

Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка

Природничо-географічний факультет

Кафедра загальної біології та екології

Горло Валерія Вікторівна

**ПЕРВИННА ІНВАЛІДНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ
ОБЛАСТІ**

Спеціальність 014 Середня освіта (Біологія та здоров'я людини)

Галузь знань 01 Освіта/Педагогіка

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеню магістра

Науковий керівник:

_____ М. П. Москаленко

кандидат біологічних наук, доцент

кафедри загальної біології та екології

26 листопада 2020 року

Виконавець:

_____ В. В. Горло

26 листопада 2020 року

Суми 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1	
СТАН ІНВАЛІДИЗАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ	5
РОЗДІЛ 2	
ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ІНВАЛІДНОСТІ.....	8
РОЗДІЛ 3	
МЕХАНІЗМ ВСТАНОВЛЕННЯ ГРУП ІНВАЛІДНОСТІ.....	11
РОЗДІЛ 4	
КРИТЕРІЇ ВСТАНОВЛЕННЯ ГРУП ІНВАЛІДНОСТІ.....	13
РОЗДІЛ 5	
ПЕРВИННА ІНВАЛІДНІСТЬ ДОРΟΣЛОГО ТА ПРАЦЕЗДАТНОГО НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	15
РОЗДІЛ 6	
ПЕРВИННА ІНВАЛІДНІСТЬ ДІТЕЙ ДО 18 РОКІВ У СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ	32
РОЗДІЛ 7	
ЗАСТОСУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ШКІЛЬНОГО КУРСУ БІОЛОГІЇ.....	41
ВИСНОВКИ.....	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	46

ВСТУП

За даними Державного комітету статистики України, на початок 2000 року в Україні налічувалося понад 2,5 мільйони осіб офіційно визнаних людьми з інвалідністю, тобто близько 5% усього населення держави. В 90-х роках кількість людей з інвалідністю у країні становила трохи менше 3% населення (біля 1,5 мільйони осіб). Станом на 1 січня 2002 року вона становила 2 мільйони 659 тисяч, що дорівнювало 5,5% від населення України.

Число людей з інвалідністю на сьогодні наблизилося до 6% населення України, на початок 2017 року в Україні встановлено - 2,6 млн. осіб з інвалідністю.

Станом на початок 2018 року загальне число осіб з інвалідністю в Україні склало 2 мільйони 600 тисяч осіб, у тому числі понад 240 тисяч осіб з інвалідністю 1-ї групи, понад 900 тисяч осіб з інвалідністю 2-ї групи й більш ніж 1,3 мільйона осіб 3-ї групи. Дітей з інвалідністю понад 156 тисяч. За останні п'ять років чисельність дітей з інвалідністю збільшилася майже на 20 тисяч [5].

Показники кількості осіб-інвалідів як в Україні в цілому, так і в кожній області зокрема у 1,5 – 2,0 рази нижчі, ніж у розвинених країнах Європи. Звертає увагу на себе і на той факт, що серед осіб, уперше визнаних інвалідами, більшість становлять особи працездатного віку [25].

Мета. Вивчити сучасну ситуацію із первинною інвалідизацією населення Сумської області.

Завдання. Представити коротку характеристику основних показників інвалідності населення; проаналізувати ситуацію із первинної інвалідності дорослого, працездатного та дитячого населення Сумської області.

Об'єкт. Стан здоров'я населення Сумської області.

Предмет. Первинна інвалідність населення Сумської області.

Методи. Порівняльний аналіз існуючих статистичних та інших матеріалів щодо причин первинної інвалідності населення різних вікових груп населення Сумської області.

Апробація результатів роботи. Результати роботи зафіксовані у публікаціях, представлених у списку літератури.

Практичне значення роботи полягає у використанні отриманих нами результатів вчителями закладів середньої освіти для викладання наступних тем навчальної програми з біології:

- 8 клас, тема «Вступ», зміст уроків «Біосоціальна природа людини. Науки, що вивчають людину. Методи дослідження організму людини. Значення знань про людину для збереження її здоров'я».

- 9 клас, тема «Закономірності успадкування ознак» під час уроку зі змістом «Спадкові захворювання людини. Генетичне консультування».

- 11 клас, тема «Біологічні основи здорового способу життя»

Структура. Дипломна робота складається із вступу, 7 розділів, висновків, списку використаної літератури, містить 17 малюнків, 10 таблиць, викладена на 48 сторінках.

РОЗДІЛ 1

СТАН ІНВАЛІДИЗАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Станом на 1 січня 2013 р. чисельність осіб з інвалідністю становила в Україні 2 788 226 осіб або 6,1 % від загального, проти 5,3 % у 2006 році. Число інвалідів станом на 1 січня 2013 р. було на 293,0 тис. осіб більше порівняно з чисельністю інвалідів станом на відповідну дату 2006 р. (рис. 1.1).

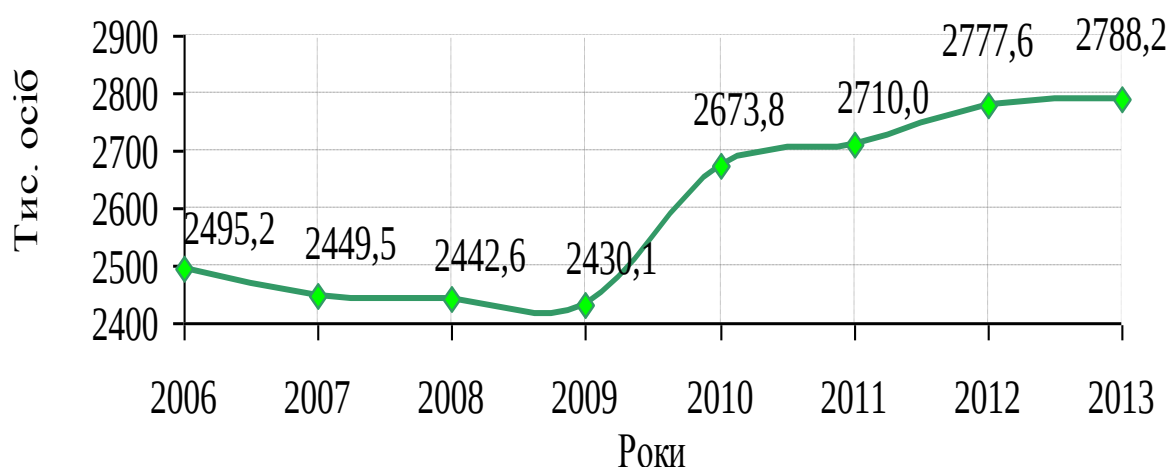


Рис. 1.1 Динаміка загальної чисельності інвалідів в Україні у 2006 – 2013 рр. (за даними Мінсоцполітики)

Структура первинної дитячої інвалідності є наступною:

- на I місці – вроджені генетичні порушення – 31,0% у 2014 році;
- на II місці – хвороби центральної нервової системи – 17,1% у 2014 році;
- на III місці – розлади психіки й поведінки – 13,9% у 2014 році.

У структурі дітей-інвалідів у 2014 році, діти шкільного віку становили від 7 до 14 років – 51,0% (у 2013-му – 49,8%), друге місце – діти від 15 до 17 років – 21,6% (у 2013-му – 22,6%), третє місце – діти віком від 3 до 6 років – 20,2% (у 2013-му – 20,2%) [4].

Розподіл інвалідів в цілому по Україні та в Сумській області представлений у таблиці 1.1 [5].

Таблиця 1.1

**Динаміка чисельності інвалідів у Сумській області та по Україні у
2006 – 2013 році (за даними Держстат та Мінсоцполітики) (осіб)**

Назва регіону	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Україна	2 495 241	2 449 489	2 646 599	2 656 839	2 639 001	2 709 982	2 777 511	2 788 226
Сумська обл	62 469	58 193	62 182	60 934	59 706	60 177	60 554	60 256
м. Київ	140 624	141 920	146 439	146 323	138 741	147 391	148 487	148 646

У таблиці 1.2 наведено кількість інвалідів по групах в Сумській області і по Україні інвалідів до 18 років. В загальному обсязі частка дітей-інвалідів становить 0,6% або 167,1 тис. осіб [25].

Таблиця 1.2

Кількість інвалідів, які знаходяться на обліку в органах Пенсійного фонду Сумської області та по Україні, в розрізі груп інвалідності та дітей-інвалідів до 18 років на 2013 р

Регіон	Чисельність всього	У тому числі			
		I група	II група	III група	Діти-інваліди до 18 р
Сумська обл	53 494	6 649	20 873	25 557	415
м. Київ	134 345	13 780	72 762	46 436	1 367
Всього по Україні	2 440 673	240 364	995 133	1 189 283	15 893

У доповіді про становище інвалідів в Україні за 2016 рік зазначається, що на 1 січня 2016 р. найбільше інвалідів I групи зосереджувалося в Донецькій, Львівській – 8,8%, 5,8%, від загальної чисельності інвалідів I групи в Україні в цілому; найменша їх зафіксовано в Чернівецькій та Херсонській областях – 1,6%, 1,8%, що кореспондується з чисельністю населення цих регіонів [1].

Щодо інвалідів II групи, то станом на 1 січня 2016 р. найбільша їх чисельність встановлена в м. Києві, Одеській області – 7,1%, 7,0%, найменша – у Херсонській області – 1,6%.

За даними Мінсоцполітики, станом на 1 січня 2016 р. у Львівській області мешкало найбільше інвалідів III групи порівняно з другими областями нашої держави – 8,2%, від загальної чисельності інвалідів III групи. Найменше в Чернівецькій області – 1,8%.

РОЗДІЛ 2

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ІНВАЛІДНОСТІ

В Україні термін "інвалід" офіційно вивели з ужитку 16 січня 2018. Президент України підписав закон щодо виключення із термінів українського законодавства та вжитку слова "інвалід".

Відтоді замість слова "інвалід" у всіх законодавчих актах звучить «людина з інвалідністю» [21].

Інвалідність - соціальна недостатність внаслідок певного обмеження життєдіяльності людини, яка викликана порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, що призводить до необхідності соціального захисту і допомоги.

Слово «інвалід» зараз все частіше замінюють на словосполучення «людина з обмеженими можливостями». Тим не менш, цей усталений термін часто використовують в пресі і нормативних та законодавчих документах [16].

Кількість інвалідів в Україні в останні роки зросла, як у абсолютних цифрах, та і в розрахунку на 1000 населення (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Кількість інвалідів в Україні

	2001	2006	2011	2016
Кількість інвалідів усього (тис. осіб)	2597	2495	2710	2614
У тому числі: I групи	337	337	310	250
II групи	1337	1128	1078	919
III групи	768	906	165	1291
Діти-інваліди	154	122	165	153
Кількість інвалідів на 1000 населення	53	53	59	61

Кількість інвалідів в таблиці 2.1 наведена за даними Міністерства соціальної політики, Міністерства охорони здоров'я та Пенсійного фонду України [1].

Законодавство розрізняє причини інвалідності, які мають за собою різні правові наслідки:

- Загальне захворювання людини;
- Каліцтво, трудове або професійне захворювання людини;
- Поранення (контузії), каліцтво, що було одержано при захисті Вітчизни;
- Каліцтво, одержане в результаті нещасного випадку, не зв'язаного з виконанням завдань військової служби або захворювання людини.

До основних показників інвалідності населення відносять наступні:

Загальна інвалідність (контингенти інвалідів) - число осіб, які отримують пенсії через інвалідність $\cdot 1000(10\ 000)$ осіб загальної кількості населення.

Структура контингентів інвалідів - число осіб, що мають інвалідність (певної групи, виду, причини) $\cdot 100$ / особи, які отримують пенсії через інвалідність (загальне число інвалідів).

Первинна інвалідність або інвалідизація людей – загальна кількість осіб, вперше визнаних інвалідами $\cdot 1000(10\ 000)$ осіб загальної чисельності населення.

Рівень інвалідності з дитинства – загальна кількість дітей, що визнані інвалідами $\cdot 1000(10\ 000)$ осіб кількості населення.

Структура первинної інвалідності людей - кількість осіб, вперше визнаних інвалідами (певної групи, виду, причини) $\cdot 100$ / загальної чисельності вперше визнаних інвалідами.

Питома вага дітей-інвалідів серед первинно визнаних інвалідами - загальне число дітей, які були визнані інвалідами $\cdot 100\%$ / числа осіб, вперше визнаних інвалідами.

Рух людей інвалідів протягом року - число інвалідів на початок року + число вперше визнаних інвалідами - число інвалідів, що вибули = число інвалідів на кінець року.

Летальність серед людей інвалідів - кількість інвалідів, що померли $\times$ 100 / загальна кількість осіб, що були визнані інвалідами.

Показник ефективності реабілітаційних програм для інвалідів - число інвалідів, яким було змінено групу інвалідності або визнані працездатними до числа інвалідів, яким проводилися певні реабілітаційні програми $\times$ 100%.

РОЗДІЛ 3

МЕХАНІЗМ ВСТАНОВЛЕННЯ ГРУП ІНВАЛІДНОСТІ

Група інвалідності - певна ступінь постійної чи продовжуваної втрати працездатності. Встановлює групу інвалідності медико-соціальна експертна комісія [4].

I група інвалідності людини. Особи з I групою мають нездатність до самообслуговування.

II група інвалідності людини. Особи з II групою мають здатність до самообслуговування з використанням певних допоміжних засобів або за допомогою інших осіб.

III група інвалідності людини. Особи з III групою мають здатність до самообслуговування з використанням певних допоміжних засобів, здатність самостійно пересуватися з тривалішою витратою часу, пересування з зупинками і скорочення відстані.

Обмеження життєдіяльності людини - неможливість людей виконувати повсякденну діяльність способом та в об'ємі, звичайних для людини [21].

Здатність до пересування людини - можливість людей ефективно пересуватися у своєму оточенні (в тому числі користуватися певним особистим та громадським транспортом).

Здатність людини до самообслуговування - можливість людей виконувати повсякденну певну побутову діяльність і задовольняти потреби без допомоги інших.

Здатність людини до орієнтації - можливість людей самостійно орієнтуватися у просторі та часі, мати уяву про навколишні предмети. Основними системами орієнтації є зір та слух (за умови нормального стану психіки та мови).

Здатність людей контролювати свою поведінку - можливість людей вести себе у відповідності за морально-етичними і правовими нормами суспільного життя.

Здатність людей до навчання - можливість людей сприймати, засвоювати та накопичувати знання, формувати певні навички і уміння (побутові, культурні, професійні та інші) у цілеспрямованому процесі навчання.

Здатність людей до трудової діяльності - сукупність фізичних та духовних можливостей людини, яка визначається станом здоров'я, що дозволяє їй займатися певною трудовою діяльністю.

Ступінь обмеження життєдіяльності людини - величина відхилення від норми діяльності людини.

Виділяють три ступеня такого обмеження життєдіяльності: помірно виражене, виражене, значне [6].

Ступені обмеження самообслуговування людини:

1-й - здатність людини до самообслуговування з використанням допоміжних засобів; 2-й - здатність людини до самообслуговування з використанням допоміжних засобів та за допомогою інших осіб; 3-й - нездатність людини до самообслуговування та повна залежність від інших осіб.

Соціальна недостатність людини (дезадаптація) - нездатність людини виконувати звичайну роль у суспільстві, яка зумовлена обмеженням життєдіяльності з урахуванням віку, статі, місця проживання, освіти тощо, що призвела до нездатності до власного самостійного проживання [4].

РОЗДІЛ 4

КРИТЕРІЇ ВСТАНОВЛЕННЯ ГРУП ІНВАЛІДНОСТІ

Перша група інвалідності людини. До I групи належать особи з найважчим станом здоров'я, які повністю нездатні до самообслуговування, потребують повного постійного стороннього догляду, допомоги або нагляду [14].

Критеріями встановлення I групи інвалідності є обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності у значному ступені.

Друга група інвалідності людини. Підставою для встановлення другої групи інвалідності є стійкі, вираженої важкості функціональні порушення в організмі.

Критеріями встановлення другої групи інвалідності людини є обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності у вираженому ступені.

До II групи інвалідності людини можуть належати також особи, які мають дві або більше хвороби, що призводять до інвалідності, наслідки травми або уроджені дефекти та їх комбінації, що в сукупності функціональних порушень призводять до значного обмеження життєдіяльності людини та її працездатності.

Інваліди II групи можуть виконувати ту чи іншу роботу в спеціально створених умовах: в спеціальних для інвалідів цехах, де забезпечується організація особливого режиму праці [10].

Третя група інвалідності. Підставою для встановлення третьої групи інвалідності людині є стійкі, помірної важкості функціональні порушення в організмі,

Критерії встановлення III групи інвалідності: здатність людини до самообслуговування з використанням певних допоміжних засобів; до самостійного пересування з більшим витрачанням часу, часткового пересування та скорочення відстані; до навчання в учбових закладах

загального типу при дотриманні спеціального режиму учбового процесу і (або) з використанням певних допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, що навчає). Помірно виражене обмеження життєдіяльності людини визначається частковою втратою можливостей до повноцінної трудової діяльності (втрата професії, значне зниження кваліфікації або певне зменшення обсягу трудової діяльності; значне утруднення в набутті професії чи в працевлаштуванні): значне зменшення (більше ніж на 25%) обсягу трудової діяльності; втрата професії; значне утруднення в набутті бажаної професії чи в працевлаштуванні в осіб, що раніше ніколи не працювали та не мають професії [22].

РОЗДІЛ 5

ПЕРВИННА ІНВАЛІДНІСТЬ ДОРΟΣЛОГО ТА ПРАЦЕЗДАТНОГО НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Під час виконання нашої дипломної роботи ми спирались на статистичні та інші матеріали лікарняно-профілактичних закладів Сумської області за 2018 рік. Необхідно зазначити, що за підсумками діяльності лікарняних закладів області рейтингова оцінка стану здоров'я населення всіх районів області за 2018 рік згідно показників, які знаходяться на контролі МОЗ України виглядала наступним чином (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, доступності та якості медичної допомоги, профілактичної роботи закладів охорони здоров'я районів Сумської області за 2018 рік згідно показників, які знаходяться на контролі МОЗ України (т-показник)

Рейтингове місце	Адміністративні території	Т-показник
1	Роменський	0,7197
2	Кролевецький	0,7153
3	Глухівський	0,7114
4	Шосткинський	0,6937
5	Конотопський	0,6934
6	Охтирський	0,6920
7	Сумський	0,6766
8	Лебединський	0,6694
9	Недригайлівський	0,6620
10	Буринський	0,6472
11	м.Суми	0,6417
12	Тростянецький	0,6353
13	Л.-Долинський	0,6216
14	Білопільський	0,5969
15	Ямпільський	0,5844
16	В.-Писарівський	0,5771
17	Краснопільський	0,5739
18	Путівльський	0,5505
19	С.-Будський	0,5238

Як видно з даних таблиці 5.1 за станом здоров'я населення, доступності та якості медичної допомоги, профілактичної роботи закладів охорони здоров'я районів Сумської області за 2018 рік згідно показників, які знаходяться на контролі МОЗ України Роменський район займав перше місце, випередивши такі райони як Шосткинський, Охтирський, Сумський та м. Суми.

Первинна інвалідність або інвалідизація - частота первинного виходу на інвалідність - загальне число осіб, вперше визнаних інвалідами x 1000 (10 000) осіб загальної чисельності населення. В матеріалах статистики ЛПЗ використовуються і абсолютні цифри - чисельність інвалідів у районах, містах області, та області в цілому. Так у 2018 році в Сумській області загальна кількість людей, вперше визнаних інвалідами становила 3565 осіб, а у 2016 - 3806 (рис 5.1), тобто за три роки відбулося зменшення на 6%.

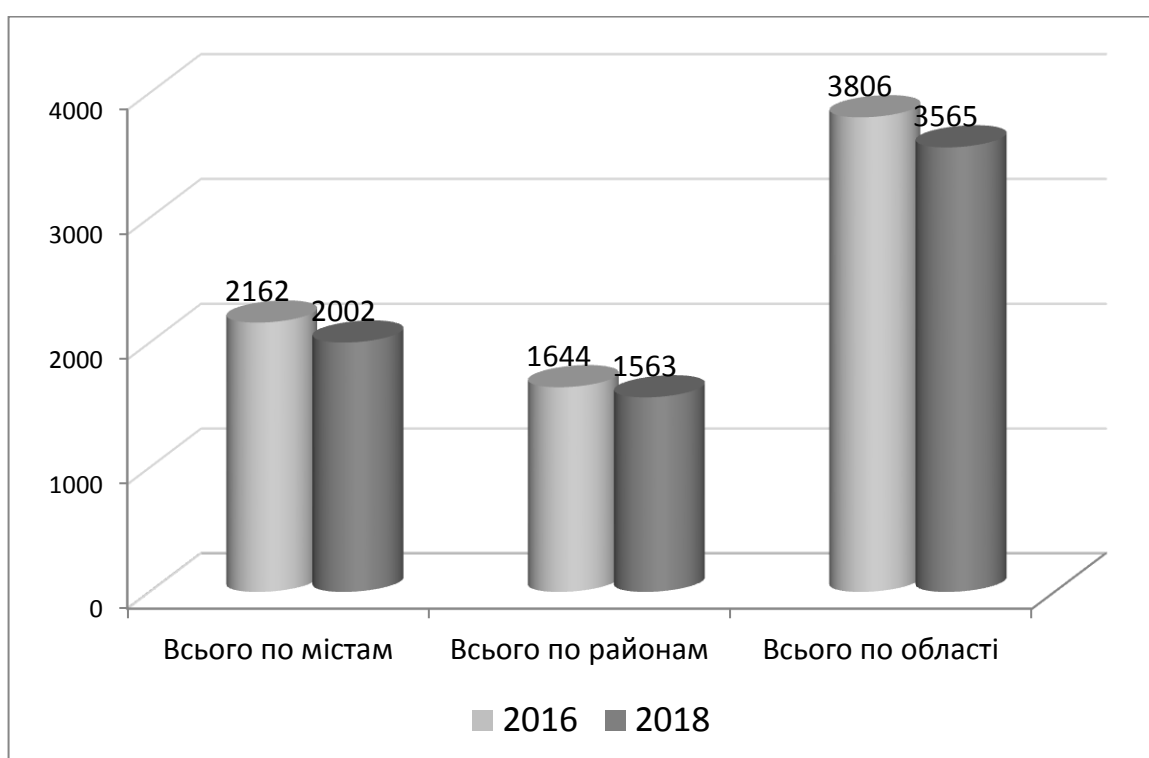


Рис. 5.1 Кількість людей, вперше визнаних інвалідами в Сумській області у 2016 та 2018 році.

Як видно із даних рисунка 5.1, більшість первинних виходів на інвалідність в Сумській області у 2018 році (56%) припадала на мешканців міст. У 2016 році це було 57%, тобто зміни мінімальні.

Необхідно відмітити, що в статистиці з первинної інвалідності до графі «всього по містам» відносять лише мешканців міст Охтирка, Глухів, Конотоп, Лебедин, Ромни, Суми, Шостка. Це міста обласного підпорядкування. Всі інші районні центри зі своїм населенням входять до графі «всього по районах».

Отже за три роки відбулося деяке зниження кількості первинних інвалідів в області. Скоріш за все це пов'язано із загальним зменшенням кількості населення Сумської області щороку на 8-10%.

Що стосується розподілу чисельності первинних інвалідів по групах, то потрібно сказати, що в порівнянні з 2016 роком зменшення їх загальної кількості відбулося більш менш пропорційно по всіх групах інвалідності як по містам області, так і по районах.

Питома вага (%) кожної із груп інвалідності серед первинних інвалідів у Сумській області 2018 році представлено на рисунку 5.2.

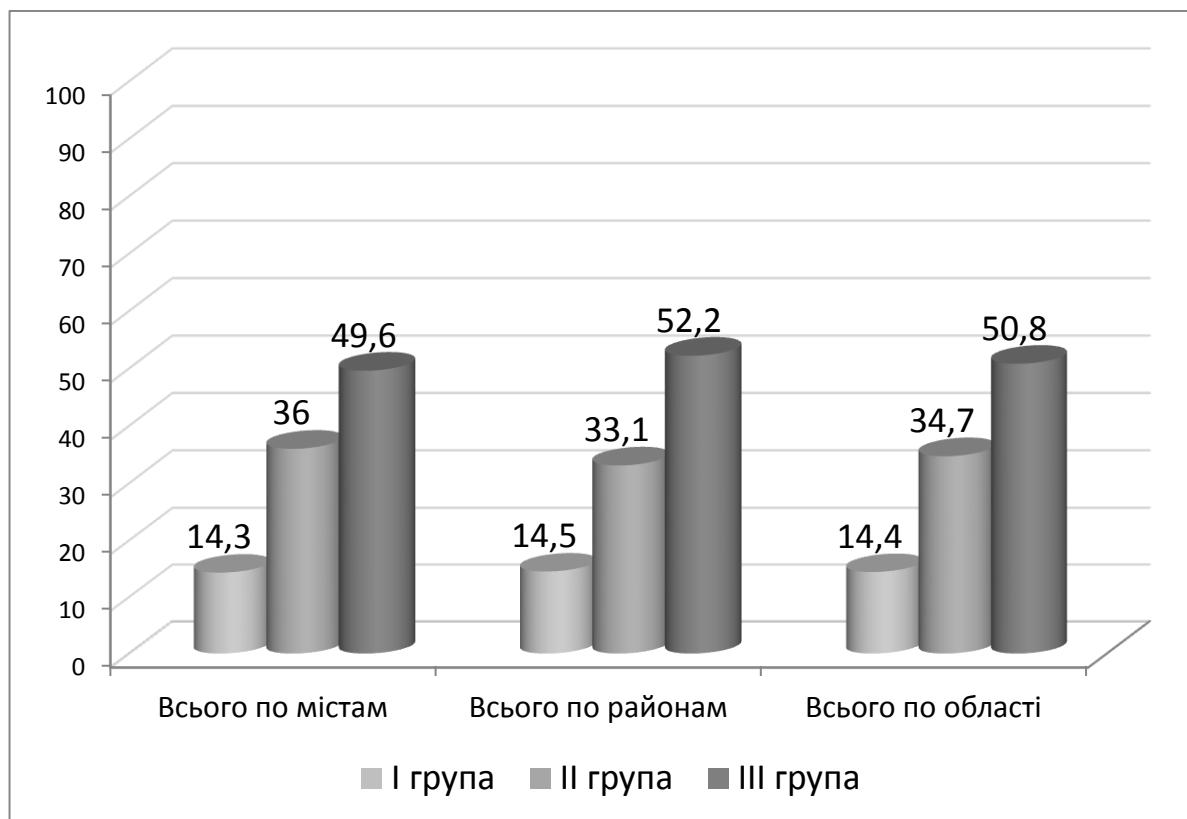


Рис. 5.2 Питома вага кожної із груп інвалідності серед первинних інвалідів у Сумській області 2018 році (%)

На рисунку 5.2 ми не представили дані за 2016 рік, щоб його не перевантажувати. Тому окремо зазначимо, що представлені на рисунку дані 2018 року були дуже близькими із показником 2016 року, без суттєвих тенденцій по групах інвалідності та територіально-адміністративних одиницях. Практично половина всіх первинних інвалідів кожного року в Сумській області – це люди з III групою, біля третьої частини – II група, решта – I група інвалідності.

Більш об'єктивними є не абсолютні, а відносні показники. В нашому дослідженні ми користувались даними первинної інвалідності населення (інвалідизація), віднесеними на 10 тис населення певної території чи адміністративної одиниці (Сумська область). Також під час формування статистичних аналізів ЛПЗ користуються розділенням населення на різні вікові групи. На підставі цих даних було побудовано наступну діаграму (рис. 5.3).

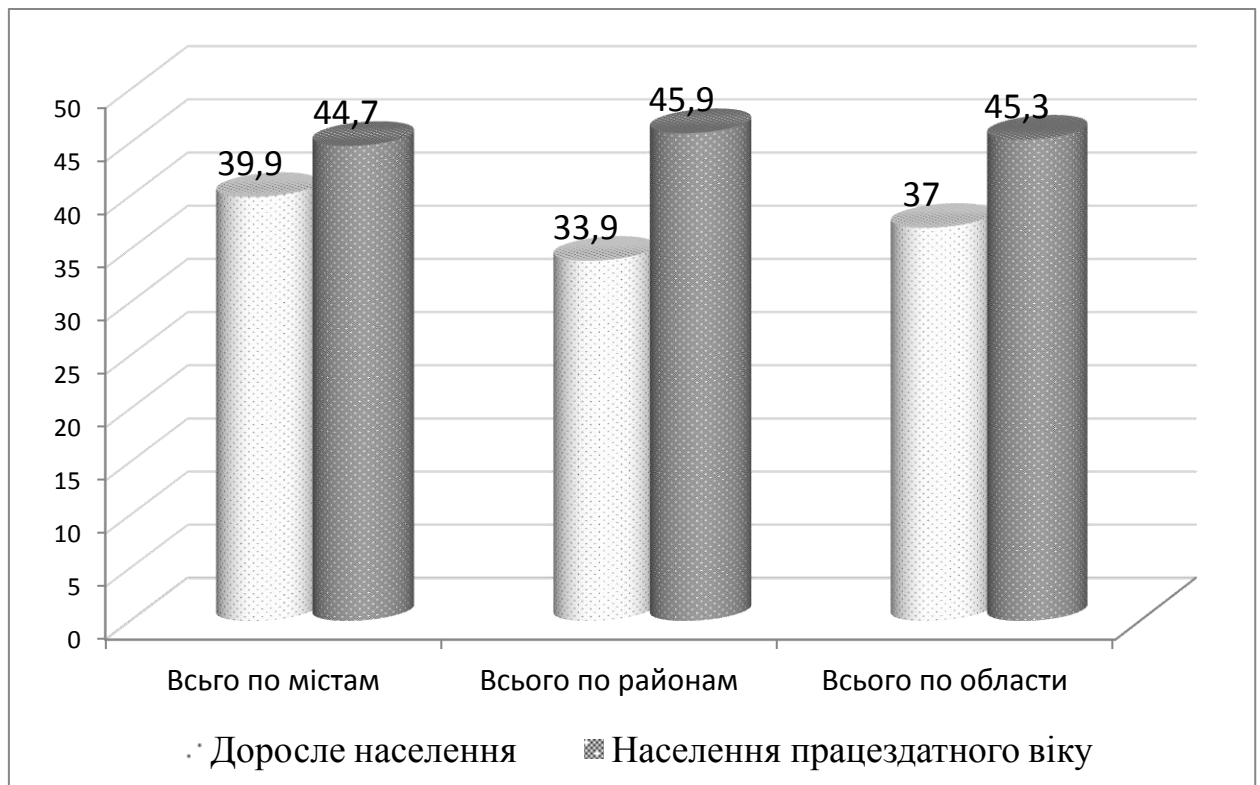


Рис. 5.3 Інтенсивний показник первинного виходу на інвалідність дорослого населення та населення в працездатному віці в Сумській області у 2018 році (на 10 тис. населення)

Як видно з даних рисунка 5.3 рівень первинної інвалідності дорослого населення (старші 18 років) в Сумській області був нижче, ніж даний показник для осіб працездатного віку (від 15 років до пенсійного віку). На перший погляд це нелогічно, адже старші люди більше хворіють і отже можуть частіше становитися інвалідами. Очевидно тут свою роль відіграє смертність населення пенсійного віку, і те, що перший вихід на інвалідність відбувається в більшості випадків не в пенсійному віці, а раніше. І, очевидно, частіше помирають літні люди з інвалідністю, що і позначається на даному показнику.

Іще один поділ населення – це поділ на працездатне та непрацездатне населення. Перша група, як ми вже зазначали вище – від 15 років до пенсійного віку. Друга – діти до 15 років та пенсіонери. Ми проаналізували питому вагу інвалідів в працездатному та непрацездатному віці від всіх первинних інвалідів в Сумській області у 2018 році (рис. 5.4).



Рис. 5.4 Питома вага інвалідів в працездатному та непрацездатному віці від всіх первинних інвалідів в Сумській області у 2018 році (%)

Представлене співвідношення «внеску» кожної групи населення в загальний рівень первинної інвалідності цілком логічний і зрозумілий. Серед дітей до 15 років рівень первинної інвалідності достатньо низький, а особи пенсійного віку ми обговорювали раніше.

Первинна інвалідність набувається людиною після захворювання певної системи органів або травм. Ми проаналізували те, хвороби яких систем органів людини в першу чергу приводили до первинної інвалідності населення Сумської області у 2018 році (рис. 5.5).

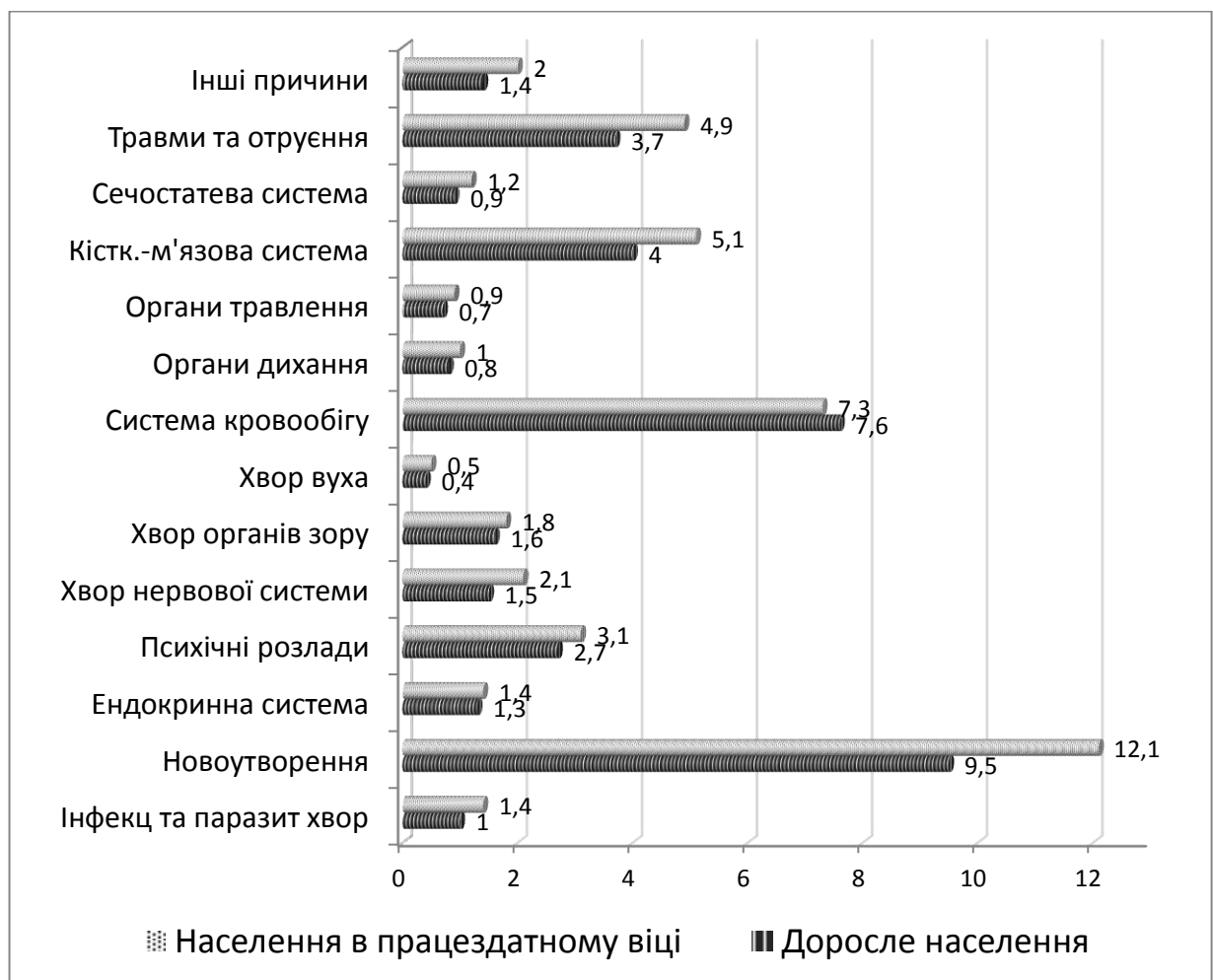


Рис. 5. 5 Інтенсивний показник первинної інвалідності по формах захворювань дорослого населення і населення в працездатному віці Сумської області у 2018 році (на 10 тис. населення)

Уточнимо, що до інфекційних і паразитарних хвороб у статистиці відноситься туберкульоз, який займає лівову частку даного показника. Також

категорія «новоутворення» більш ніж на 90% заповнена злоякісними новоутвореннями.

Як було визначено вище (рис. 5.3), первинна інвалідність населення працездатного віку була вище ніж загалом дорослого населення Сумської області у 2018 році. Як видно із даних рисунку 5.5, це підтверджується і первинною інвалідністю даних категорій населення по всіх формах захворювань всіх систем органів, окрім хвороб системи кровообігу, де первинна інвалідизація дорослого населення була дещо вищою, ніж працездатного.

На першому місці, як причина виходу на інвалідність мешканців Сумської області у 2018 році для обох розглянутих категорій населення були новоутворення. Окремо зазначимо що у працездатному віці ця група захворювань спричиняла набуття інвалідності на 23% частіше, ніж для дорослого населення загалом. У всіх інших формах захворювань ця різниця була набагато меншою, мінімальною.

На другому місці як причина первинної інвалідності були хвороби системи кровообігу (ревматизм, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, цереброваскулярні захворювання, хвороби артерій та вен).

Третя із головних причин виходу на інвалідність – захворювання кістково-м'язової системи (в тому числі деформуючі артрози, остеохондрози хребта тощо).

Найменша кількість виходу на інвалідність в Сумській області у 2018 році була обумовлена захворюваннями вуха (в т.ч. сосцевидного відростку) (рис. 5.5).

Ми порівняли рівні первинної інвалідності по формах захворювань для мешканців районів та міст Сумської області категорії «доросле населення» у 2018 році (рис. 5.6).

Особливістю даного аналізу є те, що практично по всіх формах захворювання та системам органів для дорослого населення було зафіксовано вищий рівень первинної інвалідності в містах Сумської області в порівнянні з

районами (рис. 5. 6). Винятком були лише хвороби вуха та інфекційні та паразитарні хвороби, за яких мешканці районів частіше отримували первинну інвалідність, ніж мешканці міст області.

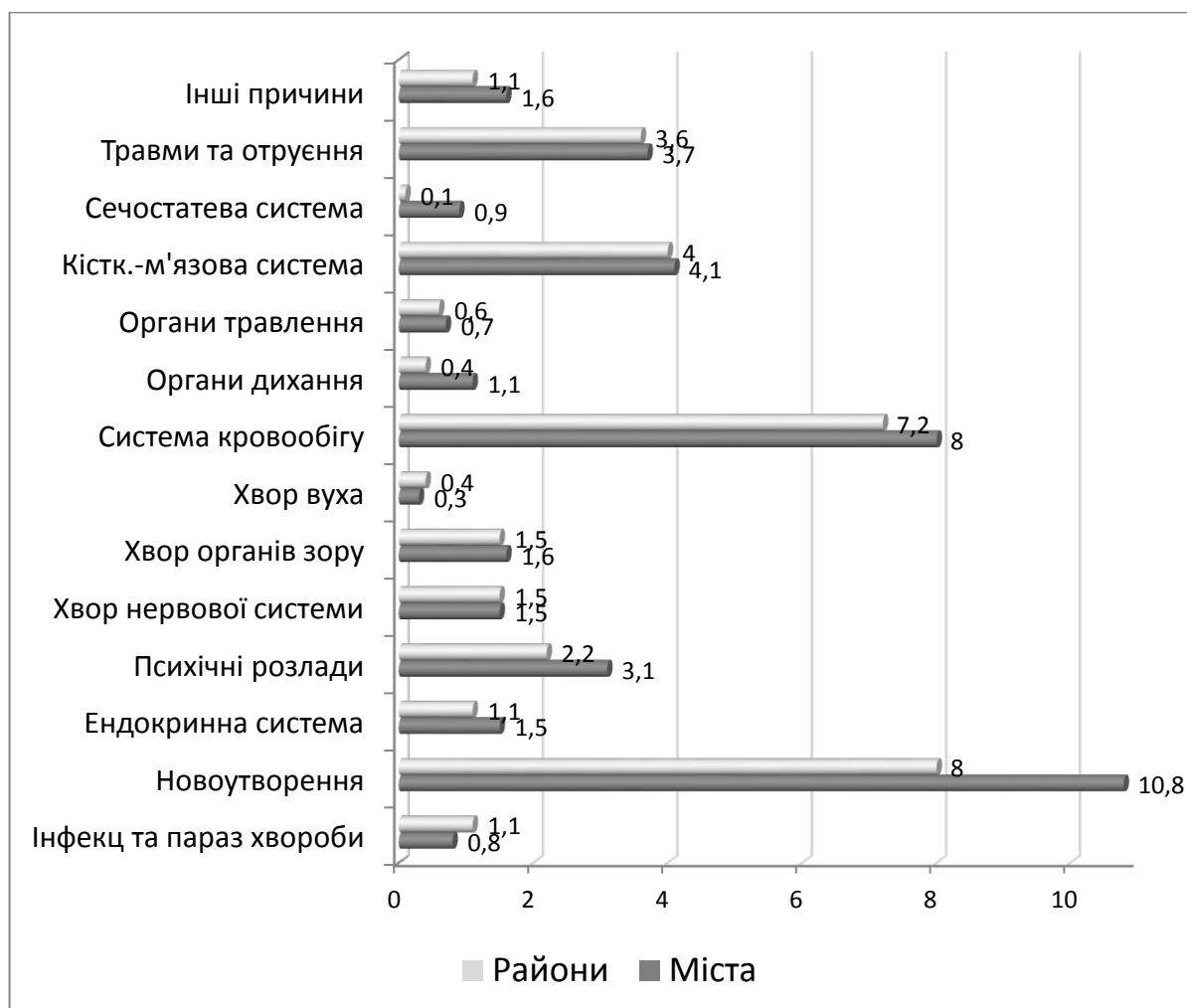


Рис. 5. 6 Інтенсивний показник первинної інвалідності по формах захворювань дорослого населення в районах та містах Сумської області у 2018 році (на 10 тис. населення)

Також ми провели аналогічний аналіз рівнів первинної інвалідності по формах захворювань для мешканців районів та міст Сумської області для категорії працездатного населення у 2018 році (рис. 5.7). Необхідно зазначити, що на відміну дорослого населення, для працездатного, переваги мешканців міст у набутті первинної інвалідності в порівнянні з мешканцями районів встановлено не було. Фактично ми спостерігали протилежну картину: мешканці районів переважали населення міст при отриманні первинної інвалідності фактично по всім формам хвороб та захворюванням

системам органів окрім органів дихання (в тому числі пневмоконіоз, силікотуберкульоз, інші хронічні неспецифічні хвороби легень) та новоутворень (рис. 5.7).

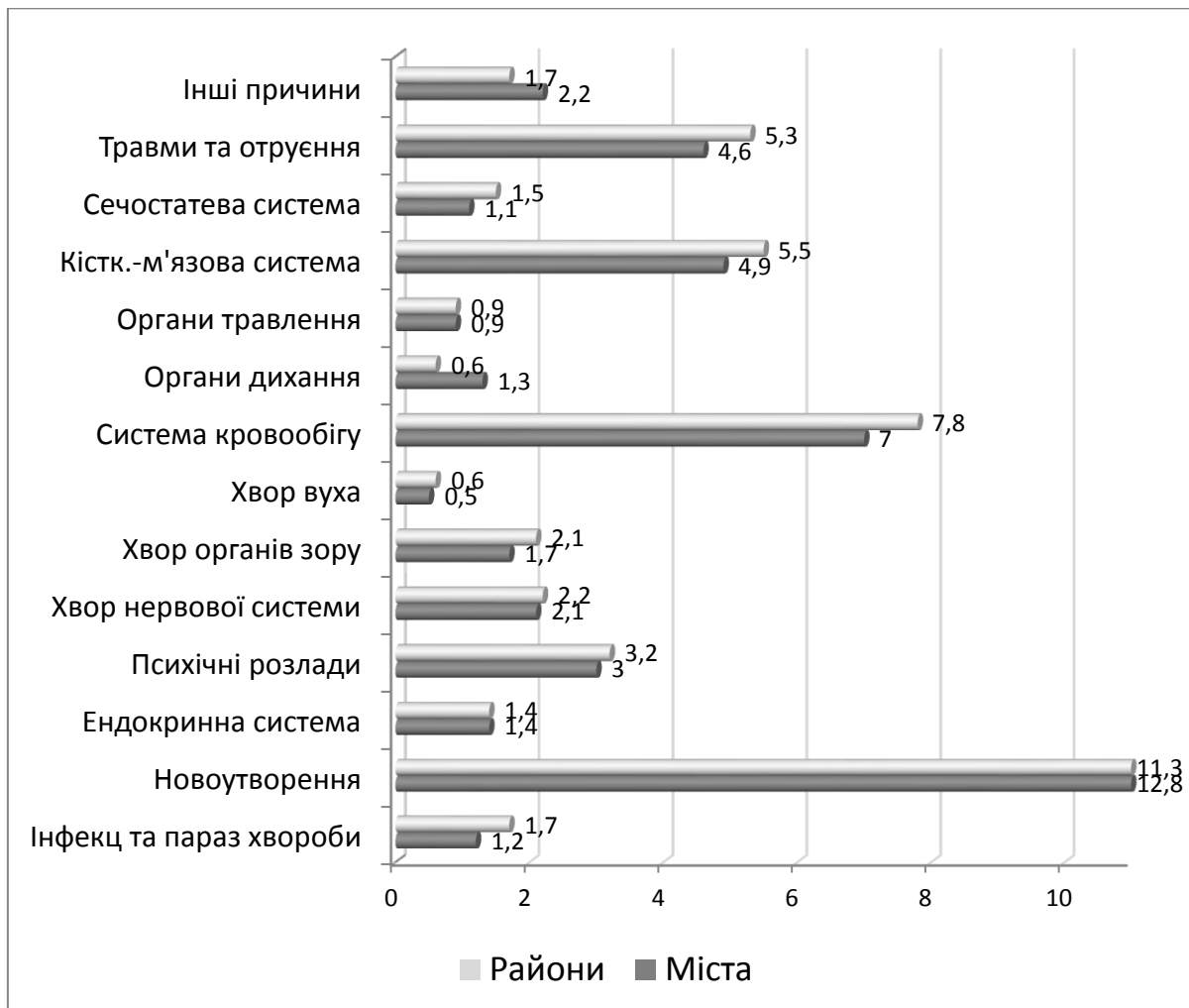


Рис. 5. 7 Інтенсивний показник первинної інвалідності по формах захворювань працездатного населення в районах та містах Сумської області у 2018 році (на 10 тис. населення)

Таким чином можна зробити попередній висновок про те, що особи пенсійного віку, які складають різницю цих двох категорій, в містах частіше отримують інвалідність, ніж мешканці пенсійного віку в селах районів Сумської області.

Якщо більш конкретно і детально розглянути з цієї точки зору територіально-адміністративні одиниці Сумської області (міста та райони) то отримаємо наступну картину (таблиця 5.1).

Таблиця 5.1

Інтенсивний показник первинної інвалідності по всіх формах захворювань дорослого та працездатного населення в містах обласного підпорядкування Сумської області у 2018 році (на 10 тис. населення)

Категорії населення	Охтирка	Глухів	Конотоп	Лебедин	Ромни	Суми	Шостка
Доросле	33,7	34,6	32,1	38,9	38,0	45,4	38,1
Працездатне	37,5	41,3	34,5	51,3	49,6	49,1	42,5

Як бачимо із даних таблиці 5.1, працездатне населення кожного із міст обласного підпорядкування мало вищий рівень первинної інвалідності, ніж представники категорії «доросле населення» цих же міст. Що вкладається у раніше визначену закономірність для первинної інвалідності цих категорій населення Сумської області на 2018 рік.

Окремо відмітимо, що серед дорослого населення найвищий рівень первинної інвалідності встановлений для мешканців м. Суми, найнижчий – м. Конотоп. Серед працездатного населення найчастіше первинну інвалідність отримували жителі м. Лебедин, найрідше – м. Конотоп.

Що стосується районів Сумської області та зазначених вище категорій «доросле» та «працездатне» населення, то у 2018 році ситуація виглядала наступним чином (таблиця 5.2).

Як і для міст обласного підпорядкування, рівень первинної інвалідизації працездатного населення районів Сумської області у 2018 році був вище, ніж у категорії дорослого населення по кожному району без винятків.

Найвищий рівень інвалідизації для дорослих мешканців районів зафіксовано в Конотопському районі, найнижчий – Лебединському. Для працездатної групи населення розподіл відбувся дещо подібним чином: у Конотопському районі найчастіше встановлення первинної інвалідності, найрідше встановлення первинної інвалідності відбувалось серед мешканців Лебединського та Недригайлівського районів (таблиця 5.2).

Таблиця 5.2

Інтенсивний показник первинної інвалідності по всіх формах захворювань дорослого та працездатного населення в районах Сумської області у 2018 році (на 10 тис. населення)

Категорії	Охтир	Білоп	Бурин	В.-Пис	Глух	Коног	Кролев	Красноп	Лебед	Л.-Дол	Недриг	Путив	Ромен	Сумск	С.-Буд	Трост	Шостк	Ямпіль
Доросле	36	32	39	35	31	41	28	42	26	39	27	32	30	31	36	35	37	41
Працездатне	44	45	50	52	47	56	38	53	39	54	38	42	42	40	41	48	47	56

Якщо більшість представлених вище матеріалів присвячені аналізу первинної інвалідності по формам захворюваності в Сумській області у 2018 році, то нижче ми надамо аналіз змін даного показника в порівнянні з 2016 роком.

Почнемо з категорії «доросле населення». Первинна інвалідність дорослого населення Сумської області у 2016 році становила 39 випадків встановлення інвалідності на 10 тис. населення у 2018 році – 37 на 10 тис. населення. Тобто за два роки відбулося мінімальне зменшення рівня первинної інвалідизації дорослого населення.

Якщо брати по формам захворювання та систем органів то ситуація виглядає наступним чином. Зазначену вище тенденцію мінімального зменшення даного показника за два вказані роки можна спостерігати для захворювань кістково-м'язової системи, органів дихання, системи кровообігу, органів зору, нервової системи, ендокринної системи, інфекційних та паразитарних хвороб (рис. 5.8). Найсуттєвіше зменшення первинної інвалідизації дорослого населення у 2018 році відбулося серед хвороб органів дихання – на 43%, хвороб системи кровообігу – на 18%,

кістково-м'язової системи - на 15%. По решті систем органів зафіксовано показники із незначними відмінностями за два вказані в дослідженні роки – 2016 та 2018.

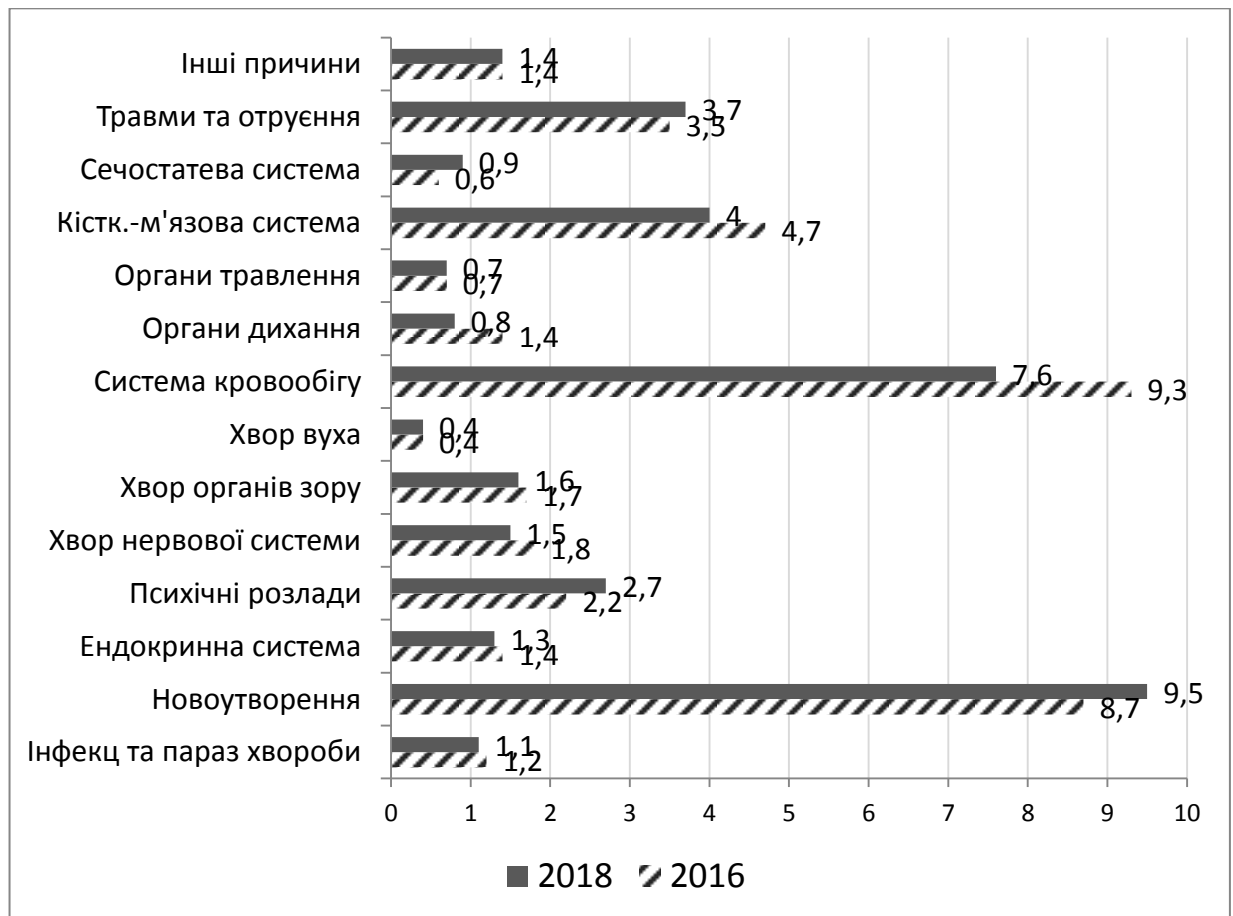


Рис. 5. 8 Інтенсивний показник первинної інвалідності по формах захворювань дорослого населення в Сумській області у 2016 та 2018 році (на 10 тис. населення)

Переходимо до показника первинної інвалідності для категорії «працездатне населення». Нагадаємо, це з 15 років до пенсійного віку.

Первинна інвалідність працездатного населення Сумської області у 2016 році становила 47,2 випадків встановлення інвалідності на 10 тис. населення у 2018 році – 45,2 на 10 тис. населення. Тобто за два роки відбулося мінімальне зменшення рівня первинної інвалідизації працездатного населення, як і дорослого (рис. 5.9).

Якщо брати по формам захворювання та систем органів то ситуація виглядає наступним чином. Зазначену вище тенденцію мінімального

зменшення даного показника для працездатного населення за два вказані роки можна було спостерігати для захворювань кістково-м'язової системи, органів травлення, органів дихання, системи кровообігу, нервової системи, ендокринної системи, інфекційних та паразитарних хвороб.

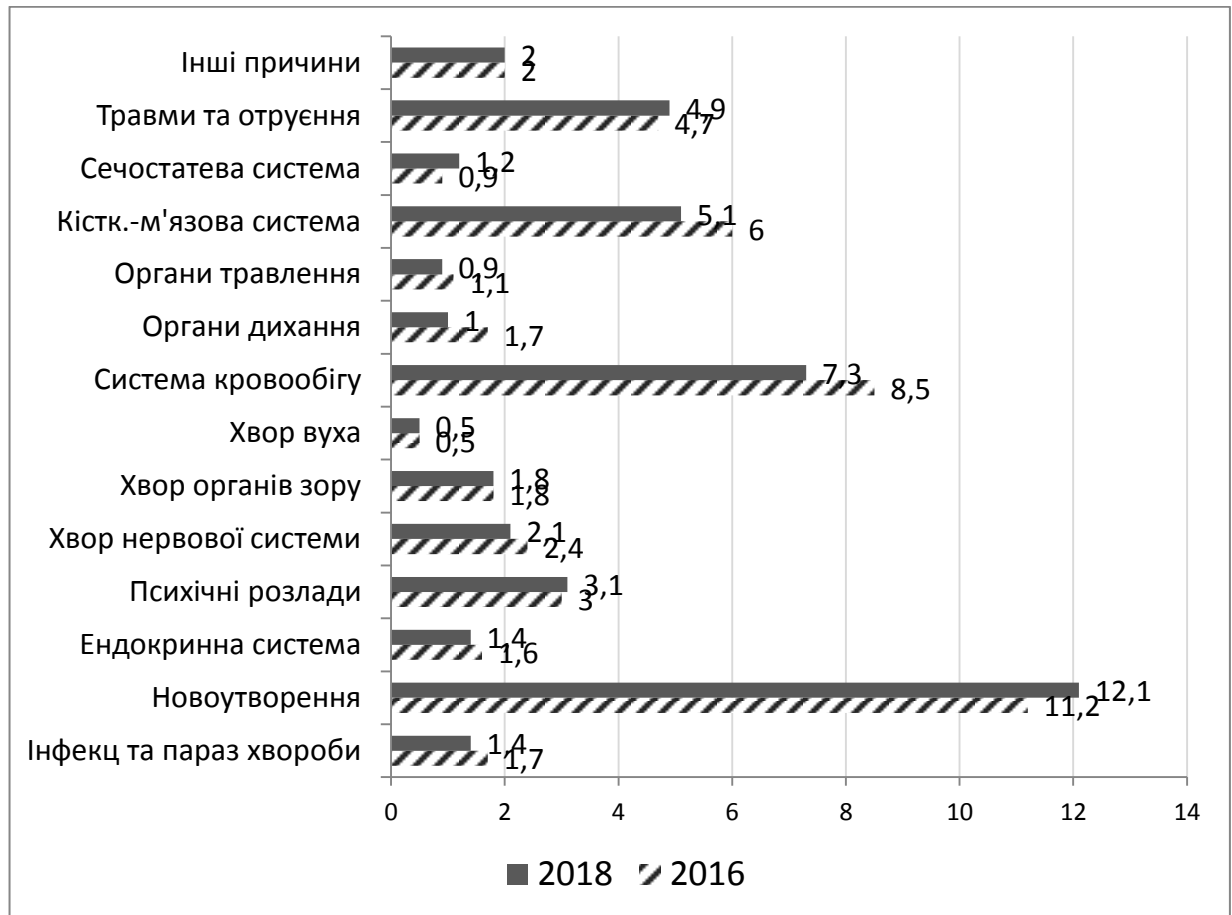


Рис. 5. 8 Інтенсивний показник первинної інвалідності по формах захворювань працездатного населення в Сумській області у 2016 та 2018 році (на 10 тис. населення)

Найсуттєвіше зменшення первинної інвалідизації працездатного населення у 2018 році відбулося серед хвороб органів дихання – на 41%, хвороб системи кровообігу – на 14%, кістково-м'язової системи - на 15%. По решті систем органів зафіксовано показники із незначними відмінностями за два вказані в дослідженні роки – 2016 та 2018.

Вище було представлено порівняльну характеристику показника первинної інвалідності загалом в Сумській області у 2016 та 2018 роках без врахування статистичних даних окремо по містах і по районах. Тому далі

надаємо аналіз первинної інвалідності дорослого населення по формах захворювання у містах обласного підпорядкування Сумської області у 2016 та 2018 роках (рис. 5.9).

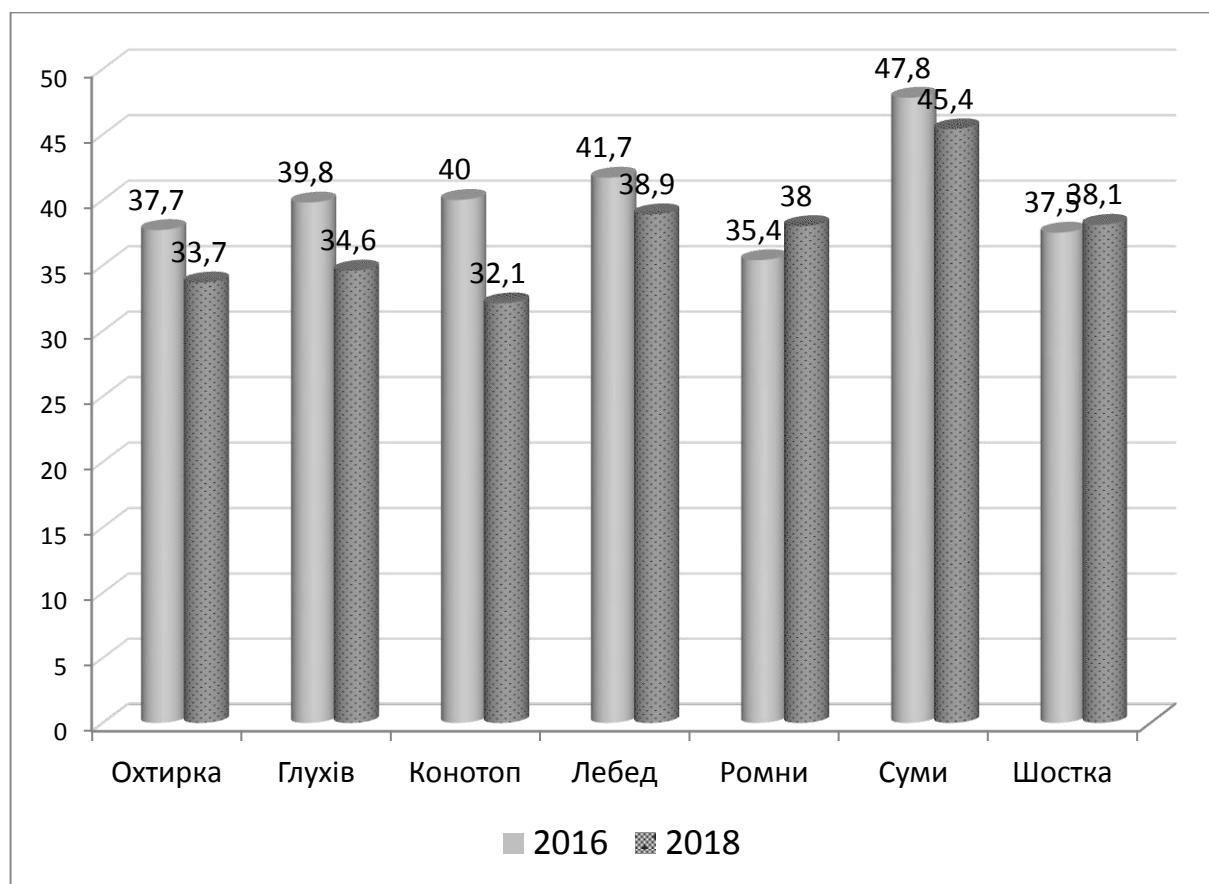


Рис. 5.9 Первинна інвалідність дорослого населення по формах захворювання у містах обласного підпорядкування Сумської області у 2016 та 2018 роках (на 10 тис. населення)

Як видно із даних рисунка 5.9, встановлену раніше закономірність незначного зменшення загального рівня первинної інвалідності дорослого населення на рівні області у 2018 році (37 випадків на 10 тис) в порівнянні з 2016 (39 випадків на 100 тис) було відслідковано у всіх містах обласного підпорядкування, за винятком м. Ромни та Шостка. Також відмітимо, що кожного року дослідження в м. Суми показник первинної інвалідності дорослого населення був найвищим серед всіх міст обласного підпорядкування. Найнижчий рівень даного показника у 2016 році був у м. Охтирка, у 2018 році - в м. Конотоп.

Що стосується районів Сумської області і порівняння даного показника по всіх районах у 2016 та 2018 роках, то проведений аналіз показав наступне (таблиця 5. 3).

Таблиця 5.3

Інтенсивний показник первинної інвалідності по всіх формах захворювань дорослого населення в районах Сумської області у 2016 та 2018 році (на 10 тис. населення)

Рік	Охтир	Білоп	Бурин	В.-Пис	Глух	Конот	Кролев	Красноп	Лебед	Л.-Дол	Недриг	Путив	Ромен	Сумск	С.-Буд	Трост	Шостк	Ямпіль
2016	34	32	38	44	27	36	30	43	36	37	34	38	29	30	37	35	37	39
2018	36	32	32	35	31	41	28	42	26	39	27	32	30	31	36	35	36	41

Підтвердження зазначеної вище тенденції зменшення первинної інвалідності в Сумській області по роках відбулося в Буринському, В.-Писарівському, Кролевецькому, Краснопільському, Лебединському, Недригайлівському, Путивльському, С.-Будському та Шосткинському районах (загалом 9). Найбільша різниця по роках (на зниження рівня первинної інвалідності) була встановлена в Лебединському, В.-Писарівському та Недригайлівському районах.

Натомість збільшення первинної інвалідності відбулося лише в семи районах області та у двох районах за три роки даний показник залишався на одному рівні.

Тепер переходимо до наступної категорії населення – працездатне населення (від 15 років до пенсійного віку). Надаємо аналіз первинної інвалідності працездатного населення по формах захворювання у містах обласного підпорядкування Сумської області у 2016 та 2018 роках (рис. 5.10). Як і у випадку з дорослим населенням раніше було встановлено незначне

зменшення первинної інвалідності працездатного населення Сумської області з 47 випадків на 10 тис. населення у 2016 році до 45 у 2018 році. Нашим завданням було встановити, як на рівні міст обласного підпорядкування та мешканців районів області підтверджується обласна динаміка даного показника

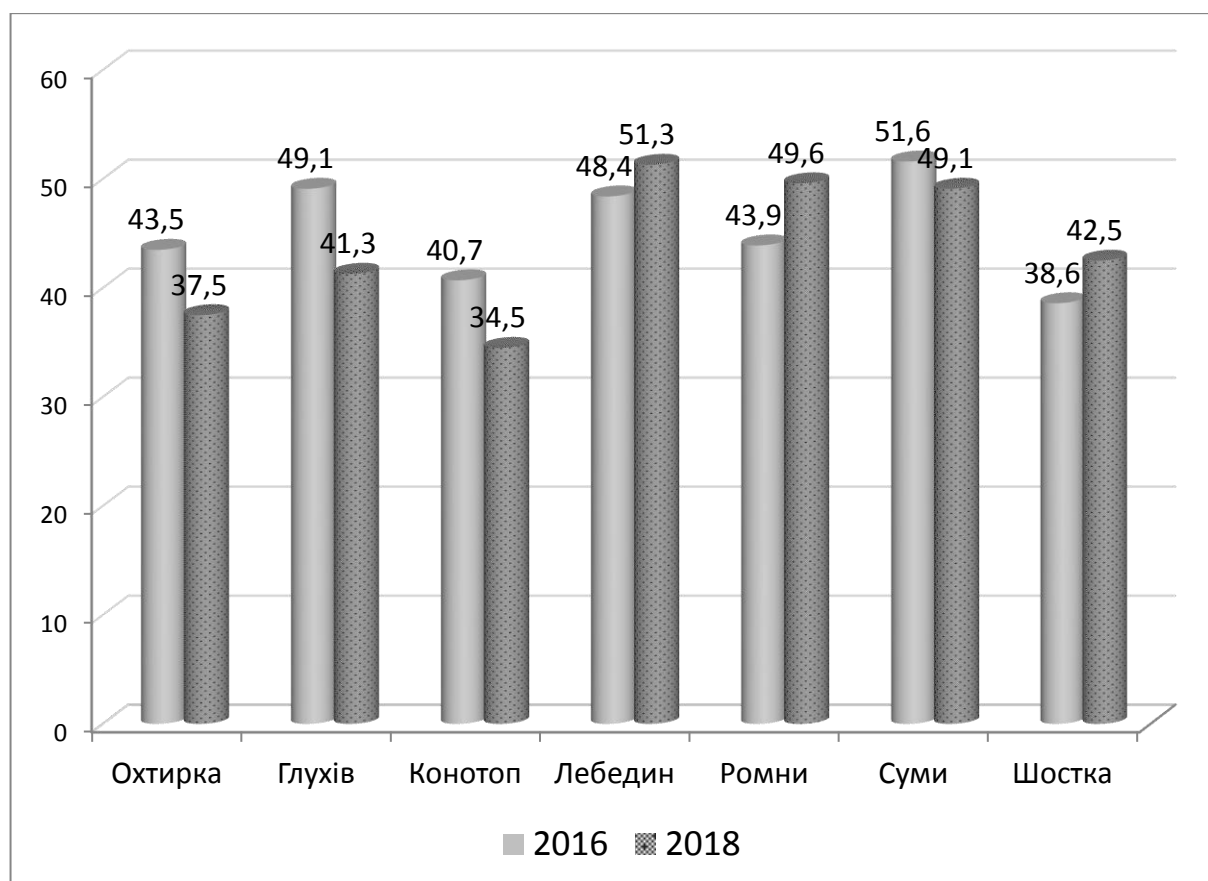


Рис. 5.10 Первинна інвалідність працездатного населення по формах захворювання у містах обласного підпорядкування Сумської області у 2016 та 2018 роках (на 10 тис. населення).

Як видно із даних рисунку 5.10, первинна інвалідність працездатного населення в містах обласного підпорядкування зменшилась в чотирьох із семи, як і загалом по області (виняток – Лебедин, Ромни, Шостка). Відмітимо, що кожного року досліджень, найнижчий рівень первинної інвалідності був у Конотопі (40,7 випадків на 10 тис. населення у 2016 році та 34,5 випадків у 2018 році).

Що стосується районів Сумської області і порівняння даного показника по всіх районах у 2016 та 2018 роках, то проведений аналіз показав наступне (таблиця 5. 4).

Таблиця 5.4

Інтенсивний показник первинної інвалідності по всіх формах захворювань працездатного населення в районах Сумської області у 2016 та 2018 році (на 10 тис. населення)

Рік	Охтир	Білоп	Бурин	В.-Пис	Глух	Конот	Кролев	Красноп	Лебед	Л.-Дол	Недриг	Путив	Ромен	Сумск	С.-Буд	Трост	Шостк	Ямпіль
2016	45	46	57	61	41	41	44	60	56	49	51	46	39	38	43	48	50	53
2018	44	45	50	51	47	56	38	53	39	54	38	42	42	40	41	48	47	55

Підтвердження зазначеної вище тенденції зменшення первинної інвалідності працездатного населення в Сумській області по роках відбулося в Охтирському, Білопільському, Буринському, В.-Писарівському, Кролевецькому, Краснопільському, Лебединському, Недригайлівському, Путивльському, С.-Будському та Шосткинському районах (загалом 11).

Натомість збільшення первинної інвалідності відбулося в решті районів області та у Тростянецькому районі даний показник залишався на одному рівні протягом років дослідження.

РОЗДІЛ 6

ПЕРВИННА ІНВАЛІДНІСТЬ ДІТЕЙ ДО 18 РОКІВ У СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Статистична звітність про дітей – інвалідів до 18 років відрізняється від тих категорій, що ми розглянули раніше тим, що первинна інвалідність рахується не на 10 тис населення, а на 1000 населення даного віку. Іще одна відмінність полягає у тому, що статистика по містах обласного підпорядкування відсутня. Є загальні дані по області, по м. Суми по районах разом та окремо по кожному району. Тому аналіз статистичних даних щодо даної вікової категорії ми провели окремо.

Загальні статистичні дані первинної інвалідності дітей до 18 років у 2016 та 2018 роках виглядали наступним чином (рис. 6.1).

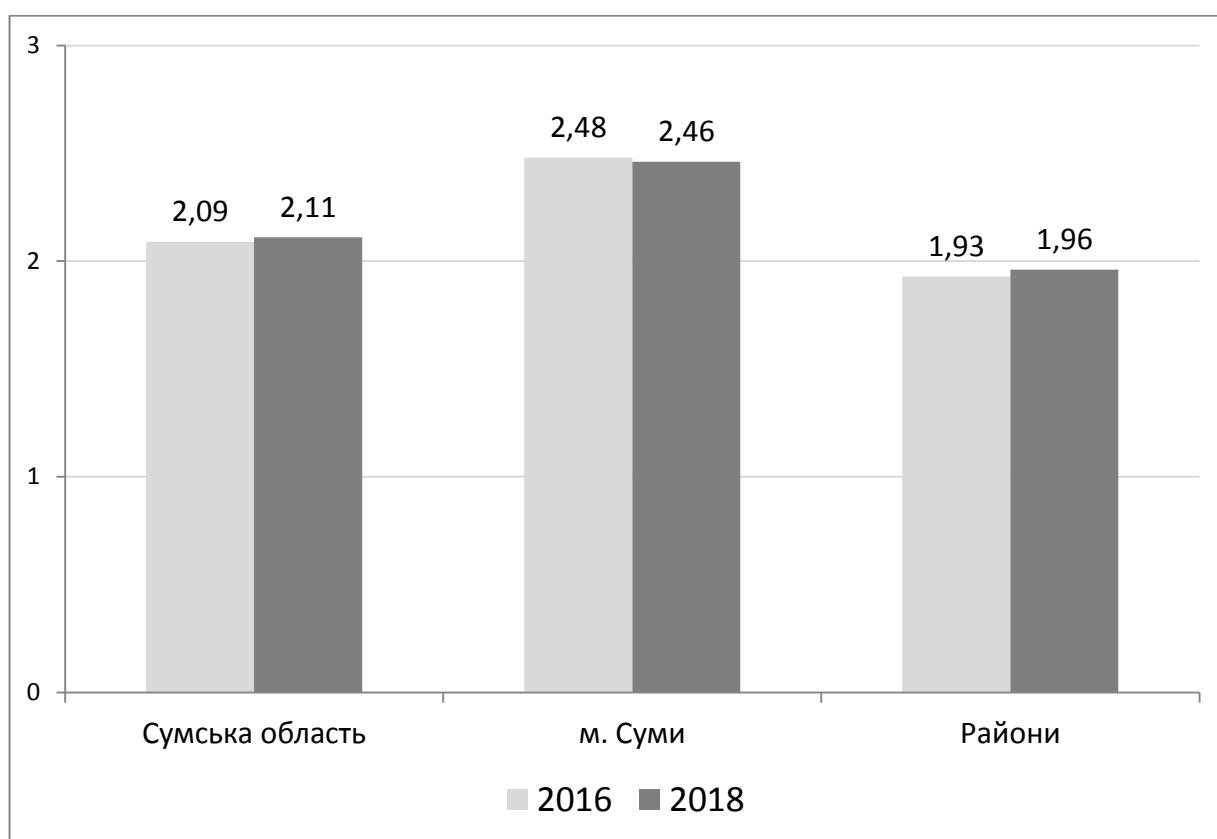


Рис. 6.1 Первинна інвалідність дітей до 18 років у Сумській області в у 2016 та 2018 роках (на 1000 населення)

Як видно із даних рисунку 6.1 рівень первинної інвалідності за 2016-2018 роки серед дітей до 18 років залишався практично на одному місці (різниця у 1 десяту одиниці). Також зазначимо, що в м. Суми рівень

первинної інвалідності був вище, ніж в районах в обидва роки дослідження. Серед всіх районів області найвищий рівень дитячої первинної інвалідності був у Лебединському районі (2,34 випадки на 1000 населення), а найнижчий – в Буринському районі (0,96 випадки на 1000 населення).

Категорія дітей до 18 років у свою чергу ділиться на декілька вікових груп: до 3-х років, від 3-х до 6 років, 7-14 років і 15-17 років.

Ми проаналізували питому вагу кожної названої вікової групи серед дітей-інвалідів Сумської області у 2016 та 2018 роках.

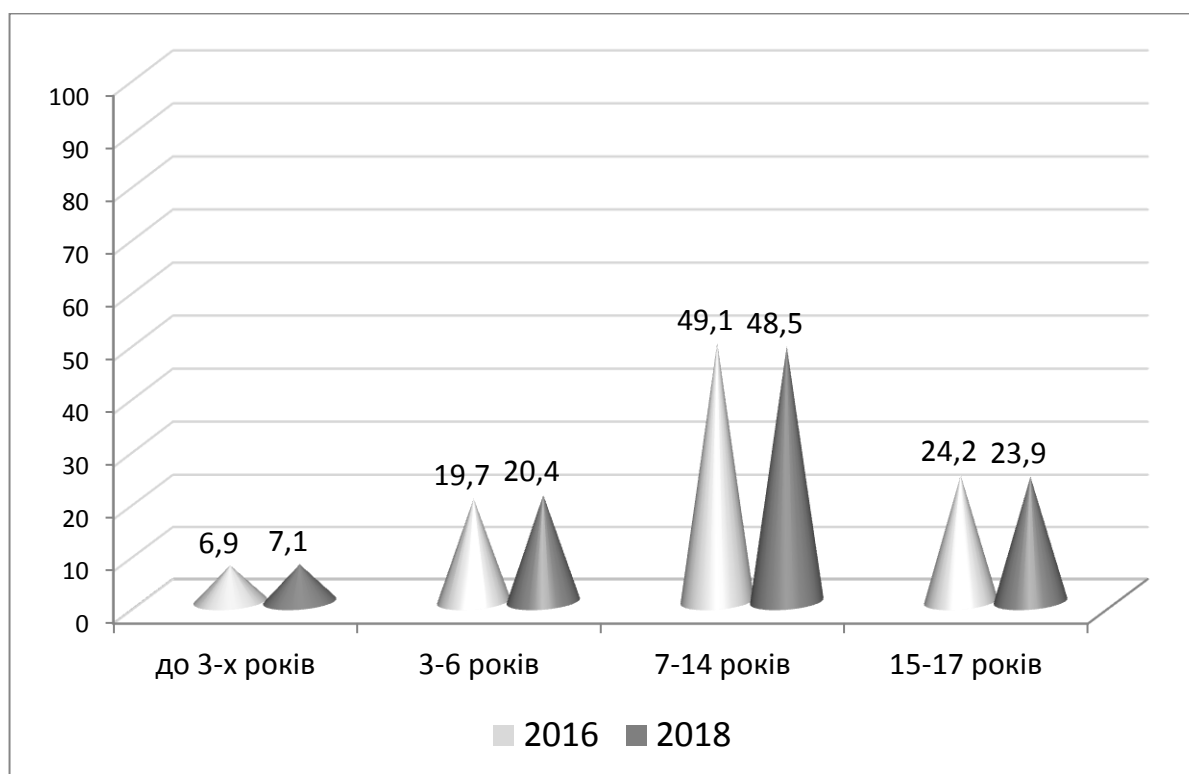


Рис. 6.2 Питома вага кожної вікової групи у віковій категорії до 18 років первинних інвалідів Сумської області у 2016 та 2018 роках (%)

Як видно із даних рисунку 6.2, вікова група 7-14 років складала практично половину всіх дітей-інвалідів до 18 років у Сумській області у 2016 та 2018 роках. Очевидно це обумовлено двома обставинами: по-перше діти в цьому віці дуже рухливі та втрачають щільну опіку батьків (навчання в школі), по-друге - багато часу проводять не вдома. Окрім цього це найбільша за віковим інтервалом група дітей (сім років). Найменша частка інвалідів серед дітей до 3-х років, коли вони знаходяться під постійною опікою батьків

та лікарів після свого народження і будь-які проблеми зі здоров'ям відразу потрапляють до уваги дорослих.

Окрім представлених даних різних вікових груп по територіях та адміністративних одиницях області є іще діти-інваліди, що проживають в спеціалізованому будинку дитини в м. Суми системи МОЗ, які не враховують в первинну інвалідність по обласному центру. Це діти двох вікових груп: до 3-х років (72,7%) та від 3-х до 6 років (27,3%). В абсолютних цифрах у 2016 році в цьому закладі проживало 17 дітей-інвалідів обох вікових груп разом, а в 2018 році – 11 дітей-інвалідів (таблиця 6.1). Надалі ці діти проживають та навчаються в спеціалізованих дитячих будинках школах-інтернатах МОН України або в дитячих будинках-інтернатах системи Мінпраці та соціального захисту України. Також вони можуть проживати в районі обслуговування ЛПЗ інших міністерств. Розподіл всіх дітей-інвалідів Сумської області до 18 років по цим закладам освіти та соціального захисту представлені в таблиці 6.1.

Таблиця 6.1

**Розподіл дітей-інвалідів за місцем проживання в Сумській області
у 2016 та 2018 роках**

Найменування	В районі обслуговування ЛПЗ МОЗ		В будинках дитини системи МОЗ		В спец. будинках або школах-інтернатах МОН		В дитячих будинках Мінпраці та соц. захисту		В районі обслуговування ЛПЗ інших міністерств	
	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018
Сумська обл.	3052	3076	17	11	235	243	92	66	94	95
Спец. будинок дитини			17	11						
Міські ЛПЗ м. Суми	844	852			32	34	2	1		
Районні ЛПЗ	2208	2224			203	209	90	65	94	95

Як видно із даних таблиці 6.1 лівова частка дітей-інвалідів проживає в районі обслуговування ЛПЗ МОЗ України, тобто за місцем прописки. В Сумській області за три роки таких дітей кількість незначно збільшилась. В

спеціалізованих будинках або школах-інтернатах системи Міністерства Освіти та Науки проживало 8% дітей-інвалідів Сумської області. В дитячих будинках Мінпраці та соціальної політики проживало 3% дітей інвалідів. Причому у 2018 році їх кількість зменшилась з 92 у 2016 році до 66. Приблизно така ж частка дітей інвалідів (3%) проживала в районі обслуговування ЛПЗ інших міністерств.

Що стосується розподілу чисельності дітей-інвалідів віком до 18 років по території Сумської області, то в 2018 році в районах області проживало 73% від їх загальної чисельності в Сумській області. Відповідно в м. Суми – 27%. З 2016 по 2018 роки в м. Суми зафіксовано збільшення кількості дітей-інвалідів на 8 осіб з 844 до 852, в районах області – на 16 осіб.

По районах області найбільше дітей-інвалідів у 2018 році проживало в Шосткинському районі – 247, найменше у В.-Писарівському – 54. В розрізі різних місць проживання, то в кожному районі області є спеціальні будинки або школи-інтернати Міністерства Освіти і Науки, де проживало біля 9% всіх дітей, що мешкали в районах області (209 дітей). В м. Суми це було лише 34 дитини-інваліди у 2018 році.

Дитячі будинки-інтернати Мінпраці та соціального захисту відсутні у В.Писарівському, Глухівському, Кролевецькому, Лебединському, Недригайлівському та Сумському районах, у всіх інших районах разом – 65 дітей-інвалідів у 2018 році. ЛПЗ інших міністерств (окрім МОН, МОЗ та Мінпраці та соціального захисту) є лише в Білопільському, Конотопському та Ямпільському районах (95 дітей-інвалідів у 2018 році). Будинки дитини є лише в обласному центрі (11 дітей-інвалідів у 2018 році).

В Сумській області у 2016 році померло 23 дітей-інвалідів, а у 2018 році-24. Це склало летальність (кількість смертей у розрахунку на 1000 населення) відповідно 0,66 та 0,69 випадків. Із цих летальних випадків по 18 кожного року припадало на райони області, решта – це діти-інваліди м. Сум. Летальність дітей-інвалідів Сумської області представлена на рис. 6.3.

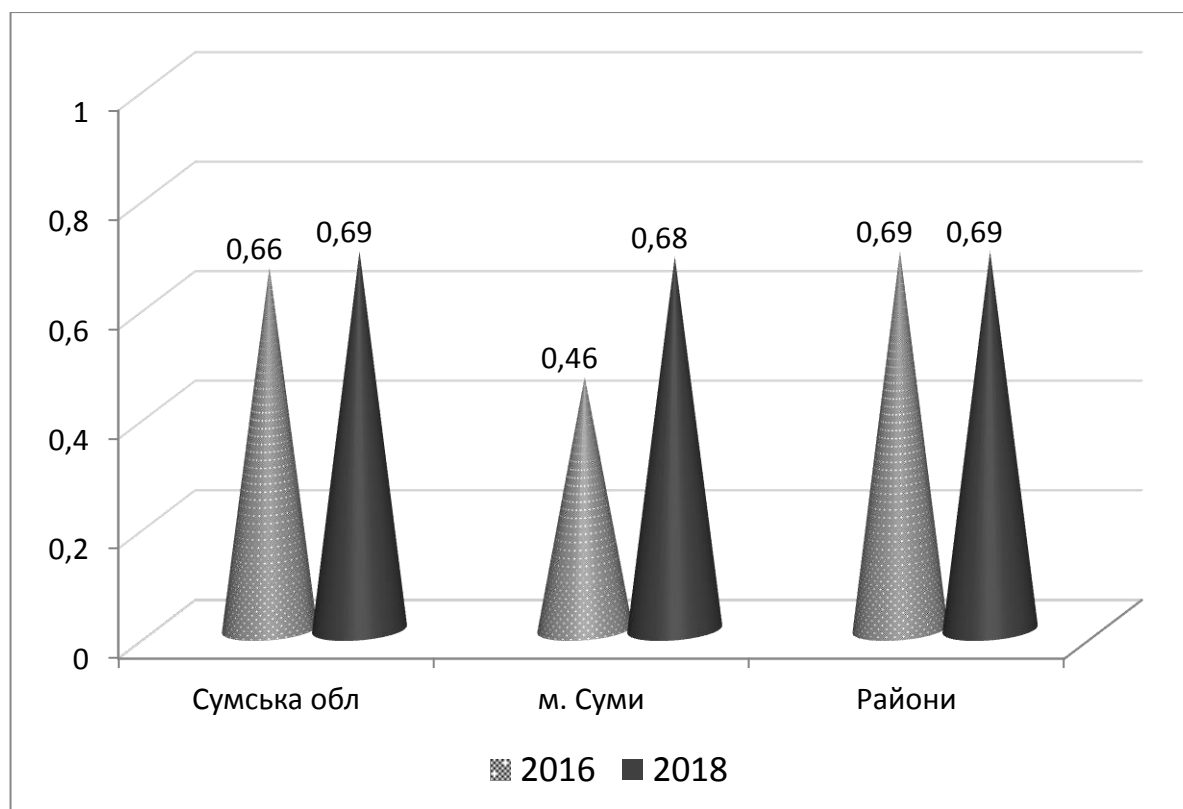


Рис. 6. 3 Летальність дітей-інвалідів Сумської області у 2016 та 2018 роках (на 1000 населення)

У 2016 році летальні випадки серед дітей інвалідів до 18 років не було зафіксовано у В. Писарівському, Краснопільському, Недригайлівському, Путивльському, С.-Будському та Ямпільському районах.

У 2018 році летальність дітей-інвалідів була відсутня у Кролевецькому, Лебединському, Липоводолинському, Охтирському та Сумському районах. В жодному із районів летальність дітей-інвалідів не була встановлена в обидва роки дослідження.

Ми також проаналізували показники інвалідності дітей до 18 років у Сумській області у 2016 та 2018 роках у розрахунку на 1000 населення по всім формам захворювання разом (рис 6.4). Бачимо, що на рівні області відбулося мінімальне підвищення показника інвалідності дітей до 18 років. Воно відбулося в більшій мірі через підвищення інвалідності дітей в районах області, де також зафіксовано деяке його підвищення, адже в обласному центрі ситуація протилежна : мінімальне зниження рівня інвалідності серед дітей в розрахунку на 1000 населення.

Зазначимо також, що в обласному центрі рівень інвалідності дітей був вище, ніж по області, а в районах – дещо нижче (рис. 6. 4).

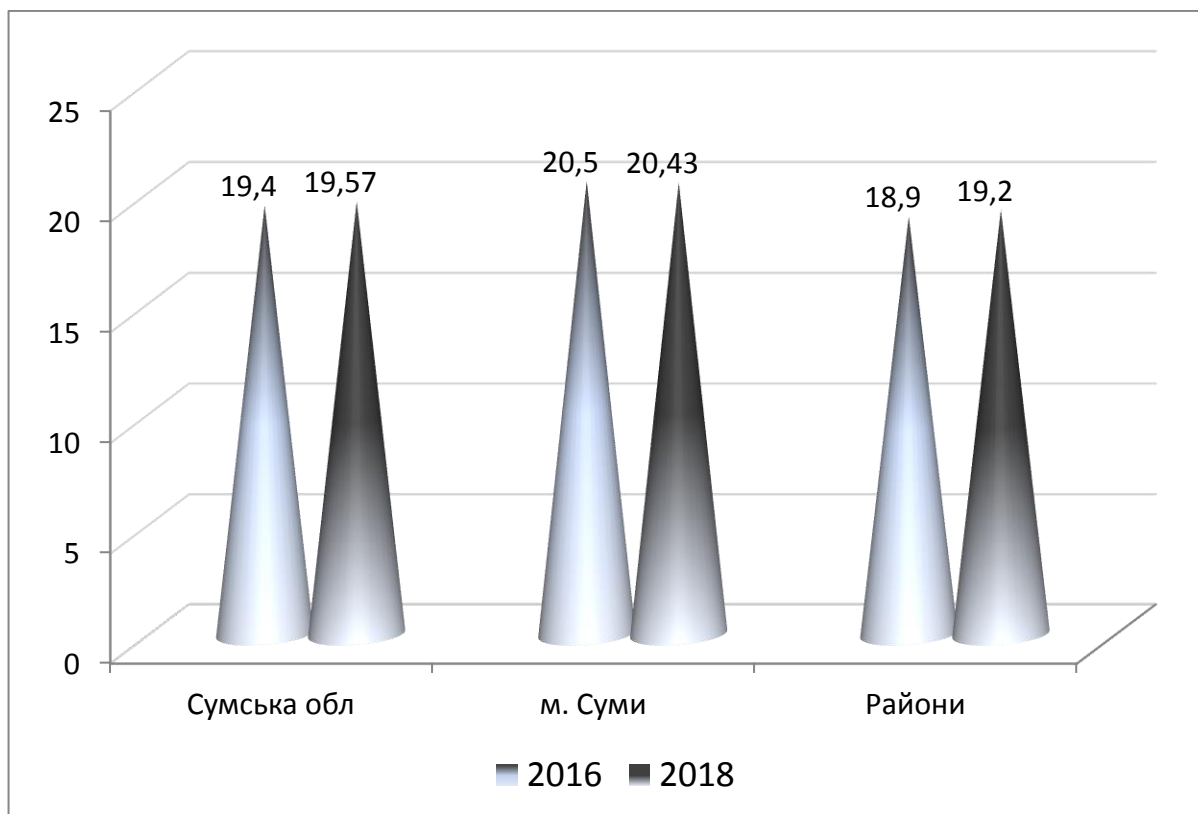


Рис. 6.4 Інвалідність дітей до 18 років по всіх формах захворювання разом у Сумській області у 2016 та 2018 роках (на 1000 населення)

Із усіх районів області найвищий рівень інвалідності дітей у 2018 році був у Білопільському районі – 25,8 випадки на 1000 населення, що вище обласного показника на 24%. Найнижчий рівень інвалідності дітей у 2018 році був у Ямпільському районі – 16,36 випадки на 1000 населення, що на 17% нижче обласного показника.

Представлена діаграма – це сума інвалідності дітей до 18 років у Сумській області по всіх формах захворювання. Далі ми розглянемо рівень інвалідності дітей в області по кожній формі захворювання і графічне представлення результатів у 2018 році (рис. 6. 5).

Як видно із даних рисунку 6.5, найвищий рівень інвалідності дітей до 18 років у Сумській області був обумовлений природженими аномаліями (вади розвитку) – 5,9 випадки на 1000 населення (в т.ч. природжені аномалії кінцівок, природжена аміотрофія, синдром Дауна, синдром Тернера),

нервової системи – 3 випадки на 1000 населення (в т.ч. епілепсія, міопатія, дитячий церебральний параліч) та психічними розладами – 3,03 випадки на 1000 населення(в т.ч. шизофренія, розумова відсталість).

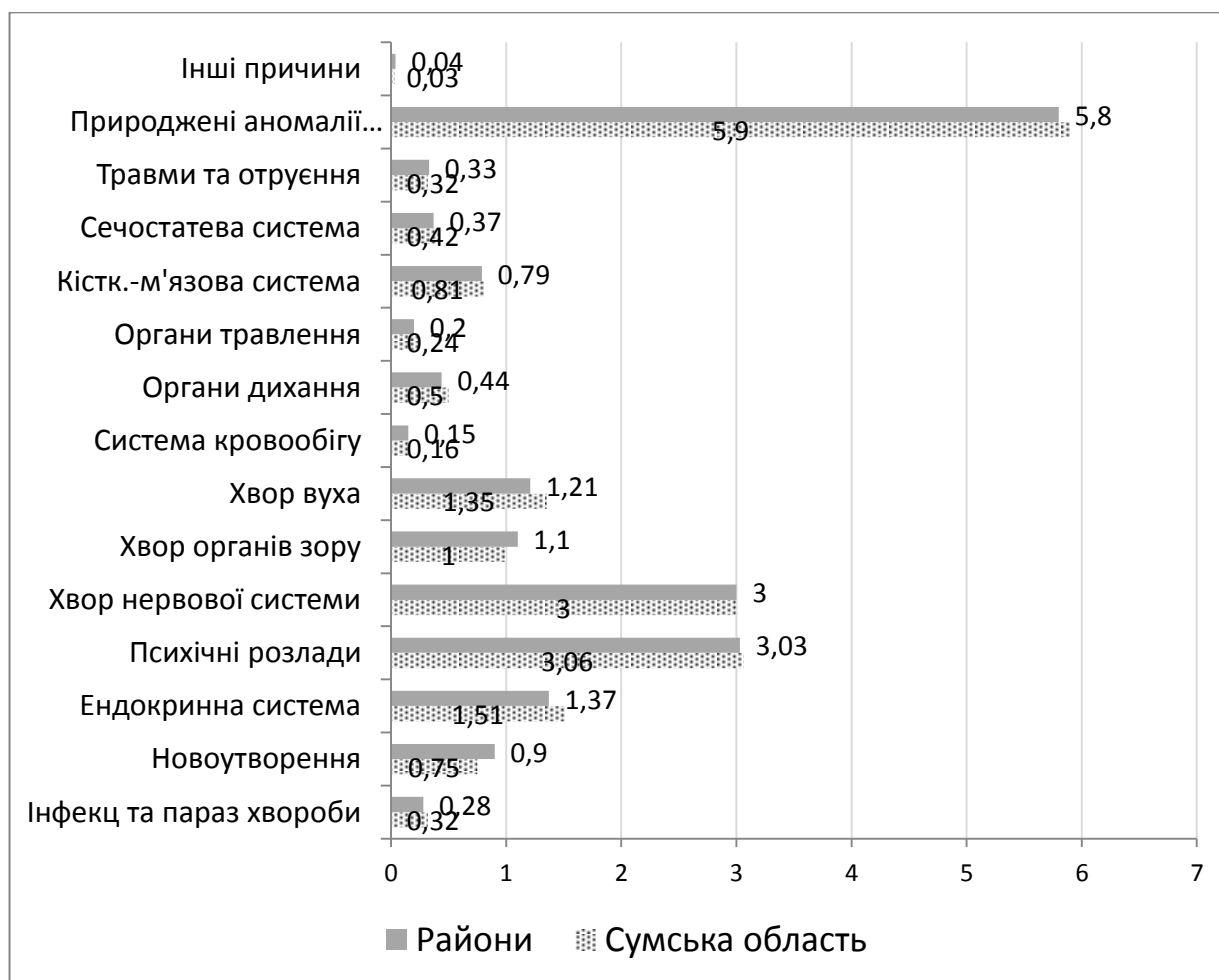


Рис. 6. 5 Інвалідність дітей до 18 років по різних формам захворювань в Сумській області у 2018 році (на 1000 населення)

Найнижчий рівень інвалідності дітей до 18 років у Сумській області був обумовлений захворюваннями системи кровообігу – 0,16 випадки на 1000 населення.

Що стосується відмінності в інвалідності дітей до 18 років по статям, то необхідно підкреслити, що інвалідність дітей хлопчиків в Сумській області у 2018 році становила 11,46 випадків на 1000 населення, а дівчаток – 8,11 випадків інвалідності на 1000 населення. У 2016 році даний показник був практично таким же, незначно меншим.

Ми також розглянули питому вагу кожної форми хвороби в загальній інвалідності дітей-інвалідів до 18 років (рис. 6.6).

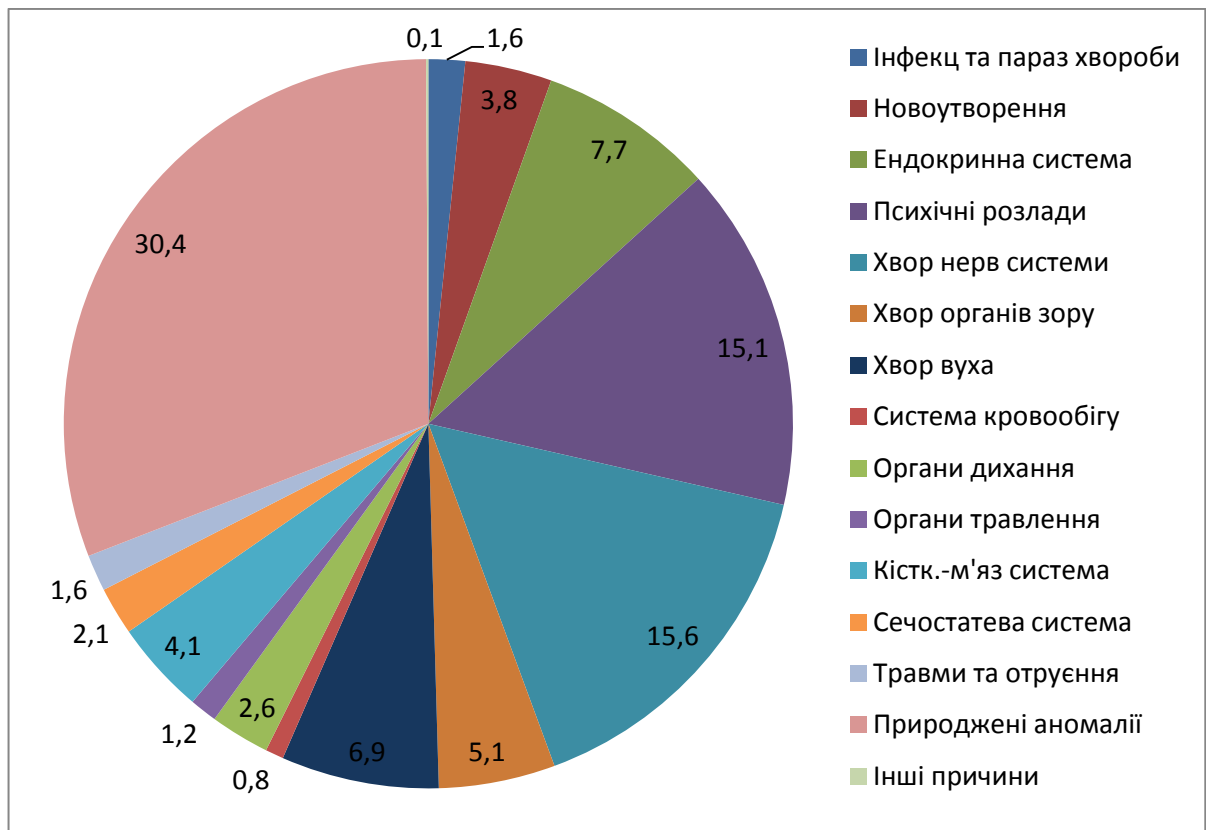


Рис. 6. 6 Питома вага різних форм захворювань як причини інвалідності дітей до 18 років у Сумській області у 2018 році (%)

Як видно із даних рисунку 6.6, найчастіше діти до 18 років у Сумській області отримували інвалідність через природжені аномалії (вади розвитку) – 30% від усіх випадків інвалідності дітей, далі – хвороби нервової системи та психічні розлади по 15%.

Відзначимо, що природжені аномалії (вади розвитку) розглядаються тільки при аналізі інвалідизації дитячого населення до 18 років і не розглядаються у дорослого та працездатного населення, що цілком зрозуміло.

Ми також розглянули ситуацію із рівнем інвалідності дітей до 18 років по окремим районам області у розрахунку на 1000 населення (таблиця 6.2). Нагадаємо, що рівень інвалідності даної вікової категорії для області у 2016 році становив 19,4 випадки, у 2018 році – 19,57 випадки на 1000

населення. А в середньому по районах області -18,9 у 2016 році, 19,2 у 2018 році на 1000 населення.

Таблиця 6.2

**Інтенсивний показник інвалідності по всіх формах захворювань
дитячого населення до 18 років в районах Сумської області у 2018 році
(на 1000 населення)**

Рік	Білоп	Бурин	В.-Пис	Глух	Конот	Красноп	Кролев	Лебед	Л.-Дол	Недриг	Охтир	Путив	Ромен	С.-Буд	Сумск	Трост	Шостк	Ямпіль
2016	26,3	22,1	18,0	17,2	17,4	19,0	17,8	20,4	19,0	16,6	19,3	18,2	19,0	21,5	18,0	18,0	18,7	16,1
2018	25,8	22,6	18,2	17,2	18,1	17,9	18,6	21,3	20,2	16,7	20,3	18,5	20,1	21,1	18,5	16,9	18,2	16,4

На таблиці 6.2 жирним курсивом виділено показники районів, де значення інвалідності дітей були вище, ніж в середньому по районах області. Це Білопільський, Буринський, Краснопільський (2016 рік), Лебединський, Л.-Долинський, Охтирський, Роменський, С.-Будський райони області. Але перевищення середньо районних показників були мінімальними, в межах 1-2 випадків на 1000 населення.

РОЗДІЛ 7

ЗАСТОСУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ШКІЛЬНОГО КУРСУ БІОЛОГІЇ

Основне завдання сучасної загальноосвітньої школи полягає в наданні змоги учневі досягнути внутрішню логіку предмета, в активізації ролі самостійного навчання [13].

Практичне значення нашого дослідження полягає у використанні отриманих результатів вчителями середніх загальноосвітніх шкіл для викладання наступних тем навчальної програми з біології:

- 8 клас, тема «Вступ», зміст уроків «Біосоціальна природа людини. Науки, що вивчають людину. Методи дослідження організму людини. Значення знань про людину для збереження її здоров'я».

Під час їх використання в цій темі може бути досягнуто набуття учнями:

- знання про методи дослідження людини;
- ставлення щодо значення знань про людину для збереження її здоров'я;

З допомогою отриманих нами результатів також реалізуються наскрізні змістовні лінії:

1. Громадянська відповідальність (націлює на усвідомлення відповідальності за власне життя і здоров'я своє та оточуючих);
2. Здоров'я і безпека (зорієнтовує на формування в учнів розуміння, що здоров'я — найвища особистісна й суспільна цінність).

Також отримані дані можна використовувати в наступних темах при вивченні конкретних систем органів людини. Наприклад тема «Опора та рух» із змістом уроку «Профілактика порушень опорно-рухової системи».

В 9 класі також можна застосувати отримані результати при вивченні теми «Закономірності успадкування ознак» під час уроку зі змістом «Спадкові захворювання людини. Генетичне консультування». Учням, згідно

програми 9 класу пропонується для реалізації проект «Складання власного родоводу та демонстрація успадкування певних ознак (за вибором учня) / родовід родини видатних людей (за вибором учня)».

Запропоноване вище використання матеріалів кваліфікаційної роботи дозволить частково реалізувати компетентністний потенціал дисципліни «Біологія» у 8-9 класі в частині формування однієї з ключових компетентностей «Екологічна грамотність та здорове життя» при набутті:

- уміння «застосовувати набутий досвід задля збереження власного здоров'я та здоров'я інших»;
- ставлення «турбота про здоров'я своє та інших людей, ціннісне ставлення до навколишнього середовища як до потенційного джерела здоров'я, добробуту та безпеки людини і спільноти».

В 11 класі можливе використанні отриманих результатів вчителями середніх загальноосвітніх шкіл для викладання наступної теми навчальної програми з біології: «Біологічні основи здорового способу життя (орієнтовно 12 годин» [12].

Зміст уроків, розрахований на таку кількість годин в даній темі виглядає наступним чином: «Науки, що вивчають здоров'я людини. Принципи здорового способу життя. Складові здорового способу життя: раціональне харчування, рухова активність, особиста і побутова гігієна, відпочинок. Безпека і статеві культура. Негативний вплив на здоров'я людини алкоголю, куріння та наркотиків. Вплив стресових факторів на організм людини. Вплив навколишнього середовища на здоров'я людини. Імунна система людини, особливості її функціонування. Імунокорекція. Імунотерапія. Профілактика неінфекційних, інфекційних, інвазійних захворювань людини, захворювань, що передаються статевим шляхом».

В навчальній програмі для цього класу передбачено виконання практичної роботи «Розробка рекомендацій щодо профілактики захворювань» та навчального проекту «Особиста програма зміцнення здоров'я».

Що стосується знаннієвого, діяльнісного та ціннісного компонентів очікуваних результатів навчання учнів то вони детально викладені в навчальній програмі [12].

Результати наших досліджень раніше були опубліковані у 2020 році в матеріалах наукових конференцій [2,14].

На підставі проведених досліджень ми дійшли наступних висновків.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що практично 50% всіх первинних інвалідів кожного року в Сумській області – це люди з III групою, біля третьої частини – II група, решта – I група інвалідності.

2. Рівень первинної інвалідності дорослого населення (старші 18 років) в Сумській області у 2018 р був нижче, ніж у осіб працездатного віку (від 15 років до пенсійного віку) на 18%.

3. На першому місці, як причина виходу на інвалідність мешканців Сумської області у 2018 році для дорослого та працездатного населення були новоутворення. На другому місці - хвороби системи кровообігу, треті – захворювання кістково-м'язової системи.

4. Майже по всіх формах захворювання та системам органів для дорослого населення було зафіксовано вищий рівень первинної інвалідності в містах Сумської області в порівнянні з районами.

5. Мешканці районів області працездатного віку навпаки переважали населення міст при отриманні первинної інвалідності фактично по всіх формах хвороб окрім органів дихання та новоутворень.

6. Серед дорослого населення найвищий рівень первинної інвалідності встановлений для мешканців м. Суми, найнижчий – м. Конотоп. Серед працездатного населення найчастіше первинну інвалідність отримували жителі м. Лебедин, найрідше – м. Конотоп.

7. Найвищий рівень інвалідизації дорослого та працездатного населення районів Сумської області зафіксовано в Конотопському районі, найнижчий – Лебединському.

8. Встановлено, що з 2016 по 2018 роки первинна інвалідність дорослого населення Сумської області знизилась з 39 випадків встановлення інвалідності на 10 тис. населення до 37.

9. Найсуттєвіше зменшення первинної інвалідизації дорослого населення у 2018 році в порівнянні з 2016 відбулося серед хвороб органів

дихання – на 43%, системи кровообігу – на 18%, кістково-м'язової системи - на 15%.

10. Як і у випадку з дорослим населенням було зафіксовано встановлено незначне зменшення первинної інвалідності працездатного населення Сумської області з 47 випадків на 10 тис. населення у 2016 році до 45 у 2018 році.

11. Рівень первинної інвалідності дітей до 18 років в Сумській області за 2016-2018 роки залишався практично на одному рівні (різниця у 2 десяті одиниці -2,09 та 2,11 відповідно по роках на 1000 населення).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гаврілов О. В. Характеристика стану інвалідизації населення України (зведені статистичні показники). URL: <http://aqce.com.ua/vipusk-n8-2017/gavrilov-ov-harakteristika-stanu-invalidizacii-naselennja-v-ukraini-zvedeni-statistichni-pokazniki.html>
2. Горло В. В. Первинна інвалідність дітей до 18 років у Сумській області. *Теоретичні та прикладні аспекти досліджень з біології, географії та хімії* (23 квітня 2020 р., м. Суми). С.81-84.
3. Демографічна криза в Україні: проблеми дослідження, витоки, складові, напрямки протидії / за ред. В. І. Стешенко. Київ: Ін-т економіки НАН України, 2001. 560 с.
4. Демографічні перспективи України до 2026 року / за ред. В.І. Стешенко. Київ : Ін-т економіки НАН України, 1999. 55 с.
5. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12>
6. Інструкція по встановлення груп інвалідності: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 05.09.2011 № 561.
7. Інформаційно-аналітичний центр URL: <http://infolight.org.ua/content/demografiya-sumna-statistika>.
8. Іпатов А. В. Первинна інвалідність внаслідок провідних хвороб системи кровообігу в Україні. *Буковинський медичний вісник*. – 2017. Т. 21, № 2(1). С. 197-202.
9. Київський міжнародний інститут соціології URL : <http://www.kiis.com.ua/lang=ukr&cat=reports&id=212&page=1&t=7>
10. Смертність та інвалідність населення внаслідок серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань - проблема сучасності / В. М. Коваленко, А. П. Дорогой, В. М. Корнацький, О. І. Прокопишин, Т. С. Манойленко. URL : http://www.journal.ukrcardio.org/cardio_archive/2003/6/kovalenko.htm

11. Кольцова Н. І., Дерик О. З. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я. Івано-Франківськ, 2007. 304 с.
12. Корнус О. А. Населення Сумщини – найздоровіше URL: [:http://rama.com.ua/author/panorama/?user_cat=publication](http://rama.com.ua/author/panorama/?user_cat=publication)
13. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ : Четверта хвиля, 2009. 353 с.
14. Москаленко М. П., Горло В. В. Первинна інвалідизація населення Конотопського району Сумської області. *Актуальні проблеми дослідження довкілля*. Збірник наукових праць (матеріали VIII Міжнародної конференції, присвяченої 10-річчю створення Гетьманського національного природного парку, 24-26 травня 2019 р. Суми : СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2019. С. 204–207.
15. Навчальна програма з біології і екології (рівень стандарту) для 10-11 класів загальноосвітніх шкіл, затверджена Наказом Міністерства освіти і науки № 1407 від 23 жовтня 2017 року.
16. Навчальна програма для загальноосвітніх навчальних закладів. Біологія 6-9 класи. Програма затверджена Наказом Міністерства освіти і науки України № 804 від 07.06.2017 року.
17. Офіційні дані про кількість інвалідів в Україні. Міністерство соціальної політики в Україні. URL: <https://www.slideshare.net/piwtorachok/ss-80352982>.
18. Офіційний сайт Державної служби статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
19. Пиріг Л. І. Охорона здоров'я в Україні як складова державотворення. Київ : Четверта хвиля, 2001. 124с.
20. Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317.

21. Про становище осіб з інвалідністю. Національна доповідь. Міністерство соціальної політики України. Державна установа Науково-дослідний інститут соціально-трудових відносин. Київ, 2013. 141 с.
22. Проект концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми «Здорова нація». *Урядовий кур'єр*. 2008. № 43. С. 14–16.
23. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення Сумщини URL : <http://www.medycyna.sm.gov.ua/index.php/uk/1152-rc>
24. Соціальний захист населення України URL : http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/07/zb_szn_2017.pdf
25. Стешенко В.І. Демографічна криза в Україні - криза національна. Київ: Ін-т економіки НАН України, 2003. 85с.
26. Український медичний часопис URL : <http://www.umj.com.ua/article/68728/>
27. Хвіст В. І. Демографічне становище сучасної України. Соціально-економічні перетворення в сучасній Україні. Київ : Наук. думка, 2001. 68с.
28. Чепелевська Л. А., Баторшина Г. І., Любінець О. В., Нежинська О. О. Прогнозні оцінки смертності населення України. *Україна. Здоров'я нації*. 2007. № 1. С. 59–63.
29. Шищук В. Д. Сміянов В. А. Особливості захворюваності населення Сумської області. *Український медичний часопис*. Київ.: Моріон, 2013. № 6 (98) – XI/XII. URL : <http://www.umj.com.ua/article/69157>
30. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України. 2017 р. Київ, 2018. 430 с.