

активності, а 47% відчули підвищений рівень стресу через постійне використання гаджетів та необхідність працювати в умовах інформаційного перенасичення.

Проте, незважаючи на це, 74% респондентів вважають, що цифрові технології мають великий потенціал для підтримки здоров'я. До ключових можливостей було віднесено доступ до медичної інформації онлайн, використання додатків для моніторингу стану здоров'я, тренувань та планування харчування.

У дослідженні також виявлено, що недостатньо уваги приділяється питанням цифрової грамотності в контексті здоров'язбереження. Лише 36% опитаних зазначили, що мають достатній рівень знань про те, як уникнути шкідливого впливу цифрових технологій на здоров'я, що свідчить про необхідність підвищення обізнаності серед населення.

Висновки. Отже, цифрова епоха створює як нові виклики, так і можливості для здоров'язбереження. Використання цифрових технологій може значно полегшити доступ до медичних послуг та інформації, але водночас підвищує ризики для фізичного та психічного здоров'я. Основними проблемами, що виникають, є розлади зору, зниження фізичної активності та психічні розлади, спричинені інформаційним стресом. Для мінімізації негативних наслідків цифровізації важливо впроваджувати комплексні програми з підвищення цифрової грамотності, особливо в контексті здоров'язбереження. Необхідно розробити рекомендації для користувачів щодо здорового використання гаджетів, збалансування часу в онлайні та офлайні, а також впроваджувати цифрові рішення для моніторингу та підтримки здоров'я.

Література:

1. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с.
2. Шишкіна Х. Ю., Хворост М. Ю. Інформаційна безпека особистості як передумова збереження психічного здоров'я // Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. Вип. 14. Ч. IV. С. 246–253.
3. Яновський А. О. Культура безпечного використання майбутніми вчителями інформаційного середовища // Наука і освіта. 2016. №10. С. 63–69.

ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЧЕРЕЗ БІЛЬ В ШИЇ У СТУДЕНТІВ ОЧНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ

Шкодінa А.Д., Білько В.В., Климко Д.О., Курило В.О., Мамай О.В, Мосієнко А.С., Пінчук В.А., Мороховець Г.Ю.

*Полтавський державний медичний університет
a.shkodina@pdmu.edu.ua*

Актуальність. Біль у шиї є багатофакторним захворюванням і є серйозною проблемою в сучасному суспільстві [1]. Економічний тягар болю в шиї є значним і включає витрати на лікування, втрату продуктивності та проблеми, пов'язані з роботою. За даними досліджень, у 2016 році з 154 захворювань медичні витрати на лікування болю в спині та шиї були найвищими в США, оцінюючись у 134,5 млрд доларів США, у 2012 році біль у шиї був причиною відсутності на роботі 25,5 мільйонів американців, які пропустили в середньому 11,4 днів роботи [2]. З урахуванням кількості років, у людей, які прожили з певними обмеженнями фізичних можливостей, біль у шиї чинно займає

четверте місце у світі одразу після різноманітних захворювань спини, психічних захворювань (зокрема депресії) та залізодефіцитної анемії [3].

За наявними даними, приблизно 12-72% здорових людей у всьому світі страждають від болю в шиї протягом року, причому жінки відчувають цей дискомфорт частіше і в більшій мірі з віком. Приблизно в 1,7-11,5% випадків біль у шиї призводить до часткової або повної втрати працездатності. Стан, відомий як біль у шиї, є клінічною ознакою різних захворювань, включаючи ревматичні, терапевтичні, неврологічні та травматичні захворювання. У клінічній практиці лікарів неврологічного профілю біль у шиї посідає друге місце серед трьох найпоширеніших больових синдромів і спостерігається майже у 43% пацієнтів. Також у 2017 році стандартизована за віком щорічна захворюваність на біль у шиї варіювалася від 599,6 до 1145 випадків на 100 000 населення [4].

Статистика показує, що лише 3% пацієнтів звертаються до невролога з приводу болю в спині або шиї, 4% - до спеціаліста з невідкладної допомоги, 8% - до ортопеда або спеціаліста зі спортивної медицини і 40% - до мануального терапевта. До лікарів загальної практики звертаються майже 34% пацієнтів, тобто приблизно кожен третій пацієнт [5].

Біль у шиї є багатофакторним розладом. У кількох популяційних дослідженнях вивчалася роль різних модифікованих і немодифікованих факторів ризику болю в шиї, включаючи старший вік, жіночу стать, меншу соціальну підтримку та наявність болю в шиї або спині в анамнезі. Оскільки біль у шиї має тенденцію до хронічного перебігу, важливо визначити фактори ризику для профілактики та ранньої діагностики [6].

Behera та співавторами (2020) було проведено дослідження, яке було спрямоване на вивчення поширеності болю у шиї та супутніх факторів, зокрема використання гаджетів, серед студентів медичних університетів в провідному медичному коледжі в центральній Індії. У контексті дослідження, ключовим фактором виникнення болю у шиї було встановлено високу складність вступних іспитів для медичних факультетів та вказано на чинники, які призвели до погіршення здоров'я студентів, такі як недостатня фізична активність, стрес від навчання та широке використання девайсів (смартфон, комп'ютер, електронна книга, планшет тощо). Авторами було висвітлено, що вищезазначені фактори впливають на біль у шиї у студентів, і це є підґрунтям для подальшого проведення додаткових досліджень у цьому напрямку [7]. Нині не було проведено вивчення даної проблеми серед здобувачів освіти українських закладів вищої освіти, що обумовлює актуальність розгляду даного питання.

Мета. Проаналізувати поширеність болю в шиї серед здобувачів освіти очної форми навчання та його вплив на обмеження повсякденного функціонування.

Методика й організація дослідження. У дослідження було включено 182 здобувача освіти очної форми навчання, яких було розподілено на 2 групи в залежності від наявності скарг на біль у шиї: група 1 – 107 осіб, які повідомляли про скарги на біль у шиї, група 2 – 75 осіб, які повідомляли про відсутність болю в шиї. Для дослідження було проведено збір соціально-демографічних характеристик, вивчення наявності та інтенсивності больового синдрому шиї. Для оцінки рівня вираженості болю в шиї було використано візуально аналогову шкалу (ВАШ). Рівень впливу болю в шиї на повсякденне функціонування оцінювали за опитувальником обмеження життєдіяльності через біль у шиї (NDI), валідизованого українською мовою Школіною Н.В. та співавторами (2021) [8].

Для статистичної обробки використано IBM SPSS Statistics 26.0. Описові дані представлено у вигляді абсолютних та відносних (%) значень для категоріальних змінних, а також у вигляді середнього арифметичного та стандартного відхилення ($M \pm SD$) для кількісних показників. Для порівняння частотних показників використано Хі-квадрат Пірсона. Кількісні показники порівнювали між двома групами з використанням Т-тесту для незв'язаних груп.

Результати дослідження. У нашому дослідженні біль у шиї було виявлено у 58,8% респондентів. У групі 1 було 87 (81,3%) жінок та 20 (18,7%) чоловіків, а в групі 2 – 50 (66,7%) жінок та 25 (33,3%) чоловіків. Таким чином встановлено, що серед студентів очної форми навчання жіночої статі біль в шиї спостерігається частіше ($p=0,024$). Середній вік в групі 1 складав $19,98\pm 2,12$ років, а в групі 2 – $19,84\pm 2,10$ років, що не мало статистично значущих відмінностей ($p=0,657$).

До групи 1 було включено 33 (30,8%) здобувача освіти 1 курсу, 17 (15,9%) – 2 курсу, 9 (8,4%) – 3 курсу, 25 (23,4%) – 4 курсу, 17 (15,9%) – 5 курсу та 6 (5,6%) – 6 курсу, а до групи 2: 20 (26,7%) – 1 курсу, 21 (28,00%) – 2 курсу, 2 (2,7%) – 3 курсу, 17 (22,7%) – 4 курсу, 13 (17,3%) – 5 курсу та 2 (2,7%) – 6 курсу. Не було виявлено зв'язку між роком навчання та наявністю болю в шиї серед здобувачів освіти ($p=0,244$).

Поряд з цим середня вираженість болю в шиї у групі 1 за шкалою ВАШ складала $4,12\pm 1,91$ балів, що відповідає помірно вираженому больовому синдрому.

Рівень інтенсивності болю за шкалою NDI у групі 1 складав $0,73\pm 0,94$ балів і був достовірно вищим ($p<0,001$) порівняно з групою 2, в якій цей показник складав $0,08\pm 0,32$ балів. Не було виявлено статистично значущих відмінностей між групами за показниками особистої гігієни ($0,07\pm 0,43$ балів у групі 1 проти $0,08\pm 0,49$ балів у групі 2, $p=0,940$), зосередженості ($1,28\pm 1,20$ балів у групі 1 проти $1,04\pm 0,99$ балів у групі 2, $p=0,143$), водіння авто ($0,30\pm 0,59$ балів у групі 1 проти $0,17\pm 0,70$ балів у групі 2, $p=0,192$) та порушень сну ($1,23\pm 1,27$ балів у групі 1 проти $0,87\pm 1,22$ балів у групі 2, $p=0,053$). Разом з цим у групі 1 проблеми з підніманням предметів були більш вираженими ($p<0,001$) і складала $0,32\pm 0,80$ балів порівняно з групою 2 – $0,11\pm 0,51$ балів. Також у групі 1 були більш виражені обмеження щодо читання ($1,08\pm 0,78$ балів у групі 1 проти $0,39\pm 0,61$ балів у групі 2, $p<0,001$), роботи ($0,85\pm 1,07$ балів у групі 1 проти $0,49\pm 0,64$ балів у групі 2, $p=0,011$) та відпочинку ($0,46\pm 0,62$ балів у групі 1 проти $0,08\pm 0,40$ балів у групі 2, $p<0,001$). Поряд з цим у групі 1 спостерігали більш виражені наслідки болю в шиї щодо головного болю ($2,61\pm 1,32$ балів у групі 1 проти $1,81\pm 1,05$ балів у групі 2, $p<0,001$). Так, загальний бал за шкалою NDI у групі 1 складав $8,93\pm 5,25$ балів, а в групі 2 – $5,12\pm 2,94$ балів, що вказує на більш виражену обмеженість життєдіяльності при наявності болю в шиї ($p<0,001$).

Висновки. Таким чином нами продемонстровано, що біль в шиї спостерігається у більш ніж половини здобувачів очної форми навчання незалежно від віку та року навчання, хоча частіше виявляється у жінок і сягає помірного рівня вираженості. Біль в шиї призводить до порушення піднімання предметів, читання, працездатності та відпочинку і більш вираженого головного болю, що обумовлює обмеження життєдіяльності і може впливати не лише на загальне благополуччя, а й на освітній процес.

Література:

1. Delva MY, Skoryk KS. Predictors of neuropathic pain in patients with multiple sclerosis (cross-sectional study). Actual Probl Mod Med Bull Ukr Med Stomatol Acad 2022;22:47–52. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.22.3.4.47>.
2. Dieleman JL, Cao J, Chapin A, Chen C, Li Z, Liu A, et al. US Health Care Spending by Payer and Health Condition, 1996-2016. JAMA 2020;323:863. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.0734>.
3. Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin-Rector A, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012;380:2071–94. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61719-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61719-X).
4. Safiri S, Kolahi A-A, Hoy D, Buchbinder R, Mansournia MA, Bettampadi D, et al. Global, regional, and national burden of neck pain in the general population, 1990-2017: systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. BMJ 2020;m791. <https://doi.org/10.1136/bmj.m791>.

5. Herman PM, Edgington SE, Sorbero ME, Hurwitz EL, Goertz CM, Coulter ID. Visit Frequency and Outcomes for Patients Using Ongoing Chiropractic Care for Chronic Low-Back and Neck Pain: An Observational Longitudinal Study. *Pain Physician* 2021;24:E61–74.
6. Kim R, Wiest C, Clark K, Cook C, Horn M. Identifying risk factors for first-episode neck pain: A systematic review. *Musculoskelet Sci Pract* 2018;33:77–83. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2017.11.007>.
7. Behera P, Majumdar A, Revadi G, Santoshi J, Nagar V, Mishra N. Neck pain among undergraduate medical students in a premier institute of central India: A cross-sectional study of prevalence and associated factors. *J Fam Med Prim Care* 2020;9:3574. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_206_20.
8. Школіна НВ, Шаповал ІІ, Станіславчук МА. Адаптація та валідація україномовної версії Neck Disability Index (індекс обмеження життєдіяльності через біль у шиї) у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український Ревматологічний Журнал* 2021;85:1–6. <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.85.16408>.

МАЙНДФУЛНЕС-ПІДХІД ЯК ТЕХНОЛОГІЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ

Яновська Т. А.

Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка
yanovska71@gmail.com

Актуальність. Розширення масштабів технологізації та глобалізації суспільної світової мережі пришвидшує світовий прогрес людства, підвищуються його можливості та потреби. Проте внаслідок цього зростає і кількість людей, що мають різноманітні негативні психологічні стани і психічні розлади та потребують психотерапевтичної допомоги. Загроза терористичних атак і вторгнення в Україну російської агресії, що продовжується другий рік поспіль, спричиняє кризовий стан суспільства, відтак формує певний запит до психологічної науки та практики. Тож особливої актуальності набуває питання вивчення нових сучасних, дієвих, доступних та недовготривалих методів психологічної практики й аналізу досліджень їх результатів.

Серед них особливо цікавою течією є майндфулнес-орієнтована терапія, напрямок, який виріс з традиційної буддистської медитації, і в якому існує кілька розроблених програм для подолання психологічних труднощів та розладів. Для багатьох майндфулнес є способом, засобом та інструментом боротьби зі стресом, здатністю щодня наводити лад у своїх думках і почуттях. Це стан свідомості, коли увага людини повністю присутня у поточному моменті, тут і зараз, безоцінно спостерігаючи за тим, що відбувається всередині неї та навколо. Цю практику визначають як перенесення теперішньої уваги без оцінки себе або оточуючої дійсності. В той час, коли людина усвідомлює тривалість моменту теперішнього часу, вона повністю занурюється в нього і при цьому фокусується на своїх думках, почуттях і діях, не переходячи на автоматичні реакції, а просто усвідомлюючи, що вони є і навчається управляти своїм стресом і агресією, формуючи у себе психологічну гнучкість і життєстійкість.

Мета статті - проаналізувати поняття «майндфулнес» у психології та теоретично обґрунтувати майндфулнес-підхід як один із доказових психотерапевтичних методів у допомозі людям на сучасному етапі.

Методика та організація дослідження. Майндфулнес трактується як повна зосередженість уваги на теперішньому моменті реальності, з повним її прийняттям, реєстрацією різних аспектів цієї реальності, але без спроб їх інтерпретації [2]. Усвідомленість виступає як одна із форм переживання реальності, що дозволяє переживати власні емоції, думки, не піддаючи їх аналізу та критиці. Практика майндфулнес акумулює певну теоретично обґрунтовану та емпірично підтверджену програму, що складається із медитативних технік, які можуть використовуватися з метою