтам. Часто виникають вкрай патологічні типи поведінки, наприклад, провокування блювання, приховування їжі, надмірні виснажливі фізичні вправи, навіть зловживання проносними, сечогінними препаратами та засобами, що пригнічують апетит.

Булімія – патологічно підвищене відчуття голоду, яке супроводжується деколи слабкістю і болючими відчуттями в надчеревній ділянці. Цей стан інколи поєднується із зниженням відчуття насичення,

внаслідок чого виникає потреба в надмірно великих кількостях їжі (поліфагія).

Порушення харчової поведінки може відбуватися за однією зі схем:

- напади поглинання величезної кількості їжі, які з'являються раптово;
- постійне харчування (людина їсть, не перестаючи);
- нічне харчування (приступ голоду трапляється вночі).

Пацієнти, що страждають на булімію, часто вдаються до активного контролю ваги (викликають блювання або використовують проносні засоби). Надмірна їжа і примусове очищення шлунку в поєднанні зі слабкістю нервової системи можуть привести до серйозних ускладнень: від неврастенії, руйнування взаємин із близькими і втрати інтересу до життя, до лікарської або наркотичної залежності від препаратів, що усувають приступ, та смерті. Булімія може також спричинити гостру серцеву недостатність. Для скринінгу нервової булімії використовують «Тест на ставлення до прийому їжі».

Пацієнти, що страждають на булімію, мають різні порушення, які можна повністю усунути при комплексному підході до лікування. Лікування повинен контролювати лікар-психотерапевт, психіатр.

Деяким пацієнтам може знадобитися госпіталізація, інші можуть лікуватися амбулаторно. Послуги з охорони психічного здоров'я в Україні зазвичай надаються поліклініками та окремими державними чи приватними клініками з палатами для стаціонарних хворих – спеціалізовані відділення харчових розладів. Ці послуги відрізняються від тих, що надаються у типових психіатричних клініках, оскільки вони відповідають конкретним потребам пацієнтів, для лікування яких необхідні стаціонарні умови.

Головна мета, якщо людина перебуває в небезпечному для життя стані – стабілізація її стану. Первинні цілі лікування спрямовані на її фізичні та психологічні потреби, щоб відновити фізичне здоров'я і нормальний прийом їжі.

Остаточна мета – це прийняття людиною себе такою, яка вона є, фізично і емоційно здорове життя. Відновлення фізичного і психологічного здоров'я може потребувати багато часу, і результати будуть поступовими. Терпіння – важлива частина процесу відновлення. Позитивне ставлення разом із зусиллями самих хворих – це головний складовий компонент успішного відновлення.

Розлади харчової поведінки у дівчат: що має занепокоїти батьків?

Зовні все розпочинається із невинного бажання схуднути. Цьому не в останню чергу сприяє контент певних телевізійних програм, глянцевиx журналів про моду тощо, котрі пропагують певні канони краси тіла як універсальні, як такі, що сприяють успішності та можливості реалізувати себе в житті. Дівчата підліткового віку можуть бути схильними підпасти під такий вплив. Розпочатися усе може із легкої дієти, дотримання якої з першого разу може завершитися невдачею. Відтак дитина замикається в собі, їй здається, що батьки не розуміють її, друзі глузують, а той, хто їй подобається – не звертає на неї уваги.

Під час другої спроби схуднути дівчина психологічно готує себе до того, що доведеться боротися з неабияким фізичним бажанням з'їсти щось – і тоді харчі стають ворогом. Якщо не вдається побороти бажання з'їсти бодай щось, з'являється інший план: виснажувати організм надмірними фізичними навантаженнями, а також активно спричиняти блювання після їжі.

Батькам у такій ситуації не слід влаштовувати скандали з докорами, щоб так само не стати ворогом дитині. Необхідно вислухати проблему, налагодити стосунки засновані на довірі.

Важливо знати, що жодний тиск, переконування чи вмовляння почати їсти не дадуть результатів. Понад те, якщо постійно говорити про їжу, це лише може погіршити ситуацію і ще більше віддалити від рідних, котрі хочуть допомогти, проте не знають як.

Важливо знати, що згодом у хворої на нервову анорексію порушується обмін речовин, відбуваються гормональні зміни, випадає волосся, припиняється менструальний цикл. Попри те, що відмова від їжі стає небезпечною для життя, вона не змінює свої поведінки та відмовляється визнати себе хворою.

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!

Якщо батьки помітили прояви нервової анорексії у свої дочки, необхідно звертатися по допомогу до лікаря. Спочатку варто здійснити візит до сімейного лікаря, який потім направить до більш вузького медичного спеціаліста. Відвідування психолога також може бути дуже помічним: допоможе змінити погляди на власні пропорції та масу тіла.

ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ



ВООЗ зазначає, що недостатня фізична активність є одним із основних факторів ризику смерті у світі. Адже саме недостатня фізична активність є одним із основних факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань (далі – НІЗ), зокрема серцево-судинних захворювань, раку і діабету.

Дослідження свідчать, що кожна четверта доросла людина у світі недостатньо активна.

За даними ВООЗ, у жінок рівень недостатньої фізичної активності вищий, ніж у чоловіків. На глобальному рівні підраховано, що у 2010 році 81% підлітків у віці 11–17 років були недостатньо фізично активні. Підлітки-дівчатка були менш активні, ніж підлітки-хлопчики, не виконували рекомендації ВООЗ – 84% дівчат і 78% хлопчиків. Близько 23% дорослих у віці 18 років і старше були недостатньо фізично активні (20% чоловіків і 27% жінок). При цьому, у країнах із високим рівнем доходу цей показник був на рівні: 26% чоловіків і 35% жінок, у країнах із низьким рівнем доходу – 12% чоловіків і 24% жінок.

Зниження рівнів фізичної активності частково пов'язане із пасивністю під час дозвілля і сидячим способом життя на роботі і вдома, а також використання «пасивних» видів транспорту.

Що таке фізична активність?

За визначенням ВООЗ, фізична активність – це будь-який рух тіла, вироблений скелетними м'язами, який вимагає витрати енергії, включаючи активність під час праці, ігор, виконання домашньої роботи, поїздок й інших занять.

Термін «фізична активність» не слід плутати з вужчим поняттям «фізична вправа». Остання – це запланований, структурований, повторюваний рух, який спрямовано на поліпшення або підтримання одного або декількох компонентів фізичного стану.

Крім фізичних вправ будь-які інші види фізичної активності, що здійснюються під час відпочинку, під час поїздок у будь-які місця і назад, або під час роботи – також корисні для здоров'я. Поліпшенню здоров'я сприяє як помірна, так й інтенсивна фізична активність.

Переваги фізичної активності та ризики, пов'язані з недостатньою фізичною активністю

Регулярна фізична активність помірної інтенсивності, така як ходьба, їзда на велосипеді або заняття спортом, має значні переваги для здоров'я. У будь-якому віці переваги фізичної активності переважають потенційну шкоду, завдану, наприклад в результаті нещасних випадків. Активний спосіб життя протягом дня – це відносно простий спосіб досягнення рекомендованих рівнів активності.

Регулярна фізична активність належної інтенсивності:

- покращує стан мускулатури, а також серцевої і дихальної системи;
- покращує стан кісток і функцій організму;
- знижує ризик розвитку гіпертонії, ішемічної хвороби серця, інсульту, діабету, різних видів раку (включаючи рак молочної залози і товстої кишки), а також депресії;
- знижує ризик падінь, а також переломів шийки стегна і хребта;
- лежить в основі енергетичного обміну і підтримки нормальної ваги.

Які рекомендовані рівні фізичної активності?

Для найкращого впливу на організм людини інтенсивність різних форм фізичної активності повинна варіюватися. Щоб фізична активність сприяла зміцненню серцево-судинної і дихальної систем – усе заняття слід розбивати на відрізки тривалістю, як мінімум, 10 хвилин.

ВООЗ рекомендує дітям і підліткам у віці 5–17 років:

- приділяти фізичній активності від помірної до високої інтенсивності не менше 60 хвилин на день.

Фізична активність тривалістю понад 60 хвилин – принесе додаткову користь здоров'ю;

- займатися фізичною активністю, спрямованою на розвиток скелетно-м'язової системи, як мінімум, тричі на тиждень.

ВООЗ рекомендує дорослим жінкам у віці 18–64 років:

- приділяти фізичній активності помірної інтенсивності не менше 150 хвилин на тиждень, або високої інтенсивності – не менше 75 хвилин на тиждень, або поєднанню навантаження середньої і високої інтенсивності. Для того, щоб заняття мали позитивний вплив на здоров'я цієї вікової категорії, жінки мають збільшити час фізичної активності середньої інтенсивності до 300 хвилин на тиждень або досягти такого самого рівня навантаження іншим способом (наприклад, збільшити час активних прогулянок із домашніми улюбленцями, зайнятися активними іграми, танцювати тощо);
- силові вправи на основні групи м'язів слід виконувати двічі на тиждень або частіше.

ВООЗ рекомендує дорослим жінкам у віці 65 років і старшим:

- приділяти фізичній активності помірної інтенсивності не менше 150 хвилин на тиждень або високої інтенсивності – не менше 75 хвилин на тиждень. Для значного позитивного впливу на здоров'я необхідно збільшити тривалість фізичної активності середньої інтенсивності до 300 хвилин на тиждень або досягти такого самого рівня навантаження іншим способом (будь-яка рухова активність, яку обере жінка);
- люди із обмеженою рухливістю повинні займатися спрямованою на поліпшення рівноваги і запобігання ризику падінь фізичною активністю тричі на тиждень або частіше;

- виконувати силові вправи, в яких задіяні основні групи м'язів, слід двічі на тиждень, або частіше.

КОРИСНО ЗНАТИ!

Право займатися фізичною культурою і спортом незалежно від ознак раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак закріплено у Законі України від 24.12.1993 р. № 3808–XII «Про фізичну культуру і спорт».

Це право полягає у:

- вільному виборі видів спорту та фізкультурно-спортивних послуг;
- доступності та безпечності занять фізичною культурою і спортом;
- захисті прав та законних інтересів громадян;
- створенні закладів фізичної культури і спорту;
- об'єднанні громадян у громадські організації фізкультурно-спортивної спрямованості;
- здобуття спеціальної освіти та здійснення відповідної професійної діяльності.

КУРІННЯ – ШКІДЛИВА ЗВИЧКА, КОТРОЇ ВАРТО ПОЗБУТИСЯ



За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, тютюн щорічно призводить до 7 млн. випадків смерті: понад 6 млн. випадків реєструється серед споживачів і колишніх споживачів тютюну, і більше 890 тис. – серед людей, що самі не курять, але піддаються впливу вторинного тютюнового диму.

Чому важливо покинути курити?

Вживання тютюну є однією із найсерйозніших небезпек для здоров'я у світі. Тютюн вбиває до половини людей, які його вживають. Тютюновий дим містить більше 4000 хімічних речовин, щонайменше 250 з яких відомі як шкідливі, а більше 50 – канцерогени. Безпечного рівня впливу тютюнового диму не існує.

Вторинний тютюновий дим – це дим, що заповнює будинки, ресторани, офіси або інші закриті приміщення, де люди курять сигарети, кальяни, електронні сигарети.

Куріння призводить до таких хвороб:

- ☐ хвороби дихальних шляхів та астма;
- ☐ онкологічні захворювання різних частин тіла та органів: ротової порожнини, гортані, стравоходу, трахеї, бронхів, легень, шлунку, підшлункової залози, нирок, товстої кишки, сечового міхура, шийки матки та спинного мозку;
- ☐ коронарна хвороба серця, інфаркти та інсульти;
- ☐ остеопорози;
- ☐ катаракта та втрата зору;
- ☐ парадонтози;
- ☐ захворювання судин, аневризми аорти;
- ☐ безпліддя, імпотенція.

Захворювання спричиняє не лише активне куріння. Пасивні курці (які вдихають тютюновий дим поряд із курцем), також підпадають під ризик отримати одну із зазначених вище хвороб.

Серед дорослих людей вторинний тютюновий дим викликає серйозні серцево-судинні та респіраторні захворювання, включаючи ішемічну хворобу серця і рак легенів. Серед дітей грудного віку він викликає раптову смерть. У вагітних жінок він призводить до народження дітей із низькою масою тіла. За розрахунковими даними 2016 року, наведеними Центром громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, від хвороб, які викликає вплив тютюнового диму, померло близько 9 тисяч українців. Тобто, щогодини в Україні помирала одна людина внаслідок пасивного куріння.

Заборона куріння в певних місцях як гарантія права людей на життя і здоров'я

Понад 1,3 мільярда людей, або 18% населення світу, захищене національними законами щодо забезпечення середовища, вільного від тютюнового диму. Україна – не виняток.

Проте, за даними Глобального опитування дорослих щодо вживання тютюну, проведеного в Україні у 2017 році, впливу тютюнового диму зазнавали 21,2% – у закладах громадського харчування, 5% – у державних установах, 10,5% – на роботі, 7,3% – вдома.

У той самий час у статті 50 Конституції України закріплене право кожного на безпечне для життя і здоров'я довкілля.

Вдихання тютюнового диму шкідливе в будь-якому вигляді. Це стосується і пасивного куріння. Право на бездимне середовище закріплене Законом України від 22.09.2005 р. № 2899-IV «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення».

Забороняється куріння тютюнових виробів, а також електронних сигарет і кальянів:

- у ліфтах і таксофонах;
- у приміщеннях та на території закладів охорони здоров'я;
- у приміщеннях та на території навчальних закладів;
- на дитячих майданчиках;
- у приміщеннях та на території спортивних і фізкультурно-оздоровчих споруд та закладів фізичної культури і спорту;
- у під'їздах житлових будинків;
- у підземних переходах;
- у транспорті загального користування, що використовується для перевезення пасажирів;
- у приміщеннях закладів ресторанного господарства;
- у приміщеннях об'єктів культурного призначення;
- у приміщеннях органів державної влади та органів місцевого самоврядування, інших державних установ;
- на стаціонарно обладнаних зупинках маршрутних транспортних засобів.

Забороняється, крім спеціально відведених для цього місць, куріння тютюнових виробів:

- у приміщеннях підприємств, установ та організацій усіх форм власності;
- у приміщеннях готелів та аналогічних засобів розміщення громадян;
- у приміщеннях гуртожитків;
- в аеропортах та на вокзалах.

Відповідальність за куріння тютюнових виробів у місцях, де це заборонено законом, а також в інших місцях, визначених рішенням відповідної сільської, селищної, міської ради (таке рішення може прийматися на час проведення масових заходів) передбачено статтею 1751 Кодексу України про адміністративні правопорушення. Це може бути попередження або накладення штрафу від трьох до десяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян. Повторне протягом року вчинення такого порушення, за яке особу вже було піддано адміністративному стягненню, тягне за собою накладення штрафу від десяти до двадцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

У місцях та закладах, де куріння заборонено, має бути розміщена наочна інформація, яка складається з графічного знака про заборону куріння та тексту зі змістом: «Куріння заборонено!».

У спеціально відведених для куріння місцях повинна бути наочна інформація, яка складається з відповідного графічного знака та тексту: «Місце для куріння. Куріння шкодить Вашому здоров'ю!».

Власник, уповноважені ним особи або орендарі відповідних споруд чи окремих приміщень зобов'язані відвести спеціальні місця для куріння.

Допомога лікаря, аби покинути курити

Допомогти кинути курити можуть лікарі первинної ланки медичної допомоги: сімейні лікарі, терапевти, педіатри. Медична допомога надається комплексно, із застосуванням немедикаментозних методів та фармакотерапії. Лікарські засоби нікотинозамісної та ненікотинозамісної терапії мають призначатися виключно медичним (фармацевтичним) працівником. У разі неефективності медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів, яка надається лікарями первинної ланки (сімейними лікарями та терапевтами), або за бажанням пацієнтів – повинно бути розглянуте питання про направлення до спеціаліста-нарколога.

Так, медичні працівники закладів охорони здоров'я усіх форм власності допоможуть⁸⁵:

- отримати медичні знання з питань профілактики захворювань, спричинених курінням тютюнових виробів чи іншим способом їх вживання, і щодо запобігання їх вживанню серед населення, насамперед, серед дітей та молоді;
- отримати практичні поради щодо здорового способу життя та рекомендації не починати курити чи іншим способом вживати тютюнові вироби або припинити їх вживання;
- отримати роз'яснення про шкідливі наслідки для здоров'я людини куріння тютюнових виробів чи іншого способу їх вживання, впливу тютюнового диму;
- отримати лікувально-профілактичну допомогу, якщо курець бажає позбутися залежності від тютюну (нікотинової залежності).

Пацієнти можуть розраховувати на індивідуальну або групову підтримку з приводу припинення вживання тютюну; інтенсивну підтримку та консультативну допомогу віч-на-віч пацієнтів, які бажають кинути курити.

Рішення про призначення лікування з припинення куріння проводиться після розгляду потенційних ризиків і переваг усіх варіантів лікування. Це питання обговорюється між лікарем і пацієнтом до початку лікування. Наявність згоди на лікування є абсолютною необхідністю в усіх видах медичної допомоги – припинення куріння не виняток.

Пацієнтам, які потребують медичної допомоги при припиненні куріння, лікар пропонує лікування залежно від їх віку, статі, рівня нікотинової залежності, соціального статусу, наявних захворювань.

При визначенні методів лікування пацієнтам пояснюються можливі побічні ефекти від лікування та негативні прояви синдрому відмови.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

В Україні функціонує професійний сервіс з надання допомоги тим, хто хоче кинути курити. Допомога надається через гарячу телефонну лінію та веб-сайт. Гаряча телефонна лінія 0-800-50-55-60 безкоштовна для дзвінків зі стаціонарних та мобільних телефонів з території України і активна з понеділка по п'ятницю з 9:00 до 15:00.

На веб-сайті www.stopsmoking.org.ua міститься інформація щодо відмови від куріння, яка може стати у нагоді як курцям, так і їхнім близьким. Також на сайті можна отримати консультацію, поставивши питання через онлайн-чат або надіславши запит через електронну пошту.



БЕЗОПЛАТНА ПРАВОВА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ

Конституція України (ст. 59) визначає, що *«Кожна людина має право на правову допомогу. У випадках, передбачених законом, ця допомога надається безоплатно»*. Для реалізації цього права в Україні у 2011 році прийнято Закон України «Про безоплатну правову допомогу», який визначає зміст права на безоплатну правову допомогу, порядок реалізації цього права, підстави та порядок надання безоплатної правової допомоги, державні гарантії щодо надання безоплатної правової допомоги.

Щороку до системи безоплатної правової допомоги звертається близько 1 мільйона клієнтів. Серед них більша частина (понад 60%) – жінки. Фахівці системи, а також адвокати, щодня допомагають їм отримати необхідні правові консультації, а також інші види безоплатної правової допомоги у різних

Станом на жовтень 2018 року в Україні діє розгалужена система безоплатної правової допомоги, котра є мережею із 552 центри та бюро: 23 регіональних, 96 місцевих центрів з надання безоплатної вторинної правової допомоги та 433 бюро правової допомоги у всіх регіонах України (крім тимчасово окупованих територій).

Отримати правову допомогу можна особисто звернувшись до найближчого центру з надання безоплатної вторинної правової допомоги або бюро правової допомоги. Адреси центрів та бюро можна знайти на сайті Координаційного центру з надання правової допомоги (www.legalaid.gov.ua), або дізнатися, зателефонувавши до єдиного контактного центру за номером **0 800 213 103** (дзвінки зі стаціонарних та мобільних телефонів в межах України безкоштовні, цілодобово). За цим номером можна повідомити й про затримання осіб, дізнатися про можливості отримання безоплатної правової допомоги та отримати відповіді на актуальні питання, пов'язані із цим, а також – отримати безкоштовну правову консультацію (без вихідних з 6:45 до 21:15 год.).

сферах, зокрема й у сфері медичного права. Вони також допомагають захищати трудові та інші права людей, котрі були порушені у зв'язку із їх станом здоров'я.

Звернення до мережі центрів та бюро системи безоплатної правової допомоги дасть змогу кожному та кожній отримати необхідні правові поради та розуміння щодо того, як діяти у тій чи іншій життєвій ситуації у правовий спосіб, зокрема, якщо ці питання стосуються сфери охорони здоров'я в Україні.

Довідково:

Закон України «Про безоплатну правову допомогу» визначає порядок надання **безоплатної первинної правової допомоги та безоплатної вторинної правової допомоги**.

На безоплатну первинну правову допомогу мають право усі особи, які перебувають під юрисдикцією України. Цей вид правової допомоги включає такі послуги, як надання правової інформації; консультацій і роз'яснень з правових питань; складення заяв, скарг, інших документів правового характеру (крім процесуальних), а також надання допомоги в забезпеченні доступу до вторинної правової допомоги та медіації.

Безоплатна вторинна правова допомога – вид правової допомоги, що включає такі послуги: захист, здійснення представництва інтересів в судах, інших державних органах, органах місцевого самоврядування, перед іншими особами; складення документів процесуального характеру. Категорії осіб, які мають право на безоплатну вторинну правову допомогу, та обсяг такої допомоги визначаються статтею 14 Закону «Про безоплатну правову допомогу».

На сьогодні регіональні та місцеві центри надають безоплатну вторинну правову допомогу:

- ☐ особам, які перебувають під юрисдикцією України, якщо їхній середньомісячний дохід не перевищує двох розмірів прожиткового мінімуму, розрахованого та затвердженого відповідно до закону для осіб, які належать до основних соціальних і демографічних груп населення;
- ☐ інвалідам, які отримують пенсію або допомогу, що призначається замість пенсії, у розмірі, що не перевищує двох прожиткових мінімумів для непрацездатних осіб;
- ☐ дітям, у тому числі, дітям-сиротам, дітям, позбавленим батьківського піклування, дітям, які перебувають у складних життєвих обставинах, дітям, які постраждали внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів;
- ☐ внутрішньо переміщеним особам;
- ☐ громадянам України, які звернулися із заявою про взяття їх на облік як внутрішньо переміщених осіб;
- ☐ особам, до яких застосовано адміністративне затримання або адміністративний арешт;
- ☐ особам, які, відповідно до положень кримінального процесуального законодавства, вважаються затриманими;

- ☐ особам, стосовно яких обрано запобіжний захід у вигляді тримання під вартою;
- ☐ особам, у кримінальних провадженнях стосовно яких, відповідно до положень Кримінального процесуального кодексу України, захисник залучається слідчим, прокурором, слідчим суддею чи судом для здійснення захисту за призначенням або проведення окремої процесуальної дії;
- ☐ особам, засудженим до покарання у вигляді позбавлення волі, тримання в дисциплінарному батальйоні військовослужбовців або обмеження волі;
- ☐ особам, на яких поширюється дія Закону України «Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту»;
- ☐ ветеранам війни та особам, на яких поширюється дія Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»;
- ☐ особам, які мають особливі заслуги та особливі трудові заслуги перед Батьківщиною;
- ☐ особам, які належать до числа жертв нацистських переслідувань;
- ☐ особам, які перебувають під юрисдикцією України і звернулися для отримання статусу особи, на яку поширюється дія Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»;
- ☐ особам, щодо яких суд розглядає справу про обмеження цивільної дієздатності фізичної особи, визнання фізичної особи недієздатною

та поновлення цивільної дієздатності фізичної особи;

- ☐ особам, щодо яких суд розглядає справу про надання психіатричної допомоги в примусовому порядку;
- ☐ особам, реабілітованим відповідно до законодавства;
- ☐ особам, які постраждали від домашнього насильства або насильства за ознакою статі.

Приблизний перелік документів, які могли б підтвердити право на безоплатну вторинну правову допомогу особи, яка зазнала домашнього насильства або насильства за ознакою статі, включає:

- ☐ витяг з Єдиного реєстру досудових розслідувань, у якому міститься інформація про вчинення злочину, пов'язаного з домашнім насильством;
- ☐ талон-повідомлення про вчинення кримінального правопорушення, пов'язаного з домашнім насильством, виданий органами Національної поліції України;
- ☐ протокол про вчинення адміністративного правопорушення, передбаченого статтею 1732 Кодексу України про адміністративні

правопорушення («Вчинення домашнього насильства, насильства за ознакою статі, невиконання термінового заборонного припису або неповідомлення про місце свого тимчасового перебування»);

- ☐ постанова про накладення адміністративного стягнення за вчинення правопорушення, пов'язаного з домашнім насильством або насильством за ознакою статі (видається за заявою потерпілої особи);
- ☐ копія заяви до суду про видачу або продовження обмежувального припису стосовно кривдника;
- ☐ рішення суду про видачу або продовження обмежувального припису стосовно кривдника;
- ☐ копія винесеного працівником уповноваженого підрозділу органів Національної поліції України термінового заборонного припису стосовно кривдника;
- ☐ копія акта отримання усної заяви та повідомлення про вчинення насильства в сім'ї або реальну загрозу його вчинення або копія акта з'ясування обставин вчинення насильства в сім'ї або реальної загрози його вчинення, складеного на підставі Інструкції щодо порядку взаємодії структурних підрозділів, відповідальних за реалізацію державної політики щодо попередження насильства в сім'ї, служб у справах дітей, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та відповідних підрозділів органів внутрішніх

справ з питань здійснення заходів з попередження насильства в сім'ї;

- ☐ витяг з Єдиного державного реєстру випадків домашнього насильства та насильства за ознакою статі⁸⁶.

Документами, котрі підтверджують статус особи, яка постраждала від домашнього насильства або насильства за ознакою статі, можуть бути й направлення центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, центрів соціально-психологічної допомоги, інших служб підтримки постраждалих осіб до центру з надання безоплатної вторинної правової допомоги. Також це можуть бути довідки, надані закладом чи установою про звернення постраждалої особи та отримання послуг у зв'язку із вчиненням стосовно неї домашнього насильства.

Утім, цей перелік документів не є вичерпним. Особа, котра зазнала домашнього насильства або насильства за ознакою статі, може надати й інші документи, які містять інформацію про факти вчинення домашнього насильства або насильства за ознакою статі стосовно неї.

Примітки

- 1 Проект «Доступна та якісна правова допомога в Україні» – проект міжнародної технічної допомоги, який фінансується Міністерством міжнародних справ Канади та впроваджується Канадським бюро міжнародної освіти у партнерстві з Координаційним центром з надання правової допомоги. Проект має на меті покращення рівного доступу до правосуддя для населення України (особливо представників вразливих верств) шляхом підтримки розвитку системи безоплатної правової допомоги та підвищення рівня обізнаності населення щодо прав на отримання безоплатної правової допомоги. Більше про Проект: <http://qala.org.ua/uk/>
- 2 Шукайте довідник на сайті проекту «Доступна та якісна правова допомога в Україні» <http://qala.org.ua/uk/> у розділі Електронна бібліотека/Публікації.
- 3 Шифр діагнозу відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду, прийнятої 43 Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я, 1 січня 1993 року.
- 4 Відповідно до п. 3.2. Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності, яка затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 03.11.2004 р. № 532/274/136-ос/1406.
- 5 Перелік професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам затверджений постановою Кабінет Міністрів України від 23 травня 2001 р. № 559.
- 6 **Коментар експертів проекту «Доступна та якісна правова допомога в Україні»:**

Фактично, згадана 176 стаття КЗпП України забороняє направлення жінок, які мають дітей віком до 3-х років, у відрядження. Навіть якщо жінка має такі можливості і бажання – на підставі цієї статті їй все одно відмовлять. І, на жаль, це не припущення, а практика, що знаходить підтвердження в Україні сьогодні. Як приклад такої практики, зокрема, юристки Алла Блага та Олена Уварова (у своїй статті-огляді щодо дотримання прав жінок у 2016 році «Права жінок») називають одне з рішень вітчизняних судів. Так, Бориспільський міськрайонний суд Київської області від 12.04.2016 р. ухвалив рішення щодо заборони на допуск жінки до відряджень. Позивачка, яка працює бортпровідницею-інструкторкою, достроково перервала відпустку для догляду за дитиною до досягнення нею 3 років (така можливість гарантована чинним законодавством України) і вийшла на роботу. Однак роботодавець, керуючись саме ст. 176 КЗпП, не допускав її до відряджень, які становлять основний обсяг її трудових обов'язків. Роботодавець, виступаючи відповідачем у справі, позов підтримав, вказавши, що не має заперечень проти його задоволення. Крім того, жінка в суді також зазначила, що догляд за дитиною наразі здійснює її чоловік, оскільки після її виходу на роботу він скористався відпусткою для догляду за дитиною до 3 років. Але суд у задоволенні позову відмовив, вказавши, що ст. 176 КЗпП має імперативний характер, а дитина позивачки ще не досягла трирічного віку. Той факт, що із дитиною перебуває чоловік, на думку суду, «не має жодного юридичного значення», натомість існує чіткий припис закону, який встановлює заборону (переглянути згадане рішення суду можна тут: <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/57237515>).

Чи може заборона бути гарантією забезпечення права у такому разі? Як вбачається із прикладу, тут має місце чітка диференціація за ознакою статі (жінці відмовлено навіть попри те, що відповідні обов'язки наразі виконує її

чоловік). У відповідності ж із Міжнародною конвенцією про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок 1979 року, стороною якої є Україна, дискримінація щодо жінок означає будь-яке розрізнення (тобто диференціацію), виняток або обмеження за ознакою статі. Отже, така диференціація є нічим іншим як дискримінацією.

Крім того (як справедливо зауважують юристки Алла Блага та Олена Уварова у згадані статті), заборона на направлення жінок із дітьми у відрядження, передбачена ст. 176 КЗпП, була встановлена у КЗпП ще у 1971 р. З того часу відбулися суттєві зміни соціальних та ціннісних стандартів суспільства, і, відповідно, ст. 176 КЗпП має тлумачитися у світлі цих нових стандартів: жінок, які мають дітей віком до трьох років, заборонено направляти у відрядження за відсутності їх згоди на це.

Важливо додати, що Комітет ООН з ліквідації дискримінації щодо жінок у своєму рішенні у справі «Світлана Медведєва проти Російської Федерації» від 25.02.2016 вказує, що подібне законодавство (де також йшлося про заборону окремих видів робіт для жінок) «відображає стійкі стереотипи щодо ролей і обов'язків жінок і чоловіків у родині й в суспільстві, які сприяють збереженню традиційних ролей жінок як матерів і дружин, підривають соціальний статус жінок і їх освітні й професійні перспективи».

Отже, як вбачається, ст. 176 КЗпП, потребує перегляду на предмет відповідності положенням Конституції, які гарантують рівність прав чоловіків і жінок, Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, яка, зокрема, передбачає обов'язок держав-учасниць вживати відповідні заходи для ліквідації дискримінації щодо жінок у галузі зайнятості з тим, щоб забезпечити на основі рівності чоловіків і жінок рівні права, зокрема, право на вільний вибір професії чи роду роботи (п. «с» ч. 1 ст. 11 Конвенції), практики Комітету ООН з ліквідації дискримінації.

- 7 п. 6 Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.11.2001 р. № 455.
- 8 Чорнобильська атомна електростанція.
- 9 Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 р. № 504.
- 10 Постанова КМУ від 17.03.2017 р. № 152 «Про забезпечення доступності лікарських засобів».
- 11 Наразі діє Реєстр лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню станом на 22 січня 2018 року, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я від 22.01.2018 р. № 111.
- 12 Постанова КМУ «Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів» від 9 листопада 2016 р. № 863.
- 13 Нозології – класифікація хвороб.
- 14 Постанова КМУ від 17.08.1998 р. № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань».
- 15 Національний перелік основних лікарських засобів (Нацперелік) – містить перелік основних безпечних лікарських засобів із доведеною ефективністю, які використовуються під час лікування найпоширеніших захворювань в Україні. Нацперелік затверджено постановою № 333 (в редакції постанови КМУ від 13 грудня 2017 року № 1081).

- 16 Постанова КМУ від 17.08.1998 р. № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань».
- 17 «Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу», затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я № 503 від 19 березня 2018 року.
- 18 <https://portal.ehealth.gov.ua/>
- 19 Стаття 37 Закону України від 19.11.1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я».
- 20 Ст. 34 і 35 Закону України від 19.11.1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я».
- 21 Стаття 15. Закону України від 05.07.2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу».
- 22 Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 504 від 19.03.2018 р.
- 23 Динамічне спостереження – тривале лікарське спостереження з регулярним контролем за виконанням пацієнтом рекомендацій щодо дотримання режиму прийому призначених ліків, а також корекції терапії залежно від ефективності, безпеки та переносимості лікування.
- 24 Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» від 17 вересня 1996 р. № 1138.
- 25 Телемедицина – комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються при наданні медичної допомоги, з використанням засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну електронними повідомленнями.
- 26 Абстинентний синдром (також – синдром відміни, синдром залежності, післядії, рикошету, «ломка») – патологічний стан, клінічний синдром, який розвивається при раптовому припиненні вживання психотропних чи наркотичних речовин, або лікарських препаратів, які, як правило, були вживані у великих дозах.
- 27 Детальну інформацію щодо медичних закладів можна дізнатися на сайті НСЗУ у розділі «Укладені договори»: <http://nszu.gov.ua/index-7.html>
- 28 Дзвінки з мережі фіксованого зв'язку Укртелекому, телефонів мобільних операторів Київстар, Vodafone Україна, Лайфселл для заявників безкоштовні.
- 29 Дзвінки зі стаціонарних телефонів та мобільних операторів безкоштовні.
- 30 Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» .
- 31 Жіноча консультація – це амбулаторно-поліклінічний лікувально-профілактичний заклад, основним завданням якого є амбулаторна і диспансерна допомога жінкам в період вагітності і післяпологовий період, а також гінекологічна допомога. Державні жіночі консультації працюють за дільничними принципами у складі пологових будинків і перинатальних центрів, дільничних та районних лікарень, а також можуть бути самостійними медичними установами.
- 32 Йдеться про вислуховування лікарем серцебиття плода.
- 33 Партограма – це графічний запис перебігу пологів, стану породіллі та плода, призначена для занесення інформації про результати спостереження під час пологів за станом матері, плода, процесами розкриття шийки матки та просування голівки плода. Партограма дозволяє чітко відрізнити нормальний перебіг пологів від патологічного та визначати період ускладнення пологів, що потребує втручання.

- 34 Наказ Міністерства охорони здоров'я від 08.08.2006 р. № 545.
- 35 Розділ «Пологові будинки, в яких можна отримати свідоцтво про народження дитини»: <https://minjust.gov.ua/news/info/pologovi-budinki-v-yakih-mojna-otrimati-svidotstvo-pro-narodjennya-ditini>
- 36 Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.02.2006 р. № 67.
- 37 Постанова КМУ «Деякі питання реалізації пілотного проекту із надання при народженні дитини одноразової натуральної допомоги «Пакунок малюка» від 20.06.2018 р. № 512.
- 38 Рак шийки матки. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України 02.04.2014 р. № 236.
- 39 п. 12 ст. 2 Закону України «Про військовий обов'язок і військову службу», ст. 50 Закону України «Про національну поліцію», п. 2 ст. 19 Закону України «Про Службу безпеки України», п. 3 ст. 9 Закону України «Про Національну гвардію України», Положення про проходження громадянами України військової служби у Збройних Силах України, затверджене Указом Президента України від 10.12.2008 р. № 1153/2008 та ін.
- 40 п. 9 ст. 95 Закону України «Про національну поліцію», Порядок проведення обов'язкових попереднього і періодичних медичних оглядів (диспансеризації) у закладах охорони здоров'я МВС (далі – МВС), затверджений наказом МВС від 01.11.2016 р. № 1146, розділ 6 Закону України «Про статут внутрішньої служби Збройних Сил України» від 24.03.1999 р. № 548, Інструкція про порядок проведення диспансеризації у Службі безпеки України, затверджена наказом Служби безпеки України від 14.08.2014 р. № 498, Положення про медичний огляд у Службі безпеки України, затверджене наказом Центрального управління СБУ від 26 жовтня 2012 року № 482/ДСК, зареєстроване в Міністерстві юстиції України 16 листопада 2012 року за № 1932/22244.
- 41 Постанова КМУ від 14 жовтня 1994 року № 711 «Про затвердження переліку спеціальностей, за якими жінки, що мають відповідну підготовку, можуть бути взяті на військовий облік».
- 42 Абз. 2 Переліку військових посад осіб офіцерського складу, які можуть бути заміщені військовослужбовцями-жінками, затверджено наказом Міністерства оборони України від 20 червня 2012 року № 412/ДСК, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 16 липня 2012 року за № 1191/21503 (із змінами).
- 43 **Коментар експертів проекту «Доступна та якісна правова допомога в Україні»:**

Дійсно, чинний Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» визначає, що не вважаються дискримінацією за ознакою статі особливі вимоги щодо охорони праці жінок і чоловіків, пов'язані з охороною їхнього репродуктивного здоров'я (ст. 6). Разом із тим, така норма за певних обставин може стати простором для невинуватених узагальнень та різнотлумачень, що по-різному може бути відображено у різних нормативно-правових актах. З точки зору забезпечення ґендерної рівності та недопущення дискримінації, закриття будь-якої посади для жінки повинно бути обґрунтоване реальними доказами, що виконання службових обов'язків на цій посаді призведе до погіршення репродуктивного здоров'я і такий негативний вплив матиме місце тільки по відношенню до жінок, у той час як чоловіче здоров'я при зайнятті цієї ж посади не постраждає. При цьому, має бути обов'язково врахований і той факт, що жінка може не планувати народжувати (більше або ж узагалі). Відповідно, якщо вона поінформована про можливі наслідки для свого репродуктивного здоров'я у зв'язку із тією чи іншою роботою, вона повинна мати можливість самостійно приймати рішення стосовно цієї роботи.

Тож, на наш погляд, у чинному варіанті згаданого наказу Міністерства оборони України таке обмеження щодо призначення жінок-військовослужбовиць на певні посади не є достатньо обґрунтованим.

Варто додати, що 6 вересня 2018 року у Верховній Раді у другому читанні розглянуто проект Закону «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків під час проходження військової служби у Збройних Силах України та інших військових формуваннях» та прийнято в цілому. Автори законопроекту зазначають, що він не усуває всіх проблем ґендерної рівності в українській армії, але містить низку нововведень, таких як зміни до деяких положень Закону «Про військовий обов'язок і військову службу» та до пункту 269 Статуту внутрішньої служби ЗСУ, якими пропонується надати особам обох статей рівні можливості щодо укладення контракту на проходження військової служби, визначивши, що жінки можуть укладати контракт на проходження військової служби до досягнення граничного віку перебування на військовій службі. Законопроект також закріплює принцип, за яким жінки мають проходити військову службу на рівних засадах із чоловіками, зокрема, йдеться про рівний доступ до посад і військових звань та рівний обсяг відповідальності під час виконання обов'язків військової служби. Згідно з проектом закону скасовуються обмеження щодо призначення військовослужбовців-жінок у добовий наряд, відправлення у відрядження і звільнення від проходження зборів. Президент України підписав Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків під час проходження військової служби у Збройних Силах України та інших військових формуваннях» 12 жовтня, та він набув чинності 27 жовтня 2018 року.

- 44 Наказ Міністерства юстиції України та Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі» від 15.08.2014 р. № 1348/5/572.
- 45 Постанова КМУ «Про затвердження положень про спостережні комісії та піклувальні ради при спеціальних виховних установах» від 1 квітня 2004 р. № 429.
- 46 Наказ Міністерства юстиції України «Про затвердження Порядку забезпечення речовим майном та норм належності речового майна для засуджених, які відбувають покарання в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах» від 20.02.2012 р. № 280/5.
- 47 Наказ Міністерства юстиції України та Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Типового положення про будинок дитини при виправній колонії» від 21.03.2013 р. № 500/5/219.
- 48 Наказ Міністерства юстиції України та Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі» від 15.08.2014 р. № 1348/5/572.
- 49 Кабінети «Довіри» є спеціалізованими структурними підрозділами центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом та / або закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги (наказ Міністерства охорони здоров'я України № 102 від 25.02.2008 р. «Про функціонування кабінетів “Довіра”». Дані кабінети очолюють лікарі-інфекціоністи). Там можна одержати консультації кваліфікованих фахівців з усіх питань, пов'язаних з наркоманією, ВІЛ / СНІДом та інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), і, за бажанням, здати аналізи крові на ВІЛ.
- 50 Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 585 від 10.07.2013 р. «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ».
- 51 Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 449 від 16.05.2016 р. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини».

- 52 «Методичні рекомендації щодо організації надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги», «Клінічний протокол з акушерської допомоги «Нормальні пологи» – Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.11.2008 р. № 624, «Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною» від 04.04.2005 р. № 152.
- 53 Перелік осіб, віднесених до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.05.2014 р. № 327).
- 54 Перкусія (лат. percussio – вистукування, постукування) – один із найважливіших методів дослідження внутрішніх органів. Метою перкусії є визначення розмірів і меж внутрішніх органів, а також виявлення патологічних утворень.
- 55 Йдеться про пологові будинки, в котрих передбачені спеціальні відділення, так звані обсервації, а в районних пологових мають бути й боксовані палати. Саме в них мають перебувати вагітні жінки, хворі на відкриту форму туберкульозу. Такі заходи пов'язані з підвищенням ризиків щодо захворювання інших вагітних жінок, роділь та породіль, котрі перебувають в пологових будинках. Як правило, акушери-гінекологи знають про те, де знаходяться такі пологові будинки та нададуть відповідні рекомендації вагітним, хворим на туберкульоз.
- 56 «Міфи та факти для людей, які визначають розвиток програм профілактики, лікування та соціальної підтримки щодо залежностей від психотропних речовин», рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я.
- 57 Дисфорія – страждати, мучитись, досадувати – форма хворобливо-зниженого настрою, що характеризується злістю, хмурістю, дратівливістю, почуттям неприязні до оточуючих.
- 58 МКХ-10 – Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям – документ, який використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі охорони здоров'я.
- 59 Більше інформації / адреси щодо існуючих таких закладів можна знайти у спеціальному адресному довіднику до цього посібника на сайті проекту «Доступна та якісна правова допомога в Україні» <http://qala.org.ua/uk/> у розділі Електронна бібліотека / Публікації.
- 60 Опіоїди є психоактивними речовинами. Прикладом є героїн, морфін, метадон.
- 61 Відповідно до Настанови Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо фармакологічного лікування опіоїдної залежності з психосоціальним супроводом.
- 62 Зменшення шкоди – це стратегія профілактики негативних медичних, соціальних, економічних та правових наслідків серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), які не можуть чи не готові відмовитися від вживання наркотиків, спрямована на вирішення першочергових проблем та зменшення ризику, асоційованого зі споживанням ін'єкційних наркотиків. стратегія Зменшення шкоди використовується майже у 50 країнах світу, в тому числі і в Україні. Принципи Зменшення шкоди інтегровано у більшість соціальних та медичних державних програм. Стратегія схвалена багатьма міжнародними організаціями, включаючи ООН, Всесвітню організацію охорони здоров'я та Раду Європи. У системі профілактичних заходів стратегія Зменшення шкоди відіграє роль вторинної профілактики. профілактична робота з групами ризику (особами, що вже вживають наркотики, та ще не можуть чи не готові від них відмовитися). В Україні поширенням програм Зменшення шкоди займається Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я». Це недержавна професійна організація, яка у співпраці з державними партнерами та громадськими організаціями здійснює істотний вплив на епідемію ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів та інші соціально небезпечні захворювання в Україні шляхом надання фінансової й технічної підтримки відповідних програм, якими охоплено понад 250 000 людей з найбільш уразливих груп

населення, що є найвищим показником у Європі. Детальніше про це читайте на сайті Міжнародного благодійного фонду «Альянс громадського здоров'я»: <http://aph.org.ua/uk/golovna/>

- 63 Накази Міністерства охорони здоров'я № 494 та № 496 від 07.08.2015 р. та № 200 від 27.03.2013 р. із внесеними змінами.
- 64 Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.09.2009 р. № 681 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності “наркологія”».
- 65 Більше інформації / адреси щодо існуючих таких закладів можна знайти у спеціальному адресному довіднику до цього посібника на сайті проекту «Доступна та якісна правова допомога в Україні» <http://qala.org.ua/uk/> у розділі Електронна бібліотека / Публікації.
- 66 Відповідно до ст. 286 Цивільного Кодексу України, ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я, ст.ст. 3, 23, 31, 47 Закону України «Про інформацію», Рішення КСУ від 30.10.97 р. №5-ЗП, ст. 14 Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними».
- 67 Термінальний стан – кінцеві стадії життя – преагонія, агонія і клінічна смерть; стан між життям та смертю.
- 68 Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11.06.2010 р. № 483 «Про затвердження Примірного положення про лікарню “Хоспіс” (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз».
- 69 Генеральна Асамблея ООН. Доповідь Спеціального доповідача з питань охорони здоров'я, A/65/255 (6 серпня 2010 р.).
- 70 Дослідження ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», 2017 р.
- 71 Нозології – класифікація хроб.
- 72 Постанова Кабінету Міністрів України від 01.05.2013 р. № 333 «Про затвердження порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» та прийнятий на її виконання Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.08.2015 р. № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я».
- 73 Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.02.2013 р. № 77 «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін до реєстраційних матеріалів» та наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.03.2013 р. № 203 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2005 року № 360».
- 74 Прекурсори – речовини та їх солі, класифіковані в міжнародних конвенціях як хімічні матеріали, що використовуються для приготування наркотичних і психотропних речовин, а також хімічні речовини та їх солі, що використовуються з аналогічною метою і віднесені Комітетом з контролю за наркотиками при Міністерстві охорони здоров'я України до зазначеної категорії.
- 75 Конвенція про права осіб з інвалідністю ратифікована Законом України № 1767-VI від 16.12.2009 р.
- 76 Національна Доповідь «Про становище осіб з інвалідністю в Україні» створена Державною установою «Науково-дослідний інститут соціально-трудових відносин Міністерства соціальної політики України».
- 77 Ст. 36 і ст. 38 Закону «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні».

- 78 Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи».
- 79 Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.09.2011 р. № 561 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 14 листопада 2011 р. за № 1295/20033.
- 80 Перелік анатомічних дефектів, інших необоротних порушень функцій органів і систем організму, станів та захворювань, за яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду інвалідності, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 21 січня 2015 р. № 10.
- 81 Відповідно до ст. 27 Закону України від 24.02.1994 р. № 4004- XII «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення».
- 82 Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» від 16.09.2011 р. № 595.
- 83 Контакти можна знайти у спеціальному адресному довіднику до цього посібника на сайті проекту «Доступна та якісна правова допомога в Україні» <http://qala.org.ua/uk/> у розділі Електронна бібліотека / Публікації.
- 84 Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.10.2013 р. № 931 затверджені: порядок організації системи лікувального харчування хворих у закладах охорони здоров'я; інструкція з організації лікувального харчування у закладі охорони здоров'я; норми харчування у загальних відділеннях (терапевтичне, хірургічне), у гастроентерологічних відділеннях, у дитячих та пологових відділеннях.
- 85 Відповідні зобов'язання покладаються на них Стандартами первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів, затвердженими Наказом Міністерства охорони здоров'я від 03.08.2012 № 601.
- 86 Після початку функціонування зазначеного Реєстру, створення якого передбачено прийнятим 07.12.2017 р. Законом України «Про запобігання та протидію домашньому насильству».
- 87 Повний текст рекомендацій також можна знайти на офіційних сайтах Міністерства охорони здоров'я України moz.gov.ua а також Центру громадського здоров'я МОЗ України <https://phc.org.ua>

Популярне видання

О. Сивак,
О. Прокопенко,
О. Цикалюк,
І. Полікарчук

ЗДОРОВ'Я ЖІНОК В УКРАЇНІ: ПРАВА, МОЖЛИВОСТІ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ. Посібник

Ідея посібника – Лариса Бізо, директорка, та Оксана Кікоть,
менеджерка проекту «Доступна та якісна правова допомога в Україні».
Редакторка – Надія Кизицька, експертка з комунікацій проекту
«Доступна та якісна правова допомога в Україні».
Дизайн – Анна Корнієць.

Підписано до друку 19.02.2019. Формат 60х90/8.
Ум.друк.арк. 19,25. Тираж 1000 пр. Зам. № 0557.

Видавець і виготовлювач ТОВ «Паперовий змії-ОПТ»
01023, м. Київ, вул. Л. Первомайського, буд. 6
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів
видавничої справи серія ДК № 2302 від 04.10.2005.
www.zmey.com.ua