

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

4

The state establishment “Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health
of Ukraine”

Ternopil Medical State University by I.Ya. Horbachevsky

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ–Тернопіль
“Укрмедкнига”
2011

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **Г.О. Слабкий**

Ю.В. Вороненко, О.М. Голяченко (*відповід. редактор*), Л.Я. Ковальчук (*заст. головного редактора*),
О.Р. Ситенко (*відповід. секретар*), Б.П. Криштопа, В.Ф. Москаленко,
М.Є. Поліщук, А.М. Сердюк, І.М. Солоненко,
Ю.В. Пакін, Л.А. Чепелевська, А.О. Голяченко, В.М. Лехан, Н.О. Теренда

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В.І. Агарков (*Донецьк*), О.Ю. Майоров (*Харків*), В.О. Волошин (*Київ*),
М.В. Голубчиков (*Київ*), В.В. Єлагін (*Київ*), О.В. Любінець (*Львів*),
Н.О. Сайдакова (*Київ*), В.Й. Шатило (*Житомир*)

Журнал включено до Переліку №1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук (додаток до Постанови Президії ВАК України від 09.06.99 №1-05/7)

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол №11 від 24.011.2011)*

(протокол №11 від 24.11.2011)

Передплатний індекс – 22867

Рубрика головного редактора

Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В., Крячкова Л. В., Гінзбург В. Г. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку.

Здоров'я і суспільство

Шульгай А. Г., Дністряк С. С., Панчишин Н. Я., Романюк Л. М., Литвинова О. Н., Смірнова В. Л., Теренда Н. О., Федчишин Н. Є. Особливості поширеності грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій у Тернопільській області.

Діденко Л. В., Устінова Л. А., Хижняк М. І. Сучасні особливості стану здоров'я та фізичного розвитку осіб офіцерського складу військового запасу на етапі вступу та проходження військової служби в Збройних Силах України в 2001–2010 рр.

Карпінєць І. М. Особливості індивідуального способу життя хворих на алкоголізм.

Ковальчук О. Л., Мисак А. І., Твердохліб В. В., Корильчук Т. Б., Нестерук С. О., Рабілітація пацієнтів із сечокам'яною хворобою після екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії в умовах курорту Гусятин

Пудяк В.Є. Стан гігієни порожнини рота у працівників, зайнятих у виробництві товарів побутової хімії.

Проблеми демографічного розвитку

Голяченко О. М. Демографічні процеси в Україні в роки незалежності.

Чепелевська Л. А., Орда О. М. Роль хвороб органів травлення у структурі причин смертності населення в регіонах України.

Підготовка медичних кадрів

Венгрин Н. О. Задоволеність керівників практичної охорони здоров'я якістю підготовки випускників вищих медичних навчальних закладів I–II рівня акредитації.

Організація медичної допомоги

Кочет О. М., Слабкий Г. О., Ященко Ю. Б., Петрашенко П. Р., Єльчиць Т. В. Результативність наукових досліджень з проблеми "Соціальна медицина".

Пархоменко Г. Я. Ставлення керівників закладів охорони здоров'я до реформування системи надання медичної допомоги.

Chief Editor rubric

Lekhan V. M., Slabkyi G. O., Shevchenko M. V., Kriachkova L. V., Ginzburg V. G. Health care in Ukraine: problems and ways development.

Health and society

Shulgay A., Dnistryan S., Panchyshyn N., Romanyuk L., Lytvynova O., Smirnova V., Terenda N., Fedchysyn N. Features of prevalence of influenza and acute respiratory viral infections in Ternopil region.

Didenko L. V., Ustinova L. A., Khyzhniak M. I. Modern peculiarities of health and physical condition of reserved military officers at the stage of joining and conducting military service in the Armed Forces of Ukraine in 2001–2010.

Karpinets I. M. Peculiarities of life-style of patients with alcoholism.

Kovalchuk O. L., Mysak A. I., Tverdohlib V. V., Horosh V. Ya., Korylchuk T. B., Nesteruk S. O. Rehabilitation of patients with urolithiasis after extracorporeal shock wave lithotripsy in the conditions of Husiatyn resort

Pudyak V. Ye The condition of oral hygiene of workers engaged in productions of household chemicals.

Problems of demographic development

Holyachenko O. M. Demographic processes in Ukraine since independence.

Chepelevska L. A., Orda O. M. Role of digestive apparatus illnesses in structure of the causes of mortality in population in regions of Ukraine.

Medical personnel training

Vengrin N. O. Satisfaction of heads practical health care quality of training for graduates higher educational medical institutions I–II accreditation level.

Organization of medical care

Kochet O. M., Slabkyi G. O., Yashchenko Yu. B., Petrashenko P. R., Elchits T. V. Efficiency of scientific researches according to the problem "Social medicine".

Parkhomenko G. Ya. The attitude of heads establishments health care to reforming system of rendering medical aid.

5

19

23

27

32

35

38

42

50

56

67

- Владзимирський А. В., Останін А. А.* Обґрунтування та розробка моделі організації територіальної телемедичної служби 70
Vladzimirskiy A. V., Ostanin A. A. Rationale and development of model of territorial telemedicine service organisation.
- Пірникоза А. В.* Дескриптивна характеристика масиву даних випадок-контроль з вивчення летальності внаслідок екстреної патології. 75
Pirnykoza A. V. The descriptive characteristic of data file case-control on studying mortality as a result of emergency pathology.
- Соболь С. П.* Медико-соціальні аспекти організації дозвілля студентів-медиків в контексті їх способу життя. 85
Sobol S. P. Medical and social aspects of the rest organization among medical students in the context of lifestyle and health of these contingents.
- Яворський А. М.* Рівень соціально-психологічної адаптації пацієнтів як чинник формування задоволеності медичною допомогою. 90
Jaworskiy A. The level of social and psychological adaptation as a patients' satisfaction impacted factor.
- Шкробот С.І., Шкробот В.В., Корнієнко Г.Ф., Корнієнко І.І.* Доцільність та практична можливість інформатизації обліково-статистичної роботи у психоневрологічній лікарні. 95
Shkrobot S. I., Shkrobot V.V., Korniyenko H. F., Korniyenko I.I. Expedience and practical possibility of registration – statistical work informatization in psychoneurological hospital.
- Сімейна медицина**
Толстанов О. К. Характеристика діагностичних можливостей лікаря загальної практики/сімейної медицини та перспективи їх покращення. 98
Family medicine
Tolstanov O. K. Characteristic of diagnostic opportunities of general practice/family medicine physician and prospects of their improvement.
- Економіка охорони здоров'я**
Романюк Л. М. Вартість медичної допомоги на первинному рівні. 102
Health care economy
Romanyuk L. M. Cost of health care at the primary level.
- Федчишин Н.Є.* Вартісна оцінка швидкої медичної допомоги в Тернополі. 107
Fedchyshyn N.Ye. Cost estimation of emergency medical aid in Ternopil.
- Міжнародний досвід**
Кондратюк Н. Ю. Запровадження системи акредитації лікувально-профілактичних закладів у країнах Європейської спільноти. 110
The international experience
Kondratiuk N. Yu. Implementation of accreditation system of treatment-and-preventive institutions in the countries of the European community.
- Наука – практиці охорони здоров'я**
Андрейко М. Ф. Інтегративний підхід до ранньої діагностики цереброваскулярних захворювань. 114
The science for health care practice
Andreiko M. F. The integrative approach to the early diagnostics of cerebrovascular diseases
- Дискусії**
Якимець В. М., Лобода Т. В., Іващенко С. М. Система надання спеціалізованої медичної допомоги населенню в умовах великого промислового міста. 117
Discussions
Yakimets V. N., Loboda T. V., Ivaschenko S. M. Rendering of specialized medical care system for population in conditions of big industrial city.
- Короткі повідомлення**
Дячук Д. Д., Гришук Я. І., Мельнік Л. Ю. Сучасна реабілітація пацієнтів після хірургічних втручань. 121
Short messages
Diachuk D. D., Grishchuk Ya. I., Melnik L. Yu. Modern patients rehabilitation after surgical interventions.
- Історія медицини**
Ганіткевич Я. В. Степан Зошук – видатний український лікар. 123
History of Medicine
Hanitkevich Y. Stepan Zoschuk - outstanding ukrainian doctor.

УДК 614.2:616-082.001.73

В. М. ЛЕХАН, Г. О. СЛАБКИЙ, М. В. ШЕВЧЕНКО, Л. В. КРЯЧКОВА,
В. Г. ГІНЗБУРГ (Київ, Дніпропетровськ)

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ

Дніпропетровська державна медична академія
ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"
Головне управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

Проведено оцінку діяльності охорони здоров'я України на підставі аналізу виконання основних функцій системи за шістьма структурними елементами. Докладно розглянуто сучасні проблеми системи охорони здоров'я та виклики для галузі. Виявлено провідні причини проблем української охорони здоров'я. На основі проведеного аналізу визначено необхідність здійснення послідовних і глибоких інституційних та структурних змін за всіма структурними елементами системи. Запропоновано комплекс провідних напрямів реформування галузі, впровадження яких сприятиме підвищенню ефективності та зміцненню системи охорони здоров'я України, дозволить поліпшити доступність і якість медичної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: система охорони здоров'я, структурні елементи системи, напрями реформування.

Більшість розвинених країн світу працюють над поліпшенням систем охорони здоров'я для забезпечення ефективного медичного обслуговування населення. Україна теж стоїть на порозі реформування галузі. Зроблено певні кроки у цьому напрямку, але залишається ще багато болючих та не вирішених питань. Наші зусилля щодо зміцнення системи охорони здоров'я повинні ґрунтуватись на загальноновизнаних цінностях справедливості і доступності медичної допомоги та спиратися на міжнародні адаптовані підходи.

З метою розробки пріоритетних напрямів реформування галузі проведено системний аналіз існуючих проблем організації медичного обслуговування та визначення причин, що їх обумовлюють.

Матеріали і методи. Оцінка діяльності системи охорони здоров'я України проведена на підставі аналізу виконання системою основних функцій, що у програмі дій ВООЗ зі зміцнення систем охорони здоров'я – "Програма дій: Справа кожного" – було розбито на шість структурних елементів (табл. 1) [13]. Невідповідні цим вимогам системи охорони здоров'я є однією з основних перешкод на шляху покращення кінцевих результатів діяльності системи охорони здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз ситуації в системі охорони здоров'я України в розрізі кожного структурного елемента дозволив виявити низку проблем при реалізації кожного з них.

Надання медичних послуг

Головною перешкодою для ефективного надання медичних послуг в Україні є неефективність інфраструктури медичного обслуговування (табл. 2), що заважає виробленню медичних послуг, які відповідають потребам населення в медичній допомозі.

Незважаючи на істотне скорочення чисельності населення країни, зміну вікової структури населення в бік його постаріння (за 1991–2010 рр. чисельність населення країни офіційно зменшилася на 6 млн осіб при одночасному зростанні частки населення у віці 60 років і старше з 19% до 21%), мережа та потужність лікувально-профілактичних закладів змінилася мало. Причини цього є, з одного боку, конституційна заборона скорочення мережі (ст. 49 Конституції України), з іншого – збереження застарілих радянських принципів моделі Семашко щодо фінансування медичних закладів залежно від їх потужності (кількості ліжок та відвідувань), що впливає на розподіл коштів у національній системі охорони здоров'я. Це свідчить про здійснення розподілу коштів відповідно до існуючої інфраструктури галузі, а не відповідно до реальних потреб, визначених структурою та рівнями захворюваності населення країни. Так, при порівнянні розподілу коштів на стаціонарне лікування у 2003 р. та у 2009 р. видно, що на лікування онкологічних захворювань в ці роки було виділено 2% коштів, при тому що кількість хворих даного профілю, які перебували на обліку у медичних закладах, у 2009 р. порівняно з 2003 р. збільшилась на 17,5% [7].

Таблиця 1. Структурні елементи системи охорони здоров'я [14]

Структурні елементи системи охорони здоров'я	Зміст структурного елемента
Надання послуг	Належними службами охорони здоров'я є такі служби, які забезпечують надання ефективних, безпечних та якісних медико-санітарних заходів особистісного та неособистісного характеру тим, хто їх потребує, там і тоді, коли вони необхідні, при мінімальних витратах ресурсів.
Трудові ресурси охорони здоров'я	Працівники охорони здоров'я, що належним чином виконують свої обов'язки, – це працівники, які здатні швидко реагувати, діяти справедливо та ефективно з метою досягнення, за можливості, найкращих результатів стосовно охорони здоров'я з урахуванням наявних ресурсів і обставин (тобто є достатня кількість працівників, які справедливо розподілені; вони компетентні, здатні швидко реагувати і продуктивно діяти).
Інформаційна система охорони здоров'я	Належним чином функціонує інформаційна система охорони здоров'я – це система, що забезпечує отримання, аналіз, поширення і використання надійної і своєчасної інформації про детермінанти здоров'я, результати функціонування системи охорони здоров'я та стан здоров'я.
Лікарські засоби, вакцини та технології	Належним чином функціонує система охорони здоров'я забезпечує справедливий доступ до основних лікарських засобів, вакцин та технологій гарантованої якості, безпеки, дієвості та економічної ефективності, і їх науково обґрунтоване й економічно ефективне використання.
Фінансування систем охорони здоров'я	Належна система фінансування охорони здоров'я мобілізує достатні фінансові засоби для охорони здоров'я з тим, щоб люди могли користуватися необхідними послугами і були захищені від фінансових катастроф або зuboжіння, пов'язаних з оплатою цих послуг. Така система забезпечує фактори, що стимулюють ефективність дій постачальників послуг і користувачів.
Лідерство і управління	Під лідерством та управлінням мається на увазі забезпечення рамок стратегічної політики у поєднанні з ефективним контролем, створенням коаліцій, регулюванням, уважним ставленням до системного проектування та звітністю.

Таблиця 2. Проблеми, пов'язані з наданням медичних послуг

Характеристика	Проблема
Інфраструктура	<ol style="list-style-type: none"> 1. Формальна відсутність зв'язку між кількістю закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) різного рівня та структурою послуг, що ними надаються, від чисельності та вікової структури прикріпленого населення. 2. Відсутність чіткого поділу на служби первинної, вторинної і третинної допомоги. 3. Недостатня кількість ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу. 4. Надлишкова кількість стаціонарних ЗОЗ і лікарняних ліжок. 5. Відсутність диференціації ЗОЗ вторинного рівня залежно від інтенсивності лікування. 6. Надмірна спеціалізація лікарень. 7. Нераціональна мережа та функціональне використання підрозділів швидкої допомоги. 8. Недосконалість системи транспортних комунікацій для належного функціонування служб швидкої допомоги. 9. Наявність паралельних (відомчих) медичних служб. 10. Слабкий розвиток приватного сектору охорони здоров'я. 11. Відсутність реальної конкуренції перш за все між державними та недержавними ЗОЗ
Механізми організації надання та контролю безпеки і якості медичних послуг	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дільнично-територіальний принцип закріплення пацієнта за лікарем первинної ланки при фактичній відсутності права пацієнта на його вільний вибір. 2. Некерованість маршрутів руху пацієнтів у системі. 3. Методична недосконалість і незавершеність розробки інструментів зовнішнього контролю якості (умов ліцензування медичної практики та акредитації ЗОЗ). 4. Формальність застосування інструментів зовнішнього контролю якості. 5. Відсутність дієвої системи управління якістю. 6. Обмеженість участі пацієнтів і громадськості в управлінні якістю медичного обслуговування.

Структура медичних послуг деформована з переважанням спеціалізованих послуг та низькою пріоритетністю послуг профілактичної спрямованості та первинної допомоги. Водночас існують переконливі докази, що доступна і якісна первинна медична допомога (ПМД) забезпечує найбільший з усіх медичних служб внесок

у здоров'я населення [17]. Однак в Україні, незважаючи на заявлені пріоритети щодо розвитку ПМД, як і раніше, переважають процеси спеціалізації медичної допомоги, що домінували ще в 70-і роки ХХ ст. Так, число закладів ПМД у 4 рази, а забезпеченість лікарями первинної ланки – в 1,5 разу менші, ніж в країнах ЄС (табл. 3).

Таблиця 3. Порівняльна ефективність структури охорони здоров'я в Україні та країнах ЄС

Показник	Україна	Країни ЄС
Число закладів ПМСД на 10 000 населення	1,2	4,9
Число лікарів ПМСД на 10 000 населення	6,3	9,4
Кількість лікарень на 100 000 населення	6,3	3,1
Частка сільських дільничних лікарень (СДЛ) до 25 ліжок, %	26,1/25,7	
Частка СДЛ до 50 ліжок, %	34,1/33,8	
Число ліжок на 10 000 нас.	91	55
Рівень госпіталізації	21,9	18
Середня тривалість лікування	12,8	9,2
Необґрунтованість госпіталізації	30–50%	

В Україні не існує чіткого розподілу на служби первинної і вторинної допомоги. До виконання функцій первинної допомоги фактично залучаються всі спеціалісти поліклініки, що призводить до надмірного використання спеціалізованої амбулаторної допомоги.

Чисельність стаціонарів більше ніж вдвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості медичного обслуговування. Частка малопотужних лікарень (до 50 ліжок) у загальній чисельності всіх стаціонарів сягає третини. Причому у таких закладах (насамперед СЛД) на їх утримання витрачається близько 94% коштів, а безпосередньо на пацієнта – всього 6%.

Загальна забезпеченість ліжками на 10 000 населення (незважаючи на те, що в Україні відбулося скорочення ліжкового фонду майже на третину) залишається досить високою – 91 на 10 000 населення за даними Держкомстату, що у 1,7 разу перевищує аналогічні показники в країнах ЄС та в 1,4 разу – в Європейському регіоні в цілому. Відповідно й інтенсивність використання стаціонарної допомоги в Україні – рівень (21,9%) та тривалість госпіталізації (13,3 дня) – істотно перевищують середньоєвропейські показники (19,2% та 10,4 дня) та показники в країнах ЄС (18,0% та 9,2 дня) [3]. Від 30% до 50% пацієнтів госпіталізується необґрунтовано [6;8].

Істотними перешкодами на шляху ефективного використання стаціонарної допомоги є відсутність диференціації ліжкового фонду залежно від інтенсивності лікування та «жорстка прив'язка» медичних закладів до існуючого адміністративно-територіального поділу.

У стаціонарах вторинного рівня на одному і тому ж ліжку можуть отримувати медичну допо-

могу хворі, що потребують інтенсивного, протирецидивного лікування, медико-соціальної допомоги, термінальні хворі, хоч надання допомоги різним групам пацієнтів потребує застосування різних технологій та відповідної організації лікувально-діагностичного процесу. Структура стаціонарів адміністративних територій з різною чисельністю населення відрізняється мало, в результаті чого більшість з них не завантажені відповідно до функцій, що на них покладаються, і не оснащені необхідним обладнанням, через розпорошеність ресурсів між численними ЗОЗ без урахування обсягу та структури функцій, що вони виконують, та через недостатність фінансових ресурсів для оновлення матеріально-технічної бази ЗОЗ (знос устаткування перевищує 70%).

Водночас лише кожний п'ятий стаціонар (без дільничних лікарень) має можливості для цілодобового обслуговування, як через дефіцит спеціалістів відповідного профілю, так і через відсутність необхідного обладнання. В країні практично не розвинені служби відновлювального лікування, паліативної та медико-соціальної допомоги.

Межі між вторинним і третинним рівнями стаціонарної допомоги також нечіткі. У великих містах в міських лікарнях нерідко розгорнуті відділення для надання високоспеціалізованої допомоги, які відтягують на себе частину ресурсів, призначених для надання допомоги вторинного рівня. А в обласних лікарнях до 36% госпіталізованих фактично потребують вторинної допомоги [12]. Їх лікування в обласних стаціонарах має більшу вартість, ніж лікування в міських або районних лікарнях (через устаткування обласних закладів більш складним оснащен-

ням) і зменшує доступність високотехнологічної допомоги тим, хто її потребує, через завантаженість лікарень непрофільними пацієнтами.

Надмірна спеціалізація лікарень (інфекційні лікарні, пологові будинки, протитуберкульозні диспансери), як рудимент радянської системи формування пріоритетів медичного обслуговування, не дозволяє забезпечити комплексність надання медичної допомоги хворим з поліморбідною патологією або при виникненні у них ускладнень.

На спадок від радянського періоду у ряді міністерств та відомств залишилися *відомчі системи охорони здоров'я* для своїх працівників, які не надають повного спектру медичних послуг прикріпленому населенню. Працівники цих відомств мають право отримувати медичну допомогу також і в комунальних медичних установах за місцем проживання, і використовують це право, особливо при гострих станах, що це більше деформує структуру медичних послуг.

Хоча число *приватних медичних закладів* в Україні неухильно зростає, їх кількість все ще невелика (повноцінних приватних клінік в Україні не більше 50, серед яких великих налічується всього близько 10) і вони надають лише біля 1% загального обсягу медичних послуг. Однією з причин низьких темпів розвитку ЗОЗ недержавних форм власності є недостатність їх підтримки з боку держави (передусім через відсутність податкових пільг). Тому реальна конкуренція між державними та недержавними ЗОЗ практично відсутня, за винятком окремих напрямків діяльності – стоматологія, офтальмологія тощо.

Також існує багато проблем у функціонуванні *служби швидкої допомоги*, основними з яких є нерациональна мережа за кількістю та локалізацією структурних підрозділів швидкої допомоги

(станцій, підстанцій, пунктів тимчасового перебування) та поганий стан транспортних комунікацій, що не дозволяє забезпечити дотримання ключового критерію діяльності служби – часу доїзду до хворого/постраждалого в межах 10 хвилин в місті, 20 хвилин в сільській місцевості. Є дані, що частка запізньєнє виїзних бригад дуже значна, в окремих випадках пацієнти очікують приїзду швидкої допомоги годинами. Загострює цю проблему значна частка роботи, що невласitivity функціям швидкої допомоги, зокрема виїзди до хронічних хворих, виїзди з метою введення знеболювальних препаратів онкологічним хворим, непрофільність виїздів спеціалізованих бригад.

Окрім неефективної інфраструктури якісному наданню медичних послуг заважає **недосконалість механізмів організації надання та контролю безпеки і якості медичних послуг** (див. табл. 2).

Незважаючи на демократичні процеси, що відбуваються в Україні, в організації охорони здоров'я, як і в суспільстві в цілому, продовжують домінувати архаїчні ієрархічні відносини, при яких пацієнт розглядається як об'єкт впливу, а не як партнер. З радянських часів в Україні зберігся дільнично-територіальний принцип закріплення пацієнта за лікарем первинної ланки. Право пацієнта на вільний вибір лікаря практично не спрацьовує, що обмежує участь пацієнтів у процесах підвищення якості медичної допомоги і не сприяє мотивації лікарів первинної ланки до їх професійного зростання.

Маршрути руху пацієнтів у системі практично не керовані. Первинна ланка майже не впливає на медичний маршрут пацієнта. Самостійно звертаються до лікарів-спеціалістів майже третина (29,5%), до стаціонарів – 16,9% пацієнтів (рис. 1) [5].

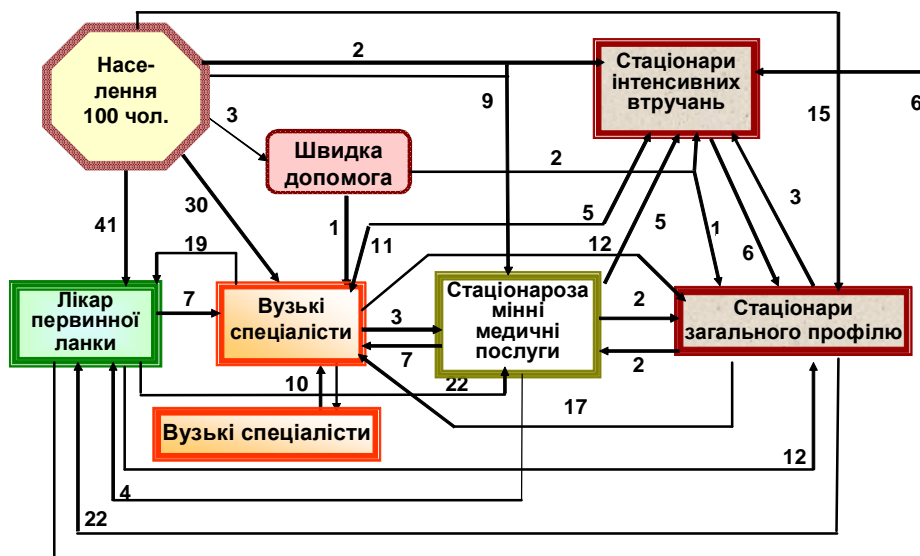


Рис. 1. Узагальнений маршрут пацієнта [5]

В результаті місце (рівень) обслуговування в 65,9% випадків не відповідає важкості їх стану та перебігу захворювання, в 43,2% надання медичної допомоги відбувається на більш високих, ніж необхідно, рівнях. При цьому середня вартість медичного обслуговування одного пацієнта з урахуванням всіх витрат (не тільки тих, які реально покриваються з бюджету) при амбулаторному лікуванні приблизно в 4 рази, а при лікуванні в денному стаціонарі – в 2 рази нижче, ніж у стаціонарі. Тобто лише правильний вибір місця надання медичної допомоги дозволив би за рахунок внутрішньогалузевих резервів збільшити доступність медичної допомоги.

Процеси забезпечення та оцінки якості медичної допомоги населенню є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я. У цілому в Україні рівень якості медичної допомоги, за даними експертних оцінок, досить низький – інтегральний показник якості лікування становить приблизно 56%. Невідповідним стану пацієнта (неадекватним) лікування визнано у 40,1–83% хворих стаціонарних закладів [1]. Населення невдоволене якістю надання медичної допомоги, про що свідчать результати соціологічних опитувань – більшість опитаних оцінює якість послуг з охорони здоров'я як низьку.

В Україні застосовується комплекс інструментів, спрямованих на поліпшення якості – ліцензування медичної практики, акредитація закладів охорони здоров'я, стандартизація медичної практики тощо. Проте відсутність системи стимулів при використанні результатів ліцензування й акредитації (наприклад, виключення з ліцензії деяких видів медичної практики, не забезпечених необхідними умовами, або відбір постачальників медичних послуг для їх фінансування за рахунок бюджетних коштів залежно від міри гарантованості якості медичного обслуговування), а також комплектування ліцензійних та акредитаційних комісій винятково органами управління охороною здоров'я сприяло перетворенню цих механізмів на досить формальні інструменти внутрішньовідомчої експертизи.

За останні роки в країні були створені стандарти в формі клінічних протоколів практично з усіх медичних спеціальностей. Проте більшість з них розроблені експертним методом, без використання даних доказової медицини, а їх впровадження не підкріплюється адекватними стимулами, не проводиться моніторинг ефективності їх використання. Певна частина лікарів до цього часу не ознайомлена з діючими в Україні медичними стандартами, ще більша кількість лікарів знають, але не використовують їх у своїй роботі. Так, із загального числа лікарів-анестезіологів ознайомлені з протоколами близько

80%, а використовують в практичній діяльності – лише 52–63% фахівців з цієї спеціальності [4].

Методична недосконалість та незавершеність розробки різних інструментів підвищення якості, а головне – формальність їх застосування та відсутність дієвої системи управління якістю із застосуванням відповідних стимулів для медичного персоналу не дозволила отримати стійкі результати щодо поліпшення якості медичного обслуговування в країні.

Таким чином, надання якісних та адекватних медичних послуг перешкоджають структурна неефективність наявної в Україні системи охорони здоров'я та недосконалість механізмів організації надання та контролю безпеки і якості медичних послуг.

Трудові ресурси

Стосовно кадрового забезпечення охорони здоров'я в Україні циркулюють два взаємовиключні міфи: 1) рівень забезпеченості лікарями значно вищий, ніж в розвинутих країнах світу; 2) існує катастрофічний кадровий дефіцит медичного персоналу. Насправді *загальна забезпеченість практикуючими лікарями* (тобто тими, що надають медичну допомогу населенню) в Україні близька до середньоєвропейських показників (31,5 та 32,8 на 10 000 населення) [3]. Ні надлишку, ні дефіциту практикуючих лікарів за їх загальною чисельністю в країні немає. Водночас українська охорона здоров'я стоїть на порозі кадрової кризи (табл. 4).

Спостерігається наростаюча та некерована міграція медичного персоналу, в т.ч. у сусідні країни з вищим рівнем оплати праці. З тієї ж причини широко практикується самостійне працевлаштування випускників вищих медичних навчальних закладів всіх рівнів за межами сектору охорони здоров'я. Близько чверті лікарів (26%) пенсійного, і ще 20% ? передпенсійного віку. Причини цієї ситуації криються у низькій заробітній платі персоналу, що, з одного боку, провокує відтік кваліфікованих кадрів, з іншого слугує перепорою для приходу молодих фахівців у систему.

В країні використовується архаїчна система *планування потреб у кадрових ресурсах*, у тому числі за окремими спеціальностями, яка ґрунтується на жорстких кадрових нормативах, які, як і структура медичних послуг, міцно прив'язані до показників потужності і мало відповідають реальним потребам населення в різних видах медичної допомоги. Існуючий підхід до планування формує та підтримує диспропорцію між лікарями, які надають первинну допомогу, і лікарями-спеціалістами, яка загострюється через низьку престижність професії лікаря первинної ланки, зумовлену як рівнем оплати, так і умовами роботи, особливо у сільській місцевості.

Таблиця 4. Проблеми, пов'язані з кадровим забезпеченням системи охорони здоров'я

Характеристика	Проблема
Визначення потреб у кадрових ресурсах	– Потреби в медичних кадрах визначаються, виходячи із штатних нормативів, жорстко прив'язаних до показників потужності ЗОЗ
Забезпеченість медичними кадрами	– Загроза дефіциту медичних кадрів через відтік медичних кадрів із системи
Справедливість розподілу спеціалістів за географічною ознакою	– Значна нерівномірність розподілу спеціалістів між міською та сільською місцевостями
Адекватність розподілу медичних працівників за спеціальностями	– Наявність диспропорції в забезпеченості населення лікарями первинної ланки та вузькими спеціалістами, особливо в сільській місцевості: дефіцит лікарів первинної ланки та надлишкова чисельність лікарів-спеціалістів. – Надання первинної допомоги переважно дільничними лікарями
Рівень кваліфікації медичних кадрів	– Недостатність практичної підготовки фахівців на додипломному та післядипломному етапах. – Недосконалість системи контролю професійного рівня (атестації) медичного персоналу. – Недостатність умов та стимулів для підтримки професійного рівня в процесі професійної діяльності
Рівень кваліфікації керівників системи охорони здоров'я	– Відсутність дієвої системи підготовки керівних кадрів для органів і закладів охорони здоров'я. – Відсутність сучасних критеріїв для прийняття на керівні посади

Незважаючи на задекларований перехід ПМД на засади загальної практики/сімейної медицини, лікарі загальної практики – сімейні лікарі становлять лише 36,2% фахівців первинної ланки. У більшості випадків, особливо в міській місцевості, первинна допомога, як і раніше, надається дільничними терапевтами та педіатрами, чия професійна кваліфікація не дозволяє вирішувати проблеми первинного медичного обслуговування. Сьогодні загальний дефіцит лікарів загальної практики/сімейної медицини становить 26 000. При цьому підготовка/перепідготовка лікарів цієї спеціальності йде низькими темпами, що зумовлено як вищезазначеними причинами чинного штатного нормування, так і відсутністю і на рівні МОЗ, і на рівні місцевих органів охорони здоров'я чіткої, послідовної політики щодо переходу до моделі первинної допомоги на принципах загальної практики.

Має місце виражена *нерівномірність розподілу медичного персоналу залежно від типу поселення*: в сільській місцевості дефіцит медичних працівників значно більший, ніж в містах, особливо зі спеціальностей, які не належать до числа “престижних” – лікарі первинної ланки, фтизіатри, патологоанатоми тощо.

Існують опосередковані дані, що *рівень кваліфікації медичного персоналу* знижується. На це впливають як недоліки при його підготовці/перепідготовці, так і відсутність прозорих стимулів до якісної роботи.

На додипломному етапі підготовки у вищих медичних навчальних закладах перевагу отримують формальні критерії успішності (тестові

випробування) над оцінкою професійної компетентності. Медичні ВНЗ фактично не мають власних університетських клінік, де могли б освоювати практичні навички студенти-медики. Формально наявні так звані “університетські клініки” насправді не відповідають необхідним критеріям, загальноприйнятим у цивілізованому світі. Колишня система взаємодії практичної охорони здоров'я та медичних ВНЗів і коледжів багато в чому зруйнована. У зв'язку з комерціалізацією системи державної охорони здоров'я практичні лікарі не зацікавлені в контакті студентів з пацієнтами, в їх стажуванні, оскільки бачать в них майбутніх небажаних конкурентів. Саме з цієї причини медична освіта в країні все більше стає кабінетною, тобто заочною. Досить формальною є і післядипломна освіта.

Доведено, що найбільш ефективним способом для підтримки фахового рівня спеціаліста є високий рівень інтенсивності його професійної діяльності. Неефективна інфраструктура медичного обслуговування, зокрема розпорошеність і деконцентрація спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги, не забезпечує підтримки відповідного професійного рівня медичних працівників різних спеціальностей. Так, середньостатистичний лікар-хірург стаціонару в Україні виконує 50–60 операцій на рік, тобто оперує 1 раз на тиждень, що неминуче призводить до втрати його професійної кваліфікації.

Атестація медичного персоналу є також досить формальною процедурою. Вона не має чітких критеріїв оцінки відповідності медичного працівника кваліфікаційним вимогам і не має

відповідних прозорих стимулів, у тому числі матеріальних, для підвищення якості та інтенсивності його роботи.

Нааявність відповідно підготовлених управлінських кадрів, які володіють вміннями та навичками сучасного менеджменту в охороні здоров'я та поділяють ідеологію перетворень, є однією з важливих умов забезпечення успішності реформування галузі. На сьогодні в країні відсутня дієва система підготовки керівних кадрів високої кваліфікації для системи охорони здоров'я (двомісячна підготовка на курсах спеціалізації є вкрай недостатньою).

Прийняття рішення щодо впровадження підготовки керівників за затвердженою магістерською програмою гальмується на рівні Міністерства охорони здоров'я. До цього часу не вироблені і не прийняті відповідні освітні критерії зайняття керівних посад.

Аналіз ситуації з трудовими ресурсами свідчить, що кадрова політика в системі охорони здоров'я України потребує суттєвого удосконалення за рядом напрямків: планування потреб та підготовка спеціалістів відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень у галузі, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів; розробка та запровадження комплексу заходів щодо підвищення кваліфікації медичного персоналу; запровадження професійної підготовки керівного складу охорони здоров'я.

Інформаційна система охорони здоров'я

В Україні інформаційна система в охороні здоров'я функціонує на старих радянських засадах, вона розпорошена і не забезпечує керівників різних рівнів надійною оперативною інформацією (табл. 5).

Таблиця 5. Проблеми, пов'язані з інформаційним забезпеченням системи охорони здоров'я

Характеристика	Проблема
Відповідність потребам галузі	<ol style="list-style-type: none"> 1. Інформаційна система не орієнтована на задоволення інформаційних потреб управління. 2. Низький рівень диференціації інформаційного забезпечення між рівнями управління. 3. Низька вірогідність інформації. 4. Відсутність епідеміологічних досліджень. 5. Недосконалість існуючої системи індикаторів для характеристики здоров'я населення та функціонування системи охорони здоров'я та якості надання медичної допомоги. 6. Відсутність зв'язку між статистичною та економічною інформацією.
Інформатизація	<ol style="list-style-type: none"> 1. Низький рівень інформатизації в галузі. 2. Використання в системі різномірних і не ліцензованих інформаційних програм.

Система індикаторів для характеристики стану здоров'я населення, функціонування системи охорони здоров'я та якості надання медичної допомоги недосконала. Достовірність інформації в ряді випадків є сумнівною. Потоки статистичної і фінансово-економічної інформації практично не пов'язані між собою, що утруднює отамання даних про вартість медичної допомоги.

Для отримання інформації про стан здоров'я населення та його зв'язок з детермінантами здоров'я (факторами ризику) епідеміологічні дослідження практично не застосовуються.

Звітність видається занадто узагальненою і не може ефективно використовуватися для необхідних аналітичних і управлінських цілей.

У системі охорони здоров'я доступ до мережі Інтернет мають усі обласні лікарні, близько 80% міських лікарень і поліклінік і близько 90% центральних районних лікарень. Частка підключених до мережі Інтернет амбулаторій, сільських дільничних лікарень надзвичайно мала. Заклади ПМД практично не комп'ютеризовані. Немає цілісної програми щодо створення програмних продуктів, орієнтованих на інформаційне забез-

печення закладів охорони здоров'я. Більшість з існуючих програм не ліцензовані.

Лікарські засоби і технології

Лікарські засоби та вироби медичного призначення є невід'ємною складовою медичного обслуговування, від якої значною мірою залежить результативність діяльності сектору охорони здоров'я. Доступність якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів – важливий чинник, який визначає доступність медичної допомоги населенню.

Організацію медикаментозного забезпечення в Україні можна вважати незадовільною (табл. 6).

На сьогодні, коли фармацевтичний ринок насичений лікарськими препаратами (в Україні зареєстровано 22,5 тис. найменувань лікарських засобів), нагальною є проблема економічної доступності ліків [10]. Медикаментозне забезпечення поглинає третину загальних витрат на функціонування галузі (наприклад, в 2009 р. 16,7 млрд грн). Недостатність державного фінансування системи охорони здоров'я призводить до того, що лише близько 4–5% витрат покри-

Таблиця 6. Проблеми, пов'язані з медикаментозним забезпеченням системи охорони здоров'я

Характеристика	Проблема
Доступність лікарських засобів та виробів медичного призначення	<ol style="list-style-type: none"> 1. Більшість витрат на придбання лікарських засобів покривається населенням 2. Неефективність державного регулювання та контролю за цінами на лікарські препарати. 3. Система закупівель лікарських засобів без урахування реальної потреби в них медичних закладів, як за обсягом, так і за номенклатурою. 4. Ціни на препарати, незважаючи на використання тендерних процедур, часто завищені. 5. Відсутність моніторингу цін і тарифів на лікарські засоби. 6. Ліберальний (безрецептурний) відпуск більшості ліків. 7. Невиправдана практика заміни дешевих ліків дорогими.
Якість лікарських засобів	<ol style="list-style-type: none"> 1. Відсутність сучасної системи управління якістю на всіх стадіях обігу лікарських засобів (виробництво, перевірка ефективності, призначення та відпуск лікарських препаратів). 2. Недосконалість системи державної реєстрації лікарських засобів. 3. Епізодичність контролю якості лікарських засобів. 4. Неефективність системи фармагляду. 5. Відсутність прозорості у сфері призначення та споживання ліків, що призводить до нерационального та надмірного їх використання.

вається за рахунок бюджету, всі інші лягають тягарем на плечі споживачів. Навіть для стаціонарного лікування 86,7% вартості ліків сплачується пацієнтами.

Система державного регулювання та контролю цін на фармпрепарати неефективна, про що свідчать наступні факти: 1) на вітчизняному ринку частка зарубіжних виробників лікарських препаратів втричі більша, ніж вітчизняних (470 і 150 відповідно), ціни на ліки яких в декілька разів вищі за вітчизняні аналоги; 2) вітчизняні виробники ліків знаходяться на повному самофінансуванні без будь-яких дотацій та пільг з боку держави; закупівля ліків і їх розподіл в ряді випадків відбувається без урахування реальної потреби в них медичних закладів, як з об'ємів, так і з номенклатури; ціни на препарати, незважаючи на наявність тендерних процедур закупівлі, часто бувають завищеними. Систематичний моніторинг цін і тарифів, забезпечення населення України лікарськими засобами з оцінкою доступності основних лікарських засобів на основі порівняння показників потреби у них при основних захворюваннях з фактичним споживанням ліків відсутній.

В результаті ціни на ліки зростають. Так, лише за 2006–2008 рр. середньозважена вартість кошика лікарських засобів виросла на 28%. Основна частка подорожчання (18% з 28%) пов'язана із заміною на різних етапах обслуговування (лікарем або провізором) в межах однієї групи дешевих ліків більш дорогими. Така ситуація формується за рахунок поєднання ліберальної (безрецептурної) реалізації більшості лікарських засобів та значного ступеня свободи, передусім фармацевтичних працівників, при відпуску фармпрепаратів. Загострює проблему агресивна маркетингова політика фармацевтич-

них кампаній з використанням економічного впливу на авторитетних спеціалістів медичної галузі і на лікарську спільноту в цілому та неконтрольоване рекламування лікарських засобів.

В Україні стандарти, правила і норми щодо системи забезпечення якості лікарських засобів недостатні та часто недосконалі. Сучасна система управління на всіх стадіях обігу лікарських засобів на базі належних виробничої (GMP), клінічної (GCP), лабораторної (GLP), дистрибуторської (GDP), аптечної (GPP), належної практики з фармаконагляду (GPhVP) та інших належних практик досі не створена.

Державна реєстрація лікарських засобів часто відбувається без випробувань біоеквівалентності генеричних препаратів, що призводить до проникнення на фармринку неякісних і неефективних лікарських засобів як іноземного, так і вітчизняного виробництва.

Контроль якості лікарських засобів проводиться епізодично через відсутність чіткої системи його здійснення та недостатність відповідної матеріально-технічної бази (недостатня мережа та устаткування лабораторій з контролю якості лікарських засобів).

В країні створено систему фармаконагляду щодо побічних реакцій, які виникають при медичному застосуванні ліків, та випадків відсутності ефективності, що не пов'язана з невідповідною якістю ліків. Однак ця система працює формально, про що свідчить практична відсутність виявлення непередбачених, тобто не зазначених в інструкціях, побічних дій лікарських засобів.

Також відсутня система виявлення та обліку фальсифікованих препаратів, однак за даними ВООЗ їх питома вага сягає 20%. Більшість фальсифікатів – це підробка продукції вітчизняного

виробництва, яка здійснюється безпосередньо в країні.

Відсутність прозорості у сфері призначення та споживання ліків призводить до нераціонального їх використання та поширення поліпрагмазії (призначення хворому надмірної кількості ліків), збільшує ризик побічних ефектів, зменшує прихильність пацієнта до лікування і підвищує вартість терапії.

В цілому проблеми доступності, якості та безпеки лікарських препаратів є гострими і вимагають термінового прийняття рішень щодо їх комплексного вирішення.

Фінансування системи охорони здоров'я

При вивченні такого структурного елемента систем охорони здоров'я, як фінансування медичного обслуговування, був використаний концептуальний підхід, запропонований J. Kutzin (2001) [15] і широко застосовуваний останніми роками при аналізі систем фінансування в європейських країнах [9;16], коли функція фінансування досліджується диференційовано за основними підфункціями: збір коштів, об'єднання коштів, механізми розподілу коштів, закупівля послуг, надання послуг. Детальний аналіз дозволив виявити низку проблем, що супроводжують реалізацію всіх підфункцій фінансування (табл. 7).

Таблиця 7. Проблеми фінансування системи охорони здоров'я в Україні

Функція фінансування	Проблема
Збір коштів	<ul style="list-style-type: none"> – Недостатній обсяг бюджетного фінансування (близько 3% ВВП). – Надмірні прямі витрати населення на потреби охорони здоров'я (близько 40% загальних витрат). – Збір коштів відбувається значною кількістю різних інститутів.
Об'єднання коштів	<ul style="list-style-type: none"> – Надмірна децентралізація та фрагментація фінансових потоків, у тому числі фінансування з державного бюджету паралельних (відомчих) систем охорони здоров'я.
Механізми розподілу коштів	<ul style="list-style-type: none"> – Розподіл фінансових коштів переважно за потужністю ЗОЗ. – Відсутність чіткого розмежування фінансових коштів між первинним та вторинним видами медичної допомоги. – Обмеженість частки фінансових коштів на потреби профілактики та первинної медичної допомоги.
Закупівля медичних послуг	<ul style="list-style-type: none"> – Діюча в Україні модель орієнтована на утримання ЗОЗ, а не на оплату наданих ними медичних послуг. – Кошторисне фінансування ЗОЗ практично виключає гнучкість у використанні фінансових коштів

Збір коштів. За останнє десятиліття обсяг фінансування охорони здоров'я в Україні істотно збільшився: майже у 8 разів у фактичному вимірі або у 2 рази в реальному вимірі з поправкою на інфляцію. Однак недостатнє фінансування галузі вважається однією з провідних проблем національної охорони здоров'я. Як свідчать дані національних рахунків в охороні здоров'я, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні коливаються в межах 5,5–6,5% ВВП. Такі показники характерні для ряду країн Східної та Центральної Європи. Проте співвідношення надходжень з державних та недержавних джерел фінансування в Україні є одним з найгірших на Європейському континенті (у 2005 р. країна посідала 44-е місце серед 53 держав європейського регіону і 5-е місце серед 12 держав СНД), що обмежує фінансову доступність медичної допомоги. За оцінками Світового банку, платежі населення за медичні послуги в Україні більш регресивні, ніж в інших країнах європейського регіону та країнах ОЕСР, і потенційно можуть відкинути велику частину людей за межу бідності.

Як згадувалося вище, фінансування охорони здоров'я здійснюється з різних джерел. Близько половини коштів охорони здоров'я, які виділяються з бюджетів різних рівнів, збираються податковими органами – біля 3% ВВП. Інші – численними структурами (аптечними, лікувально-профілактичними закладами, лікарняними касами, страховими організаціями та безпосередньо медичним персоналом) (рис. 2).

Той факт, що збір фінансових ресурсів здійснюється за допомогою системи загального оподаткування, свідчить про наявність широкої бази фінансування і, відповідно, про прогресивність фінансування системи охорони здоров'я. Проте експерти вважають, що податкову систему України вирізняє ряд особливостей, які негативно впливають на бюджетну політику держави: існування двох підсистем оподаткування – стандартної і спрощеної, що порушує цілісність податкової системи; значна нерівномірність розподілу податкового тягаря внаслідок масштабного ухиляння від сплати податків та наявності податкових пільг; використання єдиної податкової ставки прибуткового

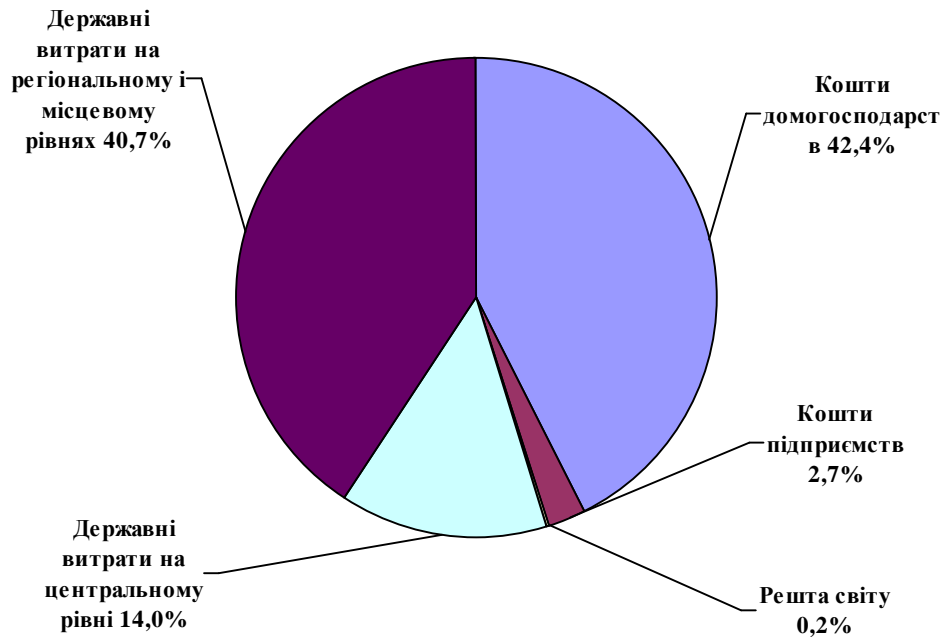


Рис. 2. Структура загальних витрат на охорону здоров'я за джерелами фінансування в Україні у 2009 р., % [7]

податку для осіб з різними доходами. У результаті систему оподаткування в Україні не можна вважати ефективною, оскільки вона не повністю відповідає основним принципам оподаткування – справедливості, ефективності, стабільності, адміністративної простоти й економічності [2].

Об'єднання коштів. Кошти системи охорони здоров'я надмірно фрагментовані та розпорочені. Однією з причин цього є те, що при реалізації ідей децентралізації владних повноважень та зміцнення місцевого самоврядування після отримання країною незалежності не було взято до уваги, що об'єднання коштів та ризиків у сфері охорони здоров'я повинно відповідати потребам сектора в консолідації й у подальшому перерозподілі ресурсів охорони здоров'я між різними групами населення та територіями з метою забезпечення фінансової стабільності та економічної доступності послуг охорони здоров'я для всіх категорій населення. Згідно з Бюджетним кодексом 2001 р., бюджетна система була розділена на 4 рівні (центральний, обласні, міські/районні і бюджети сіл та поселень). Новим Бюджетним кодексом, прийнятим в 2010 р., кількість рівнів фінансування охорони здоров'я зменшено до трьох за рахунок ліквідації рівня поселень, що дещо зменшило фрагментарність фінансових ресурсів, але проблема розпороченості коштів залишилася. Об'єднання коштів охорони здоров'я реалізується на різних рівнях бюджетної системи. Кошти пулів використовуються на утримання мереж закладів, що належать різним рівням, що створює міжбюджетні бар'єри при наданні медичної допомоги. Послуги, що надаються цими

установами, частково перетинаються і є взаємозамінними. Фінансування з бюджетів різних рівнів одних і тих самих видів медичної допомоги для одних і тих самих категорій населення, що надаються різними за підлеглистю медичними закладами, створює умови для неефективного використання наявних ресурсів – потужності і робота медичних закладів різного рівня частково дублюють один одного. Існування різних пулів створює перешкоди для раціонального планування та реструктуризації мережі закладів охорони здоров'я, не дозволяє оптимізувати процес надання медичної допомоги та сприяє виживанню неефективних методів надання послуг.

Посилює фрагментацію фінансових потоків існування відомчих систем охорони здоров'я. В Україні, крім системи охорони здоров'я, що знаходиться у підпорядкуванні МОЗ України, існує низка паралельних медичних служб систем міністерств та відомств, призначених для надання медичної допомоги відповідним категоріям працівників і членам їхніх сімей; а також наукової діяльності та клінік науково-дослідних установ Академії медичних наук, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу. На фінансування цих служб витрачається близько половини державного бюджету охорони здоров'я, або до 11% загальних державних витрат на охорону здоров'я. Наявність відомчих систем охорони здоров'я також призводить до підтримки дублюючих один одного потужностей медичних установ і, відповідно, неефективного використання державних коштів, що виділяються на охорону здоров'я.

Збільшує гостроту названих проблем безліч некерованих потоків коштів з недержавних джерел, які складають до половини загальних витрат на охорону здоров'я.

Механізми розподілу коштів залишилися незмінними з радянських часів (модель Семашко), коли основною метою було формування інфраструктури охорони здоров'я, а не задоволення справедливих потреб населення в медичній допомозі. Розподіл коштів переважно за потужністю ЗОЗ створює неадекватні стимули до екстенсивного розвитку, збереження надмірної і неефективної інфраструктури. Крім того, немає чіткого розмежування фінансових коштів між видами медичної допомоги (первинним, вторинним та третинним), що істотно зменшує ефективність використання ресурсів, перш за все створює передумови для зменшення частки фінансування, що виділяється на первинну медичну допомогу та профілактику, заважає концентрації фінансових ресурсів на певних видах допомоги.

Закупівля медичних послуг. Діюча в Україні модель передбачає утримання медичних закладів відповідно до їх потужності і фактично не має зв'язку з обсягами та якістю медичної допомоги, що ними надається. Механізми кошторисного фінансування медичних установ за численними кодами бюджетної класифікації зумовлюють вкрай низький рівень їх управлінської автономії, перш за все щодо можливості самостійного перерозподілу фінансових ресурсів між напрямками видатків залежно від конкретної ситуації, виникаючих потреб і пріоритетів, і не створюють у ЗОЗ стимулів до підвищення інтенсивності діяльності та ефективності використання ресурсів, а навпаки – підтримують стимули до екстенсивного розвитку галузі, збереження надмірної і неефективної інфраструктури (зокрема шляхом невинного збільшення числа амбулаторних консультацій, необґрунтованих госпіталізацій, подовження термінів госпіталізації тощо).

Оплата праці медичного персоналу. Існуюча система фінансування не забезпечує факторів, що стимулюють ефективність дій постачальників послуг і користувачів. В Україні заробітна плата медичного персоналу продовжує залишатися занадто низькою. Середній розмір заробітної плати по галузі значно нижчий, ніж в інших секторах економіки (порівняно з усіма галузями в 1,6 разу, порівняно із зарплатою в промисловості – в 1,8 разу). Порівняно із сусідніми країнами Центральної та Східної Європи (і навіть СНД) рівень зарплати нижчий в 5–10 разів. Оплата праці медичного й іншого персоналу здійснюється на основі ставок (посадових окладів), які практично не диференціюються залежно від спеціальності і характеру виконуваної

роботи. У переважній більшості випадків оплата праці персоналу в установах охорони здоров'я здійснюється лише за відпрацьований час, без реального врахування об'ємів, якості та ефективності роботи того або іншого співробітника. Преміювання і встановлення будь-яких надбавок до зарплати (окрім доплати за часткове заміщення вакантних штатних посад, надбавок за стаж і кваліфікаційну категорію, що є обов'язковими) відбувається досить рідко, передусім через дефіцит фінансування, і здійснюється за відсутності чітких критеріїв, що позбавляє більшість працівників стимулів до більш ефективної та якісної роботи.

Такі рівні оплати праці не можуть залучити і, тим більше, утримати кадри, особливо молоді, в системі охорони здоров'я. В результаті останніми роками формується ситуація, яка характеризується значними масштабами переходу медичних працівників до інших секторів економіки або еміграції, частіше в сусідні європейські країни. Ще однією перешкодою для впровадження ефективніших форм організації оплати праці персоналу є відсутність правових можливостей використання в медичних установах контрактної форми трудового договору. Водночас використання саме цього інструменту стимулювало б вироблення чітких критеріїв оцінки діяльності кожного працівника і забезпечило б більш прозору регулювання взаємних зобов'язань адміністрації і співробітників, у тому числі і стосовно методів і підходів до оплати праці.

У цілому діюча в Україні система фінансування охорони здоров'я не призводить до мобілізації достатніх фінансових коштів для охорони здоров'я, їх ефективного об'єднання та розподілу, з тим, щоб люди могли користуватися необхідними послугами, та не забезпечує результативного захисту населення від фінансових ризиків, пов'язаних з необхідністю оплати медичних послуг у випадку захворювання, не створює стимулів для ефективного використання ресурсів системи [16].

Лідерство і управління

Управління є основною функцією і провідним структурним елементом систем охорони здоров'я для знаходження найбільш ефективних механізмів, що забезпечують отримання кращих результатів стосовно охорони здоров'я.

Управління системою охорони здоров'я не обов'язково означає, що всі управлінські функції повинні здійснюватися лише Міністерством охорони здоров'я або урядом країни. Важливу роль відіграють місцеві органи управління, постачальники медичних послуг, пацієнти, працівники охорони здоров'я та інші організації [11].

В системі управління охороною здоров'я і, особливо, управління її розвитком існує багато проблемних зон (табл. 8).

Таблиця 8. Проблеми, пов'язані з управлінням системою охорони здоров'я

Характеристика	Проблема
Політика в сфері охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> – Відсутність чітких цілей державної політики розвитку системи охорони здоров'я. – Недосконалість законодавчої на нормативно-правовій базі для ефективного функціонування системи. – Відсутність чіткого розмежування повноважень у сфері охорони здоров'я між центральними та місцевими органами влади, місцевими адміністраціями та органами місцевого самоврядування.
Оцінка результативності діяльності системи охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> – Недосконалість системи моніторингу стану здоров'я та діяльності системи охорони здоров'я. – Недосконалість системи підзвітності на всіх рівнях управління.
Участь в управлінні охороною здоров'я неурядових організацій та інших заінтересованих структур	<ul style="list-style-type: none"> – Відсутність дієвої системи співробітництва з неурядовими організаціями та іншими заінтересованими структурами за межами системи охорони здоров'я

Однією з провідних причин є нечіткість і неконкретність цілей, декларативність пріоритетів розвитку, без чого неможливо поступально рухатися у визначеному напрямку. До цього часу не розроблена дієва стратегія охорони здоров'я населення з урахуванням впливу основних детермінантів здоров'я. Діюча на сьогодні програма "Здоров'я нації" є формальним документом і не відповідає вимогам часу.

Суттєвою перешкоджає ефективному функціонуванню і розвитку галузі недосконалість законодавчої на нормативно-правовій базі, яка консервує підходи, що склалися ще за радянських часів. Недосконалою є оцінка динаміки стану здоров'я та її зв'язку з діяльністю системи охорони здоров'я.

Обмежує можливості проведення цілеспрямованої політики також відсутність чіткого розмежування управлінських функцій у сфері охорони здоров'я між центральними та місцевими органами влади, місцевими адміністраціями та органами місцевого самоврядування. Зокрема перетинаються і навіть дублюються повноваження місцевих адміністрацій і органів місцевого самоврядування щодо реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, розвитку мережі та фінансування закладів охорони здоров'я тощо.

В Україні не відпрацьовані механізми взаємодії державних та недержавних структур, залучення представників різних заінтересованих груп до вироблення політики управління охороною здоров'я, що призводить до уразливості рішень, які приймаються стосовно розвитку охорони здоров'я, і заважає надходженню інвестицій в систему.

У цілому система управління охороною здоров'я в Україні є досить архаїчною, недостатньо ефективною і потребує негайної і суттєвої модернізації.

Висновки

Проведений аналіз показав, що для зміцнення системи охорони здоров'я в Україні необхідне проведення послідовних і глибоких інституційних та структурних змін за всіма структурними елементами системи:

1. Для поліпшення надання медичних послуг дозволяє визначити провідні напрями реформування галузі:

- проведення структурної перебудови системи медичної допомоги, включаючи інституціональне розмежування первинної, вторинної та третинної допомоги, виходячи з потреб населення в різних видах допомоги, для раціоналізації та підвищення ефективності використання наявних ресурсів за рахунок концентрації фахівців і обладнання у закладах охорони здоров'я відповідних типів;

- забезпечення пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги з акцентом на її профілактичну складову, швидкої та інтенсивної медичної допомоги;

- створення мережі закладів для надання первинної медико-санітарної допомоги (центрів ПМСД), які відповідають вимогам фінансової стійкості та ефективної керованості первинної медичної допомоги;

- створення на обласному рівні єдиної системи надання екстреної медичної допомоги з мережею станцій, підстанцій швидкої медичної допомоги та пунктів тимчасового перебування виїзних бригад ШМД для забезпечення часу доїзду до пацієнта: у сільській місцевості – 20 хвилин, у містах – 10 хвилин;

- удосконалення системи транспортних комунікацій, дооснащення санітарним автотранспортом та засобами зв'язку для належного функціонування служб швидкої допомоги;

- концентрація інтенсивної медичної допомоги вторинного рівня в лікарнях для інтенсивного

лікування із забезпеченням (кадровим, техніко-технологічним, за інтенсивністю втручань) надання допомоги в цілодобовому режимі, що дозволить підвищити якість медичного обслуговування, збереження життя і підвищення його якості, як за рахунок поліпшення оснащення медичних установ, так і за рахунок підвищення професійної майстерності лікарів, що надають великі обсяги відповідних втручань;

- створення в країні системи відновного лікування та реабілітації з метою зменшення інвалідизації хворих;

- створення системи хоспісної допомоги для надання паліативної допомоги термінальним хворим, що дозволяє зменшити їм страждання в останній період життя та померти, зберігши людську гідність;

- створення умов для більш інтенсивного та багатоаспектного розвитку приватного сектору охорони здоров'я;

- запровадження сучасних механізмів організації медичної допомоги, включаючи вільний вибір лікаря первинної ланки та систему направлень (контрольно-пропускну систему) на вторинний та третинний рівні медичної допомоги;

- запровадження дієвої системи управління якістю медичного обслуговування, включаючи розробку та застосування медичних стандартів та клінічних протоколів, що ґрунтуються на надійних наукових даних;

- підвищення якості та об'єктивності зовнішнього (позавідомчого) контролю якості шляхом створення незалежних структур для оцінки відповідності установ ліцензійним та акредитаційним вимогам та внутрішнього (відомчого) контролю якості медичної допомоги.

2. Для покращення кадрового забезпечення:

- запровадження планування потреб в кадрових ресурсах за їх чисельністю та структурою згідно із спеціальностями та виходячи з реальних потреб населення у різних видах медичної допомоги;

- забезпечення підготовки/перепідготовки медичного персоналу відповідно до потреб галузі, передусім потреб в первинній медичній допомозі;

- підвищення якості до- і післядипломної підготовки медичного персоналу з акцентом на практично орієнтоване навчання;

- створення умов та стимулів для рівномірного географічного розподілу та закріплення медичного персоналу у відповідних закладах охорони здоров'я;

- створення умов та стимулів для підтримки високого кваліфікаційного рівня медичного персоналу;

- запровадження професійного менеджменту у системі охорони здоров'я.

3. Для оптимізації інформаційного забезпечення:

- створення інформаційної інфраструктури в системі охорони здоров'я;

- розробка та запровадження системи управлінського обліку в закладах охорони здоров'я;

- розробка та запровадження системи індикаторів моніторингу стану здоров'я, оцінки функціонування галузі та якості медичного обслуговування.

4. Для поліпшення забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення:

- створення системи ефективного державного регулювання та контролю за цінами на лікарські препарати;

- запровадження сучасної системи управління якістю на всіх стадіях обігу лікарських засобів;

- створення системи контролю якості лікарських засобів;

- оптимізація системи фармнагляду.

5. Для створення належної системи фінансування системи охорони здоров'я:

- визначення обсягу державних фінансових зобов'язань у сфері охорони здоров'я;

- зменшення фрагментації фінансових потоків шляхом об'єднання бюджетних коштів у потужні фінансові пули та ліквідації паралельних (відомчих) систем фінансування охорони здоров'я;

- запровадження розподілу фінансових ресурсів між різними видами медичної допомоги відповідно до медичних потреб населення;

- запровадження методів фінансування закладів охорони здоров'я, що враховують обсяги, структуру та результативність медичної допомоги, що ними надається, та збільшують можливість гнучкого використання коштів;

- розробка обґрунтованих тарифів на медичні послуги;

- законодавче визначення форм та розмірів участі населення у витратах на покриття вартості медичної допомоги;

- диференціація оплати праці медичного персоналу, виходячи з обсягу та якості медичних послуг, що ним надається.

6. Для підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я:

- чітке визначення в конкретному вимірі цілей системи охорони здоров'я на певний період часу;

- обґрунтоване визначення пріоритетів розвитку системи;

- розробка стратегії охорони здоров'я населення з ідентифікацією загальнонаціональних і місцевих загроз стану здоров'я населення;

- визначення етапів та реалістичних графіків запровадження для кожного етапу реформ;

- оптимізація розмежування управлінських функцій в сфері охорони здоров'я між центральними та місцевими органами влади, місцевими адміністраціями та органами місцевого самоврядування;
- запровадження з використанням інформаційних технологій системи моніторингу стану здоров'я, доступності, якості та ефективності медичної допомоги;
- опрацювання форм співробітництва із заінтересованими організаціями при розробці та

реалізації політики в сфері охорони здоров'я, які забезпечать формування довіри до реформ серед населення, професійної спільноти працівників охорони здоров'я, бізнесу тощо.

Комплексна реалізація зазначених перетворень дозволить суттєво зміцнити національну систему охорони здоров'я і перш за все істотно поліпшити доступність, якість медичної допомоги та ефективність використання ресурсів системи.

Список літератури

1. Волчек В. В. Аналіз якості лікувально-діагностичного процесу кардіологічних хворих в спеціалізованих відділеннях / В. В. Волчек // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 100–103.
2. Геец В. Бюджетная политика в Украине: проблемы и перспективы / В. Геец // Зеркало недели. – 2004. – № 5 (7–13 февр.).
3. Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных] [Электронный ресурс] : Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, по состоянию на январь 2011 г. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>. – Заглавие с экрана
4. Князевич В. М. Наукове обґрунтування оптимізації системи інтенсивної медичної допомоги населенню України: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.02.03 / В. М. Князевич. – К., 2008. – 36 с.
5. Крячкова Л. В. Аналіз медичних маршрутів пацієнтів кардіологічного профілю / Л. В. Крячкова // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. – № 3. – С. 61–64.
6. Лехан В. М. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек // Східноєвроп. журн. громадського здоров'я. – 2008. – Т. 2, № 2. – С. 44–52.
7. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2009 році : стат. бюл. / Державний комітет статистики України. – К., 2011. – 101 с.
8. Подоляка В. Л. Наукове обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги у великому промисловому місті: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.02.03 / В. Л. Подоляка. – К., 2008. – 36 с.
9. Подходы к политике финансирования в Европейском регионе ВОЗ / Европейский региональный комитет ВОЗ. Пятьдесят шестая сессия, Копенгаген, 11-14 сент. 2006 г. [Электронный документ]. – Режим доступа: http://build.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/77555/RC56_rbd01.pdf. – Название с экрана.
10. Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011–2020 роки : наказ МОЗ України № 769 від 13.09.2010 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100913_769.html. – Назва з екрану.
11. Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ / Европейский региональный комитет. Пятьдесят восьмая сессия. Тбилиси, Грузия, 15–18 сент. 2008 г. [Электронный документ]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/70183/RC58_rdoc09.pdf. – Название с экрана.
12. Ярош Н. П. Наукове обґрунтування ролі та місця обласної лікарні в системі охорони здоров'я на сучасному етапі реформування сектора: автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.02.03 / Н. П. Ярош. – К., 2001. – 19 с.
13. Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. – Geneva : WHO, 2007. – 57 p.
14. Health systems topics [Электронный документ]. – URL : <http://www.who.int/healthsystems/topics/en/index.html>. – Title from screen.
15. Kutzin J. A. Descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements / J. A. Kutzin // Health Policy. – 2001. – Vol. 56. – P. 171–204.
16. The Ukrainian health financing system and options for reform / Valeria Lekhan, Volodymyr Rudyi, Sergey Shishkin // Health Systems Financing Programme WHO Regional Office for Europe, 2007. – 33 p. [Электронный документ]. – URL : <http://www.euro.who.int/document/e90754.pdf>. – Title from screen.
17. The world health report 2008: primary health care now more than ever. – Geneva : WHO, 2008. – 152 p. [Электронный документ]. – URL : http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf. – Title from screen.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ УКРАИНЫ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РАЗВИТИЯ

В. Н. Лехан, Г. А. Слабкий, М. В. Шевченко, Л. В. Крячкова, В. Г. Гінзбург (Киев, Днепропетровск)

Проведена оценка деятельности здравоохранения Украины на основании анализа выполнения основных функций системы по шести структурным элементам. Подробно рассмотрены современные проблемы

системы здравоохранения и вызовы для отрасли. Выявлены ведущие причины проблем украинского здравоохранения. На основе проведенного анализа определена необходимость осуществления последовательных и глубоких институциональных и структурных изменений по всем структурным элементам системы. Предложен комплекс ведущих направлений реформирования отрасли, внедрение которых будет способствовать повышению эффективности и укреплению системы здравоохранения Украины, позволит улучшить доступность и качество медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: система здравоохранения, структурные элементы системы, направления реформирования.

HEALTH CARE IN UKRAINE: PROBLEMS AND WAYS DEVELOPMENT

V. N. Lekhan, G. O. Slabkyi, M. V. Shevchenko, L. V. Kriachkova, V. G. Ginzburg (Kiev, Dnipropetrovsk)

The article describes the evaluation of Ukraine health care, based on analysis of the core functions of the six structural elements. The modern problems of health care system and calls for the industry has been examined. The leading causes of health problems of the Ukrainian health care have been discovered. On the basis of the analysis the necessity for coherent and profound institutional and structural changes in all structural elements of the system health care has been identified. The set of leading directions of the sector reform, whose implementation will improve efficiency and strengthen the health system of Ukraine and will allow to improve the availability and quality of medical care.

KEY WORDS: health care system, structural elements of the system, the direction of reformation.

Рецензент: д.мед.н., проф. О. З. Децик

ЗДОРОВ'Я І СУСПІЛЬСТВО

УДК 616.921-036.22(447.84)

*А. Г. ШУЛЬГАЙ, С. С. ДНІСТРЯН, Н. Я. ПАНЧИШИН, Л. М. РОМАНЮК,
О. Н. ЛИТВИНОВА, В. Л. СМІРНОВА, Н. О. ТЕРЕНДА, Н. Є. ФЕДЧИШИН (Тернопіль)*

ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРНОСТІ ГРИПУ ТА ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

В роботі наведені порівняльні дані поширеності грипу та гострих респіраторних інфекцій в Україні та Тернопільській області. Дана соціально-гігієнічна оцінка особливостей епідемічного підйому захворюваності 2009-2010 рр.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: грип, гострі респіраторні вірусні інфекції.

Грип та гострі респіраторні інфекції є найбільш поширеними в світі серед інфекційних хвороб. Щорічні підйоми захворюваності набирають епідемічного характеру, інтенсивність

якого в різні роки є різною. В Україні на грип та гострі респіраторні інфекції щороку хворіє від 5 до 16 мільйонів осіб. Половина з них припадає саме на короткий період епідемії (4 – 8 тижнів).

Значна поширеність грипу зумовлена невинною мінливістю збудника та надзвичайною активністю механізму його передачі [4, 5].

Серед захворілих на грип часто виникають ускладнення, що є особливо небезпечними для осіб груп медичного ризику. Це, в свою чергу, призводить до підвищення загальної смертності та смертності від пневмоній, спричинених грипом. Летальність від грипу та пневмоній серед цих пацієнтів значно вища, ніж серед інших груп населення.

Епідемічний підйом грипу у листопаді – грудні 2009 р. значно відрізнявся від попередніх років. Однією з відмінностей була поява нового збудника, який швидко поширювався по всьому світу, домінуючи над іншими вірусами [2, 3]. Збудник значно відрізнявся за антигенними властивостями від вірусів сезонного грипу останніх років, тому захворювання більше охопило молоде покоління (найбільша кількість випадків реєструється серед людей віком до 50 років, тоді як при сезонному грипі більша частка припадає на дитяче населення). Епідемія розпочалася з Західного регіону України, де на 45-му тижні (02.11 – 08.11.2009 р.), за даними українського центру грипу, питома вага захворілих становила 65 % від всіх захворілих у країні.

Фактично, за даними статистики, за період епідемії з жовтня 2009 р. по травень 2010 р. в Україні на грип та ГРВІ перехворіли 7 753 635 осіб, що становило 16,87 % всього населення [1].

Мета роботи: визначення поширеності грипу і гострих респіраторних інфекцій у західному регіоні України на прикладі Тернопільської області на підставі аналізу захворюваності на грип та ГРВІ за 10 років та соціально-гігієнічного аналізу епідемічної ситуації в період сезонного підйому у 2009 році.

Матеріали і методи. У роботі використані інформаційно-статистичні матеріали Тернопільської санітарно-епідеміологічної станції за 2000-2010 роки, а також матеріали потижневої захворюваності в період епідемії 2009 року. Додатково проведено рандомізоване анкетування 1848 осіб, які хворіли грипом чи гострими респіраторними захворюваннями в період епідемічного спалаху грипу в Тернопільській області 2009-2010 рр. Статистична обробка матеріалу проведена з використанням програми Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Динаміка захворюваності населення України на грип та гострі респіраторні захворювання за період 1999-2010 років має різні тенденції і характеризується певними амплітудними коливаннями (табл. 1). Захворюваність населення грипом має чітку спрямованість до зниження протягом останніх 10 років. Проте серед помірного зменшення показників захворюваності на грип спостерігаються різкі амплітудні підйоми у 2003 році у 4,2 рази в порівнянні з попереднім роком та у 2007 році у 6,5 разів. Динамічне зниження захворюваності в країні на грип за останніх десять років пов'язується з багатьма факторами. Одним із надзвичайно важливих є значне зменшення реєстрації захворюваності у зв'язку зі зменшенням кількості організованих колективів та зменшення звертання хворих у лікувально-профілактичні заклади для отримання листка тимчасової непрацездатності. В останній рік епідемічного підйому захворюваності на грип та ГРВІ захворюваність населення України на грип була на 47,2 % нижчою середніх показників за останні 10 років.

Показники захворюваності на грип в Тернопільській області також мав тенденцію до зни-

Таблиця 1. Динаміка захворюваності на грип і ГРВІ населення України за 1999 – 2009 рр.

Рік	Захворюваність на грип				Захворюваність на ГРВІ			
	Захворюваність на 100 тис. нас.	Абсолютний приріст	Темп росту, % при змінній основі	Темп приросту, %	Захворюваність на 100 тис. нас.	Абсолютний приріст	Темп росту, % при змінній основі	Темп приросту, %
1999	3 381,2	–	–	–	16 306,5	–	–	–
2000	2 896,7	-484,5	85,67	-14,33	16 915,4	608,9	103,73	3,73
2001	1 825,5	-1 071,2	63,01	-36,98	16 812,8	-102,6	99,40	-0,60
2002	548,2	-1 277,3	30,03	-69,97	15 910,8	-902	94,63	-5,36
2003	2 258,5	1 710,3	411,98	311,98	16 320,5	409,7	102,58	2,57
2004	752,1	-1 506,4	33,30	-66,70	15 973,9	-346,6	97,87	-2,12
2005	993,5	241,4	132,10	32,10	16 861,1	887,2	105,55	5,50
2006	156,2	-837,3	15,72	-84,27	15 764,8	-1 096,3	93,50	-6,50
2007	1 014,0	857,8	649,17	549,17	17 239,2	1 474,4	109,35	9,35
2008	685,5	-328,5	67,60	-32,39	16 666,8	-572,4	96,58	-3,42
2009	619,8	-65,7	90,42	-9,58	19 466,8	2 800	116,80	16,80

ження протягом останніх 10 років (табл. 2). Так має місце зменшення захворюваності населення на грип від 3249,5 (на 100 тис. населення) у 1999 до 106,9 (на 100 тис. населення) у 2009 році. Співставивши показники офіційної статистики можна твердити, що за 10 років захворюваність на грип у Тернопільській області, як і в Україні загалом, зменшилася у десятки разів.

Дещо іншою є динаміка змін захворюваності населення на ГРВІ. Серед населення України протягом останнього десятиріччя підйоми захворюваності населення змінювалися знижен-

нями з інтервалами приблизно в один рік. Проте захворюваність на ГРВІ тримається на досить стабільному рівні 15764,8 - 17239,2 (на 100 тис. населення) і зростала до 19466,8 лише у період епідемічного підйому 2009 року. Темп приросту (спаду) не переважає 10 % межі, за виключенням останнього епідемічного підйому 2009 року, який становить 16,8 %.

Захворюваність населення Тернопільської області на ГРВІ має дещо іншу картину, яка характеризується значно більшими коливаннями. Необхідно відмітити те, що у 2003 та у 2007 ро-

Таблиця 2. Динаміка захворюваності населення Тернопільської області на грип і ГРВІ за 1999–2009 рр.

Рік	Захворюваність на грип				Захворюваність на ГРВІ			
	Захворюваність на 100 тис. нас.	Абсолютний приріст	Темп росту, % при змінній основі	Темп приросту, %	Захворюваність на 100 тис. нас.	Абсолютний приріст	Темп росту, % при змінній основі	Темп приросту, %
1999	3 249,5	–	-	-	3 837,0	–	-	-
2000	1 302,3	-1 947,2	40,08	-59,92	11 215,6	7 378,6	292,30	192,30
2001	2 001,2	698,9	153,67	53,67	11 231,5	15,9	100,14	0,14
2002	156,2	-1 845	7,80	-92,2	10 262,8	-969,5	91,38	-8,62
2003	1 281,7	1 125,5	820,55	720,55	10 347,6	84,8	100,83	0,83
2004	243,4	-1 038,3	18,99	-81,01	9 140,4	-1 207,2	88,33	-11,67
2005	102,3	-141,1	42,03	-57,97	10 079,9	939,5	110,28	10,28
2006	63,2	-39,1	61,78	-38,22	10 473,3	393,4	203,90	3,90
2007	431,8	368,6	683,23	583,23	10 939,4	466,1	104,45	4,15
2008	186,6	-245,2	43,21	-56,79	10 751,3	-188,1	98,28	-1,72
2009	106,9	-79,7	57,29	42,71	15 037,4	4 286,1	139,87	39,87

ках, коли захворюваність населення України на грип збільшувалася відповідно у 4,2 та 6,5 разів у порівнянні з попереднім роком, то приріст захворюваності на ГРВІ змінювався від 2,57 % до 9,35 %. Порівняльна характеристика темпу приросту (спаду) захворюваності на грип у період епідемічного підйому 2009 року вказує на зниження показників захворюваності, як серед населення Тернопільської області так і України, на грип та збільшення захворюваності на гострі респіраторні інфекції. Враховуючи складність перебігу захворювання і те, що рівень госпіталізації становив 5,72 % від усіх хворілих [1] можна вказати на те, що не завжди хворим був встановлений діагноз грипу, а більшість лікарів встановлювали діагноз гострої респіраторної вірусної інфекції.

Для соціально-гігієнічної оцінки епідемічного спалаху грипу в Тернопільській області нами проведено рандомізоване соціально-гігієнічне дослідження осіб, які перехворіли під час епідемії грипом або ГРВІ. Встановлено, що серед хворілих під час епідемічного спалаху 57,32± 2,49 % становлять особи віком від 19 до 59 років,

6,31±0,25 % – 60 років і старші, 36,67±2,46 % – діти різного віку. Такі дані підтверджують особливу активність збудника щодо захворюваності населення молодого та працездатного віку та низький рівень захворюваності у старшому віці. Частіше всього під час епідемії хворіли особи, які знаходилися в організованих колективах. Серед таких робітники – 21,58±3,04 %, службовці – 16,73±2,31 %, школярі – 16,62 %. Найменші показники захворюваності спостерігаються серед інвалідів (0,64±0,01 %) та підприємців (1,76±0,05 %). З числа дорослого населення у більшості хворіли особи, які мають низький рівень доходів. Серед останніх це ті, засобом існування яких є заробітна плата – 35,12±2,81 %, у 9,52±0,73 % – пенсія, доходи від ведення власного господарства у 6,78±0,46 %. Особливістю даного епідемічного спалаху є те, що у 79,72±3,25 % захворіли не палять, а 72,10±5,38 % – не зловживають алкоголем. Характерною особливістю було те, що серед осіб, які захворіли грипом чи ГРВІ у період епідемічного спалаху 57,15±3,52 % раніше хворіли грипом або ГРВІ. Досить низькими були показники захворюва-

ності серед осіб, які піддавалися щепленню у попередні роки – $3,50 \pm 0,03$ %.

Незначна кількість осіб, які захворіли на грип чи ГРВІ напередодні епідемічного спалаху застосовували ті чи інші профілактичні засоби. Зокрема, близько 1,0 % осіб із захворілих були щеплені вакциною проти грипу, а $11,23 \pm 1,32$ % застосовували противірусні препарати чи інтерферони. Решта населення, які захворіли, не застосовували профілактичних засобів.

Як показали результати проведених досліджень, в колективах під час епідемії досить активно застосовувалися профілактичні засоби. У $99,05 \pm 0,04$ % випадків дотримувалася масочний режим, а у $94,46 \pm 3,27$ % випадків – посилені дезінфікаційні заходи. Проте безпосередньо заходи, які впливають на поширеність вірусних інфекцій, провітрювання приміщень та інші застосовувалися лише у $61,15 \pm 2,48$ %.

Більшість осіб, які захворіли на грип, чи ГРВІ у епідемічний період із запізненням звертали за медичною допомогою. Найчастіші випадки звернення до лікаря мали місце на 3-6 день від початку захворювання. В основному населення вперше зверталось за медичною допомогою до сімейного лікаря амбулаторії, або поліклініки – $63,58 \pm 3,22$ %, безпосередньо до центральної районної лікарні – $20,87 \pm 1,35$ %, фельдшерсько-акушерських пунктів – $12,46 \pm 1,03$ %. Серед опитаних осіб у $10,01 \pm 1,07$ % випадків застосовувалася госпіталізація. Показник госпіталізації у Тернопільській області переважає в 1,75 рази загальний показник госпіталізації в Україні під час епідемії 2009-2010 року. У переважній більшості осіб термін госпіталізації тривав від 5 до 10 днів і закінчувався у $93,30 \pm 2,75$ % випадків повним одужанням. Проте у $2,73 \pm 0,08$ % випадків

спостерігалось часткове одужання, а у $4,02 \pm 0,06$ % випадків – ускладнення.

Нами також проведено вивчення оцінки надання медичної допомоги. На основі проведеного аналізу встановлено, що $76,12 \pm 3,09$ % вважають, що медична допомога їм була надана на достатньому рівні кваліфікованим медичним персоналом. Із недоліків лікування у тих чи інших лікувально-профілактичних закладах найчастіше згадувалися відсутність сучасної лабораторної діагностики, невчасно розпочате лікування, відсутність безкоштовного лікування та дорогі вартісні ліки, які в цілому склали $6,83 \pm 0,31$ %.

Висновки

1. Протягом останніх 10 років спостерігається динамічне зниження захворюваності населення, як Тернопільської області так і України, на грип. Динаміка захворюваності на ГРВІ характеризується періодичними підйомами та спадами, які відбуваються в середньому з інтервалом в один рік.

2. У період епідемічного сезону 2009-2010 рр. у Тернопільській області серед захворілих $57,32 \pm 2,49$ % становлять особи віком від 19 до 59 років.

3. Більша частка захворілого населення Тернопільської області має відношення до організованих колективів та має низький рівень матеріального забезпечення.

4. Для зменшення захворюваності на грип та інші ГРВІ доцільною є розробка комплексної регіональної програми профілактичних заходів, в тому числі вакцинопрофілактики.

Перспективи подальших досліджень полягають у науковому обґрунтуванні заходів попередження епідемічних підйомів захворюваності на грип та ГРВІ.

Список літератури

1. Гриневич О. І. Уроки 7-ї Міжнародної конференції з актуальних питань інфекційних хвороб /О. І. Гриневич, О. М. Семенюк //Український медичний часопис. – 2010. – № 4 (78). – С. 4-5.
2. Дзюблик І. В. Підготовка до очікуваної пандемії грипу: роль дидактичного компонента /І. В. Дзюблик, А. П. Міроненко, А. М. Атлас //Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія. – 2008. – № 5 (16). – С. 4-6.
3. Пловецька І. А. Епідемічний процес грипу і ГРВІ у працівників різних виробництв /І. А. Пловецька //Експерим. і клініч. медицина. – 2007. – № 4. – С. 152-155.
4. Echevarria-Zuno S. Infection and death from influenza A H1N1 virus in Mexico: a retrospective analysis /S. Echevarria-Zuno, J. M. Mejia-Arangure, A.J.Mar-Obeso //Lancet. – 2009. – № 374. – P. 2072-2079.
5. Garten R.J. Antigenic and genetic characteristics of swine-origin A (H1N1) influenza virus circulating in humans. /R. J. Garten, C. A. Russell //Science. – 2009. – № 325. – P. 197-201.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГРИППА И ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

А. Г. Шульгай, С. С. Днистрян, Н. Я. Панчишин, Л. Н. Романюк, О. Н. Литвинова, В. Л. Смирнова, Н. А. Теренда, Н. Е. Федчишин (г. Тернополь)

В работе приведены сравнительные данные распространенности гриппа и острых респираторных инфекций в Украине и Тернопольской области. Приведена социально-гигиеническая оценка особенностей эпидемического подъема заболеваемости 2009-2010 гг.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: грипп, острые респираторные вирусные инфекции.

FEATURES OF PREVALENCE OF INFLUENZA AND ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS IN TERNOPIIL REGION

A. Shulgay, S. Dnistryan, N. Panchyshyn, L. Romanyuk, O. Lytvynova, V. Smirnova, N. Terenda, N. Fedchyshyn (Ternopil)

The article presents comparative data of prevalence against influenza and acute respiratory infections in Ukraine and Ternopil region. The social-hygienic estimation of the features of the morbidity epidemic rise during 2009-2010 was determined.

KEY WORDS: **influenza, acute respiratory viral infections.**

УДК 312.6:616-057.36:355.25(477)

Л. В. ДІДЕНКО, Л. А. УСТИНОВА, М. І. ХИЖНЯК (Київ)

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ОСІБ ОФІЦЕРСЬКОГО СКЛАДУ ВІЙСЬКОВОГО ЗАПАСУ НА ЕТАПІ ВСТУПУ ТА ПРОХОДЖЕННЯ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ В 2001-2010 РР.

Центральна військово-лікарська комісія Міністерства Оборони України
Українська військово-медична академія Міністерства Оборони України

У статті вивчена придатність до військової служби осіб офіцерського складу військового запасу на етапі вступу та проходження військової служби в Збройних Силах України. Встановлено, що особливості динаміки змін стану здоров'я та фізичного розвитку офіцерського складу військового запасу на етапах вступу та проходження військової служби необхідно враховувати при комплектуванні військового запасу збройних сил в умовах переходу до професійної армії.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **військовий запас офіцерського складу, етапи вступу та проходження військової служби, стан здоров'я військовослужбовців офіцерського складу військового запасу, стан фізичного розвитку військовослужбовців офіцерського складу військового запасу, придатність до військової служби у військовому запасі.**

Питання стану здоров'я та фізичного розвитку осіб офіцерського складу військового запасу Збройних Сил (ЗС) України, медичного забезпечення їх призову на військову службу в разі необхідності постійно знаходяться у центрі уваги медичної служби ЗС України, штатних військово-лікарських комісій військових округів та Центральної військово-лікарської комісії Міністерства оборони України [3-7;11-15].

В сучасних умовах комплектування здоровим контингентом ЗС України й інших силових структур значною мірою ускладнене. Соціально-економічна криза, психологічна напруженість у суспільстві, відсутність цілеспрямованої лікувально-оздоровчої роботи серед громадян негативно позначаються на стані здоров'я осіб офіцерсь-

кого складу військового запасу ЗС України [1;2;8-10].

Стан здоров'я та фізичного розвитку на етапах вступу та проходження військової служби є передумовою придатності їх до військової служби у військовому запасі. Здорові та добре фізично розвинуті військовослужбовці здатні не тільки успішно володіти бойовою технікою та ефективно її використовувати, але й після закінчення військової служби бути придатними до військової служби у військовому запасі. Фізично міцні військовослужбовці добре переносять підвищені навантаження, нервово-психічну напругу та дію інших несприятливих факторів. Стан здоров'я та фізичного розвитку – одні з основних критеріїв відбору на військову службу, контролю за бойовою та фізичною підготовкою, ставленням

військовослужбовця до підтримки та збереження свого здоров'я. Стан здоров'я та фізичного розвитку значною мірою обумовлює бойову придатність особового складу та характеризує людський фактор боєздатності частин і відображає перспективу придатності їх до військової служби у військовому запасі [1;2;8–10].

Здоров'я військовослужбовців було предметом багатьох досліджень з проблем військової медицини (В.Я. Білий зі співавт., 2000; Т.А. Бібік, 2005, 2007; Ю. Калагін, 2007; М.П. Захараш зі співавт., 2008) [3–7;9;15]. Однак в цих працях не досліджувалося зміни у стані здоров'я та фізичного розвитку осіб офіцерського складу військового запасу в умовах переходу до професійної армії, їх вплив на придатність до військової служби і готовність служити в ЗС України.

Таким чином, особливого значення на сьогодні набуває вивчення стану здоров'я та фізичного розвитку осіб офіцерського складу військового запасу на етапах вступу та проходження військової служби в ЗС України.

Метою дослідження є вивчення придатності до військової служби осіб офіцерського складу військового запасу на етапі вступу (курсанти) та проходження військової служби (офіцери) в ЗС України на основі вивчення особливостей стану їхнього здоров'я та фізичного розвитку для поліпшення процесу комплектування офіцерського складу військового запасу ЗС України людськими ресурсами при переході на професійну основу.

Матеріали і методи. Основою роботи є епідеміологічне дослідження, зокрема його статистичний метод. У дослідженні використано матеріали офіційної медичної статистики – статистичну звітність за формами № 2/мед. і № 4/мед.; звіти про результати медичного огляду військовослужбовців ЗС України за 2001–2010 рр. За цими матеріалами вивчалися динамічні зміни у стані

здоров'я та фізичного розвитку військовослужбовців офіцерського складу військового запасу на етапі вступу та проходження військової служби в ЗС України за 2001–2010 рр. Визначення груп стану здоров'я та оцінка фізичного розвитку військовослужбовців офіцерського складу проводилося згідно з наказом МО України № 402 від 14.08.2008 р. “Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України”. В ході розрахунків за число спостережень приймалися кількість військовослужбовців, що були охоплені медичним оглядом у військово-лікарських комісіях і визнані придатними до військової служби.

Результати дослідження та їх обговорення. Особовий склад ЗС України має складну структуру за категоріями та є неоднорідним за віком і періодичністю оновлення. Військовослужбовці та військовозобов'язані поділяються на рядовий склад, сержантський і старшинський склад та офіцерський склад.

Військовослужбовці офіцерського складу ЗС України – це категорія військовослужбовців з певною віковою структурою, строками військової служби (частота оновлення колективу) та умовами розташування, харчування, водопостачання. За цими ознаками військовослужбовців офіцерського складу можна порівнювати з цивільним дорослим населенням.

За результатами досліджень нами встановлено, що на етапі вступу до військової служби в ЗС України серед осіб офіцерського складу військового запасу – курсантів превалювали військовослужбовці, які за станом здоров'я були здоровими і склали першу групу, їх питома вага за середнім багаторічним показником становила $86,45 \pm 0,38\%$ військовослужбовців. Частка молодого поповнення 1-ї групи за станом здоров'я в 2001–2010 рр. коливалася від 77,40% в 2005 р. до 95,26% в 2010 р. (табл. 1).

Таблиця 1. Стан здоров'я осіб офіцерського складу військового запасу (курсантів) на етапі вступу до військової служби в ЗС України в 2001–2010 рр. (%)

Група здоров'я*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Середній багаторічний показник
I	88,96	85,58	84,97	85,16	77,40	91,29	80,25	85,23	90,40	95,26	$86,45 \pm 0,38$
II	8,78	10,66	12,26	10,13	18,20	5,40	10,32	13,88	6,05	3,32	$9,90 \pm 0,33$
III	2,25	3,75	2,78	4,71	4,39	3,31	9,43	0,89	3,56	1,43	$3,65 \pm 0,21$
Всього	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примітка: I – здоровий, II – практично здоровий, III – потребує систематичного нагляду.

Другу групу стану здоров'я складали курсанти, які були практично здоровими і за середнім багаторічним показником вони становили в 2001–2010 рр. $9,90 \pm 0,33\%$ обстежених. Частка

курсантів 2-ї групи за станом здоров'я в 2001–2010 рр. зростала від 8,78% в 2001 р. до 18,20% в 2005 р., протягом 2006–2010 рр. – зменшилася до 3,32% в 2010 р. (табл. 1).

Третя група курсантів за станом здоров'я є найменшою, питома вага осіб офіцерського складу військового запасу на етапі вступу їх на військову службу до ЗС України за середнім багаторічним показником становила $3,65 \pm 0,21\%$ обстежених. Її складали курсанти, які за станом здоров'я потребували систематичного медичного нагляду. Питома вага молодого поповнення 3-ї групи за станом здоров'я в 2001–2007 рр. зростала від 2,25% в 2001 р. до 9,43% в 2007 р., протягом 2008–2010 рр. зменшилася до 1,43% в 2010 р. (табл. 1).

За результатами досліджень фізичного розвитку осіб офіцерського складу військового запасу

на етапі вступу в 2001–2010 рр. нами встановлено, що серед курсантів превалювали військово-службовці, які мали добрий стан фізичного розвитку, їх питома вага за середнім багаторічним показником становила $75,83 \pm 0,48\%$ військово-службовців. Частка добре розвинутих фізично курсантів в 2001–2010 рр. коливалася від 65,77% в 2003 р. до 84,55% в 2009 р. (табл. 2).

Середній стан фізичного розвитку в 2001–2010 рр. за середнім багаторічним показником мали $22,72 \pm 0,47\%$ військовослужбовців. Частка курсантів, які мали середній стан фізичного розвитку, в 2001–2010 рр. коливалася від 33,85% в 2003 р. до 15,18% в 2006 р. (табл. 2).

Таблиця 2. Стан фізичного розвитку осіб офіцерського складу військового запасу (курсантів) на етапі вступу до військової служби в ЗС України в 2001-2010 рр. (%)

Оцінка фізичного розвитку	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Середній багаторічний показник
Добрий	75,82	76,17	65,77	81,86	72,86	84,15	74,57	71,30	84,55	71,26	$75,83 \pm 0,48$
Середній	23,77	23,47	33,85	17,56	26,11	15,18	24,27	20,46	15,37	27,17	$22,72 \pm 0,47$
Недостатній	0,41	0,36	0,37	0,58	1,02	0,68	1,15	8,24	0,08	1,57	$1,45 \pm 0,13$
Всього	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Недостатньо розвинутий фізичний стан в 2001–2010 рр. мали $1,45 \pm 0,13\%$ осіб офіцерського складу військового запасу на етапі вступу на військову службу до ЗС України, їх питома вага коливалася від 8,24% в 2008 р. до 0,08% в 2009 р. (табл. 2).

За результатами досліджень нами встановлено, що на етапі проходження військової служби в ЗС України серед офіцерів, які формують людські ресурси офіцерського складу військового запасу, превалювали військовослужбовці, які за станом здоров'я були здоровими і складали

1-у групу, їх питома вага за середнім багаторічним показником становила $64,14 \pm 0,22\%$ військовослужбовців. Частка офіцерів 1-ї групи за станом здоров'я в 2001–2010 рр. зменшувалася від 69,40% в 2001 р. до 59,55% в 2010 р. (табл. 3).

Другу групу стану здоров'я складали офіцери, які були практично здоровими, за середнім багаторічним показником вони становили в 2001–2010 рр. $19,91 \pm 0,18\%$ обстежених. Частка офіцерів 2-ї групи за станом здоров'я в 2001–2010 рр. коливалася від 14,21% в 2009 р. до 25,48% в 2010 р. (табл. 3).

Таблиця 3. Стан здоров'я осіб офіцерського складу військового запасу (офіцерів) на етапі проходження військової служби в ЗС України в 2001-2010 рр. (%)

Група здоров'я*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Середній багаторічний показник
I	69,40	72,63	73,55	66,17	69,59	62,34	63,74	62,59	41,86	59,55	$64,14 \pm 0,22$
II	16,66	16,11	15,61	20,68	20,37	24,91	23,45	21,57	14,21	25,48	$19,91 \pm 0,18$
III	13,95	11,26	10,84	13,15	10,03	12,74	12,82	15,84	43,93	14,97	$15,95 \pm 0,17$
Всього	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Примітка: I – здоровий, II – практично здоровий, III – потребує систематичного нагляду.

Питома вага офіцерів третьої групи за станом здоров'я була майже такою, як і 2-ї групи, за середнім багаторічним показником вона становила $15,95 \pm 0,17\%$ обстежених, що майже втричі перевищує відповідний показник на етапі

вступу на військову службу. Питома вага офіцерів 3-ї групи за станом здоров'я в 2001–2010 рр. коливалася від 10,03% в 2005 р. до 43,93% в 2009 р. (табл. 3). Для встановлення причин зростання серед військовослужбовців офіцерського

складу кількості осіб, які потребують систематичного медичного нагляду, необхідно в подальшому провести вивчення структури захворювань, з приводу яких військовослужбовці строкової служби були визнані ВЛК непридатними (обмежено придатними) до військової служби в ЗС України, умов військової служби та побуту.

Висновки

1. Встановлено, що серед осіб офіцерського складу військового запасу на етапі вступу (курсанти) на військову службу за середнім багаторічним показником превалювали військовослужбовці, які за станом здоров'я були здоровими і склали 1-у групу (86,45±0,38% військовослужбовців); 2-га група (практично здорові) становила 9,90±0,33% військовослужбовців; 3-тя група (потребували систематичного медичного нагляду) була найменшою і становила 3,65±0,21% курсантів.

2. Виявлено, що серед осіб офіцерського складу військового запасу на етапі вступу (курсанти) за показниками фізичного розвитку в 2001–2010 рр. превалювали військовослужбовці, які мали добрий стан фізичного розвитку (75,83±0,48% військовослужбовців); середній

стан фізичного розвитку мали 22,72±0,47% військовослужбовців; недостатньо розвинутий фізичний стан мали 1,45±0,13% військовослужбовців.

3. Встановлено, що серед осіб офіцерського складу військового запасу на етапі проходження військової служби в ЗС України (офіцери) в 2001–2010 рр. превалювали військовослужбовці, які за станом здоров'я були здоровими і склали 1-у групу (64,14±0,22% військовослужбовців); 2-у групу (практично здорові) сформували 19,91±0,18% військовослужбовців; 3-я група (потребували систематичного медичного нагляду) була майже такою, як і 2-га група, і нараховувала 15,95±0,17% військовослужбовців.

Перспективи подальших досліджень.

Запропоновано провести комплексне дослідження стану здоров'я осіб військового запасу рядового та офіцерського складу на етапах звільнення з військової служби, причин зміни придатності їх до військової служби з метою розробки та впровадження на основі отриманих результатів нових науково обґрунтованих критеріїв придатності військовослужбовців до військової служби в запасі.

Список літератури

1. Бібік Т. А. Вивчення стану здоров'я та надання медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України за даними соціологічного опитування / Т. А. Бібік // Військова медицина України. – 2005. – № 2. – С. 50–52.
2. Бібік Т. А. До питання про подальший розвиток диспансеризації військовослужбовців Збройних сил України / Т. А. Бібік, Г. З. Мороз // Лік. справа. – 2007. – № 5/6. – С. 125–128.
3. Біла книга України 2005. Оборонна політика України: щорічник. – К. : МО України, 2006. – 134 с.
4. Біла книга України 2006. Оборонна політика України : щорічник. – К. : Військо України, 2007. – 95 с.
5. Біла книга України 2008. Оборонна політика України : щорічник. – К. : МО України, 2009. – 100 с.
6. Біла книга України 2009. Оборонна політика України : щорічник. – К. : МО України, 2010. – 92 с.
7. Державна програма розвитку Збройних Сил України на 2006–2011 роки (основні положення). – К. : НАОУ, 2005. – 40 с.
8. Калагін Ю. Охорона здоров'я військовослужбовців як складова соціальної сфери Збройних сил України / Ю. Калагін // Соц. психол. – 2007. – № 5. – С. 157–162.
9. Концепція професійного здоров'я військовослужбовців у Програмі будівництва та розвитку ЗС України / В. Я. Білий, О. О. Сохін, М. М. Вовкодав [та ін.] // Наука і оборона. – 2000. – № 3. – С. 22–26.
10. Питання оптимізації медичної та медико-експертної допомоги військовослужбовцям на регіональному рівні / М. П. Захараш, О. В. Сергієні, А. М. Кравченко, Г. І. Тітов // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 2. – С. 192–195.
11. Про внесення змін до Закону України "Про загальний військовий обов'язок і військову службу" : Закон України від 04.04.06. № 3597-IV // Оф. вісн. України. – 2006. – № 17 (10 трав.). – С. 1261.
12. Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію : Закон України від 02.03.2005 р. // Військове законодавство України: зб. нормативних актів. – К. : Атіка, 2005.
13. Про оборону України : Закон України від 06.12.1991 р. // Законодавство України з питань військової сфери. – К. : Азимут-Україна, 2003.
14. Про структуру військового резерву людських ресурсів : постанова КМУ від 18.10.2006 р. № 1426 // Оф. вісн. України. – 2006. – № 42 (1 листоп.). – С. 2805.
15. Стратегічний оборонний бюлетень України на період до 2015 року (Біла книга України): щорічник. – К. : Авант-пост-прім, 2004. – 96 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ ОФИЦЕРСКОГО СОСТАВА ВОЕННОГО ЗАПАСА НА ЭТАПЕ ВСТУПЛЕНИЯ И ПРОХОЖДЕНИЯ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ УКРАИНЫ В 2001–2010 РР.

Л. В. Диденко, Л. А. Устинова, М. І. Хижняк (Київ)

В статье изучена пригодность к военной службе лиц офицерского состава военного запаса на этапе вступления и прохождения военной службы в Вооруженных Силах Украины. Установлено, что особенности

динамики изменений состояния здоровья и физического развития офицерского состава военного запаса на этапах вступления и прохождения военной службы необходимо учитывать при комплектовании военного запаса вооруженных сил в условиях перехода к профессиональной армии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **военный запас офицерского состава, этапы вступления и прохождения военной службы, состояние здоровья военнослужащих офицерского состава военного запаса, состояние физического развития военнослужащих офицерского состава военного запаса, пригодность к военной службе в военном запасе.**

MODERN PECULIARITIES OF HEALTH AND PHYSICAL CONDITION OF RESERVED MILITARY OFFICERS AT THE STAGE OF JOINING AND CONDUCTING MILITARY SERVICE IN THE ARMED FORCES OF UKRAINE IN 2001-2010

L. V. Didenko, L. A. Ustinova, M. I. Khyzhniak (Kyiv)

Fitness of reserved military officers for military service at the stage of joining and conducting military service in the Armed Forces of Ukraine has been studied in the article. It has been established that the growing number of reserved military officers with changes in health and physical condition indicates insufficient level of their health which has a negative impact on their capability and gradually on their fitness for military service. Priorities of changes in organization of the process of completion by human resources of the reserved military officers' corps in the Armed Forces of Ukraine during their transition towards professional army have been defined, to include optimization of criteria of fitness for military service.

KEY WORDS: **reserved military officers corps, joining and conducting military service, state of health personnel officers of the military reserve, status of the physical development of the military officers of the military reserve, fitness for military service.**

Рецензент: к.мед.н. Н.В. Медведовська

УДК: 616-058+616-084+613.816

ОСОБЛИВОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ

I. М. КАРПІНЕЦЬ (Івано-Франківськ)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Стаття присвячена вивченню особливостей індивідуального способу життя, поширеності основних поведінкових чинників ризику хронічних неінфекційних захворювань серед хворих на алкоголізм.

Дослідження проводилось на базі закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області. Обстежено 552 особи, що знаходяться на обліку у лікаря-нарколога як залежні чи зловживають алкоголем, та 150 осіб контрольної групи.

Встановлено, що зловживання алкоголем супроводжується іншими поведінковими чинниками нездорового способу життя. Хворі на алкоголізм в декілька разів частіше і значно інтенсивніше, ніж здорові, курять тютюн, нерационально харчуються (не вживають свіжі овочі та фрукти, надають перевагу жирним, соленим і пряним продуктам), значно рідше практикують фізичні вправи.

КЛЮЧОВІ СЛОВА. **Алкоголізм, поведінкові чинники ризику, спосіб життя.**

Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень. Негативний вплив зловживання алкоголем на демографічні показники (зниження народжуваності, втрати трудових ресурсів), одні з найвищих в європейському регіоні рівні

захворюваності на гострі психотичні алкогольні розлади, інвалідності та смертності, асоційованої із зловживанням алкоголю, сприяння криміналізації суспільства наочно демонструють гостроту проблеми алкоголізму для України. [1,2].

Фемінізація та омолодження алкоголізму [2,3] не дозволяють робити позитивних прогнозів щодо розвитку ситуації надалі і вимагають координації зусиль науковців, фахівців галузі охорони здоров'я, урядових та громадських організацій, промислового сектору, засобів масової інформації, а також хворих і членів їх сімей щодо профілактики явища в суспільстві [1,2,3].

Відомо, що алкоголізм – це хвороба, яка характеризується психологічною залежністю і пов'язаними з нею змінами у поведінці та взаємодії з соціальним оточенням [4]. Однак, зловживання алкоголем є й доведеним чинником ризику різного роду соматичних захворювань, таких як: серцево-судинних, судинно-мозкових, органів травлення, травматизму, злоякісних захворювань тощо, більшість з яких є системними ризиками популяційного здоров'я [4,5,6].

З іншого боку, алкоголіки схильні вести нездоровий спосіб життя [2,5]. Серед них більш поширені інші вагомні чинники ризику вже вказаних хронічних неінфекційних хвороб, такі як: тютюнопаління, вживання наркотичних речовин, незбалансоване та нездорове харчування, гіподинамія, що в поєднанні з алкоголізмом значно посилює їх негативний вплив на індивідуальне та популяційне здоров'я [4,7,8].

Мета роботи: встановити особливості індивідуального способу життя, поширеності основних поведінкових чинників ризику серед хворих на алкоголізм, мешканців Прикарпаття, як передумови розробки цілеспрямованих заходів його профілактики.

Матеріал і методи дослідження. Провели медико-соціальне дослідження на базі наркологічних кабінетів поліклінік центральних районних та центральних міських лікарень Івано-Франківської області, а також обласного наркологічного диспансеру. За спеціально розробленою програмою обстежили 552 особи, які знаходяться на обліку у лікаря-нарколога як залежні чи зловживають алкоголем. Контрольну групу склали 150 осіб, вибраних довільно (випадковим механічним відбором) з числа пацієнтів, які звертались у вказані амбулаторно-поліклінічні заклади з приводу обстеження чи соматичного захворювання.

Основна і контрольна групи не відрізнялись між собою ($p > 0,05$) за віковим розподілом (до 30, 30-39, 40-49, 50-59, 60 років і старші) та за місцем проживання (міські чи сільські мешканці). Суттєвою була різниця за статтю ($p < 0,05$): у групі хворих на алкоголізм чоловіки становили 85,5%, а жінки - 14,5%, у контрольній групі їх співвідношення складало 66,0% та 34,0% відповідно.

Вивчали категорійний розподіл у досліджуваних групах таких чинників нездорового способу життя, як: тютюнопаління, вживання нар-

котичних речовин, нераціональне харчування та гіподинамія. Для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 обстежених і похибки репрезентативності для відносних величини, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили з допомогою критерію χ^2 [8].

Для вивчення впливу окремих чинників на формування алкогольної залежності використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95 % довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI). Якщо 95% CI містив одиницю, то вплив досліджуваного чинника розцінювався як несуттєвий [9]. При OR меншому від одиниці результати представляли показником зниження відношення шансів (Odds Ratio Reduction, ORR=1/OR).

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що переважна більшість осіб, які зловживають алкоголем або мають залежність від нього, регулярно курять тютюн ($65,04 \pm 2,03\%$) і ще $15,94 \pm 1,56\%$ мали досвід паління у минулому (рис.1).

Це у сумі значно більше, ніж аналогічні показники в контрольній групі ($34,67 \pm 3,89\%$ та $23,33 \pm 3,45\%$). Відповідно й питома вага осіб, які ніколи не палили, серед хворих на алкогольну залежність у 2,5 разу нижча, ніж в контрольній групі ($19,02 \pm 1,67\%$ проти $42,00 \pm 4,03\%$, $p < 0,001$). Такі ж пропорції характерні як для мешканців міст, так і сіл в обох порівнюваних групах ($p > 0,05$).

Суттєва різниця встановлена щодо поширеності куріння тютюну за статевою ознакою. І в основній, і в контрольній групі серед чоловіків ця шкідлива звичка зустрічається у декілька разів частіше ($p < 0,001$), ніж серед жінок: $72,03 \pm 2,07\%$ проти $23,75 \pm 4,76\%$ в основній групі і $49,49 \pm 5,02\%$ та $5,88 \pm 3,29\%$ в контрольній (рис. 4.14). Проте зловживання алкоголем супроводжується більшою поширеністю паління і серед чоловіків ($p < 0,001$), і серед жінок ($p < 0,05$).

Сказане головним чином стосується молоді. Найбільша частка постійних курців, як серед алкозалежних чоловіків, так і жінок, зареєстрована у віковій групі до 30 років ($70,37 \pm 6,21\%$ та $30,77 \pm 12,80\%$ відповідно). Це вочевидь акцентує увагу на проблемі омолодження та фемінізації куріння, тим більше, що залежність від тютюну прямо корелює із залежністю від алкоголю (OR=3,51; 95% CI: 2,40-5,12; $p < 0,001$).

Слід зазначити, що хворі на алкоголізм не тільки частіше курять, але й характеризуються тривалішим стажем та інтенсивністю тютюнопаління. Зокрема встановлено, що наявність алкозалежності супроводжується значно вищими шансами курити тютюн тривалий час –

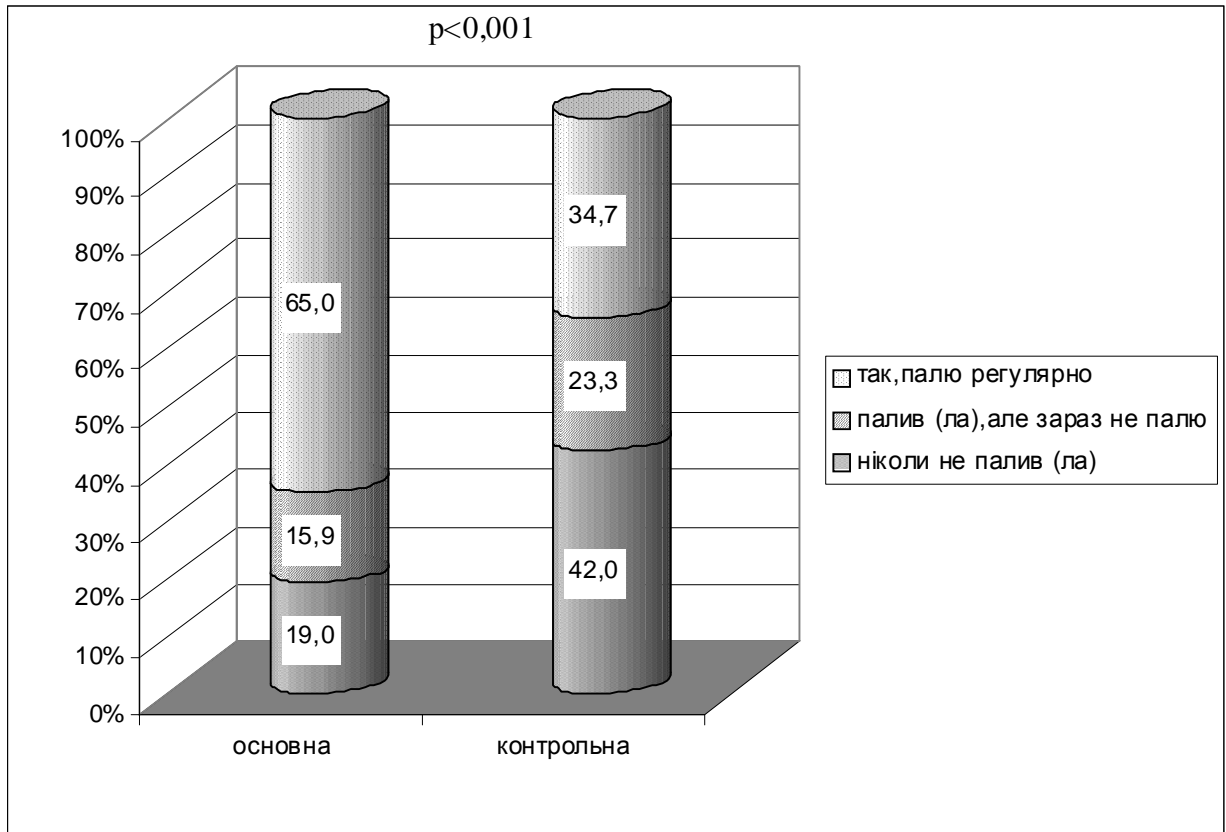


Рис. 1. Порівняльна характеристика поширеності куріння тютюну серед досліджуваних контингентів населення

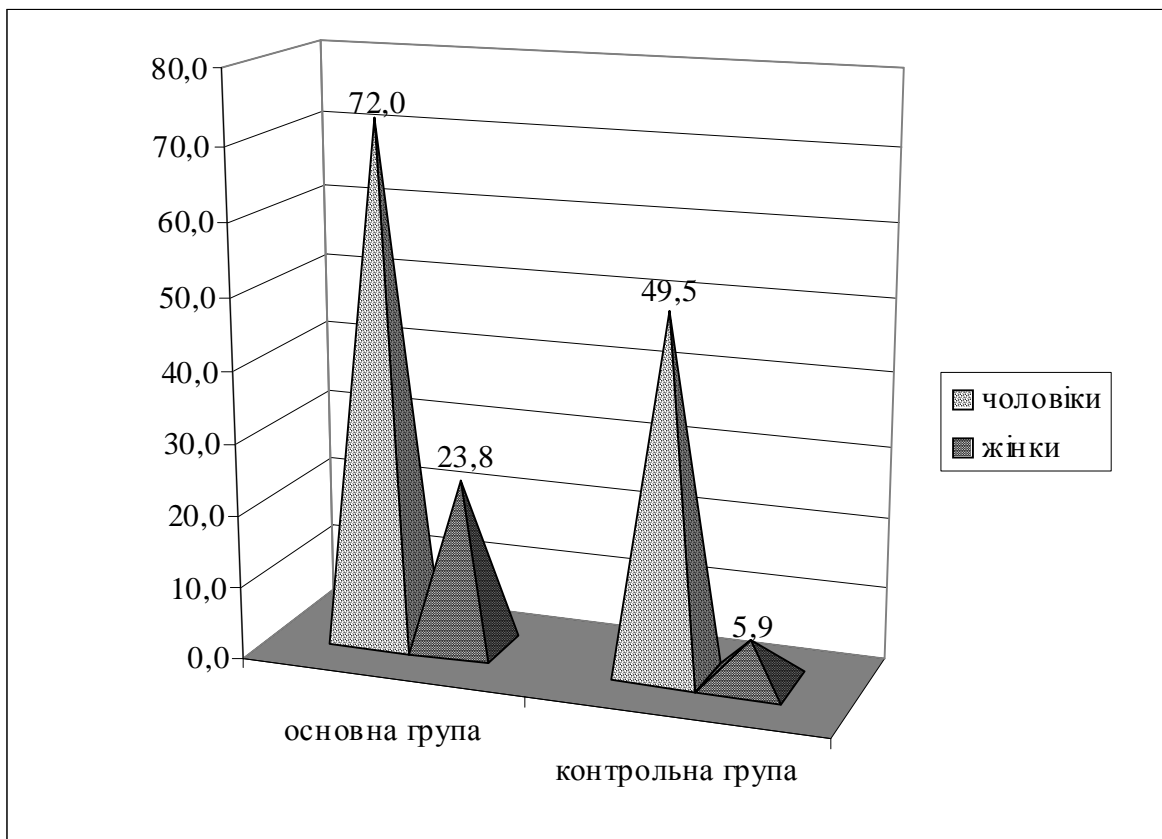


Рис. 2. Порівняльна характеристика поширеності куріння тютюну за статевою ознакою

понад 10 років ($OR=3,38$; 95% CI: 2,31-4,94; $p<0,01$), вичурюючи при цьому пачку цигарок і більше на день ($OR=4,94$; 95% CI: 3,37-7,24; $p<0,001$). Так, відсоток тих, хто курить (курив) понад 10 років становить $78,48\pm 1,95\%$ серед хворих на алкоголізм проти $58,62\pm 5,28\%$ в контрольній групі ($p<0,01$). Відповідно й частка тих, хто вичурює в день у середньому пачку цигарок чи більше в основній групі становить $93,84\pm 1,15\%$ проти $66,67\pm 5,05\%$ в контрольній ($p<0,001$). При цьому, більший стаж та інтенсивність куріння цілком закономірно демонстрували алкозалежні чоловіки, у порівнянні із такими ж жінками ($p<0,01$).

Протилежна залежність встановлена між зловживанням алкоголем та вживанням наркотичних речовин. Серед хворих на алкоголізм тільки $4,35\pm 0,87\%$ вказали, що вживають чи мають досвід їх вживання. У контрольній групі таких було достовірно більше – $11,33\pm 2,59\%$ ($p<0,05$). Тобто, шанси алкозалежних ще вживати інші наркотичні речовини у 1,5-6 разів нижчі ($OR=2,93$; 95% CI: 1,52-5,65; $p<0,001$). Проте, це правило очевидно стосується тільки осіб старше 30 років. Серед молодих (до 30 років) кожен п'ятий, як з основної групи ($18,48\pm 5,29\%$), так і з контрольної ($21,74\pm 8,60\%$), визнав, що має досвід вживання наркотиків. Очевидно це є наслідком відомих особливостей соціально-психологічних та фізіологічних чинників, поведінкових реакцій молодих людей (вплив на них соціального середовища, мікросоціуму, однолітків, «близького друга», природна цікавість, не усвідомлення наслідків для здоров'я тощо), які спонукають їх до вживання різних психоактивних речовин, що надалі може сформувати відповідний тип залежності.

Слід вказати, що за цим чинником не встановлено достовірної різниці за статевою ознакою ($p>0,05$). І якщо, в контрольній групі спостерігалась однакова питома вага мешканців міст та сіл, що мають досвід вживання наркотичних речовин ($p>0,05$), то серед хворих на алкоголізм головними їх споживачами були мешканці міст ($p<0,001$).

Важливим чинником, який впливає не тільки на виникнення та розвиток захворювання, а й на відновлення стану здоров'я хворих на алкоголізм, є харчування. Раціональність харчування оцінювалась на підставі відповідей щодо частоти вживання свіжих овочів і фруктів, присутності в раціоні гострих, солоних та жирних страв. Встановлено, що для осіб із алкогольною залежністю характерний в загальному нездоровий тип харчування. Так, тільки третина алкозалежних вживають свіжі овочі та фрукти, а отже можуть вважатись такими, що харчуються раціонально ($35,23\pm 2,05\%$, проти $64,00\pm 3,92\%$ у контрольній групі). У раціон половини опитаних основної групи свіжі овочі та фрукти входять не

частіше одного разу на тиждень ($54,31\pm 2,31\%$ проти $34,67\pm 3,89\%$ відповідно), а кожен десятий – їх взагалі не вживає ($10,46\pm 1,31\%$ проти однієї особи в контрольній групі). Тобто, особи, що зловживають алкоголем, мають і вищі шанси нераціонально харчуватись – не вживати овочів та фруктів ($OR=8,64$; 95% CI: 2,09-35,83; $p<0,001$).

Такий розподіл відповідей демонстрували респонденти обох груп, не залежно від статі ($p>0,05$). Однак, закономірно, що частка хворих, які взагалі не вживають свіжі овочі та фрукти у міських мешканців удвічі більша, ніж у жителів села ($13,27\pm 1,93\%$ проти $6,78\pm 1,64\%$ відповідно). Цікаво, що раціональність харчування в основній групі погіршувалась з віком, сягаючи апогею в 50-59 років – $19,35\pm 3,55\%$ алкозалежних цього віку зовсім не вживають овочі та фрукти. Однак, серед алкозалежних, старших 60 років, таких вже тільки поодинокі випадки. Можливо це вказує на те, що одним із чинників доживання до похилого віку може бути раціональність харчування.

Хворі на алкоголізм достовірно частіше, порівняно із контрольною групою, відзначали, що в їх раціоні постійно присутня жирна ($46,25\pm 2,13\%$ проти $32,00\pm 3,81\%$, $p<0,001$), гостра і солоні їжа ($63,92\pm 2,06\%$ проти $49,33\pm 4,08\%$, $p<0,001$). Тобто, зловживання алкоголем суттєво підвищує шанси споживання не здорової їжі, за рахунок переважання у раціоні жирних ($OR=1,83$; 95% CI: 1,25-2,68; $p<0,001$) та солених і прямих ($OR=1,82$; 95% CI: 1,26-2,62; $p<0,001$) продуктів.

Особливо полюблюють таку їжу хворі чоловіки, $48,61\pm 2,31\%$ з яких (проти $32,50\pm 5,24\%$ хворих жінок, $p<0,05$) переважно їдять жирну, та $67,60\pm 2,17\%$ (проти $42,50\pm 5,53\%$, $p<0,001$) – гостру і солону. Суттєвих відмінностей щодо харчових уподобань респондентів за віком не встановлено ($p>0,05$). Проте, солону та гостру їжу частіше вживають хворі на алкоголізм – мешканці міст ($68,06\pm 2,65\%$ проти $58,47\pm 3,21\%$ хворих сільських мешканців, $p<0,05$).

Слід відмітити значну поширеність у сучасному українському соціумі ще одного важливого поведінкового чинника ризику більшості неепідемічних хронічних захворювань – гіподинамії. Тільки $9,23\pm 1,26\%$ – $11,33\pm 2,59\%$ респондентів обох груп вказали, що майже постійно практикують фізичні вправи. Однак, більшість алкозалежних ($64,78\pm 2,07\%$) та половина ($52,00\pm 4,08\%$) осіб контрольної групи, незалежно від статевої належності ($p>0,05$), майже ніколи не займаються фізичними вправами. Хоча наявність алкогольної залежності достовірно збільшує шанси фізичної пасивності ($OR=1,70$; 95% CI: 1,18-2,45; $p<0,05$).

Характерно, що міські мешканці, маючи більші можливості, щоб постійно чи епізодично займатись фізичними вправами, не роблять цього ($p<0,01$). Тільки $6,91\pm 1,45\%$ осіб з алкогольною

залежністю з числа міських мешканців проти 12,33±2,18% жителів сільської місцевості вказали, що регулярно практикують фізичні вправи. З іншого боку, в сільській місцевості значно більше хворих вказали, що ніколи не займаються фізкультурою та спортом (70,93±3,01% проти 60,20±2,81% у містах). Проте відомо, що сільські мешканці компенсують це значними фізичними навантаженнями при виконанні сільськогосподарських робіт.

Логічно, що з віком фізична активність зменшується і відповідно зростає частка осіб, що взагалі не практикують фізичних вправ, як в основній, так і в контрольній групах ($p < 0,05$). Однак, особливо тривожить значна поширеність гіподинамії у молодому віці (до 30 років), де половина респондентів основної групи

(50,00±6,93%) і третина (34,78±9,93%) контрольної вказали, що майже ніколи на займаються фізичними вправами.

Висновок.

Встановлено, що зловживання алкоголем супроводжується іншими поведінковими чинниками нездорового способу життя. Хворі на алкоголізм в декілька разів частіше і значно інтенсивніше, ніж здорові, курять тютюн, нераціонально харчуються (не вживають свіжі овочі та фрукти, надають перевагу жирним, соленим і пряним продуктам), значно рідше практикують фізичні вправи.

Перспективи подальших досліджень.

Отримані нами результати дослідження будуть використані для удосконалення системи профілактики алкоголізму.

Список літератури

1. *European Status Report on Alcohol and Health 2010* / Euro WHO, 2010. – 381 p. [Електронний ресурс] // Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf. - Титул з екрана.
2. *Ринда Ф. П.* Проблеми алкоголізації населення / Ф. П. Ринда, О. В. Олексієнко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – С. 119-125.
3. *Лінський І. В.* Основні проблеми, пов'язані з поширенням алкогольної залежності та наркоманії в Україні, та шляхи їх розв'язання / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Український вісник психоневрології. – 2005. - Т.13, №4. - С. 8-11.
4. *Сидоров П. И.* Наркологическая превентология: Руководство / П.И. Сидоров – М.: МЕДпресс-информ, 2006 – 720 с.
5. *Новая Европейская политика здравоохранения «Здоровье 2020»* / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро, 2011. – 129 с.
6. *Воронович Б. Т.* Без тайн о зависимостях и их лечении / Б. Т. Воронович; [пер. з пол. К. А. Мужановський]. – К.: Сфера, 2004. – 270 с.
7. *Скрипніков А. М., Напреєнко О. К., Сонник Г. Т.* Наркологія: навчальний посібник. – Тернопіль: ТДМУ, «Укрмедкнига», 2008. – 360с.
8. *Шабанов П. Д.* Наркологія: Практ. рук. для лікарів / П. Д. Шабанов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 560с.
9. *Децик О. З.* Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5-8.
10. *Бабич П. Н.* Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Український медичний часопис. – 2005. - № 2 (46). – С. 113-119.

ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Карпинец И. М. (Ивано-Франковск)

Статья посвящена изучению особенностей индивидуального образа жизни, распространенности основных поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди больных алкоголизмом.

Исследование проводилось на базе учреждений здравоохранения Ивано-Франковской области. Обследовано 552 человека, находящихся на учете у врача-нарколога как зависимые или злоупотребляющие алкоголем, и 150 лиц контрольной группы. Установлено, что злоупотребление алкоголем сопровождается другими поведенческими факторами нездорового образа жизни. Больные алкоголизмом в несколько раз чаще и значительно интенсивнее, чем здоровые, курят табак, нераціонально питаются (не употребляют свежие овощи и фрукты, предпочитают жирные, соленые и пряные продукты), значительно реже занимаются физическими упражнениями.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. Алкоголизм, поведенческие факторы риска, образ жизни.

PECULIARITIES OF LIFE-STYLE OF PATIENTS WITH ALCOHOLISM.

Karpinets I. M. (Ivano-Frankivsk)

The article is dedicated to studying the specifics of life-style, prevalence of main behavioural risk factors of chronic not contagious diseases among patients with alcoholism. The research was conducted at the medical facilities in Ivano-Frankivsk region. There were examined 552 persons with alcoholism and 150 persons of control group. It is determined that alcohol misuse is accompanied by other behavioural factors of unhealthy life-style. People addicted

to alcoholism smoke tobacco several times more often and significantly more intensively than healthy people, eat unhealthy food (do not consume fresh vegetables and fruits, prefer salty and spicy foods), rarely practice physical exercises.

KEY WORDS. **Alcoholism, behavioural risk factors, life-style**

Рецензент:

УДК 616.62-003.7-08.849.11]-08.838

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕЧОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ ПІСЛЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ЛІТОТРИПСІЇ В УМОВАХ КУРОРТУ ГУСЯТИН

*О. Л. КОВАЛЬЧУК, А. І. МИСАК, В. В. ТВЕРДОХЛІБ, Т. Б. КОРИЛЬЧУК,
С. О. НЕСТЕРУК (Тернопіль)*

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Проведено аналіз лікування 108 хворих після екстракорпоральної ударнохвильової літотрипсії у відділенні урологічної реабілітації при Гусятинській ЦРЛ. Результати порівнювали з контрольною групою (48 хворих), яким не проводилась реабілітація на курорті. У 70,4% хворих фрагменти відійшли повністю, в 15,7% - відійшли частково. Залишкові фрагменти не відходили зовсім, або спостерігалось їх часткове відходження в пізні строки (через 1-2 місяці) – у 13,9% хворих. Отримані результати показали ефективність комплексної реабілітації при порівнянні з контрольною групою, яка не проходила лікування на курорті Гусятин.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **сечокам'яна хвороба, ударно-хвильова літотрипсія, курортне лікування**

Вступ. Проблема лікування сечокам'яної хвороби (СКХ) залишається однією з найактуальніших і складних у сучасній урології. Поширеність СКХ серед дорослого населення планети становить 1 – 3%. У структурі урологічної патології СКХ займає друге місце за частотою після неспецифічних запальних захворювань і складає 30 – 45% від загального числа урологічних хворих і третє – в структурі причин смертності від урологічної патології [2, 3, 7].

Умови сучасного життя, гіподинамія, порушення кальцієвого обміну, дисбаланс рН сечі, пов'язаний з харчуванням, екологічні, кліматичні, географічні, а також генетичні чинники відіграють вирішальну роль у розвитку СКХ.

Широке розповсюдження та зростання захворюваності на СКХ зумовило пошук нових підходів до лікування цієї недуги. Останні два десятиріччя широкого застосування отримала екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія (ЕУХЛ), як один з малотравматичних методів

лікування СКХ [5, 6, 8]. Накопичений досвід вітчизняних урологів та з інших країн в цьому питанні свідчить про те, що він дає до 18 – 38 % різних ускладнень [1, 4, 10]. Після проведеного лікування методом ЕУХЛ повне відходження каменів протягом місяця спостерігається не більше, ніж в 5 % випадків. У решти – наявність залишкових фрагментів чи кам'яна доріжка. Крім цього, майже у всіх проявляється виражений больовий синдром (в т.ч. ниркова колика), гематурія (макро- чи мікро-), лейкоцитурія, ін. та в окремих випадках (до 5%) гострий пієлонефрит, що потребує госпіталізації хворих в урологічний стаціонар [2, 9].

Сприяння до самовідходження фрагментів, боротьба з інфекцією сечових шляхів, корекція рН, профілактика рецидиву каменеутворення, нормалізація функції нирки є актуальною проблемою ведення хворих після ЕУХЛ. Ось чому, реабілітація цієї групи хворих має неабияке значення в практиці лікаря уролога.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз лікування 108 пацієнтів (дослідна група) після ЕУХЛ у відділенні урологічної рабілітації (санаторно-курортне) при Гусятинській ЦРЛ (Тернопільська область). Результати порівнювали з контрольною групою (48 пацієнтів після ЕУХЛ), які з тих чи інших причин не проходили комплексну рабілітацію. Слід відмітити, що постановою Кабінету Міністрів України від 28.12.1996 року „Про затвердження переліку населених пунктів, віднесених до курортних”, смт. Гусятин належить до категорії курортних населених пунктів. Гусятин – бальнеологічний курорт із використанням слабомінералізованої води з високим вмістом органічних речовин типу „Нафтуса” під назвою „Новозбручанська” і ропи високої мінералізації типу „Друскенінкай” під назвою „Гусятинська”. Гусятинське родовище має відмінність з лікувальною водою “Нафтуса” трускавецького родовища в тому, що його складові вугільного походження.

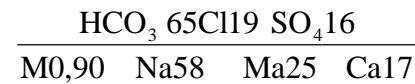
Для оцінки стану хворих у період після ЕУХЛ проводили всебічне вивчення лабораторних та клініко-рентгенологічних показників безпосередньо та у віддалені терміни після рабілітаційного лікування. Під час проведення рабілітаційного лікування постійно контролювали загальний стан хворих, наявність патологічних симптомів (які характеризували виникнення гострого запального процесу), загальноклінічні показники (артеріальний тиск, частота пульсу тощо), процес відходження “залишкових” фрагментів-конкрементів.

Із 108 пацієнтів дослідної групи чоловіків було 46 (42,6 %), жінок – 62 (57,4 %). Вік хворих знаходився у межах від 18 до 72 років. Найбільшу групу – 76 хворих – становили чоловіки і жінки у віці від 33 до 50 років, найменшою була вікова група від 65 до 72 років (8 хворих), що свідчить про те, що лікуванню та рабілітації підлягали хворі обох статей у працездатному віці. Треба відзначити, що показаннями для направлення пацієнтів на рабілітаційне лікування після ЕУХЛ були: повна фрагментація каменів на уламки, що здатні до самостійного відходження (менше 5–6 мм); відсутність гострого запального процесу в нирках; прохідність верхніх сечовивідних шляхів; відсутність супутніх захворювань в стадії загострення.

До госпіталізації у відділення рабілітації при Гусятинській ЦРЛ фрагменти після ЕУХЛ у мисці було виявлено у 19 пацієнтів (17,6 %), в чашечках – у 28 (25,9 %) хворих, у верхній третині сечовода – в 22 (20,4 %), в середній – у 14 (13,0 %) і в нижній третині сечовода в 25 (23,1%). Пацієнтів було направлено у відділення рабілітації на 9–12 день після літотрипсії на термін 18–24 дні. Основним лікувальним чинником було

застосування слабомінералізованої гідрокарбонатної води типу “Нафтуса”. Мінеральну воду призначали з відомою метою: збільшити діурез, зменшити концентрацію солей, змінити рН сечі, полегшити відходження конкрементів, нормалізувати вплив на запальний процес та електролітний склад сечі, поліпшити уродинаміку, зменшити спазм мускулатури сечовидільних шляхів і, найголовніше, знизити літогенність сечі.

Формула води :



При лікуванні пацієнтів з СКХ застосовували мінеральні води строго диференційовано, з урахуванням форми захворювання, ступеня порушення функції нирок і пасажу сечі, стану серцево-судинної системи, маси хворого, віку, інтенсивності рухового режиму і пори року.

Комплекс рабілітаційних заходів також включав дієтотерапію (відповідно до складу конкремента), ЛФК, хвойні ванни, масаж, електрофізіотерапію, гідротерапію, бальнеотерапію, теплолікування у вигляді аплікацій озокериту, циркулярний душ, електрофізіотерапевтичні заходи і медикаментозне лікування за індивідуальними показаннями.

Результати дослідження та їх обговорення. З перших днів від початку проведення рабілітаційних заходів було відмічено значне поліпшення урогемодинамічних показників функції нирок, що призводило до стимуляції скоротливих властивостей сечовивідних шляхів, збільшення діурезу, поступової нормалізації електролітного обміну в організмі, яке впливало на процес інгібіції кристалізації в сечі. Все це дозволяло досягнути прискорення відходження резидуальних фрагментів роздроблених конкрементів. Після проведеного лікування було відмічено позитивний ефект у більшості пацієнтів, що полягав у відходженні фрагментів роздроблених каменів, покращанні загального самопочуття, зникненні болю та ліквідації дизуричних явищ.

Нами зауважено, що у 70,4 % (76) хворих фрагменти відійшли повністю, в 15,7 % (17) – частково. Залишкові фрагменти не відходили зовсім, або спостерігалось їх поступове відходження у пізніші терміни (через 1–2 місяці після лікування) у 13,9 % (15) хворих. Це можна пояснити вираженою механічною щільністю каменя чи використанням методу у хворих з відносними протипоказаннями, де сеанси ЕУХЛ виконували за настійливою вимогою хворого. При відходженні фрагментів помірний больовий симптом купірувався спазмолітиками і лише 2-м хворим (1,9 %) було виконано катетеризацію нирки (на 3–4 дні). В контрольній групі (які не проходили комплексну рабілітацію) відмічено залиш-

кові фрагменти у 39,6 % (за даними рентген-контролю і УЗД), що є значно менш ефективним показником. Відсоток загострень калькульозного пієлонефриту і рецидивного каменеутворення через 1 рік після ЕУХЛ у хворих дослідної групи був майже в 2 рази меншим, ніж у пацієнтів із контрольної групи.

Отримані результати показали, що проходження хворими після ЕУХЛ комплексної реабілітації з використанням слабомінералізованої води типу «Нафтуса» на курорті Гусятин є ефективнішим порівняно з результатами лікування аналогічних хворих, які після ЕУХЛ не проходили комплексної реабілітації. Потрібно зауважити, що протипоказаннями до реабілітаційного лікування хворих після ЕУХЛ в умовах Гусятинської ЦРЛ слід вважати: наявність фрагментів, що за своїми розмірами, формою та положенням не мають умов для просування і відходження (більше 5–6 мм), порушуючи функцію нирки та відток сечі; наявність активного запального процесу; обструктивні уropатії вродженого і набутого характеру; уrolітіаз або двобічний активний запальний процес у нирках, ускладнений ХНН; камені різної локалізації, відходження яких супроводжується масивною макрогематурією; наяв-

ність супутніх захворювань, що мають загальні протипоказання до санаторно-курортного лікування.

Результати лікування хворих після ЕУХЛ з наступною їх реабілітацією на курорті Гусятин наглядно демонструють переваги курортної реабілітації. Слід відмітити, що тільки рання курортна реабілітація цих хворих дозволяє в короткі терміни позбавити хворого від фрагментів роздроблених каменів та інших ускладнень, що виникають після ЕУХЛ, та позитивно вплинути на етіопатогенетичний чинник каменеутворення.

Висновки.

1. Комплексне лікування пацієнтів із сечокам'яною хворобою після ЕУХЛ в умовах відділу реабілітації при Гусятинській ЦРЛ є одним із важливих етапів процесу лікування цього контингенту хворих.

2. Використання в комплексному лікуванні природних властивостей слабомінералізованої води типу «Нафтуса» сприяє компенсації порушених функцій нирок і організму в цілому, профілактиці рецидивного каменеутворення, більш швидкій елімінації фрагментів роздроблених каменів та поверненню пацієнтів до повноцінної трудової діяльності.

Список літератури

1. Боржієвський А. Ц. Оцінка ефективності лікування хворих з каменями верхньої третини сечовода методом екстракорпоральної ударнохвильової літотрипсії (ЕУХЛ) / А. Ц. Боржієвський // Урологія. – 1999. – № 2. – С. 23–26.
2. Возіанов О. Ф., Пасечников С. П., Митченко М. В., Синишин Ю. І. Екстракорпоральна ударнохвильова літотрипсія при уретеролітіазі, ускладненому гострим пієлонефритом. // Урологія – 2005 - № 2 – С. 5-11
3. Губарь А. О., Возіанов С. О., Довбиш М. А. та ін. Експериментальна рентгенкомп'ютерна денситометрія сечових конкрементів // Матеріали з'їзду асоціації урологів України, 16-18 вересня, 2010р., С.252-256.
4. Дзеранов Н. К., Мудрая И. С., Кирпатовский В. И. и др. Влияние нарушений уродинамики и сократительной функции верхних мочевыводящих путей на отхождение фрагментов камней после дистанционной литотрипсии // Урология. – 2001. – № 2. – С. 6-9.
5. Лопаткин Н. А., Дзеранов Н. К. Пятнадцатилетний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ // Материалы Пленума правления Российского общества урологов. М. 2003. С.5-25.
6. Лопаткин Н. А., Трапезникова М. Ф., Дутов В. В., Дзеранов Н. К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия: прошлое, настоящее, будущее // Урология. 2007. №6. С.3-13.
7. Пасечников С. П., Митченко М. В., Современные аспекты цитратной терапии при мочекаменной болезни. Опыт применения препарата Уралит-У. // Здоровье мужчины, – №3, – 2007, – С. 109-113.
8. Chang C.-P., Huang S.-H., Tai H.-L. et al. : Optimal treatment for Distal Ureteral Calculi: Extracorporeal Shockwave Lithotripsy versus ureteroscopy // Journal of endourology.- 2001. – Vol. 15, №6. – P. 563-566.
9. Deliveliotis CH., M. D., Varkarakis J., M. D., Alagrof E., M.D., Skolarikos A. Extracorporeal Shockwave Lithotripsy in Patients with Distal Ureteral Calculi Does Not influence the Prostate Specific Antigen Value // Journal of Andrology.- V. 15, № 10. – Decemder, 2001.
10. Milad H., Mark L., Uwechue E. et al. Ureteric stents increase the number of shock wave adsession of ESWL to clear of ureeric stones // European Urology. – 2002.- (Suppl. 1), № 1. – P. 38.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ МЕТОТРИПСИИ В ОТДЕЛЕНИИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ГУСЯТИН

А. Л. Ковальчук, А. И. Мысак, В. В. Твердохлиб, Т. Б. Корыльчук, С. О. Нестерук (Тернополь)

Проведен анализ лечения 108 больных после экстракорпоральной ударно-волновой метотрипсии в отделении урологической реабилитации при Гусятинской ЦРБ. Результаты сравнивали с контрольной группой (48 больных), которым не проводили реабилитацию на курорте. В 70,4 % пациентов фрагменты отошли

полностью, в 15,7 % – частично. Остаточные фрагменты не отходили совсем, или наблюдалось их частичное отхождение в поздние сроки (через 1-2 месяца) – в 13,9 % больных. Полученные результаты показали эффективность комплексной реабилитации по сравнению с контрольной группой, пациенты которой не проходили лечение на курорте Гусятин.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочекаменная болезнь, ударно-волновая литотрипсия, курортное лечение.

REHABILITATION OF PATIENTS WITH UROLITHIASIS AFTER EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY IN THE CONDITIONS OF HUSIATYN RESORT

O. L. Kovalchuk A. I. Mysak, V. V. Tverdohlib, V. Ya. Horosh, T. B. Korylchuk, S. O. Nesteruk (Ternopil)

There were analyzed the results of treatment of 108 patients after Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) in the urological department of rehabilitation in Husiatyn district Hospital. The results were compared with the control group (48 patients), which was not performed rehabilitation at the resort. In 70,4 % of patients fragments withdrew completely, 15,7 % – went part. Residual fragments didn't go away altogether, or their partial discharge was observed in later periods (1-2 months) - in 13,9 % of patients. The results showed the effectiveness of comprehensive rehabilitation when compared with the control group, which is not treated at the Gusiатыn resort.

KEY WORDS: urolithiasis, shock wave lithotripsy, resort treatment.

УДК : 616.314.17.-008.1-057:618.94

СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПРАЦІВНИКІВ, ЗАЙНЯТИХ У ВИРОБНИЦТВІ ТОВАРІВ ПОБУТОВОЇ ХІМІЇ

В. Є. ПУДЯК (Тернопіль)

ВДНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського»

В статті вивчено стан гігієни порожнини рота у 273 робітників фабрики "Лотос", зайнятих у виробництві синтетичних миючих та чистящих засобів та 133 осіб без професійного маршруту.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: порожнина рота, гігієна, хімічне виробництво.

Вступ. Виникнення та перебіг запальних захворювань пародонту може залежати від багатьох чинників: режиму праці, характеру харчування, конституційних особливостей організму, перенесених та супутніх захворювань, змін загального та місцевого імунітету.

Недостатній гігієнічний контроль є однією з основних причин, які зумовлюють та підтримують запальні явища у пародонті, що підтверджено дослідженнями численних авторів [1,2,4]. Особливо це стосується осіб, які працюють у шкідливих умовах хімічного виробництва, коли компоненти синтетичних миючих засобів (ПАР, солі натрію, абразиви, ензими, ароматичні вуг-

леводи) можуть затримуватись між маргінальною частиною ясен та твердих тканин зубів. Дії мікробного фактора "м'якого зубного нальоту" відводиться роль "пускового механізму" в етіології запальних захворювань пародонту. Усунення місцевих несприятливих чинників залежить від пацієнта, його загальної санітарної культури та гігієнічних навиків, однак усвідомлення населення необхідності проведення профілактичних заходів щодо уражень тканин пародонту, знаходиться все ще на невисокому рівні [1;2].

Мета дослідження. Зважаючи на важливість проблеми, ми поставили перед собою мету оцінити стан гігієни порожнини рота та вивчити стан санітарно-просвітницької роботи серед робітників виробництва побутової хімії (ВПХ).

Матеріали і методи дослідження. Нами було проведено комплексне стоматологічне обстеження робітників виробництва ПХ. Основну групу становили 273 працівника виробництва ПХ, контрольну групу – 133 особи, без професійного маршруту. Обстеження проводили відповідно з рекомендаціями ВООЗ (1978р.). Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за методикою Ю. А. Федорова та В.В.Володкіної. Стан пародонту об'єктизувався за допомогою пародонтального індексу (ПІ) (Russel A., 1956) та індексу ВООЗ СРІТН (Леус П.А., 1986). Відповідно до отриманих даних пародонтологічного статусу, визначали для обстеженого контингенту осіб обсяг лікувальної та профілактичної допомоги.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно з даними опитування (табл. 1), регулярний (1,2 рази на добу) догляд за порожниною рота здійснювали лише 12,82 ± 2,02 % осіб основної групи. Більшість обстежених за їх власним свідченням, чистили зуби нерегулярно (52,74 ± 3,02), або не чистили їх взагалі (35,16 ± 2,89).

Порівняння даних за цими напрямками дослідження слугуватиме підставою для визначення вибору активних та пасивних варіантів профілактичних систем [4].

У групі контролю на регулярний догляд за порожниною рота вказало 28,57 ± 3,91 обстежених ($p < 0,001$); нерегулярний і відсутній догляд визначало відповідно 53,88 ± 4,32 ($p < 0,01$) і 18,04 ± 3,33 обстежених ($p < 0,05$).

У таблиці 2 представлено об'єктивні оцінки гігієнічного стану за індексом Федорова-Володкіної. Хороший догляд за порожниною рота (1,1 – 1,5) спостерігали тільки у 12,45 ± 1,99 % осіб основної групи і у 23,31 ± 3,67 % групи контролю ($p < 0,0001$). Задовільний догляд (1,6 – 2,0 бала) здійснювали 13,92 ± 2,09 % обстежених основної групи, при 32,33 ± 4,06 % у контролі ($p < 0,05$). У більшості обстежених основної і контрольної груп переважав задовільний або поганий гігієнічний догляд за порожниною рота.

Таблиця 1. Регулярність догляду за порожниною рота у працівників виробництва ПХ.

Догляд за порожниною рота	Основна група n = 273			Контрольна група n = 133	
	абс. число	%	P	абс. число	%
регулярний	35	12,82 ± 2,02	< 0,001	38	28,57 ± 3,91
нерегулярний	144	52,74 ± 3,02	< 0,01	71	53,88 ± 4,32
відсутній	96	35,16 ± 2,89	< 0,05	24	18,04 ± 3,33

Таблиця 2. Показники стану гігієни порожнини рота у групах обстеження за індексом Федорова-Володкіної

Індекс Федорова-Володкіної	Основна група n = 273			Контрольна група n = 133	
	абс. число	%	P	абс. число	%
1,1 – 1,5	34	12,45 ± 1,99	< 0,001	31	23,31 ± 3,67
1,6 – 2,0	38	13,92 ± 2,09	< 0,05	43	32,33 ± 4,06
2,1 – 2,5	46	16,84 ± 2,26	< 0,01	39	29,32 ± 3,95
2,6 – 3,4	79	28,94 ± 2,74	< 0,05	12	9,02 ± 2,48
3,5 – 5,0	76	27,83 ± 2,71	< 0,001	8	6,02 ± 2,06

Згідно з даними табл.3, з віком спостерігалося погіршення гігієнічного стану порожнини рота у обстежених обох груп. Однак, в усіх по-

рівнюваних вікових інтервалах середнє значення гігієнічного індексу в основній групі було вірогідно вищим порівняно з контролем.

Таблиця 3. Гігієнічний індекс (ГІ) у працівників ВПХ залежно від віку (M ± m).

Вік у роках	Працівники ВПХ n = 273		Контрольна група n = 133		
	обстежено	ГІ	Обстежено	ГІ	P
20-25	51	2,14 ± 0,05	31	1,57 ± 0,08	< 0,001
26-35	66	2,67 ± 0,06	30	2,04 ± 0,12	< 0,01
36-45	82	2,78 ± 0,06	27	2,08 ± 0,13	< 0,001
46-55	74	3,06 ± 0,08	45	2,47 ± 0,13	< 0,001
разом	273	2,66 ± 0,06	133	1,97 ± 0,12	< 0,001

Результати дослідження гігієнічного індексу у обстежених залежно від стажу роботи показано в табл. 4.

Дані цієї таблиці засвідчують зростання значення ГІ у працівників ВПХ із збільшенням ста-

жу роботи, що свідчить не лише про недостатній догляд за порожниною рота, але й значною мірою про вплив несприятливих чинників виробничого середовища.

Таблиця 4. Стан гігієни порожнини рота залежно від стажу за індексом Федорова – Володкіної

Стаж у роках	Основна група n = 273		Контрольна група n = 133		
	Кількість обстежених	ГІ	Кількість обстежених	ГІ	P
До 1 року	27	1,98 ± 0,62	21	1,53 ± 0,83	< 0,001
1 - 5	40	2,34 ± 0,63	32	1,87 ± 1,02	< 0,01
6 – 10	64	2,89 ± 0,71	34	2,14 ± 1,07	< 0,001
11 -15	68	3,81 ± 0,73	21	2,53 ± 1,16	< 0,001
понад 15	74	2,98 ± 0,71	25	2,61 ± 1,31	< 0,001
разом	273	2,80 ± 0,71	133	2,13 ± 1,08	< 0,001

Висновок

Аналіз вивчення гігієнічного стану порожнини рота у працівників ВПХ із застосуванням суб'єктивних аспектів, об'єктивних оцінок у вікових групах та групах зі стажем роботи, порівняно із контролем, переконливо показує необхідність розробки схем гігієнічного навчання для даного контингенту осіб.

Перспективи подальших досліджень.

Проведене дослідження сприяє розробці та впровадженню в лікувальну практику профілактичних заходів з метою покращення гігієнічного стану ротової порожнини у працівників зайнятих на виробництві побутової хімії з урахуванням впливу ксенобіотиків виробництва побутової хімії.

Список літератури

1. Аболмасов Н.Н. Стратегия и тактика заболеваний пародонта / Н.Н. Аболмасов // Стоматология .-2003, - № 4, - С.34-39.
2. Борисенко А.В. Терапевтическая стоматология / А.В. Борисенко. – К.: Медицина, 2008. – 490с.
3. Выявление и профилактика болезней, обусловленных характером работы : доклад комитета экспертов ВООЗ. – Женева, 1987.- 73с. (сер.техн.докл., №714).
4. Косенко К.Н. Профилактическая гигиена полости рта / К.Н. Косенко, Т.П. Терешина,- Одесса: КПОГТ, 2003,-288с.

СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ТОВАРОВ БЫТОВОЙ ХИМИИ

В. Є. Пудяк (Тернопіль)

Изучено состояние гигиены полости рта у 273 рабочих фабрики “Лотос”, занятых в производстве синтетических моющих и чистящих средств и 133 человек без профессионального маршрута.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: полость рта, гигиена, химическое производство.

THE CONDITION OF ORAL HYGIENE OF WORKERS ENGAGED IN PRODUCTIONS OF HOUSEHOLD CHEMICALS

V. Pudyak (Ternopil)

We scan the condition of oral hygiene of 273 workers of the factory “Lotus” engaged in the manufacture of synthetic detergents and cleaning agents and 133 persons without professional route.

KEY WORDS: mouth, hygiene, chemical industry.

Рецензент:

ДЕМОГРАФІЧНІ ПРОЦЕСИ В УКРАЇНІ В РОКИ НЕЗАЛЕЖНОСТІ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

Проаналізовано динаміку вимирання населення України за роки незалежності і зроблено прогноз до 2020 р.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: демографія, вимирання населення України.

31 жовтня 2011р. земляни привітали 7- мільярдного жителя. На нього претендували Філіппіни, Індія і чомусь вимираюча Росія. Існує думка, що 9-мільярдного жителя, який очікується вже в 2050 р., Земля не витримає. Так от Росія, а точніше СРСР, показала, як цій проблемі запобігти.

Мета дослідження: Вивчити процес вимирання людності України та спрогнозувати його до 2020р.

Матеріали і методи: Вивчено офіційні статистичні дані, при обробці використано варіаційний та кореляційний аналізи.

Результати дослідження та їх обговорення: Смертність в Україні почала збільшуватись з середини 60-х років ХХ сторіччя. В 1991 р. криві смертності і народжуваності перетнулися, почалась депопуляція української людності. Її результати представлені в таблиці 1.

Таблиця 1. Вимирання людності України за роки незалежності

Область	Чисельність людності України на 1 січня 1992	Чисельність людності України на 1 січня 2011	Вимерло людей	% до початкового рівня
Автономна республіка Крим з м. Севастополь	2567,8	2333,6	234,2	9,3
Вінницька	1896,6	1634,1	262,5	13,8
Волинська	1069,9	1034,4	35,5	3,3
Дніпропетровська	3907,2	3333,2	574,0	14,7
Донецька	5332,0	4420,1	911,9	17,1
Житомирська	1495,9	1279,8	216,1	14,4
Закарпатська	1264,9	1244,5	20,4	1,6
Запорізька	2100,7	1800,5	300,2	14,3
Івано-Франківська	1441,2	1377,0	64,2	4,5
Київська	1932,0	1711,9	220,1	11,4
Кіровоградська	1236,2	1003,6	232,6	18,8
Луганська	2871,7	2286,7	585,0	20,4
Львівська	2751,0	2526,4	224,6	8,2
Миколаївська	1348,5	1182,6	165,9	12,3
Одеська	2616,1	2377,6	238,5	9,1
Полтавська	1758,5	1479,9	278,6	15,8
Рівненська	1176,2	1151,5	24,7	2,1
Сумська	1425,5	1159,3	266,2	18,7
Тернопільська	1172,2	1080,9	91,3	7,8
Харківська	3168,3	2739,4	428,9	13,5
Херсонська	1267,0	1086,8	180,2	14,2
Хмельницька	1515,9	1323,8	192,1	12,7
Черкаська	1527,6	1281,8	245,8	16,1
Чернівецька	943,3	901,2	42,1	4,5
Чернігівська	1394,9	1089,7	305,2	21,9
м. Київ	2620,8	2757,9	+137,1	+5,2
Україна	51801,9	45598,2	6203,7	12,0

Отже, за 20 років незалежності вимерло 12% людності України або кожен 8 мешканець.

Найінтенсивніше вимирала людність Чернігівської обл. (21,9%), найменш інтенсивно-Закарпатської обл. (1,6%), лише в м. Києві спостерігали приріст 5,2%.

* Побудована на офіційних статистичних даних.

Міська людність України зменшилась з 35006,4 до 31186,0 тис. або на 10,9%, сільська людність вимирала трішки сильніше – з 16795,5 до 14412,2 тис. або на 14,2%. Найбільш інтенсивно людність України вимирала між 1997 і 2003 р. – в середньому по 421 тис. за рік, далі йде 2003 – 2010 р.- в середньому по 211 тис. і найменш інтенсивно в перші шість років - в середньому по 197 тис. на рік.

По регіонам смертність суттєво відрізнялась. Найбільшою вона була в центральному регіоні - Вінницька, Житомирська, Київська разом з містом

Києвом, Кіровоградська, Полтавська, Сумська, Хмельницька, Черкаська та Чернігівська області. Загалом тут вимер майже кожний п'ятий мешканець (19,2%). За ним йшли південно-східні області – а. р. Крим, Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Луганська, Миколаївська, Одеська, Харківська і Херсонська. Тут загалом вимерло 14,5% або кожен сьомий мешканець. Найменш інтенсивно вимирали західні області – Тернопільська, Львівська, Івано-Франківська, Закарпатська, Чернівецька, Волинська та Рівненська обл. Тут вимерло 5,1% людей або кожен 20-ий.

В 1993 р. в першому українському підручнику із соціальної медицини та організації охорони здоров'я я згрупував області за терміном їх перебування в складі Російської імперії – СРСР і отримав дані по сільській людності за 1980 – 1989 рр., тепер я продовжив цю таблицю за роки незалежності (1991-2010 рр.) Отримані дані наведено в таблиці 2.

Таблиця 2. Природний рух сільської людності України в 1980 – 2011 рр.

Історичні регіони України	1980 – 1989 рр.		1991 – 2010 рр.	
	Наскільки більше вимерло людей у порівнянні з народженими	Їх частка по відношенню до пересічної кількості сільської людності	Наскільки більше вимерло людей у порівнянні з народженими	Їх частка по відношенню до пересічної кількості сільської людності
Чернігівська, Сумська, Полтавська, Харківська області – колишня лівобережна Гетьманщина: майже 3,5 ст. в складі Російської імперії – СРСР	-173724	- 6,2	-631800	-24,7
Вінницька, Житомирська, Хмельницька обл. - колишня правобережна Гетьманщина: майже 2 ст. в складі Російської імперії – СРСР	-113540	- 4,0	-502700	-20,3
Дніпропетровська, Запорізька, Кіровоградська, Одеська, Миколаївська, Херсонська, Донецька, Луганська обл. – колишні Землі Війська Запорізького – менше 2 ст. в складі Російської імперії – СРСР	-24297	- 0,54	-659800	-15,1
Тернопільська, Львівська, Івано-Франківська, Чернівецька, Закарпатська обл. – колишня Галичина, Буковина, Закарпаття: півстоліття в складі імперії СРСР	+144971	+3,6	-164800	-4,3

Примітка: не включені Київська і Черкаська області, частини яких входили до різних регіонів та Рівненська і Волинська, що на певний період не входили до складу імперії.

В таблиці 3 наводиться корелятивний зв'язок між вимиранням людей і такими чинниками, як смерть від гострого отруєння алкоголем, чис-

лом розлучень, абортів та забезпеченістю лікарями. Як відомо, ці чотири чинники мають чітке кількісне відображення.

Таблиця 3. Зв'язок між вимиранням людей і деякими соціальними чинниками (коефіцієнт кореляції).

Показник зв'язку між вимиранням людей і частотою смертельних отруєнь алкоголем	0,82
Частотою розлучень	0,76
Частотою абортів	0,63
Забезпеченістю лікарями	-0,41

Коефіцієнт кореляції коливається від -1 до 0 і до +1; знак «-» свідчить про зв'язок зворотній, «+» - зв'язок прямий; від 0 до 0,3 – зв'язок слабкий; від 0,31 до 0,7 – зв'язок середній, від 0,71 до 1 – сильний зв'язок.

Як бачимо із наведених чинників, найсильніше на вимирання української людності впливає гостре отруєння алкоголем. Пам'ятаю, ще в 70-і роки, тримаючи статистичний довідник про охорону здоров'я в Україні, я звернув увагу на різкий злам в смертності населення від гострого отруєння алкоголем в Західній Україні порівняно із Східною. З тих пір ситуація змінювалась в гіршу сторону. В 1983 р. в колишньому СРСР було проведено дослідження про вживання алкоголю. Пересічно на кожного громадянина припадало 8,3 л чистого (96°) спирту, випитого за рік. Це в межах велетенської країни, без врахування релігійних і національних ознак; крім того, не враховувався самогон і якість, вірніше міцність, напоїв, що вживались.

Після 1983 р. ситуація різко погіршилась. Вважається, що 20 л чистого алкоголю на душу населення є тою межею, за якою настає не лише психічна, а й фізична деградація особистості. Цей рубіж в Україні перейдено в 2000 році. Смертність від гострого отруєння алкоголем збільшилась в Україні з 1990 р. до 2010р. в 2,2 рази. Але різниця між Західною і Східною Україною збереглася. При аналізі пересічних показників між Заходом і Сходом України, смертність на Заході втричі нижча порівняно зі Сходом, а крайні показники (по областях) різняться в 7 разів.

Друге місце за силою впливу зайняло розлучення сімей. Українська класична література побудована на нещасливому коханні: він багатий, вона бідна чи, навпаки, вона багата, а він бідний і на шляху до щастя стоять непереборні соціальні контрасти. Тепер роль цих контрастів значно послабшала, водночас роль шлюбу стала більш розмитою і непереконливою. В різні роки частота розлучень орієнтовно коливалась на рівні 50-60 % від числа шлюбів. Але на цьому загальному фоні відмінності між Заходом і Сходом залишаються суттєвими. Так, розлучення в Луганській області в 2,5 рази зустрічаються частіше порівняно з Закарпатською.

Третє місце зайняли аборти. За всю історію людства існувало три методи регулювання його чисельності: перший, що йде з первісних часів, це – вбивство народженої дитини, яка з тих чи інших причин вважалась нежиттєздатною; другий – це вбивство в утробі матері (аборти) і третій – недопущення вагітності (контрацепція). Україна використовує в основному другий метод, Європа – третій.

Аборти в Україні дозволено з 1956 року і з тих пір вони за своїм розмахом перевищили народжуваність. Тільки в останні три роки аборти поступились народжуваності, що можна пояснити як стимулюванням народження дітей, так і відсутністю значної частки жінок фертильного віку, що знаходяться за кордоном. Отже, за роки незалежності Україна втратила більше 6 млн. осіб, але ще більше вона втратила від абортів – більше 10 млн. осіб.

Але й тут різниця між Заходом і Сходом є разючою. Частота абортів в Запорізькій області вчетверо вища порівняно зі Тернопільською.

Ми вивчили вплив на вимирання людності України і такого чинника, як забезпеченість лікарями. Де є вищою забезпеченість, тим нижчим є вимирання людей і, навпаки, менша забезпеченість сприяє вимиранню людності. Правда, зв'язок цей є значно слабшим за силою у порівнянні з трьома попередніми. Україна реформує свою охорону здоров'я. Але як пояснити і по можливості послабити роль цього чинника? В Чернівецькій області зверх штату мається 9,3% лікарів, у Львівській, Івано-Франківській їх також більше штату, а в Кіровоградській і Херсонській не хватає третини лікарів, а в інших східних областях - четвертої частини.

Володіючи даними за 20 минулих літ, ми спробували зробити прогноз, покладаючись на різні методи аналізу динамічних рядів. Дані прогнози наведені в табл. 4.

До 2020 р. прогнозуємо зменшення чисельності людності України на 2 млн. осіб. При цьому виділимо деякі характерні особливості. По-перше, в чотирьох регіонах – Волинській, Закарпатській, Рівненській областях і м. Києві – прогнозуємо приріст населення. Якщо в трьох перших це відбувається за рахунок природнього приросту, то в м. Києві – за рахунок механічного.

Найбільше вимирання очікуємо в Донецькій, Дніпропетровській, Харківській, Луганській, Запорізькій, а також в Полтавській і Чернігівській областях, що загалом складе майже 60 % спаду людності України. До Чернівецької області, що єдина мала менше 1 млн. мешканців, додаються Чернігівська і Кіровоградська області.

Говорять, що в Україні є вже більше 5 млн. нелегальних мігрантів. Як їх рахують поки незрозуміло. Однак, святе місце порожнім не буває.

Перспективи подальших досліджень будуть полягати в співставленні їх з реальними цифрами.

Таблиця 4. Прогноз чисельності людності України до 2020 р.

Адміністративні території	Скільки людей орієнтовно вимре до 2020 р. (тис)	Орієнтовне число людності в 2020 р. (тис.)
Україна		43593,2
Автономна Республіка Крим	70,0	2263,6
Вінницька	90,0	1544,1
Волинська	+4,0	1038,4
Дніпропетровська	190,0	3143,2
Донецька	323,0	4097,1
Житомирська	70,0	1209,8
Закарпатська	+34,0	1278,5
Запорізька	104,0	1696,5
Івано-Франківська	12,0	1365,0
Київська	86,0	1625,9
Кіровоградська	70,0	933,6
Луганська	178,0	2108,7
Львівська	40,0	2486,4
Миколаївська	59,0	1123,6
Одеська	74,0	2303,6
Полтавська	118,0	1361,9
Рівненська	+21,0	1172,5
Сумська	97,0	1062,3
Тернопільська	38,0	1042,9
Харківська	156,0	2583,4
Херсонська	51,0	1035,8
Хмельницька	65,0	1258,8
Черкаська	92,0	1189,8
Чернівецька	7,0	894,2
Чернігівська	114,0	975,7
м. Київ	+33,0	2790,9

Висновки

1. Людність України за роки незалежності скоротилась на 12%, від 21,9% в Чернігівській області до 1,6 в Закарпатській області. Інтенсивність вимирання залежить від близькості до

Росії. Серед основних чинників вимирання відмічаємо гостре отруєння алкоголем, частоту розлучень і абортів, які зменшуються в міру віддаленості від Росії.

2. До 2020р. вимре орієнтовно ще два мільйони мешканців.

Список літератури

1. Голяченко О. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. / О. Голяченко. – Київ, Вігай, 1993. – 248с.
2. Статистичні довідники МОЗ України за 1990 – 2010рр.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В УКРАИНЕ В ГОДЫ НЕЗАВИСИМОСТИ

О. М. Голяченко (Тернополь)

Проанализирован ход вымирания населения Украины в годы независимости и сделан прогноз до 2020г.

КЛЮЧЕВІЕ СЛОВА: демографія, вимирання населення України.

DEMOGRAPHIC PROCESSES IN UKRAINE SINCE INDEPENDENCE

О. М. Holyachenko (Ternopil)

Consider the course of extinction of the population of Ukraine in the years of independence and a forecast to 2020

KEY WORDS: demography, extinction of the population of Ukraine

УДК 616.3:314.4(477)

Л. А. ЧЕПЕЛЕВСЬКА, О. М. ОРДА (Київ)

РОЛЬ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У СТРУКТУРІ ПРИЧИН СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Вивчалися тенденції смертності населення України від хвороб органів травлення за 2004–2009 рр. залежно від регіону, типу поселення, статі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: смертність, хвороби органів травлення, регіон, стать, тип поселення.

За прогнозами експертів ВООЗ, в XXI ст. патологія травної системи в структурі захворюваності населення буде займати одне з провідних місць [1–3;6].

В Україні, починаючи з 2004 р., хвороби органів травлення в структурі причин смерті зайняли четверте місце, замінивши хвороби органів дихання [4;7]. За рівнем смертності від хвороб органів травлення (65,3 випадку смерті на 100 тис. осіб) Україна займає п'яте місце серед 38 розвинених країн світу. Попереду України знаходяться Молдова (112,3), Киргизстан (81,5), Литва (76,9), Туркменістан (68,4). Найнижчі рівні спостерігаються в Австралії (13,5), Швеції (14,1), Японії (15,1), Норвегії (16,6), Канаді (16,7), тобто в Україні рівень смертності від хвороб органів травлення нижчий, ніж в розвинених країнах, на 78,4–74,4% [5,8–10].

Мета дослідження: виявити регіональні особливості смертності населення України від хвороб органів травлення.

Матеріали і методи. В роботі використані дані офіційної статистики, опубліковані та скопійовані з архівних матеріалів, про смертність від хвороб органів травлення в регіонах України за статтю, типом поселення, окремими нозологічними формами, в динаміці за 2005–2009 рр. Були застосовані методи медичної та математичної статистики, комп'ютерні технології.

Результати дослідження та їх обговорення. Смертність населення України від хвороб органів травлення зросла за 5 років на 14,0%. Це найвищий темп приросту смертності серед шести основних причин смерті. Максимальними темпи приросту були в м. Севастополі (39,8%), Івано-Франківській (29,3%), Львівській (28,6%), Донецькій (20,6%) областях та м. Києві – 20,8% (табл. 1), мінімальними – у Закарпатській, Хмельницькій, Одеській, Тернопільській, Полтавській областях (від -0,1% до +5,7%). У 2005 р. максимальні рівні смертності спостерігались у Лу-

ганській, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській та Одеській областях, мінімальні – в областях Західного регіону: Чернівецькій, Івано-Франківській, Львівській, Рівненській, Тернопільській. Переважання максимального рівня смертності над мінімальним досягало 280,2%. У 2009 р. максимальні рівні смертності спостерігались в тих самих, що і в 2005 р., областях: Луганській, Дніпропетровській, Донецькій, а також в м. Севастополі та Миколаївській області, мінімальні – в тих же західних областях, що і в 2005 р. Переважання максимального рівня над мінімальним зросло до 299,2%.

Смертність від хвороб органів травлення серед чоловіків за 5 років зросла на 13,8%, максимальна – в м. Севастополі (45,8%), Львівській (32,4%), Івано-Франківській (31,2%), Запорізькій (26,4%), Донецькій (21,1%) областях (табл. 2), мінімальна – в Одеській, Миколаївській, Полтавській, Закарпатській, Житомирській областях (-2,7% – +6,9%). Максимальні рівні смертності спостерігались в 2005 р. у Дніпропетровській, Луганській, Донецькій, Миколаївській, Волинській областях, мінімальні – в Чернівецькій, Івано-Франківській, Львівській, Запорізькій, Рівненській областях. Переважання максимального рівня над мінімальним становило 282,4%. Максимальні рівні смертності в 2009 р., як і в 2005 р., спостерігались у Луганській, Дніпропетровській, Донецькій, Волинській, Черкаській областях; мінімальні, як і в 2005 р., – у Чернівецькій, Івано-Франківській, Запорізькій, Львівській, Кіровоградській областях. Переважання максимального рівня над мінімальним було таким самим, як і в 2005 р., – 282,3%.

Смертність від хвороб органів травлення серед жінок за 5 років збільшилась на 14,7%, залишаючись удвічі нижчою, ніж серед чоловіків. Максимальні темпи зростання (більше 20,0%) спостерігались в 10 регіонах: у 8 областях (26,2%–20,1%) та в м. Києві (21,8%) і Севастополі (32,2%), мінімальні – в Чернівецькій (1,8%), Рівненській (4,9%), Черкаській (6,5%) областях,

Таблиця 1. Смертність всього населення України по регіонах від хвороб органів травлення за 2005–2009 рр., на 100 тис. осіб

Регіон	Рік					2009 р. у % до 2005 р.
	2005	2006	2007	2008	2009	
УКРАЇНА	67,3	64,6	72,2	76,4	76,7	114,0
АР Крим	56,9	53,6	63,8	65,0	65,1	114,4
Вінницька	52,4	52,5	59,2	60,0	60,4	115,3
Волинська	75,5	75,9	87,6	86,1	86,1	114,0
Дніпропетровська	98,9	94,4	107,6	111,1	111,8	113,0
Донецька	85,6	81,6	94,8	102,4	103,2	120,6
Житомирська	63,3	61,4	67,3	68,3	68,8	108,7
Закарпатська	84,8	74,4	80,4	84,7	84,7	99,9
Запорізька	48,1	52,3	51,1	56,7	57,0	118,5
Івано-Франківська	42,6	45,8	50,3	55,0	55,1	129,3
Київська	74,9	69,0	81,0	85,5	85,9	114,7
Кіровоградська	53,3	50,6	56,7	60,4	61,0	114,4
Луганська	99,2	95,8	103,6	116,2	117,3	118,2
Львівська	42,7	45,1	50,1	54,8	54,9	128,6
Миколаївська	81,0	78,5	88,1	85,8	86,3	106,5
Одеська	84,2	78,1	87,5	85,3	85,4	101,4
Полтавська	62,9	54,1	60,2	65,9	66,5	105,7
Рівненська	47,4	43,4	50,5	56,8	56,8	119,8
Сумська	58,2	55,1	57,9	65,3	66,0	113,4
Тернопільська	48,2	39,8	48,4	50,2	50,5	104,8
Харківська	56,0	52,0	59,4	64,5	64,9	115,9
Херсонська	57,1	58,9	63,8	65,2	65,6	114,9
Хмельницька	71,3	64,1	67,2	71,6	72,1	101,1
Черкаська	75,2	68,7	77,1	82,8	83,5	111,0
Чернівецька	35,4	34,8	36,3	39,2	39,2	110,7
Чернігівська	54,6	52,2	56,9	62,0	62,8	115,0
м. Київ	52,5	57,6	62,6	63,9	63,4	120,8
м. Севастополь	66,5	72,0	75,7	93,2	93,0	139,8

а в Закарпатській, Тернопільській та Хмельницькій – навіть зниження на 5,4–11,7%. Максимальні рівні смертності в 2005 р. спостерігались у Закарпатській, Одеській, Луганській, Дніпропетровській, Донецькій областях, мінімальні – в Чернівецькій, Тернопільській, Львівській, Івано-Франківській, Рівненській областях. Перевищення максимального рівня над мінімальним досягло 296,4%. У 2009 р. максимальні рівні смертності спостерігались в тих самих областях, що і в 2005 р., крім Закарпатської, місце якої зайняв Севастополь. Мінімальні рівні смертності спостерігались в тих самих областях, що і в 2005 р., – у Тернопільській, Чернівецькій, Львівській, Рівненській, Вінницькій. Перевищення максимального рівня над мінімальним збільшилось до 355,6% (див. табл. 2).

Смертність від хвороб органів травлення серед міського населення зросла за 5 років на 12,3%, максимально – у м. Севастополі (+37,3%),

Львівській (22,9%), Чернівецькій (21,5%), Донецькій (18,8%) областях та в м. Києві (20,8%), мінімально – у Миколаївській області (+1,5%) та знизилась у двох областях – Тернопільській (на 9,3%) та Одеській – на 5,9% (табл. 3).

У 2005 р. максимальні рівні смертності серед міського населення були в Закарпатській, Луганській, Дніпропетровській, Донецькій, Одеській областях, мінімальні – в трьох західних областях – Чернівецькій, Івано-Франківській, Львівській та в Чернігівській й Запорізькій. Перевищення максимального рівня смертності над мінімальним становило 235,4%. У 2009 р. максимальні рівні смертності спостерігались в тих самих областях, що і в 2005 р., крім Одеської, місце якої зайняв Севастополь. Мінімальні рівні були зафіксовані у Чернівецькій, Вінницькій, Івано-Франківській, Рівненській областях. Перевищення максимальних рівнів смертності над мінімальними трохи знизилось – до 228,6% за

Таблиця 2. Смертність населення України від хвороб органів травлення в регіонах за статтю, на 100 тис. осіб

Регіон	Чоловіки			Жінки		
	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.
УКРАЇНА	94,0	107,0	113,8	44,3	50,8	114,7
АР Крим	74,2	84,0	113,2	42,2	49,1	116,3
Вінницька	79,1	92,0	116,3	30,0	33,8	112,7
Волинська	112,6	128,5	114,1	42,6	48,7	114,3
Дніпропетровська	141,2	155,5	110,1	63,1	75,1	119,0
Донецька	121,9	147,6	121,1	55,0	66,4	120,7
Житомирська	91,2	97,5	106,9	39,3	44,1	112,2
Закарпатська	104,5	108,2	103,5	66,7	63,1	94,6
Запорізька	63,2	79,9	126,4	35,3	37,8	107,1
Івано-Франківська	59,9	78,6	131,2	27,1	34,2	126,2
Київська	106,9	123,2	115,2	47,3	54,0	114,2
Кіровоградська	71,0	80,6	113,5	38,3	44,6	116,4
Луганська	139,8	162,6	116,3	64,9	79,3	122,2
Львівська	62,0	82,1	132,4	25,4	30,5	120,1
Миколаївська	115,0	112,0	97,4	51,7	64,3	124,4
Одеська	105,0	102,2	97,3	66,0	70,7	107,1
Полтавська	93,1	94,1	101,1	37,4	43,2	115,5
Рівненська	66,0	84,2	127,6	30,6	32,1	104,9
Сумська	85,5	99,1	115,9	35,3	38,3	108,5
Тернопільська	75,5	83,0	109,9	24,6	22,3	90,6
Харківська	80,2	90,7	113,1	35,6	42,9	120,5
Херсонська	75,6	84,1	111,2	41,1	49,6	120,7
Хмельницька	99,3	107,5	108,3	47,2	41,7	88,3
Черкаська	108,2	122,7	113,4	47,6	50,7	106,5
Чернівецька	50,0	57,6	115,2	22,5	22,9	101,8
Чернігівська	82,5	93,8	113,7	31,4	37,2	118,5
м. Київ	69,0	83,1	120,4	38,1	46,4	121,8
м. Севастополь	83,2	121,3	145,8	52,5	69,4	132,2

рахунок зростання рівнів смертності, як в групі областей з максимальними рівнями, так і в групі з мінімальними показниками.

Смертність сільського населення від хвороб органів травлення зросла за 5 років на 18,3%, що на 6,0% більше, ніж серед міського населення. Темп приросту рівня смертності в 11 адміністративно-територіальних одиницях перевищував 20,0%, зокрема у Львівській області він досяг 41,6%, у Донецькій – 41,0%, Івано-Франківській – 39,3%, Рівненській – 32,1%, в АР Крим – 33,5%. І лише в трьох областях – Закарпатській, Хмельницькій, Чернівецькій – він знизився на 5,2–0,1% відповідно. У 2005 р. максимальний рівень смертності спостерігався у Дніпропетровській, Хмельницькій, Черкаській, Одеській, Луганській областях, перевищуючи середній по Україні на 65,9–35,9%. Мінімальний рівень смертності спо-

стерігався у Чернівецькій, Львівській, Івано-Франківській, Запорізькій, Рівненській областях і був нижчим за середньоукраїнський у 1,5–2,0 рази. У 2009 р. максимальні рівні смертності спостерігались у Дніпропетровській, Донецькій, Київській, Луганській та Одеській областях, мінімальні – в Чернівецькій, Львівській, Запорізькій, Тернопільській та Івано-Франківській. Перевищення максимальних рівнів смертності над мінімальними становило 339,0% в 2005 р. і зросло до 399,3% в 2009 р. (див. табл. 3).

Смертність міських чоловіків від хвороб органів травлення за 5 років зросла на 12,1%, максимально – в м. Севастополі (на 48,9%), в Чернівецькій (27,5%), Івано-Франківській (27,0%), Запорізькій (24,4%), Львівській (23,8%) областях (табл. 4).

Водночас в чотирьох областях відбулося зниження рівня смертності: в Одеській на 13,0%,

Таблиця 3. Смертність населення України від хвороб органів травлення в регіонах за типом поселення, на 100 тис. осіб

Регіон	Міське населення			Сільське населення		
	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.
УКРАЇНА	70,1	78,7	112,3	61,3	72,5	118,3
АР Крим	63,5	67,5	106,3	45,7	61,0	133,5
Вінницька	52,8	55,2	104,5	52,1	65,4	125,5
Волинська	80,3	86,4	107,6	70,6	85,8	121,5
Дніпропетровська	98,4	110,5	112,3	101,7	118,6	116,6
Донецька	86,9	103,2	118,8	73,4	103,5	141,0
Житомирська	64,4	67,7	105,1	61,9	70,2	113,4
Закарпатська	101,7	108,1	106,3	74,9	71,0	94,8
Запорізька	50,8	59,1	116,3	39,5	50,3	127,3
Івано-Франківська	46,9	55,3	117,9	39,4	54,9	139,3
Київська	70,8	75,2	106,2	80,8	102,3	126,6
Кіровоградська	55,8	63,5	113,8	49,3	57,1	115,8
Луганська	101,7	120,0	118,0	83,3	100,1	120,2
Львівська	49,7	61,1	122,9	32,2	45,6	141,6
Миколаївська	81,0	82,2	101,5	81,1	94,8	116,9
Одеська	84,4	79,4	94,1	83,9	97,1	115,7
Полтавська	58,6	63,7	108,7	69,3	70,7	102,0
Рівненська	53,3	58,1	109,0	42,1	55,6	132,1
Сумська	57,8	61,7	106,0	59,1	74,5	126,1
Тернопільська	51,9	47,1	90,7	45,4	53,1	117,0
Харківська	55,8	63,8	114,3	57,0	69,0	121,0
Херсонська	59,6	69,3	116,3	53,3	59,8	112,2
Хмельницька	57,3	60,9	106,3	86,6	85,2	98,4
Черкаська	67,4	74,7	110,8	84,7	94,4	111,4
Чернівецька	43,2	52,5	121,5	30,0	29,7	99,0
Чернігівська	50,1	54,9	109,6	61,3	75,4	123,0
м. Київ	52,5	63,4	120,8	х	х	х
м. Севастополь	67,9	93,2	137,3	44,8	90,3	201,6

Миколаївській на 4,8%, Тернопільській на 3,7%, Волинській на 0,5%. У 2005 р. максимальні рівні смертності спостерігались у Луганській (на 46,5% вищі, ніж у середньому по Україні), Дніпропетровській (на 45,1%), Закарпатській, Донецькій, Волинській (на 33,7–25,3%) областях. Мінімальні рівні смертності були зафіксовані у Чернівецькій (на 38,5–30,3% нижчі, ніж по Україні), Івано-Франківській, Запорізькій, Рівненській, областях та м. Києві. У 2009 р. максимальні рівні смертності спостерігались в тих самих промислово розвинутих областях, що і в 2005 р. Місце Волинської області зайняв Севастополь. Мінімальні рівні зафіксовано у Тернопільській, Чернівецькій, Івано-Франківській, Чернігівській, Вінницькій областях. Переважання максимального рівня смертності над мінімальним становило в 2005 р. 238,0%, в 2009-му знизилось до 224,8%.

Смертність міських жінок від хвороб органів травлення зросла за 5 років на 13,0% і залишається в 2,1 разу нижчою, ніж у чоловіків. Максимальні темпи приросту спостерігались у Волинській (+27,7%), Луганській (21,7%), Львівській (21,5%) областях та в мм. Києві (21,8%) і Севастополі (22,8%). В п'яти областях відбулося зниження рівня смертності: Тернопільська (-21,1%), Хмельницька (-10,4%), Рівненська (-8,4%), Вінницька (-3,6%), Київська (-2,5%) області. У 2005 р. максимальні рівні смертності спостерігались в Закарпатській, Луганській, Одеській, Дніпропетровській, Донецькій областях, в яких рівні смертності перевищували середньоукраїнські на 62,4–20,5% відповідно. Мінімальні рівні смертності спостерігались у Чернівецькій, Чернігівській, Тернопільській, Львівській, Вінницькій областях, які були на 38,9–28,6%

нижчими за середній по Україні рівень. У 2009 р. максимальні рівні смертності спостерігались в тих самих областях, що і в 2005 р., за винятком Одеської, місце якої зайняв Севастополь, і були вищими за 2005 р. та на 55,0–26,6% вищими за середньоукраїнський рівень. Мінімальні рівні смертності спостерігались в тих самих областях,

що і в 2005 р., за винятком Львівської, місце якої зайняла Хмельницька, і були на 54,8–35,7% нижчими за середньоукраїнський рівень, що й відбилося на величині перевищення максимально-го рівня над мінімальним, який зріс до 343,1% проти 265,7% в 2005 р. (див. табл. 4).

Таблиця 4. Смертність міського населення України від хвороб органів травлення в регіонах за статтю, на 100 тис. осіб

Регіон	Чоловіки			Жінки		
	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.
УКРАЇНА	97,5	109,3	112,1	46,8	52,9	113,0
АР Крим	84,4	87,2	103,3	46,3	51,5	111,2
Вінницька	75,2	82,1	109,2	33,4	32,2	96,4
Волинська	122,2	121,6	99,5	44,0	56,2	127,7
Дніпропетровська	141,5	155,2	109,7	62,1	73,3	118,0
Донецька	123,3	147,1	119,3	56,4	67,0	118,8
Житомирська	91,6	94,3	102,9	40,9	44,9	109,8
Закарпатська	130,4	144,0	110,4	76,0	76,1	100,1
Запорізька	66,5	82,7	124,4	37,7	39,5	104,8
Івано-Франківська	61,4	78,0	127,0	33,9	35,2	103,8
Київська	101,0	112,1	111,0	44,2	43,1	97,5
Кіровоградська	74,7	88,4	118,3	40,1	42,8	106,7
Луганська	142,8	165,7	116,0	67,4	82,0	121,7
Львівська	70,5	87,3	123,8	31,1	37,8	121,5
Миколаївська	113,5	108,1	95,2	53,5	60,6	113,3
Одеська	108,6	94,5	87,0	63,4	66,2	114,4
Полтавська	85,9	88,6	103,1	35,5	42,8	120,6
Рівненська	67,9	82,3	121,2	40,6	37,2	91,6
Сумська	85,3	92,2	108,1	34,8	36,5	104,9
Тернопільська	76,5	73,7	96,3	30,3	23,9	78,9
Харківська	78,8	89,8	114,0	36,4	41,9	115,1
Херсонська	79,8	91,9	115,2	42,7	50,5	118,3
Хмельницька	80,1	92,4	115,4	37,4	33,5	89,6
Черкаська	94,5	109,0	115,3	44,6	46,1	103,4
Чернівецька	60,0	76,5	127,5	28,6	31,9	111,5
Чернігівська	73,5	79,9	108,7	30,1	34,0	113,0
м. Київ	69,0	83,1	120,4	38,1	46,4	121,8
м. Севастополь	83,6	124,5	148,9	54,7	67,2	122,8

Смертність сільських чоловіків від хвороб органів травлення зростає за 5 років на 17,9%, що на 4,9% вище, ніж серед міських чоловіків. Темпи приросту, вищі за 30,0%, спостерігались у восьми областях, а у Львівській досягли 50,9%. У Закарпатській та Полтавській областях та м. Севастополі відбулося незначне (на 1,3–3,7%) зниження рівня смертності (табл. 5). У 2005 р. максимальні рівні смертності спостерігались у Дніпропетровській, Черкаській, Хмельницькій, Луганській, Миколаївській областях, перевищен-

ня над середнім по Україні рівнем досягало 61,0–35,8%. Мінімальні рівні смертності зафіксовано у Чернівецькій, Львівській, Запорізькій, Івано-Франківській областях та в АР Крим, які були на 50,3–32,2% нижчими, ніж в середньому по Україні. У 2009 р. максимальні рівні смертності зафіксовано в тих самих областях, що й в 2005 р., – Дніпропетровській, Черкаській, Луганській областях, до яких залучились Донецька та Київська. Переважання середньоукраїнського рівня в цій групі областей досягало 53,6–36,7%. Мінімальні

рівні смертності спостерігалися у Чернівецькій, Кіровоградській, Запорізькій, Херсонській областях та м. Севастополі і були на 56,4–28,2% нижчими за середньоукраїнський рівень. Переважання максимального рівня над мінімальним було значним в 2005 р. – 324,4% й зросло в 2009 р. до 352,2%.

Смертність сільських жінок від хвороб органів травлення зростає за 5 років на 18,5% і є в 2,2 разу нижчою за смертність чоловіків. Максимальне зростання відбулося в Івано-Франківській (на 51,8%), Миколаївській (50,9%), Донецькій (44,9%), Харківській (44,6%) областях, а в м. Севастополі – в 6,2 разу. У чотирьох областях відбулося зниження рівня смертності: у Хмельницькій (на 11,6%), Чернівецькій (на 9,8%), Закарпатській (на 9,3%), Волинській (на 1,5%). У 2005 р. максимальні рівні смертності спостерігались в Одеській, Дніпропетровській, Закарпатській, Хмельницькій, Київській областях, перевищен-

ня середнього по Україні рівня в них досягало 82,8–32,8%. Мінімальними рівні були у Львівській, Чернівецькій, Тернопільській, Рівненській областях та в м. Севастополі, які були на 56,9–45,1% нижчими, ніж в цілому по Україні. У 2009 р. максимальні рівні смертності залишились у Дніпропетровській, Одеській та Київській областях, до яких додалися Миколаївська область та м. Севастополь, переважання над середньоукраїнським рівнем становило 83,3–52,6%, а в м. Севастополі – в 2,3 разу. Мінімальними рівні смертності залишились в тих же, що і в 2005 р., областях – Львівській, Рівненській, Тернопільській, Чернівецькій; місце м. Севастополя зайняла Запорізька область; рівні смертності були на 64,3–30,3% нижчими за середні по Україні. Перевищення максимальних рівнів смертності над мінімальними становило в 2005 р. 424,4%, в 2009 р. зросло до 637,6% (див. табл. 5).

Таблиця 5. Смертність сільського населення України від хвороб органів травлення в регіонах за статтю, на 100 тис. осіб

Регіон	Чоловіки			Жінки		
	2005 р.	2009 р.	2009 р. в % до 2005 р.	2005 р.	2009 р.	2009 р. в % до 2005 р.
УКРАЇНА	86,8	102,3	117,9	39,0	46,2	118,5
АР Крим	57,6	78,9	137,0	35,0	45,1	128,9
Вінницька	82,6	101,5	122,9	26,9	35,2	130,9
Волинська	103,0	135,4	131,5	41,1	40,5	98,5
Дніпропетровська	139,8	157,1	112,4	68,4	84,7	123,8
Донецька	109,1	151,5	138,9	42,1	61,0	144,9
Житомирська	90,6	101,8	112,4	37,2	43,0	115,6
Закарпатська	89,7	87,8	97,9	61,0	55,3	90,7
Запорізька	52,9	71,0	134,2	27,7	32,2	116,2
Івано-Франківська	58,8	79,0	134,3	22,0	33,4	151,8
Київська	115,6	140,6	121,6	51,8	70,5	136,1
Кіровоградська	65,3	68,3	104,6	35,4	47,5	134,2
Луганська	121,7	143,2	117,7	49,1	61,5	125,2
Львівська	49,3	74,4	150,9	16,8	19,5	116,1
Миколаївська	117,9	120,0	101,8	47,9	72,3	150,9
Одеська	98,0	116,8	119,2	71,3	79,5	111,5
Полтавська	103,7	102,4	98,7	40,3	43,8	108,7
Рівненська	64,5	85,9	133,2	21,4	27,4	128,0
Сумська	86,0	112,6	130,9	36,2	41,9	115,7
Тернопільська	74,7	90,0	120,5	20,4	21,1	103,4
Харківська	85,1	94,2	110,7	32,5	47,0	144,6
Херсонська	69,5	72,6	104,5	38,5	48,2	125,2
Хмельницька	121,0	125,5	103,7	57,9	51,2	88,4
Черкаська	124,8	139,8	112,0	51,3	56,4	109,9
Чернівецька	43,1	44,6	103,5	18,3	16,5	90,2
Чернігівська	96,4	116,8	121,2	33,2	42,4	127,7
м. Київ	х	х	х	х	х	х
м. Севастополь	76,2	73,4	96,3	16,9	105,2	622,5

Серед окремих нозологій в класі хвороб органів травлення 71,2% смертних випадків припадає на хвороби печінки (46,5 випадку смерті на 100 тис. осіб). Особливо високі рівні спостерігаються в Луганській (77,4), Дніпропетровській (70,9), Миколаївській (65,7), Донецькій (59,4), Одеській (57,8) областях. Серед хвороб печінки найвищий рівень смертності припадає на фіброз і цироз печінки – 35,0 випадків смерті на 100 тис. осіб, або 75,3%. Серед регіонів цей рівень досягає 57,0 в Дніпропетровській області, 50,2 в м. Севастополі, 46,6 в Донецькій, 46,4 в

Одеській, 42,9 в Київській областях. Звертає на себе увагу регіональна диференціація алкогольної хвороби печінки, яка при показнику 7,9 по Україні досягає 27,2 в Луганській, 17,8 в Закарпатській, 15,1 в Миколаївській, 12,3 в Хмельницькій, 12,0 в Чернігівській областях (табл. 6).

На другому місці у структурі смертності від хвороб органів травлення знаходяться хвороби жовчного міхура та підшлункової залози – 6,8 по Україні. В деяких областях цей рівень перевищує середній по Україні в 3,2–1,3 разу. Це Закарпатська (21,5), Волинська (9,4), Тернопільська (9,3), До-

Таблиця 6. Смертність населення в регіонах України від хвороб органів травлення за нозологіями в 2009 році, на 100 тис. населення

Адміністративно-територіальна одиниця	Всього	в тому числі							
		Хвороби стравоходу, шлунка, ДПК	Хвороби печінки	з них			Хвороби жовчного міхура, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози	в т.ч. гострий панкреатит	інші хвороби травлення
				Алкогольна хвороба печінки	Алкогольний цироз печінки	фіброз і цироз печінки			
УКРАЇНА	65,3	4,4	46,5	7,9	5,6	35,0	6,8	4,4	7,6
Автономна Республіка Крим	54,7	4,8	35,1	3,8	2,4	28,1	7,0	4,3	7,8
Вінницька	49,9	3,3	37,2	3,4	3,2	32,4	4,5	3,1	4,9
Волинська	62,1	1,8	45,9	7,4	6,8	37,6	9,4	8,4	5,0
Дніпропетровська	92,2	4,9	70,9	6,1	3,7	57,0	5,7	3,3	10,7
Донецька	82,6	5,9	59,4	7,2	4,8	46,6	8,6	5,8	8,7
Житомирська	57,8	2,3	45,4	8,8	4,3	35,3	5,9	3,9	4,2
Закарпатська	67,0	1,7	38,5	17,8	13,3	18,8	21,5	16,9	5,3
Запорізька	49,2	7,4	27,1	8,8	7,9	17,0	6,1	2,7	8,6
Івано-Франківська	47,7	1,8	35,3	3,6	3,4	29,8	4,7	3,7	5,9
Київська	71,0	3,8	53,9	6,0	3,0	42,9	6,8	5,0	6,5
Кіровоградська	55,5	4,4	37,6	4,8	3,2	31,3	2,6	1,3	10,9
Луганська	102,4	4,7	77,4	27,2	14,1	41,6	8,3	3,9	12,0
Львівська	48,8	2,9	32,9	8,5	7,8	23,6	7,8	5,0	5,2
Миколаївська	82,8	4,9	65,7	15,1	10,0	39,6	4,8	3,3	7,4
Одеська	76,4	5,3	57,8	8,7	6,1	46,4	5,4	3,2	7,9
Полтавська	60,8	4,7	39,2	8,7	8,2	29,0	6,0	1,8	10,9
Рівненська	50,1	2,0	37,3	5,3	4,3	30,5	5,3	4,8	5,5
Сумська	57,5	4,5	41,3	10,8	8,9	29,1	5,1	2,7	6,6
Тернопільська	44,5	1,0	31,3	0,6	0,3	29,1	9,3	8,8	2,9
Харківська	57,4	6,0	35,1	3,6	3,0	29,8	7,8	5,0	8,5
Херсонська	62,2	3,7	45,3	3,6	3,1	37,4	4,4	3,2	8,8
Хмельницька	60,0	2,2	47,5	12,3	9,1	30,9	4,2	2,5	6,1
Черкаська	65,9	3,8	50,9	9,2	7,7	38,5	4,5	2,8	6,7
Чернівецька	31,9	1,9	24,2	1,0	0,6	22,0	3,1	1,9	2,7
Чернігівська	56,7	3,1	41,4	12,0	8,3	28,2	4,3	3,2	7,9
м. Київ	55,0	7,2	32,1	2,7	1,6	24,6	6,4	4,3	9,3
м. Севастополь	90,7	9,5	57,1	4,7	3,7	50,2	8,7	6,8	15,4

нецька (8,6) області та м. Севастополь (8,7 випадку смерті на 100 тис. осіб). Переважну частину цього рівня складає смертність від гострого панкреатиту в тих самих областях: 16,9 – в Закарпатській, 8,8 – в Тернопільській, 8,4 – у Волинській, 5,8 – у Донецькій та 6,8 – в м. Севастополі.

Висновки

Останніми роками хвороби органів травлення займають четверте місце у структурі причин смерті, випереджаючи хвороби органів дихання, які традиційно займали четверте місце протягом десятиріч. Максимальні рівні смертності спостерігались в Луганській, Дніпропетровській, Донецькій областях, серед чоловічого та жіночого населення, в містах та сільських поселеннях.

Найвищі темпи приросту рівнів смертності від хвороб органів травлення спостерігались в Івано-Франківській, Львівській, Донецькій областях та в м. Києві й Севастополі, а максимальні рівні смертності – в Луганській, Дніпропетровській, Донецькій областях.

Смертність чоловіків перевищувала смертність жінок в 2,1 разу і була найвищою в Дніпропетровській, Луганській, Донецькій, Миколаївській та Волинській областях.

Смертність міського населення була найвищою в Закарпатській, Луганській, Дніпропетровській, Донецькій областях, сільського – в Дніпропетровській, Хмельницькій, Черкаській, Одеській, Луганській областях.

Серед окремих нозологій найбільшу питому вагу в смертності складають хвороби печінки, серед них фіброз і цироз печінки. Найвища смертність від алкогольної хвороби печінки спостерігається в Луганській, Закарпатській, Миколаївській, Хмельницькій та Чернігівській областях.

Перспективи подальших досліджень.

Прискорений ріст смертності населення в регіонах України від хвороб органів травлення потребує міжсекторального підходу до проблеми: покращення екології, санепідагляду, оптимізація надання медичної допомоги населенню, пропаганда здорового способу життя.

Список літератури

1. Аналіз медико-демографічної ситуації в Україні та прогностичні оцінки її розвитку // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік. / Л. А. Чепелевська, Р. О. Моїсеєнко, О. П. Рудницький, О. В. Любінець. – К., 2007. – С. 65–84.
2. Біляцький С. Д. Демографічна панорама сучасного світу. Нові демографічні контури / С. Д. Біляцький // Стратегія економічного розвитку України. – К., 2002. – Вип.3 (10). – С. 43–54.
3. Демографічні перспективи України до 2026 року / В. Стешенко, О. Рудницький, О. Хомра, А. Стефановський. – К.: Ін-т економіки, 1999. – 60 с.
4. Дмитриев В. И. Изучение множественных причин смерти – важный шаг к пониманию современного состояния смертности населения / В. И. Дмитриев, А. Д. Соломонов, М. М. Балыгин // Здравоохран. Рос. Федерации. – 2006. – № 2. – С. 17–21.
5. Доклад о развитии человека 2009. Преодоление барьеров: человеческая мобильность и развитие / пер. с англ. ПРООН. – М.: Весь Мир, 2009. – 232 с.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2005 г. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2005. – 154 с.
7. Карташова С. С. Показники смертності як індикатори стану здоров'я / С. С. Карташова, О. І. Тимченко, Е. М. Омельченко // Укр. мед. альм. – 2009. – Т. 12, № 2. – С. 82–84.
8. Марзеева О. М. Медико-екологічні передумови демографічної кризи в Україні та шляхи їх подолання / О. М. Марзеева, О. М. Сердюк. // Журнал АМН. – Т. 13, № 3. – 2007. – С. 486–487.
9. Чепелевська Л. А. Смертність населення України від хвороб органів травлення: регіональні особливості / Л. А. Чепелевська О. В. Любінець // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 2. – С. 11–14.
10. Основні причини високого рівня смертності в Україні. – К.: ВЕРСО – 04 – 2010. – 60 с.

РОЛЬ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

Л. А. Чепелевская, А. Н. Орда (Киев)

Изучены тенденции смертности населения Украины от болезней органов пищеварения за 2004–2009 гг. в зависимости от региона, типа расселения, пола.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: смертность, болезни органов пищеварения, регион, пол, тип расселения.

ROLE OF DIGESTIVE APPARATUS ILLNESSES IN STRUCTURE OF THE CAUSES OF MORTALITY IN POPULATION IN REGIONS OF UKRAINE

L. A. Chepelevska, A. N. Orda (Kyiv)

Tendencies of mortality in population of Ukraine from illnesses of digestive apparatus during 2004–2009 have been investigated depending from region, such as settling, sex.

KEY WORDS: mortality, digestive apparatus illnesses, region, sex, type of settli.

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ КЕРІВНИКІВ ПРАКТИЧНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯКІСТЮ ПІДГОТОВКИ ВИПУСКНИКІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ I-II РІВНЯ АКРЕДИТАЦІЇ

Н. О. ВЕНГРИН (Дубно)

Дубенський медичний коледж

Вивчалася задоволеність керівників різних ланок системи охорони здоров'я якістю підготовки випускників вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ) I-II рівня акредитації (акушерки та фельдшери). Визначено складові задоволеності якістю підготовки випускників та компоненти незадоволеності теоретичною, практичною підготовкою, вмінням випускників спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами. Загальний рівень задоволеності медичного персоналу, під керівництвом якого працюють випускники ВМНЗ I-II рівня акредитації, нижчий за середній. Інтегральний показник задоволеності рівнем підготовки випускників, який розраховувався виходячи із середнього бала задоволеності і ступеня впливу різних складових на якість професійної діяльності, склав 3,52 бала за 5-бальною шкалою.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: задоволеність, якість підготовки, акушерська справа, лікувальна справа, молодші спеціалісти з вищою медичною освітою, керівники, система охорони здоров'я.

Існуючі підходи до оцінки якості підготовки фахівців переважно спрямовані на оцінку якості навчального процесу з точки зору отримання учнями знань з окремих предметів, що вивчаються в рамках навчального плану, та умінь щодо їх застосування в типових ситуаціях та не зачіпають процес формування професійної компетенції майбутнього випускника [11]. Сучасний етап розвитку соціально-економічної сфери ставить нові вимоги до фахівців, коли знання виступають важливою, але недостатньою, умовою досягнення необхідної якості професійної освіти [5;10]. Ступінь орієнтованості освітніх програм на ринок праці є ключовим показником ефективності освіти та якості підготовки, яка реалізується через систематизовану взаємодію освіти і роботодавців та формалізується у вигляді критеріїв та вимог до випускників з точки зору їх поточної практичної придатності до професійної діяльності [3;11]. Критерій задоволеності роботодавців якістю підготовки акушерок та фельдшерів є інформативним індикатором з позиції зворотного зв'язку між навчальними закладами та закладами практичної охорони здоров'я.

Метою роботи є вивчення задоволеності керівників закладів та підрозділів системи охорони здоров'я, де працюють випускники вищих медичних навчальних закладів I-II рівня акредитації (медичних коледжів/училищ), якістю підготовки молодих спеціалістів – акушерок та фельдшерів.

Матеріали і методи. Проведено соціологічне дослідження, на участь в якому дали згоду 80 керівників закладів та підрозділів системи охорони здоров'я Рівненської та Дніпропетровської областей. Опитування проведено за спеціально розробленою анкетною, яка включала питання задоволеності керівників різними складовими професійної підготовки випускників. Оцінка задоволеності підготовкою випускників проводилась за 5-бальною шкалою. Статистична обробка матеріалів дослідження проводилась з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих в пакетах програм Statistica (версія 6.1), серійний номер – AGAR909E415822FA. Вірогідність відмінностей оцінювалась за допомогою критерію Стюдента (t). Для характеристики причинно-наслідкових зв'язків обчислено та оцінено коефіцієнти рангової кореляції Спірмена (r), парціальні коефіцієнти.

Респондентами були керівники різних ланок системи охорони здоров'я, з них 17 (21,3%) працювали в пологових будинках, 16 (20,0%) – у міських лікарнях, 15 (18,8%) – в центральних районних лікарнях, 11 (13,8%) – на станціях та підстанціях швидкої медичної допомоги, 7 (8,75%) – в дільничних лікарнях та сільських амбулаторіях. Залежно від посади респонденти розподілились наступним чином: головні лікарі – 16 (20%), заступники головного лікаря – 19 (23,8%), старші медичні сестри – 19 (23,8%), завідувачі відділень – 23 (28,7%) та інші 3 (3,7%). Стаж понад 20 років мали 24 (30,0%), від 11 до

20 років – 27 (33,8%), від 6 до 10 років – 18 (22,5%), до 5 років – 11 (13,8%) респондентів.

Результати дослідження та їх обговорення. Кваліфікація випускників вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ) I–II рівня акредитації (медичних коледжів/училищ) з акушерської та лікувальної справи, на думку $68,0 \pm 5,3\%$ опитаних, частково відповідає професійним вимогам; біля третини ($30,8 \pm 5,2\%$) респондентів оцінили кваліфікацію випускників як таку, що повністю відповідає професійним вимогам, незначна кількість (1,3%) вважають, що кваліфікація цілком не відповідає вимогам.

В умовах реформування галузі охорони здоров'я до якості професійної підготовки середнього медичного персоналу висуваються певні вимоги: вільне володіння фундаментальними і

спеціальними знаннями, здатність до аналітичного мислення і творчої діяльності в сфері, пов'язаній з функціональними обов'язками медичної сестри; здатність до самовдосконалення і самонавчання [1;8].

Рівень теоретичної підготовки випускників недостатньо відповідає сучасним потребам практичної охорони здоров'я. Більшість керівників різного рівня (76,25%) не задоволені теоретичними знаннями випускників, лише 21,3% опитаних задовольняє рівень теоретичної підготовки молодих спеціалістів. Основною компонентою незадоволеності рівнем теоретичної підготовки, як вважає майже половина всіх опитаних керівників ($46,3 \pm 5,6\%$), є недостатність знань в сфері спеціальних клінічних дисциплін (табл. 1).

Таблиця 1. Причини незадоволеності респондентів рівнем теоретичної підготовки випускників %, ($P \pm m$)

Компоненти теоретичної підготовки	Частота незадоволеності	Ранг
Знання в сфері спеціальних клінічних дисциплін	$46,3 \pm 5,6$	1
Знання фармакологічної дії найбільш поширених лікарських препаратів	$22,5 \pm 4,7$	2
Знання в сфері фундаментальних дисциплін	$18,8 \pm 4,4$	3
Знання правил зберігання та обліку лікарських засобів	$17,5 \pm 4,3$	4
Знання чинної нормативно-правової бази	$16,3 \pm 4,1$	5

Знаннями щодо фармакологічної дії найбільш поширених лікарських препаратів не задоволені $22,5 \pm 4,7\%$ всіх респондентів. Майже кожний п'ятий опитаний ($18,8 \pm 4,4\%$) вважає, що випускники мають низький рівень підготовки в сфері фундаментальних дисциплін; $17,5 \pm 4,3\%$ із загального числа респондентів відмітили низький рівень знань щодо правил зберігання та обліку лікарських засобів; $16,3 \pm 4,1\%$ всіх респондентів вважають, що випускники недостатньо обізнані щодо чинних нормативних документів.

Дані парного кореляційного аналізу свідчать, що всі вищезазначені компоненти мають достовірний ($p < 0,001$) зв'язок (коефіцієнт кореляції коливався від 0,25 до 0,45) із задоволеністю керівників рівнем теоретичної підготовки випускників ВМНЗ I–II рівня акредитації. Сумарний вплив всіх компонентів теоретичної підготовки на рівень задоволеності керівників цією складовою становить близько 43,0% (коефіцієнт множинної кореляції $R = 0,66$; коефіцієнт детермінації $D = 43,0\%$; $p < 0,001$).

Якісна професійна діяльність випускників з напрямку акушерська та фельдшерська справа пов'язана із засвоєнням значної кількості практичних умінь і навичок, а кожна їхня дія має виконуватися чітко і безпомилково, тому такі навички повинні бути засвоєні та відпрацьовані в рамках технологій навчально-професійної

підготовки в навчальному закладі [1;4]. Задоволені рівнем практичної підготовки молодих спеціалістів лише чверть опитаних керівників ($26,3 \pm 4,9\%$), з них цілком задоволені $17,5 \pm 4,3\%$. Більшість ($73,8 \pm 4,9\%$) керівників сучасний рівень практичної підготовки молодших спеціалістів з вищою медичною освітою – акушерок та фельдшерів не задовольняє, з них повністю не задовольняє $7,5 \pm 2,9\%$ керівників. Причини незадоволеності респондентів досить різноманітні, значущість причин теж різна. Як свідчать результати опитування, біля половини всіх опитаних – $45 \pm 5,6\%$ (1-е рангове місце) – вважають, що випускники не вміють приймати професійні рішення в межах своєї компетенції (табл. 2).

Фельдшери та акушерки в рамках своєї професійної діяльності виконують призначення лікарів та досить часто самостійно проводять діагностичні та лікувально-профілактичні втручання, тому повинні освоїти протягом навчання технології медичних втручань. З усіх респондентів $17,5 \pm 4,3\%$ негативно оцінили вміння випускників виконувати медичні втручання в межах своєї компетенції (3-є рангове місце).

Недостатньо вміють випускники планувати свою діяльність та здійснювати догляд за пацієнтами (а це їх основний функціональний обов'язок), на що вказали $11,3 \pm 3,5\%$ респондентів (4-те рангове місце). Як вважає $10,0 \pm 3,4\%$ опитаних,

Таблиця 2. Причини незадоволеності респондентів рівнем практичної підготовки випускників (за даними соціологічного опитування керівників медичних закладів), % ($P \pm m$)

Компоненти практичної підготовки	Частота незадоволеності	Ранг
Вміння приймати професійні рішення в межах своєї компетенції	45,0±5,6	1
Вміння вести відповідну облікову та звітну медичну документацію	23,8±4,8	2
Вміння виконувати медичні втручання в межах своєї компетенції	17,5±4,3	3
Вміння планувати свою діяльність	11,3±3,5	4
Вміння здійснювати догляд за пацієнтами	11,3±3,5	5
Вміння співпрацювати з лікарями та іншим медичним персоналом	10,0±3,4	6
Вміння навчати пацієнтів навичкам самоконтролю та самопомоги	8,8±3,2	7
Здійснення контролю за санітарно-гігієнічним та санітарно-епідемічним станом в закладі	6,3±3,6	8
Вміння виписувати рецепти в межах своєї компетенції	6,3±2,7	9
Вміння проводити санітарно-освітню роботу з населенням	1,3±1,2	10
Інше	1,3±1,2	11

навчальні заклади не приділяють достатньої уваги такому питанню, як оволодіння студентами навичками співпраці з лікарями та іншим медичним персоналом (6-е рангове місце). Не приділяється належної уваги в навчальних закладах засвоєнню такої технології, як вміння навчати пацієнтів навичкам самоконтролю та самопомоги, на що вказали 8,8±3,2% респондентів (7-е рангове місце), 6,3% опитаних вважають, що випускники не вміють здійснювати контроль за санітарно-гігієнічним та санітарно-епідеміологічним станом в закладі охорони здоров'я та виписувати рецепти в межах своєї компетенції (10-е та 11-е рангові місця). На те, що випускники

не вміють вести відповідну облікову та звітну медичну документацію, вказали майже чверть (23,8±4,8%) всіх респондентів (2-е рангове місце). З усіх 9 складових, які обумовлюють задоволеність рівнем практичної підготовки, реальний суттєвий вплив, на що вказують парціальні коефіцієнти кореляції (рис. 1), мають лише 5: вміння приймати професійні рішення в межах своєї компетенції ($r=0,72$), вміння виконувати медичні втручання в межах своєї компетенції ($r=0,6$), вміння здійснювати догляд за пацієнтами ($r=0,36$), вміння вести відповідну облікову та звітну медичну документацію ($r=0,37$), вміння виписувати рецепти в межах своєї компетенції ($r=0,32$).

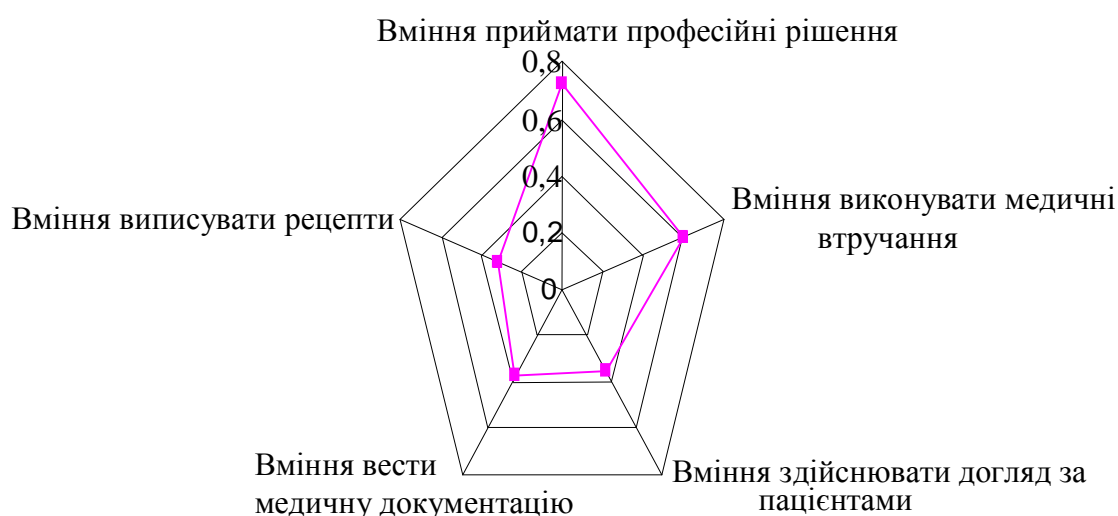


Рис. 1. Зв'язок окремих компонентів практичної підготовки молодших спеціалістів з вищою медичною освітою із загальною задоволеністю керівного складу медичних закладів їх практичною підготовкою (парціальні коефіцієнти кореляції): достовірність коефіцієнтів кореляції $p < 0,001 - 0,00001$

Сумарний вплив цих факторів на рівень задоволеності керівників практичною підготовкою випускників, за даними множинної кореляції, досить суттєвий та становить 62,0% (коефіцієнт множинної кореляції $R=0,79$; коефіцієнт детермінації $D=62,0\%$; $p<0,00001$).

Національна програма інформатизації закладає основи для впровадження нових інформаційних технологій у практику охорони здоров'я [6]. Не тільки лікарі, але і молодший медичний персонал повинні мати навички роботи на комп'ютері [2]. Як свідчать результати опитування, $40,3\pm 5,6\%$ респондентів високо оцінили навички роботи на комп'ютері випускників, на не дуже високий рівень роботи на комп'ютері вказали $24,7\pm 4,9\%$ опитаних, $11,7\pm 3,7\%$ респондентів вважають, що випускники мають низький рівень та майже чверті ($22,1\pm 4,7\%$) респондентам важко було дати оцінку вмінню випускників працювати на комп'ютері.

Успішне здійснення діагностичних і лікувальних заходів, якісного догляду за хворими можливе тільки тоді, коли кожен медичний працівник постійно дотримується деонтологічних вимог [7]. Задоволені рівнем дотримання випускниками принципів медичної деонтології $81,0\%$ керівників, повністю не задоволені – $6,3\pm 2,7\%$ та швидше не задоволені, ніж задоволені, $10,1\pm 3,4\%$ опитаних.

У професійній діяльності акушерок та фельдшерів украй необхідним є встановлення контакту і довірчих взаємин з хворим, розуміння їх, вміння грамотно викладати свої думки [9]. Більшість респондентів ($63,3\%$) не задовольняє вміння випускників спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами, частка задоволених деонтологічними навичками випускників складає $35,4\%$. Основними компонентами, які не задовольняють керівників щодо вміння випускників спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами, насамперед є невміння випускників встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та членами його родини, що відзначили $30,4\pm 5,1\%$ опитаних. На те, що випускники не вміють приділяти увагу проблемам пацієнта, його реакції на захворювання, вказали $16,5\pm 4,2\%$ всіх опитаних, $13,9\pm 3,9\%$ респондентів вважають, що випускники не вміють аргументувати необхідність виконання медичних призначень; частина випускників не здатна формувати партнерські відносини з пацієнтами, на що вказали $12,7\pm 3,7\%$ всіх опитаних. Слід зазначити, що кожний з компонентів, які характеризують вміння спілкуватися з пацієнтами, має самостійний вплив на задоволеність керівного складу закладів охорони здоров'я, що демонструють парціальні коефіцієнти кореляції (табл. 3).

Таблиця 3. Значення парціальних коефіцієнтів кореляції між задоволеністю керівників вмінням випускників спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами та причинами, які формують цю незадоволеність

Причина	Значення коефіцієнту кореляції (r)	Достовірність
Вміння встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та членами його родини	0,74	$p<0,00001$
Здатність приділяти увагу проблемам пацієнта, його реакції на захворювання	0,68	$p<0,00001$
Вміння аргументувати необхідність виконання медичних призначень	0,53	$p<0,00001$
Вміння формувати партнерські відносини	0,54	$p<0,00001$

Медичний працівник може мати високий рівень теоретичної підготовки, бездоганно володіти практичними навичками, але якщо у нього не сформовані такі риси характеру, як доброзичливість, терпимість, привітність, співчуття людині тощо, то його професійні якості не можуть бути повністю реалізовані. Загальний середній бал особистісних якостей випускників склав $3,8\pm 0,04$. Найвищу оцінку отримали такі особистісні характеристики, як доброзичливість та привітність ($4,16\pm 0,09$), старанність ($3,97\pm 0,10$), відповідальність ($3,96\pm 0,10$) дисциплінованість ($3,95\pm 0,10$) та чуйність, уважність, тактовність ($3,92\pm 0,10$). Суттєво нижче оцінили респонденти наявність у випускників медичних коледжів та училищ терпіння та витримки

($3,66\pm 0,11$; $p<0,05$), творчого підходу до справи та лідерських якостей (по $3,40\pm 0,10$).

Результати опитування дозволили розрахувати інтегральний показник задоволеності керівників різних ланок системи охорони здоров'я підготовкою випускників ВМНЗ I–II рівня акредитації. Внесок складових підготовки в якість професійної діяльності акушерок та фельдшерів різний. За результатами експертної оцінки, якість професійної діяльності майже на третину (32%) залежить від рівня практичної підготовки випускників, внесок рівня теоретичної підготовки трохи менший і дорівнює 26% . Вплив такої складової, як особистісні якості випускників, експерти оцінили на 14% . Частка впливу таких складових, як дотримання випускниками прин-

ципів медичної деонтології та їх вміння спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами, майже однакова і дорівнює 11% та 10% відповідно, вплив рівня навичок роботи випускників на комп'ютері найменший – 7% (рис. 2).

Інтегральний показник задоволеності рівнем підготовки випускників, який розраховувався виходячи із середнього балу задоволеності та ступеня впливу різних складових на якість професійної діяльності, склав 3,52 бала (табл. 4).

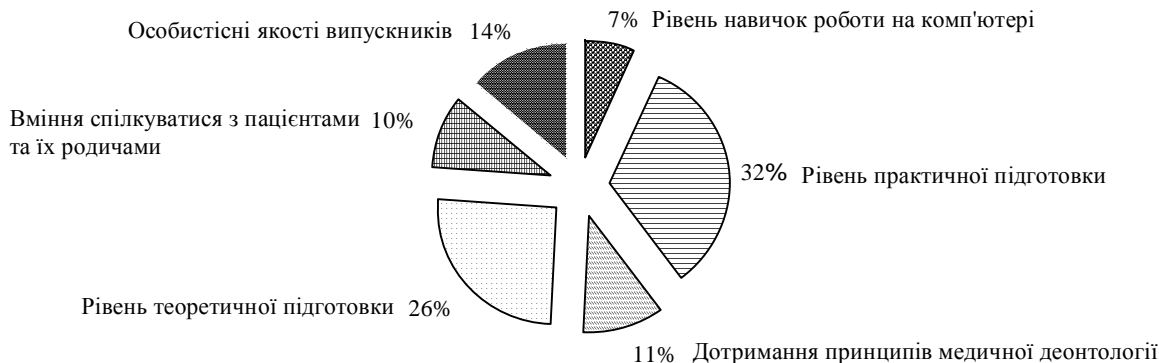


Рис. 2. Ступінь впливу окремої складової на якість професійної діяльності (результати експертної оцінки), %

Таблиця 4. Рівень задоволеності (в балах) та інтегральна оцінка якості підготовки випускників ВМНЗ I–II рівня

№ з/п	Складові	Задоволеність		
		Середній бал (M±m)	Ступінь впливу складових на якість професійної діяльності, %	Середній бал з урахуванням ступеня впливу
1.	Рівень практичної підготовки випускників	3,36±0,1	32	1,11
2	Рівень теоретичної підготовки випускників	3,27±0,09	26	0,85
3	Особистісні якості випускників	3,8± 0,04	14	0,53
4	Дотримання випускниками принципів медичної деонтології	4,03±0,11	11	0,44
5	Вміння випускників спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами	3,49± 0,1	10	0,35
6	Рівень навичок роботи випускників на комп'ютері	3,4±0,1	7	0,24
	Інтегральний показник	3,56	100	3,52

Висновки

1. Загальний рівень задоволеності керівників закладів та підрозділів системи охорони здоров'я, де працюють випускники вищих навчальних закладів I–II рівня акредитації (акушерки та фельдшери), нижче середнього – 3,52 бала за 5-бальною шкалою.

2. Більшість керівників не задовольняє сучасний рівень практичної та теоретичної підготовки молодших спеціалістів з вищою медичною освітою (73,8% та 76,25% відповідно).

3. Переважну більшість респондентів (81,0%) задовольняє дотримання випускниками етико-

деонтологічних принципів в роботі, середній бал задоволеності склав 4,03±0,11; водночас більшість респондентів (63,3%) не задовольняє вміння випускників спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами, задоволені лише 35,4% опитаних (середній бал 3,49±0,1).

4. Керівники закладів та підрозділів системи охорони здоров'я досить високо оцінюють такі особистісні якості молодших спеціалістів, як доброзичливість та привітність, старанність, відповідальність, дисциплінованість та чуйність, уважність, тактовність (середній бал коливався 4,16±0,09?3,92±0,1). Нижче середнього рівня, на

думку респондентів, у випускників виражені такі важливі для професійної діяльності якості, як терпіння та витримка ($3,66 \pm 0,11$), творчий підхід до справи та лідерство ($3,40 \pm 0,10$).

5. Зважаючи на нові вимоги до кваліфікаційного рівня медичного персоналу, що постають

перед національною системою охорони здоров'я, необхідною є розробка комплексу заходів, спрямованих на поліпшення якості підготовки молодших спеціалістів з вищою освітою з урахуванням потреб практичної охорони здоров'я, що становить **перспективи подальших досліджень**.

Список літератури

1. *Злобина Г. М.* Научное обоснование концептуально-организационных подходов к управлению сестринским делом на уровне региона: автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.02.03 / Г. М. Злобина. – М., 2010. – 43 с.
2. *Интеграция информационных технологий в совершенствовании лечебно-диагностической помощи на модели службы медицинского обеспечения* / Г. М. Корж, О. А. Богатищев, А. В. Ковалев, П. Е. Чесноков // Вестн. аритмол. – 2008. – Прил. А. – С. 163.
3. *Лукичев Г.* В поисках эффективного взаимодействия высшего образования и работодателей / Г. Лукичев // Экономика образования. – 2005. – № 4. – С. 5–21.
4. *Маркович О. В.* Формування професійних умінь майбутніх медичних сестер хірургічного профілю засобами алгоритмізації : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 / О. В. Маркович. – К., 2008. – 20 с.
5. *Мокрецова Л. А.* Оценка работодателями качества профессионального педагогического образования: опыт, проблемы и перспективы [Электронный ресурс] / Л. А. Мокрецова. – Режим доступа : URL: expert-nica.ru/sbornik/articles/Mokretsova.pdf. – Заглавие с экрана.
6. *Про Національну програму інформатизації* : Закон України № 74/98-ВР від 04.02.1998 р. // ВВР. – 1998. – № 27–28. – С. 181.
7. *Процюк Р. Г.* Морально-етичні аспекти у фізизіатрії / Р. Г. Процюк // Здоров'я України. – 2007. – № 7. – С. 40–45.
8. *Снісар О.* Роль проблемно-модульної технології навчання у формуванні професійної якостей медичних сестер. Гуманізація навчально-виховного процесу : зб. наук. пр. – Вип. Л. Ч. II / О. Снісар; [за заг. ред. проф. В. І. Сипченка]. – Слов'янск : СДПУ, 2010. – С. 56–64.
9. *Співпраця сімейного лікаря та медичної сестри в умовах реформування первинної медико-санітарної допомоги* / Лисенко Г. І., Бразалій Л. П., Губенко І. Я., Дроботенко В. А. // Сімейна медицина. – 2008. – № 2. – С. 41–43.
10. *Фишман Б. Е.* Изучение мнения работодателей о качестве подготовки выпускников / Б. Е. Фишман, Е. В. Сидорук // Совр. проблемы науки и образования. – 2008. – № 6. – С. 4–9.
11. *Юсупова И. В.* Критерии оценки качества подготовки выпускников образовательных учреждений УНПО и УСПО (на примере Республики Коми) [Электронный ресурс] / И. В. Юсупова. – Режим доступа : URL : http://labourmarket.ru/i_conf/conf7/book.php – Заглавие с экрана.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ПОДГОТОВКИ ВЫПУСКНИКОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАВЕДЕНИЙ I–II УРОВНЯ АККРЕДИТАЦИИ

Н. А. Венгрин (Дубно)

Изучалась удовлетворенность руководителей разных звеньев системы здравоохранения качеством подготовки выпускников высших учебных медицинских заведений I–II уровня аккредитации (акушерки и фельдшера). Определены составляющие удовлетворенности качеством подготовки выпускников и компоненты неудовлетворенности теоретической, практической подготовкой, умением выпускников общаться с пациентами и их родственниками. Общий уровень удовлетворенности медицинского персонала, под руководством которого работают выпускники ВМНЗ I–II уровня аккредитации, ниже среднего. Интегральный показатель удовлетворенности уровнем подготовки выпускников, который рассчитывался исходя из среднего балла удовлетворенности и степени влияния различных составляющих на качество профессиональной деятельности, составил 3,52 балла по 5-балльной шкале.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА *удовлетворенность, качество подготовки, акушерское дело, лечебное дело, младшие специалисты с высшим медицинским образованием, руководители, система здравоохранения.*

SATISFACTION OF HEADS PRACTICAL HEALTH CARE QUALITY OF TRAINING FOR GRADUATES HIGHER EDUCATIONAL MEDICAL INSTITUTIONS I-II ACCREDITATION LEVEL

N. A. Vengrin (Dubno)

In this article satisfaction of heads different parts of the health care system with the quality of graduate medical institutions I-II accreditation level (midwives and assistant) has been studied. It is identified the components of satisfaction

with the quality of graduates and the components of dissatisfaction with the theoretical and practical training, the ability of graduates to communicate with patients and their relatives. The general satisfaction level of medical staff, under the guidance of work graduates HMEI I-II levels of accreditation is lower than average. Integrated indicator of the satisfaction by level of the training for graduates, which was calculated according to the average score of satisfaction and influence degree of the various components on the quality of professional activity is 3,52 points on 5-point scale.

KEY WORDS: satisfaction, quality training, midwifery, medicine, junior specialists with higher medical education, heads, health care system.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г. О. Слабкий

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 616-058:001.8

*О. М. КОЧЕТ, Г. О. СЛАБКИЙ, Ю. Б. ЯЩЕНКО, П. Р. ПЕТРАШЕНКО,
Т. В. ЄЛЬЧИЦЬ В. А. РУСНЯК (Київ)*

РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ З ПРОБЛЕМИ "СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА"

Міністерство охорони здоров'я України
ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Проаналізовано результативність наукових розробок науково-дослідних установ, зокрема Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України, вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти з проблеми "Соціальна медицина" за 2007–2011 роки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інноваційна система, наукове дослідження, соціальна медицина, впровадження наукових результатів.

Науково-технічний прогрес та необхідність адаптації галузі охорони здоров'я до роботи в сучасних соціально-економічних умовах ставлять нові завдання, які стосуються удосконалення системи управління медичною наукою. Безперечно, що при підвищенні ефективності медичної науки як невід'ємної складової галузі охорони здоров'я, можна сподіватися на значне покращання показників здоров'я населення і якості роботи лікувально-профілактичних установ.

Відомо, що ефективність науки значною мірою залежить від результативності наукових досліджень, а головне – від матеріалізації досягнень медичної науки та поширення передового дос-

віду, тобто від використання їх у практиці охорони здоров'я. Вона передбачає впровадження в практичну діяльність закладів системи охорони здоров'я нових та удосконалених методів діагностики, лікування, профілактики захворювань і медико-соціальної реабілітації хворих; сучасних лікарських засобів; імунобіологічних препаратів; медичної техніки та виробів медичного призначення; санітарно-гігієнічних та санітарно-протиепідемічних правил і норм; організаційних форм і методів роботи з метою підвищення якості надання медичної допомоги населенню.

Інноваційні процеси в медицині є логічним та перманентним продовженням наукового дослідження. На сьогодні методологія матеріалі-

зації досягнень медичної науки в практичній діяльності медичних закладів потребує удосконалення, хоча нагальна проблема докорінної перебудови інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я на основі цивілізованих методологічних підходів та з урахуванням особливостей, властивих медицині, виникла давно.

Інноваційні процеси в галузі охорони здоров'я мають певні особливості. Впровадження нових медичних технологій передбачає застосування нових або удосконалення вже існуючих методів діагностики, лікування, реабілітації та профілактики.

Оскільки ефективність впровадження результатів наукових розробок у галузі медицини прямо пов'язана із здоров'ям людини, це виключає можливість використання нових, але недостатньо досліджених та перевірених технологій.

Існує ще така особливість. Якщо у технічній галузі впроваджується нововведення, то легко передбачити його користь, визначити ефективність, здійснити механізм заохочення авторів. Зрозуміло, що в медицині цього не може бути, адже швидко визначити результативність, як правило, дуже важко або навіть неможливо, і тому заходи щодо заохочення авторів не завжди можуть бути адекватно обґрунтовані. Отже, інноваційні процеси у медицині мають свою специфіку і вимагають удосконалення, пошуку специфічних технологій, вирішення методологічних проблем.

Можна стверджувати, що однією з причин суттєвих упущень в системі впровадження досягнень медичної світової науки є недосконалість понятійного апарату проблеми. Як не дивно, саме це породжує неадекватні показники інноваційних процесів: інколи неадекватні вимоги керівництва до підлеглих стосовно матеріалізації нового та корисного, різночитання директивних документів, вихід у світ низькопробних положень, інструкцій, наказів тощо.

Неодноразово наголошувалось, що в галузі медицини можна матеріалізувати тільки три форми (види) нового: перша – “наукове досягнення”, друга – “нововведення”, третя – “передовий досвід”. Інших видів класифікацій нових пропозицій для впровадження не існує.

“Наукове досягнення” в медицині зустрічається нечасто. Воно є науково-технічним рішенням, матеріалізація якого на практиці вирішує важливу проблему в одному з напрямів або в медицині загалом. Досягненням можна кваліфікувати, насамперед, винахід, і тільки такий, що дійсно вирішує певну важливу проблему. Досвід показує, що таких досягнень в галузі щорічно реєструється близько двох десятків. Йдеться про вітчизняну систему медичної науки, а не про світову, яка нараховує значно більше таких досягнень.

Найчастіше фахівці галузі мають справу з “нововведенням”, що також є новим науково-технічним рішенням, кращим від відомого, більш ефективним тощо. Це так звані нові способи, методи, пристрої, що покращують або навіть формують нові медичні технології, але їх кінцеві результати не можна порівнювати з матеріалізацією “досягнень”.

Що стосується “передового досвіду”, то це така форма організації роботи медичного працівника або медичного закладу, що суттєво покращує показники їх діяльності.

Для наукового забезпечення вирішення складних багатоаспектних проблем удосконалення інноваційних процесів в галузі охорони здоров'я з урахуванням соціально-економічних умов, що постійно змінюються, а також наукового обґрунтування прийняття адекватних управлінських рішень співробітниками МОЗ України разом із науковцями Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України систематично проводиться аналіз результативності технологій визначення наукових пріоритетів, поточного і перспективного планування та координації наукових досліджень, а також реалізації їх результатів в практиці охорони здоров'я.

Для розробки науково обґрунтованих пропозицій щодо удосконалення механізмів впровадження наукових розробок із соціальної медицини в практику охорони здоров'я, що є **метою** даного дослідження, нами проведено аналіз реального стану впровадження результатів відповідних НДР за декілька років.

Наукові дослідження, які можна відносити до проблеми соціальна медицина, у 2007–2009 рр. виконували 12 науково-дослідних установ (НДУ), 15 вищих медичних (фармацевтичний) навчальних закладів та 3 заклади післядипломної освіти.

Головною науковою установою України з проблем соціальної медицини є Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України (далі – Інститут), напрями наукової діяльності якого включають:

- науковий аналіз, моніторинг і прогнозування стану здоров'я населення України та факторів, що на нього впливають;
- аналіз медико-демографічних показників відтворення населення України, формування середньострокових прогнозів;
- моніторинг стану репродуктивного здоров'я населення і здоров'я дітей та діяльності закладів акушерсько-педіатричної служби;
- дослідження закономірностей розвитку системи профілактики хвороб і формування здорового способу життя, вивчення, аналіз та пропаганда передового світового досвіду з організації охорони здоров'я – моніторинг виконання політики ВООЗ “Здоров'я для всіх на XXI століття” в Україні;

- наукове обґрунтування та розробка питань організації і управління охороною здоров'я, формування і супроводження державних та галузевих програм розвитку охорони здоров'я;
- розробка економічних засад оптимізації системи охорони здоров'я;
- аналіз стану виконання міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації на 2002–2011 роки";
- вивчення нормативно-правових, медико-організаційних передумов та наукове супроводження реструктуризації надання медичної допомоги;
- аналіз та оцінка можливостей переорієнтації служби охорони здоров'я матері і дитини на принципи доказової медицини шляхом розробки клінічних протоколів (стандартів) та адаптації розроблених іншими країнами стандартів;
- проведення прогностичних розрахунків щодо вивчення обсягів підготовки фахівців з охорони здоров'я в цілому;
- моніторинг інтегральних показників стану здоров'я, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я основних адміністративних територій України за їх рейтинговою оцінкою;
- наукове обґрунтування системи стандартизації медичної допомоги та впровадження доказової медицини, організація та проведення організаційно-методичної роботи з розробки, адаптації, рецензування, впровадження та моніторингу медичних стандартів/клінічних протоколів в практику охорони здоров'я;
- підготовка довідок на відповідність *acquis communautaire* проектів нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я.

Проведений аналіз показав, що у 2008–2011 рр. Інститутом виконувалося 30 НДР, з яких 24 завершені з одержанням суттєвих наукових результатів із стратегічних напрямів реформування галузі охорони здоров'я та їх інформативно-правового забезпечення відповідно до Національного плану розвитку системи охорони здоров'я та програми економічних реформ Президента України на 2010–2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава", формування здорового способу життя населення та створення системи забезпечення якості медичної допомоги та стандартизації охорони здоров'я.

Як приклад результативності наукових досліджень Інституту наведемо стислу інформацію щодо конкретних наукових досягнень установи.

За результатами виконання НДР:

- проведено ретроспективний та перспективний аналіз показників захворюваності та стану здоров'я дорослого населення України, розраховано короткострокові прогностичні тенденції

щодо змін захворюваності, здійснено моніторинг стану здоров'я, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я з рейтинговою оцінкою у регіональному аспекті;

- розроблено оптимальну модель вторинної медичної допомоги на рівні районів в умовах переходу до ринкових відносин і обмеженого фінансування галузі та забезпечено науковий супровід її впровадження;

- розроблено модель управління якістю медичної допомоги та проект індикаторів якості діяльності системи охорони здоров'я, доопрацьовано та обговорено методичні підходи до розробки індикаторів якості надання медичної допомоги та уніфікованого класифікатора медичних послуг;

- здійснено моніторинг за розробкою, впровадженням, дотриманням та фінансуванням державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я;

- з метою розробки державних та галузевих заходів щодо зниження смертності населення вивчено регіональні особливості смертності населення за статтю, причинами смерті, місцем проживання, типом поселення. Проведено аналіз та оцінку причин надсмертності чоловіків працездатного віку;

- викладено головні передумови та пропозиції стосовно тенденції змін економічних засад при проведенні оптимізації системи охорони здоров'я, обґрунтовано різні моделі фінансування для закладів охорони здоров'я з урахуванням нових напрямків реформування надання первинної і вторинної медичної допомоги, наведено розрахунки визначення потреби у фінансових ресурсах для системи охорони здоров'я України;

- проаналізовано результати моніторингу та інформаційного забезпечення процесу виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації";

- розроблено науково обґрунтовані рекомендації для визначення перспективних обсягів підготовки лікарів та середніх медичних працівників для надання первинної медико-санітарної допомоги. Розроблено нормативи обслуговування населення сімейними лікарями у розрізі сільської і міської місцевості;

- теоретично обґрунтовано основи медичного права України згідно з принципами, нормами і стандартами, прийнятими у країнах Європейського Союзу та інших країнах світу; розроблено проект концепції розвитку галузі медичного права в системі права України;

- розроблено пропозиції щодо удосконалення нормативно-правової бази, проведено експертизу нормативно-правових актів на їх відповідність основним положенням законодавства Європейського Союзу;

• науково обґрунтовано потреби складових системи охорони здоров'я усіх рівнів у телемедичній допомозі, підвищено ефективність управління галуззю охорони здоров'я за рахунок здійснення інформаційної підтримки практичної медицини шляхом удосконалення наявних та впровадження новітніх телемедичних інформаційних технологій.

Наукові досягнення Інституту за 2008–2011 рр. використано при підготовці 15 проектів Законів України, 11 проектів концепцій державних та галузевих програм. Розроблено: проектні вимоги до типового програмно-апаратного комплексу амбулаторії сімейного лікаря для проведення телемедичних консультацій; методологію опрацювання індикаторів якості та Класифікатора медичних послуг; методологію створення клінічних індикаторів, наукової експертизи проектів стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів; методу прогнозування розрахунків чисельності медичних кадрів з урахуванням впливу захворюваності населення та чинників змін потреби у посадах лікарів та середнього медичного персоналу, заміщення вибуття їх за рахунок смертності, пенсійного віку, сальдо міграції тощо, модель середньострокового прогнозування чисельності медичних кадрів; моделі первинної та вторинної медичної допомоги на рівні районних територіальних медичних об'єднань; розрахунок економічної ефективності створення міжтериторіальних господарських об'єднань лікарень та проведення структурних реформ на рівні первинної медико-санітарної допомоги; середньостроковий та довгостроковий прогноз смертності населення в Україні як підґрунтя розробки регіональних цільових комплексних програм здоров'я.

Створено комп'ютерну базу даних стану здоров'я населення працездатного віку за період 1996–2007 рр. (захворюваність) в цілому по Україні, за 15-ма основними класами хвороб за МКХ-10.

Співробітниками Інституту у 2008–2011 рр. підготовлено та опубліковано 885 наукових робіт, з яких 46 монографій, 2 підручники, 22 науково-методичні та навчальні посібники, 42 методичні рекомендації, 8 інформаційних листів, 67 галузевих нововведень, 330 статей в наукових журналах, з них 22 зарубіжних. За фрагментами наукових досліджень отримано 3 патенти на винахід та 23 авторські права.

Наукові аспекти проблем соціальної медицини розробляються профільними кафедрами усіх 15-ти вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів та 3-х закладів післядипломної освіти.

Найбільш активно та результативно проводять відповідні наукові дослідження Національ-

ний медичний університет імені О.О. Богомольця, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Дніпропетровська державна медична академія, Харківська медична академія післядипломної освіти.

У лабораторії стратегічних досліджень в охороні здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця у 2007–2009 рр. виконувалася НДР “Обґрунтування сучасних стратегій розвитку охорони здоров'я України з урахуванням міжнародного та європейського досвіду” в рамках Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації”. У результаті виконання НДР вперше запропоновано схему алгоритму вибору і побудови оптимальної моделі системи охорони здоров'я для України, яка об'єктивно відповідає реаліям часу та можливостям країни.

Розроблена модель потребує створення умов і впровадження механізмів щодо реального забезпечення якості та доступності медичного обслуговування. Важливим здобутком є розробка системи управління якістю, включаючи стандартизацію, ліцензування, сертифікацію, з координацією цих процесів професійними медичними асоціаціями з метою покращення якості медичного обслуговування та створення умов для безпеки пацієнтів. Такий підхід до проведення реформ із системних позицій забезпечить комплексність, ефективність функціонування усіх складових системи та її гармонійність із зовнішнім соціальним середовищем.

За результатами роботи опубліковано 2 монографії, 112 статей у провідних фахових журналах та збірниках наукових праць в Україні та за кордоном, 4 інформаційно-довідкові видання “Громадське здоров'я України”, атлас “Здоров'я та охорона здоров'я населення України”.

До Реєстру галузевих нововведень включено 6 нововведень. Отримано 3 свідоцтва про реєстрацію авторських прав. Зроблено 43 доповіді на міжнародних та всеукраїнських наукових форумах. Виконано 1 кандидатську та 1 докторську дисертації.

Науковими дослідженнями кафедри соціальної медицини та охорони здоров'я Університету є 2 ініціативні НДР: “Аналіз сучасних тенденцій розвитку охорони здоров'я країн Європейського регіону” (2004–2008 рр.), “Науковий аналіз основних детермінантів громадського здоров'я” (2009–2011 рр.).

В результаті виконання НДР визначено основні тенденції і закономірності здоров'я населення України в контексті загальноєвропейських тенденцій, вплив комплексу визначальних чинників на формування громадського здоров'я для обґрунтування стратегій скорочення дії негативних чинників та зміцнення здоров'я.

На кафедрі менеджменту охорони здоров'я Університету у 2006–2010 рр. виконувалося 3 НДР: “Дослідження рівня профілактичної компетентності лікарів лікувально-профілактичних установ охорони здоров'я” (2006–2007 рр.), “Профілактичні основи медико-соціального забезпечення психічного здоров'я населення” (2006–2008 рр.), “Наукові основи формування та використання кадрових ресурсів охорони здоров'я на етапі розвитку первинної медико-санітарної допомоги” (2006–2010 рр.).

Результати наукових досліджень використані при розробці проекту Закону України “Про затвердження Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики/сімейної медицини”, 5-ти наказів МОЗ України. Опубліковано 2 монографії, 24 статті у наукових фахових виданнях, затверджених ВАК України, 20 робіт у матеріалах з'їздів та науково-практичних конференцій, 4 методичні рекомендації, 3 інформаційні листи.

Виконано 3 кандидатські та 2 докторські дисертації.

Кафедрою управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика виконується науково-дослідна робота “Розробка стратегічних моделей удосконалення управління якістю медичної допомоги та покращення здоров'я населення України” (2009–2014 рр.), мета якої розробити нові функціонально-організаційні моделі управління якістю окремих видів медичної допомоги та закладів охорони здоров'я України.

У 2007–2009 рр. на кафедрі сімейної медицини виконана прикладна НДР “Розробка алгоритму ведення сімей з метою профілактики найбільш розповсюджених захворювань в загальнолікарській практиці”, а також 2 ініціативні НДР – “Вивчення нормативно-технічних документів в медицині” (відділ науково медичної інформації) та “Якість життя та індивідуальне здоров'я” (кафедра спортивної медицини і санології).

В Академії продовжується також виконання НДР “Медичний електронний паспорт громадянина України” в рамках Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” та ряд ініціативних НДР.

Для проведення наукових досліджень із соціальної медицини та організації охорони здоров'я, впровадження їх результатів у практику за Академією закріплені Київська, Житомирська, Черкаська та Чернігівська області, на базі лікувально-профілактичних закладів яких виконується частина дисертаційних робіт пошукачами кафедри і основні завдання науково-дослідної роботи. Під час щорічних виїзних навчальних циклів за спеціальністю “Організація і управління охороною здоров'я”, узгоджених з керівниками обласних управлінь охорони здоров'я, викладачами Академії

проводиться наукове консультування керівників закладів охорони здоров'я з питань управління.

В результаті виконання кафедрою соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії науково-дослідної роботи “Наукове обґрунтування підвищення ефективності медичної допомоги населенню у сучасних економічних умовах” обґрунтовано шляхи реформування системи охорони здоров'я на підставі пошуку внутрішньосистемних джерел економії ресурсів при збереженні прийняттого рівня соціальних гарантій для населення. Визначено, що провідні напрямки перебудови медичного обслуговування різного рівня знаходяться у площині подолання структурних диспропорцій галузі. Розроблено ефективні форми організації медичної допомоги, впровадження яких призведе до поліпшення показників здоров'я населення.

На кафедрі виконана докторська дисертація на тему: “Обґрунтування структурно-процесного підходу до управління якістю стаціонарної медичної допомоги онкологічним хворим в Україні”. В результаті розроблено та апробовано концептуальну модель безперервного поліпшення якості медичної допомоги онкологічним хворим.

В результаті виконання на базі кафедри кандидатської дисертації на тему “Обґрунтування способів оптимізації структурної організації стаціонарної допомоги вторинного рівня” розроблено комплекс заходів щодо оптимізації використання та адекватного перерозподілу ліжкового фонду стаціонарних закладів вторинного рівня, які можна застосовувати самостійно або як послідовні етапи перетворень в стаціонарному секторі, що сприятиме підвищенню впливу організаційних механізмів системи охорони здоров'я на кінцеві результати діяльності галузі.

Науково-дослідна робота кафедри лягла в основу розробленої стратегії розвитку та реформування системи охорони здоров'я України. Опубліковано монографію “Стратегія розвитку охорони здоров'я: український вимір”.

Результати науково-дослідної роботи кафедри використовувалися при розробці наступних нормативно-правових документів:

- розділ “Реформа медичного обслуговування” Програми економічних реформ на 2010–2014 роки Комітету з економічних реформ при Президентові України “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава”;
- Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року (наказ МОЗ України від 31.03.2008 р. №166);
- проект постанови Кабінету Міністрів України “Про заходи щодо удосконалення системи медичного обслуговування населення”;

- проект Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я”;

- проект Закону України “Про проведення в Дніпропетровській, Вінницькій та інших областях (пілотних регіонах) експерименту з реформування системи охорони здоров’я”.

В Реєстр галузевих нововведень включено 5 пропозицій Академії із проблеми “Соціальна медицина”.

Спільно з Головним управлінням охорони здоров’я Дніпропетровської обласної державної адміністрації проводиться робота з розробки плану реалізації пілотного проекту в регіоні, плану-графіку з розділу “Реформа медичного обслуговування” Програми економічних реформ в Дніпропетровській області.

Впровадження результатів науково-дослідної роботи у практику здійснювалося у 8 регіонах: Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Івано-Франківській, Львівській, Херсонській, Черкаській та м. Києві.

Розроблено поетапний план/технологічну карту організації роботи в пілотних регіонах, спрямований на прискорення реалізації запланованих на рівні держави заходів з мінімізацією ризиків при їх проведенні.

У Харківській медичній академії післядипломної освіти основним напрямом наукових досліджень з соціальної медицини та організації охорони здоров’я у 2007–2011 рр. було наукове обґрунтування забезпечення доступності і якості первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини населенню регіону, розвитку в цих умовах системи охорони здоров’я регіону та позитивного впливу її на здоров’я населення.

Захищено та затверджено ВАК докторську дисертацію “Удосконалення системи санітарно-епідеміологічної служби і управління нею в сучасних умовах реформування системи охорони здоров’я”, а також кандидатські дисертації: “Обґрунтування заходів щодо збереження та зміцнення здоров’я дитячого населення в умовах розвитку сімейної медицини” та “Організаційно-технологічна модель удосконалення первинної медико-санітарної допомоги”.

За результатами виконаних в Академії досліджень розроблено і включено до Реєстру галузевих нововведень 14 нововведень з нових медичних технологій в роботі закладів загальної практики – сімейної медицини та управління ними, видано 5 методичних рекомендацій, 1 інформаційний лист, розроблено і надіслано в МОЗ України 7 нормативно-методичних документів, обґрунтовано ряд пропозицій з питань управління якістю медичної допомоги населенню, написано 4 розділи для 2-х навчальних посібників, опубліковано 34 статті в журналах за

списком ВАК України і 97 тез доповідей, зроблених на наукових форумах різних рівнів.

Таким чином, у ході виконання НДР фахівці галузевих НДУ та ВМНЗ отримують вагомі наукові результати в галузі соціальної медицини, що може позитивно впливати на показники здоров’я населення, діяльності лікувально-профілактичних установ та органів управління охороною здоров’я.

Відомо, що ефективність використання наукових досягнень в практиці охорони здоров’я значною мірою залежить від організації таких основних етапів інноваційного процесу:

- експертиза отриманих у результаті проведення наукових досліджень пропозицій для впровадження;

- інформаційне забезпечення інноваційного процесу;

- впровадження (освоєння та використання в практиці) нових чи удосконалених методів діагностики, лікування та профілактики в лікувально-профілактичних та санітарно-епідеміологічних закладах;

- оцінка ефективності (медичної, соціальної, економічної) впровадження.

На сьогодні основними шляхами доведення інформації щодо результатів наукових досліджень до широкого загалу є наукові публікації (монографії, підручники, посібники, довідники, словники, статті, тези, методичні рекомендації інформаційні листи); виступи на наукових форумах різних рівнів (з’їздах, конгресах, симпозиумах, науково-практичних конференціях, наукових семінарах, пленумах); курси стажування та інформації, навчання на робочому місці тощо.

Крім того, за результатами наукової діяльності НДУ та ВМНЗ Міністерством охорони здоров’я України щорічно формується Реєстр галузевих нововведень, який містить пропозиції (нововведення) для впровадження в практику охорони здоров’я і є на сьогодні найбільш прогресивним засобом наукової комунікації.

До щорічного випуску Реєстру галузевих нововведень включаються короткі описи в уніфікованій формі пропозицій для впровадження в практику охорони здоров’я нових медичних технологій, що є апробованими результатами завершених науково-дослідних робіт або їх фрагментів, а також результатом узагальнення клінічного досвіду. Реєстр галузевих нововведень значною мірою характеризує ефективність наукової діяльності НДУ та ВМНЗ.

Слід зазначити, що на сьогодні Реєстр має не тільки інформаційне значення, як засіб доведення результатів наукових розробок до практичної охорони здоров’я, але й одним із небагатьох джерел інформації, включення до

якого робить пропозиції для впровадження офіційно рекомендованими МОЗ України для використання на практиці.

Важливими є всі етапи роботи над Реєстром: збір пропозицій від наукових установ, проведення їх наукової експертизи, узгодження з проблемними комісіями МОЗ та НАМН України, з профільними структурними підрозділами та головними спеціалістами МОЗ України, формування Реєстру, його видання та доведення до лікувально-профілактичних закладів і органів охорони здоров'я різних рівнів. Разом з тим найважливішим є етап реального використання включених до Реєстру пропозицій у діяльності лікувально-профілактичних та санітарно-епідеміологічних установ галузі, а також органів управління охороною здоров'я.

Найчастіше для включення до Реєстру пропонуються нові методи діагностики та лікування, розроблені прилади та лікарські засоби, значно рідше – пропозиції щодо удосконалення організації системи охорони здоров'я.

З метою оцінки результативності наукових досліджень із соціальної медицини нами проведено аналіз представлення в Реєстрах галузевих нововведень за 2005–2009 рр. пропозицій з цієї проблеми.

Так, у 2005 р. в Реєстрі галузевих нововведень №22–23 у розділі “Соціальна гігієна” було представлено 9 нововведень 5-ти установ (3-х НДУ та 2-х ВМНЗ).

У Реєстр № 24–25 за 2006 р. у розділ “Соціальна гігієна” включено 29 нововведень 11-ти установ (8-ми НДУ та 3-х ВМНЗ).

До Реєстру включено 13 нововведень Українського інституту громадського здоров'я, по 2 нововведення Українського центру наукової інформації та патентно-ліцензійної роботи, Українського НДІ медико-соціальних проблем інвалідності та Українського НДІ реабілітації інвалідів та по одному нововведенню – Українського НДІ медичної реабілітації та курортології, Львівського НДІ епідеміології та гігієни, ДП “Інститут епідеміології і токсикології імені Л.І. Медведя” та ДП “НДІ медико-екологічних проблем Донбасу та вугільної промисловості”.

Вищі медичні навчальні заклади та заклади післядипломної освіти для включення до даного випуску Реєстру запропонували 6 нововведень.

У Реєстр №26–27 за 2007 р. до розділу “Соціальна гігієна” включено 19 нововведень 7-ми установ (4-х НДУ та 3-х ВМНЗ).

Українським інститутом громадського здоров'я представлено 12 нововведень, Українським центром наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи запропоновано нововведення “Нова технологія проведення кількісної та якісної оцінки звітів НДР у медицині”; Україн-

ським НДІ медико-соціальних проблем інвалідності – “Удосконалення організації діяльності головного лікаря обласного центру медико-соціальної експертизи”; ДП “НДІ медико-соціальних проблем Донбасу та вугільної промисловості” – “Система раціонального працевлаштування робітників вугільної галузі з відхиленнями в стані здоров'я, що перешкоджають роботі в небезпечних виробничих умовах”.

У цьому випуску Реєстру представлені 4 нововведення ВМНЗ.

У Реєстрі №28–29 за 2008 р. до розділу “Соціальна гігієна” включено 33 нововведення 6-ти установ (2 НДУ та 4 ВМНЗ).

Український інститут громадського здоров'я запропонував 21 нововведення відповідно до основних наукових напрямів, що розробляються Інститутом.

Українським центром наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи подано нововведення “Методика визначення ступеня ефективності виконання НДР за матеріалами, що характеризують цей процес”; Українським НДІ медико-соціальних проблем інвалідності – “Методика обстеження та відповідного лікування хворих та інвалідів у практиці медико-соціальної експертизи”.

Цікавим є перелік нововведень за розділом “Соціальна гігієна” у Реєстрі галузевих нововведень за 2008 р., які запропоновані Національним медичним університетом імені О.О. Богомольця: “Модель моніторингу громадського здоров'я України”, “Концептуальна модель профілактичної діяльності сімейного лікаря”, “Комплексні заходи з охорони здоров'я дитячого населення та забезпечення здорового довкілля”, “Принципи організації оптимальної моделі охорони здоров'я”, “Система моніторингу заходів з охорони здоров'я населення та охорони довкілля”.

Крім того, до цього випуску Реєстру включено 2 нововведення Буковинського медичного університету, 1 нововведення Національного фармацевтичного університету та 3 нововведення Харківської медичної академії післядипломної освіти.

У Реєстр галузевих нововведень №30–31 2009 р. всього включено 420 пропозицій за 40 проблемами медичної науки, із яких 54 нововведення представлені у розділі “Соціальна гігієна”.

До реєстру включено 46 нововведень НДУ (45 – Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України та 1 – ДП “Український НДІ медицини транспорту”) та 8 нововведень 4-х ВМНЗ.

Аналіз показав, що порівняно із 2005 р. у 2009 р. кількість нововведень із соціальної гігієни у Реєстрі збільшилась у 6 разів (табл. 1). Значно розширилась і науково-практична спрямованість представлених у Реєстрі нововведень, збільшилась їх практична значущість.

Таблиця 1. Кількість нововведень за розділом “Соціальна гігієна” у Реєстрі галузевих нововведень за 2005–2009 рр.

Кількість нововведень розділу	Рік				
	2005	2006	2007	2008	2009
Всього нововведень,	9	29	19	33	54
у тому числі нововведень, наданих Українським інститутом громадського здоров'я*	1	13	12	21	45

*Примітка: у 2008 р. заклад перейменовано на Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України.

Слід зазначити, що найбільш важливою проблемою успішного функціонування галузевої інноваційної системи є забезпечення організації та здійснення моніторингу впровадження наукової продукції, підготовка щорічної інформації НДУ та ВМНЗ про впровадження результатів наукових досліджень, які ввійшли до попередніх випусків Реєстру з оцінкою ефективності (медичної, соціальної, економічної) та наведенням конкретних прикладів позитивного впливу на показники здоров'я населення та діяльності установ практичної охорони здоров'я.

Результати моніторингу впровадження наукової продукції протягом 3-х років з моменту її впровадження представляються у річних звітах про наукову діяльність НДІ та ВМНЗ.

Важливим засобом наукової комунікації є також методичні рекомендації, які регламентують, роз'яснюють, деталізують інновацію, містять коротке обґрунтування необхідності використання даної медичної технології, зазначають її переваги перед існуючою, описують умови виконання.

У 2007–2008 рр. розроблені, узгоджені з МОЗ України та випущені 4 методичні рекомендації, а у 2009 р. – 2.

Одним з найефективніших засобів комунікації є інформаційні листи, що мають ряд переваг порівняно з іншими засобами – стислість, конкретність, відсутність зайвого “інформаційного шуму”, зручність у використанні, легкість розповсюдження.

Аналіз видання інформаційних листів з проблеми “Соціальна гігієна”, узгоджених з МОЗ України, показав, що у 2007 р. їх було опубліковано 9, у 2008 р. – 9, у 2009 р. – 10.

Незначна кількість виданих методичних рекомендацій та інформаційних листів, узгоджених з МОЗ України, зумовлена економічними проблемами НДУ та ВМНЗ, які забезпечують самостійне видання щорічно великої кількості цих документів.

Суттєве значення в інноваційному процесі мають наукові форуми, учасниками яких розглядаються актуальні питання впровадження в практику новітніх медичних технологій, розробки сучасних стандартів та протоколів діагности-

ки і лікування найбільш поширених та соціально значущих захворювань, реалізації інноваційних процесів в медицині, реформування галузі охорони здоров'я, медичної освіти тощо.

Аналіз показав, що згідно Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, затвердженого МОЗ та НАМН України, наприклад у 2010 р. з проблеми “Соціальна медицина” проведено 2 з'їзди та 19 науково-практичних конференцій, у 2011 р. проведено 22 науково-практичні конференції.

Більше 90 відсотків проведених наукових форумів відбувалися за участі науковців і практичних лікарів з ближнього і дальнього зарубіжжя. З'їзди, конгреси, науково-практичні конференції сприяють інформуванню учених і спеціалістів про новітні досягнення медицини, ефективні форми управління охороною здоров'я, забезпечують обмін досвідом тощо.

Ефективність інноваційного процесу у галузі значно зумовлена підготовкою наукових кадрів – кандидатів та докторів наук. Крім того, самі дисертаційні роботи можна розглядати як результат наукової діяльності.

Нами проведено аналіз стану виконання дисертаційних робіт із спеціальності 14.02.03 - соціальна медицина за даними ВАК України за період 2007–2009 рр.

За проблемою “Соціальна медицина” в Україні функціонує 2 спеціалізовані вчені ради ВАК – Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Аналіз ефективності їхньої роботи за вказаний період наведено в таблиці 2.

Дві третини дисертацій за спеціальністю “Соціальна медицина” захищені в спеціалізованій вченій раді Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Привертає увагу, що 20 дисертацій виконано поза аспірантурою та докторантурою в практичних установах МОЗ України, головним чином їх керівниками. Така тенденція може розцінюватися як реакція на наявні та заплановані кардинальні зміни в організації і управлінні вітчизняною системою охорони здоров'я, що вимагає від керівників

Таблиця 2. Ефективність роботи спеціалізованих вчених рад зі спеціальності 14.02.04 - соціальна медицина за 2007–2009 рр.

Шифр спецради	Установа	Дисертації		Кількість	
		докт.	канд.	абс.	%
Д 26.003.01	Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця	4	11	15	34,1
Д 26.613.07	Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика	4	25	29	65,9
Всього		8	36	44	100

різного рівня пошуку науково обґрунтованих рішень щодо реформи галузі та її окремих служб.

Здобувачі наукових ступенів, які не працюють в наукових установах і вищих медичних навчальних закладах, є практичними лікарями. Згідно з постановою Президії ВАК України від 13.11.2002 р. №1-01/10, після захисту дисертаційної роботи вони запрошувалися на засідання Експертної ради з метою оцінки рівня їх теоретичної підготовки.

Із таблиці 3 видно, що у спеціалізованій вченій раді Національної медичної академії

післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика кількість здобувачів із практичних установ суттєво перевищувала кількість здобувачів, які захищалися у відповідній спеціалізованій вченій раді Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. Це пояснюється специфікою контингенту, підготовкою та перепідготовкою, якими займається цей заклад.

За даними Експертної ради для рецензування дисертаційних робіт залучається обмежене коло фахівців, переважно ті, що мешкають у м. Києві.

Таблиця 3. Кількість робіт, захищених практичними працівниками у спеціалізованих вчених радах

Спеціалізована рада	Кількість докторських дисертацій	Кількість кандидатських дисертацій
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика	0	16
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця	3	1
Всього	3	17

При розгляді дисертаційних робіт із спеціальності “Соціальна медицина” виявлено вади методичного рівня. Переважна кількість дисертацій виконується поза межами постулатів доказової медицини, більшість здобувачів недостатньо орієнтуються в методології наукового пошуку та поданні відповідних матеріалів. Кількісна і якісна репрезентативність первинних матеріалів потребує суттєвого поліпшення, планування необхідної кількості досліджень здійснюється у менш ніж половині дисертаційних робіт. Деякі здобувачі некоректно застосовують найменування використаних методів (наприклад: “медико-соціологічний метод” замість “соціологічного”, “описове моделювання” замість “концептуального” або “вербального моделювання”). Використовуються “модні” найменування методів (наприклад аналітико-логістичний або контент-аналіз), у той час як матеріалів, отриманих з їх допомогою, немає. При описанні методів нерідко виділяється лише загальний. Конкретні методи, застосовані в роботі, не уточнюються (наприклад: “соціологічний”, без вказівок на застосовані

методики). Рідко використовуються міжнародні стандартизовані методики (зокрема опитувальники для вивчення якості життя, алкоголізації населення, поширення тютюнокуріння тощо). Описуються власні методики без підтвердження їх законності.

При наведенні матеріалів зі статистичної обробки в роботах нерідко немає посилань щодо використання стандартних статистичних пакетів. Обрані статистичні методи не завжди адекватні поставленим у дослідженні завданням; нерідко складними аналітичними викладками маскується слабкість ідеї. Часто допускається спрощення статистичного аналізу шляхом використання лише інтенсивних та екстенсивних показників, середніх величин і відсотків. Неякісно обґрунтовуються виявлені закономірності, не наводяться довірчі інтервали тощо.

Зазначені вади більш властиві роботам, які захищають практичні лікарі.

До основних чинників, що призводять до такої ситуації, можна віднести недостатній рівень базової наукової підготовки дослідників, формаль-

ний підхід наукових керівників і консультантів, поверховий підхід офіційних опонентів до рецензування, некритичне ставлення редакційних колегій журналів до наукових статей здобувачів.

Нині у світі стрімко набуває поширення ідеологія так званої «доказової медицини», або доказового управління охороною здоров'я. Ґрунтується вона на результатах наукових досліджень, які можуть слугувати корисною основою при прийнятті рішень у галузі охорони громадського здоров'я та медичного обслуговування. Для доказового управління використовуються лише ті наукові дослідження, що надають надійну та достовірну інформацію. Такі дані надходять у мережу фактичних даних (evidence health care), споживачами якої є широкі кола посадових осіб та експертів, що готують і приймають рішення щодо розвитку систем охорони здоров'я. Відтак традиційні вимоги, що висуваються до методичного інструментарію наукових розроблень і дисертаційних досліджень зі спеціальності “Соціальна медицина”, набувають особливого значення та потребують своєчасної корекції.

Ефективність використання нововведень значно обумовлена ставленням до цього питання керівників органів охорони здоров'я на місцях, рівнем професійної підготовки та схильності до використання нового у медичній практиці лікарів, станом матеріально-технічного забезпечення установ, активністю та відповідальністю за процес впровадження науковців-розробників нововведень.

З метою аналізу виконання “Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року”, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 р., та наказу МОЗ України від 22.10.2009 р. №765 “Про проведення наукових досліджень з соціальної медицини та організації охорони здоров'я”, визначення ролі у цьому медичних навчальних закладів нами було проведено соціологічне дослідження з використанням методу анкетування, зокрема перед ВМНЗ були поставлені наступні питання:

- які адміністративні території України закріплені за закладом для проведення наукових досліджень із соціальної медицини та організації охорони здоров'я і впровадження їх результатів у практику;
- яка конкретно робота закладу на цих територіях здійснюється спільно з регіональними управліннями охорони здоров'я, лікувально-профілактичними закладами тощо;
- які форми співпраці профільних кафедр закладу з місцевими органами влади щодо впровадження науково обґрунтованих технологій в систему управління охорони здоров'я населення регіону.

Також було висловлене прохання надати пропозиції щодо удосконалення наукового супроводження процесу реформування системи охорони здоров'я в Україні.

При проведенні аналізу відповідей виявлено ряд особливостей діяльності ВМНЗ в галузі соціальної медицини, надано багато серйозних пропозицій, зокрема одностайно рекомендовано продовжити співпрацю ВМНЗ та закладів післядипломної освіти України з місцевими органами управління охорони здоров'я та лікувально-профілактичними закладами з питань проведення наукових досліджень та впровадження їх результатів у практику, а також надання консультативної допомоги співробітниками ВМНЗ за різними напрямками медичної діяльності.

Великим недоліком у технології впровадження є відсутність авторської зацікавленості у цьому процесі. І, навпаки, за інформацією місцевих органів управління охорони здоров'я, досвід таких наукових установ, як Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Запорізька академія післядипломної освіти, свідчить про те, що активна робота науковців і спеціалістів цих установ з організації впровадження результатів своїх наукових розробок забезпечує широке та успішне їх використання.

Значною проблемою залишається оцінка ефективності використання наукових досягнень в практиці охорони здоров'я.

Безсумнівно, визначення різних аспектів медичної, соціальної та економічної ефективності впровадження нововведень є досить складним. Слід враховувати також і те, що впровадження результатів наукових досліджень у багатьох випадках дає не прямиий, а опосередкований соціальний та економічний ефект.

Наше дослідження свідчить про те, що важливим є забезпечення всіх етапів інноваційного циклу “від ідеї до впровадження”, але для практики найважливішим є процес безпосереднього використання нововведень.

На нашу думку, для удосконалення галузевої системи впровадження результатів наукових досліджень передусім необхідно:

- створити нормативно-правову базу інноваційних процесів у галузі охорони здоров'я;
- налагодити видання Реєстру галузевих нововведень в електронній версії та на магнітному носії, крім тиражування у вигляді журналу, що дасть змогу більш оперативно і доступно доводити нові видання Реєстру до системи практичної охорони здоров'я;
- забезпечити видання та широкомасштабне розповсюдження методичних рекомендацій та інформаційних листів, як найбільш ефективно-

го й оптимального способу доведення інформації до споживачів;

- опис нововведень, включених до Реєстру, друкувати у спеціалізованих виданнях; найбільш вагомим нововведенням рекомендувати до впровадження рішеннями профільних наукових форумів (з'їздів, конференцій, симпозіумів тощо);
- забезпечити інформування студентів-старшокурсників, інтернів, клінічних ординаторів, лікарів – слухачів курсів спеціалізації та підвищення кваліфікації щодо найбільш цікавих і вагомих наукових досягнень і технологій їх впровадження в практику охорони здоров'я;
- налагодити зворотний зв'язок між Міністерством охорони здоров'я та місцевими органами управління охороною здоров'я щодо питань інноваційної діяльності;
- враховувати рівень впровадження нововведень при оцінці діяльності управлінь охорони

здоров'я обл(міськ)держадміністрацій, при акредитації лікувально-профілактичних закладів та одержанні лікарями чергової атестаційної категорії;

- розробити форми матеріального та морального заохочення лікувальних закладів та окремих медичних працівників за активну роботу з впровадження нововведень.

Висновки

Таким чином, удосконалення системи впровадження досягнень медичної науки, зокрема результатів наукових досліджень із соціальної медицини, у практику охорони здоров'я стане вагомим внеском у заходи з реформування системи охорони здоров'я, сприятиме підвищенню ефективності діяльності лікувально-профілактичних закладів та покращенню здоров'я населення України.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПРОБЛЕМЕ “СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА”

А. М. Кочет, Г. А. Слабкий, Ю. Б. Ященко, П. Р. Петрашенко, Т. В. Ельчиц (Київ)

Проанализирована результативность научных разработок научно-исследовательских учреждений, в частности Украинского института стратегических исследований МЗ Украины, высших медицинских учебных заведений и заведений последипломного образования по проблеме “Социальная медицина” за 2007–2011 гг.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инновационная система, научное исследование, социальная медицина, внедрение научных результатов.

EFFICIENCY OF SCIENTIFIC RESEARCHES ACCORDING TO THE PROBLEM “SOCIAL MEDICINE”

A. M. Kochet, G. A. Slabkyj, Yu. B. Yashchenko, P. R. Petrashenko, T. V. Elchits (Kyiv)

Efficiency of scientific development scientific and research institutions, in particular Ukrainian institute of strategic researches MoH of Ukraine, the higher medical educational institutions and institutions of postgraduate education according to the problem “Social medicine” during 2007-2011 has been analysed.

KEY WORDS: innovative system, scientific research, social medicine, implementation of scientific results.

Г. Я. ПАРХОМЕНКО (Київ)

СТАВЛЕННЯ КЕРІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДО РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

В статті наведено результати соціологічного дослідження, проведеного серед організаторів охорони здоров'я областей, які не є пілотними з відпрацювання моделі оптимізації системи надання медичної допомоги, з питань поінформованості та готовності до проведення структурної перебудови системи охорони здоров'я. Отримані результати є підставою для розробки системи комунікацій в охороні здоров'я, спрямованої на задоволення потреб усіх верств населення в інформації щодо реформування системи надання медичної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: соціологічне дослідження, організатори охорони здоров'я, модель оптимізації системи надання медичної допомоги.

Дані наукової літератури [1;3;4] вказують на невідповідність системи охорони здоров'я в Україні реальним потребам населення. Наразі розроблені стратегія та методологія проведення реформування системи медичної допомоги [2], що визначено пріоритетним напрямком на державному рівні [6] і почалося відпрацювання нової моделі в пілотних регіонах [5]. До її проведення почали підготовку в усіх регіонах країни. Успішність проведення реформи багато в чому залежить від організаторів охорони здоров'я, їх поінформованості та готовності до активної підтримки реформи, на що вказує і міжнародний досвід [7;8]. Це визначало актуальність даного дослідження та його мету і методологію проведення.

Мета роботи: вивчити поінформованість керівників закладів охорони здоров'я щодо реформування системи надання медичної допомоги в Україні та рівень їх готовності до структурних перетворень.

Матеріали і методи: історико-інформаційний, соціологічного дослідження. За спеціаль-

но розробленою анкетною вивчалася думка та ставлення 420 організаторів охорони здоров'я, які працюють в комунальних закладах охорони здоров'я (285 головних лікарів та 135 заступників головних лікарів) областей, які не належать до пілотних регіонів з реформування системи надання медичної допомоги населенню, до проведення реформ. Активність респондентів склала 70%. Анкети респондентам роздавалися під час проведення різного виду медичних нарад з попереднім їх інформуванням про мету дослідження. Анкета була анонімною. Респондент мав право заповнити тільки одну анкету. Збір заповнених анкет проводив дослідник.

Результати дослідження та їх обговорення. На початку дослідження вивчалася питання задоволеності респондентів умовами праці та рівнем організації медичної допомоги в регіоні в цілому та в закладі охорони здоров'я, у якому вони працюють, зокрема (табл. 1).

Як видно з наведених в табл.1 даних, задоволені умовами праці 49,9%, а організацією тру-

Таблиця 1. Задоволеність респондентів умовами праці та рівнем організації медичної допомоги (%)

Показник	Задоволений	Не задоволений	Не визначився
Задоволеність умовами праці	49,9	43,9	6,2
Задоволеність організацією трудового процесу	47,6	43,5	8,9
Задоволеність рівнем оплати праці	36,4	57,4	6,2
Задоволеність якістю медичної допомоги в лікарні	31,9	62,6	5,5
Задоволеність рівнем матеріально-технічного оснащення лікарні	26,5	65,4	8,1
Задоволеність рівнем фінансування закладу	28,5	66,7	4,8
Задоволеність рівнем професійної підготовки медичних кадрів	36,3	52,4	11,3
Можливість самостійно приймати рішення структури лікарні	4,8	89,7	5,5
Можливість самостійно приймати рішення економічного характеру	3,5	92,1	4,4
Складність взаємозв'язків з місцевою владою	13,6	78,6	7,8

дового процесу 47,65% респондентів. Важливими чинниками, які призвели до низького рівня задоволеності організаторів охорони здоров'я умовами праці та організацією трудового процесу стали: самостійність у прийнятті рішень економічного характеру (3,5%), самостійність у прийнятті рішень організаційного характеру (4,8%), складність взаємозв'язків з місцевою

владою (78,6%), низький рівень ресурсного забезпечення (52,4–66,7%).

Наступним кроком вивчався рівень поінформованості респондентів щодо задач, методології та механізмів реформування системи надання медичної допомоги, шляхів її проведення в пілотних регіонах та джерел отримання відповідної інформації. Результати дослідження названого блоку наведені в табл. 2.

Таблиця 2. Поінформованість організаторів охорони здоров'я щодо реформування системи надання медичної допомоги населенню (%)

Показник	Позитивна відповідь	Негативна відповідь	Не визначився
Поінформований про мету і задачі реформ	57,3	31,4	11,3
Поінформований про структурні перетворення на первинному рівні	55,9	38,3	5,8
Поінформований про структурні перетворення на вторинному рівні	64,6	29,9	5,5
Поінформований про структурні перетворення на третинному рівні	21,8	72,7	5,5
Поінформований про структурні перетворення на рівні регіону	35,9	58,3	5,8
Поінформований про зміни системи фінансування	15,6	78,4	5,8
Ознайомлений з новою законодавчою базою	45,1	41,6	13,3
Інформацію отримав у мережі ІНТЕРНЕТ	29,4	64,7	5,9
Інформацію отримав від колег	12,8	79,4	7,8
Інформацію отримав із ЗМІ	9,9	61,1	2,8
Інформацію отримав на медичних нарадах	36,1		8,3
Інформацію отримав на спеціальних зібраннях на регіональному рівні	10,9	80,8	8,3
Інформацію отримав на спеціальних зібраннях на місцевому рівні	7,1	84,6	8,3
Вважає інформаційне забезпечення організаторів охорони здоров'я достатнім	11,3	76,3	12,4
Вважає інформаційне забезпечення медичних працівників достатнім	10,6	77,0	12,4
Вважає інформаційне забезпечення населення достатнім	7,3	81,9	10,8

Як видно з наведених в табл. 2 даних, поінформованими про різні напрямки комплексної реформи системи медичної допомоги населенню є від 15,6% (оптимізація системи фінансування) до 64,6% (структурні перетворення на вторинному рівні надання медичної допомоги). При цьому спостерігається відсутність системи інформування населення, в т.ч. медичних працівників, про реформи в охороні здоров'я та їх сутність, про що говорять джерела отримання організаторами охорони здоров'я інформації про реформування галузі. Важливим для організації подальшої роботи є отриманий результат соціологічного дослідження, який вказує, що рівень інформаційного забезпечення населення є недостатнім (81,9%).

Далі, відповідно до програми дослідження, вивчалася питання ставлення респондентів до проведення структурної перебудови системи медичної допомоги, їх мотивації та практичних кроків з підготовки до наступної оптимізації лікарень. (табл. 3).

Наведені в табл. 3 дані вказують на те, що готовими до проведення реформи системи надання медичної допомоги населенню є 21,9% опитаних організаторів охорони здоров'я, при цьому 64,8% із тих, що не готові до проведення реформи, вказали причиною неготовності до роботи в нових умовах, що потребує їх підготовки на курсах тематичного вдосконалення та тренінгах. Серед ризиків, які є причиною неготовності до проведення реформ, є ризик бути скороченим (47,7%) та ризик скорочення фінансування (51,6%), що потребує роз'яснення серед організаторів охорони здоров'я законодавчих документів, які рекламують проведення реформи в охороні здоров'я.

Висновки

1. Встановлено, що задоволені умовами праці 49,9%, а організацією трудового процесу – 47,65% респондентів. Важливими чинниками, які призвели до низького рівня задоволеності організаторів охорони здоров'я умовами праці, стали: можливість самостійності у прийнятті рішень

Таблиця 3. Готовність та мотивація організаторів охорони здоров'я до структурних змін в системі надання медичної допомоги населенню (%)

Показник	Позитивна відповідь	Негативна відповідь	Не визначився
Готовий до структурних перетворень	21,9	61,3	16,8
Дасть можливість реалізувати свої ідеї щодо лікування хворих	22,05	58,05	19,9
Підніме рівень ефективності використання ресурсів	38,9	43,2	17,9
Підніме рівень ефективності медичної допомоги	36,8	41,15	22,05
Забезпечить ефективне впровадження сучасних технологій	53,6	33,8	12,6
Підніме престиж професії медичного працівника	49,3	30,75	19,95
Забезпечить гідну заробітну плату	43,1	26,45	30,45
Буде надана більша самостійність в прийнятті рішень	65,1	23,35	11,55
Не бачу потреби у розробці будь-яких нововведень із свого боку	78,1	15,5	6,6
Можу залишитися без роботи	47,7	35,5	16,8
Погіршить доступність медичної допомоги	40,5	42,4	17,1
Призведе до скорочення медичного персоналу	50,1	40,3	9,6
Призведе до скорочення фінансування закладів охорони здоров'я	51,6	33,1	15,3
Реформи мають проводити державні службовці і політики	57,9	35,8	6,3
Не знаю, які зміни будуть проведені	58,2	23,5	18,3
Не готовий працювати в нових умовах	64,8	26,5	8,7

економічного характеру (3,5%), самостійності в прийнятті рішень організаційного характеру (4,8%), складність взаємозв'язків з місцевою владою (78,6%), низький рівень ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я (52,4–66,7%).

2. Показано, що поінформованими про різні напрямки комплексної реформи системи медичної допомоги населенню є від 15,6% (оптимізація системи фінансування) до 64,6% (структурні перетворення на вторинному рівні надання медичної допомоги) організаторів охорони здоров'я. При цьому спостерігається відсутність системи інформування населення, в т.ч. медичних працівників, про реформи в охороні здоров'я та їх сутність, про що говорять джерела отримання організаторами охорони здоров'я інформації про реформування галузі. Важливим для організації подальшої роботи є отриманий результат

соціологічного дослідження, який вказує, що рівень інформаційного забезпечення населення є недостатнім (81,9%).

3. Встановлено, що готовими до проведення реформи системи надання медичної допомоги населенню є 21,9% опитаних організаторів охорони здоров'я, при цьому 64,8% із тих, що не готові до проведення реформи, вказали причиною невідповідності до роботи в нових умовах, а серед ризиків респонденти вказали на ризик бути скороченим (47,7%) та ризик скорочення фінансування (51,6%).

Перспективи подальших досліджень сформульовані на розробку системи комунікацій в охороні здоров'я з метою задоволення потреби всіх верств населення в інформації щодо реформування системи надання медичної допомоги населенню.

Список літератури

1. *Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України* : реалії, проблеми та шляхи вирішення / за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 107 с.
2. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // *Україна. Здоров'я нації*. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.
3. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні* / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К., 2005. – 168 с.
4. *Охорона здоров'я України* : стан, проблеми, перспективи. – Київ-Тернопіль, 2009. – 440 с.
5. *Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та м. Києві* : Закон України № 3612-VI від 7.07.2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. *Програма економічних реформ на 2010–2014 роки* Комітету з економічних реформ при Президенті України «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://www.president.gov.ua>.
7. *Borissov V.* Health care reforms in Bulgaria: an initial appraisal / V. Borissov, T. Rathwell // *Soc. Sci. Med.* – 1995. – Vol. 42, № 11. – P. 1501–1510.
8. *Steinmo S.* It's the institutions, stupid! Why comprehensive national health insurance always fails in America / S. Steinmo, J. Watts // *J. Health Polit. Policy Law.* – 1995. – Vol. 20, № 2. – P. 329–372.

ОТНОШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К РЕФОРМИРОВАНИЮ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Г. Я. Пархоменко (Киев)

В статье приведены результаты социологического исследования, проведенного среди организаторов здравоохранения областей, не являющихся пилотными по отработке модели оптимизации системы оказания медицинской помощи, по вопросам информированности и готовности к проведению структурной перестройки системы здравоохранения. Полученные результаты являются основой для разработки системы коммуникации в здравоохранении, направленной на удовлетворение нужд всех слоев населения в информации относительно реформирования системы оказания медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: социологическое исследование, организаторы здравоохранения, модель оптимизации системы оказания медицинской помощи.

THE ATTITUDE OF HEADS ESTABLISHMENTS HEALTH CARE TO REFORMING SYSTEM OF RENDERING MEDICAL AID

G. Ya. Parkhomenko (Kiev)

In this article results of the sociological research which has been carried out among organizers health care regions, they are not pilot according to the processing optimization model of system rendering medical aid, on questions of information distribution and readiness for carrying out structural reorganization of health care system have been resulted. The received results are the basis for system engineering the communications in health care, directed on satisfaction of needs all layers of the population in the information concerning reforming system of rendering medical aid.

KEY WORDS: sociological research, organizers of health care, optimization model of system of rendering medical aid.

Рецензент: д.мед.н., проф. Слабкий Г.О.

УДК 61:621.397.13:004.4

А. В. ВЛАДИМИРСЬКИЙ, А. А. ОСТАНІН (Донецьк, Дніпропетровськ)

ОБРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ТЕЛЕМЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ

Донецький національний медичний університет імені М. Горького
Головне управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

На основі системного підходу розроблена комплексна формальна інформаційна (графічна) модель організації територіальної телемедичної служби, що містить у собі: статичну ієрархічну субмодель компонентів служби, динамічну мережну субмодель структури служби й внутрішніх взаємодій. Запропонована модель є емерджентною та такою, що має усі специфічні властивості інформаційної моделі. На основі моделі побудована телемедична мережа Дніпропетровської області.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: організація, телемедицина, охорона здоров'я, модель.

Актуальність впровадження телемедичної служби в організаційні та управлінські процеси обласної системи охорони здоров'я зумовлює виразний дисбаланс у рівні матеріально-технічного забезпечення і підготовки фахівців ліку-

вально-профілактичних закладів у містах порівняно з районами. В основі телемедичного менеджменту системою охорони здоров'я повинна знаходитись стандартизована схема територіальної (обласної) телемедичної мережі [3;4;6]. Раніше запропоновані окремі підходи до ство-

рення подібної схеми не становлять вирішеного наукового питання та потребують подальшої розробки [1;7;9]. Згідно з наказом МОЗ України № 261 від 26.03.2010 р. "Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я", структурним підрозділом багатопрофільних республіканських, обласних, міських та районних лікувально-профілактичних установ, діагностичних центрів, клінік науково-дослідних інститутів є телемедичний центр (кабінет).

Телемедичні центри у складі закладів охорони здоров'я забезпечують виконання покладених на них функцій з метою надання якісної своєчасної медичної допомоги з використанням телемедичних технологій. Для успішної та ефективної взаємодії телемедичних центрів закладів охорони здоров'я певної території (області, міста, району) треба формалізувати роботу вищезгаданих суб'єктів, тобто створити територіальну телемедичну службу, діяльність якої була б стандартизованою та такою, що відповідала вимогам вищенаведеного наказу, національним та міжнародним методичним рекомендаціям та підходам, а також максимально сприяла підвищенню якості допомоги, оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я.

Мета дослідження – обґрунтувати та розробити модель організації територіальної телемедичної служби.

Матеріали і методи. Аналітичною базою дослідження були матеріали телемедичних консультацій та наукові результати впровадження телемедичних систем на рівні регіону [3;6;8]. Використано методи системного підходу, інформаційного моделювання, аналізу та синтезу.

Результати дослідження та їх обговорення. Модель територіальної телемедичної служби повинна складатися з методичних компонентів (що стосуються нормативно-правових, організаційно-клінічних, інженерних та етико-деонтологічних аспектів телемедичної діяльності), узагальненого переліку та формалізованих взаємодій суб'єктів служби.

Включення до моделі методичних компонентів є необхідним з наступних причин. Впровадження системної телемедичної діяльності є інноваційним заходом для системи охорони здоров'я України, який вимагає принципово нових управлінських підходів, професійних навичок, змін рутинних процесів організації та надання медико-санітарної допомоги. Вищезазначені зміни ґрунтуються на певній доказовій методичній базі, яка, на жаль, не входить до обов'язкового переліку знань при додипломній підготовці лікарів. Тож з метою уникнення хибної практики, ятрогенної, неефективної роботи треба при організації територіальної телемедичної служби забезпечити наявність та розповсюджен-

ня методичних стандартів телемедичної діяльності (якими і є вищезгадані компоненти).

Структура територіальної телемедичної служби складається з переліку лікувально-профілактичних установ, який формалізовано, та напрямків і видів інформаційного обміну.

З метою уніфікації моделі формалізований перелік повинен включати:

- органи управління охороною здоров'я;
- лікувально-профілактичні заклади, що надають первинну, вторинну або третинну медико-санітарну допомогу та належать до даної території (при цьому університетські клініки, науково-дослідні інститути повинні бути віднесені до ЛПЗ, що надають третинну допомогу);

• "зовнішні" лікувально-профілактичні заклади (національні та міжнародні).

Аналогічно формалізується обмін інформацією, в межах телемедичної взаємодії може здійснюватися електронний документообіг для вирішення медичних та організаційно-методичних задач служби. Такий підхід забезпечує можливість використання моделі як шаблону для будь-якої території. Відповідно до місцевих особливостей при створенні телемедичної служби до моделі можуть бути внесені корективи, які оптимізують (локалізують), але не змінюють модель принципово.

Нами розроблена комплексна формальна інформаційна (графічна) модель організації територіальної телемедичної служби, що містить у собі:

- статичну ієрархічну субмодель компонентів служби (рис. а);
- динамічну мережну субмодель структури служби й внутрішніх взаємодій (рис. б).

Статична ієрархічна субмодель компонентів служби складається з п'яти основних складових:

1. Юридичної.
2. Організаційної.
3. Медичної.
4. Інженерної.
5. Деонтологічної.

У кожному складову, у свою чергу, входить ряд компонентів:

1. Юридичний компонент (ЮР) організації телемедичної служби в системі охорони здоров'я – це Конституція України (КУ), закони України (ЗУ), постанови Кабінету Міністрів України (КМ), накази Міністерства охорони здоров'я (НМ), правові й нормативні документи державного апарату України (ПД), нормативні документи органів місцевого самоврядування (МС), клінічні протоколи (КП), стандарти (СТ), міжнародні угоди, нормативи й стандарти (ІН).

2. Організаційний компонент (ОР) впровадження телемедичної служби в систему охорони здоров'я – це організаційні завдання (ОЗ), структурно-функціональні підрозділи ЛПУ й/або

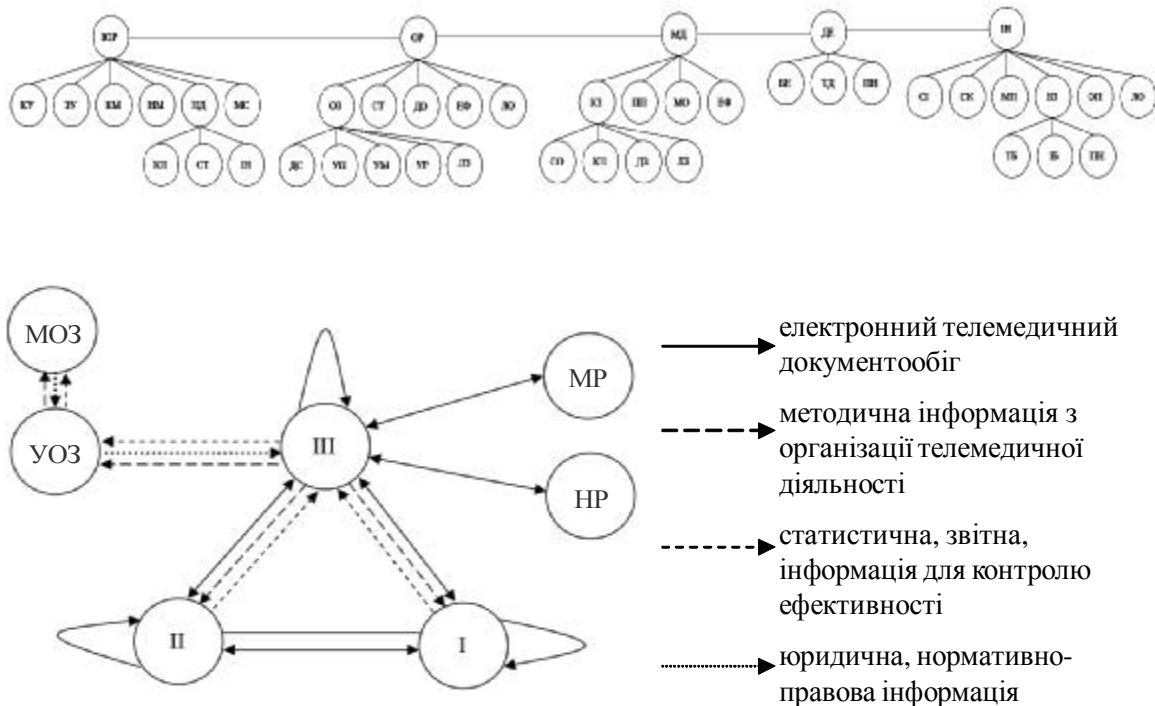


Рис. Комплексна формальна інформаційна (графічна) модель організації територіальної телемедичної служби:

а – статична ієрархічна субмодель компонентів служби;

б – динамічна мережна субмодель структури служби й внутрішніх взаємодій (І, ІІ, ІІІ – первинний, вторинний, третинний рівні медико-санітарної допомоги, МР – міжнародний рівень (взаємодія із закордонними медичними центрами), НР – національний рівень (міжобласна взаємодія з медичними центрами), УОЗ – управління охороною здоров'я територіальної державної адміністрації, МОЗ – Міністерство охорони здоров'я, профільні відомства, установи)

координатори, що здійснюють телемедичну діяльність (СТ), документація для обліку й здійснення телемедичної діяльності (ДО), системний контроль ефективності (ЕФ), локальні особливості (географічні, інфраструктурні, соціальні й т.д.; ЛО), доступність і своєчасність медико-санітарної допомоги (ДС), керування пацієнтами (КП), керування медичним персоналом (КМ), керування ресурсами (КР), локальні завдання (ЛЗ).

3. Медичний компонент (МД) організації телемедичної служби в системі охорони здоров'я – це клінічні завдання (КЗ), показання й протипоказання до застосування телемедичних процедур (ПП), методичні основи застосування телемедичних процедур (МО), науковий контроль ефективності (ЕФ), своєчасність і необхідний обсяг медико-санітарної допомоги, якість медико-санітарної допомоги (СО), відповідність вимогами доказової медицини, національним клінічним протоколам і стандартам (ДЗ), локальні завдання (ЛЗ).

4. Інженерний компонент (ІН) організації телемедичної служби в системі охорони здоров'я – це наявна комп'ютерно-телекомунікаційна інфраструктура (ІІ), стандартизовані комплектації устаткування для телемедичної діяльності (СК),

методичні підходи до вибору устаткування для телемедичної діяльності (МП), навчання користувачів (НК), безпека використання в охороні здоров'я й для передачі даних (БЗ), локальні особливості (географічні, інфраструктурні, економічні й т.д.; ЛО), технічна безпека (ТБ), інформаційна безпека (ІБ), практичні навички з реалізації відповідних норм і вимог (ПН).

5. Деонтологічний компонент (ДЕ) організації телемедичної служби в системі охорони здоров'я – це норми й вимоги біоетики (БЕ), норми й вимоги телемедичної деонтології (ТД), практичні навички з реалізації відповідних норм і вимог (ПН).

Динамічна мережна субмодель відображає внутрішньообласні й позаобласні елементи структури служби. До перших належать: лікувально-профілактичні заклади трьох рівнів медико-санітарної допомоги, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації. До других належать: Міністерство охорони здоров'я (точніше його профільні відомства, установи, відповідальні за організацію й контроль телемедичної діяльності), медичні центри, розташовані в інших областях країни або за кордоном.

У субмоделі внутрішні взаємодії відбуваються у чотирьох варіантах обміну інформацією:

- електронний телемедичний документообіг (власне здійснення телемедичних процедур);
- надання методичної інформації з організації телемедичної діяльності;
- надання юридичної, нормативно-правової інформації;
- надання звітної інформації для статистичної обробки й контролю ефективності роботи служби.

Відповідно до динамічної формальної інформаційної (графічної) мережної субмоделі структури служби й внутрішніх взаємодій електронний телемедичний документообіг здійснюється в чотирьох основних варіантах:

- між рівнями медико-санітарної допомоги в межах даної області (території);
- між лікувально-профілактичними закладами в рамках одного рівня медико-санітарної допомоги в межах даної області (території);
- між лікувально-профілактичними закладами третього рівня медико-санітарної допомоги даної області (території) і закордонними медичними центрами;
- між лікувально-профілактичними закладами третього рівня медико-санітарної допомоги даної області (території) і лікувально-профілактичними закладами довільного рівня медико-санітарної допомоги, розташованими в інших областях (територіях) країни.

Збір звітної інформації (документації) для наступного аналізу ефективності роботи служби на першому етапі здійснюється шляхом передачі відповідних даних з первинного й вторинного рівнів медико-санітарної допомоги в кураторські лікувально-профілактичні заклади третього рівня. На другому етапі інформація з лікувально-профілактичних закладів третього рівня передається в управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації. На третьому етапі здійснюється централізована передача даних у Міністерство охорони здоров'я.

На основі аналізу звітної документації, наукових досліджень і клінічних випробувань (проведених на базах лікувально-профілактичних установ третього рівня медико-санітарної допомоги) формуються методичні підходи й рекомендації для організації телемедичної діяльності, які передаються як на первинний і вторинний рівні медико-санітарної допомоги, так і в управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, а потім і в Міністерство охорони здоров'я (профільні відомства, відповідальні установи). На рівні органів державного управління охороною здоров'я розроблені методичні підходи й рекомендації верифікуються шляхом наукового аналізу й порівняльного вивчення. Затверджені методичні матеріали у вигляді нормативно-правових актів (до яких можна віднести й клінічні протоколи з використання різних телемедичних

процедур) направляються в управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, а звіди – у лікувально-профілактичні заклади третього рівня медико-санітарної допомоги, де стають джерелом кращого досвіду для всієї обласної (територіальної) системи охорони здоров'я.

Подібний підхід забезпечує оптимальну організацію охорони здоров'я даної території шляхом використання телемедицини завдяки доказовості, ієрархічності й наступності.

Розроблена комплексна модель організації територіальної телемедичної служби має необхідні властивості інформаційної моделі [5]:

1. Скінченність – розроблена модель відображає реальну систему в кінцевому числі її елементів і їх взаємовідносин.

2. Спрощеність – розроблена модель відображає основні, найбільш істотні, характеристики територіальної телемедичної служби.

3. Приблизність – розроблена модель відображає лише основні елементи телемедичної служби в територіальній системі охорони здоров'я.

4. Адекватність і потенційність моделі забезпечуються існуючими системами оцінки ефективності телемедицини, прогнозування динаміки телемедичної діяльності, її порівняльною оцінкою.

5. Складність – розроблена модель представлена в графічному вигляді, що забезпечує зручність її використання.

6. Інформативність і повнота – розроблена модель враховує всі необхідні вимоги до організації телемедичної служби в системі охорони здоров'я (медико-організаційні, правові, деонтологічні, інженерні, соціальні).

7. Адаптивність – розроблена модель може бути адаптована до локальних умов даної територіальної системи охорони здоров'я без принципових змін.

Ключовим моментом є наступний факт. Телемедична система, вибудована на основі даної моделі, буде мати властивість емерджентності, тому що основною сумарною властивістю системи на основі нашої моделі є наявність інструментів досягнення оптимізації управлінських рішень і процесів організації територіальної системи охорони здоров'я, у той час як жоден з її елементів окремо не має такої властивості. Властивість емерджентності є однією з основних у побудові телемедичних мереж з погляду системології [2].

Висновки

1. На основі системного підходу розроблена комплексна формальна інформаційна (графічна) модель організації територіальної телемедичної служби, що містить у собі: статичну ієрархічну субмодель компонентів служби, динамічну мережну субмодель структури служби й внутрішніх взаємодій.

Список літератури

1. Арзянцева Д. А. Науково-методичні засади розробки стратегій розвитку регіональних систем охорони здоров'я : дис. канд. екон. наук : 08.10.01 / Д. А. Арзянцева. – К., 2006. – 238 с.
2. Вишневский В. В. Об эмерджентности телемедицинских систем / В. В. Вишневский // Укр. журн. телемед. мед. телемат. – 2008. – Т. 6, № 1. – С. 97.
3. Владзимирский А. В. Телемедицина : [монографія] / А. В. Владзимирский. – Донецк : ООО “Цифровая типография”, 2011. – 437 с.
4. Владзимирський А. В. Телемедицина в управлінні охороною здоров'я / А. В. Владзимирський, О. Т. Дорохова / Медична освіта. – 2002. – № 2. – С. 15–17.
5. Востров Г. Н. Проблемы построения информационных систем над предметными областями / Г. Н. Востров, В. И. Межуев // Искусственный интеллект. – № 4. – 2008. – С. 736–746.
6. Ларіна Р. Р. Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я : [монографія] / Р. Р. Ларіна, А. В. Владзимирський, О. В. Балуєва; за ред. В. В. Дорофійенко. – Донецьк : “Вебер” (Донецька філія), 2008. – 252 с.
7. Леванов В. М. Организационные и медико-социальные аспекты применения телемедицинских технологий в системе медицинского обеспечения населения : дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.33 / В. М. Леванов. – Рязань, 2003. – 192 с.
8. Організація телемедичної допомоги в закладах охорони здоров'я : [метод. реком.] / Голубчиков М. В., Владзимирський А. В., Климовицький В. Г. [та ін.]. – К., 2008. – 70 с.
9. Пуховец И. А. Научное обоснование модели информационной системы здравоохранения в период его реформирования в крупном агропромышленном регионе (на примере Алтайского Края) / И. А. Пуховец. – Новосибирск, 2004. – 20 с.

ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

А. В. Владзимирский, А. А. Останин (Донецк, Днепропетровск)

На основе системного подхода разработана комплексная формальная информационная (графическая) модель организации территориальной телемедицинской службы, которая содержит в себе: статическую иерархическую субмодель компонентов службы, динамическую сетевую субмодель структуры службы и внутренних взаимодействий. Предложенная модель имеет все специфические свойства информационной модели и является эмерджентной. На основе модели построена телемедицинская сеть Днепропетровской области.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **организация, телемедицина, здравоохранение, модель.**

RATIONALE AND DEVELOPMENT OF MODEL OF TERRITORIAL TELEMEDICINE SERVICE ORGANISATION

A. V. Vladzimirskiy, A. A. Ostanin (Donetsk, Dnepropetrovsk)

On the basis of the system approach complex formal information (graphic) model of the organization of a territorial telemedicine service had been developed; the model include: static hierarchical submodel of services' components, dynamic network submodel of structure of service and internal interactions. The offered model has all specific properties of information model and it is emergent. On the basis of the model the Telemedical network of the Dnepropetrovsk region has been constructed.

KEY WORDS: **organisation, telemedicine, health care, model.**

Рецензент: Є.М. Кривенко

УДК 314.4:303.5.004.12

А. В. ПІРНИКОЗА (Вінниця)

ДЕСКРИПТИВНА ХАРАКТЕРИСТИКА МАСИВУ ДАНИХ ВИПАДОК-КОНТРОЛЬ З ВИВЧЕННЯ ЛЕТАЛЬНОСТІ ВНАСЛІДОК ЕКСТРЕНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Вивчалися фактори ризику летальності внаслідок екстреної патології (ЕП), оскільки саме летальність є критерієм якості та своєчасності надання допомоги при ЕП. Використано дизайн випадок-контроль зі змінними співвідношенням серій, всього 534 пацієнти, з них 240 випадків (померлі) і 294 контролів (ті, що вижили). Аналіз матеріалу здійснено на основі моделі Кокса, для одномірних тестів застосовано χ^2 -квадрат.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: екстрена патологія, летальність, випадок-контроль.

Доказова медицина значно зміцнила свої позиції в клінічних експериментальних дослідженнях, водночас масштабне реформування організації медичного забезпечення населення значно страждає від браку доказової бази нововведень. Це особливо стосується проблеми удосконалення медичного обслуговування за екстрених станів, обумовленість яких найменш вивчена внаслідок непередбачуваності та різноманітності патології. Ми вивчали роль важливих факторів ризику летальності внаслідок екстреної патології (ЕП), оскільки саме летальність є критерієм якості і вчасності надання допомоги при ЕП. У дослідженні використаний дизайн випадок-контроль зі змінним співвідношенням серій.

Матеріали і методи. Збір даних щодо летальності проводився методом комбінованої вибірки. Рандомізовані серії летальних випадків внаслідок ЕП розміщені по гніздам (сільським районам), що забезпечило якісне представництво вибірки (якісну репрезентативність). Всього 27 гнізд. Довжина серій коливалась від 10 до 20 летальних випадків. Обсяг панельного масиву склав 240 летальних випадків. Паралельно утворені рандомізовані серії пацієнтів з ЕП, які вижили (є контролем), теж розміщені по гніздам.

В результаті досягається зіставлення масивів випадків і контролю за рядом важливих змішувальних факторів, пов'язаних з часом та місцем надання допомоги. Всього 294 пацієнти контрольної групи. Таким чином, загальний масив панельних даних склав 534 пацієнти, з них 240 померли і 294 вижили (контроль). Аналіз матеріалу здійснювався на основі моделі Кокса, для одномірних тестів використаний χ^2 -квадрат.

Результати дослідження та їх обговорення. Проблема вивчення факторів ризику летальності внаслідок ЕП ускладнюється етапністю надання медичної допомоги. Як правило, надання медичної допомоги при екстреній патології починається на первинному рівні, продовжується на вторинному і закінчується на третинному. Проте у ряді випадків у силу ситуації якийсь з етапів може опускатися. Вивчення розподілу ситуацій за даними дослідження показує (табл. 1), що послідовно проходить всі етапи допомоги (1, модель А) 43,75% померлих внаслідок ЕП (випадки) і 47,28% пацієнтів з ЕП, що вижили (контроль).

Відразу з другого етапу, закінчуючи третім (2, модель Б), допомога надана 21,25% померлим внаслідок ЕП і 20,07% пацієнтам з ЕП, що вижили. Відразу з третього етапу (3, модель В)

Таблиця 1. Розподіл масиву даних за етапами надання допомоги

Комбінація етапів	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	105	43,75	139	47,28	244	45,69
2	51	21,25	59	20,07	110	20,60
3	29	12,08	33	11,22	62	11,61
13	55	22,92	63	21,43	118	22,10

χ^2 -квадрат (3)=0,666; p=0,881

допомога надана 12,08% померлим внаслідок ЕП і 11,22% пацієнтам з ЕП, що вижили. З першого етапу на третій, минаючи другий (13, модель Д), перейшли 22,92% померлих внаслідок ЕП і 21,43% пацієнтів з ЕП, що вижили. Структури розподілу за етапами надання допомоги ви-

падків і контролів схожі (χ^2 -квадрат (3)=0,666; $p=0,881$).

Вивчення розподілу пацієнтів за статтю свідчить (табл. 2), що чоловіки переважали (59,36%), як серед випадків (58,33%), так і серед контролів (60,20%).

Таблиця 2. Розподіл пацієнтів за статтю

Стать	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Жінки	100	41,67	117	39,80	217	40,64
Чоловіки	140	58,33	177	60,20	317	59,36

χ^2 -квадрат (1)=0,192; $p=0,661$

Про схожість розподілу випадків і контролю за статтю свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=0,192; $p=0,661$.

Структура пацієнтів за віком свідчить (табл. 3), що переважали особи віком старше 50 (73,41%) років – 74,17% серед випадків і 72,79% серед контролю. Про схожість вікових структур випадків

і контролю свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=0,192; $p=0,661$.

Ще одним важливим фактором зі змішувальним ефектом є зайнятість. Вивчення розподілу пацієнтів за зайнятістю свідчить (табл. 4), що переважали (80,71%) особи, не зайняті у виробництві, здебільшого пенсіонери – 88,33% серед випадків і 74,49% серед контролю.

Таблиця 3. Розподіл пацієнтів за віком

Вікова група	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 30	50	20,83	60	20,41	110	20,60
30–50	12	5,00	20	6,80	32	5,99
Старші 50	178	74,17	214	72,79	392	73,41

χ^2 -квадрат (2)=0,7623; $p=0,6831$

Ще одним важливим фактором зі змішувальним ефектом є зайнятість. Вивчення розподілу пацієнтів за зайнятістю свідчить (табл. 4), що пе-

реважали (80,71%) особи, не зайняті у виробництві, здебільшого пенсіонери – 88,33% серед випадків і 74,49% серед контролю.

Таблиця 4. Розподіл пацієнтів за зайнятістю

Зайнятість	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не працюють	212	88,33	219	74,49	431	80,71
Працюють	28	11,67	75	25,51	103	19,29

χ^2 -квадрат (1)=16,266; $p<0,0001$

Про достовірність переважання частки незайнятих серед випадків свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=16,266; $p<0,0001$. Розподіл пацієнтів за місцем проживання наведений в табл. 5.

Переважали сільські мешканці (65,54%), як серед випадків 65,83%, так і серед контролів 65,31%. Про схожість структур випадків і контролю за місцем проживання свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=0,016; $p=0,8985$.

Таблиця 5. Розподіл пацієнтів за місцем проживання

Місце проживання	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Місто	82	34,17	102	34,69	184	34,46
Село	158	65,83	192	65,31	350	65,54

χ^2 -квадрат (1)=0,016; $p=0,8985$

У населеному пункті з лікарським медичним закладом (у тому числі пунктових селах) проживали 398 (74,53%) пацієнтів – 171 (71,25%) випадків і 227 (77,21%) контролю. У населеному пункті без лікарського медичного закладу проживали 136 (25,47%) пацієнтів – 69 (28,75%) випадків і 67 (22,79%) контролю. Про схожість розподілу випадків і контролю за наявністю в місці проживання лікарського медичного закладу свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=2,473; $p=0,115$

На самостійній СЛД проживало 277 (51,97%) пацієнтів, зокрема 115 (47,92%) випадків і 162 (55,29%) контролю. Про схожість розподілу випадків і контролю за типом СЛД проживання свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=2,8736; $p=0,090$.

Вперше в житті дана ЕП виникла у 465 (87,08%) пацієнтів, зокрема 196 (81,67%) випадків і 269 (91,50%) контролю. Про достовірні відмінності розподілу випадків і контролю за первинністю виникнення ЕП свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=11,347; $p=0,0008$.

Стояли на диспансерному обліку з приводу захворювання, внаслідок якого виник екстремний стан (ЕС), 262 (49,06%) пацієнтів, зокрема 122 (50,83%) випадків і 140 (47,62%) контролю. Про схожість розподілу випадків і контролю щодо перебування на диспансерному обліку з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=0,5463; $p=0,4599$.

Розподіл пацієнтів за частотою (за 3 роки) медичного обстеження з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС, наведений в табл. 6.

Таблиця 6. Розподіл пацієнтів за частотою медичного обстеження з приводу захворювання, внаслідок якого виник екстремний стан (за 3 роки)

Частота медичного обстеження	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0	137	57,08	157	53,40	294	55,06
1–3	76	31,67	97	32,99	173	32,40
4 і більше	27	11,25	40	13,61	67	12,55

χ^2 -квадрат (2)=0,981; $p=0,6122$

Привертає увагу, що 294 (55,06%) пацієнти – 137 (57,08%) випадків і 157 (53,40%) контролю – не проходили медичного обстеження з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС. Про схожість структури випадків і контролю за медичним обстеженням з приводу захворюван-

ня, внаслідок якого виник ЕС, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (2)=0,981; $p=0,6122$.

Розподіл пацієнтів за частотою (за 3 роки) лікування з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС, наведений в табл. 7.

Таблиця 7. Розподіл пацієнтів за частотою лікування з приводу захворювання, внаслідок якого виник екстремний стан (за 3 роки)

Частота	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0	150	62,50	173	58,84	323	60,49
1–3	71	29,58	88	29,93	159	29,78
4 і більше	19	7,92	33	11,22	52	9,74

χ^2 -квадрат (2)=1,7822; $p=0,4102$

Знову привертає увагу велика частка – 60,49% пацієнтів, 62,50% випадків і 58,84% контролю, – що не проходили лікування з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС. Про схожість структури випадків і контролю за лікуванням з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (2)=1,7822; $p=0,4102$.

Основна маса пацієнтів лікувались з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС, в

ЦРЛ – 229 (87,07%) пацієнтів, зокрема 102 (88,70%) випадків і 127 (85,81%) контролю. У закладах СЛД лікувався лише 21 пацієнт (7,98%), 9 (7,83%) випадків і 12 (8,11%) контролю. Про схожість розподілу випадків і контролю щодо місця лікування з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (3)=0,9850; $p=0,8049$.

Виникненню ЕС передувало психічне навантаження у 150 (28,14%) пацієнтів, зокрема у 88

(36,67%) випадків і у 62 (21,16%) контролю. Про достовірність різниці частоти попереднього психічного навантаження серед випадків і контролю свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (1)=15,6866; $p < 0,0001$.

Фізичне навантаження передувало виникненню ЕС у 104 (19,48%) пацієнтів, зокрема у 46 (19,17%) випадків і у 58 (19,73%) контролю. Про схожість частоти попереднього фізичного навантаження серед випадків і контролю свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (1)=0,0265; $p = 0,8706$.

Недоліки лікування захворювання, внаслідок якого виник ЕС, виявлено у 143 (26,83%) пацієнтів, зокрема у 90 (37,66%) випадків і у 53 (18,03%) контролю. Про достовірність розходжень частоти недоліків лікування захворювання серед випадків і контролю свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (1)=25,8761; $p < 0,0001$.

Самолікування захворювання, внаслідок якого виник ЕС, виявлено у 52 (9,76%)

пацієнтів, зокрема у 35 (14,64%) випадків і у 17 (5,78%) контролю. Про достовірність переважання частоти самолікування захворювання серед випадків свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (1)=11,7596; $p < 0,001$.

Шкідливі умови праці виявлено лише у 17 (3,19%) пацієнтів, зокрема у 14 (4,76%) випадків і у 3 (1,26%) контролю. Про достовірність переважання частоти шкідливих умов праці серед випадків свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (1)=5,2501; $p = 0,0219$.

Необережна поведінка мала місце у 236 (44,19%) пацієнтів, зокрема у 128 (53,33%) випадків і у 108 (36,73%) контролю. Про достовірність переважання необережної поведінки серед випадків свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (1)=14,7610; $p = 0,0001$.

Розподіл пацієнтів за кількістю несприятливих факторів способу життя щодо ризику виникнення ЕП (паління, алкоголізм, гіподинамія, відхилення психічного стану, шкідливі умови праці, ожиріння тощо) наведений у табл. 8.

Таблиця 8. Розподіл пацієнтів за кількістю несприятливих факторів способу життя

Кількість факторів	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0	77	32,08	108	36,73	185	34,64
1	96	40,00	122	41,50	218	40,82
2	53	22,08	53	18,03	106	19,85
3 і більше	14	5,83	11	3,74	25	4,68

хі-квадрат (3)=3,2278; $p = 0,3578$

Лише третина (34,64%) пацієнтів не мали вказаних вад, зокрема 32,08% випадків і 36,73% контролю, 3 і більше вади мали 5,83% пацієнтів випадків і 3,74% контролю. Про схожість розподілів випадків і контролів за кількістю несприятливих факторів способу життя свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (3)=3,2278; $p = 0,3578$.

Розподіл пацієнтів за патологією, що ускладнила перебіг ЕП (табл. 9) показав існування суттєвих відмінностей по випадкам і контролям (хі-квадрат (2)=15,4119; $p = 0,0005$): 2 і більше патології зустрічались частіше серед випадків (17,92%), ніж серед контролю (7,14%), у той час як її відсутність зустрічались рідше серед випадків (24,58%), ніж серед контролю (31,63%).

Таблиця 9. Розподіл пацієнтів за патологією, що ускладнила перебіг екстреного стану

Кількість патології	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0	59	24,58	93	31,63	152	28,46
1	138	57,50	180	61,22	318	59,55
2 і більше	43	17,92	21	7,14	64	11,99

хі-квадрат (2)=15,4119; $p = 0,0005$

Розподіл пацієнтів за важкістю стану на момент виникнення ЕП (табл. 10) також свідчить про існування суттєвих відмінностей між групами випадків і контролю (хі-квадрат (2)=147,2899; $p < 0,0001$).

Дуже важкий стан зустрічався значно частіше серед випадків (57,50%), ніж серед контролю (13,95%), натомість середній стан рідко зустрічався серед випадків (6,25%), і часто серед контролів (44,90%).

Збіг доклінічного і клінічного діагнозів виявлено у 477 (89,33%) пацієнтів, зокрема у 213 (88,75%) випадків і у 264 (89,80%) контролю. Про схожість частоти збігу свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=0,1516; $p=0,6970$.

Розподіл пацієнтів за діагностичними групами ЕП показав, що основними діагнозами та їх групами (споріднені патології, які рідше зустрі-

чалися, були зібрані у групи діагнозів, що відповідає меті аналізу серій випадків і контролів за умови їх зіставлення за ЕП) був інсульт (37,08% випадків і 32,3% контролю), інфаркт міокарда (29,17% випадків і 40,48% контролю), рідше травми черепа (9,17% випадків і 3,74% контролю). Інші діагнози та їх групи зустрічались значно рідше (табл. 11).

Таблиця 10. Розподіл пацієнтів за важкістю стану на момент виникнення ЕП

Стан	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Середній	15	6,25	132	44,90	147	27,53
Важкий	87	36,25	121	41,16	208	38,95
Дуже важкий	138	57,50	41	13,95	179	133,52

χ^2 -квадрат (2)=147,2899; $p<0,0001$

Таблиця 11. Розподіл пацієнтів за діагностичними групами ЕП

Діагноз/група діагнозів	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Інсульт	89	37,08	95	32,31	184	34,46
Травма черепа	22	9,17	11	3,74	33	6,18
Інфаркт міокарда	70	29,17	119	40,48	189	35,39
Отруєння	13	5,42	21	7,14	34	6,37
Гостра органна недостатність	15	6,25	14	4,76	29	5,43
Панкреатит	6	2,50	5	1,70	11	2,06
Опіки	6	2,50	4	1,36	10	1,87
Політравма	5	2,08	10	3,40	15	2,81
Пневмонія	6	2,50	4	1,36	10	1,87
ШКК	8	3,33	11	3,74	19	3,56

χ^2 -квадрат (9)=16,2193; $p=0,0624$

Поодинокі випадки інших діагнозів не утворювали наповнених пар, тому не включались в дослідження. Суттєві розходження структур випадків і контролів за діагнозами на межі достовірності (χ^2 -квадрат (9)=16,2193; $p=0,0624$) статистично обумовлюють необхідність зіставлення випадків і контролів за діагнозами.

Розподіл померлих за часом смерті від виникнення ЕП показано на рис. 1.

Простежується типовий експоненційний характер виживання. Коефіцієнт варіації 120,25% вказує на дуже високу варіацію показника, що свідчить про можливість впливу на процес виживання. Медіанний час смерті (стосується лише випадків) становить 3 доби, 75% пацієнтів групи випадків померли до 7 доби, 90% – до 12 доби.

Розподіл випадків і контролів за своєчасністю долікарської допомоги показано на рис. 2. Хоча медіани розподілів збігаються і становлять першу годину з моменту виникнення ЕП, розподіли різняться. 75% пацієнтів групи випадків

надана долікарська допомога в перші 3 години, 90% – в перші 12 годин, тоді як 75% контрольним пацієнтам надана долікарська допомога в перші 2 години, а 90% отримали її в перші 10 годин. Z-апроксимація статистики двовибіркового тесту Уїлкоксона виявилась достовірною ($Z=1,695398$, $p=0,045$), що вказує на достовірно своєчаснішу долікарську допомогу пацієнтам контрольної групи.

Розподіл пацієнтів за причинами запізнення надання долікарської допомоги свідчить, що без запізнень допомога надана лише 32,32% пацієнтам, зокрема 24,38% пацієнтів випадків та 38,61% контролю. Невчасне звернення пацієнта було основною причиною запізнення (32,32%), зокрема 66,25% для випадків та 53,96% для контролю. Вірогідності розбіжності структур запізнення надання долікарської допомоги випадкам і пацієнтам контролю знаходиться на межі достовірності (χ^2 -квадрат (4)=9,3423; $p=0,0531$).

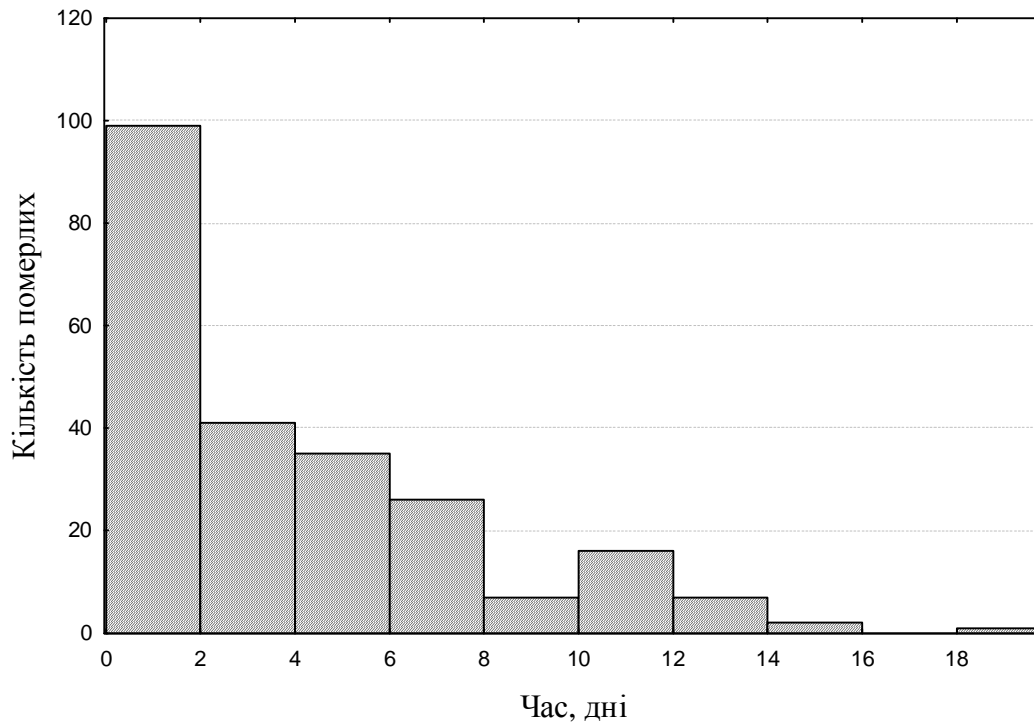


Рис 1. Розподіл померлих за часом смерті від виникнення ЕП

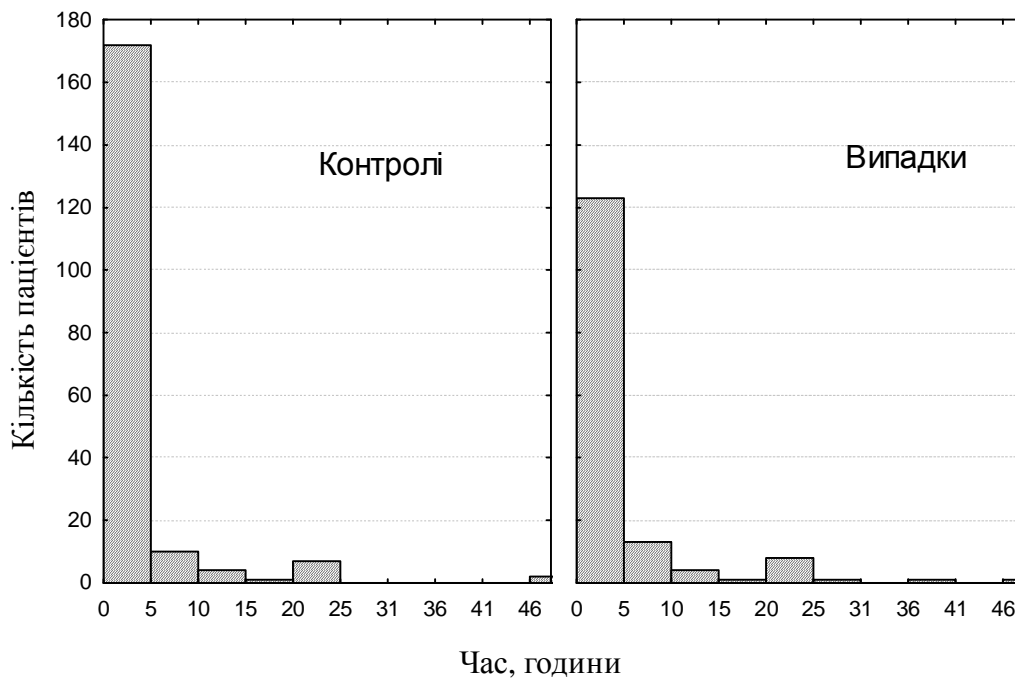


Рис 2. Розподіл випадків і контролів за вчасністю долікарської допомоги

Найчастіше долікарську допомогу надавав фельдшер швидкої допомоги – 232 (64,09%) пацієнтам, зокрема 113 (70,63%) пацієнтам групи випадків і 119 (58,91%) контролю. Значно рідше допомога надавалась фельдшером – 87 (24,03%) пацієнтам, медсестрою – 17 (4,70%) пацієнтам, немедичним працівником – 22 (6,08%) пацієнтам. Про схожість розподілу випадків і контролів за особою, яка надала долікарську допомогу, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (5)=6,5579; $p=0,2556$.

Вивчення розподілу пацієнтів за кваліфікацією середнього медичного персоналу, який здійснював долікарську допомогу, показало, що середній медпрацівник з вищою категорією надавав допомогу 150 (41,67%) пацієнтам, з першою – 175 (48,61%) пацієнтам, з другою – 11 (3,06%) пацієнтам, без категорії – 24 (6,67%) пацієнтам. Про схожість розподілу випадків і контролів за кваліфікацією середнього медичного персоналу, який здійснював долікарську

допомогу, свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (3)=4,1154; $p=0,2493$.

Вивчення розподілу пацієнтів за обсягом надання долікарської допомоги показало, що повний обсяг надано 134 (37,02%) пацієнтам, достатній – 185 (51,10%) пацієнтам, недостатній – 40 (11,05%) пацієнтам, взагалі не надана (відмова пацієнта, відсутність медпрацівника) – 3 (0,83%) пацієнтам. Про схожість розподілу випадків і контролів за обсягом надання долікарської допомоги свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (3)=1,4241; $p=0,6999$.

Вивчення розподілу пацієнтів за причинами, які завадили надати більш якісну долікарську

допомогу, показало відсутність жодної причини при обслуговуванні 249 (68,78%) пацієнтів, відсутність належних навичок у середнього медпрацівника – 44 (12,15%) пацієнтів, відсутність медикаментів – 42 (11,60%) пацієнтів, відсутність інструментарію – 3 (0,83%) пацієнтів, відмова чи негативне ставлення пацієнта – 24 (6,63%) пацієнтів. Про схожість розподілу випадків і контролів за причинами, які завадили надати більш якісну долікарську допомогу, свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (4)=7,4747; $p=0,1128$.

Розподіл випадків і контролів за вчасністю надання лікарської допомоги показаний на рис. 3.

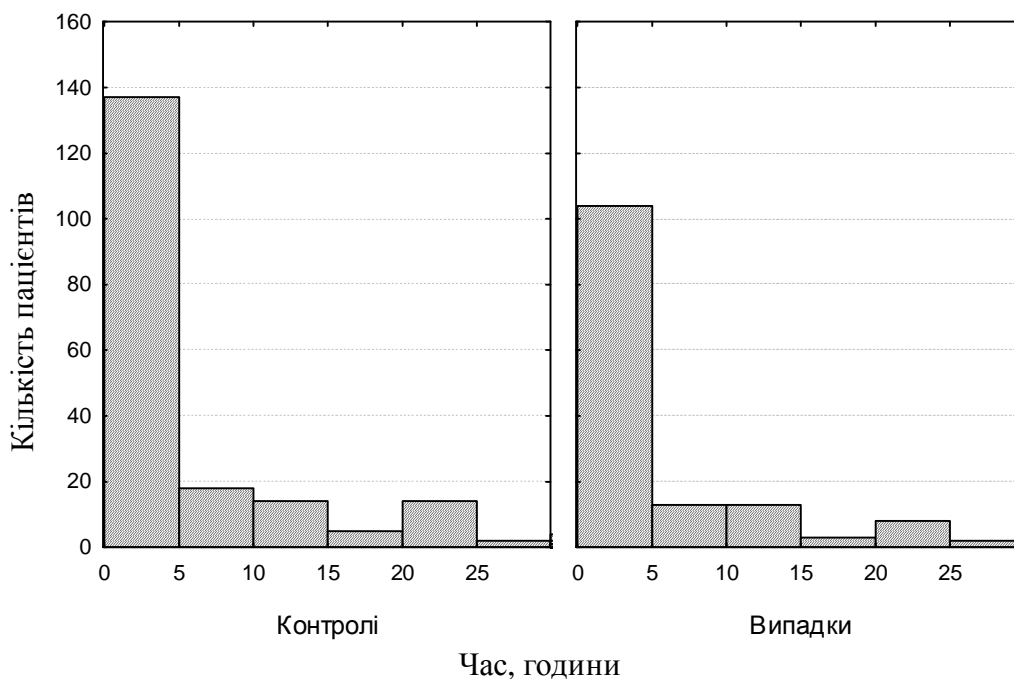


Рис 3. Розподіл випадків і контролів за вчасністю лікарської допомоги

Медіана для випадків становить перші 1,32 години, для контролів перша година з моменту виникнення ЕП. 75% пацієнтів групи випадків надана лікарська допомога в перші 5 години, 90% – в перші 18 годин, тоді як 75% контрольним пацієнтам надана лікарська допомога в перші 4 години, а 90% отримали її в перші 14 годин. Z-апроксимація статистики двовибіркового тесту Уїлкоксона виявилась достовірною ($Z=1,736927$, $p=0,04120$), що вказує на достовірно вчаснішу лікарську допомогу пацієнтам контролю.

Розподіл пацієнтів за причинами запізнення надання лікарської допомоги свідчить, що без запізньень допомога надана лише 23,45% пацієнтам, зокрема 19,23% випадкам та 26,77% пацієнтам контрольної групи. Невчасне звернення пацієнта було основною причиною запізнення (62,43%), зокрема 67,95% для випадків та 58,08% для контролів. Про схожість розподілу

випадків і контролів за запізнення надання лікарської допомоги свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (6)=9,8480; $p=0,1312$.

Найчастіше лікарську допомогу надавав лікар швидкої допомоги – 194 (54,80%) пацієнтам, зокрема 91 (58,33%) групи випадків і 103 (52,02%) контрольної групи. Рідше допомога надавалась лікарем загальної практики/сімейним лікарем – 143 (40,39%) пацієнтам, ще рідше лікарем спеціалізованої бригади швидкої допомоги – 17 (4,80%) пацієнтам. Про схожість розподілу випадків і контролів за лікарем, який надав допомогу, свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (3)=4,5641; $p=0,2066$. Вивчення розподілу пацієнтів за кваліфікацією лікаря, який надав допомогу показало, що лікар з вищою категорією надавав допомогу 147 (41,53%) пацієнтам, з першою – 193 (54,52%) пацієнтам, з другою – 14 (3,95%) пацієнтам. Про схожість розподілу

випадків і контролів за кваліфікацією лікаря, який надав допомогу, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (2)=2,3334; $p=0,3114$.

Вивчення розподілу пацієнтів за виконанням стандарту при наданні лікарської допомоги показало, що стандарт виконаний у 308 (87,01%) пацієнтів, не виконаний – у 46 (12,99%) пацієнтів. Про схожість розподілу випадків і контролів за виконанням стандарту при наданні лікарської допомоги свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=3,1312; $p=0,2090$.

Вивчення розподілу пацієнтів за причинами, які завадили надати більш якісну лікарську допомогу, показало відсутність жодної причини при обслуговуванні 305 (86,16%) пацієнтів, відсутність

належних навичок у лікаря – 11 (3,11%) пацієнтів, відсутність медикаментів – 17 (4,80%) пацієнтів, відсутність інструментарію – 4 (1,13%) пацієнтів, відмову чи негативне ставлення пацієнта – 9 (2,54%) пацієнтів, виїзд непрофільної бригади ШД – 4 (1,13%) пацієнтів, хибний діагноз – 4 (1,13%) пацієнтів. Про достовірність розбіжності розподілів випадків і контролів за причинами, які завадили надати більш якісну лікарську допомогу, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (6)=12,1270; $p=0,0498$.

Розподіл випадків і контролів за вчасністю надання спеціалізованої лікарської допомоги показаний на рис. 4.

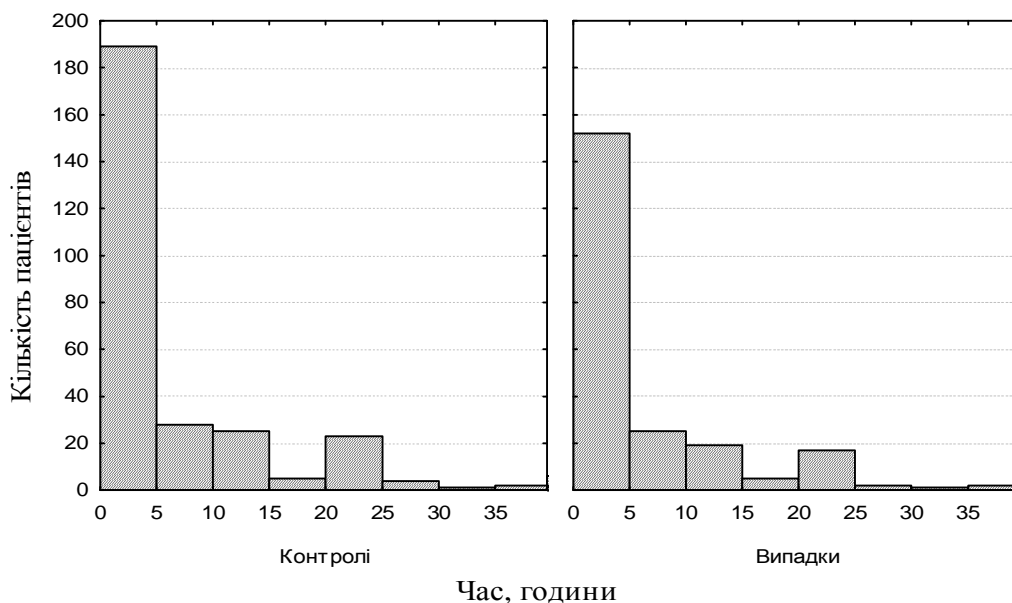


Рис. 4. Розподіл випадків і контролів за вчасністю спеціалізованої лікарської допомоги

Рис 4. Розподіл випадків і контролів за вчасністю спеціалізованої лікарської допомоги

Медіана для випадків становить перші 4 години, для контролів перші 3 години з моменту виникнення ЕП. 75% випадкам надана спеціалізована лікарська допомога в перші 12 години, 90% випадкам – в перші 25 годин, тоді як 75% контрольним пацієнтам надана спеціалізована лікарська допомога в перші 10 годин, а 90% отримали її в перші 22 години. Z-апроксимація статистики двовибіркового тесту Уїлкоксона виявилась достовірною ($Z=1,69763$, $p=0,04479$), що вказує на достовірно вчаснішу спеціалізовану лікарську допомогу пацієнтам контролю.

Розподіл пацієнтів за причинами запізнення надання спеціалізованої лікарської допомоги свідчить, що без запізньень допомога надана лише 47,57% пацієнтам, зокрема 45,42% пацієнтам групи випадків та 49,32% пацієнтам конт-

рольної групи. Залишення пацієнта вдома на попередніх етапах було основною причиною запізнення (43,07%), зокрема 46,25% для випадків та 40,48% для пацієнтів контролю. Про достовірно кращий стан вчасності надання спеціалізованої лікарської допомоги пацієнтам контрольної групи свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (7)=14,8632; $p=0,0378$.

Найчастіше спеціалізовану лікарську допомогу надавав лікар-спеціаліст стаціонару – 334 (62,55%) пацієнтам, зокрема 154 (64,17%) пацієнтам групи випадків і 180 (61,22%) пацієнтам контролю. Рідше допомога надавалась завідувачем відділення стаціонару – 164 (30,71%) пацієнтам, ще рідше консультантом з області – 21 (3,93%) пацієнтам і консультантом з науковим ступенем – 13 (2,43%) пацієнтам. Про схожість розподілу

випадків і контролів за лікарем, який надав спеціалізовану допомогу, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (4)=3,3658; $p=0,4986$.

Вивчення розподілу пацієнтів за кваліфікацією лікаря, який надав спеціалізовану допомогу, показало, що лікар з вищою категорією надавав допомогу 345 (64,61%) пацієнтам, з першою – 164 (30,71%) пацієнтам, з другою – 25 (4,68%) пацієнтам. Про схожість розподілу випадків і контролів за кваліфікацією лікаря, який надав спеціалізовану допомогу, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (2)=0,8598; $p=0,6506$.

Вивчення розподілу пацієнтів за виконанням стандарту лікування при наданні спеціалізованої лікарської допомоги показало, що стандарт виконаний у 526 (98,50%) пацієнтів, не виконаний – лише у 8 (1,50%) пацієнтів. Про схожість розподілу випадків і контролів за виконанням стандарту лікування при наданні спеціалізованої лікарської допомоги свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=0,0839; $p=0,7721$.

Вивчення розподілу пацієнтів за виконанням стандарту діагностики при наданні спеціалізованої лікарської допомоги показало, що стандарт виконаний у 486 (91,01%) пацієнтів, не виконаний – у 48 (8,99%) пацієнтів. Про схожість розподілу випадків і контролів за виконанням стандарту діагностики при наданні спеціалізованої лікарської допомоги свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=3,8798; $p=0,7935$.

Вивчення розподілу пацієнтів за причинами, які завадили надати більш якісну спеціалізовану лікарську допомогу, показало відсутність жодної причини при обслуговуванні 476 (89,14%) пацієнтів, відсутність належних навичок у лікаря – 3 (0,56%) пацієнтів, відсутність медикаментів – 6 (1,12%) пацієнтів, відсутність інструментарію – 42 (7,87%) пацієнтів, відмова чи негативне ставлення пацієнта – 7 (1,31%) пацієнтів. Про достовірність розбіжності розподілів випадків і контролів за причинами, які завадили надати більш якісну спеціалізовану лікарську допомогу, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (4)=2,6788; $p=0,6129$.

Вивчення розподілу пацієнтів за місцем госпіталізації показало, що 495 (92,70%) пацієнтів госпіталізовані в стаціонар ЦРЛ або в номерну лікарню, в стаціонар міської лікарні – 21 (3,93%), зокрема 2,92% випадків і 4,76% контролю, в стаціонар обласної лікарні – 17 (3,18%) пацієнтів, зокрема 0,83% випадків і 5,10% контролю, залишений на дому лише один (0,19%) пацієнт-випадок. Про достовірність сприятливішого розподілу контролів за місцем госпіталізації свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (3)=10,3949; $p=0,0155$.

Вивчення розподілу пацієнтів за способом доставки до стаціонару свідчить (табл. 12), що основна маса пацієнтів (63,04%) доставлена в стаціонар швидкою допомогою, зокрема 72,50% випадків та 55,29% контролю.

Таблиця 12. Розподіл пацієнтів за способом доставки до стаціонару

Доставка	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Самостійно	7	2,92	36	12,29	43	8,07
Медичним персоналом	18	7,50	43	14,68	61	11,44
Родичами	41	17,08	52	17,75	93	17,45
Швидкою допомогою	174	72,50	162	55,29	336	63,04

χ^2 -квадрат (3)=26,5258; $p<0,0001$

У плановому порядку (самостійно, направлені медичним персоналом) частіше зверталися пацієнти контрольної групи, вірогідно, через меншу важкість ЕП. Про достовірність сприятливішого розподілу контролів за способом доставки до стаціонару свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (3)=26,5258; $p<0,0001$.

Розподіл пацієнтів за тривалістю перебування у стаціонарі до моменту виписки (контроль) чи смерті (випадки) показаний на рис. 5. Медіана для випадків становить 3 доби, для контролів 15 діб. 75% випадків померло до 6 доби, 90% випадків – до 11 доби, тоді як 75% пацієнтів контролю виписані до 20 доби, а 90% – до 24 доби.

Таким чином, збір даних за планом випадок-контроль охопив 534 пацієнтів, з них 240 ви-

падків (померли) і 294 контролів (вижили). У дослідження включені А) змішувальні фактори. Необхідність їх включення обумовлена двобічним зв'язком як з факторами ризику, так і наслідком. Неврахування їх призводить до суттєвих зміщень результатів дослідження, до яких план випадок-контроль є надто чутливим. До таких факторів віднесені діагноз, місце проживання, вік, стать. На рівномірність розподілу варіантів вказаних факторів по випадкам і контролям доведена статистично (табл. 2, 3, 5). Діагнози утворюють кластери випадків-контролів змінного наповнення $m:n$, тобто їх змішувальний вплив корегується зіставленням множин випадків і контролю.

До факторів ризику переважно увійшли характеристики доступності, обсягу та якості на-

дання медичної допомоги в розрізі її етапів. За більшістю з них більш сприятлива ситуація простежена для контролів. Проте головним завданням публікації був опис матеріалу. За основними вклю-

ченими характеристиками ситуація виявилась типовою, як щодо факторів вчасності надання допомоги, так і її відповідності стандартам, що важливо для генералізації висновків дослідження.

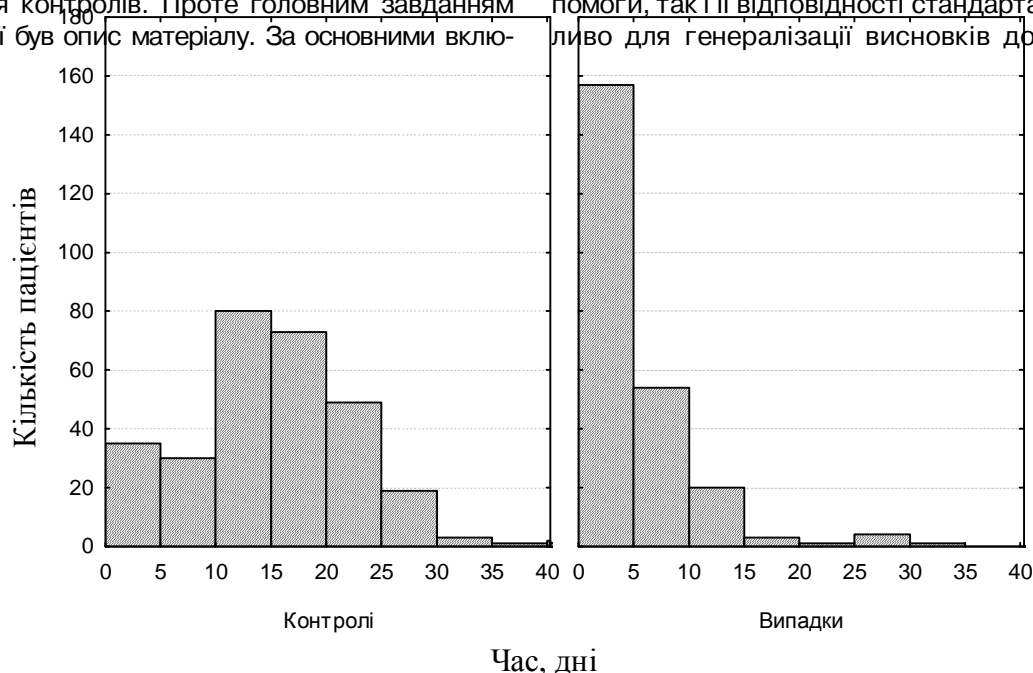


Рис 5. Розподіл пацієнтів за тривалістю перебування у стаціонарі до моменту виписки/ смерті

Висновки

1. Вивчено розподіл важливих факторів ризику летальності внаслідок ЕП за дизайном випадок-контроль із змінним співвідношенням серій.

2. Найпоширенішими ЕП були інфаркт міокарда (35,4%), інсульти (34,5%), травми черепа (6,2%).

3. Показано, що фактори якості і вчасності екстреної медичної допомоги різних етапів (до лікарської, лікарської, спеціалізованої) мали достовірно кращі значення у пацієнтів, які пережили ЕП (контроль).

4. Дуже важкий стан зустрічався значно частіше серед померлих, ніж серед контролю, – 57,50% і 13,95% відповідно, $\chi^2(2)=147$, $p<0,0001$.

5. Самолікування захворювання, внаслідок якого виник екстрений стан, відмічено у 14,7% померлих і у 5,8% тих, що вижили ($\chi^2(1)=11,7596$; $p<0,001$).

Перспективи подальших досліджень.

Матеріал публікації став підґрунтям для наступного вивчення кількісних ефектів впливу факторів ризику на летальність внаслідок ЕП, зокрема оцінок парціального ризику типу "hazard ratio".

Список літератури

1. Barbara G. Tabachnick Using multivariate statistics / Barbara G. Tabachnick, Linda S. Fidell. – 4th ed. – 2005. – 966 p.
2. Hsu J. C. Multiple Comparisons in the General Linear Model / J. C. Hsu, B. Nelson // J. of Computational and Graphical Statistics. – 1998. – Vol. 7. – P. 23–41.
3. SAS for Mixed Models, Second Edition by Ramon C. Littell, George A. Milliken, Walter W. Stroup, and Russell D. Wolfinger (Feb. 21, 2006)

ДЕСКРИПТИВНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАССИВА ДАННЫХ СЛУЧАЙ-КОНТРОЛЬ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕТАЛЬНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

А. В. Пирныкоза (Винница)

Изучены факторы летальности вследствие экстренной патологии (ЭП), так как именно летальность является критерием качества и своевременности оказания помощи при ЭП. Использован дизайн случай-контроль со сменным соотношением серий, всего 534 пациента, из них 240 случаев (умершие) и 294 контролей (выжившие). Анализ материала произведен на основе модели Кокса, для одномерных тестов использован хи-квадрат.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: экстренная патология, летальность, случай-контроль.

THE DESCRIPTIVE CHARACTERISTIC OF DATA FILE CASE- CONTROL ON STUDYING MORTALITY AS A RESULT OF EMERGENCY PATHOLOGY

А. В. Pirnykoza (Vinnitsa)

The potent factors of mortality due to emergency cases for it's pick of the bunch criteria of timeliness and quality of emergency care (EC) have been studied. Case-control design with alternating ratios of series has been used, 534 patients totally, among them 240 cases (the dead) and 295 controls (survives). Analyses based upon Cox modeling have been carried out, for univariate tests are used chi-square statistic.

KEY WORDS: emergency pathology, mortality, case-control.*Рецензент: д.мед.н., проф. Л. А. Чепелевська*

УДК 316.728:616-058-057.87

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОЗВІЛЛЯ
СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В КОНТЕКСТІ ЇХНЬОГО СПОСОБУ
ЖИТТЯ**

С. П. СОБОЛЬ (Сімферополь)

ДЗ "Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського"

В роботі розглядаються форми організації і проведення дозвілля вітчизняних та іноземних студентів-медиків, виявляються основні закономірності та особливості досліджуваних явищ серед означених категорій студентської молоді, на основі чого сформовано висновки і практичні рекомендації щодо оптимізації способу життя майбутніх лікарів на етапі їх додипломної підготовки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: дозвілля, спосіб життя, студенти-медики.

Докорінні зміни в системі суспільних відносин, обумовлені переходом до ринкової економіки, обраним курсом на інтеграцію у європейське співтовариство та будівництвом громадянського правового суспільства, ставлять більш високі вимоги перед державою щодо дотримання соціальних стандартів, позначаються на трансформації соціальної сфери і життєдіяльності населення. При цьому утворюється якісно нове соціокультурне середовище, до якого змушені пристосовуватися пересічні громадяни. Передусім це соціально вразливі та мало захищені верстви населення, до яких належать малолітні діти, люди похилого віку, особи з обмеженими фізичними можливостями, самотні і люди, що страждають на хронічні захворювання та потребують державної підтримки, оскільки вони самостійно не спроможні подолати труднощі буденного життя і забезпечити собі бодай мінімальне благополуччя [1;2]. До даної категорії належить і студентська молодь, значна частина якої утримується за рахунок

батьків або близьких родичів, не має стабільної і достатньої заробітної плати, живе на стипендію, внаслідок чого часто не може задовольняти свої елементарні життєві потреби у повноцінному харчуванні та належним чином організувати собі духовно-культурне дозвілля [3].

Входження України у міжнародний освітній простір супроводжується реформами в системі освіти, де здійснюється перехід на європейські освітньо-кваліфікаційні стандарти щодо підготовки спеціалістів та наукових кадрів, як це передбачено Болонським процесом, на етапі їх додипломної та післядипломної підготовки [4;5;6].

Надання вільного доступу та можливостей іноземним громадянам набуття фахової освіти у нашій країні призвело до неухильного зростання кількості студентської молоді з близького та далекого зарубіжжя. З погляду соціально-демографічної характеристики іноземні студенти є мігрантами, з усіма можливими соціально-демографічними, соціально-економічними, медико-соціальними, соціально-психологічними та

гуманітарно-культурними наслідками, що притаманні міграційним процесам та витікають з даного суспільного феномену.

Таким чином, питання дослідження способу життя та дозвілля вітчизняних та іноземних студентів становить певний науково-практичний інтерес для формування державної політики щодо соціально-гуманітарного захисту даних контингентів на сучасному етапі розвитку українського суспільства [7].

Метою дослідження стало наукове обґрунтування комплексних заходів, спрямованих на гармонізацію дозвілля студентів-медиків як важливої складової їхнього способу життя, духовно-культурного розвитку, поліпшення адаптації до умов соціального і навчального середовища та збереження валеологічного ресурсу.

Матеріали і методи. За допомогою соціологічного опитування проведено дослідження серед 300 вітчизняних та 450 іноземних студентів, що навчаються у вищих медичних навчальних закладах, незалежно від їх віку, статі, року навчання, конфесійної належності, етнічного та соціального походження та перебування у шлюбі, що дало можливість отримати узагальнену картину про житлово-побутові умови, уподобання, захоплення, інтереси, соціальні запити і життєві ціннісні установки та рівень їх фактичного задоволення у студентів у повсякденному житті. Залежно від громадянства обстежені контингенти розподілено на дві основні групи – це громадяни України та іноземні студенти, тобто ті особи, що приїхали з близького та далекого зарубіжжя на навчання у нашу країну для отримання вищої медичної освіти. Завдяки порівняльному аналізу досліджено найбільш характерні ознаки та особливості, притаманні кожній з означених когорт, виявлено певні закономірності, подібність та відмінності в організації дозвілля та способу життя у кожній з даних груп студентів. Програмно-тематична конструкція анкети підпорядкована меті дослідження, а включені до цієї анкети запитання поставлено з урахуванням їх предметного змісту, специфіки досліджуваних явищ та сутності окремих облікових ознак. Комбінований характер запитань дозволив отримати наступні відповіді респондентів: закритого типу (да–ні); напівзакритого, коли надавалася можливість обрати запропоновану відповідь або доповнити своїм варіантом відповіді; відкритого типу – респондент мав змогу дати самостійну відповідь у бажаному для нього варіанті. Поряд з цим залежно від конструктивних особливостей запитання мали дихотомічний характер, коли респонденту було запропоновано взаємовиключний тип відповіді, поліваріантний характер, представлений набором різних варіантів відповіді та їх поєднанням. Окрім того за функціональним призначенням в

анкеті передбачено питання-фільтри (для виділення частини респондентів за певними ознаками), а також контрольні та навідні (допоміжні) запитання. Методом випадкового відбору сформовано репрезентативну вибірку, а завдяки валідації соціологічної інформації мінімізовано похибки та сформовано конкретне уявлення про предмет дослідження та суб'єкт спостереження і його основні властивості.

Результати дослідження та їх обговорення. Загальновідомо, що дозвілля та відпочинок – це важливі складові способу життя, оскільки від їх організації значною мірою залежать самопочуття і здоров'я людини, її працездатність та життєстійкість, якість життя, а також характер задоволення потреб у повсякденному житті.

Особливо важливим компонентом є організація дозвілля серед студентської молоді, що зумовлено рядом обставин. Насамперед тим, що студенти-медики у вищих медичних навчальних закладах, на відміну від студентів інших вищих навчальних закладів, у процесі навчання повинні опанувати велику кількість спеціальних та складних предметних дисциплін, як загально-теоретичних базових (анатомія, біологія, біохімія, хімія, гістологія тощо), так і різнопланових клінічних (терапія, хірургія, педіатрія, акушерство-гінекологія тощо), що суттєво позначається на тривалості навчання (додипломна і післядипломна підготовка) та інтенсивності аудиторної та позааудиторної роботи, особливо в умовах запровадження кредитно-модульного підходу, що забирає левову частку часу у студентів на підготовку до практичних занять, поточного та підсумкового модульного контролю знань і практичних навичок, який проводиться на завершальній стадії кожної навчальної дисципліни. Все це призводить до того, що студентам доводиться суттєво обмежувати свій час на дозвілля саме заради своєчасного отримання заліків та успішного навчання для отримання стипендії. Втім нерідко через матеріальні труднощі певній частині студентів одночасно доводиться у позааудиторний час підробляти у вечірні та нічні зміни, що ще більше посилює ритм їхнього життя та скорочує можливості на організацію дозвілля і відпочинок.

Слід зазначити, що саме дозвілля та спосіб його проведення виступають одними з провідних чинників у житті людини, коли вона має змогу зайнятися улюбленою справою, підвищувати свій духовно-культурний рівень, активно відпочивати та знімати втому після тяжкої і складної роботи, пов'язаної з психоемоційним та інтелектуально-розумовим навантаженням, що є невід'ємними складовими навчального процесу.

На запитання анкети "Як Ви проводите своє дозвілля?" та "В якій мірі Ви задоволені організацією свого власного дозвілля?" отримані наступні відповіді (табл. 1, 2).

Таблиця 1. Характер проведення дозвілля вітчизняними та іноземними студентами-медиками ($P \pm m_{\%}$)

Характер проведення дозвілля	Вітчизняні студенти	Іноземні студенти	P	Всього
Читання спеціальної літератури вдома чи у бібліотеці	10,1±0,3	8,4±0,2	>0,05	9,3
Читання художньої літератури	3,3±0,3	1,5±0,6	>0,05	2,4
Відвідування кіно, театру, виставок, музеїв	9,1±0,4	3,8±0,7	>0,01	6,5
Зайняття фізичною культурою та спортом	6,5±1,1	9,5±0,8	>0,05	8,0
Відвідування розважальних закладів	12,7±1,2	10,3±1,3	<0,5	11,5
Захоплення улюбленою справою (хобі)	4,8±0,3	7,3±0,6	>0,05	6,0
Перегляд телепередач, просто відпочиваю, сплю	11,6±0,5	10,8±0,9	<0,5	11,2
У колі друзів та знайомих	15,6±0,7	16,2±1,1	<0,5	15,8
Вихід на природу, мандрівки у вихідні дні	3,2±0,1	0,3±0,3	>0,01	1,8
Зайняття господарськими справами (прання білизни, приготування їжі тощо)	23,1±1,7	31,9±2,1	>0,05	27,5
Разом	100,0	100,0		100,0

З таблиці 1 видно, що більшість вітчизняних та іноземних студентів під час дозвілля віддають перевагу виконанню господарських справ – 23,1% та 31,9% відповідно, при цьому серед іноземних студентів таких осіб на 8,8% більше порівняно з вітчизняними студентами, і дана різниця є достовірною ($p > 0,05$).

Привертає увагу і той факт, що у загальній структурі як вітчизняні, так і іноземні студенти значно частіше відвідують розважальні заклади, переглядають телепередачі і просто сплять, проводять свій вільний час у колі друзів та знайомих, читають спеціальну літературу вдома та у бібліотеці, займаються фізичною культурою і спортом.

На відміну від вітчизняних студентів значно менше іноземних студентів відвідують кіно, вис-

тавки, музеї і театри, що вказує на певні особливості та відмінності у звичках, традиціях та характері ціннісних орієнтацій поміж даними групами студентів. Окрім того низьке прагнення іноземних студентів до відвідування культурних закладів може бути обумовлене певними мовними труднощами, з якими вони можуть безпосередньо стикатися в процесі відвідування таких закладів, оскільки екскурсії здебільшого супроводжуються коментарями і розповідями про експонати (якщо йдеться про відвідування музеїв чи виставок) українською або російською мовою, тоді як переважна більшість іноземних студентів, котрі приїхали з далекого зарубіжжя, спілкуються англійською і досить задовільно або і незадовільно володіють російською.

Таблиця 2. Ступінь задоволення вітчизняних та іноземних студентів-медиків характером організації дозвілля ($P \pm m_{\%}$)

Оцінка організації дозвілля	Вітчизняні студенти-медики	Іноземні студенти-медики	P	Всього
Задоволені у повній мірі	21,0±1,3	18,5±1,6	<0,5	19,8
Не задоволені	73,9±1,6	79,9±1,4	>0,05	76,9
Не визначилися	5,1±0,4	1,6±0,2	>0,01	3,3
Разом	100,0	100,0		100,0

Щодо задоволеності організацією дозвілля встановлено, що цілком влаштовує форма проведення дозвілля лише 19,8% студентів, тоді як 76,9% респондентів невдоволені тим, як вони проводять своє дозвілля. Остаточо не змогли визначитися щодо даного питання 3,3% респондентів, переважну більшість яких (5,1±0,4%) становили вітчизняні студенти, тоді як серед іноземних студентів таких осіб виявилось лише 1,6±0,2%, і дана різниця є достовірною ($p > 0,01$), що свідчить про певні закономірності і особли-

вості у відношенні до цього важливого аспекту способу життя з боку означених контингентів.

У свою чергу привертає увагу той факт, що серед осіб, котрі цілком задоволені організацією власного дозвілля, незважаючи на деякі розбіжності у оцінках серед вітчизняних та іноземних студентів у даному питанні 21,0±1,3% та 18,5±1,6, дана відмінність не є суттєвою ($p < 0,5$).

Аналогічна картина виявлена також серед контингентів, котрі невдоволені характером проведення свого дозвілля, що підтверджує

відсутність соціально значущих причин, котрі б серйозно вплинули на суб'єктивну оцінку і ставлення вітчизняних та іноземних студентів до такого важливого атрибуту життя, яким є дозвілля.

Добре відомо, що гарно організоване дозвілля нерідко виступає передумовою, яка дає змогу людині, особливо у молодому віці, відволіктися від повсякденних турбот і проблем, зняти стрес, відновити свою працездатність та отримати заряд бадьорості і відчутти насолоду від життя, що вкрай необхідно для формування позитивного настрою, для уникнення депресій та зміцнення віри у себе, свої сили та можливості, що зрештою дає наснагу та створює важливий імпульс для досягнення поставленої мети, створює передумови для більш значних успіхів в роботі та повсякденному житті.

Слід зазначити, що характер організації дозвілля та відпочинку, а також конкретний вибір форм їх проведення багато в чому залежать від цілого ряду обставин:

- риси характеру та форми соціальної поведінки особистості;
- комунікаційні характеристики та схильність людини до тих чи інших форм проведення свого часу;
- матеріальний статок і соціальне оточення людини;
- форма та характер основного заняття і соціального статусу (студент, робітник, службовець, сімейний стан тощо) особистості;
- інтелектуальні здібності і креативність особистості;
- уподобання і захоплення людини, її світогляд та цільові установки.

Завдяки моделюванню і конструюванню соціально-психологічного портрету людини можна скласти уявлення про характер проведення нею дозвілля, а також про захоплення і схильність до тих чи інших форм соціальної поведінки.

В свою чергу, вивчаючи форми та характер проведення дозвілля тією чи іншою особою або серед певних категорій населення, як наприклад, студенти-медики, можна скласти за окремими ознаками цілісний соціально-психологічний портрет про людину або окрему соціальну групу щодо найбільш притаманних рис характеру та схильності до певних дій, уподобань і захоплень та розробляти науково обґрунтовані

практичні рекомендації щодо поліпшення якості життя і здоров'я серед даних контингентів.

Висновки

1. Складний та напружений ритм життя студентів-медиків, обумовлений щільністю занять і значним навантаженням на психоемоційну сферу та інтелектуально-розумову діяльність, особливо в умовах запровадження кредитно-модульної системи, коли студентам доводиться інтенсивно працювати у аудиторний та позааудиторний час, є одним з несприятливих чинників, що може призвести до виникнення надмірної втоми, погіршення самопочуття, настрою та погіршення успішності навчання та вимагає від студентів чіткого планування власного розпорядку дня та добре організованого дозвілля і відпочинку як ефективних засобів запобігання і протидії розвитку означених станів. Тому проведення серед студентів тематичних занять в рамках санітарно-просвітницької роботи і спеціальних психотерапевтичних тренінгів щодо впорядкування способу життя є одним з дієвих кроків медико-соціальної підтримки даних контингентів.

2. Між вітчизняними та іноземними студентами існують значні відмінності щодо уподобань та захоплень в організації та проведенні дозвілля, котрі слід враховувати при формуванні комплексно-цільових програм соціальної молодіжної політики серед студентів вищих медичних навчальних закладів.

3. Переважна більшість студентів-медиків висловлюють невдоволення щодо організації власного дозвілля і відпочинку, що вказує на необхідність активізації даної роботи та проведення цілеспрямованих системних заходів на рівні держави та навчальних закладів, котрі сприяли б ширшому охопленню студентської молоді суспільно корисними та соціально значущими заходами, залученню даних контингентів до волонтерського руху, екологічно-культурних заходів тощо, котрі б були не тільки цікавими, але і корисними для студентської молоді.

Перспективи подальших досліджень. На основі матеріалів дослідження сформовано пропозицію щодо внесення змін та доповнень до концепції проекту загальнодержавної цільової соціальної програми «Формування здорового способу життя молоді України на 2013–2017 роки».

Список літератури

1. *Закон України* «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні» від 5 лютого 1993 р. №2998-XII // ВВР. – 1993. – №16. – С. 167.
2. *Грузева Т. С.* Наукове обґрунтування програми статистичної обробки матеріалів вибіркового комплексного дослідження здоров'я населення / Т. С. Грузева // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 2. – С. 35–37.

3. Губина О. И. Изучение качества жизни и адаптации студентов медицинского вуза / О. И. Губина, В. И. Евдокимов, А. Н. Федотов // Вестн. новых мед. технологий. – 2006. – № 3. – С. 167.
4. Книгавко В. Г. Психологічні проблеми адаптації студентів до навчання на перших курсах медичних університетів / В. Г. Книгавко, О. В. Зайцева // Актуальні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів України : матер. наук.-метод. конф. – Чернівці, 2002. – С. 55.
5. Кречотень О. М. Обґрунтування системи медичної допомоги студентам вищих навчальних закладів різних форм власності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / О. М. Кречотень. – К., 2009. – 29 с.
6. Концепція проекту загальнодержавної цільової соціальної програми «Формування здорового способу життя молоді України на 2013–2017 роки» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua>.
7. Про затвердження Державної цільової соціальної програми «Молодь України на 2009-2015 роки» : постанова Кабінету Міністрів України від 28.01.2009 р. №41 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua>.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДОСУГА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В КОНТЕКСТЕ ИХ СПОСОБА ЖИЗНИ

С. П. Соболев (Симферополь)

В работе рассматриваются формы организации и проведения досуга отечественных и иностранных студентов-медиков, определяются основные закономерности и особенности исследуемых явлений среди указанных категорий студенческой молодежи, на основании чего сформированы выводы и практические рекомендации по оптимизации способа жизни будущих врачей на этапе их до дипломной подготовки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **досуг, образ жизни, студенты-медики.**

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF THE REST ORGANIZATION AMONG MEDICAL STUDENTS IN THE CONTEXT OF LIFESTYLE AND HEALTH OF THESE CONTINGENTS

S. P. Sobol (Simferopol)

The ways of organization and rest among native and foreign medical students are examined, the main patterns and peculiarities of the researched phenomena among the denoted categories of students are determined. In consequence of it conclusions and practical recommendations have been formulated and practical recommendations in the optimization of the life quality and health improvement of the future doctors on the stage of their degree preparation.

KEY WORDS: **rest, lifestyle, medical students, health.**

Рецензент: Ф.П. Ринда

УДК: 616-058+614.254+616-089

А. М. ЯВОРСЬКИЙ (Івано-Франківськ)

РІВЕНЬ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Стаття присвячена вивченню рівня соціально-психологічної адаптації пацієнтів та її впливу на задоволеність медичною допомогою. Обстежено 530 пацієнтів, що завершували лікування у хірургічних відділеннях стаціонарних закладів Івано-Франківської області всіх рівнів. Встановлено, що рівень задоволеності пацієнтів медичною допомогою залежить від рівня їх соціально-психологічної адаптації, оскільки суттєво знижується при належності до соціально вразливих груп населення - пенсіонерів та інвалідів (OR=1,84; 95% CI: 1,03-3,31, $p<0,05$), наявності недобррозумлимих сімейних взаємовідносин (OR=2,12; 95% CI: 1,28-3,49, $p<0,01$), відсутності підтримки і любові з боку рідних (OR=1,51; 95% CI: 1,03-2,21; $p<0,05$), низькій соціальній активності (OR=1,61; 95% CI: 1,03-2,50; $p<0,05$) та дистресах (OR=1,65; 95% CI: 1,12-2,42; $p<0,05$).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: якість медичного обслуговування, задоволеність медичною допомогою, соціально-психологічна адаптація.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Згідно із філософією загального управління якістю (total quality management — TQM) «Якість послуги представляє її здатність задовольнити потреби і очікування конкретного споживача» [1]. Саме тому ВООЗ акцентує, що «Якісне медичне обслуговування – це обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш усього потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня» [2, 3].

В Україні за роки незалежності достатньо уваги приділялось нормативно-правовому забезпеченню якості медичної допомоги. Запроваджено обов'язкову акредитацію медичних закладів, ліцензування медичної практики, розроблені стандарти медичної допомоги та клінічні протоколи, лікарський формуляр, прийнята Концепція управління якістю медичної допомоги населенню в Україні на період до 2010 року (Наказ МОЗ України від 31.03.2008 № 166) [4]. Однак, ці заходи з управління якістю медичної допомоги сконцентровані переважно на структурній та процесній складовій, значно менше уваги приділяючи індикаторам результативності, зокрема підвищенню рівня задоволеності пацієнтів як найважливішого критерію ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я [5].

Слід зазначити, що при вивченні задоволеності споживачів наданими їм послугами необхідно враховувати суб'єктивність таких оцінок та залежність їх не тільки від якості медичної допомоги, але й емоційної рівноваги та рівня душевного спокою респондентів, ступеня пристосування психіки та поведінки особистості до умов соціального середовища, тобто рівня його соціально-психологічної адаптації [6].

Мета дослідження: встановити вплив рівня соціально-психологічної адаптації пацієнтів на задоволеність хірургічною стаціонарною допомогою.

Матеріали і методи дослідження

У дослідженні використані результати медико-соціального ретроспективного епідеміологічного дослідження, що проводилось на базі хірургічних стаціонарних відділень для дорослих всіх міських, районних, центральних районних та обласної клінічної лікарні Івано-Франківської області. Опитано 530 пацієнтів, які завершували тут лікування на момент проведення дослідження. За рівнем задоволеності наданою медичною допомогою респондентів було розділено на дві групи. Першу групу (372 особи) склали пацієнти, повністю задоволені рівнем медичних послуг у відділенні та лікарні загалом, другу (158 осіб) – не задоволені. За віком, статтю та місцем проживання групи порівняння між собою не відрізнялися ($p>0,05$).

Враховуючи, що показниками соціально-психологічної адаптації є соціальний статус в

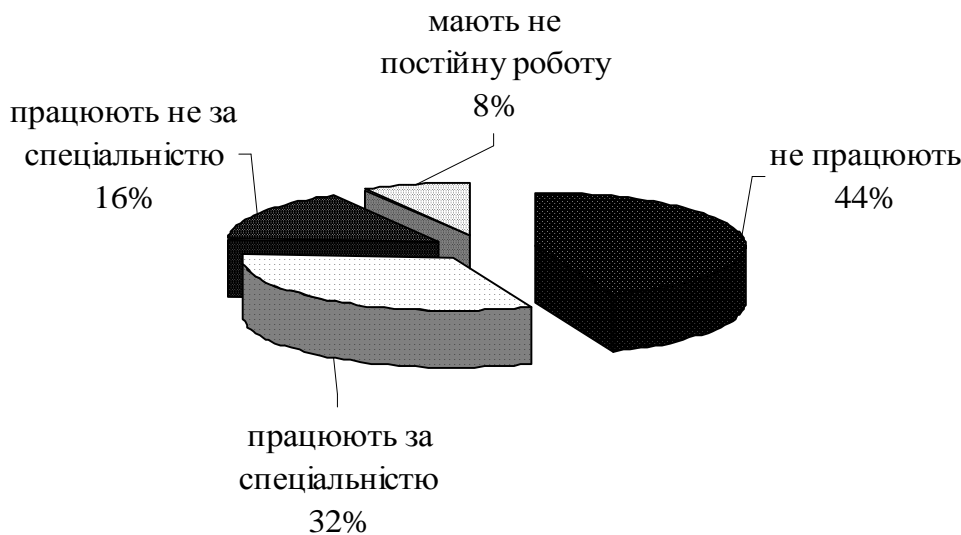
суспільстві та психологічне задоволення основними елементами соціального середовища [7], вивчали категорійний розподіл у досліджуваних групах таких параметрів, як: соціальний статус респондентів за їх зайнятістю та сімейним станом, взаємовідносини у сім'ї, соціальна підтримка та активність і загальна задоволеність життям.

Оскільки за результатами дослідження отримані переважно категорійні (якісні) дані, для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 обстежених і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили з допомогою критерію χ^2 [8]. Для вивчення впливу окремих чинників

соціально вразливих груп, як пенсіонери чи інваліди, суттєво збільшує шанси незадоволеності медичною допомогою (OR=1,84; 95% CI: 1,03-3,31, $p < 0,05$).

Вивчення соціального статусу респондентів за сімейним станом засвідчило, що більшість з них, незалежно від статі та місця проживання, перебувають у шлюбі - 75,1±1,9%. Кожен десятий опитаний (9,4±1,5%) ніколи не перебував у ньому, ще 8,5±1,5% - овдовіли, а 6,3±1,3% - розлучені.

З віком цілком логічно розподіл респондентів за сімейним статусом мінявся ($p < 0,001$). Серед молодих пацієнтів (до 30 років) частки осіб, що вступили у шлюб, та тих, що ще його не уклали, є практично однаковими: 49,4±5,5% та 44,6±5,5%, а випадки розлучень та вдівства –



практично 40% не зайнятих – не мають роботи або займаються домогосподарством.

Зрозуміло, що з віком частка не працюючих зростає ($p < 0,001$), сягаючи 83,5±3,9% у віці понад 60 років (головним чином за рахунок пенсіонерів -94,7±2,6%). Однак тривожить, що не працює майже половина молоді до 30 років (47,3±5,2%). Причому з них навчаються тільки 55,8%, а решта мають статус безробітних.

Суттєвої відмінності у рівні та структурі зайнятості серед основних груп порівняння (задоволених медичних обслуговуванням і ні) не встановлено ($p > 0,05$), що підтверджено й розрахунками показника відношення шансів (OR при незайнятості становить 0,85; 95% CI: 0,59–1,25; $p > 0,05$). Однак, належність до таких

та вдівства – к групах най-люблених – з віком зростає третини (понад 60 осіб, що пере-ій групі дещо

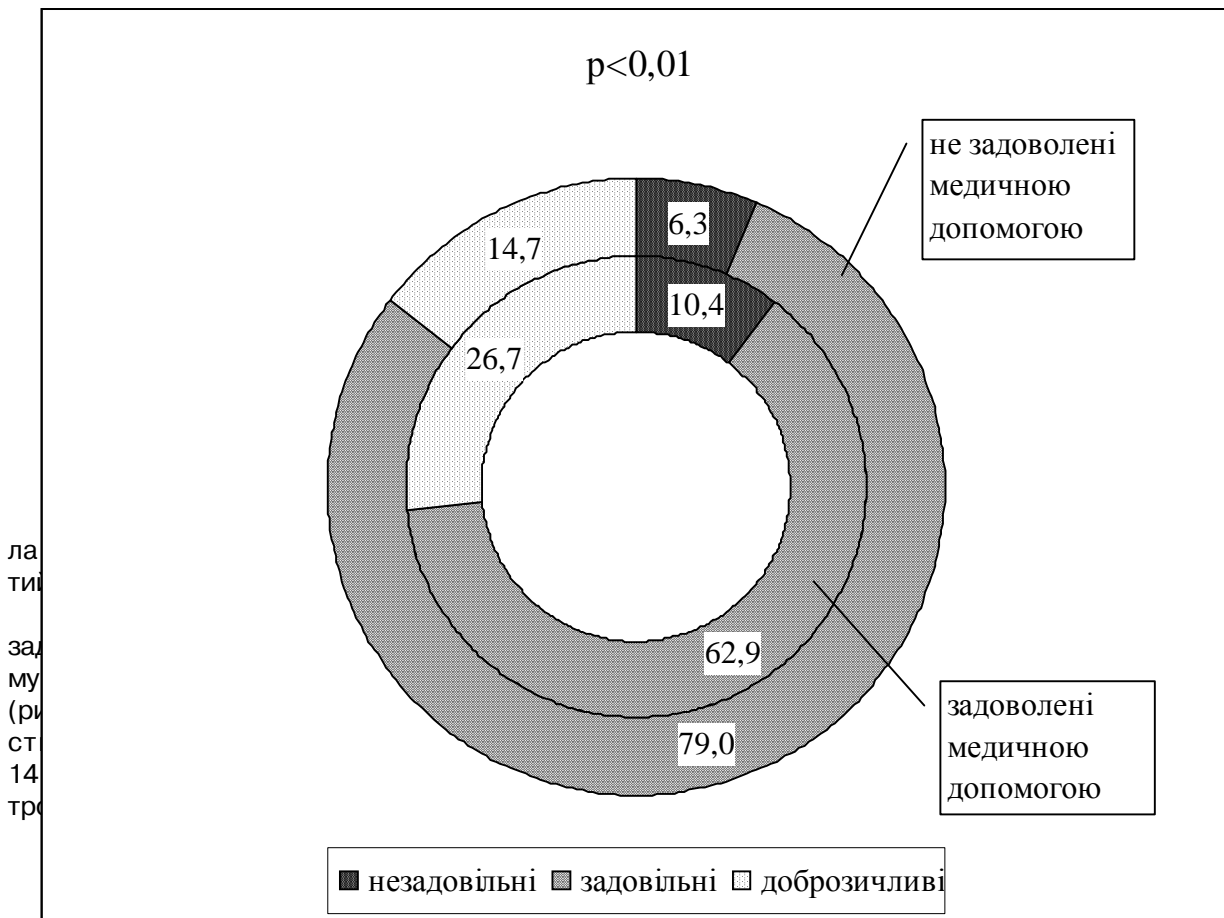
астота розлу- (7,3±2,5% - вати, що на-шуватись не злучень.

усу серед ос-ених медич-встановлено ні не впливає рогу (OR при 1,38; $p > 0,05$).

розподілу рес-и абсолютна статі та місця проживають но половина

(41,4±2,2%) – з дітьми, кожен третій (21,8±1,8%) – з батьками. Частка тих, хто є повністю самотнім – незначна (6,6±1,1%), хоча й суттєво ($p < 0,001$) зростає з віком (до 15,6±3,8%), що підкреслює і зростання потреби у соціальній допомозі. Проте, суттєвого впливу цього чинника на задоволеність медичною допомогою не встановлено (OR при самотньому проживанні = 0,67; 95% CI: 0,30–1,50; $p > 0,05$).

Важливим чинником, що міг би формувати тип психоемоційної відповіді пацієнтів на умови надання медичної допомоги, є задоволеність їх взаємовідносинами у сім'ях. Слід відзначити, що тільки п'ята частина респондентів (23,0±1,8%) оцінили відносини між членами сім'ї як доброзичливі. З решти – абсолютна більшість вважа-



респондентів суттєво знижують шанси незадоволеності медичною допомогою: $OR=0,47$; 95% CI : $0,29-0,78$ ($p < 0,01$), тобто зниження відношення шансів (ORR) становить відповідно $2,12$; 95% CI : $1,28-3,49$.

Логічно, що рівень задоволеності медичною допомогою може також залежати і від відчуття пацієнтами підтримки та любові з боку своїх рідних, власної потреби родині. Встановлено, що серед незадоволених медичним обслуговуванням значно менше тих, хто відчуває постійну родинну підтримку, ніж у контрольній групі – $55,1 \pm 4,0\%$ проти $65,0 \pm 2,5\%$ ($p < 0,05$). Відповідно, наявність такої підтримки достовірно знижує шанси незадоволеності пацієнтів медичною допомогою ($ORR=1,51$; 95% CI : $1,03-2,21$; $p < 0,05$).

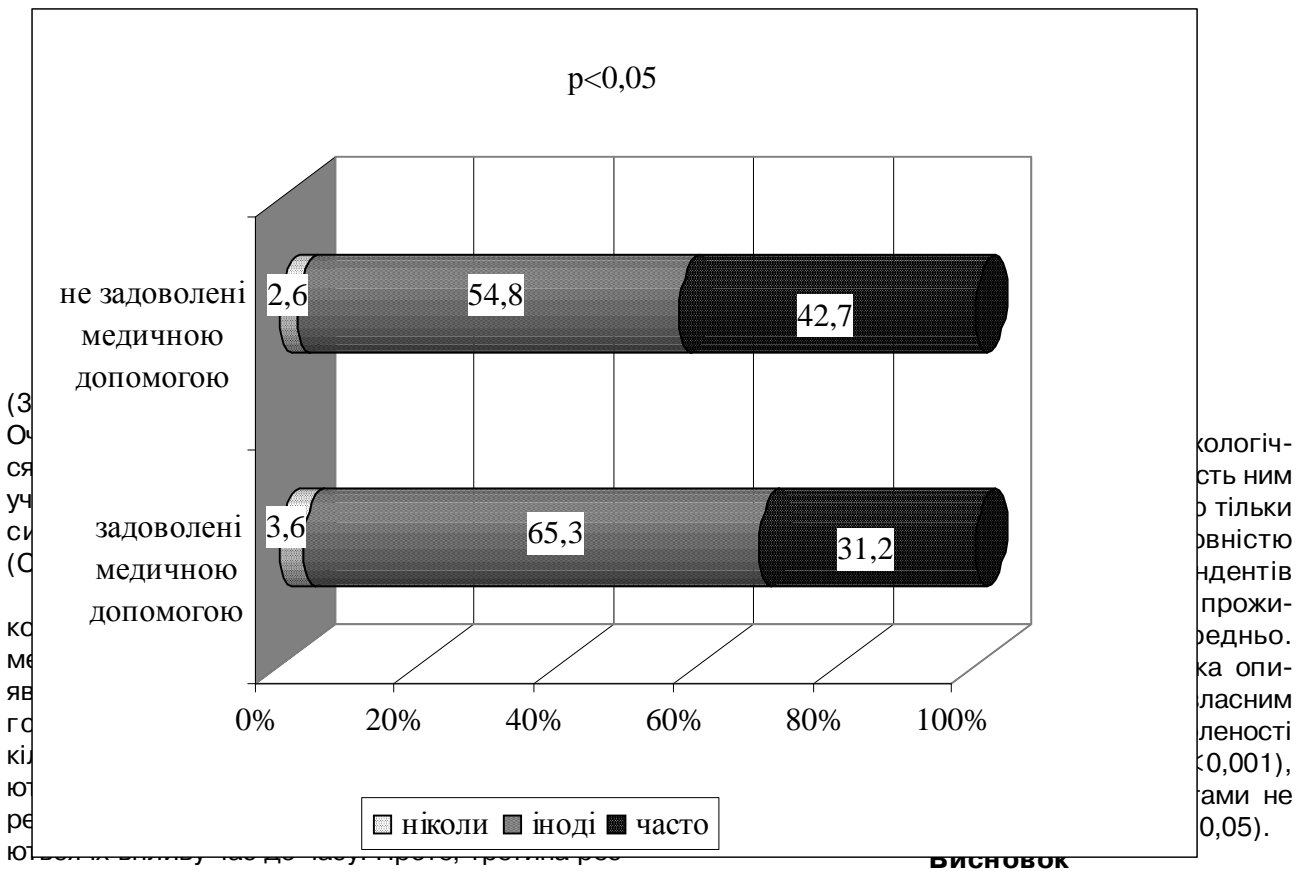
Крім участі у житті родини, важливим чинником, що може впливати на рівень задоволеності медичною допомогою, може бути й інша соціальна активність – участь у суспільному житті, відвідування церкви чи інших громадських об'єднань тощо. Попри встановлену загальну соціальну пасивність населення питома вага осіб, що займають активну соціальну позицію, серед незадоволених медичним обслуговуванням ще нижча, ніж серед задоволених ($21,7 \pm 3,3\%$ проти $30,8 \pm 2,4\%$, $p < 0,05$). Логічно, що з віком показ-

ники соціальної активності погіршуються із $39,8 \pm 5,2\%$ в молодому віці до $22,5 \pm 4,4\%$ в похилому ($p < 0,05$). Але за статтю та місцем проживання суттєвих відмінностей не встановлено ($p > 0,05$).

За результатами розрахунку показника відношення шансів показано, що активне громадське життя достовірно знижує шанси незадоволеності пацієнтів медичною допомогою ($ORR=1,61$; 95% CI : $1,03-2,50$; $p < 0,05$).

Отримані у дослідженні дані підтвердили загальновідому традиційну релігійність населення Західного регіону України. Так, зовсім незначна кількість опитаних ($3,3 \pm 0,8\%$) визнали, що взагалі не відвідують церкву чи інше релігійне зібрання. Практично 40% мешканців Прикарпаття ($37,9 \pm 2,1\%$), незалежно від місця проживання, роблять це постійно. Причому жінки більш релігійні, ніж чоловіки ($42,7 \pm 2,8\%$ проти $30,2 \pm 3,3\%$, $p < 0,01$). Частота відвідувань релігійних громад з віком зростає (до $48,4 \pm 5,2\%$ у віці понад 60 років, $p < 0,05$), проте й серед молоді вона досить вагома – $32,97 \pm 4,96\%$ осіб у віці до 30 років.

Частка тих, хто постійно відвідують церковні громади, серед незадоволених медичною допомогою нижча, ніж серед задоволених



понад 50% респондентів (34,6±2,1%), незалежно від віку та місця проживання, скаржилися на постійні стреси у власному житті. Причому, жінки частіше, ніж чоловіки - 39,2±2,7% проти 27,1±3,2% відповідно (p<0,01).

Як видно на рис. 3, у групі незадоволених медичним обслуговуванням скарги на постійні стреси зустрічались частіше, ніж у групі задоволених - 42,7±4,0% у порівнянні з 31,2±2,4% (OR=1,65; 95% CI: 1,12–2,42; p<0,05).

Рис. 3. Частота стресових ситуацій в порівнюваних групах

Рівень задоволеності пацієнтів медичною допомогою залежить від рівня їх соціально-психологічної адаптації, оскільки суттєво знижується при належності до соціально вразливих груп населення - пенсіонерів та інвалідів (OR=1,84; 95% CI: 1,03-3,31, p<0,05), наявності неблагозвичайних сімейних взаємовідносин (OR=2,12; 95% CI: 1,28–3,49, p<0,01), відсутності підтримки і любові з боку рідних (OR=1,51; 95% CI: 1,03–2,21; p<0,05), низькій соціальній активності (OR=1,61; 95% CI: 1,03–2,50; p<0,05) та дистресах (OR=1,65; 95% CI: 1,12–2,42; p<0,05).

Перспективи подальших досліджень.

Отримані нами результати дослідження будуть використані при розробці удосконаленої системи контролю якості хірургічної стаціонарної до-

Список літератури

1. Нові технології навчання менеджменту в медицині: [навчальний посібник] / За заг. ред. Ю. В. Вороненка, Н. Г. Гойди, О. П. Мінера, М. Мітчела. – К.: Книга плюс, 2009.- 416 с.
2. Зюков О. Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття "якість медичної допомоги" / О.Л. Зюков // Охорона здоров'я України. – 2007. - № 3-4. – С.72-75.
3. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2008. – 86 с.
4. Дзяк Г. В. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані із загальноєвропейськими методами / Г.В.Дзяк, В.М.Лехан, Л.В.Крячкова // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 6-9.
5. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009.- 50 с.
6. Ткачишина О. Р. Соціально-психологічна адаптація особистості як невід'ємна складова її соціалізації / О. Р. Ткачишина // Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. - К., 2006. – Т. VIII. - Вип. 1. - С. 341-348.

лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5-8.

9. *Бабич П. Н.* Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Український медичний часопис. – 2005. - № 2 (46). – С. 113-119.

УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Яворський А. М. (Івано-Франківск)

Статья посвящена изучению уровня социально-психологической адаптации пациентов и ее влиянию на удовлетворенность медицинской помощью. Обследовано 530 пациентов, завершающих лечение в хирургических отделениях стационарных учреждений Ивано-Франковской области. Установлено, что уровень удовлетворенности пациентов медицинской помощью зависит от уровня их социально-психологической адаптации, поскольку существенно ухудшается при принадлежности к социально незащищенным группам населения – пенсионерам и инвалидам (OR=1,84; 95% CI: 1,03 - 3,31, $p<0,05$), наличии неблагоприятных семейных взаимоотношений (OR=2,12; 95% CI: 1,28–3,49, $p<0,01$), отсутствии поддержки и любви родственников (OR=1,51; 95% CI: 1,03–2,21; $p<0,05$), низкой социальной активности (OR=1,61; 95% CI: 1,03–2,50; $p<0,05$) и дистрессах (OR=1,65; 95% CI: 1,12–2,42; $p<0,05$).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. Качество медицинского обслуживания, удовлетворенность медицинской помощью, социально-психологическая адаптация.

THE LEVEL OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AS A PATIENTS' SATISFACTION IMPACTED FACTOR

Jaworskiy A. M. (Ivano-Frankivsk)

This article is devoted to studying the level of social and psychological adaptation of patients and its impact on satisfaction with medical care. The study involved 530 patients completing treatment in the surgical departments of Ivano-Frankivsk region inpatient facilities. It is established that the level of satisfaction of medical care of patients depends on their social and psychological adaptation as significantly reduced when belonging to vulnerable groups such as pensioners and the disabled (OR=1,84; 95% CI: 1,03-3,31, $p<0.05$), presence of adverse family relationships (OR=2,12; 95% CI: 1,28-3,49, $p<0.01$), lack of support and love from family (OR=1,51; 95% CI: 1,03–2,21; $p<0,05$), low social activity (OR=1,61; 95% CI: 1,03–2,50; $p<0,05$) and distress (OR=1,65; 95% CI: 1,12–2,42; $p<0,05$).

KEY WORDS: quality of medical care, satisfaction of medical care, social and psychological adaptation.

УДК:61.001.8.+519.24/27:616.89/8)-085

ДОЦІЛЬНІСТЬ ТА ПРАКТИЧНА МОЖЛИВІСТЬ ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОБЛІКОВО-СТАТИСТИЧНОЇ РОБОТИ У ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНІЙ ЛІКАРНІ

С. І. ШКРОБОТ, В. В. ШКРОБОТ, Г. Ф. КОРНІЄНКО, І. І.КОРНІЄНКО (Тернопіль)

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня

Висвітлено значення інформатизації системи охорони здоров'я для її успішної інтеграції у світовий інформаційний простір, що є важливим компонентом реформування вітчизняної медицини.

Запропоновано технологію накопичення та комп'ютерної обробки статистичних даних з затверджених наказами МОЗ загально-відомих паперових носіїв, незамінних в повсякденній управлінській діяльності психоневрологічної лікарні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інформатизація охорони здоров'я, комп'ютерні обліково – статистичні програми, автоматизовані робочі місця.

Інформатизація системи охорони здоров'я належить до числа ключових загальнодержавних завдань. Від успішного та ефективного їх вирішення залежить перспектива України в досяжному майбутньому зайняти гідне місце серед розвинутих країн з високим рівнем соціального захисту населення.

Широке впровадження інформаційних технологій в лікувальний та діагностичний процес, інтеграція у світовий інформаційний простір за рахунок застосування сучасних інформаційних технологій є важливим компонентом реформування вітчизняної медицини. Це дозволить за порівняно короткий термін домогтися суттєвого підвищення ефективності роботи закладів охорони здоров'я, підвищити якість лікування та діагностики.

Робота медичних працівників в значній мірі пов'язана з заповненням великої кількості документів на паперових носіях. Ведення такої роботи веде до значного витрачання робочого часу (за деякими оцінками – до 50 %). Таке традиційне ведення документації має низку недоліків: часто такі документи дублюються, якщо пацієнт звертається до різних медичних установ; частину записаної лікарями інформації не можна прочитати; допускаються помилки при внесенні інформації або читанні, картки пацієнтів губляться чи псуються; результати аналізів та досліджень, зроблених в одній медичній установі, не завжди доступні лікарям іншої.

Інформатизація медицини – це один із пріоритетних напрямків розвитку сучасного технічного прогресу. Особливої ваги набули задачі збереження інформації про пацієнтів, статичний аналіз, швидкий доступ до даних тощо. Важли-

ве значення надається підвищенню ефективності праці лікаря, уникненню помилок при діагностиці та записі інформації до баз даних, стандартизації основних процедур.

Указом Президента України від 20 жовтня 2005 року № 1497/2005 “Про першочергові завдання щодо впровадження новітніх інформаційних технологій “передбачено вжиття заходів до створення загальнодержавних інформаційних систем, насамперед з питань охорони здоров'я, освіти, науки, культури, довкілля. На жаль, заплановані заходи так і залишились невиконаними.

Розвиток комп'ютерних технологій у нашому закладі має майже 5-ти літню історію. Ознайомившись на місцях зі станом впровадження інформаційних комп'ютерних методологій в щоденну обліково-статистичну та клінічну роботу обласних психоневрологічних закладів Західного регіону, ми переконалися, що розраховувати на централізоване забезпечення медичних закладів всіх типів комп'ютерними програмами не реально з врахуванням їх дороговартості (близько 4 тис. грн. за 1 автоматизоване робоче місце – АРМ).

Мета роботи: вивчити можливість використання в обліково-статистичній роботі спеціалізованих психоневрологічних закладів розроблених нашими співробітниками комп'ютерних програм.

Матеріали і методи: у роботі використано матеріали власних напрацювань за останніх 5 років по оптимізації щоденної, кварталної та річної обліково – статистичної інформації як для внутрішніх потреб закладу, так і для звітності на обласному рівні.

Нами впроваджено в роботу та супровід у використанні комп'ютерних програм “Стаціо-

нар”, “Поліклініка” у загально-лікарняній мережі протяжністю близько 700 м з власними доробками, що дозволяє оперативно, достовірно та безпомилково забезпечити адміністрацію, керівників структурних підрозділів, бухгалтерію, базові кафедри місцевого медуніверситету ім. І. Я. Горбачевського, обліково-статистичну службу необхідною інформацією для будь-яких виробничих потреб, в т.ч. підготовці звітних форм.

Суть наших нововведень:

- паспортні дані про хворого, попередньо зареєстрованого у “Журналі обліку прийому хворих в стаціонар”, ф.№001/о вносяться у приймальному відділенні у комп’ютер і видруковується “титульна” сторінка ф.003/о, чим забезпечується повна ідентичність у них даних, “читабельність” записів, тривалість зберігання без погіршення якості і т.п.;

- дані з комп’ютера приймального відділення по оптиковолоконно–проводовій мережі передаються в базу даних комп’ютера статистиків ОМКВ;

- у стаціонарних відділеннях обов’язково заповнюються всі графи “листка обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару”, ф.007/о в т.ч. розділ “список хворих”. При поступленні вказаної ф.007/о статистиками ОМКВ вивіряється тотожність даних вказаного паперового носія з даними в базі комп’ютера, які автоматично отримуються з приймального відділення. Це забезпечує 100 % достовірність факту наявності хворого на стаціонарному лікуванні у лікарні відразу при його поступленні у відділення, що досить важливо для різноманітних оперативних потреб. Про наявність такої методології в статистично – обліковій роботі медичних закладів психіатричного профілю інших областей України нам не відомо. В цих установах пошук наявності на лікуванні в даний час хворого проводиться переглядом даних журналів ф.001/о, а після виписки хворих – при внесенні даних ф.066/о в комп’ютерну базу даних при впровадженні програми “Стаціонар”, що іноді запізнюється на кілька днів, а то й тижнів.

Заслугує на увагу та впровадження в щоденну практичну роботу наша програма по комп’ютерному обліку даних амбулаторного прийому хворих (дорослих та дітей) психіатричного профілю з паперовим носієм даних ф.025-6/о, про що ми опублікували матеріали у “Український журнал телемедицини та медичної телематики”, том 7 №1 2009 р., стор. 107. Подібного впровадження в обліково – статистичний облік роботи спеціалізованих психіатричних закладів України ми теж не зустрічали, а доцільність всіх наших нововведень цілком очевидна.

Аналогічно розроблена та впроваджена в роботу комп’ютерна програма по обліку консуль-

тативного прийому психіатрами та неврологами хворих з ЦРЛ та м. Тернополя, що є незамінним при аналізі роботи окремих консультантів та служб в цілому в розрізі окремих районів та області у цілому. Паперовим носієм вказаної інформації служить “Талон амбулаторного пацієнта при наданні консультативної поліклінічної допомоги”, ф.№025-5/о.

Аналіз результатів, одержаних по даній методології, нами успішно використовується при підготовці матеріалів на оперативні наради у головного лікаря, для інформації представникам неврологічної ланки ЦРЛ та обласного центру. Ця інформація є незамінною під час виїздів з консультативною та інспекторською метою у райони області при підведенні підсумків консультацій хворих, а також аналізу результатів проконсультованих хворих на спеціалізованому неврологічному прийомі в обласній психоневрологічній лікарні.

Не менш важливе значення мають вказані аналітичні матеріали при впровадженні в майбутньому страхової медицини, а в даний час – вивченні відповідності надання лікувально – діагностичної допомоги згідно протоколів і стандартів, розроблених МОЗ України. Однак, для накопичення бази даних про стан використання лікувальних засобів у лікувальному процесі хворих у відділенні згідно директивних документів МОЗ України, Державного та локального формулярів лікарських засобів необхідно доповнити вказані комп’ютерні програми положеннями згідно потреб конкретного лікувального закладу.

Аналогічно наведені методології аналізу можуть бути і повинні використовувались в матеріалах самозвітів спеціалістів на атестацію чи переатестацію на відповідну категорію. Технічним забезпеченням служить комп’ютер середньої потужності та відповідна комп’ютерна програма, яка в період економічної скрути в системі охорони здоров’я може бути не ліцензованою.

Висновки

1. Реформування охорони здоров’я згідно планів МОЗ України неможливе без застосування сучасних інформаційних технологій.

2. Централізоване забезпечення медичних закладів всіх типів комп’ютерними програмами, особливо ліцензованими, на даному етапі не реально з врахуванням їх дорого вартості (понад 4 тис. грн. за 1 автоматизоване робоче місце – АРМ).

3. Впроваджені у спеціалізованому психоневрологічному закладі комп’ютерні програми “Поліклініка” і “Стаціонар” з власними доробками та використанням оптиковолоконно – провідної внутрішньолікарняної мережі дозволяє оперативно, достовірно та безпомилково забезпечити адміністрацію, бухгалтерію, керівників

структурних підрозділів, базові кафедри медву- інформацією для будь-яких виробничих потреб, зу, обліково – статистичну службу необхідною в т.ч. підготовці звітних форм.

Список літератури:

1. *Лехан В. М., Слабкий Г. О.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. - *Новости медицины и фармации.* – 2011. - № 383. - С. 6 -18.
2. *Релуга В. В.* Створення моделі впровадження медичної інформаційної системи в закладах охорони здоров'я на основі комп'ютерних інформаційних технологій. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2009. - №1. – С.52 -54 .
3. *Мінцер О. П.* Основні вимоги до структури типових медичних інформаційних систем в управлінні охороною здоров'я. / О. П. Мінцер, М. В. Банчук, І. А. Ярменчук, С. О. Дяченко / *Медична інформатика та інженерія.* – 2011р. – №2. – С. 5 – 8.
4. *Горшков Є. В.* Уніфікація медичної документації як перший етап впровадження МЕР. *Медична інформатика та інженерія.* – 2010. - №3. – С.67 – 70.
5. *Злепко С. М.* Метод передачі медичної інформації та її збереження в базі даних. /С. М. Злепко, П. Г. Прудіус, В. В. Сергєєва, С. В. Тимчик/ *Медична інформатика та інженерія.* – 2009р. - №4. – С. 85 - 90.
6. *Качмар В. О.* Електронна медична карта пацієнта. Взаємосумісність та стандартизація /В. О. Качмар, А. І. Хвищун/ *Український журнал телемедицини та телематики.* – 2008. – № 1. – С. 76 – 79.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И ПРАКТИЧЕСКАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ИНФОРТИЗАЦИИ УЧЕТНО – СТАТИСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ У ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ.

С. И. Шкробот, В. В. Шкробот, Г. Ф. Корниенко, И. И. Корниенко (Тернополь)

Рассмотрено значения информатизации система здравоохранения для ее успешной интеграции у мировой информационный простор, что есть важным компонентом реформирования отечественной медицины.

Предложено технологию накопления и компьютерной обработки статистических данных из утвержденных приказами МОЗ общеизвестных бумажных носите лей, незаменимых в ежедневной управленческой деятельности психоневрологической больнице.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: информатизация здравоохранения, компьютерные учетно-статистические программы , автоматизированные рабочие места.

EXPEDIENCE AND PRACTICAL POSSIBILITY OF REGISTRATION – STATISTICAL WORK INFORMATIZATION IN PSYCHONEUROLOGICAL HOSPITAL.

S. I. Shkrobot, V.V. Shkrobot, H. F. Korniyenko, I.I. Korniyenko (Ternopil)

It is described value of informatization of heath organization system for its better integration at world informational space, which is very important for national medicine reformation.

It is offered technology of accumulation and computer work of statistic data from ratified orders of Ministry of health care well – known paper works, which are irreplaceable in everyday leading activity of psychoneurological hospital.

KEY WORDS: informatization of health care, computer registration – statistical programs, automatizational work places.

О. К. ТОЛСТАНОВ (Житомир)

ХАРАКТЕРИСТИКА ДІАГНОСТИЧНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ ПОКРАЩЕННЯ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Наведені результати дослідження можливостей сімейних лікарів типової для України аграрної області застосовувати у своїй практичній діяльності діагностичні методи дослідження.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сімейна медицина, сільські медичні заклади, діагностичні обстеження.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, показує, що розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини є одним з найефективніших механізмів підвищення результативності роботи закладів охорони здоров'я, справедливого розподілу і раціонального використання ними коштів [1].

Реформа системи охорони здоров'я України містить заходи поетапного переходу до організації ПМСД на засадах загальної практики-сімейної медицини [2;5].

Реформування системи ПМСД пов'язане не лише зі структурними і фінансово-економічними перетвореннями, але і значною мірою з наявністю кваліфікованого кадрового потенціалу, якість роботи якого має відповідати сучасним потребам населення. Лікар загальної практики/сімейної медицини (ЛЗП/СМ), як ключова фігура первинної ланки медичної допомоги, повинен комплексно й ефективно вирішувати поставлені перед ним медико-соціальні задачі, проводячи активну профілактичну роботу [4;6].

Групою спеціалістів з організації ПМСД на засадах сімейної медицини вперше в Україні була розроблена кваліфікаційна характеристика ЛЗП/СМ, заснована на компетентнісному підході, що рекомендована для використання МОЗ України [7]. Основою для її розробки стали наступні документи: Рекомендації Всесвітньої асоціації лікарів загальної практики-сімейних лікарів 2005 р. (WONCA); розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.07.2006 р. № 421-н "Про затвердження Концепції Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року; наказ МОЗ України від 23.02.2001 р. №72 "Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини"; наказ МОЗ України від 28.11.2002 р. № 385 "Про за-

твердження переліку закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я".

Лікарі ЗП/СМ є спеціалістами-інтерністами, які отримали освіту відповідно до принципів дисципліни. Це лікарі, що насамперед відповідають за надання всебічної та безперервної медичної допомоги кожному пацієнту, який її потребує, незалежно від віку, статі та характеру захворювання. Вони опікуються пацієнтами в контексті їх сім'ї, громади, культури, завжди поважаючи автономію своїх пацієнтів. Вони також усвідомлюють професійну відповідальність за свою діяльність. Складаючи разом з пацієнтом план дій, вони інтегрують фізичні, психологічні, соціальні, культурні та екзистенціальні фактори, ґрунтуючись на знаннях та довірі, що виникає внаслідок тривалого співробітництва. Лікарі ЗП/СМ реалізують себе професійно шляхом пропагування здоров'я, профілактики захворювань, надання медичної допомоги, в т.ч. проведення реабілітації, паліативної допомоги та медичного догляду. Ці функції можуть виконуватись як безпосередньо ЛЗП/СМ, так і шляхом залучення інших служб охорони здоров'я відповідно до потреб пацієнтів та ресурсів громади, в якій він працює, допомагаючи пацієнтам, за потреби, отримати доступ до цих ресурсів [3;4].

Виходячи з наведених вище визначень, можна сформулювати наступні характеристики загальної практики/сімейної медицини [4]: це місце першого медичного контакту пацієнта з системою охорони здоров'я, із забезпеченням відкритого і необмеженого доступу її користувачам з усіх проблем здоров'я незалежно від віку, статі або інших характеристик людини; забезпечує ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я через координацію допомоги, співпрацю з іншими спеціалістами та фахівцями

ми первинної ланки медичної допомоги; координує зв'язки з іншими спеціалістами, виступає за необхідності в ролі захисника інтересів пацієнта; відрізняється унікальним консультативним процесом, який встановлює довготривалі стосунки завдяки ефективному спілкуванню між лікарем та пацієнтом; забезпечує тривалу та безперервну медичну допомогу на основі потреб пацієнта; відрізняється специфічною системою прийняття рішень, яка ґрунтується на епідеміологічних даних щодо захворюваності та поширеності хвороб серед населення; вирішує як гострі, так і хронічні проблеми здоров'я окремих пацієнтів; забезпечує ведення пацієнтів із захворюваннями на найбільш ранніх, недиференційованих стадіях їх розвитку, включаючи за необхідності невідкладну медичну допомогу; пропагує здоровий спосіб життя тощо.

Мета роботи: вивчити діагностичні можливості лікарів загальної практики/сімейної медицини (ЛЗП/СМ) Житомирської області з метою покращення якості первинної медико-санітарної допомоги.

Матеріали і методи: соціологічний (за допомогою спеціально розробленої анкети опитано 240 ЛЗП/СМ), суцільної інвентаризації закладів (підрозділів) ПМСД, системного підходу для вирішення проблемних питань з організації діагностичної діяльності ЛЗП/СМ.

Результати дослідження та їх обговорення. Сучасна діагностика захворювань досягла такого рівня, що багато важких патологій мо-

жуть бути діагностовані вже на ранньому етапі, що дуже важливо для успішного лікувального процесу.

У європейських країнах вже давно впроваджені цілком нові методи, навіть у віддалених містечках працюють експрес-лабораторії, які буквально за 20 хвилин видають повну картину здоров'я пацієнта. У більшості медичних установ України, особливо первинного рівня, використовуються рутинні дослідження, які не дають повної інформації про стан здоров'я. За статистикою майже три чверті аналізів проводяться під час першого звернення до лікаря, і будь-яка неточність впливає на діагноз та методи лікування.

Відсутність до 2006 р. табелю оснащення закладів сімейної медицини, недостатність діагностичної апаратури та моральна застарілість існуючої призвели до того, що більшість сімейних лікарів не мали можливості безпосередньо користуватися обладнанням та інструментарієм, необхідним для здійснення елементарних діагностичних обстежень.

Щороку кількість призначень лабораторних досліджень на 1-е амбулаторне відвідування збільшується. Лабораторні обстеження становлять діагностичну цінність лише в разі цілеспрямованого їх призначення, правильної оцінки отриманих результатів, використання сучасного обладнання, а також адекватного призначення лікувальних заходів.

Результати вивчення діагностичних можливостей лікарів ЗП/СМ показали наступне (табл. 1).

Таблиця 1. Результати соціологічного дослідження лікарів загальної практики/сімейної медицини

Позиція	Позитивно		Негативно	
	абс.	%	абс.	%
Наявність умов для лабораторного обстеження в амбулаторії	97	4,1	143	95,9
Наявність умов для ЕКГ-обстеження в амбулаторії	178	74,2	62	25,8
Наявність умов проведення ПТМ в амбулаторії	67	27,9	173	72,1
Безперешкодне клінічне обстеження пацієнтів в ЦРБ за направленням ЛЗП/СМ	51	21,3	189	78,7
Безперешкодне біохімічне обстеження пацієнтів в ЦРЛ за направленням ЛЗП/СМ	17	7,1	223	92,9
Безперешкодне функціональне обстеження пацієнтів в ЦРЛ за направленням ЛЗП/СМ	24	10,0	216	90,0
Безперешкодне рентгенологічне обстеження пацієнтів в ЦРЛ за направленням ЛЗП/СМ	5	2,1	235	97,9
Безперешкодне УЗД в ЦРЛ за направленням ЛЗП/СМ	-	-	240	100
Будь-яке обстеження в ЦРЛ за направленням лікаря-спеціаліста	189	78,7	51	21,3

Результати проведеного соціологічного дослідження вказують, що найбільше можливостей для проведення в амбулаторії ЕКГ, на що вказали 74,2% ЛЗП/СМ, а найменше – лабораторних досліджень (4,1%). 78,7% опитаних ЛЗП/

СМ вказали, що не можуть провести своїм пацієнтам будь-яке діагностичне дослідження в ЦРЛ. Це можна зробити тільки за направленням лікаря-спеціаліста, який працює безпосередньо в лікарні.

В області приділяється велика увага оснащенню закладів ПМСД, у т.ч. і сімейної медицини.

Впроваджена комп'ютерна програма «Інвентаризація», за допомогою якої здійснюється моніторинг забезпеченості лікувально-профілактичних закладів, у т.ч. і первинного рівня, діагностичним і лабораторним обладнанням.

Протягом останніх 5-ти років оснащення закладів сімейної медицини діагностичною апаратурою, лабораторним обладнанням збільшується, але не досить належними темпами, що не дає можливості здійснювати діагностичний та лікувальний процес на сучасному рівні. Повільними темпами вирішується питання щодо забезпечення матеріально-технічної бази сільських медичних закладів (табл. 2).

У 2009 р. за рахунок субвенції з Державного бюджету область отримала всього 115 комп-

лектів медичного обладнання для сільських лікарських амбулаторій та ФАПів на суму 5 млн 704 тис. грн, з яких 55 комплектів надані для амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, 24 – для ФАПів, з місцевих бюджетів на медичні потреби надійшло 888,6 тис. грн; від благодійних організацій з Японії надійшло 300 тис. грн для закладів Чорнобильської зони.

У 2010 р. за рахунок місцевих бюджетів закуплено 6 сучасних електрокардіографів на загальну суму понад 48,5 тис. грн, УЗД-система з датчиками – 209900 грн та іншого обладнання на загальну суму 347295 грн.

Але це не покриває потреби. Такими темпами потрібно 10 років для повного забезпечення всіх закладів ПМСД необхідним обладнанням.

Проведена інвентаризація закладів ПМСД засвідчує, що існує першочергова потреба в

Таблиця 2. **Забезпеченість закладів загальної практики/сімейної медицини приміщеннями і медичними та немедичними засобами**

Район	Приміщення, в якому розташовується заклад		Забезпеченість закладів загальної практики-сімейної медицини медичними та немедичними засобами							
	На базі медичних закладів	В інших приміщеннях	Наявність телефону	Авто-мобіль	Електрокардіограф	Тест-системи для лаб. аналізів	Де фібрилятор	Спец. інст. (ЛОР, офтальмолог, хірург тощо)	Холодильник	Персональний комп'ютер
Андрушівський	10	1	11	7	11	8	0	8	11	3
Баранівський	10	0	10	7	10	10	2	10	10	2
Бердичівський	10	2	12	3	10	5	1	7	12	2
Брусилівський	6	0	6	2	5	1	0	6	6	1
Вол.-Волинський	8	0	8	8	5	4	1	5	8	1
Ємільчинський	10	1	11	8	8	7	2	6	11	1
Житомирський	20	0	20	14	20	20	2	20	20	9
Коростенський	12	0	12	9	12	12	1	12	12	6
Коростишівський	9	0	9	4	8	6	1	5	9	1
Лугинський	3	0	3	3	3	1	0	2	3	0
Любарський	7	0	7	4	7	6	0	5	7	3
Малинський	12	0	12	5	8	3	3	6	12	4
Народицький	3	0	3	2	3	3	0	3	3	0
Нов.-Волинський	23	1	24	18	24	18	0	22	24	7
Овруцький	16	1	17	14	17	17	1	17	17	4
Олевський	6	0	6	3	3	4	0	4	6	0
Попільнянський	8	2	10	4	10	8	0	10	10	6
Радомишльський	9	0	9	9	9	4	0	9	9	3
Романівський	6	0	6	3	4	4	1	4	6	0
Ружинський	8	0	8	3	7	8	0	7	8	0
Червоноармійський	6	0	6	4	6	3	0	6	6	0
Черняхівський	6	0	6	4	5	5	1	6	6	1
Чуднівський	6	0	6	6	6	5	1	5	6	1
Всього	214	8	222	144	201	162	17	187	222	55

дооснащенні закладів не комплектами обладнання, а окремими предметами медичного устаткування, інструментами тощо.

З метою ефективного використання коштів Державного бюджету на дооснащення лікарських амбулаторій та ФАПів рекомендується замість централізованих видатків на рівні МОЗ України надавати цільову субвенцію місцевим бюджетам.

Висновки

Результати проведеного дослідження вказали на низьку можливість ЛЗП/СМ проводити

діагностичні дослідження в амбулаторіях та вкрай низьку можливість обстежувати своїх пацієнтів діагностичними службами ЦРЛ, це можна зробити лише за направленням лікаря-спеціаліста лікарні.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з виконанням лікарями загальної практики/сімейної медицини діагностичних досліджень відповідно до клінічних протоколів надання первинної медико-санітарної допомоги.

Список літератури

1. *Іванов Д. Д.* Сімейна медицина: зарубіжний досвід та перші кроки в Україні / Д. Д. Іванов // Управління закладом охорони здоров'я. – 2007. – № 5. – С. 104–107.
2. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
3. *Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню: підсумки діяльності системи охорони здоров'я України за 2008 рік* // за ред. В. М. Князевича. – К., 2009. – 122 с.
4. *Определение первичной медицинской помощи* / под ред. Молла С. Дональдсок, Карл Д. Йордан, Катлин Т. Лур, Нил А. Ванселов. – Вашингтон, округ Колумбія : Изд-во Национальной академии наук, 1996. – 8 с.
5. *Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря)* / за ред. В. М. Лехан. – Дніпропетровськ : АРТ-ПРЕС, 2002. – 370 с.
6. *Холмс Ф. Ф.* Первичная медицинская помощь: образ международной медицинской практики будущего века / Ф. Ф. Холмс, Т. Чуваков // Наше здоровье. – 1995. – весна. – С. 18–19.
7. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України.* 2008. – К., 2009. – 384 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ/ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ УЛУЧШЕНИЯ

А. К. Толстанов (Житомир)

Приведены результаты исследования возможностей семейных врачей типичной для Украины аграрной области использовать в своей практической деятельности диагностические методы исследования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: семейная медицина, сельские медицинские учреждения, диагностическое исследование.

CHARACTERISTIC OF DIAGNOSTIC OPPORTUNITIES OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE PHYSICIAN AND PROSPECTS OF THEIR IMPROVEMENT

A. K. Tolstakov (Zhytomyr)

Results of research of opportunities of family doctors of agrarian area typical for Ukraine are resulted to use in the practical activities diagnostic methods of research.

KEY WORDS: family medicine, rural medical institutions, diagnostic research.

Рецензент: д.мед.н. В.Й. Шатило

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2:338.516.22

Л. М. РОМАНЮК (Тернопіль)

ВАРТІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

В статті наведені розрахунки вартості медичної допомоги на рівні сімейного лікаря з використанням методики визначення ціни медичної допомоги амбулаторному пацієнту. Проведено аналіз оперативної інформації стосовно ресурсного забезпечення закладів загальної практики-сімейної медицини Тернопільської області.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вартість медичної допомоги, первинний рівень, сімейний лікар, механізм фінансування.

Розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики-сімейної медицини має зайняти одне із чільних місць в реформуванні системи охорони здоров'я в цілому, що потребує, в першу чергу, перегляду системи перерозподілу коштів саме для надання цього виду медичної допомоги [1,3,5].

Вітчизняні та зарубіжні дослідники вказують на те, що для успішного вирішення завдань реформування системи охорони здоров'я необхідно запроваджувати оптимальні і раціональні методи оплати медичної допомоги, які забезпечуватимуть її економічну ефективність на всіх рівнях надання медичних послуг [1,3,5,14].

Якість та ефективність медичної допомоги – синонім її вартості [1,2]. Економічна ефективність визначається співвідношенням між потребою в медичній допомозі та наявними ресурсами для надання цієї допомоги. Ефективність досягається шляхом надання оптимального обсягу медичної допомоги населенню, тобто найбільше медичних послуг найкращої якості, що може бути досягнуто при наявних ресурсах [2,4,7,12].

В Україні сучасні тенденції переорієнтації системи надання медичної допомоги населенню в напрямку пріоритетного розвитку ПМСД на засадах загальної практики-сімейної медицини свідчать, що серед інших проблем реформування галузі особливого значення набуває вирішення питання визначення її вартості [3,4,7,11].

Реформування ПМСД на засадах загальної практики-сімейної медицини потребує принципового вирішення завдань стосовно покращення фінансування цієї ланки в системі охорони здоров'я України, зміцнення її матеріально-технічної бази, формування юридичної і економічної незалежності лікаря загальної практики-сімейного лікаря, ефективного використання

фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів [1,5,8,9,13].

Постановою Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. "Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я" передбачено розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги на основі визначення конкретних медичних послуг відповідно до рівня її надання та особливостей фінансування закладів охорони здоров'я різних рівнів. Тому визначення вартості медичної допомоги є принциповим та актуальним.

Матеріали і методи. В якості матеріалів використано офіційні статистичні дані Тернопільського інформаційно-аналітичного центру медичної статистики та дані статистичних довідників центру медичної статистики МОЗ України [6,7]. Вартість медичної допомоги на первинному рівні розрахована згідно методики, описаної в монографії О.Голяченка і А.Голяченка «Економіка української здоров'яохорони» [2]. Дана методика орієнтована на визначення ціни медичної допомоги конкретному пацієнту. Вихід на пацієнта (випадок), а не на послугу, значно спрощує статистичні розрахунки, дає можливість визначити пересічну вартість медичної допомоги на усіх рівнях, дати оцінку роботи кожного лікаря.

Результати дослідження та їх обговорення. Розрахунки вартості медичної допомоги на первинному рівні представлені в таблиці 1. Дані таблиці свідчать, що загальна вартість медичної допомоги на цьому рівні складає 132879,34 грн. на 1000 хворих. Третину цієї суми складають витрати на лікування хвороб системи кровообігу (30,73%), друге та третє місця займають витрати на лікування хвороб нервової системи та органів чуття і хвороб органів дихання (10,51% і 10,38% відповідно). Далі йдуть хвороби органів травлення (8,48%) та хвороби сечостатевої системи (4,56%).

Таблиця 1. Вартість медичної допомоги на первинному рівні

Хвороби	Число хворих на 1000 осіб	Вартість лікування 1 хворого	Вартість лікування 1000 хворих
Інфекційні та паразитарні хвороби	42,4	38,7	1640,88
Хвороби ендокринної системи:	73,4	70,4	5167,36
- цукровий діабет	21,7	64,8	1406,16
Хвороби нервової системи та органів чуття	146,5	95,2	13946,80
Хвороби системи кровообігу:	598,8	68,2	40838,16
- ревматизм	5,5	43,74	240,57
гіпертонічна хвороба	248,8	39,12	9733,06
- ішемічна хвороба серця	227,7	48,88	11129,98
- цереброваскулярні розлади	89,4	95,14	8505,52
Хвороби органів дихання:	346,8	39,8	13802,64
- грип та ГРВІ	240,5	29,6	7118,80
- бронхіт хронічний	58,5	50,2	2936,70
- пневмосклероз, емфізема легень	49,2	59,8	2942,16
- тонзиліт хронічний	17,0	37,6	639,20
Хвороби органів травлення:	160,1	70,4	11271,04
- виразкова хвороба	18,2	54,2	986,44
Хвороби сечостатевої системи	88,9	68,2	6062,98
Хвороби шкіри та п/ш клітковини	48,1	50,4	2424,24
Хвороби кістково-м'язової системи	95,3	61,4	5851,42
Травми та отруєння	30,2	48,3	1458,66
Інші	0,5	52,6	26,30
Разом	1701,4	78,1	132879,34

Із загальної кількості хворих на 1000 осіб третина припадає на хвороби системи кровообігу, за ними йдуть хвороби органів дихання, хвороби органів травлення, хвороби нервової системи та органів чуття, далі – хвороби кістково-м'язової системи та хвороби сечостатевої системи. Таким чином, на ці 6 класів хвороб припадає майже 85% всієї патології, з приводу якої повинна надаватися медична допомога на первинному рівні.

Оцінюючи вартість лікування 1 хворого на первинному рівні, слід відмітити, що найбільш вартісним виявилось лікування хвороб нервової системи та органів чуття. На другому місці за вартістю лікування стоять хвороби ендокринної системи та хвороби органів травлення, на третьому – хвороби системи кровообігу та хвороби сечостатевої системи.

За умов реорганізації системи медичної допомоги досягається економічний пріоритет амбулаторної допомоги над стаціонарною, як підтвердження її визначального впливу на здоров'я людей.

Нами розрахована вартість лікування хвороб системи кровообігу на первинному рівні у 2010 р. Серцево-судинні хвороби найбільше впливають на громадське здоров'я. Із року в рік

вони традиційно займають перше місце в структурі загальної захворюваності населення, є основною причиною смертності та інвалідності. В табл. 2 представлені розрахунки вартості лікування хворих серцево-судинною патологією на рівні сімейного лікаря.

Як видно із табл. 2, пересічна вартість лікування одного хворого на цьому рівні в 2010 р. склала 81,96 грн., коливаючись від 53,68 грн. з приводу ревматизму до 119,04 грн. з приводу судинних уражень мозку. На 1000 мешканців це склало більше 46 тис. грн. Якщо взяти традиційну сільську лікарську дільницю, яка нараховує біля 4 тис. мешканців, то це означає, що лише на лікування хворих серцево-судинною патологією) потрібно щорічно виділяти 184 тис. грн.

Якщо виходити із нині діючих нормативів числа сільських жителів на одну сільську лікарську амбулаторію загальної практики – сімейної медицини (1200-1500 осіб), то це виливається у 55,2– 69,0 тис.грн. Це кошти, які має виділяти держава в особі органів місцевого самоврядування, конкретно сільських і селищних рад. Аналіз витрат сільських лікарських дільниць, де проводилось дослідження, показує, що їхній бюджет в 2010 р. складав від 37,2 до 56,1 тис.грн. на 1000 жителів, тобто він забезпечував лише

лікування серцево-судинних захворювань, які в структурі загальної захворюваності займають третину усіх хвороб. На інші хвороби припадає дві третини загальної захворюваності.

Наведена вище вартість лікування хвороб системи кровообігу на рівні сімейного лікаря не враховує затрат на медикаменти. Їх несе сам пацієнт. Це суттєві витрати. Розрахунки показують, що хворий гіпертонічною хворобою, яка протікає без ускладнень і може лікуватись у сімейного лікаря, повинен щорічно витратити на медикаментозне лікування в середньому 1696 грн. За таких умов його артеріальний тиск не перевищуватиме меж норми. Аналіз лікування хворих гіпертонічною хворобою показав, що цю суму витрачають лише 5,3% пацієнтів, інші обмежуються меншою сумою, тобто лікування страждає неповним складом необхідних медикаментів або перервами в лікуванні.

Проведено аналіз ресурсного забезпечення закладів загальної практики-сімейної медицини Тернопільської області у 2010 році, а саме обсягів витрат із місцевого бюджету на надання первинної медико-санітарної допомоги з розрахунку на одного мешканця та забезпеченість закладів ЗПСМ деякими медичними та немедичними засобами.

Дані таблиці 3 свідчать про вкрай нерівномірний розподіл коштів для надання ПМСД в залежності від типу закладу. Найвищий рівень витрат спостерігався в амбулаторіях ЗПСМ, які функціонували на території обслуговування дільничних лікарень (311,5 грн.), далі йшли відділення та дільниці ЗПСМ при дільничних лікарнях (223,3 та 213,5 грн.) відповідно. Найменший обсяг коштів на ПМСД із місцевого бюджету виділявся у відділеннях та дільницях ЗПСМ, які функціонували при районних лікарнях (37,4 та 48,5 грн.). Загалом, для надання медичної допомоги на первинному рівні з розрахунку на одного мешканця області у 2010 році виділялось 95,7 грн.

Аналізуючи забезпеченість закладів ЗПСМ медичними та немедичними засобами, слід відмітити вкрай низький рівень їх оснащення персональними комп'ютерами. На 193 заклади припадає всього 12 ПК (6,2%). Трохи більше половини закладів (58,0%) забезпечені автомобілем. Наявність електрокардіографа відмічалась у 89,6% закладів ЗПСМ, тест-системи для лабораторних аналізів – у 93,3%, спеціального інструментарію (ЛОР, офтальмологічного, хірургічного тощо) – 89,1%. Дефібриляторами забезпечені лише 4,7% амбулаторій ЗПСМ.

Таблиця 2. Вартість лікування хвороб системи кровообігу у лікаря загальної практики – сімейного лікаря, 2010 р.

№ з/п	Хвороба	Число захворювань на 1000 мешканців	Пересічна вартість лікування 1 хворого (грн.)	Загальна вартість на 1000 мешканців (грн.)
1	Ревматизм	4,3	53, 68	230,82
2	Гіпертонічна хвороба	264,8	69, 60	18430,08
3	Ішемічна хвороба серця	193,1	86, 32	16668,39
4	Судинні ураження мозку	69,8	119,04	8308,99
5	Інші	40,1	33, 68	1350,57
	Разом	572,1	81, 96	46889,32

Якщо виходити із нині діючих нормативів числа сільських жителів на одну сільську лікарську амбулаторію загальної практики – сімейної медицини (1200-1500 осіб), то це виливається у 55,2– 69,0 тис.грн. Це кошти, які має виділяти держава в особі органів місцевого самоврядування, конкретно сільських і селищних рад. Аналіз витрат сільських лікарських дільниць, де проводилось дослідження, показує, що їхній бюджет в 2010 р. складав від 37,2 до 56,1 тис.грн. на 1000 жителів, тобто він забезпечував лише лікування серцево-судинних захворювань, які в структурі загальної захворюваності займають третину усіх хвороб. На інші хвороби припадає дві третини загальної захворюваності.

Наведена вище вартість лікування хвороб системи кровообігу на рівні сімейного лікаря не враховує затрат на медикаменти. Їх несе сам пацієнт. Це суттєві витрати. Розрахунки показують, що хворий гіпертонічною хворобою, яка протікає без ускладнень і може лікуватись у сімейного лікаря, повинен щорічно витратити на медикаментозне лікування в середньому 1696 грн. За таких умов його артеріальний тиск не перевищуватиме меж норми. Аналіз лікування хворих гіпертонічною хворобою показав, що цю суму витрачають лише 5,3% пацієнтів, інші обмежуються меншою сумою, тобто лікування страждає неповним складом необхідних медикаментів або перервами в лікуванні.

Проведено аналіз ресурсного забезпечення закладів загальної практики-сімейної медицини Тернопільської області у 2010 році, а саме обсягів витрат із місцевого бюджету на надання первинної медико-санітарної допомоги з розрахунку на одного мешканця та забезпеченість закладів ЗПСМ деякими медичними та немедичними засобами.

Дані таблиці 3 свідчать про вкрай нерівномірний розподіл коштів для надання ПМСД в залежності від типу закладу. Найвищий рівень витрат спостерігався в амбулаторіях ЗПСМ, які функціонували на території обслуговування дільничних лікарень (311,5 грн.), далі йшли відділення та дільниці ЗПСМ при дільничних лікарнях (223,3 та 213,5 грн.) відповідно. Найменший обсяг коштів на ПМСД із місцевого бюджету виділявся

у відділеннях та дільницях ЗПСМ, які функціонували при районних лікарнях (37,4 та 48,5 грн.). Загалом, для надання медичної допомоги на первинному рівні з розрахунку на одного мешканця області у 2010 році виділялось 95,7 грн.

Аналізуючи забезпеченість закладів ЗПСМ медичними та немедичними засобами, слід відмітити вкрай низький рівень їх оснащення персональними комп'ютерами. На 193 заклади припадає всього 12 ПК (6,2%). Трохи більше половини закладів (58,0%) забезпечені автомобілем. Наявність електрокардіографа відмічалась у 89,6% закладів ЗПСМ, тест-системи для лабораторних аналізів – у 93,3%, спеціального інструментарію (ЛОР, офтальмологічного, хірургічного тощо) – 89,1%. Дефібриляторами забезпечені лише 4,7% амбулаторій ЗПСМ.

Таблиця 3. Ресурсне забезпечення закладів ЗПСМ Тернопільської області за 2010 рік

Типи закладів ЗПСМ	Число закладів	Витрати з місцевого бюджету		Забезпеченість закладів ЗПСМ медичними та немедичними засобами					
		на 1-го мешканця	в т. ч. для надання первинної медико-санітарної допомоги	Автомобіль	Електрокардіограф	тест-системи для лабораторних аналізів	Дефібрилятор	спеціальні інструменти (ЛОР, офтальмологічні, хірургічні, тощо)	ПК (персональний комп'ютер)
СІЛЬСЬКА МІСЦЕВІСТЬ									
1. Амбулаторія ЗПСМ	149	122,6	122,6	83	125	136	3	134	3
2. ДЛ з дільницями ЗПСМ	9	269,4	213,5	5	9	9	1	8	1
3. ДЛ з відділеннями ЗПСМ	1	223,3	223,3	1	1	1		1	
4. Амб. ЗПСМ на тер. обл. ДЛ	1	311,5	311,5	1	1	1		1	1
5. РЛ з дільницями ЗПСМ	8	566,2	48,5	5	8	8		7	1
6. РЛ з відділеннями ЗПСМ	4	467,4	37,4	3	4	4	1	4	2
7. Д-ці. ЗПСМ у скл. п-ки ЦРЛ	6	833,1	43,6	2	6	6	1	5	
8. В-ня ЗПСМ у скл. пки ЦРЛ	11	712,9	56,2	9	11	11	3	9	3
МІСЬКЕ НАСЕЛЕННЯ									
9. П-ка з дільницями ЗПСМ	1	341	119,8	1	2	1		1	
10. П-ка з відділеннями ЗПСМ	3	322,2	101,6	2	6	3		2	1
11. ВСЬОГО	193	418,8	95,7	112	173	180	9	172	12

Висновки

1. Визначення вартості медичної допомоги на рівні сімейного лікаря має стати науковим

підґрунтям для переорієнтування пріоритетів фінансового забезпечення системи медичної допомоги і суттєвого збільшення коштів на ПМСД.

2. Вартість медичної допомоги пацієнтам із хворобами системи кровообігу на первинному рівні склала більше 46 тис. грн. на 1000 осіб. Цей клас хвороб в структурі загальної захворюваності населення становить третину всіх захворювань і на їх лікування потрібні кошти, які дорівнюють річному бюджету досліджених нами амбулаторій ЗПСМ.

3. Витрати із місцевого бюджету для надання первинної медико-санітарної допомоги з розрахунку на одного мешканця у закладах ЗПСМ Тернопільської області були різними в залежності від типу закладу. У 2010 році вони колива-

лись від 122,6 грн. в амбулаторіях ЗПСМ до 37,4 грн. у районних лікарнях з відділеннями ЗПСМ.

4. Результати наукових досліджень стосовно вартості та якості медичної допомоги повинні стати предметом повсякденної уваги керівників закладів охорони здоров'я усіх рівнів для своєчасного прийняття оптимальних управлінських рішень.

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні вартості медичної допомоги на первинному рівні для інших класів хвороб згідно міжнародної статистичної класифікації 10-го перегляду.

Список літератури

1. *Голяченко О. М., Сердюк А. М., Приходський О. О.* Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль, Джура: 1997. – 328с.
2. *Голяченко О. М., Голяченко А. О.* Економіка української здоровоохорони. – Вінниця, 1996. – 100 с.
3. *Голяченко О. М.* Організаційні проблеми гарантованого обсягу медичної допомоги, які має вирішити самостійна Україна // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – №3. – С.46-50
4. *Євсєєв В. І., Шевченко М. В.* Механізми фінансування первинної медико-санітарної допомоги в сучасних умовах // Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я. – Одеса – 2001. – С. 72–77. Всеукраїнської науково-практичної конференції (27 лютого 2004 р.). – Київ, 2004. – С.129–132.
5. Організаційна модель первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в сільській місцевості / Слабкий Г. О., Лехан В. М., Гойда Н. Г. [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – 2009. – Вип. 30-31, № 245/31/09. – С. 153-154.
6. *Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області.* Статистичний довідник. – Тернопіль, 2010. – 126 с.
7. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2009-2010 роки.* Статистичний довідник центру медичної статистики МОЗ України. – К., - 2011. – 329 с.
8. *Пономаренко В. М., Грузева Т. С., Євсєєв В. І., Шевченко М. В., Хунов Ю. А., Пуга С. М.* Науково-методичні підходи до формування гарантованого рівня надання безоплатної медичної допомоги (методичні рекомендації). – Київ–Луганськ., 2003. – 25 с.
9. *Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги:* наказ МОЗ України № 735 від 30.08.2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nau.kiev.ua/index.php?page=hotline&file=338346-30082010-0.txt&code=v0735282-10> – Заголовок з екрану.
10. *Розмежування фінансування первинної та вторинної медичної допомоги в законодавстві України: сучасний стан і пропозиції щодо вдосконалення:* звіт проекту ТАСІС “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні”, 2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/exspert_letters/4_VR_PHC&SHC%20Split_150209_final.pdf. – Заголовок з екрану.
11. *Сокол К. М., Шульгай А. Г.* Гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда. Соціально – медичне дослідження. – Тернопіль: Лілея, 2011. – 160 с.
12. *Стеценко Г. С., Побережний А. І., Сміянов В. А.* та ін. Реформа охорони здоров'я в Україні. /За редакцією проф. Голяченка О.М.- Тернопіль: Лілея, 2006.-160с.
13. *Чепелєвська Л. А., Шевченко М. В.* Особливості функціонування закладів загальної практики-сімейної медицини, які фінансуються з місцевих бюджетів // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – № 2. – С. 64–66.
14. *Шевченко М. В.* Деякі аспекти оплати праці медичних працівників системи первинної медико-санітарної допомоги // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 4. – С. 52–54.

СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ

Л. Н. Романюк (Тернополь)

Представлены расчёты стоимости медицинской помощи на уровне семейного врача с использованием методики определения цены медицинской помощи амбулаторному пациенту. Проведено анализ оперативной информации, касающейся ресурсного обеспечения учреждений общей практики-семейной медицины Тернопольской области.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: стоимость медицинской помощи, первичный уровень, семейный врач, механизм финансирования.

COST OF HEALTH CARE AT THE PRIMARY LEVEL*L. M. Romanyuk (Ternopil)*

The article is looking into the estimates of medical care costs on family doctor's level with using methods of determination the cost of out-patient medical care. The analysis of operative information was dedicated in deal with resource support establishments of general practice – family medicine in Ternopil region.

KEY WORDS: medical care cost, primary level, family doctor, financing mechanism.

УДК 614.88:338.516.22(477.84)

**ВАРТІСНА ОЦІНКА ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В
ТЕРНОПОЛІ***Н. Є. ФЕДЧИШИН (Тернопіль)*

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

В статті наведені розрахунки вартості швидкої медичної допомоги на рівні структурної одиниці - центру швидкої медичної допомоги з використанням методики визначення ціни медичної допомоги на двох етапах: без залучення стаціонару та в стаціонарі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вартість швидкої медичної допомоги, стандарти надання медичної допомоги, реформування швидкої медичної допомоги, економічна ефективність.

Швидка медична допомога — це система і вид найбільш масової, доступної, безплатної позалікарняної медичної допомоги при станах, що загрожують здоров'ю і життю людини. Служба швидкої медичної допомоги має свою виробничу базу й укомплектована медичним персоналом, який пройшов підготовку для подання допомоги при всіх невідкладних станах на догоспітальному етапі [1, 3, 9].

Діяльність служб швидкої та невідкладної медичної допомоги регламентується: Наказами МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500 “Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні” від 01.06.2009 р., № 370 “Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги” від 28.12.2002 р., № 507 “Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги” від 17.01.2005 р., № 24 “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Медицина невідкладних станів”, а також Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 травня 2009 р. № 563-р “Про схвалення Концепції медичного забезпечення під час підготовки та проведення в Україні фінальної частини чемпіонату Європи 2012 року з футболу”.

Розвиток та реформування системи швидкої і невідкладної допомоги має пріоритетне значення, незважаючи на брак коштів. В Постанові Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 року «Про затвердження програми надання громадянам гарантованої державної безоплатної медичної допомоги» швидка та невідкладна допомога стоїть на першому місці.

Швидка медична допомога надається безпосередньо у підрозділі (відділення швидкої медичної допомоги), вдома у пацієнта та в стаціонарі. Існує так званий дошпитальний етап – «Без залучення стаціонару» та інший етап – «Стаціонар».

Організація швидкої медичної допомоги у місті, як і на селі є однією з болючих тем української охорони здоров'я [1, 2, 3, 9].

Оскільки в Україні недостатньо обґрунтовані потреби коштів для забезпечення належного рівня швидкої медичної допомоги відповідно до рекомендованих стандартів, а також значно обмежене державне фінансування гарантованого обсягу охорони здоров'я, питання вартісної оцінки та ціноутворення при оптимальних витратах для збереження і покращання тривалості життя є особливо актуальним та вкрай необхідним [2, 6, 8, 10].

Враховуючи активну динаміку фармацевтичного ринку, цей процес аналізу повинен бути постійним та здійснюватись на всіх рівнях надан-

ня медичної допомоги [5, 6, 11]. Таким чином, в системі охорони здоров'я важливим є не тільки забезпечення належного рівня медичної допомоги, а й економічне обґрунтування, тобто фармако-економічний аналіз [2, 3, 5, 6 7].

В сучасних умовах Україна неспроможна забезпечити необхідний рівень витрат на медичну допомогу за будь-яких механізмів її фінансування, тому проблема раціонального використання коштів є досить актуальною [1, 7, 9].

За умов низького рівня соціально-економічного забезпечення громадян України та зростання захворюваності за всіма класами хвороб, ця проблема є надзвичайно актуальною для збереження і покращання здоров'я, збільшення середньої тривалості якісного життя населення. Оптимальні економічні розрахунки обґрунтовують фінансові затрати на збільшення середньої тривалості якісного життя громадян будь-якого суспільства [6, 8, 9].

Співвідношення між потребою в швидкій медичній допомозі та наявними ресурсами для надання цієї допомоги визначає економічну ефективність. Ефективність досягається шляхом надання оптимального обсягу даного виду медичної допомоги населенню [2,4,7].

Мета дослідження: дати вартісну оцінку швидкої медичної допомоги в місті Тернополі за 2010 рік.

Матеріали і методи: використано офіційні статистичні дані Тернопільського інформаційно-аналітичного центру медичної статистики та дані статистичних довідників центру медичної статистики МОЗ України.

Вартість швидкої медичної допомоги рівні розрахована згідно методики, описаної в монографії О.Голяченка і А.Голяченка «Економіка української здоровоохорони» [2]. Дана методика орієнтована на визначення ціни (вартості) невідкладної медичної допомоги.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно нашого дослідження, один виклик швидкої медичної допомоги вартував в 2010 році 83, 59 грн. Це склало 23447 грн. на 1000 осіб.

Перше, про що йдеться, це пересічна вартість одного виклику швидкої медичної допомоги з приводу окремих хвороб. Найвищою вона виявилась при хворобах органів травлення, а найменшою - при нещасних випадках, отруєннях і травмах. Звісно, йдеться про допомогу поза стаціонаром.

Таблиця 1. Вартість швидкої медичної допомоги

Хвороби та інші причини викликів ШМД	Вартість 1 виклику ШМД (грн)	Число викликів на 1000 осіб	Вартість викликів на 1000 осіб
Інфекційні і паразитарні хвороби	45,40	3,2	145,28
Розлади психіки і поведінки	50,29	2,1	105,61
Хвороби нервової системи	112,42	11,6	1304,07
Хвороби системи кровообігу	80,75	148,4	11983,30
в т.ч. гіпертонічна криза	82,35	55,0	4529,25
стенокардія напруги	78,24	9,8	766,75
Хвороби органів дихання	102,35	31,1	3183,09
Хвороби органів травлення	114,81	22,6	2594,71
Хвороби кістково-м'язової системи	75,42	6,2	467,60
Хвороби сечостатевої системи	42,51	11,3	480,36
Травми, отруєння, нещасні випадки	27,86	35,8	997,39
Інші захворювання	90,42	16,5	1491,93
Пологи і патологія вагітності	20,48	1,7	34,82
Разом	83,59	280,5	23447,01

Аналізуючи отримані дані (таблиця 1) встановлено, що розрахунок вартості по всій Україні складає 1.078.561.700 грн.

В таблиці 2 наведена вартість одного виклику швидкої медичної допомоги, який надається в стаціонарі міста Тернополя. Вона коливалась в межах від 1174,4 грн (хвороби сечостатевої системи) до 555,2 грн (нещасні випадки, отруєння і травми).

Висновки

1. Вартість одного виклику швидкої медичної допомоги, який надається поза межами стаціонару, склала (в цінах 2010 р.) $114,81 \pm 15,3 - 20,48 \pm 11,6$ гривні; коли виклик продовжується в стаціонарі – $1175,2 \pm 14,3 - 823,2 \pm 18,9$ грн.

2. Встановлено, що вартість одного виклику швидкої медичної допомоги, який надається амбулаторно, в розрізі хвороб – найдорожча з

Таблиця 4. Вартість одного виклику швидкої медичної допомоги, який надається в стаціонарі міста Тернополя (2010р., грн.)

Хвороби	Вартість, грн.
Хвороби системи кровообігу	961,2±13,5
в т.ч. гіпертонічна криза	1008,0±14,7
Хвороби органів дихання	905,2±12,4
Хвороби органів травлення	689,6±10,5
Хвороби кістково-м'язевої системи	792,8±11,3
Хвороби сечостатевої системи	1174,4±15,3
Нещасні випадки, отруєння, травми	555,2±12,8
Інші	1303,2±21,7
разом	976,8±15,6

приводу хвороб органів травлення і склала (в цінах 2010 р.) 114,8 грн і найдешевша з приводу травм, нещасних випадків – 27,9; а в стаціонарі відповідно з приводу хвороб сечо-статевої системи – 1174 грн та 555,2 грн – нещасні випадки, отруєння, травми.

3. Розрахунок вартості по всій Україні складає 1.078.561.700 грн.

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні вартості швидкої медичної допомоги на дошпитальному етапі та із залученням стаціонару в районах Тернопільської області.

Список літератури

1. Голяченко О. М., Сердюк А. М., Приходський О. О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль, Джура: 1997. - 328с.
2. Голяченко О. М., Голяченко А. О. Економіка української здоровоохорони. – Вінниця, 1996. – 100 с.
3. Жарінов О.Й. Вартість та ефективність кардіологічної допомоги в Україні / О. Й. Жарінов // Медицина світу. – 2000. – Т.9. - №1. – С.50-54
4. Коваленко В. М., Криштопа Б. П., Корнацький В. М. Проблема здоров'я та оптимізації медичної допомоги населенню України. – Київ, 2002. – 202 с.
5. Корнацький В. М., Шевченко О. М. Вартість та ціноутворення кардіологічної допомоги в Україні. – Київ: 2005. – 172 с.
6. Корнацький В. М. Ціноутворення медичної допомоги і вартість здоров'я як національного продукту держави / В. М. Корнацький, О. М. Шевченко // Український медичний часопис. – 2004. – №3 /41. – С.77-79
7. Лунская Л. Л. К вопросу о методических принципах расчетов стоимости медицинских услуг /Л.Л. Лунская // Экономика здравоохранения. – 2000. - №2,3. – С.14-17.
8. Побережний А. Організація швидкої медичної допомоги сільському населенню. – Тернопіль: Лілея, 2007. – 96 с.
9. Global health: today's challenges // The World Health Report, 2003, WHO, P. 1-20
10. Conti A. Comparative cost of chest pain unit versus coronary care unit management of acute coronary syndromes without ST-segment elevation /A. Conti, B. Paladini, S. Magazinni // Eur.Heart J. – 2002. – V.23 (Suppl.) – P.731
11. Statistical Abstract of the United States 1996. – Washington, 1996. – P.12

СТОИМОСТНАЯ ОЦЕНКА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ТЕРНОПОЛЕ.

Н. Е. Федчишин (Тернополь)

В статье приведены расчеты стоимости скорой медицинской помощи на уровне структурной единицы - станции скорой медицинской помощи с использованием методики определения цены медицинской помощи на двух этапах: без привлечения стационара и в стационаре.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: стоимость скорой медицинской помощи, стандарты оказания медицинской помощи, реформирование скорой медицинской помощи, экономическая эффективность.

COST ESTIMATION OF EMERGENCY MEDICAL AID IN TERNOPIIL

N. Ye. Fedchyshyn (Ternopil)

The article is looking into the calculations of the cost of emergency care on the level of structural unit - emergency station using a technique of determining the price of medical care in two stages: without the hospital involvement and with the hospital involvement.

KEY WORDS: cost of emergency medical care, standards of medical care providing, reforming of emergency medical aid, cost-effectiveness.

Рецензент:

Н. Ю. КОНДРАТЮК (Київ)

ЗАПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ АКРЕДИТАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ У КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ СПІЛЬНОТИ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

У статті дано визначення поняттю "акредитація закладів охорони здоров'я" та викладено основні аспекти розвитку і запровадження системи акредитації в країнах Європейської спільноти.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **якість медичної допомоги, акредитація закладів охорони здоров'я, система акредитації, ліцензування.**

Поліпшення якості медичної допомоги в Україні є однією з найактуальніших проблем. У Національному плані розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 р. № 815, визначено основні напрями удосконалення системи контролю якості медичної допомоги населенню в Україні [6;7].

Як один із шляхів досягнення цих пріоритетів, Національний план визначає забезпечення перегляду умов і критеріїв державної акредитації закладів охорони здоров'я.

Державна акредитація закладу охорони здоров'я – це офіційне визнання статусу закладу охорони здоров'я, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим критеріям та гарантії високої якості професійної діяльності.

Акредитація поряд з ліцензуванням закладів охорони здоров'я та атестацією спеціалістів є складовою позавідомчого контролю якості медичної допомоги. Основна мета акредитації – визначити відповідність організаційних і технологічних процесів в установі, незалежно від форми її власності, організаційно-правової форми та підпорядкованості, встановленим стандартам, допомогти установі у поліпшенні діяльності, дати відповідні рекомендації.

Мета роботи: вивчити та проаналізувати становлення та розвиток системи акредитації лікувальних закладів на прикладі країн Європейської спільноти.

Матеріали і методи: системного підходу, екстраполяції, аналітично-порівняльного та ретроспективного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Акредитація служб охорони здоров'я є но-

вим явищем у країнах Європи, і форми її проведення можуть бути найрізноманітнішими – від саморегламентування до проведення професійної оцінки і державної перевірки. Хоча традиційні програми мали добровільний, бажаний, структурно орієнтований і конфіденційний характер, у даний час можливі зміни за кожним з основних параметрів. Таке різноманіття діяльності свідчить про зростаюче прагнення знайти такі методи акредитації, що забезпечать найбільше підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я [1;9].

Лише у 80-х роках минулого сторіччя акредитація стаціонарних медичних установ була введена у Великобританії та Австралії. Ідея запровадження такого процесу викликає інтерес і в інших країнах, котрі прагнуть до забезпечення та підвищення рівня надання населенню послуг з охорони здоров'я.

Починаючи з 1980 р., уряди більшості європейських країн проводили експерименти з акредитації лікувально-профілактичних закладів своїх систем охорони здоров'я, однак дотепер лише деякі з них прийняли рішення про необхідність її постійного проведення. Для урядів країн і основних установ з надання медико-санітарної допомоги прийняття рішення про необхідність проведення акредитації є складним, не говорячи вже про конкретні процеси, які використовуються для досягнення цієї мети. Крім того, процес складання і прийняття стандартів акредитації вимагає великих витрат засобів і часу. Найбільш розповсюдженим способом запровадження системи акредитації в країні було залучення до цієї роботи організації, що має досвід у даній галузі в іншій країні, з наступним приведенням наявних стандартів у відповідність із конкретною ситуацією.

Британська система акредитації була піддана подальшим експериментальним досліджен-

ням у Фінляндії, Португалії і Швеції, котрі розробили модель акредитації обмеженого рівня, що не є обов'язковою. У Чеській Республіці, Німеччині, Угорщині, Польщі, Португалії, Іспанії та Швейцарії – навпаки приватні заклади охорони здоров'я були ініціаторами введення акредитації та висловлювали свої пропозиції з цього питання на розгляд уряду. Однак в цілому інтерес був короткочасним, і уряди країн віддали перевагу іншим методам удосконалення системи охорони здоров'я.

Загалом поняття державної акредитації трохи суперечливе з погляду внутрішньої логіки, оскільки необхідна участь третьої сторони, котра б виступала гарантом незалежності суджень. Крім того, державна акредитація виявляє тенденцію до введення регулювання, тобто традиційний акцент на стандартах бажаного характеру поступається переліку обов'язкових мінімальних вимог. Лише уряди небагатьох європейських країн розробили власні системи акредитації. У Бельгії загальнонаціональні стандарти розробляються на основі запланованих потреб і потім корегуються відповідно до місцевих умов. У Шотландії розробляються окремі програми акредитації за пріоритетними напрямками клінічної діяльності, такими як рак, інсульт і психічне здоров'я [1;3].

Центральний орган управління охороною здоров'я Франції створив агенцію з питань акредитації та контролю якості (HAS) з метою підвищення рівня якості та безпеки охорони здоров'я на території країни. Агенція має повну фінансову незалежність та об'єднує у собі декілька раніше незалежних організацій: департаменти акредитації медичних закладів, програм безперервного професійного розвитку та відповідної атестації медичних працівників; департамент розробки стандартів та департамент розповсюдження інформації з питань якості постачальникам медичних послуг населенню.

У Великобританії існує Комісія з питань якості медичної допомоги (CQC) – це незалежний орган у сфері медичної та соціальної допомоги, що підпорядковується лише Парламенту. Він перейняв на себе ролі Комісії з питань охорони здоров'я, Комісії з соціального інспектування та Комісії з психічного здоров'я. Новостворена Комісія не є органом акредитації, але вона контролює якість шляхом обов'язкової реєстрації постачальників медичної допомоги, а з квітня 2009 р. – перевіряє відповідність діяльності медичних закладів національним стандартам якості. Стандарти, за якими Комісія проводить оцінку ефективності діяльності медичних організацій, на даний момент зводяться до консультування та переважно орієнтуються на права па-

цієнта. Відповідно до визначення, їх основною метою є "гарантія надання кращої допомоги для всіх, незважаючи на те, де така допомога надається: в лікарні, притулку, власних домівках чи будь-де інде..."[8].

До кінця 1980-х років у Великобританії Національна система охорони здоров'я (NHS), як корпорація, користувалась недоторканістю від судових переслідувань (так звану Королівська недоторканість), оскільки персонал даної організації перебував "на службі в Її Величності". Це призвело до того, що державні служби просто не могли відстежити усі існуючі управлінські моделі та поділити відповідну увагу питанням безпеки та здоров'я. Однак Королівська недоторканість була знята наприкінці 1980-х років, і у рамках NHS почав спостерігатися процес нарощування концепцій розвитку приватного сектору, наприклад управління ризиками чи корпоративне управління [4].

Сучасна ситуація в Україні нагадує Великобританію двадцятирічної давнини, тому що розуміння питань звітності на індивідуальному чи організаційному рівні практично відсутнє.

Система охорони здоров'я України приводиться до руху практикою звинувачень практикуючого лікаря в усіх смертних гріхах, незважаючи на рівень – організаційний чи ресурсний. Це може призводити до покарання окремих осіб (фінансова, адміністративна, дисциплінарна чи навіть кримінальна відповідальність) і означає, що заклади можуть продовжувати не зважати на свою корпоративну відповідальність. Це значно відрізняється від багатьох європейських країн, в яких існують інтегровані системи управління, котрі забезпечують виконання корпоративної відповідальності.

У багатьох інших європейських країнах були прийняті закони в сфері охорони здоров'я, що мають на меті поліпшити організаційну структуру і підвищити якість клінічної допомоги, але вони не передбачають проведення повної акредитації [2].

Акредитація припускає створення незалежної системи зовнішньої оцінки діяльності відповідно до стандартів, що включають вимоги до кваліфікації персоналу, організації роботи установи, здійснення безупинного підвищення кваліфікації персоналу і кінцевих результатів надання лікувально-діагностичного процесу. Ця система, розроблена задля проведення оцінки організаційної ефективності, що не спрямована на оцінку ефективності діяльності окремих осіб. Контроль якості слід включати до систем, котрі працюють у будь-якому медичному закладі.

Основне завдання акредитації – стимулювання медичних організацій до поліпшення показників якості надання медичної допомоги насе-

ленню. Результатом створення ефективної системи акредитації стануть зміцнення довіри населення до системи охорони здоров'я та медичних працівників, зниження витрат охорони здоров'я за рахунок підвищення ефективності медичних послуг.

В даний час, коли в деяких країнах СНД, Великобританії, Ізраїлі й інших країнах світу здійснюється децентралізація управління медичними службами, заклади охорони здоров'я перетворюються з державних у незалежні, стаючи некомерційними, а іноді й комерційними організаціями. Оцінка діяльності медичних установ, здійснювана на державному чи регіональному рівнях, вимагає розробки та апробації стандартів з урахуванням реальних умов у кожній конкретній країні, рівня її економічного розвитку і структури управління. У будь-якому випадку державний контроль повинен поєднуватись з участю неурядових організацій в акредитації і забезпеченні підвищення стандартів і якості медичного обслуговування. Два підходи (державний і недержавний) повинні доповнювати один одного [5].

При проведенні акредитації незалежні організації мають визначені переваги. Акредитація, проведена не залежно від держави організацією, сприймається менш загрозово. Акредитаційна комісія може містити в собі як фахівців, так і представників громадськості, що забезпечує охоплення більш широкого кола питань. Такий підхід дозволяє інстанціям, що здійснюють фінансування, виділити контрольну групу, необхідну для розробки стандартів, що забезпечує придбання відповідного досвіду і дозволяє проводити дослідження для контролю діяльності медичних установ, рівня медичного обслуговування і його результатів. Взаємодопомога і підтримка з боку країн, що нагромадили досвід у даній галузі, сприяють розвитку механізмів акредитації і забезпечують технічну та професійну підтримку в удосконаленні системи акредитації медичних установ.

Висновки

Отже, українська система акредитації відображає культуру, яка залежить від центрального

контролю та "норм", що унеможлиблює варіювання чи внесення змін до існуючого рівня комплектації по кожній спеціальності, розподілу реверсів та багатьох інших вхідних даних. Розуміння такого поняття, як звітність, на індивідуальному чи організаційному рівнях є досить нечітким, попри велику кількість існуючих форм обліково-звітної документації для закладів різних рівнів надання медичної допомоги.

Система акредитації медичних закладів може бути лише складовою масштабної системи управління якістю в сфері охорони здоров'я України. Таким чином, система якості має бути невід'ємною складовою безпосередньо і самої системи управління, котра забезпечує загальну організацію надання послуг. Частково з вищенаведеними проблемами стикаються усі країни, але Україна знаходиться дещо позаду країн Європейської спільноти.

Спираючись на міжнародний досвід, рекомендується створення автономного (тобто незалежного) акредитаційного органу, що несе відповідальність за спостереження за процесом акредитації в усіх закладах охорони здоров'я, і не перед Міністерством охорони здоров'я України, а перед Комітетом з питань охорони здоров'я Кабінету Міністрів України. Тому вітчизняна система охорони здоров'я, повинна бути змінена для запровадження наявної практики країн Європейського союзу. Урядові зв'язки/контакти та взаємодія з міжнародними організаціями можуть надати суттєву допомогу при впровадженні цього процесу.

Агентство повинне створити кілька дрібних департаментів, які будуть здійснювати різні функції, подібно до французького HAS, але лімітуватися, за можливості, кількома дрібними департаментами.

Перспективи подальших досліджень.

Автором проаналізовано досвід проведення акредитації незалежними органами акредитації в країнах Європи, що в подальшому стане підґрунтям для розробки системи більш ефективних методів оцінки і поліпшення якості в установах охорони здоров'я.

Список літератури

1. *Акредитація як засіб здійснення контролю за якістю надання медичної допомоги* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://edu.samsmu.ru/mod/resource/view.php?id=313>. – Заголовок з екрану.
2. *Міжнародна акредитація медичних установ* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://med-visit.com/?page_id=132. – Заголовок з екрану.
3. *Онгарбаева Х. Ж. О службе внутреннего аудита и аккредитации* / Х. Ж. Онгарбаева [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.tumba.kz/index.php?option=com_content&task=view&id=1662&Itemid=29
4. *Опыт развития аккредитации и систем качества в мире* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mak.web.kg/text/world.htm>. – Название с экрана.
5. *Положение об аккредитации организаций здравоохранения в Кыргызской республике* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mak.web.kg/link/yprav.html>. – Название с экрана.

6. *Про затвердження* Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року : постанова Кабінету Міністрів України № 815 від 13.06.2007 р. [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. *Про затвердження* Програми діяльності Кабінету Міністрів України “Український прорив: для людей, а не політиків” : постанова Кабінету Міністрів України № 14 від 16.01.2008 р. [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
8. *Руководство по обеспечению качества* // Guide to quality assurance. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. – [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : http://brain.botik.ru/pls/medinfo/docs/ROOTFOLDER/Q_Ch1.htm. – Назва з екрану.
9. *Який характер* акредитації лікарень в Європі? // Офіційний веб-сайт Європейського бюро ВОЗ [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/short/20030815_3?language=Russian. – Назва з екрану.

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ АККРЕДИТАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СООБЩЕСТВА

Н. Ю. Кондратюк (Київ)

В статье дано определение понятия «аккредитация учреждений здравоохранения» и изложены основные аспекты развития и внедрения системы аккредитации в странах Европейского сообщества.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: качество медицинской помощи, аккредитация учреждений здравоохранения, система аккредитации, лицензирование

IMPLEMENTATION OF ACCREDITATION SYSTEM OF TREATMENT-AND-PREVENTIVE INSTITUTIONS IN THE COUNTRIES OF THE EUROPEAN COMMUNITY

N. Yu. Kondratiuk (Kyiv)

In article definition of concept “accreditation of health care institutions” has been given and the basic aspects of development and implementation of accreditation system in the countries of the European community have been stated.

KEY WORDS: quality of medical care, accreditation of health care institutions, accreditation system, licensing.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Б. Ященко

М. Ф. АНДРЕЙКО (Дніпропетровськ)

ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД ДО РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

КЗ "Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня" Дніпропетровської обласної ради

Проведено ретроспективне за спеціально розробленою картою клініко-психопатологічне, епідеміологічне і катamnестичне дослідження 542 медичних карт стаціонарних хворих і медичних карт амбулаторних хворих кабінету цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) територіальної поліклініки, яким верифікована патологія магістральних артерій голови і шиї (ПМАГШ). До верифікації судинної патології хворі знаходилися на курації у різних фахівців (терапевт, невропатолог, психіатр та ін.), якими виставлялися власні діагнози.

Встановлено, що психічні розлади виникають раніше за неврологічний дефіцит, можуть виступати в якості предикторів розвитку ЦВЗ і вказувати на динаміку судинної патології, що визначає лікарям різних спеціальностей (сімейний лікар, невролог, нейрохірург, психіатр) напрям подальших клінічних досліджень з метою максимально раннього виявлення хворих та відпрацювання адекватної терапевтичної тактики.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: цереброваскулярні захворювання, патологія магістральних артерій голови і шиї, психічні розлади.

Світова практика останніх років і досвід провідних неврологів, нейрохірургів і психіатрів свідчать про два основні напрями перебігу цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ), у тому числі патології магістральних артерій голови і шиї (ПМАГШ), до яких належать стенози, патологічна звивистість, артеріальні аневризми, артеріовенозні мальформації – інсульту і хронічні прогресуючі психічні захворювання з частим виходом у деменцію [2-5;8].

Психопатологічні феномени, які є більш тонкими проявами ЦВЗ, ніж неврологічні, тривалий час існують ізольовано один від одного, не мають синдромальної завершеності, у зв'язку з чим не пов'язуються фахівцями соматичного напрямку з перебігом судинного процесу. Численні симптоми астеничного кола і психо-вегетативні пароксизми, що становлять основу клінічних проявів донозологічного періоду розвитку ЦВЗ, фахівці – невропатологи, терапевти, психіатри та ін. – вкладають у свої діагностичні висновки (вегето-судинна дистонія, нейроциркуляторна дистонія, невроз тощо).

Вивчення структури і динаміки початкових проявів ЦВЗ, які виступають у вигляді психічних розладів невротичного характеру, є важливим інструментом не лише в галузі клінічної психіатрії [1;6;7], але і в межах загальномедичних знань проблемою міждисциплінарного значення.

Мета роботи: розробити інтегративний підхід до ранньої діагностики цереброваскулярних захворювань.

Вказане дослідження за даними структури і динаміки психопатологічних проявів дозволяє запідозрити розвиток ПМАГШ і спільно з ангіо-

неврологами, фахівцями УЗД, нейрохірургами визначити напрям подальших досліджень з верифікації ЦВЗ.

Результати вивчення психічних розладів у хворих з ПМАГШ на доклінічному етапі її розвитку дозволять клініцистам розробляти низку організаційних заходів, пов'язаних з можливістю максимально раннього виявлення ЦВЗ та уточнення основних принципів психіатричної допомоги таким пацієнтам, що поєднує як сучасні психофармакологічні підходи, так і базисну консервативну й оперативну терапію.

Результати вивчення психічних розладів ЦВЗ і розроблені критерії можуть стати методичною основою для більше раннього її виявлення на донозологічному рівні і диференціювати від інших станів.

Матеріали і методи. Дане дослідження ґрунтується на результатах клінічних спостережень і амбулаторного вивчення 542 медичних карт стаціонарних і амбулаторних хворих, які знаходилися на стаціонарному і амбулаторному лікуванні з 1990 р. по 2011 рік в Дніпропетровській клінічній психіатричній лікарні, обласній клінічній лікарні імені І.І. Мечникова м. Дніпропетровська і кабінету цереброваскулярної патології територіальної поліклініки.

Усі клінічні випадки ПМАГШ, що підлягали аналізу, були верифіковані транскраніальною доплерографією МАГШ, серійними ангиограмами, оперативними втручаннями, даними секційних досліджень, результатом неврологічних обстежень.

Провідними у проведеному дослідженні були клініко-психопатологічний, епідеміологічний і катamnестичний методи.

У дослідження не включалися особи, у яких розлади психічної діяльності приєднувалися в динаміці захворювання, оскільки це не відповідало меті роботи.

Момент первинного звернення по медичну допомогу умовно брався за момент декомпенсації функціонального стану судинної системи, яка порушує життєвий стереотип хворого і їм усвідомлюється.

Серед тих, хто звернувся по медичну допомогу, жінки склали 68,5% (371 особа), чоловіки – 31,5% (171 особа); $p < 0,001$.

Вік хворих загальної вибірки коливався від 14 до 55 років. Найбільша кількість хворих відмічена у віці 40–49 років. Середній вік хворих на момент декомпенсації ПМАГШ склав 34,3 року для чоловіків і 35,6 року для жінок.

Результати дослідження та їх обговорення. В ході дослідження встановлено, що найбільш рано декомпенсація функціонального стану судинної системи у чоловіків настає при артеріальних аневризмах і артеріовенозних мальформаціях.

У жінок найбільш рання декомпенсація спостерігалася при стенозах і оклюзіях магістральних судин, незалежно від їх об'єму.

Перелік і частота діагнозів, встановлених у хворих загальної вибірки до постановки на облік по кабінету ЦВЗ, були наступними: астенічний синдром (85), вегето-судинна дистонія (66), психо вегетативні розлади с мігренню (62), іпохондричний синдром (52), нейроциркуляторна дистонія (43), неврастенія (42), депресивний синдром (39), істеричний синдром (34), психо-органічний синдром (33), неврозоподібні стани, обумовлені патологією внутрішніх органів і серця (32). Частота діагнозів перевищує кількість хворих, тому що одним і тим самим хворим на різних етапах розвитку ЦВЗ встановлювалися різні діагнози.

Аналіз розподілу хворих залежно від характеру ураження МАГШ і виразності психічних розладів вказує на більш високий, і навіть переважний, рівень частоти розвитку психотичних форм порушень у пацієнтів з більш грубими змінами магістральних артерій голови і шиї порівняно з хворими, у яких діагностувався пограничний рівень психічних розладів (відповідно 95,6% проти 69,9%, $p < 0,001$). Це положення підтверджується даними Т. Д. Демиденко (1989), що науково доводять пряму залежність характеру психічних порушень від виразності анатомічних змін церебральних судин.

Для визначення основних клініко-епідеміологічних характеристик хворих групи дослідження було проведено поглиблене ретроспективне вивчення медичної документації в психопатологічному плані із зіставленням з даними катам-

нестичного спостереження і спеціального анкетування пацієнтів. Цей показник у понад 5 разів перевищує враховані дані про психічні розлади у хворих з ПМАГШ по Дніпропетровській області.

Хоча показники динамічних рядів психічних порушень судинного ґенезу жителів Дніпропетровської області і вказують на ріст кількості хворих з непсихотичним рівнем розладів з 0,56 в 1992 р. до 0,81 в 2010 р. ($p < 0,001$) порівняно з показниками психотичних форм судинних захворювань головного мозку, проте не відбивають загальної тенденції збільшення кількості хворих на судинні захворювання. Такий розподіл патології не дозволяє із загальної кількості виявити питому вагу хворих з ПМАГШ. З цієї метою проведений аналіз, спрямований на виявлення психічних розладів у хворих з ПМАГШ по кабінету цереброваскулярної патології.

Водночас екстраполяція отриманих результатів на населення не може бути прийнята, оскільки значна частина хворих з патологією магістральних артерій голови і психічними розладами залишаються поза увагою, а отже не обліковуються при перерахуванні на загальну популяцію (Н. М. Либерман, 1993).

Структура психічних розладів на момент верифікації ЦВЗ відповідає основним класам сомато-психічних порушень (органічні захворювання, невротичні стани та інші психічні порушення), проте потребує додаткового вивчення і зіставлення як кількісного їх виразу, так і часу виникнення.

Питома вага психічних розладів, встановлених хворим на момент постановки на облік по кабінету ЦВП, склала: делірій (F 05.0) – 1,4; органічні (афективні) розлади настрою – депресивний розлад (F 06.32) – 5,7; органічний дисоціативний розлад (F 06.5) – 3,7; органічний емоційно-лабільний (астенічний) розлад (F 06.6) – 54,5; легкий когнітивний розлад (F 06.7) – 14,8; органічний психосиндром (F 07.9) – 12,0; деменція (F 01.04) – 1,0; без психічних розладів – 6,9.

Оцінюючи глибину (рівень) психічних порушень на момент декомпенсації, можна відмітити, що допсихотичний рівень розладів спостерігався у 96,6% хворих. Це цілком з'ясовно, оскільки йдеться про хворих, що уперше звернулися не до психіатра, а до інтерніста. Симптоматика психічних розладів у хворих не мала структурної завершеності і масштабності, яка визначала б реалізацію патологічних феноменів в поведінці. Зберігався достатній аналіз і контроль хворобливих відчуттів.

У клініко-організаційному аспекті надання допомоги хворим з ПМАГШ важливо знати не лише психопатологічні феномени прояву судинної патології на найбільш ранніх етапах її розвитку, але і час запізнювання (лагу) діагностики від перших проявів декомпенсації до верифікації виду ЦВЗ.

До моменту встановлення судинного нозологічного діагнозу хворі були оглянуті психіатром, і особливості клінічних проявів первинних психопатологічних синдромів були розцінені як обумовлені органічним чинником, що дало можливість обчислити показник запізнювання (лагу) діагностики ЦВЗ залежно від характеру ПМАГШ.

Найбільшими були лаги у хворих із стенозами і оклюзіями магістральних артерій об'ємом <50% і з патологічною звивистістю, перегинами і петлеутвореннями, що цілком пояснюється характером ПМАГШ і більш плавним характером динаміки судинного процесу.

Зіставлення даних віку декомпенсації і віку встановлення остаточного нозологічного діагнозу ЦВЗ показало наявність запізнювання (лагу). Величина такого запізнювання в роках коливалася у пацієнтів залежно від виду ПМАГШ від 6,3 до 10,8 року і від 1,6 до 6,4 року з моменту формування стійкого психопатологічного синдрому.

Таким чином, довжина лагу виявляє залежність як від виду ЦВЗ, так і від структури пси-

хічних розладів, які є визначальними у напрямі діагностичного процесу. Так, у випадках розвитку емоційно лабільного (астенічного) органічного розладу напрям діагностичного процесу задається сталою і клінічно виправданою у багатьох випадках традицією пошуку передусім соматичної (у широкому сенсі) природи астенії.

Висновки

Проведене клініко-епідеміологічне дослідження ПМАГШ дозволяє зробити висновки, що психічні розлади виникають раніше за неврологічний дефіцит, можуть виступати в якості предикторів розвитку ЦВЗ і вказувати на динаміку судинної патології, що визначає лікарям різних спеціальностей (сімейний лікар невролог, нейрохірург, психіатр) напрям подальшого діагностичного пошуку. **Перспективи подальших досліджень** становить відпрацювання організаційних заходів, пов'язаних з можливістю максимально раннього виявлення хворих та відпрацювання адекватної терапевтичної тактики.

Список літератури

1. Андрейко М. Ф. Психические расстройства донозологического периода у больных с артериовенозными мальформациями / М. Ф. Андрейко // Материалы общерос. конф. [“Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах”], (Москва, 27–30 окт. 2009 г.). – М., 2009. – С. 3.
2. Кузьмина А. П. Психопатология патологической извитости внутренней сонной артерии / А. П. Кузьмина, М. М. Буркин // Материалы XV съезда психиатров России. – М.: ИД “МЕДПРАКТИКА-М”, 2010. – С. 283.
3. Методы исследования в неврологии и нейрохирургии / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Беляков В. В. [и др.]. – М.: Нолидж, 2000.
4. Патофизиологические механизмы геморрагического инсульта и пути дифференцированной терапии / Е. И. Гусев, В. А. Стоник, М. Ю. Мартынов [и др.] // Журн. неврол. и психиатрии имени Корсакова. – 2007. – № 21. – С. 10–15.
5. Симонян В. А. Зміни магістральних артерій голови у хворих з транзиторними ішемічними атаками / В. А. Симонян, С. К. Євтушенко, Ю. В. Родін // Матеріали Першого національного конгресу [“Інсульт та судинно-мозкові захворювання”], (Київ, 14–15 вер. 2006 р.). – К., 2006. – С. 26.
6. Слободин Т. Н. Тревожные и депрессивные расстройства в общей практике / Т. Н. Слободин // Матеріали XII Міжнар. конф. [“Актуальні напрямки в неврології: сьогодні та майбутнє”], (Судак, 25–28 квіт. 2010 р.). – К., 2010. – С. 226–229.
7. Сучасна діагностика і лікування в неврології та психіатрії: довідник лікаря “Невролог - Психіатр” / за ред. д.мед.н., проф. Т. С. Міщенко та д.м.н., проф. В. С. Підкоритова. – К.: ТОВ “Доктор-Медіа”, 2008. – 624 с. – (Серія “Бібліотека “Здоров'я України”).
8. Poststroke dementia / Leys D. [et al.]. – VASCOG (San Antonio), 2007. – 21 p.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

М. Ф. Андрейко (Днепропетровск)

Проведено ретроспективное по специально разработанной карте клиничко-психопатологическое, эпидемиологическое и катamnестическое исследование 542 медицинских карт стационарных больных и медицинских карт амбулаторных больных кабинета цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) территориальной поликлиники, которым верифицирована патология магистральных артерий головы и шеи (ПМАГШ). До верификации сосудистой патологии больные курировались разными специалистами (терапевт, невропатолог, психиатр и др.), которыми устанавливались свои диагнозы.

Установлено, что психические расстройства возникают значительно раньше неврологического дефицита, могут выступать в качестве предикторов развития ЦВЗ и указывать на динамику сосудистой патологии, что определяет врачами разных специальностей (семейный доктор, невролог, нейрохирург, психиатр) направление дальнейших клинических исследований с целью максимально раннего выявления больных и выработки адекватной терапевтической тактики.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **цереброваскулярные заболевания, патология магистральных артерий головы и шеи, психические расстройства.**

THE INTEGRATIVE APPROACH TO THE EARLY DIAGNOSTICS OF CEREBROVASCULAR DISEASES

M. F. Andreiko (Dnepropetrovsk)

The retrospective clinic and psychopathologic, epidemic and follow-up study of 542 carta medica of out-patients of the cerebrovascular pathology's study of the district polyclinic has been carried out, whom were verified the pathology of the trunk arteries of the head and the neck according to the special made-up medical history. Before the verification of vascular pathology the patients were under the observation by different specialists' (therapist, neuropathist, psychiatrist), whom varied diagnosis have been put.

It was stated that psychical disorders appear much earlier than the neurological deficit. The psychical phenomena have been already defined which can be like predictors of the development of cerebrovascular diseases and point at the dynamics of vascular pathology. The future of the further clinical researches in the direction of maximum early revealing of patients with the pathology of trunk arteries of the head and the neck are conducted with the help of the following specialists (family doctor, neurologist, neurosurgeon, psychiatrist) and apparatus methods of the research.

KEY WORDS: **cerebrovascular diseases, pathology of the main arteries of the head and the neck, mental frustration.**

Рецензент: д. держ. упр. Н. П. Кризина

ДИСКУСІЇ

УДК 614.2:616-082]:711.454

В. М. ЯКИМЕЦЬ, Т. В. ЛОБОДА, С. М. ІВАЩЕНКО (Київ)

СИСТЕМА НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО МІСТА

ВНЗ "Інститут екології та медицини"
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Київська міська клінічна лікарня № 12

Наведено результати дослідження системи надання спеціалізованої медичної допомоги населенню великих промислових міст України. Шляхом застосування спеціальних наукових методик дослідження виявлено найбільш суттєві недоліки даної системи та визначено раціональні способи її оптимізації. Зокрема доведено доцільність використання можливостей корпоративної системи інформаційного забезпечення в ході реалізації заходів спеціалізованої медичної допомоги населенню великих промислових міст. Встановлено, що використання альтернативних джерел фінансових ресурсів здатне забезпечити достатню ефективність системи спеціалізованої медичної допомоги навіть в умовах суттєвих обмежень бюджетного фінансування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **спеціалізована медична допомога, заклади охорони здоров'я, структура ліжкового фонду, сімейна медицина, велике промислове місто, єдиний інформаційний медичний простір.**

Важливою складовою системи медичної допомоги різним категоріям населення України є організація спеціалізованої медичної допомоги в умовах великого промислового міста. На те-

риторії нашої держави значна кількість працездатного населення проживає в містах з розвинутою промисловою інфраструктурою [4;5]. Це пов'язане з необхідністю забезпечення промислових підприємств значними людськими ресур-

сами. Безумовно, наявність великої кількості людей, що проживають і працюють на визначеній території (як правило, в умовах великого промислового міста), потребує вирішення проблеми їх повноцінного медичного забезпечення [3;8;10]. При цьому, залежно від особливостей умов проживання мешканців міста та специфічних факторів їх трудової діяльності (інтенсивність і напруженість праці, наявність шкідливих факторів тощо) формується структура захворюваності цього контингенту та потреба у силах і засобах служби охорони здоров'я [1;2].

Слід зазначити, що у населення великого промислового міста виникає значно більше таких випадків захворювань, які потребують спеціалізованої медичної допомоги [6;8;9;11]. На думку провідних вчених країни, до категорії спеціалізованої медичної допомоги слід відносити вторинну та третинну медичну допомогу (Г. Слабкий, 2000, В. Лехан, 2004).

Останнім часом з об'єктивних причин в Україні спостерігається зниження показників якості спеціалізованої медичної допомоги населенню, особливо за параметрами її доступності, своєчасності та загальної ефективності, що, безумовно, викликає незадоволеність певних верств населення великих промислових міст (А. Степаненко, 2000; О. Ціборовський, 2000). Тому однією з актуальних проблем сучасної практичної медицини є пошук шляхів оптимізації спеціалізованої медичної допомоги різним категоріям населення великих промислових міст країни.

Метою роботи є дослідження сучасного стану системи спеціалізованої медичної допомоги в умовах великих промислових міст України та обґрунтування напрямків її оптимізації.

Матеріали і методи. В ході виконання дослідження застосовувались методи спостереження, експертних оцінок, анкетування, аналізу матеріалів звітів закладів охорони здоров'я та статистичної обробки отриманих даних.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження, проведені з використанням методів анкетування та експертних оцінок, показали, що однією з головних причин зменшення розвитку закладів медичної допомоги вторинного і третинного рівня можна вважати диспропорцію між стаціонарною і амбулаторно-поліклінічною ланками надання медичної допомоги населенню.

Значні зміни у структурах цих ланок відбулися внаслідок пошуку шляхів зменшення потреби у заходах спеціалізованої медичної допомоги, особливо у тих, які пов'язані з високим рівнем витрат коштів і матеріальних ресурсів. Дослідження показало, що завдяки застосуванню такого підходу недоліки у системі реалізації заходів спеціалізованої медичної допомоги повністю не зникли, а це підтвердило переконання в тому,

що зміни в системі організації лікувально-профілактичної медичної допомоги населенню в наш час є вкрай необхідними.

На думку вчених (В.М. Пономаренко, 1999; В.І. Євсєєв, 2000; В. Рудий, 2000), для підвищення ефективності медичної допомоги населенню великих промислових міст необхідно провести поетапне реформування галузі та передбачити поступові зміни структури і масштабів ліжкового фонду лікувальних закладів відповідно до реальних місцевих потреб, а також досягти значного підвищення рівня якості медичних послуг у сфері спеціалізованої медичної допомоги. При цьому слід мати на увазі, що надзвичайно важливою складовою процесу реформування галузі охорони здоров'я населення країни повинно бути гарантоване підвищення ефективності діяльності лікувально-профілактичних заходів в галузі медичного обслуговування пацієнтів та оптимізація спеціалізованої медичної допомоги з орієнтацією на специфіку виробничої діяльності населення в межах великого промислового міста.

Крім того, в ході даного дослідження було проведене вивчення основних показників діяльності системи охорони здоров'я великого промислового міста (наприклад, організація амбулаторної та стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню). Було встановлено, що рівень якості надання спеціалізованої медичної допомоги населенню значною мірою залежить від раціональності кадрового забезпечення лікувально-профілактичних закладів та рівня професійної майстерності лікарів-спеціалістів.

Дослідження були також спрямовані на виявлення можливих шляхів зменшення витрат на спеціалізовану медичну допомогу дорослому міському населенню, механізму захисту громадян від фінансового ризику на випадок хвороби; організацію спеціалізованої медичної допомоги в умовах реорганізації галузі та надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (В. Лехан та ін., 2004).

Дослідження проводились на базі лікувально-профілактичних закладів Донецької, Луганської, Дніпропетровської, Харківської та деяких інших областей України, міста яких характеризуються різними рівнями економічного розвитку і стану навколишнього середовища.

При розробці сучасної системи організації спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню великих промислових міст за основу були взяті критерії ВООЗ – доступність медичної допомоги, раціональність використання фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів та її соціальна прийнятність [12].

Результати нашого дослідження підтвердили думку деяких авторів про те, що медична га-

лузь, передусім система спеціалізованої медичної допомоги, потребує належного інформаційного забезпечення шляхом прискорення формування єдиного інформаційного медичного простору країни. Відомо, що на даний час в провідних лікувально-діагностичних закладах, розташованих у великих промислових містах, де надається спеціалізована медична допомога населенню, має місце недостатня забезпеченість комп'ютерною технікою.

Дослідження показало, що сучасна система спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню повинна відповідати вимогам часу та змінам, які відбуваються як в соціально-економічному житті країни взагалі, так і в галузі охорони здоров'я населення зокрема. При цьому заснована на сучасних наукових розробках вдосконалена система спеціалізованої медичної допомоги повинна вирішувати проблему забезпечення пацієнтів доступною та якісною спеціалізованою медичною допомогою за рахунок ефективного і раціонального використання матеріально-технічних, кадрових та фінансових ресурсів.

Проведений нами аналіз сучасного стану системи спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню великих промислових міст показав, що актуальним є проведення комплексного реформування даної системи, в основу якого повинно бути покладено принципи системності та функціональної цілісності.

Одержані результати наукового дослідження дозволили зробити висновок, що оптимальним шляхом реформування зазначеної системи є збереження позитивних елементів існуючої системи та введення до неї якісно нових, зокрема запропоноване Г. Слабким введення догоспітального і госпітального етапів, що функціонально поєднані між собою.

Догоспітальну форму пропонується організувати як спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну допомогу за територіальним принципом. Перший рівень повинна складати первинна медико-санітарна допомога в умовах поліклініки, що обслуговує населення мікрорайону чисельністю від 9 до 12 тис. осіб. На другому рівні повинна здійснюватися робота з реалізації заходів лікувально-діагностичної та профілактичної допомоги, що надається населенню житлового району чисельністю від 36 до 48 тис. осіб

за визначеними медичними профілями (терапія, хірургія, офтальмологія та ін.). На третьому рівні повинна надаватися консультативна, діагностична, лікувальна та експертна медична допомога за всіма профілями та в масштабах всього населення великого промислового міста.

Найбільш складним питанням при проведенні даного дослідження стало визначення масштабів потреб у спеціалізованому ліжковому фонді для населення великого промислового міста. За нашими підрахунками, така потреба становить для ліжок хірургічного профілю – 3,9, неврологічного – 3,6, кардіологічного – 3,4, травматологічного – 3,3, пульмонологічного – 1,8, офтальмологічного – 1,6, урологічного – 1,5, отоларингологічного – 1,5, нейрохірургічного – 1,0, гастроентерологічного – 0,9 та нефрологічного – 0,8 на 10 тисяч осіб дорослого населення, що практично співпало з даними В.М. Подольки (2003 р.). При цьому було доведено, що оптимізації використання даного ліжкового фонду сприяє надання спеціалізованої медичної допомоги в умовах денних і домашніх стаціонарів, в яких спеціалізована медична допомога надається приблизно 15% хворих, що сприяє скороченню фінансових витрат на лікувально-діагностичний процес до 10–12%.

Висновки

1. Корпоративна система інформаційного забезпечення спеціалізованої медичної допомоги на рівні великого міста дозволяє проводити моніторинг стану здоров'я населення за умов раціонального використання кадрового, фінансового та матеріально-технічного потенціалу.

2. В умовах обмеження фінансових надходжень з бюджету найбільш ефективно виявляється модель консолідованого фінансування заходів спеціалізованої медичної допомоги за рахунок страхових внесків від обов'язкового і добровільного медичного страхування та соціального страхування на випадок професійних захворювань і виробничих травм, а також лікарняних кас й альтернативних джерел.

3. Сучасна структурно-функціональна модель організації заходів спеціалізованої медичної допомоги в умовах великого промислового міста повинна відповідати принципам проблемно-тактичного, ситуаційного та стратегічного управління та ґрунтуватися на принципах застосування перспективних інформаційних технологій.

Список літератури

1. Борисов Б. М. Экологические подходы в оценке состояния здоровья подростков / Б. М. Борисов, В. И. Примаков, Т. А. Мартирова // Воен.-мед. журн. – 1996. – № 2. – С. 51–55.
2. Гончарук Е. И. Изучение влияния факторов окружающей среды на здоровье населения / Е. И. Гончарук, Ю. В. Вороненко, Н. И. Марценюк. – К. : КМИ, 1989. – 204 с.

3. Дячишин В. І. Захворюваність населення як медико-соціальна проблема / В. І. Дячишин, В. В. Рудень. – Л. : ЛДМУ ім. Данила Галицького, 2002. – 32 с.
4. Комплексна оцінка стану здоров'я дітей і підлітків як гігієнічна проблема: методологічні і прикладні аспекти (огляд літератури) / Гончарук Є. Г., Бардов В. Г., Сергета І. В., Омельчук С. Т. // Журн. АМН України. – 2003. – Т. 9, № 3. – С. 523–541.
5. Курило І. Проблема здоров'я нації в сучасній Україні / І. Курило // Журн. практичного лікаря. – 2002. – № 5. – С. 2–10.
6. Подходы к прогнозированию состояния здоровья различных групп населения / Кучма В. Р., Анкифиева Т. А., Панасюк Н. Н., Ягужинский М. С. // Гигиена и санитария. – 1994. – № 5. – С. 53–56.
7. Попов М. Здоровье как социальная ценность / М. Попов, П. Михайлова // Философские и социально-гигиенические аспекты учения о здоровье и болезни. – М. : Медицина, 1975. – С. 48–58.
8. Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України : Указ Президента України від 08.08.2000 р. № 963 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 32 – С. 22–23.
9. Пути улучшения оздоровительной и лечебно-профилактической работы со студентами / В. Е. Апарин, Г. К. Корчагин, Н. В. Фролов [и др.] // Актуальные проблемы медицины. – Воронеж, 1993. – С. 158–162.
10. Сидоренко Г. И. Методология изучения состояния здоровья населения / Г. И. Сидоренко, Е. Н. Кутепов // Гигиена и санитария. – 1998. – № 4. – С. 35–39.
11. Health related lifestyle in adolescence predict adult educational level: A longitudinal study from Finland // J. Epidemiol. and Community Health. – 1998. – Vol. 52, № 12. – P. 794–801.
12. <http://www.who.or.jp/network.html>. Cited 26 February, 2007.

СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ БОЛЬШОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

В. Н. Якимец, Т. В. Лобода, С. М. Иващенко (Киев)

Приведены результаты исследования системы оказания специализированной медицинской помощи населению крупных промышленных городов Украины. Путем применения специальных научных методик исследования выявлены наиболее существенные недостатки данной системы и определены рациональные способы ее оптимизации. В частности доказана целесообразность использования возможностей корпоративной системы информационного обеспечения в ходе реализации мероприятий специализированной медицинской помощи населению крупных промышленных городов. Кроме того, установлено, что использование альтернативных источников финансовых ресурсов способно обеспечить достаточную эффективность системы специализированной медицинской помощи даже в условиях существенных ограничений бюджетного финансирования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: специализированная медицинская помощь, здравоохранительные учреждения, структура коечного фонда, семейная медицина, крупный промышленный город, единое информационное медицинское пространство.

RENDERING OF SPECIALIZED MEDICAL CARE SYSTEM FOR POPULATION IN CONDITIONS OF BIG INDUSTRIAL CITY

V. N. Yakimets, T. V. Loboda, S. M. Ivaschenko (Kyiv)

Results of study of existing specialized medical care for population of big industrial cities in Ukraine have been presented. By the way of using special scientific methods of research the most significant lacks of system have been revealed and rational ways of its optimization have been identified. In particular, it is proved the advisability of using opportunities of the corporate system informational support in the realization measures of specialized medical care for population of big industrial cities. In addition, it was found that the use of alternative funding sources can provide an effective system of specialized medical care even in the condition of budget financing limitations.

KEY WORDS: specialized medical care, health care institutions, the structure of hospital beds, family medicine, a big industrial city, single informational space of health.

СУЧАСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Д. Д. ДЯЧУК, Я. І. ГРИЩУК, Л. Ю. МЕЛЬНИК (Київ)

Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини"
Державного управління справами

Проведено аналіз організації реабілітації хворих після хірургічних втручань на амбулаторно-поліклінічному етапі у Державній науковій установі "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами за останні три роки. Представлені ключові позиції організації процесу комплексної реабілітації хворих після різноманітних хірургічних втручань. Показано ефективність реабілітаційних методик, медикаментозної терапії, лікувальної фізкультури, фізіотерапевтичних методів та масажу. Підкреслюється важливість комплексного підходу до використання реабілітаційних заходів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: реабілітація, хірургічні втручання, етапи реабілітації, види реабілітації.

За даними світової літератури, тільки комплексна реабілітація може бути ефективною у відновному лікуванні хворих після оперативних втручань. Це пов'язано не тільки із складністю хірургічного втручання, але і з вірогідністю виникнення різноманітних ускладнень після операції, які можуть призвести до інвалідності хворих [1;2]. Важливу роль у відновленні здоров'я та працездатності пацієнта відіграє правильна організація процесу медичної реабілітації в центрі реабілітації та хірургічному відділенні Державної наукової установи "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами (далі – ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУ). При формуванні програми реабілітації потрібно враховувати ряд факторів:

- характер хірургічних втручань;
- клінічний стан хворого та наявність важкої супутньої патології;
- наявність чи можливість ускладнень після хірургічних втручань;
- вік хворого.

Метою дослідження було проведення аналізу організації реабілітації хворих після хірургічних втручань на амбулаторно-поліклінічному етапі у Державній науковій установі "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами. Вивчалася ефективність комплексного відновного лікування 72 хворих після різних хірургічних втручань.

Результати дослідження та їх обговорення. Сучасна фізична реабілітація хворих після різноманітних хірургічних втручань повинна включати в себе різні форми лікувальної фізкультури, фізіотерапевтичні методи та масаж.

Протягом останніх трьох років в центрі реабілітації та хірургічному відділенні ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС комплексне відновне лікування було проведено 72 хворим після різних хірургічних втручань. Як показав аналіз, найбільш ефективною формою ЛФК є лікувальна гімнастика. Вона призначалася всім хворим після хірургічних втручань, при цьому гімнастичні вправи були як загальнозміцнюючими, так і спеціальними [3–5]. Обов'язково застосовувалися дихальні вправи статичного та динамічного характеру. Загальнозміцнюючі вправи мали тренувальну дію на серцево-судинну, нервову, м'язову системи, а спеціальні вправи були цільовими з урахуванням хірургічного втручання. Крім того, призначався курс масажу, як загального, так і сегментарного. Комплекс фізіотерапевтичних методик призначався як з профілактичною метою, так і при ускладненнях хірургічних втручань [6–8]. Найбільш ефективними були наступні фізіотерапевтичні методи:

- УВЧ на ділянку шва через пов'язку;
- УФО ділянки рани і навколишньої шкіри по 3–4 біодози під час перев'язок;
- діодинамометрія (ДДТ), індуктотермія на ділянку сонячного сплетіння;
- парафінові та озокеритові аплікації на ділянку живота (при утворенні злук в черевній порожнині).

Аналіз показав, що процес загоєння ранової поверхні відбувається швидше та без ускладнень після застосування наступних лікарських препаратів:

- пов'язки з антибіотиками широкого спектру дії (левомеколь, левосин);
- лікарські засоби протизапальної дії (димексид);
- ентєральне медикаментозне лікування наступними препаратами – антибіотиками, імунопро-

текторами (імунал, ехінацея), протизапальної дії (німесил, диклоберл, моваліс), препаратами для покращення процесу травлення (пангрол, гептрал, енерлів, мотиліум) [9–12].

Основними критеріями ефективності відновного лікування хворих після хірургічних втручань були наступні процеси:

- покращання загального стану хворих та скорочення тривалості непрацездатності;
- підвищення м'язового тону та відновлення працездатності;
- відсутність злукового процесу та формування еластичного рубця;

- розсмоктування інфільтратів та стимуляція проліферативних процесів у тканинах;
- відновлення або покращення всіх порушених функцій організму (серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, дихальної системи тощо).

Аналіз результатів комплексного лікування показав, що у 56 (77,8%) хворих загальний стан та локальний процес покращився. Водночас у 12 (16,7%) хворих позитивних змін не зареєстровано, а у 4 (5,6%) хворих курс відновного лікування був припинений через погіршення стану (рис.).

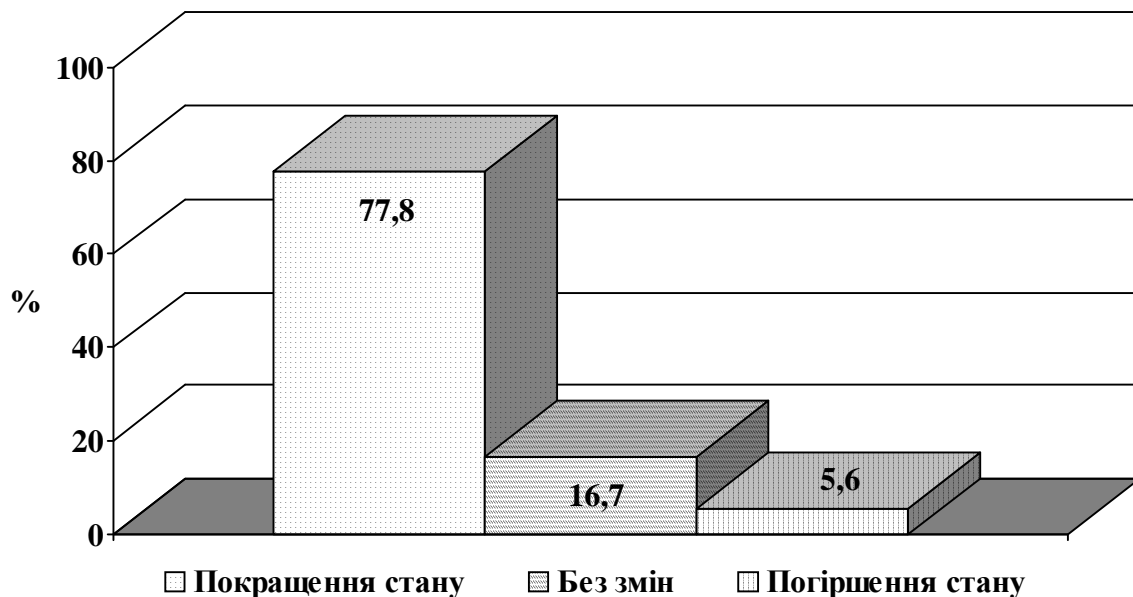


Рис. Характеристика ефективності відновного лікування після хірургічних втручань (%)

Висновки

1. Комплексність застосування різних засобів реабілітації у хворих після хірургічних втручань є важливим чинником підвищення ефективності відновного лікування.

2. Система організації процесу реабілітації повинна мати індивідуальний підхід з урахуванням характеру хірургічного втручання, клінічно-

го стану хворого та наявності важкої супутньої патології, наявності чи можливості ускладнень після хірургічних втручань, віку хворого.

3. Для покращення реабілітаційного процесу в центрі реабілітації та в хірургічному відділенні важливим є залучення ряду сучасних технологічних засобів та моніторинг стану хворих в процесі реабілітації.

Список літератури

1. Боголюбов В. М. Медична реабілітація. Т. 1 / В. М. Боголюбов. – М., 2007. – С. 507–530.
2. Боголюбов В. М. Медична реабілітація. Т. 3 / В. М. Боголюбов. – М., 2007. – С. 305–325.
3. Воробьев А. И. Полный справочник практикующего врача / А. И. Воробьев. – М.: ОНИКС, 2010. – 880 с.
4. Генш Н. А. Справочник по реабилитации / Н. А. Генш. – Ростов н/Д: Феникс, 2008 – С. 61–72.
5. Дубровский В. И. Спортивная медицина / В. И. Дубровский. – М.: Владос, 2005. – С. 159–170.
6. Дубровский В. И. Лечебный массаж / В. И. Дубровский. – М.: Владос, 2005 – С. 140–145.
7. Кошкалда С. А. Основы физиотерапии для медицинских училищ / С. А. Кошкалда. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – С. 33–34.
8. Лейзерман В. Г. Восстановительная медицина / В. Г. Лейзерман, О. В. Бугрова, С. И. Красикова. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – С. 88–121.
9. Попов С. Н. Физична реабілітація / С. Н. Попов. – Ростов н/Д: Феникс, 2008 – С. 378–388.
10. Томашевський М. І. Наскрізна програма та методичні рекомендації для виконання навчальної науково-дослідної роботи студентами з першого по п'ятий курсів / М. І. Томашевський. – Горлівка, 2007. – С. 7–18.

11. <http://www.Mymassage.ru>

12. <http://www.Rus-medserver.ru>

СОВРЕМЕННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Д. Д. Дячук, Я. И. Гришчук, Л. Ю. Мельник (Киев)

Проведен анализ организации реабилитации больных после хирургических вмешательств на амбулаторно-поликлиническом этапе в Государственном научном учреждении "Научно-практический центр профилактической и клинической медицины" Государственного управления делами за последние три года. Представлены ключевые позиции при организации процесса комплексной реабилитации больных после разнообразных хирургических вмешательств. Показана эффективность реабилитационных методик, медикаментозной терапии, лечебной физкультуры, физиотерапевтических методов и массажа. Подчеркивается важность комплексного подхода к использованию реабилитационных мероприятий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **реабилитация, хирургические вмешательства, этапы реабилитации, виды реабилитации.**

MODERN PATIENTS REHABILITATION AFTER SURGICAL INTERVENTIONS

D. D. Diachuk, Ya. I. Grishchuk, L. Yu. Melnik (Kiev)

The analysis of the organization of patients rehabilitation after surgical interventions at out-patient-polyclinic stage in the State scientific institute "The Scientific and practical center of preventive and clinical medicine" by the State of affairs for last three years has been carried out. Key positions have been submitted at the organization of the complex rehabilitation process in patients after various surgical interventions. Efficiency of rehabilitation methods, medicamentous therapy, physiotherapy exercises, physiotherapeutic methods and massage has been shown. Importance of the complex approach to using of rehabilitation measures has been emphasized.

KEY WORDS: **rehabilitation, surgical interventions, stages of rehabilitation, kinds of rehabilitation.**

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

УДК 61(092)(477)

Я. В. ГАНІТКЕВИЧ (Львів)

СТЕПАН ЗОЩУК – ВИДАТНИЙ УКРАЇНСЬКИЙ ЛІКАР

В статті розповідається про видатного українського лікаря, доктора медицини, спортивного лікаря, хірурга, який за своє тривале життя працював в Європі, Азії та Африці. Активіст, суспільний діяч, публіцист.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **Степан Зошук, видатний український лікар.**

Степан Зошук - надзвичайно цікава постать, відомий у світі знаменитий лікар, визначний український діяч і патріот.

Степан Зошук народився 9 серпня 1909 року в Кракові в українській сім'ї. Батько був поштовим урядником, раніше служив старшиною в

австрійській армії. Після розпаду Австро-Угорської монархії батьки повернулися в рідні краї, оселилися в Коломиї. Степан спочатку навчався в народній школі, опісля в Коломийській українській гімназії, яку закінчив 1928 року. Почавши з 1931 року він та його брат Іван були в складі дружини копаного м'яча (футболу) «Сокіл», бра-

ли участь в роботі Українського спортивного союзу в Коломиї.

Протягом 1931-1933 рр. Степан навчався у Вищій школі будови машин. Проте його манив спорт та медицина. Оскільки до Львівського університету на той час українцям було майже неможливо вступити із-за обмежень, запроваджених польською владою, Степан виїхав до Познані, де менше проявлявся польський шовінізм. Там йому вдалося вступити на медичний факультет університету.

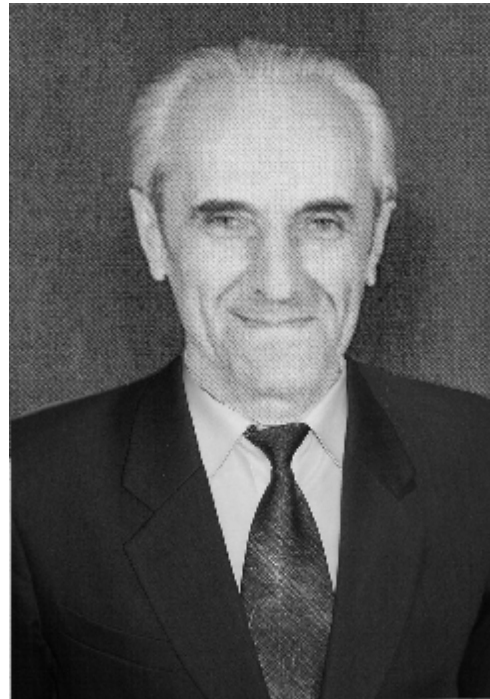
Степан Зошук, як згадували його товариші, був дуже працьовитим і старанним студентом, намагаючись забезпечити себе матеріально влітку працював у Анатомічному музеї Познанського університету. Завдяки здібностям до рисунку допомагав професорові С.Ружицькому в облаштуванні музею, був також демонстратором з анатомії. Одночасно він студював також спортивну медицину в Академії фізичного виховання.

С. Зошук був одним із найактивніших студентів-медиків, брав активну участь в роботі Української студентської громади імені М. Міхновського, був членом її управи. За його ініціативи засновано т.зв. Медичну ланку, яка організувала реферати та дискусії на медичні теми, велику увагу приділяла розробці української медичної термінології. Пізніше він все життя займався українським медичним назовництвом, опублікував у «Лікарському віснику» (1969) статтю «До справи укладання українського медичного словника».

Елітою громади була корпорація «Чорноморе», яка мала націоналістичну орієнтацію, у провіді її були Степан Зошук, Мирон Зарицький, Павло Тарашук. При Громаді існував також мішаний хор, який виступав на різних імпрезах, співав під час Служби Божої.

В 1939 році С.Зошук закінчив медичний факультет Познанського університету та Академію фізичного виховання, отримав диплом лікаря та грамоту лікаря зі спорту. В тому ж році він одружився з лікаркою Іриною Прісневською, яка походила з Волині. Вона також закінчила Познанський університет, спеціалізувалася в акушерстві. Біля 1941 року в них народилася донька Одарка-Світлана, в 1945 р. - син Аскольд.

Розпочавши в Познані приватну практику, С. Зошук зайнявся активною діяльністю в українській громаді, входив до Українського національного об'єднання (УНО). Він заложив і провадив шкільку УНО, яка охоплювала молодь Познані та околиць, виступав ініціатором і режисером багатьох заходів, керував спортивно-виховною роботою філії УНО в Познані. За таку активну громадську діяльність С.Зошука переслідувала польська влада, кілька разів його заарештовували, але за браком доказів відпускали.



Доктор Степан Зошук

Після нападу Німеччини на СРСР у 1941 році д-ра С.Зошука як активного українського громадського діяча стала переслідувати німецька влада, одного разу мав бути арештований гестапо, але на щастя його не було тоді в Познані. Сім'я Зошуків переїхала до Відня, де менше відчувалися небезпеки і труднощі Другої світової війни.

У 1941 р. Степан Зошук був одним з керівників вишкільного табору ДУН (Дружини українських націоналістів) у замку Завберсдорф біля Відня. З 1941 по 1951 рр. він працював асистентом-хірургом II-ої хірургічної клініки Віденського університету, яку очолював проф. др. В. Денк. Тут він став спеціалістом в усіх напрямках хірургії, добре оволодів малою хірургією, ургентною хірургією, методами хірургічної діагностики, проводив успішно великі операції на внутрішніх органах, на кінцівках, урологічні операції. Велике значення він вже тоді надавав здоровому харчуванню, часто за його допомогою покращував стан хворих. Відмічали його чуйне ставлення до хворих, відданість пацієнтам, нерідко безінтересне надання допомоги.

С. Зошук отримав (1945) ступінь клінічного асистента, диплом доктора медицини (1948), сертифікат про спеціалізацію в загальній хірургії та урології. Пізніше (1951- 1953) він працював начальним хірургом у французькому військовому шпиталі в м. Фельдкірх (Австрія).

Згодом С. Зошук виїхав з Австрії більш як на 25 років, працював у Сирії, Ефіопії та Кенії. З 1956 року він почав працювати хірургом в лікарні «Аль Каліме» в Алеппо (Халеб, Сирія). Працював тут

два роки, зустрічався з президентом Сирії Шукрі Куботлі.

У 1959 році д-ра С. Зошука запросили начальним хірургом до лікарні Аль-Аглі в Алеппо. Він брав участь в зїзді лікарів арабських країн в Багдаді (1962). Любив мандрувати, відвідав Ірак і Йорданію (1963), давні святині, церкви, мошея – будівлі, де зберігаються мощі рідних Магомета.

У 1965 р. С.Зошук переїжджає на запрошення імператора до Ефіопії, де провів 16 років. Він працює в Аддіс-Абебі начальним хірургом в лікарні Прибічних військових (сердюцьких) з'єднань імператора Хайлі-Селассі I, часто зустрічається з імператором, консулює його та його сім'ю. Збереглася світлина д-ра С. Зошука та його доньки Одарки-Світлани із прирученим львом імператора з кличкою «Мокріє» («Вірний»).



С. Зошук та його донька Одарка із прирученим львом Хейлі Селассі з кличкою «Мокріє» («Вірний»)

Він багато подорожував, відвідував озера Лянґано, Шалле, Ваончі, спостерігав за типами і життям різних африканських племен. У 1970 році С.Зошук зустрічав в Ефіопії альпіністів з Австрії, брав участь в їх поході в гори Сімієн з найвищим шпилем Рас Дашен в 4620 м. Відмічав, що рослинна їжа допомогла йому краще переносити труднощі підкорення вершин, ніж традиційне харчування у молодших учасників експедиції. С. Зошук харчувався, як римський воїн, споживав зерно вівса або пшениці, цибулю, часник, сушені оливки, тамаринду, садовину і воду.

Опісля (1974) С. Зошук перейшов у м. Діре-Дава на посаду директора медичної служби та хірурга шпиталю Французько-Ефіопського товариства будови залізничного сполучення Аддіс-Абеба - Джібуті. Під час війни із Сомалі (1975-1977) він був головним хірургом шпиталю 3-ї армії Ефіопії. Опісля він - директор осередку лікарні для хворих на проказу у Гамбо.

З 1979 року С.Зошук працював у Кенії хірургом шпиталю отців Камілянів у м. Табака, а пізніше (1980) – хірургом «Літаючих лікарів» (Flying Doctor Service) у Найробі. Керівники шпиталю католицької місії в Лоліондо відзначали його високу кваліфікацію, блискуче проведення операцій.

С. Зошук переписувався з Архимандритом Любомиром Гузаром. Двічі (1979, 1983) його викликали в Рим для лікування патріарха Йосифа Сліпого. Пізніше він переклав з латинської мови промову Митрополита Кир Йосифа Сліпого на II Ватиканському соборі в жовтні 1963 року.

За роки праці в Австрії, Азії та Африці д-р Степан Зошук заявив про себе як здібний науковець, опублікував низку статей з проблем хірургії, спортивної медицини українською, німецькою, англійською та французькою мовами. Протягом 1951 – 1981 рр. опублікував праці: «Про етіологію і терапію пухлин сечового міхура» (Krebsarzt, 1965), «Про локальне лікування хронічного остеомієліту» (Klinische Medicine, 1955), «Про псевдоартроз Джамбе» (Arab. Med. Journal, 1961), «Чи є проказа інфекційною хворобою?» (Aerzte Zeitung, 1979), «До причин передчасної смерті Т.Шевченка» (Лікарський вісник, 1964), низку праць про здорове харчування та ін. Йому належить винахід («канюля Зошука») для лікування остеомієліту. Він багато уваги приділяв ортопедичним операціям з відновлення функції деформованих кінцівок.

Коли С. Зошуку виповнилося 70 років, він повернувся до Австрії, де знаходилася його родина, зайнявся публіцистичною і журналістською діяльністю. У 1980 -1983 рр., він на запрошення приятеля перебував у Торонто, багато працював у бібліотеках, написав книжку «Який харч таке здоров'я». Книжку надрукував 1985 року український видавець у Брукселі Омелян Коваль тиражем 2000 примірників (видавництво НТШ, обсяг 344 стор.), вона набула особливого поширення серед українців діаспори.

В передмові до книжки д-р Микола Грушкевич із Клівленда говорить: «Ця книжка повинна стати дороговказом у харчуванні для кожного віку, а зокрема для молодих людей, які закладають родинні вогнища, для майбутніх матерів, які несуть відповідальність за здоров'я майбутніх поколінь». Він відзначає велику дбайливість автора у відношенні до українського медичного назвництва, якого він став співтворцем.

В своїй книжці С. Зошук переконує і пропагує харчуватися переважно овочами і фруктами, обмежити вживання м'ясних страв. В книзі подано багато корисних порад, аналізується справа харчування українського населення, козаків в походах, розглядаються причини ранньої смерті видатних українців (Шевченко, Франко, Л. Українка), які пов'язуються з нераціональ-

ним харчуванням. Зрештою, своїм особистим прикладом автор доказав доцільність цих рекомендацій (прожив у доброму здоров'ї 92 роки). Він вводить біля 100 нових українських термінів на місце латинських, як «білачка» (лейкемія), «суглобця» (артрит), «розчинник» (ензим), «насяювання» (радіація) та ін. Книга викликала багато відгуків і дискусій в українській емігрантській пресі, звучали висловлювання, що ця книга «зробила революцію в харчуванні».

Водночас С. Зошук був активним популяризатором наукових знань, насамперед в справі здорового харчування, із спортивної медицини, його перу належать понад п'ятдесят статей в науково-популярних і масових виданнях українською, німецькою і іншими мовами, його публікаціями цікавилися українці і чужинці в усьому світі.

С. Зошук виступав також як талановитий публіцист, український патріот, його статті на політичні теми друкувалися в часописах «Шлях перемоги», «Новий шлях», іншомовних виданнях. Протягом 1935 – 1987 років С.Зошук опублікував кілька десятків публіцистичних статей на актуальні теми українського життя. Серед них: «Українська держава», «Тип Обломова серед української суспільності», «Україна і Індія в добу Махатма Ганді», «Закулісові сили і упадок незалежності України», «Чужі мови, які сприяють і мови, які не сприяють вивченню і розвиткові рідної мови», «Уваги до книжки Степана Олеськова «Конання нації», «Звернення до української студентської громади у Лондоні», «Уваги до книжки Степана Говерлі (Івана Геля, прим.Я.Г.) «Грані культури», «Крути – Альказар, Роман Шухевич і Люї Москардо; два геройські чини двох різних народів віч-на-віч з тим самим ворогом», «Лис Микита в лаптях і Хахли», «Вовки в овечих шуках – московські дисиденти», «Звернення до організації українських жінок», «Звернення до СКВУ», «Нео-марксизм – Нова Ліва».

В останній статті він з боєм в серці пише про наскрізь руйнівні тенденції молоді: цілковите зірвання з батьками, з їх національністю, визнанням, звичаями і обичаями, заперечення своєї національності, свідоме не вживання української мови між собою, хоч багато їх цю мову знають. Далі він пише, що розпуста, каварняна «ідеологія», простацтво і відщепенство є змістом для них! Наскільки актуальні ці проблеми тепер у нашій державі!

С. Зошук різко засуджував голодомор в Україні, спланований московським комуністичним режимом. Він публікує статтю «Україна – Індія – на хвилину часу» (1984), в якій порівнює колонізацію Індії Британською імперією та поневолення України Російською імперією, голод в Індії з голодом в Україні 1932-1933 рр., боротьбу Махатма Ганді та його вбивство з боротьбою С. Пет-

люри, Є.Коновальця, С.Бандери і вбивством їх московськими агентами. Наголошує на намаганнях советської імперії поділити націю України за різними ознаками, посіяти розбрат і ворожнечу, використати 12 мільйонів росіян та інших націй, переселених в Україну, всіма засобами знищити осередки національної свідомості, головно шляхом денаціоналізації, асиміляції, англізації, германізації тощо. Фальшується історія України. «Протидіяти тим затіям російської імперії – це завдання кожної українки та українця!» - закінчує статтю С.Зошук.

Він виступав з доповідями на конгресах Світової федерації Українських лікарських товариств (СФУЛТ) у Мюнхені (1970), Відні (1988). У липні 1988 року Президент СФУЛТу Ахіль Хрептовський відзначив Почесною грамотою д-ра Степана Зошука як «визначного хірурга, науковця, громадського діяча, журналіста, письменника та спортсмена за його безупинну працю для народу, культури, науки та професії». Його характеризують як знаменитого знавця українського медичного назовництва, людину, котра з посвятою працює для національної ідеї.

Д-р С. Зошук відзначався як високою відданістю лікарській професії, так і своєю ерудицією, широким кругозором, знанням мов, крім латинської та європейських – польської, німецької, англійської, французької засвоїв також мови країн Азії і Африки – арабську, африкаанс, суахілі, анхорську, мови деяких племен. Мав широке коло зацікавлень, знав історію України і країн, де працював, археологію, географію, релігійне життя, етнографію, культуру та звичаї різних народів, багато займався фотографією.

Останні роки життя Степан Зошук провів у містечку Фельдкірх. Там на 92-му році життя помер 12 квітня 2002 року, похований 24 квітня на цвинтарі Герстгоф у Відні.

С. Зошук провів чверть-століття подвижницької праці у важких для європейця кліматичних і побутових умовах Азії та Африки, лікуючи тубільців, працюючи деякий час в лепрозорії. Чи не нагадує його діяльність до певної міри лікарську допомогу в Габоні Альберта Швейцера, який відмовився від долі процвітаючого європейця і присвятив себе лікуванню африканців, але на відміну від С. Зошука став широко відомим в усьому світі, отримав у 1952 році Нобелівську премію?

Життя і діяльність д-ра Степана Зошука, його наукові, науково-популярні праці, якими цікавилися українці і чужинці, залишалися невідомими і забороненими в УРСР, не кажучи вже про публіцистичні статті, написані в душі української ідеї. Тільки в 1994 році появилася коротка інформація про нього в книзі П. Пундія «Українські лікарі».

Дана стаття, яка далеко не вичерпує підняту тему, має за мету привернути увагу українських лікарів і науковців, мандрівників, істориків, публіцистів і критиків до цікавої, духовно багаті постаті нашого «українського Швейцера», лікаря-патріота Степана Зошука.

СТЕПАН ЗОЩУК – ВЫДАЮЩИЙСЯ УКРАИНСКИЙ ВРАЧ

Я. В. Ганиткевич (Львов)

В статье идет речь о выдающемся украинском враче, докторе медицины, спортивном враче, хирурге, который за долгую жизнь работал в Европе, Азии и Африке. Активист, общественный деятель, публицист.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **Степан Зошук, выдающийся украинский врач.**

STEPAN ZOSCHUK - OUTSTANDING UKRAINIAN DOCTOR

Y. V. Hanitkevich (Lviv)

The article deals with the outstanding Ukrainian physician, MD, a sports physician, surgeon, who worked for a long life in Europe, Asia and Africa. Activist, public figure and publicist.

KEY WORDS: **Stepan Zoschuk, a prominent Ukrainian doctor**

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охорони здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти; організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я; міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

- Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візю керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 90 у.о. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.

- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, **прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

- Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей – не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій – не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах – не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- **рефератів російською, українською та англійською мовами з обов'язковим зазначенням прізвищ та ініціалів авторів цими мовами**, обсягом не більше 1/3–1/2 с.

- Статті набираються на комп'ютері в програмі Word, зберігаються у форматі .rtf і подаються роздруковані з дискетою. Текст реферату слід друкувати шрифтом 12 пунктів з міжрядковим інтервалом – 1,5, додержуючись таких розмірів берегів (полів): верхній і нижній – 20 мм, лівий – 25 мм, правий – 10 мм. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаються на дискеті.

- На першій сторінці зазначаються: **індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.**

- Список літератури подається відразу під текстом за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність.

Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. Оформлення бібліографії здійснюється за новим стандартом з бібліографічного опису ДСТУ ГОСТ 7.1:2006. Скорочення слів і їх поєднань наводять згідно з ДСТУ 3582-97 “Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила”.

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Нумери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X,XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.
- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.
- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, лаконічно викласти зміст статті.
- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.
- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 21 грн 90 коп. З приводу придбання звертатися за тел. : (0352) 52-80-09.

Редакційна Рада

Редакція журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України" інформує, що у зв'язку з прийняттям постанови президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. №7-05/1 "Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України", до розгляду з приводу надрукування в журналі будуть прийматися тільки ті статті, які відповідають вимогам нижченаведеної постанови.

Бюлетень ВАК України, №1, 2003
Атестаційний процес: нормативна база

ПРО ПІДВИЩЕННЯ ВИМОГ ДО ФАХОВИХ ВИДАНЬ,
ВНЕСЕНИХ ДО ПЕРЕЛІКІВ ВАК УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА
ПРЕЗИДІЇ ВИЩОЇ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ УКРАЇНИ
від 15.01.2003 №7-05/1

Необхідною передумовою для внесення видань до переліку наукових фахових видань України є їх відповідність вимогам пункту 7 постанови президії ВАК України від 10.02.1999 р. №1-02/3 «Про публікації результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук та їх апробацію». Однак окремі установи-засновники таких видань не дотримуються вимог до складу редакційної колегії видань, не організують належним чином рецензування та відбір статей до друку, не надсилають свої наукові видання до бібліотек, перелік яких затверджено постановою президії ВАК України від 22.05.1997 р. №16/5, тим самим обмежуючи можливість наукової громадськості знайомитися із результатами дисертаційних досліджень. У зв'язку з цим президія Вищої атестаційної комісії України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Попередити установи-засновники наукових фахових видань, що у разі відсутності видань у фондах визначених ВАК бібліотек вони будуть вилучені з переліку наукових фахових видань України, в яких дозволяється друкувати результати дисертаційних досліджень.
2. Установам-засновникам фахових видань оновити склади редакційних колегій так, щоб більшість у них становили фахівці, основним місцем роботи яких є установа-засновник фахового видання.
3. Редакційним колегіям організувати належне рецензування та ретельний відбір статей до друку. Зобов'язати їх приймати до друку у виданнях, що виходитимуть у 2003 році та у подальші роки, лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтування отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.
4. Спеціалізованим ученим радам при прийомі до захисту дисертаційних робіт зарахувати статті, подані до друку, починаючи з 2003 року, як фахові лише за умови дотримання вимог до них, викладених у п.3 даної постанови.
5. Встановити обов'язковим подання до ВАК України разом із клопотанням про внесення видання до переліку фахових також копії свідоцтва про державну реєстрацію друкованого засобу у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України.
6. Зобов'язати установи, які є засновниками фахових видань, протягом 2003 року надсилати до ВАК України один контрольний примірник видання із супровідним листом.
7. Експертним радам ВАК України провести до 1 січня 2004 року аналіз наукового рівня публікацій у фахових виданнях і подати президії ВАК України пропозиції щодо внесення відповідних змін до переліку фахових видань.

Голова ВАК України В.В. Скопенко
Вчений секретар ВАК України Л.М. Артюшин

ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

З 1999 р. видається журнал "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України".
Тематика журналу:

- питання державної політики охорони здоров'я;
- концептуальні основи реформування галузі;
- дослідження та прогнозування здоров'я населення;
- питання управління, економіки та інформатизації системи охорони здоров'я;
- проблеми підготовки медичних кадрів;
- правове та інформаційне забезпечення галузі тощо.

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

Слід зазначити, що журнал розрахований на керівників закладів охорони здоров'я усіх рівнів (головні лікарі районних, міських, обласних лікарень і санепідемстанцій), співробітників кафедр соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, кафедр і циклів медичної інформатики медичних закладів освіти, науковців-медиків та лікарів різних спеціальностей, студентів вищих медичних закладів освіти та курсантів закладів післядипломної освіти.

Розцінки на розміщення реклами:

кольорова на вклейці: двостороння – 300 у.о., одностороння – 170 у.о.

чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 у.о.

рекламні статті – 150 у.о. за 1 авт. арк. (40 000 знаків).

З приводу розміщення Вашої реклами в журналі звертайтеся за телефоном: (044) 576-41-09;
576-41-19

З надією на плідну співпрацю

Головний редактор,
Директор Українського інституту
стратегічних досліджень МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Г. О. Слабкий

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.93 №326 “Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики”, рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.98 №297 “Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду”, у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного співставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, Український інститут громадського здоров'я МОЗ України (з 2008 р. – ДУ “Український інститут стратегічних досліджень” МОЗ України) пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи), вартість якого становить 120 грн.

Довідки та замовлення за телефонами: **(044) 576-41-19; 576-41-09.**

Директор Українського
інституту стратегічних досліджень МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Г. О. Слабкий

Адреса редакції

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3
E-mail: uisr_moz@ukr.net

Адреса видавництва

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1
Видавництво “Укрмедкнига” Тернопільського державного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського
телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33
Розрахунковий рахунок №31252273210444 в ГУ ДКУ в Тернопільській області
МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830
Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського”
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України”

Редактор: О. В. Шумило
Художнє оформлення: Н. О. Іщенко
Комп’ютерний набір: Н. О. Іщенко
Технічний редактор: С. Т. Демчишин
Комп’ютерна верстка: О. І. Пухальська
Перекладачі: Н. Т. Кучеренко, Н. В. Шаповалова

Підп. до друку 00.00.2011. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 00,00. Обл.-вид. арк. 11,95. Наклад 600. Зам. №000

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

4

The state establishment “Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health
of Ukraine”

Ternopil Medical State University by I.Ya. Horbachevsky

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ–Тернопіль
“Укрмедкнига”
2011

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **Г.О. Слабкий**

Ю.В. Вороненко, О.М. Голяченко (*відповід. редактор*), Л.Я. Ковальчук (*заст. головного редактора*),
О.Р. Ситенко (*відповід. секретар*), Б.П. Криштопа, В.Ф. Москаленко,
М.Є. Поліщук, А.М. Сердюк, І.М. Солоненко,
Ю.В. Пакін, Л.А. Чепелевська, А.О. Голяченко, В.М. Лехан, Н.О. Теренда

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В.І. Агарков (*Донецьк*), О.Ю. Майоров (*Харків*), В.О. Волошин (*Київ*),
М.В. Голубчиков (*Київ*), В.В. Єлагін (*Київ*), О.В. Любінець (*Львів*),
Н.О. Сайдакова (*Київ*), В.Й. Шатило (*Житомир*)

Журнал включено до Переліку №1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук (додаток до Постанови Президії ВАК України від 09.06.99 №1-05/7)

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол №11 від 24.011.2011)*

(протокол №11 від 24.11.2011)

Передплатний індекс – 22867

Рубрика головного редактора

Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В., Крячкова Л. В., Гінзбург В. Г. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку.

Здоров'я і суспільство

Шульгай А. Г., Дністрян С. С., Панчишин Н. Я., Романюк Л. М., Литвинова О. Н., Смірнова В. Л., Теренда Н. О., Федчишин Н. Є. Особливості поширеності грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій у Тернопільській області.

Діденко Л. В., Устінова Л. А., Хижняк М. І. Сучасні особливості стану здоров'я та фізичного розвитку осіб офіцерського складу військового запасу на етапі вступу та проходження військової служби в Збройних Силах України в 2001–2010 рр.

Карпінєць І. М. Особливості індивідуального способу життя хворих на алкоголізм.

Ковальчук О. Л., Мисак А. І., Твердохліб В. В., Корильчук Т. Б., Нестерук С. О., Рабілітація пацієнтів із сечокам'яною хворобою після екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії в умовах курорту Гусятин

Пудяк В.Є. Стан гігієни порожнини рота у працівників, зайнятих у виробництві товарів побутової хімії.

Проблеми демографічного розвитку

Голяченко О. М. Демографічні процеси в Україні в роки незалежності.

Чепелевська Л. А., Орда О. М. Роль хвороб органів травлення у структурі причин смертності населення в регіонах України.

Підготовка медичних кадрів

Венгрин Н. О. Задоволеність керівників практичної охорони здоров'я якістю підготовки випускників вищих медичних навчальних закладів I–II рівня акредитації.

Організація медичної допомоги

Кочет О. М., Слабкий Г. О., Ященко Ю. Б., Петрашенко П. Р., Єльчиць Т. В. Результативність наукових досліджень з проблеми "Соціальна медицина".

Пархоменко Г. Я. Ставлення керівників закладів охорони здоров'я до реформування системи надання медичної допомоги.

Chief Editor rubric

Lekhan V. M., Slabkyi G. O., Shevchenko M. V., Kriachkova L. V., Ginzburg V. G. Health care in Ukraine: problems and ways development.

Health and society

Shulgay A., Dnistryan S., Panchyshyn N., Romanyuk L., Lytvynova O., Smirnova V., Terenda N., Fedchysyn N. Features of prevalence of influenza and acute respiratory viral infections in Ternopil region.

Didenko L. V., Ustinova L. A., Khyzhniak M. I. Modern peculiarities of health and physical condition of reserved military officers at the stage of joining and conducting military service in the Armed Forces of Ukraine in 2001–2010.

Karpinets I. M. Peculiarities of life-style of patients with alcoholism.

Kovalchuk O. L., Mysak A. I., Tverdohlib V. V., Horosh V. Ya., Korylchuk T. B., Nesteruk S. O. Rehabilitation of patients with urolithiasis after extracorporeal shock wave lithotripsy in the conditions of Husiatyn resort

Pudyak V. Ye The condition of oral hygiene of workers engaged in productions of household chemicals.

Problems of demographic development

Holyachenko O. M. Demographic processes in Ukraine since independence.

Chepelevska L. A., Orda O. M. Role of digestive apparatus illnesses in structure of the causes of mortality in population in regions of Ukraine.

Medical personnel training

Vengrin N. O. Satisfaction of heads practical health care quality of training for graduates higher educational medical institutions I–II accreditation level.

Organization of medical care

Kochet O. M., Slabkyi G. O., Yashchenko Yu. B., Petrashenko P. R., Elchits T. V. Efficiency of scientific researches according to the problem "Social medicine".

Parkhomenko G. Ya. The attitude of heads establishments health care to reforming system of rendering medical aid.

5

19

23

27

32

35

38

42

50

56

67

Владзимирський А. В., Останін А. А. Обґрунтування та розробка моделі організації територіальної телемедичної служби

70

Vladzimirskiy A. V., Ostanin A. A. Rationale and development of model of territorial telemedicine service organisation.

Пірникоза А. В. Дескриптивна характеристика масиву даних випадок-контроль з вивчення летальності внаслідок екстреної патології.

75

Pirnykoza A. V. The descriptive characteristic of data file case-control on studying mortality as a result of emergency pathology.

Соболь С. П. Медико-соціальні аспекти організації дозвілля студентів-медиків в контексті їх способу життя.

85

Sobol S. P. Medical and social aspects of the rest organization among medical students in the context of lifestyle and health of these contingents.

Яворський А. М. Рівень соціально-психологічної адаптації пацієнтів як чинник формування задоволеності медичною допомогою.

90

Jaworskiy A. The level of social and psychological adaptation as a patients' satisfaction impacted factor.

Шкробот С.І., Шкробот В.В., Корнієнко Г.Ф., Корнієнко І.І. Доцільність та практична можливість інформатизації обліково-статистичної роботи у психоневрологічній лікарні.

95

Shkrobot S. I., Shkrobot V.V., Korniyenko H. F., Korniyenko I.I. Expedience and practical possibility of registration – statistical work informatization in psychoneurological hospital.

Сімейна медицина

Толстанов О. К. Характеристика діагностичних можливостей лікаря загальної практики/сімейної медицини та перспективи їх покращення.

98

Family medicine

Tolstanov O. K. Characteristic of diagnostic opportunities of general practice/family medicine physician and prospects of their improvement.

Економіка охорони здоров'я

Романюк Л. М. Вартість медичної допомоги на первинному рівні.

102

Health care economy

Romanyuk L. M. Cost of health care at the primary level.

Федчишин Н.Є. Вартісна оцінка швидкої медичної допомоги в Тернополі.

107

Fedchyshyn N.Ye. Cost estimation of emergency medical aid in Ternopil.

Міжнародний досвід

Кондратюк Н. Ю. Запровадження системи акредитації лікувально-профілактичних закладів у країнах Європейської спільноти.

110

The international experience

Kondratiuk N. Yu. Implementation of accreditation system of treatment-and-preventive institutions in the countries of the European community.

Наука – практиці охорони здоров'я

Андрейко М. Ф. Інтегративний підхід до ранньої діагностики цереброваскулярних захворювань.

114

The science for health care practice

Andreiko M. F. The integrative approach to the early diagnostics of cerebrovascular diseases

Дискусії

Якимець В. М., Лобода Т. В., Івашченко С. М. Система надання спеціалізованої медичної допомоги населенню в умовах великого промислового міста.

117

Discussions

Yakimets V. N., Loboda T. V., Ivaschenko S. M. Rendering of specialized medical care system for population in conditions of big industrial city.

Короткі повідомлення

Дячук Д. Д., Гришук Я. І., Мельнік Л. Ю. Сучасна реабілітація пацієнтів після хірургічних втручань.

121

Short messages

Diachuk D. D., Grishchuk Ya. I., Melnik L. Yu. Modern patients rehabilitation after surgical interventions.

Історія медицини

Ганіткевич Я. В. Степан Зошук – видатний український лікар.

123

History of Medicine

Hanitkevich Y. Stepan Zoschuk - outstanding ukrainian doctor.

УДК 614.2:616-082.001.73

В. М. ЛЕХАН, Г. О. СЛАБКИЙ, М. В. ШЕВЧЕНКО, Л. В. КРЯЧКОВА,
В. Г. ГІНЗБУРГ (Київ, Дніпропетровськ)

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ

Дніпропетровська державна медична академія
ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"
Головне управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

Проведено оцінку діяльності охорони здоров'я України на підставі аналізу виконання основних функцій системи за шістьма структурними елементами. Докладно розглянуто сучасні проблеми системи охорони здоров'я та виклики для галузі. Виявлено провідні причини проблем української охорони здоров'я. На основі проведеного аналізу визначено необхідність здійснення послідовних і глибоких інституційних та структурних змін за всіма структурними елементами системи. Запропоновано комплекс провідних напрямів реформування галузі, впровадження яких сприятиме підвищенню ефективності та зміцненню системи охорони здоров'я України, дозволить поліпшити доступність і якість медичної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: система охорони здоров'я, структурні елементи системи, напрями реформування.

Більшість розвинених країн світу працюють над поліпшенням систем охорони здоров'я для забезпечення ефективного медичного обслуговування населення. Україна теж стоїть на порозі реформування галузі. Зроблено певні кроки у цьому напрямку, але залишається ще багато болючих та не вирішених питань. Наші зусилля щодо зміцнення системи охорони здоров'я повинні ґрунтуватись на загальноновизнаних цінностях справедливості і доступності медичної допомоги та спиратися на міжнародні адаптовані підходи.

З метою розробки пріоритетних напрямів реформування галузі проведено системний аналіз існуючих проблем організації медичного обслуговування та визначення причин, що їх обумовлюють.

Матеріали і методи. Оцінка діяльності системи охорони здоров'я України проведена на підставі аналізу виконання системою основних функцій, що у програмі дій ВООЗ зі зміцнення систем охорони здоров'я – "Програма дій: Справа кожного" – було розбито на шість структурних елементів (табл. 1) [13]. Невідповідні цим вимогам системи охорони здоров'я є однією з основних перешкод на шляху покращення кінцевих результатів діяльності системи охорони здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз ситуації в системі охорони здоров'я України в розрізі кожного структурного елемента дозволив виявити низку проблем при реалізації кожного з них.

Надання медичних послуг

Головною перешкодою для ефективного надання медичних послуг в Україні є неефективність інфраструктури медичного обслуговування (табл. 2), що заважає виробленню медичних послуг, які відповідають потребам населення в медичній допомозі.

Незважаючи на істотне скорочення чисельності населення країни, зміну вікової структури населення в бік його постаріння (за 1991–2010 рр. чисельність населення країни офіційно зменшилася на 6 млн осіб при одночасному зростанні частки населення у віці 60 років і старше з 19% до 21%), мережа та потужність лікувально-профілактичних закладів змінилася мало. Причини цього є, з одного боку, конституційна заборона скорочення мережі (ст. 49 Конституції України), з іншого – збереження застарілих радянських принципів моделі Семашко щодо фінансування медичних закладів залежно від їх потужності (кількості ліжок та відвідувань), що впливає на розподіл коштів у національній системі охорони здоров'я. Це свідчить про здійснення розподілу коштів відповідно до існуючої інфраструктури галузі, а не відповідно до реальних потреб, визначених структурою та рівнями захворюваності населення країни. Так, при порівнянні розподілу коштів на стаціонарне лікування у 2003 р. та у 2009 р. видно, що на лікування онкологічних захворювань в ці роки було виділено 2% коштів, при тому що кількість хворих даного профілю, які перебували на обліку у медичних закладах, у 2009 р. порівняно з 2003 р. збільшилась на 17,5% [7].

Таблиця 1. Структурні елементи системи охорони здоров'я [14]

Структурні елементи системи охорони здоров'я	Зміст структурного елемента
Надання послуг	Належними службами охорони здоров'я є такі служби, які забезпечують надання ефективних, безпечних та якісних медико-санітарних заходів особистісного та неособистісного характеру тим, хто їх потребує, там і тоді, коли вони необхідні, при мінімальних витратах ресурсів.
Трудові ресурси охорони здоров'я	Працівники охорони здоров'я, що належним чином виконують свої обов'язки, – це працівники, які здатні швидко реагувати, діяти справедливо та ефективно з метою досягнення, за можливості, найкращих результатів стосовно охорони здоров'я з урахуванням наявних ресурсів і обставин (тобто є достатня кількість працівників, які справедливо розподілені; вони компетентні, здатні швидко реагувати і продуктивно діяти).
Інформаційна система охорони здоров'я	Належним чином функціонуюча інформаційна система охорони здоров'я – це система, що забезпечує отримання, аналіз, поширення і використання надійної і своєчасної інформації про детермінанти здоров'я, результати функціонування системи охорони здоров'я та стан здоров'я.
Лікарські засоби, вакцини та технології	Належним чином функціонуюча система охорони здоров'я забезпечує справедливий доступ до основних лікарських засобів, вакцин та технологій гарантованої якості, безпеки, дієвості та економічної ефективності, і їх науково обґрунтоване й економічно ефективне використання.
Фінансування систем охорони здоров'я	Належна система фінансування охорони здоров'я мобілізує достатні фінансові засоби для охорони здоров'я з тим, щоб люди могли користуватися необхідними послугами і були захищені від фінансових катастроф або зuboжіння, пов'язаних з оплатою цих послуг. Така система забезпечує фактори, що стимулюють ефективність дій постачальників послуг і користувачів.
Лідерство і управління	Під лідерством та управлінням мається на увазі забезпечення рамок стратегічної політики у поєднанні з ефективним контролем, створенням коаліцій, регулюванням, уважним ставленням до системного проектування та звітністю.

Таблиця 2. Проблеми, пов'язані з наданням медичних послуг

Характеристика	Проблема
Інфраструктура	<ol style="list-style-type: none"> 1. Формальна відсутність зв'язку між кількістю закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) різного рівня та структурою послуг, що ними надаються, від чисельності та вікової структури прикріпленого населення. 2. Відсутність чіткого поділу на служби первинної, вторинної і третинної допомоги. 3. Недостатня кількість ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу. 4. Надлишкова кількість стаціонарних ЗОЗ і лікарняних ліжок. 5. Відсутність диференціації ЗОЗ вторинного рівня залежно від інтенсивності лікування. 6. Надмірна спеціалізація лікарень. 7. Нераціональна мережа та функціональне використання підрозділів швидкої допомоги. 8. Недосконалість системи транспортних комунікацій для належного функціонування служб швидкої допомоги. 9. Наявність паралельних (відомчих) медичних служб. 10. Слабкий розвиток приватного сектору охорони здоров'я. 11. Відсутність реальної конкуренції перш за все між державними та недержавними ЗОЗ
Механізми організації надання та контролю безпеки і якості медичних послуг	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дільнично-територіальний принцип закріплення пацієнта за лікарем первинної ланки при фактичній відсутності права пацієнта на його вільний вибір. 2. Некерованість маршрутів руху пацієнтів у системі. 3. Методична недосконалість і незавершеність розробки інструментів зовнішнього контролю якості (умов ліцензування медичної практики та акредитації ЗОЗ). 4. Формальність застосування інструментів зовнішнього контролю якості. 5. Відсутність дієвої системи управління якістю. 6. Обмеженість участі пацієнтів і громадськості в управлінні якістю медичного обслуговування.

Структура медичних послуг деформована з переважанням спеціалізованих послуг та низькою пріоритетністю послуг профілактичної спрямованості та первинної допомоги. Водночас існують переконливі докази, що доступна і якісна первинна медична допомога (ПМД) забезпечує найбільший з усіх медичних служб внесок

у здоров'я населення [17]. Однак в Україні, незважаючи на заявлені пріоритети щодо розвитку ПМД, як і раніше, переважають процеси спеціалізації медичної допомоги, що домінували ще в 70-і роки ХХ ст. Так, число закладів ПМД у 4 рази, а забезпеченість лікарями первинної ланки – в 1,5 разу менші, ніж в країнах ЄС (табл. 3).

Таблиця 3. Порівняльна ефективність структури охорони здоров'я в Україні та країнах ЄС

Показник	Україна	Країни ЄС
Число закладів ПМСД на 10 000 населення	1,2	4,9
Число лікарів ПМСД на 10 000 населення	6,3	9,4
Кількість лікарень на 100 000 населення	6,3	3,1
Частка сільських дільничних лікарень (СДЛ) до 25 ліжок, %	26,1/25,7	
Частка СДЛ до 50 ліжок, %	34,1/33,8	
Число ліжок на 10 000 нас.	91	55
Рівень госпіталізації	21,9	18
Середня тривалість лікування	12,8	9,2
Необґрунтованість госпіталізації	30–50%	

В Україні не існує чіткого розподілу на служби первинної і вторинної допомоги. До виконання функцій первинної допомоги фактично залучаються всі спеціалісти поліклініки, що призводить до надмірного використання спеціалізованої амбулаторної допомоги.

Чисельність стаціонарів більше ніж вдвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості медичного обслуговування. Частка малопотужних лікарень (до 50 ліжок) у загальній чисельності всіх стаціонарів сягає третини. Причому у таких закладах (насамперед СЛД) на їх утримання витрачається близько 94% коштів, а безпосередньо на пацієнта – всього 6%.

Загальна забезпеченість ліжками на 10 000 населення (незважаючи на те, що в Україні відбулося скорочення ліжкового фонду майже на третину) залишається досить високою – 91 на 10 000 населення за даними Держкомстату, що у 1,7 разу перевищує аналогічні показники в країнах ЄС та в 1,4 разу – в Європейському регіоні в цілому. Відповідно й інтенсивність використання стаціонарної допомоги в Україні – рівень (21,9%) та тривалість госпіталізації (13,3 дня) – істотно перевищують середньоєвропейські показники (19,2% та 10,4 дня) та показники в країнах ЄС (18,0% та 9,2 дня) [3]. Від 30% до 50% пацієнтів госпіталізується необґрунтовано [6;8].

Істотними перешкодами на шляху ефективного використання стаціонарної допомоги є відсутність диференціації ліжкового фонду залежно від інтенсивності лікування та «жорстка прив'язка» медичних закладів до існуючого адміністративно-територіального поділу.

У стаціонарах вторинного рівня на одному і тому ж ліжку можуть отримувати медичну допо-

могу хворі, що потребують інтенсивного, протирецидивного лікування, медико-соціальної допомоги, термінальні хворі, хоч надання допомоги різним групам пацієнтів потребує застосування різних технологій та відповідної організації лікувально-діагностичного процесу. Структура стаціонарів адміністративних територій з різною чисельністю населення відрізняється мало, в результаті чого більшість з них не завантажені відповідно до функцій, що на них покладаються, і не оснащені необхідним обладнанням, через розпорошеність ресурсів між численними ЗОЗ без урахування обсягу та структури функцій, що вони виконують, та через недостатність фінансових ресурсів для оновлення матеріально-технічної бази ЗОЗ (знос устаткування перевищує 70%).

Водночас лише кожний п'ятий стаціонар (без дільничних лікарень) має можливості для цілодобового обслуговування, як через дефіцит спеціалістів відповідного профілю, так і через відсутність необхідного обладнання. В країні практично не розвинені служби відновлювального лікування, паліативної та медико-соціальної допомоги.

Межі між вторинним і третинним рівнями стаціонарної допомоги також нечіткі. У великих містах в міських лікарнях нерідко розгорнуті відділення для надання високоспеціалізованої допомоги, які відтягують на себе частину ресурсів, призначених для надання допомоги вторинного рівня. А в обласних лікарнях до 36% госпіталізованих фактично потребують вторинної допомоги [12]. Їх лікування в обласних стаціонарах має більшу вартість, ніж лікування в міських або районних лікарнях (через устаткування обласних закладів більш складним оснащен-

ням) і зменшує доступність високотехнологічної допомоги тим, хто її потребує, через завантаженість лікарень непрофільними пацієнтами.

Надмірна спеціалізація лікарень (інфекційні лікарні, пологові будинки, протитуберкульозні диспансери), як рудимент радянської системи формування пріоритетів медичного обслуговування, не дозволяє забезпечити комплексність надання медичної допомоги хворим з поліморбідною патологією або при виникненні у них ускладнень.

На спадок від радянського періоду у ряді міністерств та відомств залишилися *відомчі системи охорони здоров'я* для своїх працівників, які не надають повного спектру медичних послуг прикріпленому населенню. Працівники цих відомств мають право отримувати медичну допомогу також і в комунальних медичних установах за місцем проживання, і використовують це право, особливо при гострих станах, що це більше деформує структуру медичних послуг.

Хоча число *приватних медичних закладів* в Україні неухильно зростає, їх кількість все ще невелика (повноцінних приватних клінік в Україні не більше 50, серед яких великих налічується всього близько 10) і вони надають лише біля 1% загального обсягу медичних послуг. Однією з причин низьких темпів розвитку ЗОЗ недержавних форм власності є недостатність їх підтримки з боку держави (передусім через відсутність податкових пільг). Тому реальна конкуренція між державними та недержавними ЗОЗ практично відсутня, за винятком окремих напрямків діяльності – стоматологія, офтальмологія тощо.

Також існує багато проблем у функціонуванні *служби швидкої допомоги*, основними з яких є нерациональна мережа за кількістю та локалізацією структурних підрозділів швидкої допомоги

(станцій, підстанцій, пунктів тимчасового перебування) та поганий стан транспортних комунікацій, що не дозволяє забезпечити дотримання ключового критерію діяльності служби – часу доїзду до хворого/постраждалого в межах 10 хвилин в місті, 20 хвилин в сільській місцевості. Є дані, що частка запізньєнє виїзних бригад дуже значна, в окремих випадках пацієнти очікують приїзду швидкої допомоги годинами. Загострює цю проблему значна частка роботи, що невласитива функціям швидкої допомоги, зокрема виїзди до хронічних хворих, виїзди з метою введення знеболювальних препаратів онкологічним хворим, непрофільність виїздів спеціалізованих бригад.

Окрім неефективної інфраструктури якісному наданню медичних послуг заважає **недосконалість механізмів організації надання та контролю безпеки і якості медичних послуг** (див. табл. 2).

Незважаючи на демократичні процеси, що відбуваються в Україні, в організації охорони здоров'я, як і в суспільстві в цілому, продовжують домінувати архаїчні ієрархічні відносини, при яких пацієнт розглядається як об'єкт впливу, а не як партнер. З радянських часів в Україні зберігся дільнично-територіальний принцип закріплення пацієнта за лікарем первинної ланки. Право пацієнта на вільний вибір лікаря практично не спрацьовує, що обмежує участь пацієнтів у процесах підвищення якості медичної допомоги і не сприяє мотивації лікарів первинної ланки до їх професійного зростання.

Маршрути руху пацієнтів у системі практично не керовані. Первинна ланка майже не впливає на медичний маршрут пацієнта. Самостійно звертаються до лікарів-спеціалістів майже третина (29,5%), до стаціонарів – 16,9% пацієнтів (рис. 1) [5].

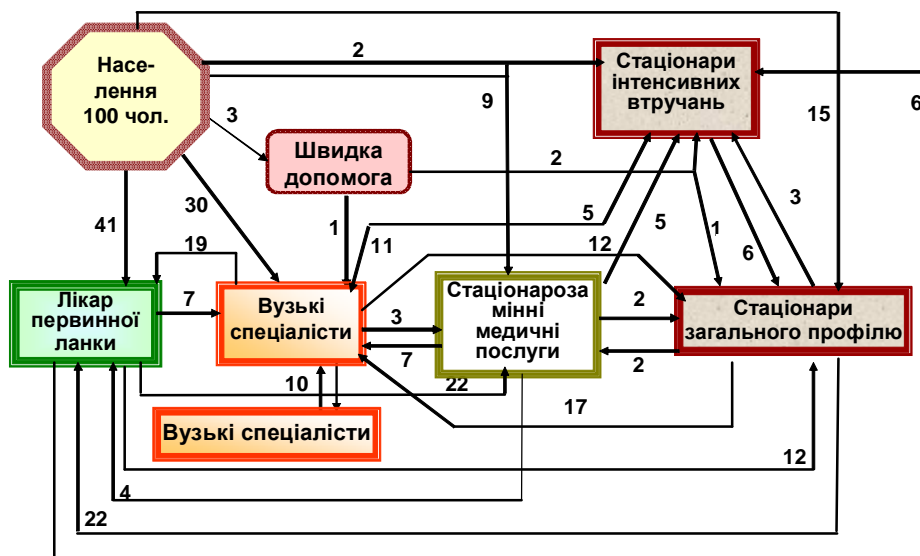


Рис. 1. Узагальнений маршрут пацієнта [5]

В результаті місце (рівень) обслуговування в 65,9% випадків не відповідає важкості їх стану та перебігу захворювання, в 43,2% надання медичної допомоги відбувається на більш високих, ніж необхідно, рівнях. При цьому середня вартість медичного обслуговування одного пацієнта з урахуванням всіх витрат (не тільки тих, які реально покриваються з бюджету) при амбулаторному лікуванні приблизно в 4 рази, а при лікуванні в денному стаціонарі – в 2 рази нижче, ніж у стаціонарі. Тобто лише правильний вибір місця надання медичної допомоги дозволив би за рахунок внутрішньогалузевих резервів збільшити доступність медичної допомоги.

Процеси забезпечення та оцінки якості медичної допомоги населенню є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я. У цілому в Україні рівень якості медичної допомоги, за даними експертних оцінок, досить низький – інтегральний показник якості лікування становить приблизно 56%. Невідповідним стану пацієнта (неадекватним) лікування визнано у 40,1–83% хворих стаціонарних закладів [1]. Населення невдоволене якістю надання медичної допомоги, про що свідчать результати соціологічних опитувань – більшість опитаних оцінює якість послуг з охорони здоров'я як низьку.

В Україні застосовується комплекс інструментів, спрямованих на поліпшення якості – ліцензування медичної практики, акредитація закладів охорони здоров'я, стандартизація медичної практики тощо. Проте відсутність системи стимулів при використанні результатів ліцензування й акредитації (наприклад, виключення з ліцензії деяких видів медичної практики, не забезпечених необхідними умовами, або відбір постачальників медичних послуг для їх фінансування за рахунок бюджетних коштів залежно від міри гарантованості якості медичного обслуговування), а також комплектування ліцензійних та акредитаційних комісій винятково органами управління охороною здоров'я сприяло перетворенню цих механізмів на досить формальні інструменти внутрішньовідомчої експертизи.

За останні роки в країні були створені стандарти в формі клінічних протоколів практично з усіх медичних спеціальностей. Проте більшість з них розроблені експертним методом, без використання даних доказової медицини, а їх впровадження не підкріплюється адекватними стимулами, не проводиться моніторинг ефективності їх використання. Певна частина лікарів до цього часу не ознайомлена з діючими в Україні медичними стандартами, ще більша кількість лікарів знають, але не використовують їх у своїй роботі. Так, із загального числа лікарів-анестезіологів ознайомлені з протоколами близько

80%, а використовують в практичній діяльності – лише 52–63% фахівців з цієї спеціальності [4].

Методична недосконалість та незавершеність розробки різних інструментів підвищення якості, а головне – формальність їх застосування та відсутність дієвої системи управління якістю із застосуванням відповідних стимулів для медичного персоналу не дозволила отримати стійкі результати щодо поліпшення якості медичного обслуговування в країні.

Таким чином, надання якісних та адекватних медичних послуг перешкоджають структурна неефективність наявної в Україні системи охорони здоров'я та недосконалість механізмів організації надання та контролю безпеки і якості медичних послуг.

Трудові ресурси

Стосовно кадрового забезпечення охорони здоров'я в Україні циркулюють два взаємовиключні міфи: 1) рівень забезпеченості лікарями значно вищий, ніж в розвинутих країнах світу; 2) існує катастрофічний кадровий дефіцит медичного персоналу. Насправді *загальна забезпеченість практикуючими лікарями* (тобто тими, що надають медичну допомогу населенню) в Україні близька до середньоєвропейських показників (31,5 та 32,8 на 10 000 населення) [3]. Ні надлишку, ні дефіциту практикуючих лікарів за їх загальною чисельністю в країні немає. Водночас українська охорона здоров'я стоїть на порозі кадрової кризи (табл. 4).

Спостерігається наростаюча та некерована міграція медичного персоналу, в т.ч. у сусідні країни з вищим рівнем оплати праці. З тієї ж причини широко практикується самостійне працевлаштування випускників вищих медичних навчальних закладів всіх рівнів за межами сектору охорони здоров'я. Близько чверті лікарів (26%) пенсійного, і ще 20% ? передпенсійного віку. Причини цієї ситуації криються у низькій заробітній платі персоналу, що, з одного боку, провокує відтік кваліфікованих кадрів, з іншого слугує перепорою для приходу молодих фахівців у систему.

В країні використовується архаїчна система *планування потреб у кадрових ресурсах*, у тому числі за окремими спеціальностями, яка ґрунтується на жорстких кадрових нормативах, які, як і структура медичних послуг, міцно прив'язані до показників потужності і мало відповідають реальним потребам населення в різних видах медичної допомоги. Існуючий підхід до планування формує та підтримує диспропорцію між лікарями, які надають первинну допомогу, і лікарями-спеціалістами, яка загострюється через низьку престижність професії лікаря первинної ланки, зумовлену як рівнем оплати, так і умовами роботи, особливо у сільській місцевості.

Таблиця 4. Проблеми, пов'язані з кадровим забезпеченням системи охорони здоров'я

Характеристика	Проблема
Визначення потреб у кадрових ресурсах	– Потреби в медичних кадрах визначаються, виходячи із штатних нормативів, жорстко прив'язаних до показників потужності ЗОЗ
Забезпеченість медичними кадрами	– Загроза дефіциту медичних кадрів через відтік медичних кадрів із системи
Справедливість розподілу спеціалістів за географічною ознакою	– Значна нерівномірність розподілу спеціалістів між міською та сільською місцевостями
Адекватність розподілу медичних працівників за спеціальностями	– Наявність диспропорції в забезпеченості населення лікарями первинної ланки та вузькими спеціалістами, особливо в сільській місцевості: дефіцит лікарів первинної ланки та надлишкова чисельність лікарів-спеціалістів. – Надання первинної допомоги переважно дільничними лікарями
Рівень кваліфікації медичних кадрів	– Недостатність практичної підготовки фахівців на додипломному та післядипломному етапах. – Недосконалість системи контролю професійного рівня (атестації) медичного персоналу. – Недостатність умов та стимулів для підтримки професійного рівня в процесі професійної діяльності
Рівень кваліфікації керівників системи охорони здоров'я	– Відсутність дієвої системи підготовки керівних кадрів для органів і закладів охорони здоров'я. – Відсутність сучасних критеріїв для прийняття на керівні посади

Незважаючи на задекларований перехід ПМД на засади загальної практики/сімейної медицини, лікарі загальної практики – сімейні лікарі становлять лише 36,2% фахівців первинної ланки. У більшості випадків, особливо в міській місцевості, первинна допомога, як і раніше, надається дільничними терапевтами та педіатрами, чия професійна кваліфікація не дозволяє вирішувати проблеми первинного медичного обслуговування. Сьогодні загальний дефіцит лікарів загальної практики/сімейної медицини становить 26 000. При цьому підготовка/перепідготовка лікарів цієї спеціальності йде низькими темпами, що зумовлено як вищезазначеними причинами чинного штатного нормування, так і відсутністю і на рівні МОЗ, і на рівні місцевих органів охорони здоров'я чіткої, послідовної політики щодо переходу до моделі первинної допомоги на принципах загальної практики.

Має місце виражена *нерівномірність розподілу медичного персоналу залежно від типу поселення*: в сільській місцевості дефіцит медичних працівників значно більший, ніж в містах, особливо зі спеціальностей, які не належать до числа “престижних” – лікарі первинної ланки, фтизіатри, патологоанатоми тощо.

Існують опосередковані дані, що *рівень кваліфікації медичного персоналу* знижується. На це впливають як недоліки при його підготовці/перепідготовці, так і відсутність прозорих стимулів до якісної роботи.

На додипломному етапі підготовки у вищих медичних навчальних закладах перевагу отримують формальні критерії успішності (тестові

випробування) над оцінкою професійної компетентності. Медичні ВНЗи фактично не мають власних університетських клінік, де могли б освоювати практичні навички студенти-медики. Формально наявні так звані “університетські клініки” насправді не відповідають необхідним критеріям, загальноприйнятим у цивілізованому світі. Колишня система взаємодії практичної охорони здоров'я та медичних ВНЗів і коледжів багато в чому зруйнована. У зв'язку з комерціалізацією системи державної охорони здоров'я практичні лікарі не зацікавлені в контакті студентів з пацієнтами, в їх стажуванні, оскільки бачать в них майбутніх небажаних конкурентів. Саме з цієї причини медична освіта в країні все більше стає кабінетною, тобто заочною. Досить формальною є і післядипломна освіта.

Доведено, що найбільш ефективним способом для підтримки фахового рівня спеціаліста є високий рівень інтенсивності його професійної діяльності. Неефективна інфраструктура медичного обслуговування, зокрема розпорошеність і деконцентрація спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги, не забезпечує підтримки відповідного професійного рівня медичних працівників різних спеціальностей. Так, середньостатистичний лікар-хірург стаціонару в Україні виконує 50–60 операцій на рік, тобто оперує 1 раз на тиждень, що неминуче призводить до втрати його професійної кваліфікації.

Атестація медичного персоналу є також досить формальною процедурою. Вона не має чітких критеріїв оцінки відповідності медичного працівника кваліфікаційним вимогам і не має

відповідних прозорих стимулів, у тому числі матеріальних, для підвищення якості та інтенсивності його роботи.

Нааявність відповідно підготовлених управлінських кадрів, які володіють вміннями та навичками сучасного менеджменту в охороні здоров'я та поділяють ідеологію перетворень, є однією з важливих умов забезпечення успішності реформування галузі. На сьогодні в країні відсутня дієва система підготовки керівних кадрів високої кваліфікації для системи охорони здоров'я (двомісячна підготовка на курсах спеціалізації є вкрай недостатньою).

Прийняття рішення щодо впровадження підготовки керівників за затвердженою магістерською програмою гальмується на рівні Міністерства охорони здоров'я. До цього часу не вироблені і не прийняті відповідні освітні критерії зайняття керівних посад.

Аналіз ситуації з трудовими ресурсами свідчить, що кадрова політика в системі охорони здоров'я України потребує суттєвого удосконалення за рядом напрямків: планування потреб та підготовка спеціалістів відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень у галузі, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів; розробка та запровадження комплексу заходів щодо підвищення кваліфікації медичного персоналу; запровадження професійної підготовки керівного складу охорони здоров'я.

Інформаційна система охорони здоров'я

В Україні інформаційна система в охороні здоров'я функціонує на старих радянських засадах, вона розпорошена і не забезпечує керівників різних рівнів надійною оперативною інформацією (табл. 5).

Таблиця 5. Проблеми, пов'язані з інформаційним забезпеченням системи охорони здоров'я

Характеристика	Проблема
Відповідність потребам галузі	<ol style="list-style-type: none"> 1. Інформаційна система не орієнтована на задоволення інформаційних потреб управління. 2. Низький рівень диференціації інформаційного забезпечення між рівнями управління. 3. Низька вірогідність інформації. 4. Відсутність епідеміологічних досліджень. 5. Недосконалість існуючої системи індикаторів для характеристики здоров'я населення та функціонування системи охорони здоров'я та якості надання медичної допомоги. 6. Відсутність зв'язку між статистичною та економічною інформацією.
Інформатизація	<ol style="list-style-type: none"> 1. Низький рівень інформатизації в галузі. 2. Використання в системі різномірних і не ліцензованих інформаційних програм.

Система індикаторів для характеристики стану здоров'я населення, функціонування системи охорони здоров'я та якості надання медичної допомоги недосконала. Достовірність інформації в ряді випадків є сумнівною. Потоки статистичної і фінансово-економічної інформації практично не пов'язані між собою, що утруднює отамання даних про вартість медичної допомоги.

Для отримання інформації про стан здоров'я населення та його зв'язок з детермінантами здоров'я (факторами ризику) епідеміологічні дослідження практично не застосовуються.

Звітність видається занадто узагальненою і не може ефективно використовуватися для необхідних аналітичних і управлінських цілей.

У системі охорони здоров'я доступ до мережі Інтернет мають усі обласні лікарні, близько 80% міських лікарень і поліклінік і близько 90% центральних районних лікарень. Частка підключених до мережі Інтернет амбулаторій, сільських дільничних лікарень надзвичайно мала. Заклади ПМД практично не комп'ютеризовані. Немає цілісної програми щодо створення програмних продуктів, орієнтованих на інформаційне забез-

печення закладів охорони здоров'я. Більшість з існуючих програм не ліцензовані.

Лікарські засоби і технології

Лікарські засоби та вироби медичного призначення є невід'ємною складовою медичного обслуговування, від якої значною мірою залежить результативність діяльності сектору охорони здоров'я. Доступність якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів – важливий чинник, який визначає доступність медичної допомоги населенню.

Організацію медикаментозного забезпечення в Україні можна вважати незадовільною (табл. 6).

На сьогодні, коли фармацевтичний ринок насичений лікарськими препаратами (в Україні зареєстровано 22,5 тис. найменувань лікарських засобів), нагальною є проблема економічної доступності ліків [10]. Медикаментозне забезпечення поглинає третину загальних витрат на функціонування галузі (наприклад, в 2009 р. 16,7 млрд грн). Недостатність державного фінансування системи охорони здоров'я призводить до того, що лише близько 4–5% витрат покри-

Таблиця 6. Проблеми, пов'язані з медикаментозним забезпеченням системи охорони здоров'я

Характеристика	Проблема
Доступність лікарських засобів та виробів медичного призначення	<ol style="list-style-type: none"> 1. Більшість витрат на придбання лікарських засобів покривається населенням 2. Неефективність державного регулювання та контролю за цінами на лікарські препарати. 3. Система закупівель лікарських засобів без урахування реальної потреби в них медичних закладів, як за обсягом, так і за номенклатурою. 4. Ціни на препарати, незважаючи на використання тендерних процедур, часто завищені. 5. Відсутність моніторингу цін і тарифів на лікарські засоби. 6. Ліберальний (безрецептурний) відпуск більшості ліків. 7. Невиправдана практика заміни дешевих ліків дорогими.
Якість лікарських засобів	<ol style="list-style-type: none"> 1. Відсутність сучасної системи управління якістю на всіх стадіях обігу лікарських засобів (виробництво, перевірка ефективності, призначення та відпуск лікарських препаратів). 2. Недосконалість системи державної реєстрації лікарських засобів. 3. Епізодичність контролю якості лікарських засобів. 4. Неефективність системи фармагляду. 5. Відсутність прозорості у сфері призначення та споживання ліків, що призводить до нераціонального та надмірного їх використання.

вається за рахунок бюджету, всі інші лягають тягарем на плечі споживачів. Навіть для стаціонарного лікування 86,7% вартості ліків сплачується пацієнтами.

Система державного регулювання та контролю цін на фармпрепарати неефективна, про що свідчать наступні факти: 1) на вітчизняному ринку частка зарубіжних виробників лікарських препаратів втричі більша, ніж вітчизняних (470 і 150 відповідно), ціни на ліки яких в декілька разів вищі за вітчизняні аналоги; 2) вітчизняні виробники ліків знаходяться на повному самофінансуванні без будь-яких дотацій та пільг з боку держави; закупівля ліків і їх розподіл в ряді випадків відбувається без урахування реальної потреби в них медичних закладів, як з об'ємів, так і з номенклатури; ціни на препарати, незважаючи на наявність тендерних процедур закупівлі, часто бувають завищеними. Систематичний моніторинг цін і тарифів, забезпечення населення України лікарськими засобами з оцінкою доступності основних лікарських засобів на основі порівняння показників потреби у них при основних захворюваннях з фактичним споживанням ліків відсутній.

В результаті ціни на ліки зростають. Так, лише за 2006–2008 рр. середньозважена вартість кошика лікарських засобів виросла на 28%. Основна частка подорожчання (18% з 28%) пов'язана із заміною на різних етапах обслуговування (лікарем або провізором) в межах однієї групи дешевих ліків більш дорогими. Така ситуація формується за рахунок поєднання ліберальної (безрецептурної) реалізації більшості лікарських засобів та значного ступеня свободи, передусім фармацевтичних працівників, при відпуску фармпрепаратів. Загострює проблему агресивна маркетингова політика фармацевтич-

них кампаній з використанням економічного впливу на авторитетних спеціалістів медичної галузі і на лікарську спільноту в цілому та неконтрольоване рекламування лікарських засобів.

В Україні стандарти, правила і норми щодо системи забезпечення якості лікарських засобів недостатні та часто недосконалі. Сучасна система управління на всіх стадіях обігу лікарських засобів на базі належних виробничої (GMP), клінічної (GCP), лабораторної (GLP), дистрибуторської (GDP), аптечної (GPP), належної практики з фармаконагляду (GPhVP) та інших належних практик досі не створена.

Державна реєстрація лікарських засобів часто відбувається без випробувань біоеквівалентності генеричних препаратів, що призводить до проникнення на фармринку неякісних і неефективних лікарських засобів як іноземного, так і вітчизняного виробництва.

Контроль якості лікарських засобів проводиться епізодично через відсутність чіткої системи його здійснення та недостатність відповідної матеріально-технічної бази (недостатня мережа та устаткування лабораторій з контролю якості лікарських засобів).

В країні створено систему фармаконагляду щодо побічних реакцій, які виникають при медичному застосуванні ліків, та випадків відсутності ефективності, що не пов'язана з невідповідною якістю ліків. Однак ця система працює формально, про що свідчить практична відсутність виявлення непередбачених, тобто не зазначених в інструкціях, побічних дій лікарських засобів.

Також відсутня система виявлення та обліку фальсифікованих препаратів, однак за даними ВООЗ їх питома вага сягає 20%. Більшість фальсифікатів – це підробка продукції вітчизняного

виробництва, яка здійснюється безпосередньо в країні.

Відсутність прозорості у сфері призначення та споживання ліків призводить до нераціонального їх використання та поширення поліпрагмазії (призначення хворому надмірної кількості ліків), збільшує ризик побічних ефектів, зменшує прихильність пацієнта до лікування і підвищує вартість терапії.

В цілому проблеми доступності, якості та безпеки лікарських препаратів є гострими і вимагають термінового прийняття рішень щодо їх комплексного вирішення.

Фінансування системи охорони здоров'я

При вивченні такого структурного елемента систем охорони здоров'я, як фінансування медичного обслуговування, був використаний концептуальний підхід, запропонований J. Kutzin (2001) [15] і широко застосовуваний останніми роками при аналізі систем фінансування в європейських країнах [9;16], коли функція фінансування досліджується диференційовано за основними підфункціями: збір коштів, об'єднання коштів, механізми розподілу коштів, закупівля послуг, надання послуг. Детальний аналіз дозволив виявити низку проблем, що супроводжують реалізацію всіх підфункцій фінансування (табл. 7).

Таблиця 7. Проблеми фінансування системи охорони здоров'я в Україні

Функція фінансування	Проблема
Збір коштів	<ul style="list-style-type: none"> – Недостатній обсяг бюджетного фінансування (близько 3% ВВП). – Надмірні прямі витрати населення на потреби охорони здоров'я (близько 40% загальних витрат). – Збір коштів відбувається значною кількістю різних інститутів.
Об'єднання коштів	<ul style="list-style-type: none"> – Надмірна децентралізація та фрагментація фінансових потоків, у тому числі фінансування з державного бюджету паралельних (відомчих) систем охорони здоров'я.
Механізми розподілу коштів	<ul style="list-style-type: none"> – Розподіл фінансових коштів переважно за потужністю ЗОЗ. – Відсутність чіткого розмежування фінансових коштів між первинним та вторинним видами медичної допомоги. – Обмеженість частки фінансових коштів на потреби профілактики та первинної медичної допомоги.
Закупівля медичних послуг	<ul style="list-style-type: none"> – Діюча в Україні модель орієнтована на утримання ЗОЗ, а не на оплату наданих ними медичних послуг. – Кошторисне фінансування ЗОЗ практично виключає гнучкість у використанні фінансових коштів

Збір коштів. За останнє десятиліття обсяг фінансування охорони здоров'я в Україні істотно збільшився: майже у 8 разів у фактичному вимірі або у 2 рази в реальному вимірі з поправкою на інфляцію. Однак недостатнє фінансування галузі вважається однією з провідних проблем національної охорони здоров'я. Як свідчать дані національних рахунків в охороні здоров'я, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні коливаються в межах 5,5–6,5% ВВП. Такі показники характерні для ряду країн Східної та Центральної Європи. Проте співвідношення надходжень з державних та недержавних джерел фінансування в Україні є одним з найгірших на Європейському континенті (у 2005 р. країна посідала 44-е місце серед 53 держав європейського регіону і 5-е місце серед 12 держав СНД), що обмежує фінансову доступність медичної допомоги. За оцінками Світового банку, платежі населення за медичні послуги в Україні більш регресивні, ніж в інших країнах європейського регіону та країнах ОЕСР, і потенційно можуть відкинути велику частину людей за межу бідності.

Як згадувалося вище, фінансування охорони здоров'я здійснюється з різних джерел. Близько половини коштів охорони здоров'я, які виділяються з бюджетів різних рівнів, збираються податковими органами – біля 3% ВВП. Інші – численними структурами (аптечними, лікувально-профілактичними закладами, лікарняними касами, страховими організаціями та безпосередньо медичним персоналом) (рис. 2).

Той факт, що збір фінансових ресурсів здійснюється за допомогою системи загального оподаткування, свідчить про наявність широкої бази фінансування і, відповідно, про прогресивність фінансування системи охорони здоров'я. Проте експерти вважають, що податкову систему України вирізняє ряд особливостей, які негативно впливають на бюджетну політику держави: існування двох підсистем оподаткування – стандартної і спрощеної, що порушує цілісність податкової системи; значна нерівномірність розподілу податкового тягаря внаслідок масштабного ухиляння від сплати податків та наявності податкових пільг; використання єдиної податкової ставки прибуткового

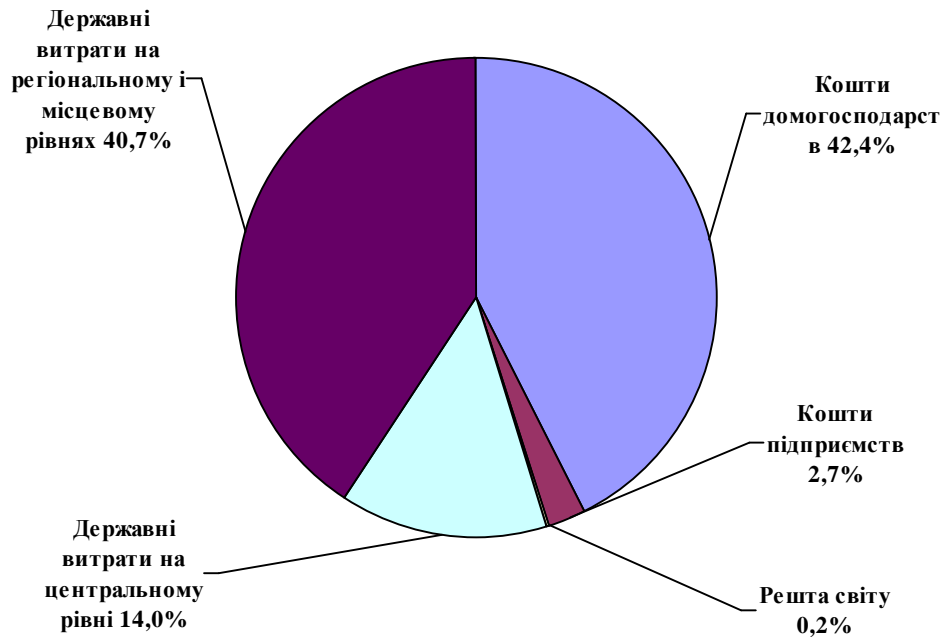


Рис. 2. Структура загальних витрат на охорону здоров'я за джерелами фінансування в Україні у 2009 р., % [7]

податку для осіб з різними доходами. У результаті систему оподаткування в Україні не можна вважати ефективною, оскільки вона не повністю відповідає основним принципам оподаткування – справедливості, ефективності, стабільності, адміністративної простоти й економічності [2].

Об'єднання коштів. Кошти системи охорони здоров'я надмірно фрагментовані та розпорочені. Однією з причин цього є те, що при реалізації ідей децентралізації владних повноважень та зміцнення місцевого самоврядування після отримання країною незалежності не було взято до уваги, що об'єднання коштів та ризиків у сфері охорони здоров'я повинно відповідати потребам сектора в консолідації й у подальшому перерозподілі ресурсів охорони здоров'я між різними групами населення та територіями з метою забезпечення фінансової стабільності та економічної доступності послуг охорони здоров'я для всіх категорій населення. Згідно з Бюджетним кодексом 2001 р., бюджетна система була розділена на 4 рівні (центральному, обласні, міські/районні і бюджети сіл та поселень). Новим Бюджетним кодексом, прийнятим в 2010 р., кількість рівнів фінансування охорони здоров'я зменшено до трьох за рахунок ліквідації рівня поселень, що дещо зменшило фрагментарність фінансових ресурсів, але проблема розпороченості коштів залишилася. Об'єднання коштів охорони здоров'я реалізується на різних рівнях бюджетної системи. Кошти пулів використовуються на утримання мереж закладів, що належать різним рівням, що створює міжбюджетні бар'єри при наданні медичної допомоги. Послуги, що надаються цими

установами, частково перетинаються і є взаємозамінними. Фінансування з бюджетів різних рівнів одних і тих самих видів медичної допомоги для одних і тих самих категорій населення, що надаються різними за підлеглистю медичними закладами, створює умови для неефективного використання наявних ресурсів – потужності і робота медичних закладів різного рівня частково дублюють один одного. Існування різних пулів створює перешкоди для раціонального планування та реструктуризації мережі закладів охорони здоров'я, не дозволяє оптимізувати процес надання медичної допомоги та сприяє виживанню неефективних методів надання послуг.

Посиліть фрагментацію фінансових потоків існування відомчих систем охорони здоров'я. В Україні, крім системи охорони здоров'я, що знаходиться у підпорядкуванні МОЗ України, існує низка паралельних медичних служб систем міністерств та відомств, призначених для надання медичної допомоги відповідним категоріям працівників і членам їхніх сімей; а також наукової діяльності та клінік науково-дослідних установ Академії медичних наук, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу. На фінансування цих служб витрачається близько половини державного бюджету охорони здоров'я, або до 11% загальних державних витрат на охорону здоров'я. Наявність відомчих систем охорони здоров'я також призводить до підтримки дублюючих один одного потужностей медичних установ і, відповідно, неефективного використання державних коштів, що виділяються на охорону здоров'я.

Збільшує гостроту названих проблем безліч некерованих потоків коштів з недержавних джерел, які складають до половини загальних витрат на охорону здоров'я.

Механізми розподілу коштів залишилися незмінними з радянських часів (модель Семашко), коли основною метою було формування інфраструктури охорони здоров'я, а не задоволення справедливих потреб населення в медичній допомозі. Розподіл коштів переважно за потужністю ЗОЗ створює неадекватні стимули до екстенсивного розвитку, збереження надмірної і неефективної інфраструктури. Крім того, немає чіткого розмежування фінансових коштів між видами медичної допомоги (первинним, вторинним та третинним), що істотно зменшує ефективність використання ресурсів, перш за все створює передумови для зменшення частки фінансування, що виділяється на первинну медичну допомогу та профілактику, заважає концентрації фінансових ресурсів на певних видах допомоги.

Закупівля медичних послуг. Діюча в Україні модель передбачає утримання медичних закладів відповідно до їх потужності і фактично не має зв'язку з обсягами та якістю медичної допомоги, що ними надається. Механізми кошторисного фінансування медичних установ за численними кодами бюджетної класифікації зумовлюють вкрай низький рівень їх управлінської автономії, перш за все щодо можливості самостійного перерозподілу фінансових ресурсів між напрямками видатків залежно від конкретної ситуації, виникаючих потреб і пріоритетів, і не створюють у ЗОЗ стимулів до підвищення інтенсивності діяльності та ефективності використання ресурсів, а навпаки – підтримують стимули до екстенсивного розвитку галузі, збереження надмірної і неефективної інфраструктури (зокрема шляхом невинного збільшення числа амбулаторних консультацій, необґрунтованих госпіталізацій, подовження термінів госпіталізації тощо).

Оплата праці медичного персоналу. Існуюча система фінансування не забезпечує факторів, що стимулюють ефективність дій постачальників послуг і користувачів. В Україні заробітна плата медичного персоналу продовжує залишатися занадто низькою. Середній розмір заробітної плати по галузі значно нижчий, ніж в інших секторах економіки (порівняно з усіма галузями в 1,6 разу, порівняно із зарплатою в промисловості – в 1,8 разу). Порівняно із сусідніми країнами Центральної та Східної Європи (і навіть СНД) рівень зарплати нижчий в 5–10 разів. Оплата праці медичного й іншого персоналу здійснюється на основі ставок (посадових окладів), які практично не диференціюються залежно від спеціальності і характеру виконуваної

роботи. У переважній більшості випадків оплата праці персоналу в установах охорони здоров'я здійснюється лише за відпрацьований час, без реального врахування об'ємів, якості та ефективності роботи того або іншого співробітника. Преміювання і встановлення будь-яких надбавок до зарплати (окрім доплати за часткове заміщення вакантних штатних посад, надбавок за стаж і кваліфікаційну категорію, що є обов'язковими) відбувається досить рідко, передусім через дефіцит фінансування, і здійснюється за відсутності чітких критеріїв, що позбавляє більшість працівників стимулів до більш ефективної та якісної роботи.

Такі рівні оплати праці не можуть залучити і, тим більше, утримати кадри, особливо молоді, в системі охорони здоров'я. В результаті останніми роками формується ситуація, яка характеризується значними масштабами переходу медичних працівників до інших секторів економіки або еміграції, частіше в сусідні європейські країни. Ще однією перешкодою для впровадження ефективніших форм організації оплати праці персоналу є відсутність правових можливостей використання в медичних установах контрактної форми трудового договору. Водночас використання саме цього інструменту стимулювало б вироблення чітких критеріїв оцінки діяльності кожного працівника і забезпечило б більш прозорі регулювання взаємних зобов'язань адміністрації і співробітників, у тому числі і стосовно методів і підходів до оплати праці.

У цілому діюча в Україні система фінансування охорони здоров'я не призводить до мобілізації достатніх фінансових коштів для охорони здоров'я, їх ефективного об'єднання та розподілу, з тим, щоб люди могли користуватися необхідними послугами, та не забезпечує результативного захисту населення від фінансових ризиків, пов'язаних з необхідністю оплати медичних послуг у випадку захворювання, не створює стимулів для ефективного використання ресурсів системи [16].

Лідерство і управління

Управління є основною функцією і провідним структурним елементом систем охорони здоров'я для знаходження найбільш ефективних механізмів, що забезпечують отримання кращих результатів стосовно охорони здоров'я.

Управління системою охорони здоров'я не обов'язково означає, що всі управлінські функції повинні здійснюватися лише Міністерством охорони здоров'я або урядом країни. Важливу роль відіграють місцеві органи управління, постачальники медичних послуг, пацієнти, працівники охорони здоров'я та інші організації [11].

В системі управління охороною здоров'я і, особливо, управління її розвитком існує багато проблемних зон (табл. 8).

Таблиця 8. Проблеми, пов'язані з управлінням системою охорони здоров'я

Характеристика	Проблема
Політика в сфері охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> – Відсутність чітких цілей державної політики розвитку системи охорони здоров'я. – Недосконалість законодавчої на нормативно-правовій базі для ефективного функціонування системи. – Відсутність чіткого розмежування повноважень у сфері охорони здоров'я між центральними та місцевими органами влади, місцевими адміністраціями та органами місцевого самоврядування.
Оцінка результативності діяльності системи охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> – Недосконалість системи моніторингу стану здоров'я та діяльності системи охорони здоров'я. – Недосконалість системи підзвітності на всіх рівнях управління.
Участь в управлінні охороною здоров'я неурядових організацій та інших заінтересованих структур	<ul style="list-style-type: none"> – Відсутність дієвої системи співробітництва з неурядовими організаціями та іншими заінтересованими структурами за межами системи охорони здоров'я

Однією з провідних причин є нечіткість і неконкретність цілей, декларативність пріоритетів розвитку, без чого неможливо поступально рухатися у визначеному напрямку. До цього часу не розроблена дієва стратегія охорони здоров'я населення з урахуванням впливу основних детермінантів здоров'я. Діюча на сьогодні програма "Здоров'я нації" є формальним документом і не відповідає вимогам часу.

Суттєвою перешкоджає ефективному функціонуванню і розвитку галузі недосконалість законодавчої на нормативно-правовій базі, яка консервує підходи, що склалися ще за радянських часів. Недосконалою є оцінка динаміки стану здоров'я та її зв'язку з діяльністю системи охорони здоров'я.

Обмежує можливості проведення цілеспрямованої політики також відсутність чіткого розмежування управлінських функцій у сфері охорони здоров'я між центральними та місцевими органами влади, місцевими адміністраціями та органами місцевого самоврядування. Зокрема перетинаються і навіть дублюються повноваження місцевих адміністрацій і органів місцевого самоврядування щодо реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, розвитку мережі та фінансування закладів охорони здоров'я тощо.

В Україні не відпрацьовані механізми взаємодії державних та недержавних структур, залучення представників різних заінтересованих груп до вироблення політики управління охороною здоров'я, що призводить до уразливості рішень, які приймаються стосовно розвитку охорони здоров'я, і заважає надходженню інвестицій в систему.

У цілому система управління охороною здоров'я в Україні є досить архаїчною, недостатньо ефективною і потребує негайної і суттєвої модернізації.

Висновки

Проведений аналіз показав, що для зміцнення системи охорони здоров'я в Україні необхідно проведення послідовних і глибоких інституційних та структурних змін за всіма структурними елементами системи:

1. Для поліпшення надання медичних послуг дозволяє визначити провідні напрями реформування галузі:

- проведення структурної перебудови системи медичної допомоги, включаючи інституціональне розмежування первинної, вторинної та третинної допомоги, виходячи з потреб населення в різних видах допомоги, для раціоналізації та підвищення ефективності використання наявних ресурсів за рахунок концентрації фахівців і обладнання у закладах охорони здоров'я відповідних типів;

- забезпечення пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги з акцентом на її профілактичну складову, швидкої та інтенсивної медичної допомоги;

- створення мережі закладів для надання первинної медико-санітарної допомоги (центрів ПМСД), які відповідають вимогам фінансової стійкості та ефективної керованості первинної медичної допомоги;

- створення на обласному рівні єдиної системи надання екстреної медичної допомоги з мережею станцій, підстанцій швидкої медичної допомоги та пунктів тимчасового перебування виїзних бригад ШМД для забезпечення часу доїзду до пацієнта: у сільській місцевості – 20 хвилин, у містах – 10 хвилин;

- удосконалення системи транспортних комунікацій, дооснащення санітарним автотранспортом та засобами зв'язку для належного функціонування служб швидкої допомоги;

- концентрація інтенсивної медичної допомоги вторинного рівня в лікарнях для інтенсивного

лікування із забезпеченням (кадровим, техніко-технологічним, за інтенсивністю втручань) надання допомоги в цілодобовому режимі, що дозволить підвищити якість медичного обслуговування, збереження життя і підвищення його якості, як за рахунок поліпшення оснащення медичних установ, так і за рахунок підвищення професійної майстерності лікарів, що надають великі обсяги відповідних втручань;

- створення в країні системи відновного лікування та реабілітації з метою зменшення інвалідизації хворих;

- створення системи хоспісної допомоги для надання паліативної допомоги термінальним хворим, що дозволяє зменшити їм страждання в останній період життя та померти, зберігши людську гідність;

- створення умов для більш інтенсивного та багатоаспектного розвитку приватного сектору охорони здоров'я;

- запровадження сучасних механізмів організації медичної допомоги, включаючи вільний вибір лікаря первинної ланки та систему направлень (контрольно-пропускну систему) на вторинний та третинний рівні медичної допомоги;

- запровадження дієвої системи управління якістю медичного обслуговування, включаючи розробку та застосування медичних стандартів та клінічних протоколів, що ґрунтуються на надійних наукових даних;

- підвищення якості та об'єктивності зовнішнього (позавідомчого) контролю якості шляхом створення незалежних структур для оцінки відповідності установ ліцензійним та акредитаційним вимогам та внутрішнього (відомчого) контролю якості медичної допомоги.

2. Для покращення кадрового забезпечення:

- запровадження планування потреб в кадрових ресурсах за їх чисельністю та структурою згідно із спеціальностями та виходячи з реальних потреб населення у різних видах медичної допомоги;

- забезпечення підготовки/перепідготовки медичного персоналу відповідно до потреб галузі, передусім потреб в первинній медичній допомозі;

- підвищення якості до- і післядипломної підготовки медичного персоналу з акцентом на практично орієнтоване навчання;

- створення умов та стимулів для рівномірного географічного розподілу та закріплення медичного персоналу у відповідних закладах охорони здоров'я;

- створення умов та стимулів для підтримки високого кваліфікаційного рівня медичного персоналу;

- запровадження професійного менеджменту у системі охорони здоров'я.

3. Для оптимізації інформаційного забезпечення:

- створення інформаційної інфраструктури в системі охорони здоров'я;

- розробка та запровадження системи управлінського обліку в закладах охорони здоров'я;

- розробка та запровадження системи індикаторів моніторингу стану здоров'я, оцінки функціонування галузі та якості медичного обслуговування.

4. Для поліпшення забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення:

- створення системи ефективного державного регулювання та контролю за цінами на лікарські препарати;

- запровадження сучасної системи управління якістю на всіх стадіях обігу лікарських засобів;

- створення системи контролю якості лікарських засобів;

- оптимізація системи фармнагляду.

5. Для створення належної системи фінансування системи охорони здоров'я:

- визначення обсягу державних фінансових зобов'язань у сфері охорони здоров'я;

- зменшення фрагментації фінансових потоків шляхом об'єднання бюджетних коштів у потужні фінансові пули та ліквідації паралельних (відомчих) систем фінансування охорони здоров'я;

- запровадження розподілу фінансових ресурсів між різними видами медичної допомоги відповідно до медичних потреб населення;

- запровадження методів фінансування закладів охорони здоров'я, що враховують обсяги, структуру та результативність медичної допомоги, що ними надається, та збільшують можливість гнучкого використання коштів;

- розробка обґрунтованих тарифів на медичні послуги;

- законодавче визначення форм та розмірів участі населення у витратах на покриття вартості медичної допомоги;

- диференціація оплати праці медичного персоналу, виходячи з обсягу та якості медичних послуг, що ним надається.

6. Для підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я:

- чітке визначення в конкретному вимірі цілей системи охорони здоров'я на певний період часу;

- обґрунтоване визначення пріоритетів розвитку системи;

- розробка стратегії охорони здоров'я населення з ідентифікацією загальнонаціональних і місцевих загроз стану здоров'я населення;

- визначення етапів та реалістичних графіків запровадження для кожного етапу реформ;

- оптимізація розмежування управлінських функцій в сфері охорони здоров'я між центральними та місцевими органами влади, місцевими адміністраціями та органами місцевого самоврядування;
- запровадження з використанням інформаційних технологій системи моніторингу стану здоров'я, доступності, якості та ефективності медичної допомоги;
- опрацювання форм співробітництва із заінтересованими організаціями при розробці та

реалізації політики в сфері охорони здоров'я, які забезпечать формування довіри до реформ серед населення, професійної спільноти працівників охорони здоров'я, бізнесу тощо.

Комплексна реалізація зазначених перетворень дозволить суттєво зміцнити національну систему охорони здоров'я і перш за все істотно поліпшити доступність, якість медичної допомоги та ефективність використання ресурсів системи.

Список літератури

1. Волчек В. В. Аналіз якості лікувально-діагностичного процесу кардіологічних хворих в спеціалізованих відділеннях / В. В. Волчек // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 100–103.
2. Геец В. Бюджетная политика в Украине: проблемы и перспективы / В. Геец // Зеркало недели. – 2004. – № 5 (7–13 февр.).
3. Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных] [Электронный ресурс] : Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, по состоянию на январь 2011 г. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>. – Заглавие с экрана
4. Князевич В. М. Наукове обґрунтування оптимізації системи інтенсивної медичної допомоги населенню України: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.02.03 / В. М. Князевич. – К., 2008. – 36 с.
5. Крячкова Л. В. Аналіз медичних маршрутів пацієнтів кардіологічного профілю / Л. В. Крячкова // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. – № 3. – С. 61–64.
6. Лехан В. М. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек // Східноєвроп. журн. громадського здоров'я. – 2008. – Т. 2, № 2. – С. 44–52.
7. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2009 році : стат. бюл. / Державний комітет статистики України. – К., 2011. – 101 с.
8. Подоляка В. Л. Наукове обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги у великому промисловому місті: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.02.03 / В. Л. Подоляка. – К., 2008. – 36 с.
9. Подходы к политике финансирования в Европейском регионе ВОЗ / Европейский региональный комитет ВОЗ. Пятьдесят шестая сессия, Копенгаген, 11-14 сент. 2006 г. [Электронный документ]. – Режим доступа: http://build.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/77555/RC56_rbd01.pdf. – Название с экрана.
10. Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011–2020 роки : наказ МОЗ України № 769 від 13.09.2010 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100913_769.html. – Назва з екрану.
11. Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ / Европейский региональный комитет. Пятьдесят восьмая сессия. Тбилиси, Грузия, 15–18 сент. 2008 г. [Электронный документ]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/70183/RC58_rdoc09.pdf. – Название с экрана.
12. Ярош Н. П. Наукове обґрунтування ролі та місця обласної лікарні в системі охорони здоров'я на сучасному етапі реформування сектора: автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.02.03 / Н. П. Ярош. – К., 2001. – 19 с.
13. Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. – Geneva : WHO, 2007. – 57 p.
14. Health systems topics [Электронный документ]. – URL : <http://www.who.int/healthsystems/topics/en/index.html>. – Title from screen.
15. Kutzin J. A. Descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements / J. A. Kutzin // Health Policy. – 2001. – Vol. 56. – P. 171–204.
16. The Ukrainian health financing system and options for reform / Valeria Lekhan, Volodymyr Rudyi, Sergey Shishkin // Health Systems Financing Programme WHO Regional Office for Europe, 2007. – 33 p. [Электронный документ]. – URL : <http://www.euro.who.int/document/e90754.pdf>. – Title from screen.
17. The world health report 2008: primary health care now more than ever. – Geneva : WHO, 2008. – 152 p. [Электронный документ]. – URL : http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf. – Title from screen.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ УКРАИНЫ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РАЗВИТИЯ

В. Н. Лехан, Г. А. Слабкий, М. В. Шевченко, Л. В. Крячкова, В. Г. Гінзбург (Киев, Днепропетровск)

Проведена оценка деятельности здравоохранения Украины на основании анализа выполнения основных функций системы по шести структурным элементам. Подробно рассмотрены современные проблемы

системы здравоохранения и вызовы для отрасли. Выявлены ведущие причины проблем украинского здравоохранения. На основе проведенного анализа определена необходимость осуществления последовательных и глубоких институциональных и структурных изменений по всем структурным элементам системы. Предложен комплекс ведущих направлений реформирования отрасли, внедрение которых будет способствовать повышению эффективности и укреплению системы здравоохранения Украины, позволит улучшить доступность и качество медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: система здравоохранения, структурные элементы системы, направления реформирования.

HEALTH CARE IN UKRAINE: PROBLEMS AND WAYS DEVELOPMENT

V. N. Lekhan, G. O. Slabkyi, M. V. Shevchenko, L. V. Kriachkova, V. G. Ginzburg (Kiev, Dnipropetrovsk)

The article describes the evaluation of Ukraine health care, based on analysis of the core functions of the six structural elements. The modern problems of health care system and calls for the industry has been examined. The leading causes of health problems of the Ukrainian health care have been discovered. On the basis of the analysis the necessity for coherent and profound institutional and structural changes in all structural elements of the system health care has been identified. The set of leading directions of the sector reform, whose implementation will improve efficiency and strengthen the health system of Ukraine and will allow to improve the availability and quality of medical care.

KEY WORDS: health care system, structural elements of the system, the direction of reformation.

Рецензент: д.мед.н., проф. О. З. Децик

ЗДОРОВ'Я І СУСПІЛЬСТВО

УДК 616.921-036.22(447.84)

*А. Г. ШУЛЬГАЙ, С. С. ДНІСТРЯН, Н. Я. ПАНЧИШИН, Л. М. РОМАНЮК,
О. Н. ЛИТВИНОВА, В. Л. СМІРНОВА, Н. О. ТЕРЕНДА, Н. Є. ФЕДЧИШИН (Тернопіль)*

ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРНОСТІ ГРИПУ ТА ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

В роботі наведені порівняльні дані поширеності грипу та гострих респіраторних інфекцій в Україні та Тернопільській області. Дана соціально-гігієнічна оцінка особливостей епідемічного підйому захворюваності 2009-2010 рр.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: грип, гострі респіраторні вірусні інфекції.

Грип та гострі респіраторні інфекції є найбільш поширеними в світі серед інфекційних хвороб. Щорічні підйоми захворюваності набирають епідемічного характеру, інтенсивність

якого в різні роки є різною. В Україні на грип та гострі респіраторні інфекції щороку хворіє від 5 до 16 мільйонів осіб. Половина з них припадає саме на короткий період епідемії (4 – 8 тижнів).

Значна поширеність грипу зумовлена невинною мінливістю збудника та надзвичайною активністю механізму його передачі [4, 5].

Серед захворілих на грип часто виникають ускладнення, що є особливо небезпечними для осіб груп медичного ризику. Це, в свою чергу, призводить до підвищення загальної смертності та смертності від пневмоній, спричинених грипом. Летальність від грипу та пневмоній серед цих пацієнтів значно вища, ніж серед інших груп населення.

Епідемічний підйом грипу у листопаді – грудні 2009 р. значно відрізнявся від попередніх років. Однією з відмінностей була поява нового збудника, який швидко поширювався по всьому світу, домінуючи над іншими вірусами [2, 3]. Збудник значно відрізнявся за антигенними властивостями від вірусів сезонного грипу останніх років, тому захворювання більше охопило молоде покоління (найбільша кількість випадків реєструється серед людей віком до 50 років, тоді як при сезонному грипі більша частка припадає на дитяче населення). Епідемія розпочалася з Західного регіону України, де на 45-му тижні (02.11 – 08.11.2009 р.), за даними українського центру грипу, питома вага захворілих становила 65 % від всіх захворілих у країні.

Фактично, за даними статистики, за період епідемії з жовтня 2009 р. по травень 2010 р. в Україні на грип та ГРВІ перехворіли 7 753 635 осіб, що становило 16,87 % всього населення [1].

Мета роботи: визначення поширеності грипу і гострих респіраторних інфекцій у західному регіоні України на прикладі Тернопільської області на підставі аналізу захворюваності на грип та ГРВІ за 10 років та соціально-гігієнічного аналізу епідемічної ситуації в період сезонного підйому у 2009 році.

Матеріали і методи. У роботі використані інформаційно-статистичні матеріали Тернопільської санітарно-епідеміологічної станції за 2000-2010 роки, а також матеріали потижневої захворюваності в період епідемії 2009 року. Додатково проведено рандомізоване анкетування 1848 осіб, які хворіли грипом чи гострими респіраторними захворюваннями в період епідемічного спалаху грипу в Тернопільській області 2009-2010 рр. Статистична обробка матеріалу проведена з використанням програми Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Динаміка захворюваності населення України на грип та гострі респіраторні захворювання за період 1999-2010 років має різні тенденції і характеризується певними амплітудними коливаннями (табл. 1). Захворюваність населення грипом має чітку спрямованість до зниження протягом останніх 10 років. Проте серед помірного зменшення показників захворюваності на грип спостерігаються різкі амплітудні підйоми у 2003 році у 4,2 рази в порівнянні з попереднім роком та у 2007 році у 6,5 разів. Динамічне зниження захворюваності в країні на грип за останніх десять років пов'язується з багатьма факторами. Одним із надзвичайно важливих є значне зменшення реєстрації захворюваності у зв'язку зі зменшенням кількості організованих колективів та зменшення звертання хворих у лікувально-профілактичні заклади для отримання листка тимчасової непрацездатності. В останній рік епідемічного підйому захворюваності на грип та ГРВІ захворюваність населення України на грип була на 47,2 % нижчою середніх показників за останні 10 років.

Показники захворюваності на грип в Тернопільській області також мав тенденцію до зни-

Таблиця 1. Динаміка захворюваності на грип і ГРВІ населення України за 1999 – 2009 рр.

Рік	Захворюваність на грип				Захворюваність на ГРВІ			
	Захворюваність на 100 тис. нас.	Абсолютний приріст	Темп росту, % при змінній основі	Темп приросту, %	Захворюваність на 100 тис. нас.	Абсолютний приріст	Темп росту, % при змінній основі	Темп приросту, %
1999	3 381,2	–	–	–	16 306,5	–	–	–
2000	2 896,7	-484,5	85,67	-14,33	16 915,4	608,9	103,73	3,73
2001	1 825,5	-1 071,2	63,01	-36,98	16 812,8	-102,6	99,40	-0,60
2002	548,2	-1 277,3	30,03	-69,97	15 910,8	-902	94,63	-5,36
2003	2 258,5	1 710,3	411,98	311,98	16 320,5	409,7	102,58	2,57
2004	752,1	-1 506,4	33,30	-66,70	15 973,9	-346,6	97,87	-2,12
2005	993,5	241,4	132,10	32,10	16 861,1	887,2	105,55	5,50
2006	156,2	-837,3	15,72	-84,27	15 764,8	-1 096,3	93,50	-6,50
2007	1 014,0	857,8	649,17	549,17	17 239,2	1 474,4	109,35	9,35
2008	685,5	-328,5	67,60	-32,39	16 666,8	-572,4	96,58	-3,42
2009	619,8	-65,7	90,42	-9,58	19 466,8	2 800	116,80	16,80

ження протягом останніх 10 років (табл. 2). Так має місце зменшення захворюваності населення на грип від 3249,5 (на 100 тис. населення) у 1999 до 106,9 (на 100 тис. населення) у 2009 році. Співставивши показники офіційної статистики можна твердити, що за 10 років захворюваність на грип у Тернопільській області, як і в Україні загалом, зменшилася у десятки разів.

Дещо іншою є динаміка змін захворюваності населення на ГРВІ. Серед населення України протягом останнього десятиріччя підйоми захворюваності населення змінювалися знижен-

нями з інтервалами приблизно в один рік. Проте захворюваність на ГРВІ тримається на досить стабільному рівні 15764,8 - 17239,2 (на 100 тис. населення) і зростала до 19466,8 лише у період епідемічного підйому 2009 року. Темп приросту (спаду) не переважає 10 % межі, за виключенням останнього епідемічного підйому 2009 року, який становить 16,8 %.

Захворюваність населення Тернопільської області на ГРВІ має дещо іншу картину, яка характеризується значно більшими коливаннями. Необхідно відмітити те, що у 2003 та у 2007 ро-

Таблиця 2. Динаміка захворюваності населення Тернопільської області на грип і ГРВІ за 1999–2009 рр.

Рік	Захворюваність на грип				Захворюваність на ГРВІ			
	Захворюваність на 100 тис. нас.	Абсолютний приріст	Темп росту, % при змінній основі	Темп приросту, %	Захворюваність на 100 тис. нас.	Абсолютний приріст	Темп росту, % при змінній основі	Темп приросту, %
1999	3 249,5	–	-	-	3 837,0	–	-	-
2000	1 302,3	-1 947,2	40,08	-59,92	11 215,6	7 378,6	292,30	192,30
2001	2 001,2	698,9	153,67	53,67	11 231,5	15,9	100,14	0,14
2002	156,2	-1 845	7,80	-92,2	10 262,8	-969,5	91,38	-8,62
2003	1 281,7	1 125,5	820,55	720,55	10 347,6	84,8	100,83	0,83
2004	243,4	-1 038,3	18,99	-81,01	9 140,4	-1 207,2	88,33	-11,67
2005	102,3	-141,1	42,03	-57,97	10 079,9	939,5	110,28	10,28
2006	63,2	-39,1	61,78	-38,22	10 473,3	393,4	203,90	3,90
2007	431,8	368,6	683,23	583,23	10 939,4	466,1	104,45	4,15
2008	186,6	-245,2	43,21	-56,79	10 751,3	-188,1	98,28	-1,72
2009	106,9	-79,7	57,29	42,71	15 037,4	4 286,1	139,87	39,87

ках, коли захворюваність населення України на грип збільшувалася відповідно у 4,2 та 6,5 разів у порівнянні з попереднім роком, то приріст захворюваності на ГРВІ змінювався від 2,57 % до 9,35 %. Порівняльна характеристика темпу приросту (спаду) захворюваності на грип у період епідемічного підйому 2009 року вказує на зниження показників захворюваності, як серед населення Тернопільської області так і України, на грип та збільшення захворюваності на гострі респіраторні інфекції. Враховуючи складність перебігу захворювання і те, що рівень госпіталізації становив 5,72 % від усіх хворілих [1] можна вказати на те, що не завжди хворим був встановлений діагноз грипу, а більшість лікарів встановлювали діагноз гострої респіраторної вірусної інфекції.

Для соціально-гігієнічної оцінки епідемічного спалаху грипу в Тернопільській області нами проведено рандомізоване соціально-гігієнічне дослідження осіб, які перехворіли під час епідемії грипом або ГРВІ. Встановлено, що серед хворілих під час епідемічного спалаху 57,32± 2,49 % становлять особи віком від 19 до 59 років,

6,31±0,25 % – 60 років і старші, 36,67±2,46 % – діти різного віку. Такі дані підтверджують особливу активність збудника щодо захворюваності населення молодого та працездатного віку та низький рівень захворюваності у старшому віці. Частіше всього під час епідемії хворіли особи, які знаходилися в організованих колективах. Серед таких робітники – 21,58±3,04 %, службовці – 16,73±2,31 %, школярі – 16,62 %. Найменші показники захворюваності спостерігаються серед інвалідів (0,64±0,01 %) та підприємців (1,76±0,05 %). З числа дорослого населення у більшості хворіли особи, які мають низький рівень доходів. Серед останніх це ті, засобом існування яких є заробітна плата – 35,12±2,81 %, у 9,52±0,73 % – пенсія, доходи від ведення власного господарства у 6,78±0,46 %. Особливістю даного епідемічного спалаху є те, що у 79,72±3,25 % захворіли не палять, а 72,10±5,38 % – не зловживають алкоголем. Характерною особливістю було те, що серед осіб, які захворіли грипом чи ГРВІ у період епідемічного спалаху 57,15±3,52 % раніше хворіли грипом або ГРВІ. Досить низькими були показники захворюва-

ності серед осіб, які піддавалися щепленню у попередні роки – $3,50 \pm 0,03$ %.

Незначна кількість осіб, які захворіли на грип чи ГРВІ напередодні епідемічного спалаху застосовували ті чи інші профілактичні засоби. Зокрема, близько 1,0 % осіб із захворілих були щеплені вакциною проти грипу, а $11,23 \pm 1,32$ % застосовували противірусні препарати чи інтерферони. Решта населення, які захворіли, не застосовували профілактичних засобів.

Як показали результати проведених досліджень, в колективах під час епідемії досить активно застосовувалися профілактичні засоби. У $99,05 \pm 0,04$ % випадків дотримувалася масочний режим, а у $94,46 \pm 3,27$ % випадків – посилені дезінфікаційні заходи. Проте безпосередньо заходи, які впливають на поширеність вірусних інфекцій, провітрювання приміщень та інші застосовувалися лише у $61,15 \pm 2,48$ %.

Більшість осіб, які захворіли на грип, чи ГРВІ у епідемічний період із запізненням звертали за медичною допомогою. Найчастіші випадки звернення до лікаря мали місце на 3-6 день від початку захворювання. В основному населення вперше зверталось за медичною допомогою до сімейного лікаря амбулаторії, або поліклініки – $63,58 \pm 3,22$ %, безпосередньо до центральної районної лікарні – $20,87 \pm 1,35$ %, фельдшерсько-акушерських пунктів – $12,46 \pm 1,03$ %. Серед опитаних осіб у $10,01 \pm 1,07$ % випадків застосовувалася госпіталізація. Показник госпіталізації у Тернопільській області переважає в 1,75 рази загальний показник госпіталізації в Україні під час епідемії 2009-2010 року. У переважній більшості осіб термін госпіталізації тривав від 5 до 10 днів і закінчувався у $93,30 \pm 2,75$ % випадків повним одужанням. Проте у $2,73 \pm 0,08$ % випадків

спостерігалось часткове одужання, а у $4,02 \pm 0,06$ % випадків – ускладнення.

Нами також проведено вивчення оцінки надання медичної допомоги. На основі проведеного аналізу встановлено, що $76,12 \pm 3,09$ % вважають, що медична допомога їм була надана на достатньому рівні кваліфікованим медичним персоналом. Із недоліків лікування у тих чи інших лікувально-профілактичних закладах найчастіше згадувалися відсутність сучасної лабораторної діагностики, невчасно розпочате лікування, відсутність безкоштовного лікування та дорогі вартісні ліки, які в цілому склали $6,83 \pm 0,31$ %.

Висновки

1. Протягом останніх 10 років спостерігається динамічне зниження захворюваності населення, як Тернопільської області так і України, на грип.

Динаміка захворюваності на ГРВІ характеризується періодичними підйомами та спадами, які відбуваються в середньому з інтервалом в один рік.

2. У період епідемічного сезону 2009-2010 рр. у Тернопільській області серед захворілих $57,32 \pm 2,49$ % становлять особи віком від 19 до 59 років.

3. Більша частка захворілого населення Тернопільської області має відношення до організованих колективів та має низький рівень матеріального забезпечення.

4. Для зменшення захворюваності на грип та інші ГРВІ доцільною є розробка комплексної регіональної програми профілактичних заходів, в тому числі вакцинопрофілактики.

Перспективи подальших досліджень полягають у науковому обґрунтуванні заходів попередження епідемічних підйомів захворюваності на грип та ГРВІ.

Список літератури

1. Гриневич О. І. Уроки 7-ї Міжнародної конференції з актуальних питань інфекційних хвороб /О. І. Гриневич, О. М. Семенюк //Український медичний часопис. – 2010. – № 4 (78). – С. 4-5.
2. Дзюблик І. В. Підготовка до очікуваної пандемії грипу: роль дидактичного компонента /І. В. Дзюблик, А. П. Міроненко, А. М. Атлас //Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія. – 2008. – № 5 (16). – С. 4-6.
3. Пловецька І. А. Епідемічний процес грипу і ГРВІ у працівників різних виробництв /І. А. Пловецька //Експерим. і клініч. медицина. – 2007. – № 4. – С. 152-155.
4. Echevarria-Zuno S. Infection and death from influenza A H1N1 virus in Mexico: a retrospective analysis /S. Echevarria-Zuno, J. M. Mejia-Arangure, A. J. Mar-Obeso //Lancet. – 2009. – № 374. – P. 2072-2079.
5. Garten R. J. Antigenic and genetic characteristics of swine-origin A (H1N1) influenza virus circulating in humans. /R. J. Garten, C. A. Russell //Science. – 2009. – № 325. – P. 197-201.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГРИППА И ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

А. Г. Шульгай, С. С. Днистрян, Н. Я. Панчишин, Л. Н. Романюк, О. Н. Литвинова, В. Л. Смирнова, Н. А. Теренда, Н. Е. Федчишин (г. Тернополь)

В работе приведены сравнительные данные распространенности гриппа и острых респираторных инфекций в Украине и Тернопольской области. Приведена социально-гигиеническая оценка особенностей эпидемического подъема заболеваемости 2009-2010 гг.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **грипп, острые респираторные вирусные инфекции.**

FEATURES OF PREVALENCE OF INFLUENZA AND ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS IN TERNOPIIL REGION

A. Shulgay, S. Dnistryan, N. Panchyshyn, L. Romanyuk, O. Lytvynova, V. Smirnova, N. Terenda, N. Fedchyshyn (Ternopil)

The article presents comparative data of prevalence against influenza and acute respiratory infections in Ukraine and Ternopil region. The social-hygienic estimation of the features of the morbidity epidemic rise during 2009-2010 was determined.

KEY WORDS: **influenza, acute respiratory viral infections.**

УДК 312.6:616-057.36:355.25(477)

Л. В. ДІДЕНКО, Л. А. УСТИНОВА, М. І. ХИЖНЯК (Київ)

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ОСІБ ОФІЦЕРСЬКОГО СКЛАДУ ВІЙСЬКОВОГО ЗАПАСУ НА ЕТАПІ ВСТУПУ ТА ПРОХОДЖЕННЯ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ В 2001-2010 РР.

Центральна військово-лікарська комісія Міністерства Оборони України
Українська військово-медична академія Міністерства Оборони України

У статті вивчена придатність до військової служби осіб офіцерського складу військового запасу на етапі вступу та проходження військової служби в Збройних Силах України. Встановлено, що особливості динаміки змін стану здоров'я та фізичного розвитку офіцерського складу військового запасу на етапах вступу та проходження військової служби необхідно враховувати при комплектуванні військового запасу збройних сил в умовах переходу до професійної армії.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **військовий запас офіцерського складу, етапи вступу та проходження військової служби, стан здоров'я військовослужбовців офіцерського складу військового запасу, стан фізичного розвитку військовослужбовців офіцерського складу військового запасу, придатність до військової служби у військовому запасі.**

Питання стану здоров'я та фізичного розвитку осіб офіцерського складу військового запасу Збройних Сил (ЗС) України, медичного забезпечення їх призову на військову службу в разі необхідності постійно знаходяться у центрі уваги медичної служби ЗС України, штатних військово-лікарських комісій військових округів та Центральної військово-лікарської комісії Міністерства оборони України [3-7;11-15].

В сучасних умовах комплектування здоровим контингентом ЗС України й інших силових структур значною мірою ускладнене. Соціально-економічна криза, психологічна напруженість у суспільстві, відсутність цілеспрямованої лікувально-оздоровчої роботи серед громадян негативно позначаються на стані здоров'я осіб офіцерсь-

кого складу військового запасу ЗС України [1;2;8-10].

Стан здоров'я та фізичного розвитку на етапах вступу та проходження військової служби є передумовою придатності їх до військової служби у військовому запасі. Здорові та добре фізично розвинуті військовослужбовці здатні не тільки успішно володіти бойовою технікою та ефективно її використовувати, але й після закінчення військової служби бути придатними до військової служби у військовому запасі. Фізично міцні військовослужбовці добре переносять підвищені навантаження, нервово-психічну напругу та дію інших несприятливих факторів. Стан здоров'я та фізичного розвитку – одні з основних критеріїв відбору на військову службу, контролю за бойовою та фізичною підготовкою, ставленням

військовослужбовця до підтримки та збереження свого здоров'я. Стан здоров'я та фізичного розвитку значною мірою обумовлює бойову придатність особового складу та характеризує людський фактор боєздатності частин і відображає перспективу придатності їх до військової служби у військовому запасі [1;2;8–10].

Здоров'я військовослужбовців було предметом багатьох досліджень з проблем військової медицини (В.Я. Білий зі співавт., 2000; Т.А. Бібік, 2005, 2007; Ю. Калагін, 2007; М.П. Захараш зі співавт., 2008) [3–7;9;15]. Однак в цих працях не досліджувалося зміни у стані здоров'я та фізичного розвитку осіб офіцерського складу військового запасу в умовах переходу до професійної армії, їх вплив на придатність до військової служби і готовність служити в ЗС України.

Таким чином, особливого значення на сьогодні набуває вивчення стану здоров'я та фізичного розвитку осіб офіцерського складу військового запасу на етапах вступу та проходження військової служби в ЗС України.

Метою дослідження є вивчення придатності до військової служби осіб офіцерського складу військового запасу на етапі вступу (курсанти) та проходження військової служби (офіцери) в ЗС України на основі вивчення особливостей стану їхнього здоров'я та фізичного розвитку для поліпшення процесу комплектування офіцерського складу військового запасу ЗС України людськими ресурсами при переході на професійну основу.

Матеріали і методи. Основою роботи є епідеміологічне дослідження, зокрема його статистичний метод. У дослідженні використано матеріали офіційної медичної статистики – статистичну звітність за формами № 2/мед. і № 4/мед.; звіти про результати медичного огляду військовослужбовців ЗС України за 2001–2010 рр. За цими матеріалами вивчалися динамічні зміни у стані

здоров'я та фізичного розвитку військовослужбовців офіцерського складу військового запасу на етапі вступу та проходження військової служби в ЗС України за 2001–2010 рр. Визначення груп стану здоров'я та оцінка фізичного розвитку військовослужбовців офіцерського складу проводилося згідно з наказом МО України № 402 від 14.08.2008 р. “Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України”. В ході розрахунків за число спостережень приймалися кількість військовослужбовців, що були охоплені медичним оглядом у військово-лікарських комісіях і визнані придатними до військової служби.

Результати дослідження та їх обговорення. Особовий склад ЗС України має складну структуру за категоріями та є неоднорідним за віком і періодичністю оновлення. Військовослужбовці та військовозобов'язані поділяються на рядовий склад, сержантський і старшинський склад та офіцерський склад.

Військовослужбовці офіцерського складу ЗС України – це категорія військовослужбовців з певною віковою структурою, строками військової служби (частота оновлення колективу) та умовами розташування, харчування, водопостачання. За цими ознаками військовослужбовців офіцерського складу можна порівнювати з цивільним дорослим населенням.

За результатами досліджень нами встановлено, що на етапі вступу до військової служби в ЗС України серед осіб офіцерського складу військового запасу – курсантів превалювали військовослужбовці, які за станом здоров'я були здоровими і склали першу групу, їх питома вага за середнім багаторічним показником становила $86,45 \pm 0,38\%$ військовослужбовців. Частка молодого поповнення 1-ї групи за станом здоров'я в 2001–2010 рр. коливалася від 77,40% в 2005 р. до 95,26% в 2010 р. (табл. 1).

Таблиця 1. Стан здоров'я осіб офіцерського складу військового запасу (курсантів) на етапі вступу до військової служби в ЗС України в 2001–2010 рр. (%)

Група здоров'я*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Середній багаторічний показник
I	88,96	85,58	84,97	85,16	77,40	91,29	80,25	85,23	90,40	95,26	$86,45 \pm 0,38$
II	8,78	10,66	12,26	10,13	18,20	5,40	10,32	13,88	6,05	3,32	$9,90 \pm 0,33$
III	2,25	3,75	2,78	4,71	4,39	3,31	9,43	0,89	3,56	1,43	$3,65 \pm 0,21$
Всього	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примітка: I – здоровий, II – практично здоровий, III – потребує систематичного нагляду.

Другу групу стану здоров'я складали курсанти, які були практично здоровими і за середнім багаторічним показником вони становили в 2001–2010 рр. $9,90 \pm 0,33\%$ обстежених. Частка

курсантів 2-ї групи за станом здоров'я в 2001–2010 рр. зростала від 8,78% в 2001 р. до 18,20% в 2005 р., протягом 2006–2010 рр. – зменшилася до 3,32% в 2010 р. (табл. 1).

Третя група курсантів за станом здоров'я є найменшою, питома вага осіб офіцерського складу військового запасу на етапі вступу їх на військову службу до ЗС України за середнім багаторічним показником становила $3,65 \pm 0,21\%$ обстежених. Її складали курсанти, які за станом здоров'я потребували систематичного медичного нагляду. Питома вага молодого поповнення 3-ї групи за станом здоров'я в 2001–2007 рр. зростала від 2,25% в 2001 р. до 9,43% в 2007 р., протягом 2008–2010 рр. зменшилася до 1,43% в 2010 р. (табл. 1).

За результатами досліджень фізичного розвитку осіб офіцерського складу військового запасу

на етапі вступу в 2001–2010 рр. нами встановлено, що серед курсантів превалювали військово-службовці, які мали добрий стан фізичного розвитку, їх питома вага за середнім багаторічним показником становила $75,83 \pm 0,48\%$ військово-службовців. Частка добре розвинутих фізично курсантів в 2001–2010 рр. коливалася від 65,77% в 2003 р. до 84,55% в 2009 р. (табл. 2).

Середній стан фізичного розвитку в 2001–2010 рр. за середнім багаторічним показником мали $22,72 \pm 0,47\%$ військовослужбовців. Частка курсантів, які мали середній стан фізичного розвитку, в 2001–2010 рр. коливалася від 33,85% в 2003 р. до 15,18% в 2006 р. (табл. 2).

Таблиця 2. Стан фізичного розвитку осіб офіцерського складу військового запасу (курсантів) на етапі вступу до військової служби в ЗС України в 2001–2010 рр. (%)

Оцінка фізичного розвитку	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Середній багаторічний показник
Добрий	75,82	76,17	65,77	81,86	72,86	84,15	74,57	71,30	84,55	71,26	$75,83 \pm 0,48$
Середній	23,77	23,47	33,85	17,56	26,11	15,18	24,27	20,46	15,37	27,17	$22,72 \pm 0,47$
Недостатній	0,41	0,36	0,37	0,58	1,02	0,68	1,15	8,24	0,08	1,57	$1,45 \pm 0,13$
Всього	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Недостатньо розвинутий фізичний стан в 2001–2010 рр. мали $1,45 \pm 0,13\%$ осіб офіцерського складу військового запасу на етапі вступу на військову службу до ЗС України, їх питома вага коливалася від 8,24% в 2008 р. до 0,08% в 2009 р. (табл. 2).

За результатами досліджень нами встановлено, що на етапі проходження військової служби в ЗС України серед офіцерів, які формують людські ресурси офіцерського складу військового запасу, превалювали військовослужбовці, які за станом здоров'я були здоровими і складали

1-у групу, їх питома вага за середнім багаторічним показником становила $64,14 \pm 0,22\%$ військовослужбовців. Частка офіцерів 1-ї групи за станом здоров'я в 2001–2010 рр. зменшувалася від 69,40% в 2001 р. до 59,55% в 2010 р. (табл. 3).

Другу групу стану здоров'я складали офіцери, які були практично здоровими, за середнім багаторічним показником вони становили в 2001–2010 рр. $19,91 \pm 0,18\%$ обстежених. Частка офіцерів 2-ї групи за станом здоров'я в 2001–2010 рр. коливалася від 14,21% в 2009 р. до 25,48% в 2010 р. (табл. 3).

Таблиця 3. Стан здоров'я осіб офіцерського складу військового запасу (офіцерів) на етапі проходження військової служби в ЗС України в 2001–2010 рр. (%)

Група здоров'я*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Середній багаторічний показник
I	69,40	72,63	73,55	66,17	69,59	62,34	63,74	62,59	41,86	59,55	$64,14 \pm 0,22$
II	16,66	16,11	15,61	20,68	20,37	24,91	23,45	21,57	14,21	25,48	$19,91 \pm 0,18$
III	13,95	11,26	10,84	13,15	10,03	12,74	12,82	15,84	43,93	14,97	$15,95 \pm 0,17$
Всього	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Примітка: I – здоровий, II – практично здоровий, III – потребує систематичного нагляду.

Питома вага офіцерів третьої групи за станом здоров'я була майже такою, як і 2-ї групи, за середнім багаторічним показником вона становила $15,95 \pm 0,17\%$ обстежених, що майже втричі перевищує відповідний показник на етапі

вступу на військову службу. Питома вага офіцерів 3-ї групи за станом здоров'я в 2001–2010 рр. коливалася від 10,03% в 2005 р. до 43,93% в 2009 р. (табл. 3). Для встановлення причин зростання серед військовослужбовців офіцерського

складу кількості осіб, які потребують систематичного медичного нагляду, необхідно в подальшому провести вивчення структури захворювань, з приводу яких військовослужбовці строкової служби були визнані ВЛК непридатними (обмежено придатними) до військової служби в ЗС України, умов військової служби та побуту.

Висновки

1. Встановлено, що серед осіб офіцерського складу військового запасу на етапі вступу (курсанти) на військову службу за середнім багаторічним показником превалювали військовослужбовці, які за станом здоров'я були здоровими і склали 1-у групу (86,45±0,38% військовослужбовців); 2-га група (практично здорові) становила 9,90±0,33% військовослужбовців; 3-тя група (потребували систематичного медичного нагляду) була найменшою і становила 3,65±0,21% курсантів.

2. Виявлено, що серед осіб офіцерського складу військового запасу на етапі вступу (курсанти) за показниками фізичного розвитку в 2001–2010 рр. превалювали військовослужбовці, які мали добрий стан фізичного розвитку (75,83±0,48% військовослужбовців); середній

стан фізичного розвитку мали 22,72±0,47% військовослужбовців; недостатньо розвинутий фізичний стан мали 1,45±0,13% військовослужбовців.

3. Встановлено, що серед осіб офіцерського складу військового запасу на етапі проходження військової служби в ЗС України (офіцери) в 2001–2010 рр. превалювали військовослужбовці, які за станом здоров'я були здоровими і склали 1-у групу (64,14±0,22% військовослужбовців); 2-у групу (практично здорові) сформували 19,91±0,18% військовослужбовців; 3-я група (потребували систематичного медичного нагляду) була майже такою, як і 2-га група, і нараховувала 15,95±0,17% військовослужбовців.

Перспективи подальших досліджень.

Запропоновано провести комплексне дослідження стану здоров'я осіб військового запасу рядового та офіцерського складу на етапах звільнення з військової служби, причин зміни придатності їх до військової служби з метою розробки та впровадження на основі отриманих результатів нових науково обґрунтованих критеріїв придатності військовослужбовців до військової служби в запасі.

Список літератури

1. Бібік Т. А. Вивчення стану здоров'я та надання медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України за даними соціологічного опитування / Т. А. Бібік // Військова медицина України. – 2005. – № 2. – С. 50–52.
2. Бібік Т. А. До питання про подальший розвиток диспансеризації військовослужбовців Збройних сил України / Т. А. Бібік, Г. З. Мороз // Лік. справа. – 2007. – № 5/6. – С. 125–128.
3. Біла книга України 2005. Оборонна політика України: щорічник. – К. : МО України, 2006. – 134 с.
4. Біла книга України 2006. Оборонна політика України : щорічник. – К. : Військо України, 2007. – 95 с.
5. Біла книга України 2008. Оборонна політика України : щорічник. – К. : МО України, 2009. – 100 с.
6. Біла книга України 2009. Оборонна політика України : щорічник. – К. : МО України, 2010. – 92 с.
7. Державна програма розвитку Збройних Сил України на 2006–2011 роки (основні положення). – К. : НАОУ, 2005. – 40 с.
8. Калагін Ю. Охорона здоров'я військовослужбовців як складова соціальної сфери Збройних сил України / Ю. Калагін // Соц. психол. – 2007. – № 5. – С. 157–162.
9. Концепція професійного здоров'я військовослужбовців у Програмі будівництва та розвитку ЗС України / В. Я. Білий, О. О. Сохін, М. М. Вовкодав [та ін.] // Наука і оборона. – 2000. – № 3. – С. 22–26.
10. Питання оптимізації медичної та медико-експертної допомоги військовослужбовцям на регіональному рівні / М. П. Захараш, О. В. Сергієні, А. М. Кравченко, Г. І. Тітов // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 2. – С. 192–195.
11. Про внесення змін до Закону України "Про загальний військовий обов'язок і військову службу" : Закон України від 04.04.06. № 3597-IV // Оф. вісн. України. – 2006. – № 17 (10 трав.). – С. 1261.
12. Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію : Закон України від 02.03.2005 р. // Військове законодавство України: зб. нормативних актів. – К. : Атіка, 2005.
13. Про оборону України : Закон України від 06.12.1991 р. // Законодавство України з питань військової сфери. – К. : Азимут-Україна, 2003.
14. Про структуру військового резерву людських ресурсів : постанова КМУ від 18.10.2006 р. № 1426 // Оф. вісн. України. – 2006. – № 42 (1 листоп.). – С. 2805.
15. Стратегічний оборонний бюлетень України на період до 2015 року (Біла книга України): щорічник. – К. : Авант-пост-прім, 2004. – 96 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ ОФИЦЕРСКОГО СОСТАВА ВОЕННОГО ЗАПАСА НА ЭТАПЕ ВСТУПЛЕНИЯ И ПРОХОЖДЕНИЯ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ УКРАИНЫ В 2001–2010 РР.

Л. В. Диденко, Л. А. Устинова, М. І. Хижняк (Київ)

В статье изучена пригодность к военной службе лиц офицерского состава военного запаса на этапе вступления и прохождения военной службы в Вооруженных Силах Украины. Установлено, что особенности

динамики изменений состояния здоровья и физического развития офицерского состава военного запаса на этапах вступления и прохождения военной службы необходимо учитывать при комплектовании военного запаса вооруженных сил в условиях перехода к профессиональной армии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **военный запас офицерского состава, этапы вступления и прохождения военной службы, состояние здоровья военнослужащих офицерского состава военного запаса, состояние физического развития военнослужащих офицерского состава военного запаса, пригодность к военной службе в военном запасе.**

MODERN PECULIARITIES OF HEALTH AND PHYSICAL CONDITION OF RESERVED MILITARY OFFICERS AT THE STAGE OF JOINING AND CONDUCTING MILITARY SERVICE IN THE ARMED FORCES OF UKRAINE IN 2001-2010

L. V. Didenko, L. A. Ustinova, M. I. Khyzhniak (Kyiv)

Fitness of reserved military officers for military service at the stage of joining and conducting military service in the Armed Forces of Ukraine has been studied in the article. It has been established that the growing number of reserved military officers with changes in health and physical condition indicates insufficient level of their health which has a negative impact on their capability and gradually on their fitness for military service. Priorities of changes in organization of the process of completion by human resources of the reserved military officers' corps in the Armed Forces of Ukraine during their transition towards professional army have been defined, to include optimization of criteria of fitness for military service.

KEY WORDS: **reserved military officers corps, joining and conducting military service, state of health personnel officers of the military reserve, status of the physical development of the military officers of the military reserve, fitness for military service.**

Рецензент: к.мед.н. Н.В. Медведовська

УДК: 616-058+616-084+613.816

ОСОБЛИВОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ

I. М. КАРПІНЕЦЬ (Івано-Франківськ)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Стаття присвячена вивченню особливостей індивідуального способу життя, поширеності основних поведінкових чинників ризику хронічних неінфекційних захворювань серед хворих на алкоголізм.

Дослідження проводилось на базі закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області. Обстежено 552 особи, що знаходяться на обліку у лікаря-нарколога як залежні чи зловживають алкоголем, та 150 осіб контрольної групи.

Встановлено, що зловживання алкоголем супроводжується іншими поведінковими чинниками нездорового способу життя. Хворі на алкоголізм в декілька разів частіше і значно інтенсивніше, ніж здорові, курять тютюн, нерационально харчуються (не вживають свіжі овочі та фрукти, надають перевагу жирним, соленим і пряним продуктам), значно рідше практикують фізичні вправи.

КЛЮЧОВІ СЛОВА. **Алкоголізм, поведінкові чинники ризику, спосіб життя.**

Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень. Негативний вплив зловживання алкоголем на демографічні показники (зниження народжуваності, втрати трудових ресурсів), одні з найвищих в європейському регіоні рівні

захворюваності на гострі психотичні алкогольні розлади, інвалідності та смертності, асоційованої із зловживанням алкоголю, сприяння криміналізації суспільства наочно демонструють гостроту проблеми алкоголізму для України. [1,2].

Фемінізація та омолодження алкоголізму [2,3] не дозволяють робити позитивних прогнозів щодо розвитку ситуації надалі і вимагають координації зусиль науковців, фахівців галузі охорони здоров'я, урядових та громадських організацій, промислового сектору, засобів масової інформації, а також хворих і членів їх сімей щодо профілактики явища в суспільстві [1,2,3].

Відомо, що алкоголізм – це хвороба, яка характеризується психологічною залежністю і пов'язаними з нею змінами у поведінці та взаємодії з соціальним оточенням [4]. Однак, зловживання алкоголем є й доведеним чинником ризику різного роду соматичних захворювань, таких як: серцево-судинних, судинно-мозкових, органів травлення, травматизму, злоякісних захворювань тощо, більшість з яких є системними ризиками популяційного здоров'я [4,5,6].

З іншого боку, алкоголіки схильні вести нездоровий спосіб життя [2,5]. Серед них більш поширені інші вагомні чинники ризику вже вказаних хронічних неінфекційних хвороб, такі як: тютюнопаління, вживання наркотичних речовин, незбалансоване та нездорове харчування, гіподинамія, що в поєднанні з алкоголізмом значно посилює їх негативний вплив на індивідуальне та популяційне здоров'я [4,7,8].

Мета роботи: встановити особливості індивідуального способу життя, поширеності основних поведінкових чинників ризику серед хворих на алкоголізм, мешканців Прикарпаття, як передумови розробки цілеспрямованих заходів його профілактики.

Матеріал і методи дослідження. Провели медико-соціальне дослідження на базі наркологічних кабінетів поліклінік центральних районних та центральних міських лікарень Івано-Франківської області, а також обласного наркологічного диспансеру. За спеціально розробленою програмою обстежили 552 особи, які знаходяться на обліку у лікаря-нарколога як залежні чи зловживають алкоголем. Контрольну групу склали 150 осіб, вибраних довільно (випадковим механічним відбором) з числа пацієнтів, які звертались у вказані амбулаторно-поліклінічні заклади з приводу обстеження чи соматичного захворювання.

Основна і контрольна групи не відрізнялись між собою ($p > 0,05$) за віковим розподілом (до 30, 30-39, 40-49, 50-59, 60 років і старші) та за місцем проживання (міські чи сільські мешканці). Суттєвою була різниця за статтю ($p < 0,05$): у групі хворих на алкоголізм чоловіки становили 85,5%, а жінки – 14,5%, у контрольній групі їх співвідношення складало 66,0% та 34,0% відповідно.

Вивчали категорійний розподіл у досліджуваних групах таких чинників нездорового способу життя, як: тютюнопаління, вживання нар-

котичних речовин, нераціональне харчування та гіподинамія. Для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 обстежених і похибки репрезентативності для відносних величини, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили з допомогою критерію χ^2 [8].

Для вивчення впливу окремих чинників на формування алкогольної залежності використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95 % довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI). Якщо 95% CI містив одиницю, то вплив досліджуваного чинника розцінювався як несуттєвий [9]. При OR меншому від одиниці результати представляли показником зниження відношення шансів (Odds Ratio Reduction, ORR=1/OR).

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що переважна більшість осіб, які зловживають алкоголем або мають залежність від нього, регулярно курять тютюн (65,04±2,03%) і ще 15,94±1,56% мали досвід паління у минулому (рис.1).

Це у сумі значно більше, ніж аналогічні показники в контрольній групі (34,67±3,89% та 23,33±3,45%). Відповідно й питома вага осіб, які ніколи не палили, серед хворих на алкогольну залежність у 2,5 разу нижча, ніж в контрольній групі (19,02±1,67% проти 42,00±4,03%, $p < 0,001$). Такі ж пропорції характерні як для мешканців міст, так і сіл в обох порівнюваних групах ($p > 0,05$).

Суттєва різниця встановлена щодо поширеності куріння тютюну за статевою ознакою. І в основній, і в контрольній групі серед чоловіків ця шкідлива звичка зустрічається у декілька разів частіше ($p < 0,001$), ніж серед жінок: 72,03±2,07% проти 23,75±4,76% в основній групі і 49,49±5,02% та 5,88±3,29% в контрольній (рис. 4.14). Проте зловживання алкоголем супроводжується більшою поширеністю паління і серед чоловіків ($p < 0,001$), і серед жінок ($p < 0,05$).

Сказане головним чином стосується молоді. Найбільша частка постійних курців, як серед алкозалежних чоловіків, так і жінок, зареєстрована у віковій групі до 30 років (70,37±6,21% та 30,77±12,80% відповідно). Це вочевидь акцентує увагу на проблемі омолодження та фемінізації куріння, тим більше, що залежність від тютюну прямо корелює із залежністю від алкоголю (OR=3,51; 95% CI: 2,40-5,12; $p < 0,001$).

Слід зазначити, що хворі на алкоголізм не тільки частіше курять, але й характеризуються тривалішим стажем та інтенсивністю тютюнопаління. Зокрема встановлено, що наявність алкогольної залежності супроводжується значно вищими шансами курити тютюн тривалий час –

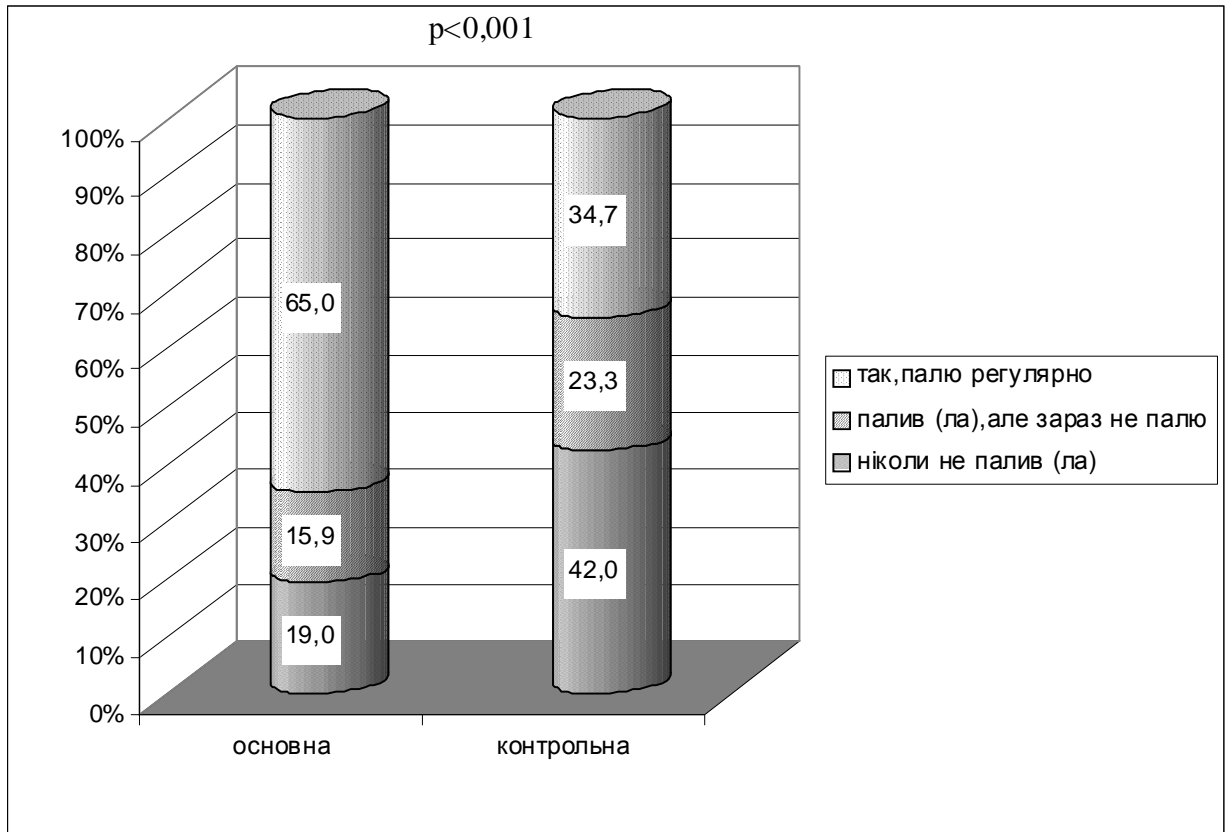


Рис. 1. Порівняльна характеристика поширеності куріння тютюну серед досліджуваних контингентів населення

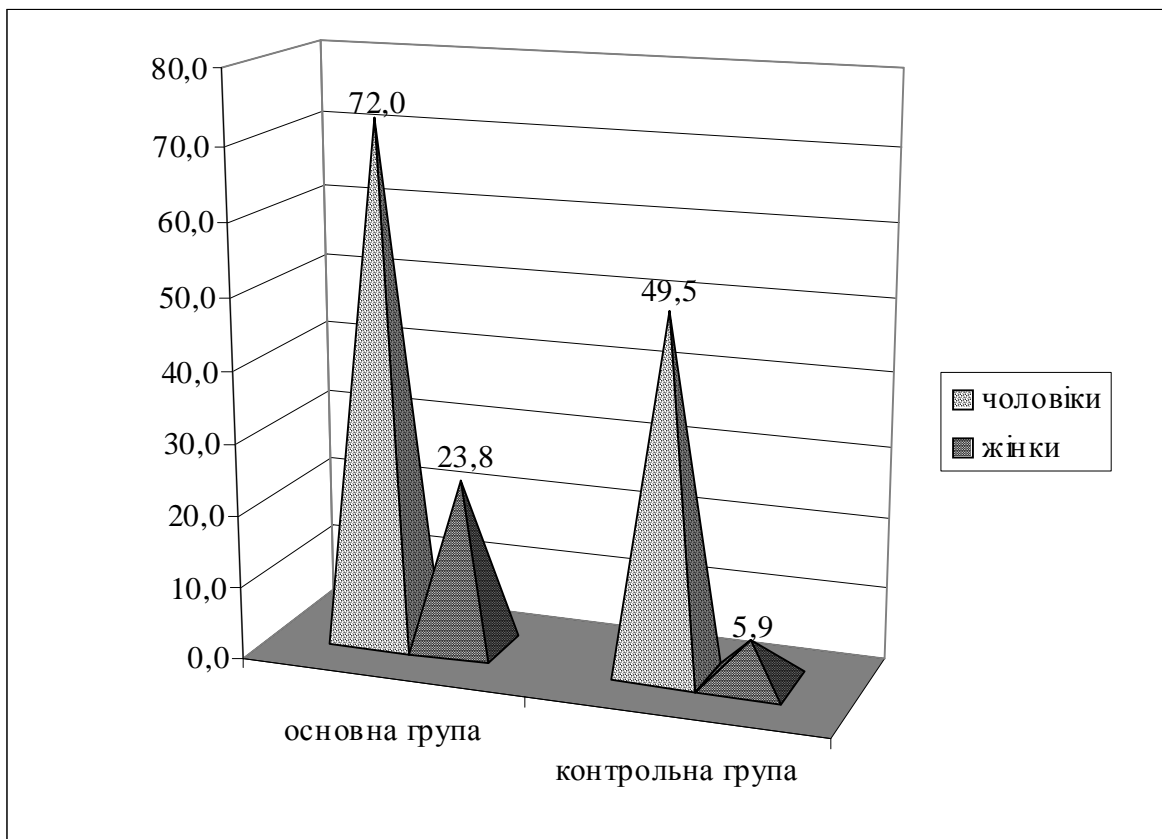


Рис. 2. Порівняльна характеристика поширеності куріння тютюну за статевою ознакою

понад 10 років ($OR=3,38$; 95% CI: 2,31-4,94; $p<0,01$), вичурюючи при цьому пачку цигарок і більше на день ($OR=4,94$; 95% CI: 3,37-7,24; $p<0,001$). Так, відсоток тих, хто курить (курив) понад 10 років становить $78,48\pm 1,95\%$ серед хворих на алкоголізм проти $58,62\pm 5,28\%$ в контрольній групі ($p<0,01$). Відповідно й частка тих, хто вичурює в день у середньому пачку цигарок чи більше в основній групі становить $93,84\pm 1,15\%$ проти $66,67\pm 5,05\%$ в контрольній ($p<0,001$). При цьому, більший стаж та інтенсивність куріння цілком закономірно демонстрували алкозалежні чоловіки, у порівнянні із такими ж жінками ($p<0,01$).

Протилежна залежність встановлена між зловживанням алкоголем та вживанням наркотичних речовин. Серед хворих на алкоголізм тільки $4,35\pm 0,87\%$ вказали, що вживають чи мають досвід їх вживання. У контрольній групі таких було достовірно більше – $11,33\pm 2,59\%$ ($p<0,05$). Тобто, шанси алкозалежних ще вживати інші наркотичні речовини у 1,5-6 разів нижчі ($OR=2,93$; 95% CI: 1,52-5,65; $p<0,001$). Проте, це правило очевидно стосується тільки осіб старше 30 років. Серед молодих (до 30 років) кожен п'ятий, як з основної групи ($18,48\pm 5,29\%$), так і з контрольної ($21,74\pm 8,60\%$), визнав, що має досвід вживання наркотиків. Очевидно це є наслідком відомих особливостей соціально-психологічних та фізіологічних чинників, поведінкових реакцій молодих людей (вплив на них соціального середовища, мікросоціуму, однолітків, «близького друга», природна цікавість, не усвідомлення наслідків для здоров'я тощо), які спонукають їх до вживання різних психоактивних речовин, що надалі може сформувати відповідний тип залежності.

Слід вказати, що за цим чинником не встановлено достовірної різниці за статевою ознакою ($p>0,05$). І якщо, в контрольній групі спостерігалась однакова питома вага мешканців міст та сіл, що мають досвід вживання наркотичних речовин ($p>0,05$), то серед хворих на алкоголізм головними їх споживачами були мешканці міст ($p<0,001$).

Важливим чинником, який впливає не тільки на виникнення та розвиток захворювання, а й на відновлення стану здоров'я хворих на алкоголізм, є харчування. Раціональність харчування оцінювалась на підставі відповідей щодо частоти вживання свіжих овочів і фруктів, присутності в раціоні гострих, солоних та жирних страв. Встановлено, що для осіб із алкогольною залежністю характерний в загальному нездоровий тип харчування. Так, тільки третина алкозалежних вживають свіжі овочі та фрукти, а отже можуть вважатись такими, що харчуються раціонально ($35,23\pm 2,05\%$, проти $64,00\pm 3,92\%$ у контрольній групі). У раціон половини опитаних основної групи свіжі овочі та фрукти входять не

частіше одного разу на тиждень ($54,31\pm 2,31\%$ проти $34,67\pm 3,89\%$ відповідно), а кожен десятий – їх взагалі не вживає ($10,46\pm 1,31\%$ проти однієї особи в контрольній групі). Тобто, особи, що зловживають алкоголем, мають і вищі шанси нераціонально харчуватись – не вживати овочів та фруктів ($OR=8,64$; 95% CI: 2,09-35,83; $p<0,001$).

Такий розподіл відповідей демонстрували респонденти обох груп, не залежно від статі ($p>0,05$). Однак, закономірно, що частка хворих, які взагалі не вживають свіжі овочі та фрукти у міських мешканців удвічі більша, ніж у жителів села ($13,27\pm 1,93\%$ проти $6,78\pm 1,64\%$ відповідно). Цікаво, що раціональність харчування в основній групі погіршувалась з віком, сягаючи апогею в 50-59 років – $19,35\pm 3,55\%$ алкозалежних цього віку зовсім не вживають овочі та фрукти. Однак, серед алкозалежних, старших 60 років, таких вже тільки поодинокі випадки. Можливо це вказує на те, що одним із чинників доживання до похилого віку може бути раціональність харчування.

Хворі на алкоголізм достовірно частіше, порівняно із контрольною групою, відзначали, що в їх раціоні постійно присутня жирна ($46,25\pm 2,13\%$ проти $32,00\pm 3,81\%$, $p<0,001$), гостра і солоні їжа ($63,92\pm 2,06\%$ проти $49,33\pm 4,08\%$, $p<0,001$). Тобто, зловживання алкоголем суттєво підвищує шанси споживання не здорової їжі, за рахунок переважання у раціоні жирних ($OR=1,83$; 95% CI: 1,25-2,68; $p<0,001$) та солених і прямих ($OR=1,82$; 95% CI: 1,26-2,62; $p<0,001$) продуктів.

Особливо полюблюють таку їжу хворі чоловіки, $48,61\pm 2,31\%$ з яких (проти $32,50\pm 5,24\%$ хворих жінок, $p<0,05$) переважно їдять жирну, та $67,60\pm 2,17\%$ (проти $42,50\pm 5,53\%$, $p<0,001$) – гостру і солону. Суттєвих відмінностей щодо харчових уподобань респондентів за віком не встановлено ($p>0,05$). Проте, солону та гостру їжу частіше вживають хворі на алкоголізм – мешканці міст ($68,06\pm 2,65\%$ проти $58,47\pm 3,21\%$ хворих сільських мешканців, $p<0,05$).

Слід відмітити значну поширеність у сучасному українському соціумі ще одного важливого поведінкового чинника ризику більшості неепідемічних хронічних захворювань – гіподинамії. Тільки $9,23\pm 1,26\%$ – $11,33\pm 2,59\%$ респондентів обох груп вказали, що майже постійно практикують фізичні вправи. Однак, більшість алкозалежних ($64,78\pm 2,07\%$) та половина ($52,00\pm 4,08\%$) осіб контрольної групи, незалежно від статевої належності ($p>0,05$), майже ніколи не займаються фізичними вправами. Хоча наявність алкогольної залежності достовірно збільшує шанси фізичної пасивності ($OR=1,70$; 95% CI: 1,18-2,45; $p<0,05$).

Характерно, що міські мешканці, маючи більші можливості, щоб постійно чи епізодично займатись фізичними вправами, не роблять цього ($p<0,01$). Тільки $6,91\pm 1,45\%$ осіб з алкогольною

залежністю з числа міських мешканців проти 12,33±2,18% жителів сільської місцевості вказали, що регулярно практикують фізичні вправи. З іншого боку, в сільській місцевості значно більше хворих вказали, що ніколи не займаються фізкультурою та спортом (70,93±3,01% проти 60,20±2,81% у містах). Проте відомо, що сільські мешканці компенсують це значними фізичними навантаженнями при виконанні сільськогосподарських робіт.

Логічно, що з віком фізична активність зменшується і відповідно зростає частка осіб, що взагалі не практикують фізичних вправ, як в основній, так і в контрольній групах ($p < 0,05$). Однак, особливо тривожить значна поширеність гіподинамії у молодому віці (до 30 років), де половина респондентів основної групи

(50,00±6,93%) і третина (34,78±9,93%) контрольної вказали, що майже ніколи не займаються фізичними вправами.

Висновок.

Встановлено, що зловживання алкоголем супроводжується іншими поведінковими чинниками нездорового способу життя. Хворі на алкоголізм в декілька разів частіше і значно інтенсивніше, ніж здорові, курять тютюн, нераціонально харчуються (не вживають свіжі овочі та фрукти, надають перевагу жирним, соленим і пряним продуктам), значно рідше практикують фізичні вправи.

Перспективи подальших досліджень.

Отримані нами результати дослідження будуть використані для удосконалення системи профілактики алкоголізму.

Список літератури

1. *European Status Report on Alcohol and Health 2010* / Euro WHO, 2010. – 381 p. [Електронний ресурс] // Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf. - Титул з екрана.
2. *Ринда Ф. П.* Проблеми алкоголізації населення / Ф. П. Ринда, О. В. Олексієнко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – С. 119-125.
3. *Лінський І. В.* Основні проблеми, пов'язані з поширенням алкогольної залежності та наркоманії в Україні, та шляхи їх розв'язання / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Український вісник психоневрології. – 2005. - Т.13, №4. - С. 8-11.
4. *Сидоров П. И.* Наркологическая превентология: Руководство / П.И. Сидоров – М.: МЕДпресс-информ, 2006 – 720 с.
5. *Новая Европейская политика здравоохранения «Здоровье 2020»* / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро, 2011. – 129 с.
6. *Воронович Б. Т.* Без тайн о зависимостях и их лечении / Б. Т. Воронович; [пер. з пол. К. А. Мужановський]. – К.: Сфера, 2004. – 270 с.
7. *Скрипніков А. М., Напреєнко О. К., Сонник Г. Т.* Наркологія: навчальний посібник. – Тернопіль: ТДМУ, «Укрмедкнига», 2008. – 360с.
8. *Шабанов П. Д.* Наркологія: Практ. рук. для врачей / П. Д. Шабанов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 560с.
9. *Децик О. З.* Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5-8.
10. *Бабич П. Н.* Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Український медичний часопис. – 2005. - № 2 (46). – С. 113-119.

ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Карпинец И. М. (Ивано-Франковск)

Статья посвящена изучению особенностей индивидуального образа жизни, распространенности основных поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди больных алкоголизмом.

Исследование проводилось на базе учреждений здравоохранения Ивано-Франковской области. Обследовано 552 человека, находящихся на учете у врача-нарколога как зависимые или злоупотребляющие алкоголем, и 150 лиц контрольной группы. Установлено, что злоупотребление алкоголем сопровождается другими поведенческими факторами нездорового образа жизни. Больные алкоголизмом в несколько раз чаще и значительно интенсивнее, чем здоровые, курят табак, нераціонально питаются (не употребляют свежие овощи и фрукты, предпочитают жирные, соленые и пряные продукты), значительно реже занимаются физическими упражнениями.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. Алкоголизм, поведенческие факторы риска, образ жизни.

PECULIARITIES OF LIFE-STYLE OF PATIENTS WITH ALCOHOLISM.

Karpinets I. M. (Ivano-Frankivsk)

The article is dedicated to studying the specifics of life-style, prevalence of main behavioural risk factors of chronic not contagious diseases among patients with alcoholism. The research was conducted at the medical facilities in Ivano-Frankivsk region. There were examined 552 persons with alcoholism and 150 persons of control group. It is determined that alcohol misuse is accompanied by other behavioural factors of unhealthy life-style. People addicted

to alcoholism smoke tobacco several times more often and significantly more intensively than healthy people, eat unhealthy food (do not consume fresh vegetables and fruits, prefer salty and spicy foods), rarely practice physical exercises.

KEY WORDS. **Alcoholism, behavioural risk factors, life-style**

Рецензент:

УДК 616.62-003.7-08.849.11]-08.838

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕЧОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ ПІСЛЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ЛІТОТРИПСІЇ В УМОВАХ КУОРТУ ГУСЯТИН

*О. Л. КОВАЛЬЧУК, А. І. МИСАК, В. В. ТВЕРДОХЛІБ, Т. Б. КОРИЛЬЧУК,
С. О. НЕСТЕРУК (Тернопіль)*

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Проведено аналіз лікування 108 хворих після екстракорпоральної ударнохвильової літотрипсії у відділенні урологічної реабілітації при Гусятинській ЦРЛ. Результати порівнювали з контрольною групою (48 хворих), яким не проводилась реабілітація на курорті. У 70,4% хворих фрагменти відійшли повністю, в 15,7% - відійшли частково. Залишкові фрагменти не відходили зовсім, або спостерігалось їх часткове відходження в пізні строки (через 1-2 місяці) – у 13,9% хворих. Отримані результати показали ефективність комплексної реабілітації при порівнянні з контрольною групою, яка не проходила лікування на курорті Гусятин.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **сечокам'яна хвороба, ударно-хвильова літотрипсія, курортне лікування**

Вступ. Проблема лікування сечокам'яної хвороби (СКХ) залишається однією з найактуальніших і складних у сучасній урології. Поширеність СКХ серед дорослого населення планети становить 1 – 3%. У структурі урологічної патології СКХ займає друге місце за частотою після неспецифічних запальних захворювань і складає 30 – 45% від загального числа урологічних хворих і третє – в структурі причин смертності від урологічної патології [2, 3, 7].

Умови сучасного життя, гіподинамія, порушення кальцієвого обміну, дисбаланс рН сечі, пов'язаний з харчуванням, екологічні, кліматичні, географічні, а також генетичні чинники відіграють вирішальну роль у розвитку СКХ.

Широке розповсюдження та зростання захворюваності на СКХ зумовило пошук нових підходів до лікування цієї недуги. Останні два десятиріччя широкого застосування отримала екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія (ЕУХЛ), як один з малотравматичних методів

лікування СКХ [5, 6, 8]. Накопичений досвід вітчизняних урологів та з інших країн в цьому питанні свідчить про те, що він дає до 18 – 38 % різних ускладнень [1, 4, 10]. Після проведеного лікування методом ЕУХЛ повне відходження каменів протягом місяця спостерігається не більше, ніж в 5 % випадків. У решти – наявність залишкових фрагментів чи кам'яна доріжка. Крім цього, майже у всіх проявляється виражений больовий синдром (в т.ч. ниркова колика), гематурія (макро- чи мікро-), лейкоцитурія, ін. та в окремих випадках (до 5%) гострий пієлонефрит, що потребує госпіталізації хворих в урологічний стаціонар [2, 9].

Сприяння до самовідходження фрагментів, боротьба з інфекцією сечових шляхів, корекція рН, профілактика рецидиву каменеутворення, нормалізація функції нирки є актуальною проблемою ведення хворих після ЕУХЛ. Ось чому, реабілітація цієї групи хворих має неабияке значення в практиці лікаря уролога.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз лікування 108 пацієнтів (дослідна група) після ЕУХЛ у відділенні урологічної рабілітації (санаторно-курортне) при Гусятинській ЦРЛ (Тернопільська область). Результати порівнювали з контрольною групою (48 пацієнтів після ЕУХЛ), які з тих чи інших причин не проходили комплексну рабілітацію. Слід відмітити, що постановою Кабінету Міністрів України від 28.12.1996 року „Про затвердження переліку населених пунктів, віднесених до курортних”, смт. Гусятин належить до категорії курортних населених пунктів. Гусятин – бальнеологічний курорт із використанням слабомінералізованої води з високим вмістом органічних речовин типу „Нафтуса” під назвою „Новозбручанська” і ропи високої мінералізації типу „Друскенінкай” під назвою „Гусятинська”. Гусятинське родовище має відмінність з лікувальною водою „Нафтуса” трускавецького родовища в тому, що його складові вугільного походження.

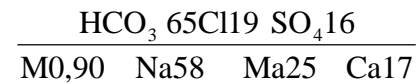
Для оцінки стану хворих у період після ЕУХЛ проводили всебічне вивчення лабораторних та клініко-рентгенологічних показників безпосередньо та у віддалені терміни після рабілітаційного лікування. Під час проведення рабілітаційного лікування постійно контролювали загальний стан хворих, наявність патологічних симптомів (які характеризували виникнення гострого запального процесу), загальноклінічні показники (артеріальний тиск, частота пульсу тощо), процес відходження „залишкових” фрагментів-конкрементів.

Із 108 пацієнтів дослідної групи чоловіків було 46 (42,6 %), жінок – 62 (57,4 %). Вік хворих знаходився у межах від 18 до 72 років. Найбільшу групу – 76 хворих – становили чоловіки і жінки у віці від 33 до 50 років, найменшою була вікова група від 65 до 72 років (8 хворих), що свідчить про те, що лікуванню та рабілітації підлягали хворі обох статей у працездатному віці. Треба відзначити, що показаннями для направлення пацієнтів на рабілітаційне лікування після ЕУХЛ були: повна фрагментація каменів на уламки, що здатні до самостійного відходження (менше 5–6 мм); відсутність гострого запального процесу в нирках; прохідність верхніх сечовивідних шляхів; відсутність супутніх захворювань в стадії загострення.

До госпіталізації у відділення рабілітації при Гусятинській ЦРЛ фрагменти після ЕУХЛ у мисці було виявлено у 19 пацієнтів (17,6 %), в чашечках – у 28 (25,9 %) хворих, у верхній третині сечовода – в 22 (20,4 %), в середній – у 14 (13,0 %) і в нижній третині сечовода в 25 (23,1%). Пацієнтів було направлено у відділення рабілітації на 9–12 день після літотрипсії на термін 18–24 дні. Основним лікувальним чинником було

застосування слабомінералізованої гідрокарбонатної води типу „Нафтуса”. Мінеральну воду призначали з відомою метою: збільшити діурез, зменшити концентрацію солей, змінити рН сечі, полегшити відходження конкрементів, нормалізувати вплив на запальний процес та електролітний склад сечі, поліпшити уродинаміку, зменшити спазм мускулатури сечовидільних шляхів і, найголовніше, знизити літогенність сечі.

Формула води :



При лікуванні пацієнтів з СКХ застосовували мінеральні води строго диференційовано, з урахуванням форми захворювання, ступеня порушення функції нирок і пасажу сечі, стану серцево-судинної системи, маси хворого, віку, інтенсивності рухового режиму і пори року.

Комплекс рабілітаційних заходів також включав дієтотерапію (відповідно до складу конкремента), ЛФК, хвойні ванни, масаж, електрофізіотерапію, гідротерапію, бальнеотерапію, теплолікування у вигляді аплікацій озокериту, циркулярний душ, електрофізіотерапевтичні заходи і медикаментозне лікування за індивідуальними показаннями.

Результати дослідження та їх обговорення. З перших днів від початку проведення рабілітаційних заходів було відмічено значне поліпшення урогемодинамічних показників функції нирок, що призводило до стимуляції скоротливих властивостей сечовивідних шляхів, збільшення діурезу, поступової нормалізації електролітного обміну в організмі, яке впливало на процес інгібіції кристалізації в сечі. Все це дозволяло досягнути прискорення відходження резидуальних фрагментів роздроблених конкрементів. Після проведеного лікування було відмічено позитивний ефект у більшості пацієнтів, що полягав у відходженні фрагментів роздроблених каменів, покращанні загального самопочуття, зникненні болю та ліквідації дизуричних явищ.

Нами зауважено, що у 70,4 % (76) хворих фрагменти відійшли повністю, в 15,7 % (17) – частково. Залишкові фрагменти не відходили зовсім, або спостерігалось їх поступове відходження у пізніші терміни (через 1–2 місяці після лікування) у 13,9 % (15) хворих. Це можна пояснити вираженою механічною щільністю каменя чи використанням методу у хворих з відносними протипоказаннями, де сеанси ЕУХЛ виконували за настійливою вимогою хворого. При відходженні фрагментів помірний больовий симптом купірувався спазмолітиками і лише 2-м хворим (1,9 %) було виконано катетеризацію нирки (на 3–4 дні). В контрольній групі (які не проходили комплексну рабілітацію) відмічено залиш-

кові фрагменти у 39,6 % (за даними рентген-контролю і УЗД), що є значно менш ефективним показником. Відсоток загострень калькульозного пієлонефриту і рецидивного каменеутворення через 1 рік після ЕУХЛ у хворих дослідної групи був майже в 2 рази меншим, ніж у пацієнтів із контрольної групи.

Отримані результати показали, що проходження хворими після ЕУХЛ комплексної реабілітації з використанням слабомінералізованої води типу «Нафтуса» на курорті Гусятин є ефективнішим порівняно з результатами лікування аналогічних хворих, які після ЕУХЛ не проходили комплексної реабілітації. Потрібно зауважити, що протипоказаннями до реабілітаційного лікування хворих після ЕУХЛ в умовах Гусятинської ЦРЛ слід вважати: наявність фрагментів, що за своїми розмірами, формою та положенням не мають умов для просування і відходження (більше 5–6 мм), порушуючи функцію нирки та відток сечі; наявність активного запального процесу; обструктивні уropатії вродженого і набутого характеру; уrolітіаз або двобічний активний запальний процес у нирках, ускладнений ХНН; камені різної локалізації, відходження яких супроводжується масивною макрогематурією; наяв-

ність супутніх захворювань, що мають загальні протипоказання до санаторно-курортного лікування.

Результати лікування хворих після ЕУХЛ з наступною їх реабілітацією на курорті Гусятин наглядно демонструють переваги курортної реабілітації. Слід відмітити, що тільки рання курортна реабілітація цих хворих дозволяє в короткі терміни позбавити хворого від фрагментів роздроблених каменів та інших ускладнень, що виникають після ЕУХЛ, та позитивно вплинути на етіопатогенетичний чинник каменеутворення.

Висновки.

1. Комплексне лікування пацієнтів із сечокам'яною хворобою після ЕУХЛ в умовах відділу реабілітації при Гусятинській ЦРЛ є одним із важливих етапів процесу лікування цього контингенту хворих.

2. Використання в комплексному лікуванні природних властивостей слабомінералізованої води типу «Нафтуса» сприяє компенсації порушених функцій нирок і організму в цілому, профілактиці рецидивного каменеутворення, більш швидкій елімінації фрагментів роздроблених каменів та поверненню пацієнтів до повноцінної трудової діяльності.

Список літератури

1. Боржієвський А. Ц. Оцінка ефективності лікування хворих з каменями верхньої третини сечовода методом екстракорпоральної ударнохвильової літотрипсії (ЕУХЛ) / А. Ц. Боржієвський // Урологія. – 1999. – № 2. – С. 23–26.
2. Возіанов О. Ф., Пасечников С. П., Митченко М. В., Синишин Ю. І. Екстракорпоральна ударнохвильова літотрипсія при уретеролітіазі, ускладненому гострим пієлонефритом. // Урологія – 2005 - № 2 – С. 5-11
3. Губарь А. О., Возіанов С. О., Довбиш М. А. та ін. Експериментальна рентгенкомп'ютерна денситометрія сечових конкрементів // Матеріали з'їзду асоціації урологів України, 16-18 вересня, 2010р., С.252-256.
4. Дзеранов Н. К., Мудрая И. С., Кирпатовский В. И. и др. Влияние нарушений уродинамики и сократительной функции верхних мочевыводящих путей на отхождение фрагментов камней после дистанционной литотрипсии // Урология. – 2001. – № 2. – С. 6-9.
5. Лопаткин Н. А., Дзеранов Н. К. Пятнадцатилетний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ // Материалы Пленума правления Российского общества урологов. М. 2003. С.5-25.
6. Лопаткин Н. А., Трапезникова М. Ф., Дутов В. В., Дзеранов Н. К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия: прошлое, настоящее, будущее // Урология. 2007. №6. С.3-13.
7. Пасечников С. П., Митченко М. В., Современные аспекты цитратной терапии при мочекаменной болезни. Опыт применения препарата Уралит-У. // Здоровье мужчины, – №3, – 2007, – С. 109-113.
8. Chang C.-P., Huang S.-H., Tai H.-L. et al. : Optimal treatment for Distal Ureteral Calculi: Extracorporeal Shockwave Lithotripsy versus ureteroscopy // Journal of endourology.- 2001. – Vol. 15, №6. – P. 563-566.
9. Deliveliotis CH., M. D., Varkarakis J., M. D., Alagrof E., M.D., Skolarikos A. Extracorporeal Shockwave Lithotripsy in Patients with Distal Ureteral Calculi Does Not influence the Prostate Specific Antigen Value // Journal of Andrology.- V. 15, № 10. – Decemder, 2001.
10. Milad H., Mark L., Uwechue E. et al. Ureteric stents increase the number of shock wave adsession of ESWL to clear of ureeric stones // European Urology. – 2002.- (Suppl. 1), № 1. – P. 38.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ МЕТОТРИПСИИ В ОТДЕЛЕНИИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ГУСЯТИН

А. Л. Ковальчук, А. И. Мысак, В. В. Твердохлиб, Т. Б. Корыльчук, С. О. Нестерук (Тернополь)

Проведен анализ лечения 108 больных после экстракорпоральной ударно-волновой метотрипсии в отделении урологической реабилитации при Гусятинской ЦРБ. Результаты сравнивали с контрольной группой (48 больных), которым не проводили реабилитацию на курорте. В 70,4 % пациентов фрагменты отошли

полностью, в 15,7 % – частично. Остаточные фрагменты не отходили совсем, или наблюдалось их частичное отхождение в поздние сроки (через 1-2 месяца) – в 13,9 % больных. Полученные результаты показали эффективность комплексной реабилитации по сравнению с контрольной группой, пациенты которой не проходили лечение на курорте Гусятин.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочекаменная болезнь, ударно-волновая литотрипсия, курортное лечение.

REHABILITATION OF PATIENTS WITH UROLITHIASIS AFTER EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY IN THE CONDITIONS OF HUSIATYN RESORT

O. L. Kovalchuk, A. I. Mysak, V. V. Tverdohlib, V. Ya. Horosh, T. B. Korylchuk, S. O. Nesteruk (Ternopil)

There were analyzed the results of treatment of 108 patients after Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) in the urological department of rehabilitation in Husiatyn district Hospital. The results were compared with the control group (48 patients), which was not performed rehabilitation at the resort. In 70,4 % of patients fragments withdrew completely, 15,7 % – went part. Residual fragments didn't go away altogether, or their partial discharge was observed in later periods (1-2 months) - in 13,9 % of patients. The results showed the effectiveness of comprehensive rehabilitation when compared with the control group, which is not treated at the Gusiatoryn resort.

KEY WORDS: urolithiasis, shock wave lithotripsy, resort treatment.

УДК : 616.314.17.-008.1-057:618.94

СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПРАЦІВНИКІВ, ЗАЙНЯТИХ У ВИРОБНИЦТВІ ТОВАРІВ ПОБУТОВОЇ ХІМІЇ

В. Є. ПУДЯК (Тернопіль)

ВДНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського»

В статті вивчено стан гігієни порожнини рота у 273 робітників фабрики «Лотос», зайнятих у виробництві синтетичних миючих та чистящих засобів та 133 осіб без професійного маршруту.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: порожнина рота, гігієна, хімічне виробництво.

Вступ. Виникнення та перебіг запальних захворювань пародонту може залежати від багатьох чинників: режиму праці, характеру харчування, конституційних особливостей організму, перенесених та супутніх захворювань, змін загального та місцевого імунітету.

Недостатній гігієнічний контроль є однією з основних причин, які зумовлюють та підтримують запальні явища у пародонті, що підтверджено дослідженнями численних авторів [1,2,4]. Особливо це стосується осіб, які працюють у шкідливих умовах хімічного виробництва, коли компоненти синтетичних миючих засобів (ПАР, солі натрію, абразиви, ензими, ароматичні вуг-

леводи) можуть затримуватись між маргінальною частиною ясен та твердих тканин зубів. Дії мікробного фактора «м'якого зубного нальоту» відводиться роль «пускового механізму» в етіології запальних захворювань пародонту. Усунення місцевих несприятливих чинників залежить від пацієнта, його загальної санітарної культури та гігієнічних навиків, однак усвідомлення населення необхідності проведення профілактичних заходів щодо уражень тканин пародонту, знаходиться все ще на невисокому рівні [1;2].

Мета дослідження. Зважаючи на важливість проблеми, ми поставили перед собою мету оцінити стан гігієни порожнини рота та вивчити стан санітарно-просвітницької роботи серед робітників виробництва побутової хімії (ВПХ).

Матеріали і методи дослідження. Нами було проведено комплексне стоматологічне обстеження робітників виробництва ПХ. Основну групу становили 273 працівника виробництва ПХ, контрольну групу – 133 особи, без професійного маршруту. Обстеження проводили відповідно з рекомендаціями ВООЗ (1978р.). Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за методикою Ю. А. Федорова та В.В.Володкіної. Стан пародонту об'єктизувався за допомогою пародонтального індексу (ПІ) (Russel A., 1956) та індексу ВООЗ СРІТН (Леус П.А., 1986). Відповідно до отриманих даних пародонтологічного статусу, визначали для обстеженого контингенту осіб обсяг лікувальної та профілактичної допомоги.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно з даними опитування (табл. 1), регулярний (1,2 рази на добу) догляд за порожниною рота здійснювали лише 12,82 ± 2,02 % осіб основної групи. Більшість обстежених за їх власним свідченням, чистили зуби нерегулярно (52,74 ± 3,02), або не чистили їх взагалі (35,16 ± 2,89).

Порівняння даних за цими напрямками дослідження слугуватиме підставою для визначення вибору активних та пасивних варіантів профілактичних систем [4].

У групі контролю на регулярний догляд за порожниною рота вказало 28,57 ± 3,91 обстежених ($p < 0,001$); нерегулярний і відсутній догляд визначало відповідно 53,88 ± 4,32 ($p < 0,01$) і 18,04 ± 3,33 обстежених ($p < 0,05$).

У таблиці 2 представлено об'єктивні оцінки гігієнічного стану за індексом Федорова-Володкіної. Хороший догляд за порожниною рота (1,1 – 1,5) спостерігали тільки у 12,45 ± 1,99 % осіб основної групи і у 23,31 ± 3,67 % групи контролю ($p < 0,0001$). Задовільний догляд (1,6 – 2,0 бала) здійснювали 13,92 ± 2,09 % обстежених основної групи, при 32,33 ± 4,06 % у контролі ($p < 0,05$). У більшості обстежених основної і контрольної груп переважав задовільний або поганий гігієнічний догляд за порожниною рота.

Таблиця 1. Регулярність догляду за порожниною рота у працівників виробництва ПХ.

Догляд за порожниною рота	Основна група n = 273			Контрольна група n = 133	
	абс. число	%	P	абс. число	%
регулярний	35	12,82 ± 2,02	< 0,001	38	28,57 ± 3,91
нерегулярний	144	52,74 ± 3,02	< 0,01	71	53,88 ± 4,32
відсутній	96	35,16 ± 2,89	< 0,05	24	18,04 ± 3,33

Таблиця 2. Показники стану гігієни порожнини рота у групах обстеження за індексом Федорова-Володкіної

Індекс Федорова-Володкіної	Основна група n = 273			Контрольна група n = 133	
	абс. число	%	P	абс. число	%
1,1 – 1,5	34	12,45 ± 1,99	< 0,001	31	23,31 ± 3,67
1,6 – 2,0	38	13,92 ± 2,09	< 0,05	43	32,33 ± 4,06
2,1 – 2,5	46	16,84 ± 2,26	< 0,01	39	29,32 ± 3,95
2,6 – 3,4	79	28,94 ± 2,74	< 0,05	12	9,02 ± 2,48
3,5 – 5,0	76	27,83 ± 2,71	< 0,001	8	6,02 ± 2,06

Згідно з даними табл.3, з віком спостерігалося погіршення гігієнічного стану порожнини рота у обстежених обох груп. Однак, в усіх по-

рівнюваних вікових інтервалах середнє значення гігієнічного індексу в основній групі було вірогідно вищим порівняно з контролем.

Таблиця 3. Гігієнічний індекс (ГІ) у працівників ВПХ залежно від віку (M ± m).

Вік у роках	Працівники ВПХ n = 273		Контрольна група n = 133		
	обстежено	ГІ	Обстежено	ГІ	P
20-25	51	2,14 ± 0,05	31	1,57 ± 0,08	< 0,001
26-35	66	2,67 ± 0,06	30	2,04 ± 0,12	< 0,01
36-45	82	2,78 ± 0,06	27	2,08 ± 0,13	< 0,001
46-55	74	3,06 ± 0,08	45	2,47 ± 0,13	< 0,001
разом	273	2,66 ± 0,06	133	1,97 ± 0,12	< 0,001

Результати дослідження гігієнічного індексу у обстежених залежно від стажу роботи показано в табл. 4.

Дані цієї таблиці засвідчують зростання значення ГІ у працівників ВПХ із збільшенням ста-

жу роботи, що свідчить не лише про недостатній догляд за порожниною рота, але й значною мірою про вплив несприятливих чинників виробничого середовища.

Таблиця 4. Стан гігієни порожнини рота залежно від стажу за індексом Федорова – Володкіної

Стаж у роках	Основна група n = 273		Контрольна група n = 133		
	Кількість обстежених	ГІ	Кількість обстежених	ГІ	P
До 1 року	27	1,98 ± 0,62	21	1,53 ± 0,83	< 0,001
1 - 5	40	2,34 ± 0,63	32	1,87 ± 1,02	< 0,01
6 – 10	64	2,89 ± 0,71	34	2,14 ± 1,07	< 0,001
11 -15	68	3,81 ± 0,73	21	2,53 ± 1,16	< 0,001
понад 15	74	2,98 ± 0,71	25	2,61 ± 1,31	< 0,001
разом	273	2,80 ± 0,71	133	2,13 ± 1,08	< 0,001

Висновок

Аналіз вивчення гігієнічного стану порожнини рота у працівників ВПХ із застосуванням суб'єктивних аспектів, об'єктивних оцінок у вікових групах та групах зі стажем роботи, порівняно із контролем, переконливо показує необхідність розробки схем гігієнічного навчання для даного контингенту осіб.

Перспективи подальших досліджень.

Проведене дослідження сприяє розробці та впровадженню в лікувальну практику профілактичних заходів з метою покращення гігієнічного стану ротової порожнини у працівників зайнятих на виробництві побутової хімії з урахуванням впливу ксенобіотиків виробництва побутової хімії.

Список літератури

1. Аболмасов Н.Н. Стратегия и тактика заболеваний пародонта / Н.Н. Аболмасов // Стоматология .-2003, - № 4, - С.34-39.
2. Борисенко А.В. Терапевтическая стоматология / А.В. Борисенко. – К.: Медицина, 2008. – 490с.
3. Выявление и профилактика болезней, обусловленных характером работы : доклад комитета экспертов ВООЗ. – Женева, 1987.- 73с. (сер.техн.докл., №714).
4. Косенко К.Н. Профилактическая гигиена полости рта / К.Н. Косенко, Т.П. Терешина,- Одесса: КПОГТ, 2003,-288с.

СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ТОВАРОВ БЫТОВОЙ ХИМИИ

В. Є. Пудяк (Тернопіль)

Изучено состояние гигиены полости рта у 273 рабочих фабрики “Лотос”, занятых в производстве синтетических моющих и чистящих средств и 133 человек без профессионального маршрута.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: полость рта, гигиена, химическое производство.

THE CONDITION OF ORAL HYGIENE OF WORKERS ENGAGED IN PRODUCTIONS OF HOUSEHOLD CHEMICALS

V. Pudyak (Ternopil)

We scan the condition of oral hygiene of 273 workers of the factory “Lotus” engaged in the manufacture of synthetic detergents and cleaning agents and 133 persons without professional route.

KEY WORDS: mouth, hygiene, chemical industry.

Рецензент:

ДЕМОГРАФІЧНІ ПРОЦЕСИ В УКРАЇНІ В РОКИ НЕЗАЛЕЖНОСТІ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

Проаналізовано динаміку вимирання населення України за роки незалежності і зроблено прогноз до 2020 р.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: демографія, вимирання населення України.

31 жовтня 2011р. земляни привітали 7- мільярдного жителя. На нього претендували Філіппіни, Індія і чомусь вимираюча Росія. Існує думка, що 9-мільярдного жителя, який очікується вже в 2050 р., Земля не витримає. Так от Росія, а точніше СРСР, показала, як цій проблемі запобігти.

Мета дослідження: Вивчити процес вимирання людності України та спрогнозувати його до 2020р.

Матеріали і методи: Вивчено офіційні статистичні дані, при обробці використано варіаційний та кореляційний аналізи.

Результати дослідження та їх обговорення: Смертність в Україні почала збільшуватись з середини 60-х років ХХ сторіччя. В 1991 р. криві смертності і народжуваності перетнулися, почалась депопуляція української людності. Її результати представлені в таблиці 1.

Таблиця 1. Вимирання людності України за роки незалежності

Область	Чисельність людності України на 1 січня 1992	Чисельність людності України на 1 січня 2011	Вимерло людей	% до початкового рівня
Автономна республіка Крим з м. Севастополь	2567,8	2333,6	234,2	9,3
Вінницька	1896,6	1634,1	262,5	13,8
Волинська	1069,9	1034,4	35,5	3,3
Дніпропетровська	3907,2	3333,2	574,0	14,7
Донецька	5332,0	4420,1	911,9	17,1
Житомирська	1495,9	1279,8	216,1	14,4
Закарпатська	1264,9	1244,5	20,4	1,6
Запорізька	2100,7	1800,5	300,2	14,3
Івано-Франківська	1441,2	1377,0	64,2	4,5
Київська	1932,0	1711,9	220,1	11,4
Кіровоградська	1236,2	1003,6	232,6	18,8
Луганська	2871,7	2286,7	585,0	20,4
Львівська	2751,0	2526,4	224,6	8,2
Миколаївська	1348,5	1182,6	165,9	12,3
Одеська	2616,1	2377,6	238,5	9,1
Полтавська	1758,5	1479,9	278,6	15,8
Рівненська	1176,2	1151,5	24,7	2,1
Сумська	1425,5	1159,3	266,2	18,7
Тернопільська	1172,2	1080,9	91,3	7,8
Харківська	3168,3	2739,4	428,9	13,5
Херсонська	1267,0	1086,8	180,2	14,2
Хмельницька	1515,9	1323,8	192,1	12,7
Черкаська	1527,6	1281,8	245,8	16,1
Чернівецька	943,3	901,2	42,1	4,5
Чернігівська	1394,9	1089,7	305,2	21,9
м. Київ	2620,8	2757,9	+137,1	+5,2
Україна	51801,9	45598,2	6203,7	12,0

Отже, за 20 років незалежності вимерло 12% людності України або кожен 8 мешканець.

Найінтенсивніше вимирала людність Чернігівської обл. (21,9%), найменш інтенсивно-Закарпатської обл. (1,6%), лише в м. Києві спостерігали приріст 5,2%.

* Побудована на офіційних статистичних даних.

Міська людність України зменшилась з 35006,4 до 31186,0 тис. або на 10,9%, сільська людність вимирала трішки сильніше – з 16795,5 до 14412,2 тис. або на 14,2%. Найбільш інтенсивно людність України вимирала між 1997 і 2003 р. – в середньому по 421 тис. за рік, далі йде 2003 – 2010 р.- в середньому по 211 тис. і найменш інтенсивно в перші шість років - в середньому по 197 тис. на рік.

По регіонам смертність суттєво відрізнялась. Найбільшою вона була в центральному регіоні - Вінницька, Житомирська, Київська разом з містом

Києвом, Кіровоградська, Полтавська, Сумська, Хмельницька, Черкаська та Чернігівська області. Загалом тут вимер майже кожний п'ятий мешканець (19,2%). За ним йшли південно-східні області – а. р. Крим, Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Луганська, Миколаївська, Одеська, Харківська і Херсонська. Тут загалом вимерло 14,5% або кожен сьомий мешканець. Найменш інтенсивно вимирали західні області – Тернопільська, Львівська, Івано-Франківська, Закарпатська, Чернівецька, Волинська та Рівненська обл. Тут вимерло 5,1% людей або кожен 20-ий.

В 1993 р. в першому українському підручнику із соціальної медицини та організації охорони здоров'я я згрупував області за терміном їх перебування в складі Російської імперії – СРСР і отримав дані по сільській людності за 1980 – 1989 рр., тепер я продовжив цю таблицю за роки незалежності (1991-2010 рр.) Отримані дані наведено в таблиці 2.

Таблиця 2. Природний рух сільської людності України в 1980 – 2011 рр.

Історичні регіони України	1980 – 1989 рр.		1991 – 2010 рр.	
	Наскільки більше вимерло людей у порівнянні з народженими	Їх частка по відношенню до пересічної кількості сільської людності	Наскільки більше вимерло людей у порівнянні з народженими	Їх частка по відношенню до пересічної кількості сільської людності
Чернігівська, Сумська, Полтавська, Харківська області – колишня лівобережна Гетьманщина: майже 3,5 ст. в складі Російської імперії – СРСР	-173724	- 6,2	-631800	-24,7
Вінницька, Житомирська, Хмельницька обл. - колишня правобережна Гетьманщина: майже 2 ст. в складі Російської імперії – СРСР	-113540	- 4,0	-502700	-20,3
Дніпропетровська, Запорізька, Кіровоградська, Одеська, Миколаївська, Херсонська, Донецька, Луганська обл. – колишні Землі Війська Запорізького – менше 2 ст. в складі Російської імперії – СРСР	-24297	- 0,54	-659800	-15,1
Тернопільська, Львівська, Івано-Франківська, Чернівецька, Закарпатська обл. – колишня Галичина, Буковина, Закарпаття: півстоліття в складі імперії СРСР	+144971	+3,6	-164800	-4,3

Примітка: не включені Київська і Черкаська області, частини яких входили до різних регіонів та Рівненська і Волинська, що на певний період не входили до складу імперії.

В таблиці 3 наводиться корелятивний зв'язок між вимиранням людей і такими чинниками, як смерть від гострого отруєння алкоголем, чис-

лом розлучень, абортів та забезпеченістю лікарями. Як відомо, ці чотири чинники мають чітке кількісне відображення.

Таблиця 3. Зв'язок між вимиранням людей і деякими соціальними чинниками (коефіцієнт кореляції).

Показник зв'язку між вимиранням людей і частотою смертельних отруєнь алкоголем	0,82
Частотою розлучень	0,76
Частотою абортів	0,63
Забезпеченістю лікарями	-0,41

Коефіцієнт кореляції коливається від -1 до 0 і до +1; знак «-» свідчить про зв'язок зворотній, «+» - зв'язок прямий; від 0 до 0,3 – зв'язок слабкий; від 0,31 до 0,7 – зв'язок середній, від 0,71 до 1 – сильний зв'язок.

Як бачимо із наведених чинників, найсильніше на вимирання української людності впливає гостре отруєння алкоголем. Пам'ятаю, ще в 70-і роки, тримаючи статистичний довідник про охорону здоров'я в Україні, я звернув увагу на різкий злам в смертності населення від гострого отруєння алкоголем в Західній Україні порівняно із Східною. З тих пір ситуація змінювалась в гіршу сторону. В 1983 р. в колишньому СРСР було проведено дослідження про вживання алкоголю. Пересічно на кожного громадянина припадало 8,3 л чистого (96°) спирту, випитого за рік. Це в межах велетенської країни, без врахування релігійних і національних ознак; крім того, не враховувався самогон і якість, вірніше міцність, напоїв, що вживались.

Після 1983 р. ситуація різко погіршилась. Вважається, що 20 л чистого алкоголю на душу населення є тою межею, за якою настає не лише психічна, а й фізична деградація особистості. Цей рубіж в Україні перейдено в 2000 році. Смертність від гострого отруєння алкоголем збільшилась в Україні з 1990 р. до 2010р. в 2,2 рази. Але різниця між Західною і Східною Україною збереглася. При аналізі пересічних показників між Заходом і Сходом України, смертність на Заході втричі нижча порівняно зі Сходом, а крайні показники (по областях) різняться в 7 разів.

Друге місце за силою впливу зайняло розлучення сімей. Українська класична література побудована на нещасливому коханні: він багатий, вона бідна чи, навпаки, вона багата, а він бідний і на шляху до щастя стоять непереборні соціальні контрасти. Тепер роль цих контрастів значно послабшала, водночас роль шлюбу стала більш розмитою і непереконливою. В різні роки частота розлучень орієнтовно коливалась на рівні 50-60 % від числа шлюбів. Але на цьому загальному фоні відмінності між Заходом і Сходом залишаються суттєвими. Так, розлучення в Луганській області в 2,5 рази зустрічаються частіше порівняно з Закарпатською.

Третє місце зайняли аборти. За всю історію людства існувало три методи регулювання його чисельності: перший, що йде з первісних часів, це – вбивство народженої дитини, яка з тих чи інших причин вважалась нежиттєздатною; другий – це вбивство в утробі матері (аборти) і третій – недопущення вагітності (контрацепція). Україна використовує в основному другий метод, Європа – третій.

Аборти в Україні дозволено з 1956 року і з тих пір вони за своїм розмахом перевищили народжуваність. Тільки в останні три роки аборти поступились народжуваності, що можна пояснити як стимулюванням народження дітей, так і відсутністю значної частки жінок фертильного віку, що знаходяться за кордоном. Отже, за роки незалежності Україна втратила більше 6 млн. осіб, але ще більше вона втратила від абортів – більше 10 млн. осіб.

Але й тут різниця між Заходом і Сходом є разючою. Частота абортів в Запорізькій області вчетверо вища порівняно зі Тернопільською.

Ми вивчили вплив на вимирання людності України і такого чинника, як забезпеченість лікарями. Де є вищою забезпеченість, тим нижчим є вимирання людей і, навпаки, менша забезпеченість сприяє вимиранню людності. Правда, зв'язок цей є значно слабшим за силою у порівнянні з трьома попередніми. Україна реформує свою охорону здоров'я. Але як пояснити і по можливості послабити роль цього чинника? В Чернівецькій області зверх штату мається 9,3% лікарів, у Львівській, Івано-Франківській їх також більше штату, а в Кіровоградській і Херсонській не хватає третини лікарів, а в інших східних областях - четвертої частини.

Володіючи даними за 20 минулих літ, ми спробували зробити прогноз, покладаючись на різні методи аналізу динамічних рядів. Дані прогнози наведені в табл. 4.

До 2020 р. прогнозуємо зменшення чисельності людності України на 2 млн. осіб. При цьому виділимо деякі характерні особливості. По-перше, в чотирьох регіонах – Волинській, Закарпатській, Рівненській областях і м. Києві – прогнозуємо приріст населення. Якщо в трьох перших це відбувається за рахунок природнього приросту, то в м. Києві – за рахунок механічного.

Найбільше вимирання очікуємо в Донецькій, Дніпропетровській, Харківській, Луганській, Запорізькій, а також в Полтавській і Чернігівській областях, що загалом складе майже 60 % спаду людності України. До Чернівецької області, що єдина мала менше 1 млн. мешканців, додаються Чернігівська і Кіровоградська області.

Говорять, що в Україні є вже більше 5 млн. нелегальних мігрантів. Як їх рахують поки незрозуміло. Однак, святе місце порожнім не буває.

Перспективи подальших досліджень будуть полягати в співставленні їх з реальними цифрами.

Таблиця 4. Прогноз чисельності людності України до 2020 р.

Адміністративні території	Скільки людей орієнтовно вимре до 2020 р. (тис)	Орієнтовне число людності в 2020 р. (тис.)
Україна		43593,2
Автономна Республіка Крим	70,0	2263,6
Вінницька	90,0	1544,1
Волинська	+4,0	1038,4
Дніпропетровська	190,0	3143,2
Донецька	323,0	4097,1
Житомирська	70,0	1209,8
Закарпатська	+34,0	1278,5
Запорізька	104,0	1696,5
Івано-Франківська	12,0	1365,0
Київська	86,0	1625,9
Кіровоградська	70,0	933,6
Луганська	178,0	2108,7
Львівська	40,0	2486,4
Миколаївська	59,0	1123,6
Одеська	74,0	2303,6
Полтавська	118,0	1361,9
Рівненська	+21,0	1172,5
Сумська	97,0	1062,3
Тернопільська	38,0	1042,9
Харківська	156,0	2583,4
Херсонська	51,0	1035,8
Хмельницька	65,0	1258,8
Черкаська	92,0	1189,8
Чернівецька	7,0	894,2
Чернігівська	114,0	975,7
м. Київ	+33,0	2790,9

Висновки

1. Людність України за роки незалежності скоротилась на 12%, від 21,9% в Чернігівській області до 1,6 в Закарпатській області. Інтенсивність вимирання залежить від близькості до

Росії. Серед основних чинників вимирання відмічаємо гостре отруєння алкоголем, частоту розлучень і абортів, які зменшуються в міру віддаленості від Росії.

2. До 2020р. вимре орієнтовно ще два мільйони мешканців.

Список літератури

1. Голяченко О. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. / О. Голяченко. – Київ, Вігай, 1993. – 248с.
2. Статистичні довідники МОЗ України за 1990 – 2010рр.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В УКРАИНЕ В ГОДЫ НЕЗАВИСИМОСТИ

О. М. Голяченко (Тернополь)

Проанализирован ход вымирания населения Украины в годы независимости и сделан прогноз до 2020г.

КЛЮЧЕВІЕ СЛОВА: демографія, вимирання населення України.

DEMOGRAPHIC PROCESSES IN UKRAINE SINCE INDEPENDENCE

О. М. Holyachenko (Ternopil)

Consider the course of extinction of the population of Ukraine in the years of independence and a forecast to 2020

KEY WORDS: demography, extinction of the population of Ukraine

УДК 616.3:314.4(477)

Л. А. ЧЕПЕЛЕВСЬКА, О. М. ОРДА (Київ)

РОЛЬ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У СТРУКТУРІ ПРИЧИН СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Вивчалися тенденції смертності населення України від хвороб органів травлення за 2004–2009 рр. залежно від регіону, типу поселення, статі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: смертність, хвороби органів травлення, регіон, стать, тип поселення.

За прогнозами експертів ВООЗ, в XXI ст. патологія травної системи в структурі захворюваності населення буде займати одне з провідних місць [1–3;6].

В Україні, починаючи з 2004 р., хвороби органів травлення в структурі причин смерті зайняли четверте місце, замінивши хвороби органів дихання [4;7]. За рівнем смертності від хвороб органів травлення (65,3 випадку смерті на 100 тис. осіб) Україна займає п'яте місце серед 38 розвинених країн світу. Попереду України знаходяться Молдова (112,3), Киргизстан (81,5), Литва (76,9), Туркменістан (68,4). Найнижчі рівні спостерігаються в Австралії (13,5), Швеції (14,1), Японії (15,1), Норвегії (16,6), Канаді (16,7), тобто в Україні рівень смертності від хвороб органів травлення нижчий, ніж в розвинених країнах, на 78,4–74,4% [5,8–10].

Мета дослідження: виявити регіональні особливості смертності населення України від хвороб органів травлення.

Матеріали і методи. В роботі використані дані офіційної статистики, опубліковані та вкопійовані з архівних матеріалів, про смертність від хвороб органів травлення в регіонах України за статтю, типом поселення, окремими нозологічними формами, в динаміці за 2005–2009 рр. Були застосовані методи медичної та математичної статистики, комп'ютерні технології.

Результати дослідження та їх обговорення. Смертність населення України від хвороб органів травлення зросла за 5 років на 14,0%. Це найвищий темп приросту смертності серед шести основних причин смерті. Максимальними темпи приросту були в м. Севастополі (39,8%), Івано-Франківській (29,3%), Львівській (28,6%), Донецькій (20,6%) областях та м. Києві – 20,8% (табл. 1), мінімальними – у Закарпатській, Хмельницькій, Одеській, Тернопільській, Полтавській областях (від -0,1% до +5,7%). У 2005 р. максимальні рівні смертності спостерігались у Лу-

ганській, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській та Одеській областях, мінімальні – в областях Західного регіону: Чернівецькій, Івано-Франківській, Львівській, Рівненській, Тернопільській. Переважання максимального рівня смертності над мінімальним досягало 280,2%. У 2009 р. максимальні рівні смертності спостерігались в тих самих, що і в 2005 р., областях: Луганській, Дніпропетровській, Донецькій, а також в м. Севастополі та Миколаївській області, мінімальні – в тих же західних областях, що і в 2005 р. Переважання максимального рівня над мінімальним зросло до 299,2%.

Смертність від хвороб органів травлення серед чоловіків за 5 років зросла на 13,8%, максимальна – в м. Севастополі (45,8%), Львівській (32,4%), Івано-Франківській (31,2%), Запорізькій (26,4%), Донецькій (21,1%) областях (табл. 2), мінімальна – в Одеській, Миколаївській, Полтавській, Закарпатській, Житомирській областях (-2,7% – +6,9%). Максимальні рівні смертності спостерігались в 2005 р. у Дніпропетровській, Луганській, Донецькій, Миколаївській, Волинській областях, мінімальні – в Чернівецькій, Івано-Франківській, Львівській, Запорізькій, Рівненській областях. Переважання максимального рівня над мінімальним становило 282,4%. Максимальні рівні смертності в 2009 р., як і в 2005 р., спостерігались у Луганській, Дніпропетровській, Донецькій, Волинській, Черкаській областях; мінімальні, як і в 2005 р., – у Чернівецькій, Івано-Франківській, Запорізькій, Львівській, Кіровоградській областях. Переважання максимального рівня над мінімальним було таким самим, як і в 2005 р., – 282,3%.

Смертність від хвороб органів травлення серед жінок за 5 років збільшилась на 14,7%, залишаючись удвічі нижчою, ніж серед чоловіків. Максимальні темпи зростання (більше 20,0%) спостерігались в 10 регіонах: у 8 областях (26,2%–20,1%) та в м. Києві (21,8%) і Севастополі (32,2%), мінімальні – в Чернівецькій (1,8%), Рівненській (4,9%), Черкаській (6,5%) областях,

Таблиця 1. Смертність всього населення України по регіонах від хвороб органів травлення за 2005–2009 рр., на 100 тис. осіб

Регіон	Рік					2009 р. у % до 2005 р.
	2005	2006	2007	2008	2009	
УКРАЇНА	67,3	64,6	72,2	76,4	76,7	114,0
АР Крим	56,9	53,6	63,8	65,0	65,1	114,4
Вінницька	52,4	52,5	59,2	60,0	60,4	115,3
Волинська	75,5	75,9	87,6	86,1	86,1	114,0
Дніпропетровська	98,9	94,4	107,6	111,1	111,8	113,0
Донецька	85,6	81,6	94,8	102,4	103,2	120,6
Житомирська	63,3	61,4	67,3	68,3	68,8	108,7
Закарпатська	84,8	74,4	80,4	84,7	84,7	99,9
Запорізька	48,1	52,3	51,1	56,7	57,0	118,5
Івано-Франківська	42,6	45,8	50,3	55,0	55,1	129,3
Київська	74,9	69,0	81,0	85,5	85,9	114,7
Кіровоградська	53,3	50,6	56,7	60,4	61,0	114,4
Луганська	99,2	95,8	103,6	116,2	117,3	118,2
Львівська	42,7	45,1	50,1	54,8	54,9	128,6
Миколаївська	81,0	78,5	88,1	85,8	86,3	106,5
Одеська	84,2	78,1	87,5	85,3	85,4	101,4
Полтавська	62,9	54,1	60,2	65,9	66,5	105,7
Рівненська	47,4	43,4	50,5	56,8	56,8	119,8
Сумська	58,2	55,1	57,9	65,3	66,0	113,4
Тернопільська	48,2	39,8	48,4	50,2	50,5	104,8
Харківська	56,0	52,0	59,4	64,5	64,9	115,9
Херсонська	57,1	58,9	63,8	65,2	65,6	114,9
Хмельницька	71,3	64,1	67,2	71,6	72,1	101,1
Черкаська	75,2	68,7	77,1	82,8	83,5	111,0
Чернівецька	35,4	34,8	36,3	39,2	39,2	110,7
Чернігівська	54,6	52,2	56,9	62,0	62,8	115,0
м. Київ	52,5	57,6	62,6	63,9	63,4	120,8
м. Севастополь	66,5	72,0	75,7	93,2	93,0	139,8

а в Закарпатській, Тернопільській та Хмельницькій – навіть зниження на 5,4–11,7%. Максимальні рівні смертності в 2005 р. спостерігались у Закарпатській, Одеській, Луганській, Дніпропетровській, Донецькій областях, мінімальні – в Чернівецькій, Тернопільській, Львівській, Івано-Франківській, Рівненській областях. Перевищення максимального рівня над мінімальним досягло 296,4%. У 2009 р. максимальні рівні смертності спостерігались в тих самих областях, що і в 2005 р., крім Закарпатської, місце якої зайняв Севастополь. Мінімальні рівні смертності спостерігались в тих самих областях, що і в 2005 р., – у Тернопільській, Чернівецькій, Львівській, Рівненській, Вінницькій. Перевищення максимального рівня над мінімальним збільшилось до 355,6% (див. табл. 2).

Смертність від хвороб органів травлення серед міського населення зросла за 5 років на 12,3%, максимально – у м. Севастополі (+37,3%),

Львівській (22,9%), Чернівецькій (21,5%), Донецькій (18,8%) областях та в м. Києві (20,8%), мінімально – у Миколаївській області (+1,5%) та знизилась у двох областях – Тернопільській (на 9,3%) та Одеській – на 5,9% (табл. 3).

У 2005 р. максимальні рівні смертності серед міського населення були в Закарпатській, Луганській, Дніпропетровській, Донецькій, Одеській областях, мінімальні – в трьох західних областях – Чернівецькій, Івано-Франківській, Львівській та в Чернігівській й Запорізькій. Перевищення максимального рівня смертності над мінімальним становило 235,4%. У 2009 р. максимальні рівні смертності спостерігались в тих самих областях, що і в 2005 р., крім Одеської, місце якої зайняв Севастополь. Мінімальні рівні були зафіксовані у Чернівецькій, Вінницькій, Івано-Франківській, Рівненській областях. Перевищення максимальних рівнів смертності над мінімальними трохи знизилось – до 228,6% за

Таблиця 2. Смертність населення України від хвороб органів травлення в регіонах за статтю, на 100 тис. осіб

Регіон	Чоловіки			Жінки		
	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.
УКРАЇНА	94,0	107,0	113,8	44,3	50,8	114,7
АР Крим	74,2	84,0	113,2	42,2	49,1	116,3
Вінницька	79,1	92,0	116,3	30,0	33,8	112,7
Волинська	112,6	128,5	114,1	42,6	48,7	114,3
Дніпропетровська	141,2	155,5	110,1	63,1	75,1	119,0
Донецька	121,9	147,6	121,1	55,0	66,4	120,7
Житомирська	91,2	97,5	106,9	39,3	44,1	112,2
Закарпатська	104,5	108,2	103,5	66,7	63,1	94,6
Запорізька	63,2	79,9	126,4	35,3	37,8	107,1
Івано-Франківська	59,9	78,6	131,2	27,1	34,2	126,2
Київська	106,9	123,2	115,2	47,3	54,0	114,2
Кіровоградська	71,0	80,6	113,5	38,3	44,6	116,4
Луганська	139,8	162,6	116,3	64,9	79,3	122,2
Львівська	62,0	82,1	132,4	25,4	30,5	120,1
Миколаївська	115,0	112,0	97,4	51,7	64,3	124,4
Одеська	105,0	102,2	97,3	66,0	70,7	107,1
Полтавська	93,1	94,1	101,1	37,4	43,2	115,5
Рівненська	66,0	84,2	127,6	30,6	32,1	104,9
Сумська	85,5	99,1	115,9	35,3	38,3	108,5
Тернопільська	75,5	83,0	109,9	24,6	22,3	90,6
Харківська	80,2	90,7	113,1	35,6	42,9	120,5
Херсонська	75,6	84,1	111,2	41,1	49,6	120,7
Хмельницька	99,3	107,5	108,3	47,2	41,7	88,3
Черкаська	108,2	122,7	113,4	47,6	50,7	106,5
Чернівецька	50,0	57,6	115,2	22,5	22,9	101,8
Чернігівська	82,5	93,8	113,7	31,4	37,2	118,5
м. Київ	69,0	83,1	120,4	38,1	46,4	121,8
м. Севастополь	83,2	121,3	145,8	52,5	69,4	132,2

рахунок зростання рівнів смертності, як в групі областей з максимальними рівнями, так і в групі з мінімальними показниками.

Смертність сільського населення від хвороб органів травлення зросла за 5 років на 18,3%, що на 6,0% більше, ніж серед міського населення. Темп приросту рівня смертності в 11 адміністративно-територіальних одиницях перевищував 20,0%, зокрема у Львівській області він досяг 41,6%, у Донецькій – 41,0%, Івано-Франківській – 39,3%, Рівненській – 32,1%, в АР Крим – 33,5%. І лише в трьох областях – Закарпатській, Хмельницькій, Чернівецькій – він знизився на 5,2–0,1% відповідно. У 2005 р. максимальний рівень смертності спостерігався у Дніпропетровській, Хмельницькій, Черкаській, Одеській, Луганській областях, перевищуючи середній по Україні на 65,9–35,9%. Мінімальний рівень смертності спо-

стерігався у Чернівецькій, Львівській, Івано-Франківській, Запорізькій, Рівненській областях і був нижчим за середньоукраїнський у 1,5–2,0 рази. У 2009 р. максимальні рівні смертності спостерігались у Дніпропетровській, Донецькій, Київській, Луганській та Одеській областях, мінімальні – в Чернівецькій, Львівській, Запорізькій, Тернопільській та Івано-Франківській. Перевищення максимальних рівнів смертності над мінімальними становило 339,0% в 2005 р. і зросло до 399,3% в 2009 р. (див. табл. 3).

Смертність міських чоловіків від хвороб органів травлення за 5 років зросла на 12,1%, максимально – в м. Севастополі (на 48,9%), в Чернівецькій (27,5%), Івано-Франківській (27,0%), Запорізькій (24,4%), Львівській (23,8%) областях (табл. 4).

Водночас в чотирьох областях відбулося зниження рівня смертності: в Одеській на 13,0%,

Таблиця 3. Смертність населення України від хвороб органів травлення в регіонах за типом поселення, на 100 тис. осіб

Регіон	Міське населення			Сільське населення		
	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.
УКРАЇНА	70,1	78,7	112,3	61,3	72,5	118,3
АР Крим	63,5	67,5	106,3	45,7	61,0	133,5
Вінницька	52,8	55,2	104,5	52,1	65,4	125,5
Волинська	80,3	86,4	107,6	70,6	85,8	121,5
Дніпропетровська	98,4	110,5	112,3	101,7	118,6	116,6
Донецька	86,9	103,2	118,8	73,4	103,5	141,0
Житомирська	64,4	67,7	105,1	61,9	70,2	113,4
Закарпатська	101,7	108,1	106,3	74,9	71,0	94,8
Запорізька	50,8	59,1	116,3	39,5	50,3	127,3
Івано-Франківська	46,9	55,3	117,9	39,4	54,9	139,3
Київська	70,8	75,2	106,2	80,8	102,3	126,6
Кіровоградська	55,8	63,5	113,8	49,3	57,1	115,8
Луганська	101,7	120,0	118,0	83,3	100,1	120,2
Львівська	49,7	61,1	122,9	32,2	45,6	141,6
Миколаївська	81,0	82,2	101,5	81,1	94,8	116,9
Одеська	84,4	79,4	94,1	83,9	97,1	115,7
Полтавська	58,6	63,7	108,7	69,3	70,7	102,0
Рівненська	53,3	58,1	109,0	42,1	55,6	132,1
Сумська	57,8	61,7	106,0	59,1	74,5	126,1
Тернопільська	51,9	47,1	90,7	45,4	53,1	117,0
Харківська	55,8	63,8	114,3	57,0	69,0	121,0
Херсонська	59,6	69,3	116,3	53,3	59,8	112,2
Хмельницька	57,3	60,9	106,3	86,6	85,2	98,4
Черкаська	67,4	74,7	110,8	84,7	94,4	111,4
Чернівецька	43,2	52,5	121,5	30,0	29,7	99,0
Чернігівська	50,1	54,9	109,6	61,3	75,4	123,0
м. Київ	52,5	63,4	120,8	х	х	х
м. Севастополь	67,9	93,2	137,3	44,8	90,3	201,6

Миколаївській на 4,8%, Тернопільській на 3,7%, Волинській на 0,5%. У 2005 р. максимальні рівні смертності спостерігались у Луганській (на 46,5% вищі, ніж у середньому по Україні), Дніпропетровській (на 45,1%), Закарпатській, Донецькій, Волинській (на 33,7–25,3%) областях. Мінімальні рівні смертності були зафіксовані у Чернівецькій (на 38,5–30,3% нижчі, ніж по Україні), Івано-Франківській, Запорізькій, Рівненській, областях та м. Києві. У 2009 р. максимальні рівні смертності спостерігались в тих самих промислово розвинутих областях, що і в 2005 р. Місце Волинської області зайняв Севастополь. Мінімальні рівні зафіксовано у Тернопільській, Чернівецькій, Івано-Франківській, Чернігівській, Вінницькій областях. Переважання максимального рівня смертності над мінімальним становило в 2005 р. 238,0%, в 2009-му знизилось до 224,8%.

Смертність міських жінок від хвороб органів травлення зросла за 5 років на 13,0% і залишається в 2,1 разу нижчою, ніж у чоловіків. Максимальні темпи приросту спостерігались у Волинській (+27,7%), Луганській (21,7%), Львівській (21,5%) областях та в мм. Києві (21,8%) і Севастополі (22,8%). В п'яти областях відбулося зниження рівня смертності: Тернопільська (-21,1%), Хмельницька (-10,4%), Рівненська (-8,4%), Вінницька (-3,6%), Київська (-2,5%) області. У 2005 р. максимальні рівні смертності спостерігались в Закарпатській, Луганській, Одеській, Дніпропетровській, Донецькій областях, в яких рівні смертності перевищували середньоукраїнські на 62,4–20,5% відповідно. Мінімальні рівні смертності спостерігались у Чернівецькій, Чернігівській, Тернопільській, Львівській, Вінницькій областях, які були на 38,9–28,6%

нижчими за середній по Україні рівень. У 2009 р. максимальні рівні смертності спостерігались в тих самих областях, що і в 2005 р., за винятком Одеської, місце якої зайняв Севастополь, і були вищими за 2005 р. та на 55,0–26,6% вищими за середньоукраїнський рівень. Мінімальні рівні смертності спостерігались в тих самих областях,

що і в 2005 р., за винятком Львівської, місце якої зайняла Хмельницька, і були на 54,8–35,7% нижчими за середньоукраїнський рівень, що й відбилося на величині перевищення максимально-го рівня над мінімальним, який зріс до 343,1% проти 265,7% в 2005 р. (див. табл. 4).

Таблиця 4. Смертність міського населення України від хвороб органів травлення в регіонах за статтю, на 100 тис. осіб

Регіон	Чоловіки			Жінки		
	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.	2005 р.	2009 р.	2009 р. у % до 2005 р.
УКРАЇНА	97,5	109,3	112,1	46,8	52,9	113,0
АР Крим	84,4	87,2	103,3	46,3	51,5	111,2
Вінницька	75,2	82,1	109,2	33,4	32,2	96,4
Волинська	122,2	121,6	99,5	44,0	56,2	127,7
Дніпропетровська	141,5	155,2	109,7	62,1	73,3	118,0
Донецька	123,3	147,1	119,3	56,4	67,0	118,8
Житомирська	91,6	94,3	102,9	40,9	44,9	109,8
Закарпатська	130,4	144,0	110,4	76,0	76,1	100,1
Запорізька	66,5	82,7	124,4	37,7	39,5	104,8
Івано-Франківська	61,4	78,0	127,0	33,9	35,2	103,8
Київська	101,0	112,1	111,0	44,2	43,1	97,5
Кіровоградська	74,7	88,4	118,3	40,1	42,8	106,7
Луганська	142,8	165,7	116,0	67,4	82,0	121,7
Львівська	70,5	87,3	123,8	31,1	37,8	121,5
Миколаївська	113,5	108,1	95,2	53,5	60,6	113,3
Одеська	108,6	94,5	87,0	63,4	66,2	114,4
Полтавська	85,9	88,6	103,1	35,5	42,8	120,6
Рівненська	67,9	82,3	121,2	40,6	37,2	91,6
Сумська	85,3	92,2	108,1	34,8	36,5	104,9
Тернопільська	76,5	73,7	96,3	30,3	23,9	78,9
Харківська	78,8	89,8	114,0	36,4	41,9	115,1
Херсонська	79,8	91,9	115,2	42,7	50,5	118,3
Хмельницька	80,1	92,4	115,4	37,4	33,5	89,6
Черкаська	94,5	109,0	115,3	44,6	46,1	103,4
Чернівецька	60,0	76,5	127,5	28,6	31,9	111,5
Чернігівська	73,5	79,9	108,7	30,1	34,0	113,0
м. Київ	69,0	83,1	120,4	38,1	46,4	121,8
м. Севастополь	83,6	124,5	148,9	54,7	67,2	122,8

Смертність сільських чоловіків від хвороб органів травлення зростає за 5 років на 17,9%, що на 4,9% вище, ніж серед міських чоловіків. Темпи приросту, вищі за 30,0%, спостерігались у восьми областях, а у Львівській досягли 50,9%. У Закарпатській та Полтавській областях та м. Севастополі відбулося незначне (на 1,3–3,7%) зниження рівня смертності (табл. 5). У 2005 р. максимальні рівні смертності спостерігались у Дніпропетровській, Черкаській, Хмельницькій, Луганській, Миколаївській областях, перевищен-

ня над середнім по Україні рівнем досягало 61,0–35,8%. Мінімальні рівні смертності зафіксовано у Чернівецькій, Львівській, Запорізькій, Івано-Франківській областях та в АР Крим, які були на 50,3–32,2% нижчими, ніж в середньому по Україні. У 2009 р. максимальні рівні смертності зафіксовано в тих самих областях, що й в 2005 р., – Дніпропетровській, Черкаській, Луганській областях, до яких залучились Донецька та Київська. Переважання середньоукраїнського рівня в цій групі областей досягало 53,6–36,7%. Мінімальні

рівні смертності спостерігалися у Чернівецькій, Кіровоградській, Запорізькій, Херсонській областях та м. Севастополі і були на 56,4–28,2% нижчими за середньоукраїнський рівень. Переважання максимального рівня над мінімальним було значним в 2005 р. – 324,4% й зросло в 2009 р. до 352,2%.

Смертність сільських жінок від хвороб органів травлення зростає за 5 років на 18,5% і є в 2,2 разу нижчою за смертність чоловіків. Максимальне зростання відбулося в Івано-Франківській (на 51,8%), Миколаївській (50,9%), Донецькій (44,9%), Харківській (44,6%) областях, а в м. Севастополі – в 6,2 разу. У чотирьох областях відбулося зниження рівня смертності: у Хмельницькій (на 11,6%), Чернівецькій (на 9,8%), Закарпатській (на 9,3%), Волинській (на 1,5%). У 2005 р. максимальні рівні смертності спостерігались в Одеській, Дніпропетровській, Закарпатській, Хмельницькій, Київській областях, перевищен-

ня середнього по Україні рівня в них досягало 82,8–32,8%. Мінімальними рівні були у Львівській, Чернівецькій, Тернопільській, Рівненській областях та в м. Севастополі, які були на 56,9–45,1% нижчими, ніж в цілому по Україні. У 2009 р. максимальні рівні смертності залишились у Дніпропетровській, Одеській та Київській областях, до яких додалися Миколаївська область та м. Севастополь, переважання над середньоукраїнським рівнем становило 83,3–52,6%, а в м. Севастополі – в 2,3 разу. Мінімальними рівні смертності залишились в тих же, що і в 2005 р., областях – Львівській, Рівненській, Тернопільській, Чернівецькій; місце м. Севастополя зайняла Запорізька область; рівні смертності були на 64,3–30,3% нижчими за середні по Україні. Перевищення максимальних рівнів смертності над мінімальними становило в 2005 р. 424,4%, в 2009 р. зросло до 637,6% (див. табл. 5).

Таблиця 5. Смертність сільського населення України від хвороб органів травлення в регіонах за статтю, на 100 тис. осіб

Регіон	Чоловіки			Жінки		
	2005 р.	2009 р.	2009 р. в % до 2005 р.	2005 р.	2009 р.	2009 р. в % до 2005 р.
УКРАЇНА	86,8	102,3	117,9	39,0	46,2	118,5
АР Крим	57,6	78,9	137,0	35,0	45,1	128,9
Вінницька	82,6	101,5	122,9	26,9	35,2	130,9
Волинська	103,0	135,4	131,5	41,1	40,5	98,5
Дніпропетровська	139,8	157,1	112,4	68,4	84,7	123,8
Донецька	109,1	151,5	138,9	42,1	61,0	144,9
Житомирська	90,6	101,8	112,4	37,2	43,0	115,6
Закарпатська	89,7	87,8	97,9	61,0	55,3	90,7
Запорізька	52,9	71,0	134,2	27,7	32,2	116,2
Івано-Франківська	58,8	79,0	134,3	22,0	33,4	151,8
Київська	115,6	140,6	121,6	51,8	70,5	136,1
Кіровоградська	65,3	68,3	104,6	35,4	47,5	134,2
Луганська	121,7	143,2	117,7	49,1	61,5	125,2
Львівська	49,3	74,4	150,9	16,8	19,5	116,1
Миколаївська	117,9	120,0	101,8	47,9	72,3	150,9
Одеська	98,0	116,8	119,2	71,3	79,5	111,5
Полтавська	103,7	102,4	98,7	40,3	43,8	108,7
Рівненська	64,5	85,9	133,2	21,4	27,4	128,0
Сумська	86,0	112,6	130,9	36,2	41,9	115,7
Тернопільська	74,7	90,0	120,5	20,4	21,1	103,4
Харківська	85,1	94,2	110,7	32,5	47,0	144,6
Херсонська	69,5	72,6	104,5	38,5	48,2	125,2
Хмельницька	121,0	125,5	103,7	57,9	51,2	88,4
Черкаська	124,8	139,8	112,0	51,3	56,4	109,9
Чернівецька	43,1	44,6	103,5	18,3	16,5	90,2
Чернігівська	96,4	116,8	121,2	33,2	42,4	127,7
м. Київ	х	х	х	х	х	х
м. Севастополь	76,2	73,4	96,3	16,9	105,2	622,5

Серед окремих нозологій в класі хвороб органів травлення 71,2% смертних випадків припадає на хвороби печінки (46,5 випадку смерті на 100 тис. осіб). Особливо високі рівні спостерігаються в Луганській (77,4), Дніпропетровській (70,9), Миколаївській (65,7), Донецькій (59,4), Одеській (57,8) областях. Серед хвороб печінки найвищий рівень смертності припадає на фіброз і цироз печінки – 35,0 випадків смерті на 100 тис. осіб, або 75,3%. Серед регіонів цей рівень досягає 57,0 в Дніпропетровській області, 50,2 в м. Севастополі, 46,6 в Донецькій, 46,4 в

Одеській, 42,9 в Київській областях. Звертає на себе увагу регіональна диференціація алкогольної хвороби печінки, яка при показнику 7,9 по Україні досягає 27,2 в Луганській, 17,8 в Закарпатській, 15,1 в Миколаївській, 12,3 в Хмельницькій, 12,0 в Чернігівській областях (табл. 6).

На другому місці у структурі смертності від хвороб органів травлення знаходяться хвороби жовчного міхура та підшлункової залози – 6,8 по Україні. В деяких областях цей рівень перевищує середній по Україні в 3,2–1,3 разу. Це Закарпатська (21,5), Волинська (9,4), Тернопільська (9,3), До-

Таблиця 6. Смертність населення в регіонах України від хвороб органів травлення за нозологіями в 2009 році, на 100 тис. населення

Адміністративно-територіальна одиниця	Всього	в тому числі							
		Хвороби стравоходу, шлунка, ДПК	Хвороби печінки	з них			Хвороби жовчного міхура, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози	в т.ч. гострий панкреатит	інші хвороби травлення
				Алкогольна хвороба печінки	Алкогольний цироз печінки	фіброз і цироз печінки			
УКРАЇНА	65,3	4,4	46,5	7,9	5,6	35,0	6,8	4,4	7,6
Автономна Республіка Крим	54,7	4,8	35,1	3,8	2,4	28,1	7,0	4,3	7,8
Вінницька	49,9	3,3	37,2	3,4	3,2	32,4	4,5	3,1	4,9
Волинська	62,1	1,8	45,9	7,4	6,8	37,6	9,4	8,4	5,0
Дніпропетровська	92,2	4,9	70,9	6,1	3,7	57,0	5,7	3,3	10,7
Донецька	82,6	5,9	59,4	7,2	4,8	46,6	8,6	5,8	8,7
Житомирська	57,8	2,3	45,4	8,8	4,3	35,3	5,9	3,9	4,2
Закарпатська	67,0	1,7	38,5	17,8	13,3	18,8	21,5	16,9	5,3
Запорізька	49,2	7,4	27,1	8,8	7,9	17,0	6,1	2,7	8,6
Івано-Франківська	47,7	1,8	35,3	3,6	3,4	29,8	4,7	3,7	5,9
Київська	71,0	3,8	53,9	6,0	3,0	42,9	6,8	5,0	6,5
Кіровоградська	55,5	4,4	37,6	4,8	3,2	31,3	2,6	1,3	10,9
Луганська	102,4	4,7	77,4	27,2	14,1	41,6	8,3	3,9	12,0
Львівська	48,8	2,9	32,9	8,5	7,8	23,6	7,8	5,0	5,2
Миколаївська	82,8	4,9	65,7	15,1	10,0	39,6	4,8	3,3	7,4
Одеська	76,4	5,3	57,8	8,7	6,1	46,4	5,4	3,2	7,9
Полтавська	60,8	4,7	39,2	8,7	8,2	29,0	6,0	1,8	10,9
Рівненська	50,1	2,0	37,3	5,3	4,3	30,5	5,3	4,8	5,5
Сумська	57,5	4,5	41,3	10,8	8,9	29,1	5,1	2,7	6,6
Тернопільська	44,5	1,0	31,3	0,6	0,3	29,1	9,3	8,8	2,9
Харківська	57,4	6,0	35,1	3,6	3,0	29,8	7,8	5,0	8,5
Херсонська	62,2	3,7	45,3	3,6	3,1	37,4	4,4	3,2	8,8
Хмельницька	60,0	2,2	47,5	12,3	9,1	30,9	4,2	2,5	6,1
Черкаська	65,9	3,8	50,9	9,2	7,7	38,5	4,5	2,8	6,7
Чернівецька	31,9	1,9	24,2	1,0	0,6	22,0	3,1	1,9	2,7
Чернігівська	56,7	3,1	41,4	12,0	8,3	28,2	4,3	3,2	7,9
м. Київ	55,0	7,2	32,1	2,7	1,6	24,6	6,4	4,3	9,3
м. Севастополь	90,7	9,5	57,1	4,7	3,7	50,2	8,7	6,8	15,4

нецька (8,6) області та м. Севастополь (8,7 випадку смерті на 100 тис. осіб). Переважну частину цього рівня складає смертність від гострого панкреатиту в тих самих областях: 16,9 – в Закарпатській, 8,8 – в Тернопільській, 8,4 – у Волинській, 5,8 – у Донецькій та 6,8 – в м. Севастополі.

Висновки

Останніми роками хвороби органів травлення займають четверте місце у структурі причин смерті, випереджаючи хвороби органів дихання, які традиційно займали четверте місце протягом десятиріч. Максимальні рівні смертності спостерігались в Луганській, Дніпропетровській, Донецькій областях, серед чоловічого та жіночого населення, в містах та сільських поселеннях.

Найвищі темпи приросту рівнів смертності від хвороб органів травлення спостерігались в Івано-Франківській, Львівській, Донецькій областях та в м. Києві й Севастополі, а максимальні рівні смертності – в Луганській, Дніпропетровській, Донецькій областях.

Смертність чоловіків перевищувала смертність жінок в 2,1 разу і була найвищою в Дніпропетровській, Луганській, Донецькій, Миколаївській та Волинській областях.

Смертність міського населення була найвищою в Закарпатській, Луганській, Дніпропетровській, Донецькій областях, сільського – в Дніпропетровській, Хмельницькій, Черкаській, Одеській, Луганській областях.

Серед окремих нозологій найбільшу питому вагу в смертності складають хвороби печінки, серед них фіброз і цироз печінки. Найвища смертність від алкогольної хвороби печінки спостерігається в Луганській, Закарпатській, Миколаївській, Хмельницькій та Чернігівській областях.

Перспективи подальших досліджень.

Прискорений ріст смертності населення в регіонах України від хвороб органів травлення потребує міжсекторального підходу до проблеми: покращення екології, санепідагляду, оптимізація надання медичної допомоги населенню, пропаганда здорового способу життя.

Список літератури

1. Аналіз медико-демографічної ситуації в Україні та прогностичні оцінки її розвитку // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік. / Л. А. Чепелевська, Р. О. Моїсеєнко, О. П. Рудницький, О. В. Любінець. – К., 2007. – С. 65–84.
2. Біляцький С. Д. Демографічна панорама сучасного світу. Нові демографічні контури / С. Д. Біляцький // Стратегія економічного розвитку України. – К., 2002. – Вип.3 (10). – С. 43–54.
3. Демографічні перспективи України до 2026 року / В. Стешенко, О. Рудницький, О. Хомра, А. Стефановський. – К.: Ін-т економіки, 1999. – 60 с.
4. Дмитриев В. И. Изучение множественных причин смерти – важный шаг к пониманию современного состояния смертности населения / В. И. Дмитриев, А. Д. Соломонов, М. М. Балыгин // Здравоохр. Рос. Федерации. – 2006. – № 2. – С. 17–21.
5. Доклад о развитии человека 2009. Преодоление барьеров: человеческая мобильность и развитие / пер. с англ. ПРООН. – М.: Весь Мир, 2009. – 232 с.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2005 г. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2005. – 154 с.
7. Карташова С. С. Показники смертності як індикатори стану здоров'я / С. С. Карташова, О. І. Тимченко, Е. М. Омельченко // Укр. мед. альм. – 2009. – Т. 12, № 2. – С. 82–84.
8. Марзеева О. М. Медико-екологічні передумови демографічної кризи в Україні та шляхи їх подолання / О. М. Марзеева, О. М. Сердюк. // Журнал АМН. – Т. 13, № 3. – 2007. – С. 486–487.
9. Чепелевська Л. А. Смертність населення України від хвороб органів травлення: регіональні особливості / Л. А. Чепелевська О. В. Любінець // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 2. – С. 11–14.
10. Основні причини високого рівня смертності в Україні. – К.: ВЕРСО – 04 – 2010. – 60 с.

РОЛЬ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

Л. А. Чепелевская, А. Н. Орда (Киев)

Изучены тенденции смертности населения Украины от болезней органов пищеварения за 2004–2009 гг. в зависимости от региона, типа расселения, пола.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: смертность, болезни органов пищеварения, регион, пол, тип расселения.

ROLE OF DIGESTIVE APPARATUS ILLNESSES IN STRUCTURE OF THE CAUSES OF MORTALITY IN POPULATION IN REGIONS OF UKRAINE

L. A. Chepelevska, A. N. Orda (Kyiv)

Tendencies of mortality in population of Ukraine from illnesses of digestive apparatus during 2004–2009 have been investigated depending from region, such as settling, sex.

KEY WORDS: mortality, digestive apparatus illnesses, region, sex, type of settli.

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ КЕРІВНИКІВ ПРАКТИЧНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯКІСТЮ ПІДГОТОВКИ ВИПУСКНИКІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ I-II РІВНЯ АКРЕДИТАЦІЇ

Н. О. ВЕНГРИН (Дубно)

Дубенський медичний коледж

Вивчалася задоволеність керівників різних ланок системи охорони здоров'я якістю підготовки випускників вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ) I-II рівня акредитації (акушерки та фельдшери). Визначено складові задоволеності якістю підготовки випускників та компоненти незадоволеності теоретичною, практичною підготовкою, вмінням випускників спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами. Загальний рівень задоволеності медичного персоналу, під керівництвом якого працюють випускники ВМНЗ I-II рівня акредитації, нижчий за середній. Інтегральний показник задоволеності рівнем підготовки випускників, який розраховувався виходячи із середнього бала задоволеності і ступеня впливу різних складових на якість професійної діяльності, склав 3,52 бала за 5-бальною шкалою.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: задоволеність, якість підготовки, акушерська справа, лікувальна справа, молодші спеціалісти з вищою медичною освітою, керівники, система охорони здоров'я.

Існуючі підходи до оцінки якості підготовки фахівців переважно спрямовані на оцінку якості навчального процесу з точки зору отримання учнями знань з окремих предметів, що вивчаються в рамках навчального плану, та умінь щодо їх застосування в типових ситуаціях та не зачіпають процес формування професійної компетенції майбутнього випускника [11]. Сучасний етап розвитку соціально-економічної сфери ставить нові вимоги до фахівців, коли знання виступають важливою, але недостатньою, умовою досягнення необхідної якості професійної освіти [5;10]. Ступінь орієнтованості освітніх програм на ринок праці є ключовим показником ефективності освіти та якості підготовки, яка реалізується через систематизовану взаємодію освіти і роботодавців та формалізується у вигляді критеріїв та вимог до випускників з точки зору їх поточної практичної придатності до професійної діяльності [3;11]. Критерій задоволеності роботодавців якістю підготовки акушерок та фельдшерів є інформативним індикатором з позиції зворотного зв'язку між навчальними закладами та закладами практичної охорони здоров'я.

Метою роботи є вивчення задоволеності керівників закладів та підрозділів системи охорони здоров'я, де працюють випускники вищих медичних навчальних закладів I-II рівня акредитації (медичних коледжів/училищ), якістю підготовки молодих спеціалістів – акушерок та фельдшерів.

Матеріали і методи. Проведено соціологічне дослідження, на участь в якому дали згоду 80 керівників закладів та підрозділів системи охорони здоров'я Рівненської та Дніпропетровської областей. Опитування проведено за спеціально розробленою анкетною, яка включала питання задоволеності керівників різними складовими професійної підготовки випускників. Оцінка задоволеності підготовкою випускників проводилась за 5-бальною шкалою. Статистична обробка матеріалів дослідження проводилась з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих в пакетах програм Statistica (версія 6.1), серійний номер – AGAR909E415822FA. Вірогідність відмінностей оцінювалась за допомогою критеріюв Стьюдента (t). Для характеристики причинно-наслідкових зв'язків обчислено та оцінено коефіцієнти рангової кореляції Спірмена (r), парціальні коефіцієнти.

Респондентами були керівники різних ланок системи охорони здоров'я, з них 17 (21,3%) працювали в пологових будинках, 16 (20,0%) – у міських лікарнях, 15 (18,8%) – в центральних районних лікарнях, 11 (13,8%) – на станціях та підстанціях швидкої медичної допомоги, 7 (8,75%) – в дільничних лікарнях та сільських амбулаторіях. Залежно від посади респонденти розподілились наступним чином: головні лікарі – 16 (20%), заступники головного лікаря – 19 (23,8%), старші медичні сестри – 19 (23,8%), завідувачі відділень – 23 (28,7%) та інші 3 (3,7%). Стаж понад 20 років мали 24 (30,0%), від 11 до

20 років – 27 (33,8%), від 6 до 10 років – 18 (22,5%), до 5 років – 11 (13,8%) респондентів.

Результати дослідження та їх обговорення. Кваліфікація випускників вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ) I–II рівня акредитації (медичних коледжів/училищ) з акушерської та лікувальної справи, на думку $68,0 \pm 5,3\%$ опитаних, частково відповідає професійним вимогам; біля третини ($30,8 \pm 5,2\%$) респондентів оцінили кваліфікацію випускників як таку, що повністю відповідає професійним вимогам, незначна кількість (1,3%) вважають, що кваліфікація цілком не відповідає вимогам.

В умовах реформування галузі охорони здоров'я до якості професійної підготовки середнього медичного персоналу висуваються певні вимоги: вільне володіння фундаментальними і

спеціальними знаннями, здатність до аналітичного мислення і творчої діяльності в сфері, пов'язаній з функціональними обов'язками медичної сестри; здатність до самовдосконалення і самонавчання [1;8].

Рівень теоретичної підготовки випускників недостатньо відповідає сучасним потребам практичної охорони здоров'я. Більшість керівників різного рівня (76,25%) не задоволені теоретичними знаннями випускників, лише 21,3% опитаних задовольняє рівень теоретичної підготовки молодих спеціалістів. Основною компонентою незадоволеності рівнем теоретичної підготовки, як вважає майже половина всіх опитаних керівників ($46,3 \pm 5,6\%$), є недостатність знань в сфері спеціальних клінічних дисциплін (табл. 1).

Таблиця 1. Причини незадоволеності респондентів рівнем теоретичної підготовки випускників %, ($P \pm m$)

Компоненти теоретичної підготовки	Частота незадоволеності	Ранг
Знання в сфері спеціальних клінічних дисциплін	$46,3 \pm 5,6$	1
Знання фармакологічної дії найбільш поширених лікарських препаратів	$22,5 \pm 4,7$	2
Знання в сфері фундаментальних дисциплін	$18,8 \pm 4,4$	3
Знання правил зберігання та обліку лікарських засобів	$17,5 \pm 4,3$	4
Знання чинної нормативно-правової бази	$16,3 \pm 4,1$	5

Знаннями щодо фармакологічної дії найбільш поширених лікарських препаратів не задоволені $22,5 \pm 4,7\%$ всіх респондентів. Майже кожний п'ятий опитаний ($18,8 \pm 4,4\%$) вважає, що випускники мають низький рівень підготовки в сфері фундаментальних дисциплін; $17,5 \pm 4,3\%$ із загального числа респондентів відмітили низький рівень знань щодо правил зберігання та обліку лікарських засобів; $16,3 \pm 4,1\%$ всіх респондентів вважають, що випускники недостатньо обізнані щодо чинних нормативних документів.

Дані парного кореляційного аналізу свідчать, що всі вищезазначені компоненти мають достовірний ($p < 0,001$) зв'язок (коефіцієнт кореляції коливався від 0,25 до 0,45) із задоволеністю керівників рівнем теоретичної підготовки випускників ВМНЗ I–II рівня акредитації. Сумарний вплив всіх компонентів теоретичної підготовки на рівень задоволеності керівників цією складовою становить близько 43,0% (коефіцієнт множинної кореляції $R = 0,66$; коефіцієнт детермінації $D = 43,0\%$; $p < 0,001$).

Якісна професійна діяльність випускників з напрямку акушерська та фельдшерська справа пов'язана із засвоєнням значної кількості практичних умінь і навичок, а кожна їхня дія має виконуватися чітко і безпомилково, тому такі навички повинні бути засвоєні та відпрацьовані в рамках технологій навчально-професійної

підготовки в навчальному закладі [1;4]. Задоволені рівнем практичної підготовки молодих спеціалістів лише чверть опитаних керівників ($26,3 \pm 4,9\%$), з них цілком задоволені $17,5 \pm 4,3\%$. Більшість ($73,8 \pm 4,9\%$) керівників сучасний рівень практичної підготовки молодших спеціалістів з вищою медичною освітою – акушерок та фельдшерів не задовольняє, з них повністю не задовольняє $7,5 \pm 2,9\%$ керівників. Причини незадоволеності респондентів досить різноманітні, значущість причин теж різна. Як свідчать результати опитування, біля половини всіх опитаних – $45 \pm 5,6\%$ (1-е рангове місце) – вважають, що випускники не вміють приймати професійні рішення в межах своєї компетенції (табл. 2).

Фельдшери та акушерки в рамках своєї професійної діяльності виконують призначення лікарів та досить часто самостійно проводять діагностичні та лікувально-профілактичні втручання, тому повинні освоїти протягом навчання технології медичних втручань. З усіх респондентів $17,5 \pm 4,3\%$ негативно оцінили вміння випускників виконувати медичні втручання в межах своєї компетенції (3-є рангове місце).

Недостатньо вміють випускники планувати свою діяльність та здійснювати догляд за пацієнтами (а це їх основний функціональний обов'язок), на що вказали $11,3 \pm 3,5\%$ респондентів (4-те рангове місце). Як вважає $10,0 \pm 3,4\%$ опитаних,

Таблиця 2. Причини незадоволеності респондентів рівнем практичної підготовки випускників (за даними соціологічного опитування керівників медичних закладів), % ($P \pm m$)

Компоненти практичної підготовки	Частота незадоволеності	Ранг
Вміння приймати професійні рішення в межах своєї компетенції	45,0±5,6	1
Вміння вести відповідну облікову та звітну медичну документацію	23,8±4,8	2
Вміння виконувати медичні втручання в межах своєї компетенції	17,5±4,3	3
Вміння планувати свою діяльність	11,3±3,5	4
Вміння здійснювати догляд за пацієнтами	11,3±3,5	5
Вміння співпрацювати з лікарями та іншим медичним персоналом	10,0±3,4	6
Вміння навчати пацієнтів навичкам самоконтролю та самопомоги	8,8±3,2	7
Здійснення контролю за санітарно-гігієнічним та санітарно-епідемічним станом в закладі	6,3±3,6	8
Вміння виписувати рецепти в межах своєї компетенції	6,3±2,7	9
Вміння проводити санітарно-освітню роботу з населенням	1,3±1,2	10
Інше	1,3±1,2	11

навчальні заклади не приділяють достатньої уваги такому питанню, як оволодіння студентами навичками співпраці з лікарями та іншим медичним персоналом (6-е рангове місце). Не приділяється належної уваги в навчальних закладах засвоєнню такої технології, як вміння навчати пацієнтів навичкам самоконтролю та самопомоги, на що вказали 8,8±3,2% респондентів (7-е рангове місце), 6,3% опитаних вважають, що випускники не вміють здійснювати контроль за санітарно-гігієнічним та санітарно-епідеміологічним станом в закладі охорони здоров'я та виписувати рецепти в межах своєї компетенції (10-е та 11-е рангові місця). На те, що випускники

не вміють вести відповідну облікову та звітну медичну документацію, вказали майже чверть (23,8±4,8%) всіх респондентів (2-е рангове місце). З усіх 9 складових, які обумовлюють задоволеність рівнем практичної підготовки, реальний суттєвий вплив, на що вказують парціальні коефіцієнти кореляції (рис. 1), мають лише 5: вміння приймати професійні рішення в межах своєї компетенції ($r=0,72$), вміння виконувати медичні втручання в межах своєї компетенції ($r=0,6$), вміння здійснювати догляд за пацієнтами ($r=0,36$), вміння вести відповідну облікову та звітну медичну документацію ($r=0,37$), вміння виписувати рецепти в межах своєї компетенції ($r=0,32$).

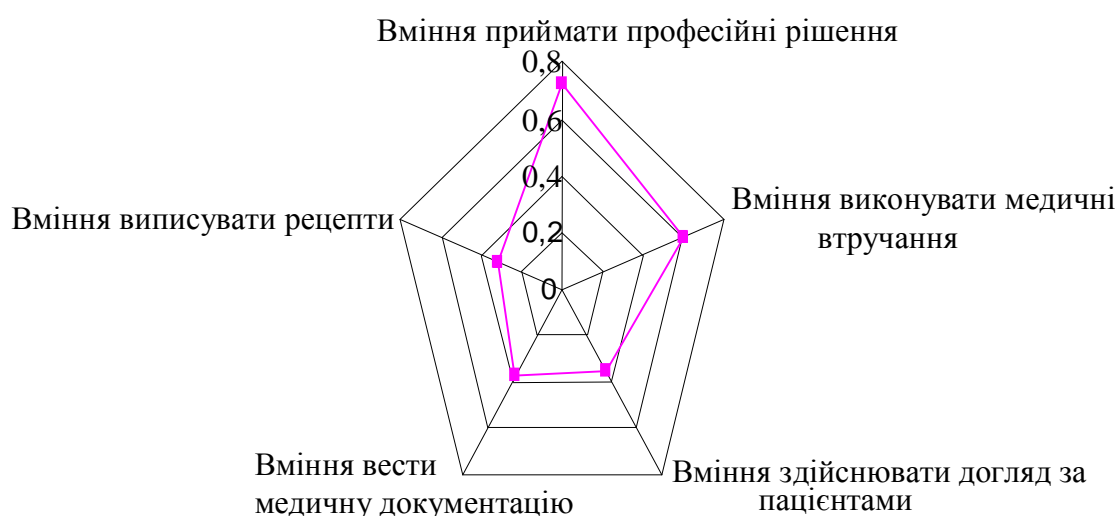


Рис. 1. Зв'язок окремих компонентів практичної підготовки молодших спеціалістів з вищою медичною освітою із загальною задоволеністю керівного складу медичних закладів їх практичною підготовкою (парціальні коефіцієнти кореляції): достовірність коефіцієнтів кореляції $p < 0,001 - 0,00001$

Сумарний вплив цих факторів на рівень задоволеності керівників практичною підготовкою випускників, за даними множинної кореляції, досить суттєвий та становить 62,0% (коефіцієнт множинної кореляції $R=0,79$; коефіцієнт детермінації $D=62,0\%$; $p<0,00001$).

Національна програма інформатизації закладає основи для впровадження нових інформаційних технологій у практику охорони здоров'я [6]. Не тільки лікарі, але і молодший медичний персонал повинні мати навички роботи на комп'ютері [2]. Як свідчать результати опитування, $40,3\pm 5,6\%$ респондентів високо оцінили навички роботи на комп'ютері випускників, на не дуже високий рівень роботи на комп'ютері вказали $24,7\pm 4,9\%$ опитаних, $11,7\pm 3,7\%$ респондентів вважають, що випускники мають низький рівень та майже чверті ($22,1\pm 4,7\%$) респондентам важко було дати оцінку вмінню випускників працювати на комп'ютері.

Успішне здійснення діагностичних і лікувальних заходів, якісного догляду за хворими можливе тільки тоді, коли кожен медичний працівник постійно дотримується деонтологічних вимог [7]. Задоволені рівнем дотримання випускниками принципів медичної деонтології $81,0\%$ керівників, повністю не задоволені – $6,3\pm 2,7\%$ та швидше не задоволені, ніж задоволені, $10,1\pm 3,4\%$ опитаних.

У професійній діяльності акушерок та фельдшерів украй необхідним є встановлення контакту і довірчих взаємин з хворим, розуміння їх, вміння грамотно викладати свої думки [9]. Більшість респондентів ($63,3\%$) не задовольняє вміння випускників спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами, частка задоволених деонтологічними навичками випускників складає $35,4\%$. Основними компонентами, які не задовольняють керівників щодо вміння випускників спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами, насамперед є невміння випускників встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та членами його родини, що відзначили $30,4\pm 5,1\%$ опитаних. На те, що випускники не вміють приділяти увагу проблемам пацієнта, його реакції на захворювання, вказали $16,5\pm 4,2\%$ всіх опитаних, $13,9\pm 3,9\%$ респондентів вважають, що випускники не вміють аргументувати необхідність виконання медичних призначень; частина випускників не здатна формувати партнерські відносини з пацієнтами, на що вказали $12,7\pm 3,7\%$ всіх опитаних. Слід зазначити, що кожний з компонентів, які характеризують вміння спілкуватися з пацієнтами, має самостійний вплив на задоволеність керівного складу закладів охорони здоров'я, що демонструють парціальні коефіцієнти кореляції (табл. 3).

Таблиця 3. Значення парціальних коефіцієнтів кореляції між задоволеністю керівників вмінням випускників спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами та причинами, які формують цю незадоволеність

Причина	Значення коефіцієнту кореляції (r)	Достовірність
Вміння встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та членами його родини	0,74	$p<0,00001$
Здатність приділяти увагу проблемам пацієнта, його реакції на захворювання	0,68	$p<0,00001$
Вміння аргументувати необхідність виконання медичних призначень	0,53	$p<0,00001$
Вміння формувати партнерські відносини	0,54	$p<0,00001$

Медичний працівник може мати високий рівень теоретичної підготовки, бездоганно володіти практичними навичками, але якщо у нього не сформовані такі риси характеру, як доброзичливість, терпимість, привітність, співчуття людині тощо, то його професійні якості не можуть бути повністю реалізовані. Загальний середній бал особистісних якостей випускників склав $3,8\pm 0,04$. Найвищу оцінку отримали такі особистісні характеристики, як доброзичливість та привітність ($4,16\pm 0,09$), старанність ($3,97\pm 0,10$), відповідальність ($3,96\pm 0,10$) дисциплінованість ($3,95\pm 0,10$) та чуйність, уважність, тактовність ($3,92\pm 0,10$). Суттєво нижче оцінили респонденти наявність у випускників медичних коледжів та училищ терпіння та витримки

($3,66\pm 0,11$; $p<0,05$), творчого підходу до справи та лідерських якостей (по $3,40\pm 0,10$).

Результати опитування дозволили розрахувати інтегральний показник задоволеності керівників різних ланок системи охорони здоров'я підготовкою випускників ВМНЗ I–II рівня акредитації. Внесок складових підготовки в якість професійної діяльності акушерок та фельдшерів різний. За результатами експертної оцінки, якість професійної діяльності майже на третину (32%) залежить від рівня практичної підготовки випускників, внесок рівня теоретичної підготовки трохи менший і дорівнює 26% . Вплив такої складової, як особистісні якості випускників, експерти оцінили на 14% . Частка впливу таких складових, як дотримання випускниками прин-

ципів медичної деонтології та їх вміння спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами, майже однакова і дорівнює 11% та 10% відповідно, вплив рівня навичок роботи випускників на комп'ютері найменший – 7% (рис. 2).

Інтегральний показник задоволеності рівнем підготовки випускників, який розраховувався виходячи із середнього балу задоволеності та ступеня впливу різних складових на якість професійної діяльності, склав 3,52 бала (табл. 4).

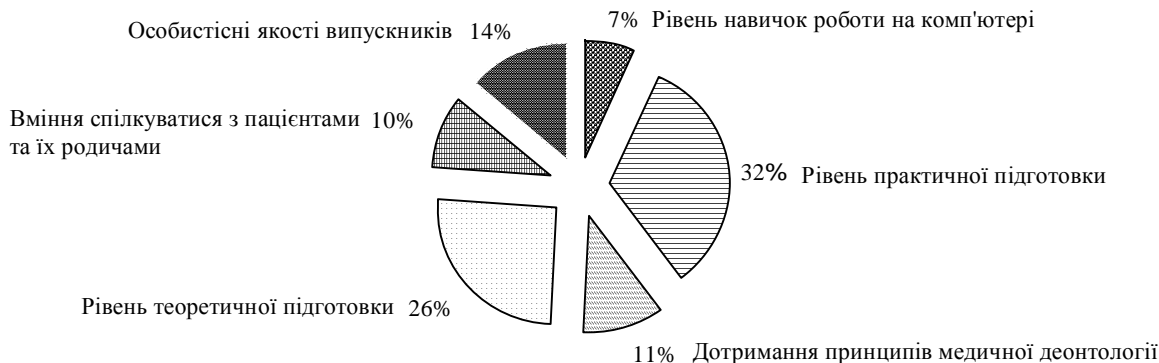


Рис. 2. Ступінь впливу окремої складової на якість професійної діяльності (результати експертної оцінки), %

Таблиця 4. Рівень задоволеності (в балах) та інтегральна оцінка якості підготовки випускників ВМНЗ I–II рівня

№ з/п	Складова	Задоволеність		
		Середній бал (M±m)	Ступінь впливу складових на якість професійної діяльності, %	Середній бал з урахуванням ступеня впливу
1.	Рівень практичної підготовки випускників	3,36±0,1	32	1,11
2	Рівень теоретичної підготовки випускників	3,27±0,09	26	0,85
3	Особистісні якості випускників	3,8± 0,04	14	0,53
4	Дотримання випускниками принципів медичної деонтології	4,03±0,11	11	0,44
5	Вміння випускників спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами	3,49± 0,1	10	0,35
6	Рівень навичок роботи випускників на комп'ютері	3,4±0,1	7	0,24
	Інтегральний показник	3,56	100	3,52

Висновки

1. Загальний рівень задоволеності керівників закладів та підрозділів системи охорони здоров'я, де працюють випускники вищих навчальних закладів I–II рівня акредитації (акушерки та фельдшери), нижче середнього – 3,52 бала за 5-бальною шкалою.

2. Більшість керівників не задовольняє сучасний рівень практичної та теоретичної підготовки молодших спеціалістів з вищою медичною освітою (73,8% та 76,25% відповідно).

3. Переважну більшість респондентів (81,0%) задовольняє дотримання випускниками етико-

деонтологічних принципів в роботі, середній бал задоволеності склав 4,03±0,11; водночас більшість респондентів (63,3%) не задовольняє вміння випускників спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами, задоволені лише 35,4% опитаних (середній бал 3,49±0,1).

4. Керівники закладів та підрозділів системи охорони здоров'я досить високо оцінюють такі особистісні якості молодших спеціалістів, як доброзичливість та привітність, старанність, відповідальність, дисциплінованість та чуйність, уважність, тактовність (середній бал коливався 4,16±0,09?3,92±0,1). Нижче середнього рівня, на

думку респондентів, у випускників виражені такі важливі для професійної діяльності якості, як терпіння та витримка ($3,66 \pm 0,11$), творчий підхід до справи та лідерство ($3,40 \pm 0,10$).

5. Зважаючи на нові вимоги до кваліфікаційного рівня медичного персоналу, що постають

перед національною системою охорони здоров'я, необхідною є розробка комплексу заходів, спрямованих на поліпшення якості підготовки молодших спеціалістів з вищою освітою з урахуванням потреб практичної охорони здоров'я, що становить **перспективи подальших досліджень**.

Список літератури

1. *Злобина Г. М.* Научное обоснование концептуально-организационных подходов к управлению сестринским делом на уровне региона: автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.02.03 / Г. М. Злобина. – М., 2010. – 43 с.
2. *Интеграция информационных технологий в совершенствовании лечебно-диагностической помощи на модели службы медицинского обеспечения* / Г. М. Корж, О. А. Богатищев, А. В. Ковалев, П. Е. Чесноков // Вестн. аритмол. – 2008. – Прил. А. – С. 163.
3. *Лукичев Г.* В поисках эффективного взаимодействия высшего образования и работодателей / Г. Лукичев // Экономика образования. – 2005. – № 4. – С. 5–21.
4. *Маркович О. В.* Формування професійних умінь майбутніх медичних сестер хірургічного профілю засобами алгоритмізації : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 / О. В. Маркович. – К., 2008. – 20 с.
5. *Мокрецова Л. А.* Оценка работодателями качества профессионального педагогического образования: опыт, проблемы и перспективы [Электронный ресурс] / Л. А. Мокрецова. – Режим доступа : URL: expert-nica.ru/sbornik/articles/Mokretsova.pdf. – Заглавие с экрана.
6. *Про Національну програму інформатизації* : Закон України № 74/98-ВР від 04.02.1998 р. // ВВР. – 1998. – № 27–28. – С. 181.
7. *Процюк Р. Г.* Морально-етичні аспекти у фізизіатрії / Р. Г. Процюк // Здоров'я України. – 2007. – № 7. – С. 40–45.
8. *Снісар О.* Роль проблемно-модульної технології навчання у формуванні професійної якостей медичних сестер. Гуманізація навчально-виховного процесу : зб. наук. пр. – Вип. Л. Ч. II / О. Снісар; [за заг. ред. проф. В. І. Сипченка]. – Слов'янск : СДПУ, 2010. – С. 56–64.
9. *Співпраця сімейного лікаря та медичної сестри в умовах реформування первинної медико-санітарної допомоги* / Лисенко Г. І., Бразалій Л. П., Губенко І. Я., Дроботенко В. А. // Сімейна медицина. – 2008. – № 2. – С. 41–43.
10. *Фишман Б. Е.* Изучение мнения работодателей о качестве подготовки выпускников / Б. Е. Фишман, Е. В. Сидорук // Совр. проблемы науки и образования. – 2008. – № 6. – С. 4–9.
11. *Юсупова И. В.* Критерии оценки качества подготовки выпускников образовательных учреждений УНПО и УСПО (на примере Республики Коми) [Электронный ресурс] / И. В. Юсупова. – Режим доступа : URL : http://labourmarket.ru/i_conf/conf7/book.php – Заглавие с экрана.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ПОДГОТОВКИ ВЫПУСКНИКОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАВЕДЕНИЙ I–II УРОВНЯ АККРЕДИТАЦИИ

Н. А. Венгрин (Дубно)

Изучалась удовлетворенность руководителей разных звеньев системы здравоохранения качеством подготовки выпускников высших учебных медицинских заведений I–II уровня аккредитации (акушерки и фельдшера). Определены составляющие удовлетворенности качеством подготовки выпускников и компоненты неудовлетворенности теоретической, практической подготовкой, умением выпускников общаться с пациентами и их родственниками. Общий уровень удовлетворенности медицинского персонала, под руководством которого работают выпускники ВМНЗ I–II уровня аккредитации, ниже среднего. Интегральный показатель удовлетворенности уровнем подготовки выпускников, который рассчитывался исходя из среднего балла удовлетворенности и степени влияния различных составляющих на качество профессиональной деятельности, составил 3,52 балла по 5-балльной шкале.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА удовлетворенность, качество подготовки, акушерское дело, лечебное дело, младшие специалисты с высшим медицинским образованием, руководители, система здравоохранения.

SATISFACTION OF HEADS PRACTICAL HEALTH CARE QUALITY OF TRAINING FOR GRADUATES HIGHER EDUCATIONAL MEDICAL INSTITUTIONS I-II ACCREDITATION LEVEL

N. A. Vengrin (Dubno)

In this article satisfaction of heads different parts of the health care system with the quality of graduate medical institutions I-II accreditation level (midwives and assistant) has been studied. It is identified the components of satisfaction

with the quality of graduates and the components of dissatisfaction with the theoretical and practical training, the ability of graduates to communicate with patients and their relatives. The general satisfaction level of medical staff, under the guidance of work graduates HMEI I-II levels of accreditation is lower than average. Integrated indicator of the satisfaction by level of the training for graduates, which was calculated according to the average score of satisfaction and influence degree of the various components on the quality of professional activity is 3,52 points on 5-point scale.

KEY WORDS: satisfaction, quality training, midwifery, medicine, junior specialists with higher medical education, heads, health care system.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г. О. Слабкий

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 616-058:001.8

*О. М. КОЧЕТ, Г. О. СЛАБКИЙ, Ю. Б. ЯЩЕНКО, П. Р. ПЕТРАШЕНКО,
Т. В. ЄЛЬЧИЦЬ В. А. РУСНЯК (Київ)*

РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ З ПРОБЛЕМИ "СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА"

Міністерство охорони здоров'я України
ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Проаналізовано результативність наукових розробок науково-дослідних установ, зокрема Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України, вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти з проблеми "Соціальна медицина" за 2007–2011 роки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інноваційна система, наукове дослідження, соціальна медицина, впровадження наукових результатів.

Науково-технічний прогрес та необхідність адаптації галузі охорони здоров'я до роботи в сучасних соціально-економічних умовах ставлять нові завдання, які стосуються удосконалення системи управління медичною наукою. Безперечно, що при підвищенні ефективності медичної науки як невід'ємної складової галузі охорони здоров'я, можна сподіватися на значне покращання показників здоров'я населення і якості роботи лікувально-профілактичних установ.

Відомо, що ефективність науки значною мірою залежить від результативності наукових досліджень, а головне – від матеріалізації досягнень медичної науки та поширення передового дос-

віду, тобто від використання їх у практиці охорони здоров'я. Вона передбачає впровадження в практичну діяльність закладів системи охорони здоров'я нових та удосконалених методів діагностики, лікування, профілактики захворювань і медико-соціальної реабілітації хворих; сучасних лікарських засобів; імунобіологічних препаратів; медичної техніки та виробів медичного призначення; санітарно-гігієнічних та санітарно-протиепідемічних правил і норм; організаційних форм і методів роботи з метою підвищення якості надання медичної допомоги населенню.

Інноваційні процеси в медицині є логічним та перманентним продовженням наукового дослідження. На сьогодні методологія матеріалі-

зації досягнень медичної науки в практичній діяльності медичних закладів потребує удосконалення, хоча нагальна проблема докорінної перебудови інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я на основі цивілізованих методологічних підходів та з урахуванням особливостей, властивих медицині, виникла давно.

Інноваційні процеси в галузі охорони здоров'я мають певні особливості. Впровадження нових медичних технологій передбачає застосування нових або удосконалення вже існуючих методів діагностики, лікування, реабілітації та профілактики.

Оскільки ефективність впровадження результатів наукових розробок у галузі медицини прямо пов'язана із здоров'ям людини, це виключає можливість використання нових, але недостатньо досліджених та перевірених технологій.

Існує ще така особливість. Якщо у технічній галузі впроваджується нововведення, то легко передбачити його користь, визначити ефективність, здійснити механізм заохочення авторів. Зрозуміло, що в медицині цього не може бути, адже швидко визначити результативність, як правило, дуже важко або навіть неможливо, і тому заходи щодо заохочення авторів не завжди можуть бути адекватно обґрунтовані. Отже, інноваційні процеси у медицині мають свою специфіку і вимагають удосконалення, пошуку специфічних технологій, вирішення методологічних проблем.

Можна стверджувати, що однією з причин суттєвих упущень в системі впровадження досягнень медичної світової науки є недосконалість понятійного апарату проблеми. Як не дивно, саме це породжує неадекватні показники інноваційних процесів: інколи неадекватні вимоги керівництва до підлеглих стосовно матеріалізації нового та корисного, різночитання директивних документів, вихід у світ низькопробних положень, інструкцій, наказів тощо.

Неодноразово наголошувалось, що в галузі медицини можна матеріалізувати тільки три форми (види) нового: перша – “наукове досягнення”, друга – “нововведення”, третя – “передовий досвід”. Інших видів класифікацій нових пропозицій для впровадження не існує.

“Наукове досягнення” в медицині зустрічається нечасто. Воно є науково-технічним рішенням, матеріалізація якого на практиці вирішує важливу проблему в одному з напрямів або в медицині загалом. Досягненням можна кваліфікувати, насамперед, винахід, і тільки такий, що дійсно вирішує певну важливу проблему. Досвід показує, що таких досягнень в галузі щорічно реєструється близько двох десятків. Йдеться про вітчизняну систему медичної науки, а не про світову, яка нараховує значно більше таких досягнень.

Найчастіше фахівці галузі мають справу з “нововведенням”, що також є новим науково-технічним рішенням, кращим від відомого, більш ефективним тощо. Це так звані нові способи, методи, пристрої, що покращують або навіть формують нові медичні технології, але їх кінцеві результати не можна порівнювати з матеріалізацією “досягнень”.

Що стосується “передового досвіду”, то це така форма організації роботи медичного працівника або медичного закладу, що суттєво покращує показники їх діяльності.

Для наукового забезпечення вирішення складних багатоаспектних проблем удосконалення інноваційних процесів в галузі охорони здоров'я з урахуванням соціально-економічних умов, що постійно змінюються, а також наукового обґрунтування прийняття адекватних управлінських рішень співробітниками МОЗ України разом із науковцями Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України систематично проводиться аналіз результативності технологій визначення наукових пріоритетів, поточного і перспективного планування та координації наукових досліджень, а також реалізації їх результатів в практиці охорони здоров'я.

Для розробки науково обґрунтованих пропозицій щодо удосконалення механізмів впровадження наукових розробок із соціальної медицини в практику охорони здоров'я, що є **метою** даного дослідження, нами проведено аналіз реального стану впровадження результатів відповідних НДР за декілька років.

Наукові дослідження, які можна відносити до проблеми соціальна медицина, у 2007–2009 рр. виконували 12 науково-дослідних установ (НДУ), 15 вищих медичних (фармацевтичний) навчальних закладів та 3 заклади післядипломної освіти.

Головною науковою установою України з проблем соціальної медицини є Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України (далі – Інститут), напрями наукової діяльності якого включають:

- науковий аналіз, моніторинг і прогнозування стану здоров'я населення України та факторів, що на нього впливають;
- аналіз медико-демографічних показників відтворення населення України, формування середньострокових прогнозів;
- моніторинг стану репродуктивного здоров'я населення і здоров'я дітей та діяльності закладів акушерсько-педіатричної служби;
- дослідження закономірностей розвитку системи профілактики хвороб і формування здорового способу життя, вивчення, аналіз та пропаганда передового світового досвіду з організації охорони здоров'я – моніторинг виконання політики ВООЗ “Здоров'я для всіх на XXI століття” в Україні;

- наукове обґрунтування та розробка питань організації і управління охороною здоров'я, формування і супроводження державних та галузевих програм розвитку охорони здоров'я;
- розробка економічних засад оптимізації системи охорони здоров'я;
- аналіз стану виконання міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації на 2002–2011 роки";
- вивчення нормативно-правових, медико-організаційних передумов та наукове супроводження реструктуризації надання медичної допомоги;
- аналіз та оцінка можливостей переорієнтації служби охорони здоров'я матері і дитини на принципи доказової медицини шляхом розробки клінічних протоколів (стандартів) та адаптації розроблених іншими країнами стандартів;
- проведення прогностичних розрахунків щодо вивчення обсягів підготовки фахівців з охорони здоров'я в цілому;
- моніторинг інтегральних показників стану здоров'я, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я основних адміністративних територій України за їх рейтинговою оцінкою;
- наукове обґрунтування системи стандартизації медичної допомоги та впровадження доказової медицини, організація та проведення організаційно-методичної роботи з розробки, адаптації, рецензування, впровадження та моніторингу медичних стандартів/клінічних протоколів в практику охорони здоров'я;
- підготовка довідок на відповідність *acquis communautaire* проектів нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я.

Проведений аналіз показав, що у 2008–2011 рр. Інститутом виконувалося 30 НДР, з яких 24 завершені з одержанням суттєвих наукових результатів із стратегічних напрямів реформування галузі охорони здоров'я та їх інформативно-правового забезпечення відповідно до Національного плану розвитку системи охорони здоров'я та програми економічних реформ Президента України на 2010–2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава", формування здорового способу життя населення та створення системи забезпечення якості медичної допомоги та стандартизації охорони здоров'я.

Як приклад результативності наукових досліджень Інституту наведемо стислу інформацію щодо конкретних наукових досягнень установи.

За результатами виконання НДР:

- проведено ретроспективний та перспективний аналіз показників захворюваності та стану здоров'я дорослого населення України, розраховано короткострокові прогностичні тенденції

щодо змін захворюваності, здійснено моніторинг стану здоров'я, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я з рейтинговою оцінкою у регіональному аспекті;

- розроблено оптимальну модель вторинної медичної допомоги на рівні районів в умовах переходу до ринкових відносин і обмеженого фінансування галузі та забезпечено науковий супровід її впровадження;

- розроблено модель управління якістю медичної допомоги та проект індикаторів якості діяльності системи охорони здоров'я, доопрацьовано та обговорено методичні підходи до розробки індикаторів якості надання медичної допомоги та уніфікованого класифікатора медичних послуг;

- здійснено моніторинг за розробкою, впровадженням, дотриманням та фінансуванням державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я;

- з метою розробки державних та галузевих заходів щодо зниження смертності населення вивчено регіональні особливості смертності населення за статтю, причинами смерті, місцем проживання, типом поселення. Проведено аналіз та оцінку причин надсмертності чоловіків працездатного віку;

- викладено головні передумови та пропозиції стосовно тенденції змін економічних засад при проведенні оптимізації системи охорони здоров'я, обґрунтовано різні моделі фінансування для закладів охорони здоров'я з урахуванням нових напрямків реформування надання первинної і вторинної медичної допомоги, наведено розрахунки визначення потреби у фінансових ресурсах для системи охорони здоров'я України;

- проаналізовано результати моніторингу та інформаційного забезпечення процесу виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації";

- розроблено науково обґрунтовані рекомендації для визначення перспективних обсягів підготовки лікарів та середніх медичних працівників для надання первинної медико-санітарної допомоги. Розроблено нормативи обслуговування населення сімейними лікарями у розрізі сільської і міської місцевості;

- теоретично обґрунтовано основи медичного права України згідно з принципами, нормами і стандартами, прийнятими у країнах Європейського Союзу та інших країнах світу; розроблено проект концепції розвитку галузі медичного права в системі права України;

- розроблено пропозиції щодо удосконалення нормативно-правової бази, проведено експертизу нормативно-правових актів на їх відповідність основним положенням законодавства Європейського Союзу;

• науково обґрунтовано потреби складових системи охорони здоров'я усіх рівнів у телемедичній допомозі, підвищено ефективність управління галуззю охорони здоров'я за рахунок здійснення інформаційної підтримки практичної медицини шляхом удосконалення наявних та впровадження новітніх телемедичних інформаційних технологій.

Наукові досягнення Інституту за 2008–2011 рр. використано при підготовці 15 проектів Законів України, 11 проектів концепцій державних та галузевих програм. Розроблено: проектні вимоги до типового програмно-апаратного комплексу амбулаторії сімейного лікаря для проведення телемедичних консультацій; методологію опрацювання індикаторів якості та Класифікатора медичних послуг; методологію створення клінічних індикаторів, наукової експертизи проектів стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів; методіку прогнозних розрахунків чисельності медичних кадрів з урахуванням впливу захворюваності населення та чинників змін потреби у посадах лікарів та середнього медичного персоналу, заміщення вибуття їх за рахунок смертності, пенсійного віку, сальдо міграції тощо, модель середньострокового прогнозування чисельності медичних кадрів; моделі первинної та вторинної медичної допомоги на рівні районних територіальних медичних об'єднань; розрахунок економічної ефективності створення міжтериторіальних господарських об'єднань лікарень та проведення структурних реформ на рівні первинної медико-санітарної допомоги; середньостроковий та довгостроковий прогноз смертності населення в Україні як підґрунтя розробки регіональних цільових комплексних програм здоров'я.

Створено комп'ютерну базу даних стану здоров'я населення працездатного віку за період 1996–2007 рр. (захворюваність) в цілому по Україні, за 15-ма основними класами хвороб за МКХ-10.

Співробітниками Інституту у 2008–2011 рр. підготовлено та опубліковано 885 наукових робіт, з яких 46 монографій, 2 підручники, 22 науково-методичні та навчальні посібники, 42 методичні рекомендації, 8 інформаційних листів, 67 галузевих нововведень, 330 статей в наукових журналах, з них 22 зарубіжних. За фрагментами наукових досліджень отримано 3 патенти на винахід та 23 авторські права.

Наукові аспекти проблем соціальної медицини розробляються профільними кафедрами усіх 15-ти вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів та 3-х закладів післядипломної освіти.

Найбільш активно та результативно проводять відповідні наукові дослідження Національ-

ний медичний університет імені О.О. Богомольця, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Дніпропетровська державна медична академія, Харківська медична академія післядипломної освіти.

У лабораторії стратегічних досліджень в охороні здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця у 2007–2009 рр. виконувалася НДР “Обґрунтування сучасних стратегій розвитку охорони здоров'я України з урахуванням міжнародного та європейського досвіду” в рамках Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації”. У результаті виконання НДР вперше запропоновано схему алгоритму вибору і побудови оптимальної моделі системи охорони здоров'я для України, яка об'єктивно відповідає реаліям часу та можливостям країни.

Розроблена модель потребує створення умов і впровадження механізмів щодо реального забезпечення якості та доступності медичного обслуговування. Важливим здобутком є розробка системи управління якістю, включаючи стандартизацію, ліцензування, сертифікацію, з координацією цих процесів професійними медичними асоціаціями з метою покращення якості медичного обслуговування та створення умов для безпеки пацієнтів. Такий підхід до проведення реформ із системних позицій забезпечить комплексність, ефективність функціонування усіх складових системи та її гармонійність із зовнішнім соціальним середовищем.

За результатами роботи опубліковано 2 монографії, 112 статей у провідних фахових журналах та збірниках наукових праць в Україні та за кордоном, 4 інформаційно-довідкові видання “Громадське здоров'я України”, атлас “Здоров'я та охорона здоров'я населення України.

До Реєстру галузевих нововведень включено 6 нововведень. Отримано 3 свідоцтва про реєстрацію авторських прав. Зроблено 43 доповіді на міжнародних та всеукраїнських наукових форумах. Виконано 1 кандидатську та 1 докторську дисертації.

Науковими дослідженнями кафедри соціальної медицини та охорони здоров'я Університету є 2 ініціативні НДР: “Аналіз сучасних тенденцій розвитку охорони здоров'я країн Європейського регіону” (2004–2008 рр.), “Науковий аналіз основних детермінантів громадського здоров'я” (2009–2011 рр.).

В результаті виконання НДР визначено основні тенденції і закономірності здоров'я населення України в контексті загальноєвропейських тенденцій, вплив комплексу визначальних чинників на формування громадського здоров'я для обґрунтування стратегій скорочення дії негативних чинників та зміцнення здоров'я.

На кафедрі менеджменту охорони здоров'я Університету у 2006–2010 рр. виконувалося 3 НДР: “Дослідження рівня профілактичної компетентності лікарів лікувально-профілактичних установ охорони здоров'я” (2006–2007 рр.), “Профілактичні основи медико-соціального забезпечення психічного здоров'я населення” (2006–2008 рр.), “Наукові основи формування та використання кадрових ресурсів охорони здоров'я на етапі розвитку первинної медико-санітарної допомоги” (2006–2010 рр.).

Результати наукових досліджень використані при розробці проекту Закону України “Про затвердження Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики/сімейної медицини”, 5-ти наказів МОЗ України. Опубліковано 2 монографії, 24 статті у наукових фахових виданнях, затверджених ВАК України, 20 робіт у матеріалах з'їздів та науково-практичних конференцій, 4 методичні рекомендації, 3 інформаційні листи.

Виконано 3 кандидатські та 2 докторські дисертації.

Кафедрою управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика виконується науково-дослідна робота “Розробка стратегічних моделей удосконалення управління якістю медичної допомоги та покращення здоров'я населення України” (2009–2014 рр.), мета якої розробити нові функціонально-організаційні моделі управління якістю окремих видів медичної допомоги та закладів охорони здоров'я України.

У 2007–2009 рр. на кафедрі сімейної медицини виконана прикладна НДР “Розробка алгоритму ведення сімей з метою профілактики найбільш розповсюджених захворювань в загальнолікарській практиці”, а також 2 ініціативні НДР – “Вивчення нормативно-технічних документів в медицині” (відділ науково медичної інформації) та “Якість життя та індивідуальне здоров'я” (кафедра спортивної медицини і санології).

В Академії продовжується також виконання НДР “Медичний електронний паспорт громадянина України” в рамках Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” та ряд ініціативних НДР.

Для проведення наукових досліджень із соціальної медицини та організації охорони здоров'я, впровадження їх результатів у практику за Академією закріплені Київська, Житомирська, Черкаська та Чернігівська області, на базі лікувально-профілактичних закладів яких виконується частина дисертаційних робіт пошукачами кафедри і основні завдання науково-дослідної роботи. Під час щорічних виїзних навчальних циклів за спеціальністю “Організація і управління охороною здоров'я”, узгоджених з керівниками обласних управлінь охорони здоров'я, викладачами Академії

проводиться наукове консультування керівників закладів охорони здоров'я з питань управління.

В результаті виконання кафедрою соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії науково-дослідної роботи “Наукове обґрунтування підвищення ефективності медичної допомоги населенню у сучасних економічних умовах” обґрунтовано шляхи реформування системи охорони здоров'я на підставі пошуку внутрішньосистемних джерел економії ресурсів при збереженні прийняттого рівня соціальних гарантій для населення. Визначено, що провідні напрямки перебудови медичного обслуговування різного рівня знаходяться у площині подолання структурних диспропорцій галузі. Розроблено ефективні форми організації медичної допомоги, впровадження яких призведе до поліпшення показників здоров'я населення.

На кафедрі виконана докторська дисертація на тему: “Обґрунтування структурно-процесного підходу до управління якістю стаціонарної медичної допомоги онкологічним хворим в Україні”. В результаті розроблено та апробовано концептуальну модель безперервного поліпшення якості медичної допомоги онкологічним хворим.

В результаті виконання на базі кафедри кандидатської дисертації на тему “Обґрунтування способів оптимізації структурної організації стаціонарної допомоги вторинного рівня” розроблено комплекс заходів щодо оптимізації використання та адекватного перерозподілу ліжкового фонду стаціонарних закладів вторинного рівня, які можна застосовувати самостійно або як послідовні етапи перетворень в стаціонарному секторі, що сприятиме підвищенню впливу організаційних механізмів системи охорони здоров'я на кінцеві результати діяльності галузі.

Науково-дослідна робота кафедри лягла в основу розробленої стратегії розвитку та реформування системи охорони здоров'я України. Опубліковано монографію “Стратегія розвитку охорони здоров'я: український вимір”.

Результати науково-дослідної роботи кафедри використовувалися при розробці наступних нормативно-правових документів:

- розділ “Реформа медичного обслуговування” Програми економічних реформ на 2010–2014 роки Комітету з економічних реформ при Президентові України “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава”;
- Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року (наказ МОЗ України від 31.03.2008 р. №166);
- проект постанови Кабінету Міністрів України “Про заходи щодо удосконалення системи медичного обслуговування населення”;

- проект Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я”;

- проект Закону України “Про проведення в Дніпропетровській, Вінницькій та інших областях (пілотних регіонах) експерименту з реформування системи охорони здоров’я”.

В Реєстр галузевих нововведень включено 5 пропозицій Академії із проблеми “Соціальна медицина”.

Спільно з Головним управлінням охорони здоров’я Дніпропетровської обласної державної адміністрації проводиться робота з розробки плану реалізації пілотного проекту в регіоні, плану-графіку з розділу “Реформа медичного обслуговування” Програми економічних реформ в Дніпропетровській області.

Впровадження результатів науково-дослідної роботи у практику здійснювалося у 8 регіонах: Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Івано-Франківській, Львівській, Херсонській, Черкаській та м. Києві.

Розроблено поетапний план/технологічну карту організації роботи в пілотних регіонах, спрямований на прискорення реалізації запланованих на рівні держави заходів з мінімізацією ризиків при їх проведенні.

У Харківській медичній академії післядипломної освіти основним напрямом наукових досліджень з соціальної медицини та організації охорони здоров’я у 2007–2011 рр. було наукове обґрунтування забезпечення доступності і якості первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини населенню регіону, розвитку в цих умовах системи охорони здоров’я регіону та позитивного впливу її на здоров’я населення.

Захищено та затверджено ВАК докторську дисертацію “Удосконалення системи санітарно-епідеміологічної служби і управління нею в сучасних умовах реформування системи охорони здоров’я”, а також кандидатські дисертації: “Обґрунтування заходів щодо збереження та зміцнення здоров’я дитячого населення в умовах розвитку сімейної медицини” та “Організаційно-технологічна модель удосконалення первинної медико-санітарної допомоги”.

За результатами виконаних в Академії досліджень розроблено і включено до Реєстру галузевих нововведень 14 нововведень з нових медичних технологій в роботі закладів загальної практики – сімейної медицини та управління ними, видано 5 методичних рекомендацій, 1 інформаційний лист, розроблено і надіслано в МОЗ України 7 нормативно-методичних документів, обґрунтовано ряд пропозицій з питань управління якістю медичної допомоги населенню, написано 4 розділи для 2-х навчальних посібників, опубліковано 34 статті в журналах за

списком ВАК України і 97 тез доповідей, зроблених на наукових форумах різних рівнів.

Таким чином, у ході виконання НДР фахівці галузевих НДУ та ВМНЗ отримують вагомі наукові результати в галузі соціальної медицини, що може позитивно впливати на показники здоров’я населення, діяльності лікувально-профілактичних установ та органів управління охороною здоров’я.

Відомо, що ефективність використання наукових досягнень в практиці охорони здоров’я значною мірою залежить від організації таких основних етапів інноваційного процесу:

- експертиза отриманих у результаті проведення наукових досліджень пропозицій для впровадження;

- інформаційне забезпечення інноваційного процесу;

- впровадження (освоєння та використання в практиці) нових чи удосконалених методів діагностики, лікування та профілактики в лікувально-профілактичних та санітарно-епідеміологічних закладах;

- оцінка ефективності (медичної, соціальної, економічної) впровадження.

На сьогодні основними шляхами доведення інформації щодо результатів наукових досліджень до широкого загалу є наукові публікації (монографії, підручники, посібники, довідники, словники, статті, тези, методичні рекомендації інформаційні листи); виступи на наукових форумах різних рівнів (з’їздах, конгресах, симпозиумах, науково-практичних конференціях, наукових семінарах, пленумах); курси стажування та інформації, навчання на робочому місці тощо.

Крім того, за результатами наукової діяльності НДУ та ВМНЗ Міністерством охорони здоров’я України щорічно формується Реєстр галузевих нововведень, який містить пропозиції (нововведення) для впровадження в практику охорони здоров’я і є на сьогодні найбільш прогресивним засобом наукової комунікації.

До щорічного випуску Реєстру галузевих нововведень включаються короткі описи в уніфікованій формі пропозицій для впровадження в практику охорони здоров’я нових медичних технологій, що є апробованими результатами завершених науково-дослідних робіт або їх фрагментів, а також результатом узагальнення клінічного досвіду. Реєстр галузевих нововведень значною мірою характеризує ефективність наукової діяльності НДУ та ВМНЗ.

Слід зазначити, що на сьогодні Реєстр має не тільки інформаційне значення, як засіб доведення результатів наукових розробок до практичної охорони здоров’я, але й одним із небагатьох джерел інформації, включення до

якого робить пропозиції для впровадження офіційно рекомендованими МОЗ України для використання на практиці.

Важливими є всі етапи роботи над Реєстром: збір пропозицій від наукових установ, проведення їх наукової експертизи, узгодження з проблемними комісіями МОЗ та НАМН України, з профільними структурними підрозділами та головними спеціалістами МОЗ України, формування Реєстру, його видання та доведення до лікувально-профілактичних закладів і органів охорони здоров'я різних рівнів. Разом з тим найважливішим є етап реального використання включених до Реєстру пропозицій у діяльності лікувально-профілактичних та санітарно-епідеміологічних установ галузі, а також органів управління охороною здоров'я.

Найчастіше для включення до Реєстру пропонуються нові методи діагностики та лікування, розроблені прилади та лікарські засоби, значно рідше – пропозиції щодо удосконалення організації системи охорони здоров'я.

З метою оцінки результативності наукових досліджень із соціальної медицини нами проведено аналіз представлення в Реєстрах галузевих нововведень за 2005–2009 рр. пропозицій з цієї проблеми.

Так, у 2005 р. в Реєстрі галузевих нововведень №22–23 у розділі “Соціальна гігієна” було представлено 9 нововведень 5-ти установ (3-х НДУ та 2-х ВМНЗ).

У Реєстр № 24–25 за 2006 р. у розділ “Соціальна гігієна” включено 29 нововведень 11-ти установ (8-ми НДУ та 3-х ВМНЗ).

До Реєстру включено 13 нововведень Українського інституту громадського здоров'я, по 2 нововведення Українського центру наукової інформації та патентно-ліцензійної роботи, Українського НДІ медико-соціальних проблем інвалідності та Українського НДІ реабілітації інвалідів та по одному нововведенню – Українського НДІ медичної реабілітації та курортології, Львівського НДІ епідеміології та гігієни, ДП “Інститут епідеміології і токсикології імені Л.І. Медведя” та ДП “НДІ медико-екологічних проблем Донбасу та вугільної промисловості”.

Вищі медичні навчальні заклади та заклади післядипломної освіти для включення до даного випуску Реєстру запропонували 6 нововведень.

У Реєстр №26–27 за 2007 р. до розділу “Соціальна гігієна” включено 19 нововведень 7-ми установ (4-х НДУ та 3-х ВМНЗ).

Українським інститутом громадського здоров'я представлено 12 нововведень, Українським центром наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи запропоновано нововведення “Нова технологія проведення кількісної та якісної оцінки звітів НДР у медицині”; Україн-

ським НДІ медико-соціальних проблем інвалідності – “Удосконалення організації діяльності головного лікаря обласного центру медико-соціальної експертизи”; ДП “НДІ медико-соціальних проблем Донбасу та вугільної промисловості” – “Система раціонального працевлаштування робітників вугільної галузі з відхиленнями в стані здоров'я, що перешкоджають роботі в небезпечних виробничих умовах”.

У цьому випуску Реєстру представлені 4 нововведення ВМНЗ.

У Реєстрі №28–29 за 2008 р. до розділу “Соціальна гігієна” включено 33 нововведення 6-ти установ (2 НДУ та 4 ВМНЗ).

Український інститут громадського здоров'я запропонував 21 нововведення відповідно до основних наукових напрямів, що розробляються Інститутом.

Українським центром наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи подано нововведення “Методика визначення ступеня ефективності виконання НДР за матеріалами, що характеризують цей процес”; Українським НДІ медико-соціальних проблем інвалідності – “Методика обстеження та відповідного лікування хворих та інвалідів у практиці медико-соціальної експертизи”.

Цікавим є перелік нововведень за розділом “Соціальна гігієна” у Реєстрі галузевих нововведень за 2008 р., які запропоновані Національним медичним університетом імені О.О. Богомольця: “Модель моніторингу громадського здоров'я України”, “Концептуальна модель профілактичної діяльності сімейного лікаря”, “Комплексні заходи з охорони здоров'я дитячого населення та забезпечення здорового довкілля”, “Принципи організації оптимальної моделі охорони здоров'я”, “Система моніторингу заходів з охорони здоров'я населення та охорони довкілля”.

Крім того, до цього випуску Реєстру включено 2 нововведення Буковинського медичного університету, 1 нововведення Національного фармацевтичного університету та 3 нововведення Харківської медичної академії післядипломної освіти.

У Реєстр галузевих нововведень №30–31 2009 р. всього включено 420 пропозицій за 40 проблемами медичної науки, із яких 54 нововведення представлені у розділі “Соціальна гігієна”.

До реєстру включено 46 нововведень НДУ (45 – Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України та 1 – ДП “Український НДІ медицини транспорту”) та 8 нововведень 4-х ВМНЗ.

Аналіз показав, що порівняно із 2005 р. у 2009 р. кількість нововведень із соціальної гігієни у Реєстрі збільшилась у 6 разів (табл. 1). Значно розширилась і науково-практична спрямованість представлених у Реєстрі нововведень, збільшилась їх практична значущість.

Таблиця 1. Кількість нововведень за розділом “Соціальна гігієна” у Реєстрі галузевих нововведень за 2005–2009 рр.

Кількість нововведень розділу	Рік				
	2005	2006	2007	2008	2009
Всього нововведень,	9	29	19	33	54
у тому числі нововведень, наданих Українським інститутом громадського здоров'я*	1	13	12	21	45

*Примітка: у 2008 р. заклад перейменовано на Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України.

Слід зазначити, що найбільш важливою проблемою успішного функціонування галузевої інноваційної системи є забезпечення організації та здійснення моніторингу впровадження наукової продукції, підготовка щорічної інформації НДУ та ВМНЗ про впровадження результатів наукових досліджень, які ввійшли до попередніх випусків Реєстру з оцінкою ефективності (медичної, соціальної, економічної) та наведенням конкретних прикладів позитивного впливу на показники здоров'я населення та діяльності установ практичної охорони здоров'я.

Результати моніторингу впровадження наукової продукції протягом 3-х років з моменту її впровадження представляються у річних звітах про наукову діяльність НДІ та ВМНЗ.

Важливим засобом наукової комунікації є також методичні рекомендації, які регламентують, роз'яснюють, деталізують інновацію, містять коротке обґрунтування необхідності використання даної медичної технології, зазначають її переваги перед існуючою, описують умови виконання.

У 2007–2008 рр. розроблені, узгоджені з МОЗ України та випущені 4 методичні рекомендації, а у 2009 р. – 2.

Одним з найефективніших засобів комунікації є інформаційні листи, що мають ряд переваг порівняно з іншими засобами – стислість, конкретність, відсутність зайвого “інформаційного шуму”, зручність у використанні, легкість розповсюдження.

Аналіз видання інформаційних листів з проблеми “Соціальна гігієна”, узгоджених з МОЗ України, показав, що у 2007 р. їх було опубліковано 9, у 2008 р. – 9, у 2009 р. – 10.

Незначна кількість виданих методичних рекомендацій та інформаційних листів, узгоджених з МОЗ України, зумовлена економічними проблемами НДУ та ВМНЗ, які забезпечують самостійне видання щорічно великої кількості цих документів.

Суттєве значення в інноваційному процесі мають наукові форуми, учасниками яких розглядаються актуальні питання впровадження в практику новітніх медичних технологій, розробки сучасних стандартів та протоколів діагности-

ки і лікування найбільш поширених та соціально значущих захворювань, реалізації інноваційних процесів в медицині, реформування галузі охорони здоров'я, медичної освіти тощо.

Аналіз показав, що згідно Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, затвердженого МОЗ та НАМН України, наприклад у 2010 р. з проблеми “Соціальна медицина” проведено 2 з'їзди та 19 науково-практичних конференцій, у 2011 р. проведено 22 науково-практичні конференції.

Більше 90 відсотків проведених наукових форумів відбувалися за участі науковців і практичних лікарів з ближнього і дальнього зарубіжжя. З'їзди, конгреси, науково-практичні конференції сприяють інформуванню учених і спеціалістів про новітні досягнення медицини, ефективні форми управління охороною здоров'я, забезпечують обмін досвідом тощо.

Ефективність інноваційного процесу у галузі значно зумовлена підготовкою наукових кадрів – кандидатів та докторів наук. Крім того, самі дисертаційні роботи можна розглядати як результат наукової діяльності.

Нами проведено аналіз стану виконання дисертаційних робіт із спеціальності 14.02.03 - соціальна медицина за даними ВАК України за період 2007–2009 рр.

За проблемою “Соціальна медицина” в Україні функціонує 2 спеціалізовані вчені ради ВАК – Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Аналіз ефективності їхньої роботи за вказаний період наведено в таблиці 2.

Дві третини дисертацій за спеціальністю “Соціальна медицина” захищені в спеціалізованій вченій раді Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Привертає увагу, що 20 дисертацій виконано поза аспірантурою та докторантурою в практичних установах МОЗ України, головним чином їх керівниками. Така тенденція може розцінюватися як реакція на наявні та заплановані кардинальні зміни в організації і управлінні вітчизняною системою охорони здоров'я, що вимагає від керівників

Таблиця 2. Ефективність роботи спеціалізованих вчених рад зі спеціальності 14.02.04 - соціальна медицина за 2007–2009 рр.

Шифр спецради	Установа	Дисертації		Кількість	
		докт.	канд.	абс.	%
Д 26.003.01	Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця	4	11	15	34,1
Д 26.613.07	Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика	4	25	29	65,9
Всього		8	36	44	100

різного рівня пошуку науково обґрунтованих рішень щодо реформи галузі та її окремих служб.

Здобувачі наукових ступенів, які не працюють в наукових установах і вищих медичних навчальних закладах, є практичними лікарями. Згідно з постановою Президії ВАК України від 13.11.2002 р. №1-01/10, після захисту дисертаційної роботи вони запрошувалися на засідання Експертної ради з метою оцінки рівня їх теоретичної підготовки.

Із таблиці 3 видно, що у спеціалізованій вченій раді Національної медичної академії

післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика кількість здобувачів із практичних установ суттєво перевищувала кількість здобувачів, які захищалися у відповідній спеціалізованій вченій раді Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. Це пояснюється специфікою контингенту, підготовкою та перепідготовкою, якими займається цей заклад.

За даними Експертної ради для рецензування дисертаційних робіт залучається обмежене коло фахівців, переважно ті, що мешкають у м. Києві.

Таблиця 3. Кількість робіт, захищених практичними працівниками у спеціалізованих вчених радах

Спеціалізована рада	Кількість докторських дисертацій	Кількість кандидатських дисертацій
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика	0	16
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця	3	1
Всього	3	17

При розгляді дисертаційних робіт із спеціальності “Соціальна медицина” виявлено вади методичного рівня. Переважна кількість дисертацій виконується поза межами постулатів доказової медицини, більшість здобувачів недостатньо орієнтуються в методології наукового пошуку та поданні відповідних матеріалів. Кількісна і якісна репрезентативність первинних матеріалів потребує суттєвого поліпшення, планування необхідної кількості досліджень здійснюється у менш ніж половині дисертаційних робіт. Деякі здобувачі некоректно застосовують найменування використаних методів (наприклад: “медико-соціологічний метод” замість “соціологічного”, “описове моделювання” замість “концептуального” або “вербального моделювання”). Використовуються “модні” найменування методів (наприклад аналітико-логістичний або контент-аналіз), у той час як матеріалів, отриманих з їх допомогою, немає. При описанні методів нерідко виділяється лише загальний. Конкретні методи, застосовані в роботі, не уточнюються (наприклад: “соціологічний”, без вказівок на застосовані

методики). Рідко використовуються міжнародні стандартизовані методики (зокрема опитувальники для вивчення якості життя, алкоголізації населення, поширення тютюнокуріння тощо). Описуються власні методики без підтвердження їх законності.

При наведенні матеріалів зі статистичної обробки в роботах нерідко немає посилань щодо використання стандартних статистичних пакетів. Обрані статистичні методи не завжди адекватні поставленим у дослідженні завданням; нерідко складними аналітичними викладками маскується слабкість ідеї. Часто допускається спрощення статистичного аналізу шляхом використання лише інтенсивних та екстенсивних показників, середніх величин і відсотків. Неякісно обґрунтовуються виявлені закономірності, не наводяться довірчі інтервали тощо.

Зазначені вади більш властиві роботам, які захищають практичні лікарі.

До основних чинників, що призводять до такої ситуації, можна віднести недостатній рівень базової наукової підготовки дослідників, формаль-

ний підхід наукових керівників і консультантів, поверховий підхід офіційних опонентів до рецензування, некритичне ставлення редакційних колегій журналів до наукових статей здобувачів.

Нині у світі стрімко набуває поширення ідеологія так званої «доказової медицини», або доказового управління охороною здоров'я. Ґрунтується вона на результатах наукових досліджень, які можуть слугувати корисною основою при прийнятті рішень у галузі охорони громадського здоров'я та медичного обслуговування. Для доказового управління використовуються лише ті наукові дослідження, що надають надійну та достовірну інформацію. Такі дані надходять у мережу фактичних даних (evidence health care), споживачами якої є широкі кола посадових осіб та експертів, що готують і приймають рішення щодо розвитку систем охорони здоров'я. Відтак традиційні вимоги, що висуваються до методичного інструментарію наукових розроблень і дисертаційних досліджень зі спеціальності “Соціальна медицина”, набувають особливого значення та потребують своєчасної корекції.

Ефективність використання нововведень значно обумовлена ставленням до цього питання керівників органів охорони здоров'я на місцях, рівнем професійної підготовки та схильності до використання нового у медичній практиці лікарів, станом матеріально-технічного забезпечення установ, активністю та відповідальністю за процес впровадження науковців-розробників нововведень.

З метою аналізу виконання “Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року”, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 р., та наказу МОЗ України від 22.10.2009 р. №765 “Про проведення наукових досліджень з соціальної медицини та організації охорони здоров'я”, визначення ролі у цьому медичних навчальних закладів нами було проведено соціологічне дослідження з використанням методу анкетування, зокрема перед ВМНЗ були поставлені наступні питання:

- які адміністративні території України закріплені за закладом для проведення наукових досліджень із соціальної медицини та організації охорони здоров'я і впровадження їх результатів у практику;
- яка конкретно робота закладу на цих територіях здійснюється спільно з регіональними управліннями охорони здоров'я, лікувально-профілактичними закладами тощо;
- які форми співпраці профільних кафедр закладу з місцевими органами влади щодо впровадження науково обґрунтованих технологій в систему управління охорони здоров'я населення регіону.

Також було висловлене прохання надати пропозиції щодо удосконалення наукового супроводження процесу реформування системи охорони здоров'я в Україні.

При проведенні аналізу відповідей виявлено ряд особливостей діяльності ВМНЗ в галузі соціальної медицини, надано багато серйозних пропозицій, зокрема одностайно рекомендовано продовжити співпрацю ВМНЗ та закладів післядипломної освіти України з місцевими органами управління охорони здоров'я та лікувально-профілактичними закладами з питань проведення наукових досліджень та впровадження їх результатів у практику, а також надання консультативної допомоги співробітниками ВМНЗ за різними напрямками медичної діяльності.

Великим недоліком у технології впровадження є відсутність авторської зацікавленості у цьому процесі. І, навпаки, за інформацією місцевих органів управління охорони здоров'я, досвід таких наукових установ, як Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Запорізька академія післядипломної освіти, свідчить про те, що активна робота науковців і спеціалістів цих установ з організації впровадження результатів своїх наукових розробок забезпечує широке та успішне їх використання.

Значною проблемою залишається оцінка ефективності використання наукових досягнень в практиці охорони здоров'я.

Безсумнівно, визначення різних аспектів медичної, соціальної та економічної ефективності впровадження нововведень є досить складним. Слід враховувати також і те, що впровадження результатів наукових досліджень у багатьох випадках дає не прямиий, а опосередкований соціальний та економічний ефект.

Наше дослідження свідчить про те, що важливим є забезпечення всіх етапів інноваційного циклу “від ідеї до впровадження”, але для практики найважливішим є процес безпосереднього використання нововведень.

На нашу думку, для удосконалення галузевої системи впровадження результатів наукових досліджень передусім необхідно:

- створити нормативно-правову базу інноваційних процесів у галузі охорони здоров'я;
- налагодити видання Реєстру галузевих нововведень в електронній версії та на магнітному носії, крім тиражування у вигляді журналу, що дасть змогу більш оперативно і доступно доводити нові видання Реєстру до системи практичної охорони здоров'я;
- забезпечити видання та широкомасштабне розповсюдження методичних рекомендацій та інформаційних листів, як найбільш ефективно-

го й оптимального способу доведення інформації до споживачів;

- опис нововведень, включених до Реєстру, друкувати у спеціалізованих виданнях; найбільш вагомим нововведенням рекомендувати до впровадження рішеннями профільних наукових форумів (з'їздів, конференцій, симпозіумів тощо);

- забезпечити інформування студентів-старшокурсників, інтернів, клінічних ординаторів, лікарів – слухачів курсів спеціалізації та підвищення кваліфікації щодо найбільш цікавих і вагомих наукових досягнень і технологій їх впровадження в практику охорони здоров'я;

- налагодити зворотний зв'язок між Міністерством охорони здоров'я та місцевими органами управління охороною здоров'я щодо питань інноваційної діяльності;

- враховувати рівень впровадження нововведень при оцінці діяльності управлінь охорони

здоров'я обл(міськ)держадміністрацій, при акредитації лікувально-профілактичних закладів та одержанні лікарями чергової атестаційної категорії;

- розробити форми матеріального та морального заохочення лікувальних закладів та окремих медичних працівників за активну роботу з впровадження нововведень.

Висновки

Таким чином, удосконалення системи впровадження досягнень медичної науки, зокрема результатів наукових досліджень із соціальної медицини, у практику охорони здоров'я стане вагомим внеском у заходи з реформування системи охорони здоров'я, сприятиме підвищенню ефективності діяльності лікувально-профілактичних закладів та покращенню здоров'я населення України.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПРОБЛЕМЕ “СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА”

А. М. Кочет, Г. А. Слабкий, Ю. Б. Ященко, П. Р. Петрашенко, Т. В. Ельчиц (Київ)

Проанализирована результативность научных разработок научно-исследовательских учреждений, в частности Украинского института стратегических исследований МЗ Украины, высших медицинских учебных заведений и заведений последипломного образования по проблеме “Социальная медицина” за 2007–2011 гг.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инновационная система, научное исследование, социальная медицина, внедрение научных результатов.

EFFICIENCY OF SCIENTIFIC RESEARCHES ACCORDING TO THE PROBLEM “SOCIAL MEDICINE”

A. M. Kochet, G. A. Slabkyj, Yu. B. Yashchenko, P. R. Petrashenko, T. V. Elchits (Kyiv)

Efficiency of scientific development scientific and research institutions, in particular Ukrainian institute of strategic researches MoH of Ukraine, the higher medical educational institutions and institutions of postgraduate education according to the problem “Social medicine” during 2007-2011 has been analysed.

KEY WORDS: innovative system, scientific research, social medicine, implementation of scientific results.

Г. Я. ПАРХОМЕНКО (Київ)

СТАВЛЕННЯ КЕРІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДО РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

В статті наведено результати соціологічного дослідження, проведеного серед організаторів охорони здоров'я областей, які не є пілотними з відпрацювання моделі оптимізації системи надання медичної допомоги, з питань поінформованості та готовності до проведення структурної перебудови системи охорони здоров'я. Отримані результати є підставою для розробки системи комунікацій в охороні здоров'я, спрямованої на задоволення потреб усіх верств населення в інформації щодо реформування системи надання медичної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: соціологічне дослідження, організатори охорони здоров'я, модель оптимізації системи надання медичної допомоги.

Дані наукової літератури [1;3;4] вказують на невідповідність системи охорони здоров'я в Україні реальним потребам населення. Наразі розроблені стратегія та методологія проведення реформування системи медичної допомоги [2], що визначено пріоритетним напрямком на державному рівні [6] і почалося відпрацювання нової моделі в пілотних регіонах [5]. До її проведення почали підготовку в усіх регіонах країни. Успішність проведення реформи багато в чому залежить від організаторів охорони здоров'я, їх поінформованості та готовності до активної підтримки реформи, на що вказує і міжнародний досвід [7;8]. Це визначало актуальність даного дослідження та його мету і методологію проведення.

Мета роботи: вивчити поінформованість керівників закладів охорони здоров'я щодо реформування системи надання медичної допомоги в Україні та рівень їх готовності до структурних перетворень.

Матеріали і методи: історико-інформаційний, соціологічного дослідження. За спеціаль-

но розробленою анкетною вивчалася думка та ставлення 420 організаторів охорони здоров'я, які працюють в комунальних закладах охорони здоров'я (285 головних лікарів та 135 заступників головних лікарів) областей, які не належать до пілотних регіонів з реформування системи надання медичної допомоги населенню, до проведення реформ. Активність респондентів склала 70%. Анкети респондентам роздавалися під час проведення різного виду медичних нарад з попереднім їх інформуванням про мету дослідження. Анкета була анонімною. Респондент мав право заповнити тільки одну анкету. Збір заповнених анкет проводив дослідник.

Результати дослідження та їх обговорення. На початку дослідження вивчалася питання задоволеності респондентів умовами праці та рівнем організації медичної допомоги в регіоні в цілому та в закладі охорони здоров'я, у якому вони працюють, зокрема (табл. 1).

Як видно з наведених в табл.1 даних, задоволені умовами праці 49,9%, а організацією тру-

Таблиця 1. Задоволеність респондентів умовами праці та рівнем організації медичної допомоги (%)

Показник	Задоволений	Не задоволений	Не визначився
Задоволеність умовами праці	49,9	43,9	6,2
Задоволеність організацією трудового процесу	47,6	43,5	8,9
Задоволеність рівнем оплати праці	36,4	57,4	6,2
Задоволеність якістю медичної допомоги в лікарні	31,9	62,6	5,5
Задоволеність рівнем матеріально-технічного оснащення лікарні	26,5	65,4	8,1
Задоволеність рівнем фінансування закладу	28,5	66,7	4,8
Задоволеність рівнем професійної підготовки медичних кадрів	36,3	52,4	11,3
Можливість самостійно приймати рішення структури лікарні	4,8	89,7	5,5
Можливість самостійно приймати рішення економічного характеру	3,5	92,1	4,4
Складність взаємозв'язків з місцевою владою	13,6	78,6	7,8

дового процесу 47,65% респондентів. Важливими чинниками, які призвели до низького рівня задоволеності організаторів охорони здоров'я умовами праці та організацією трудового процесу стали: самостійність у прийнятті рішень економічного характеру (3,5%), самостійність у прийнятті рішень організаційного характеру (4,8%), складність взаємозв'язків з місцевою

владою (78,6%), низький рівень ресурсного забезпечення (52,4–66,7%).

Наступним кроком вивчався рівень поінформованості респондентів щодо задач, методології та механізмів реформування системи надання медичної допомоги, шляхів її проведення в пілотних регіонах та джерел отримання відповідної інформації. Результати дослідження названого блоку наведені в табл. 2.

Таблиця 2. Поінформованість організаторів охорони здоров'я щодо реформування системи надання медичної допомоги населенню (%)

Показник	Позитивна відповідь	Негативна відповідь	Не визначився
Поінформований про мету і задачі реформ	57,3	31,4	11,3
Поінформований про структурні перетворення на первинному рівні	55,9	38,3	5,8
Поінформований про структурні перетворення на вторинному рівні	64,6	29,9	5,5
Поінформований про структурні перетворення на третинному рівні	21,8	72,7	5,5
Поінформований про структурні перетворення на рівні регіону	35,9	58,3	5,8
Поінформований про зміни системи фінансування	15,6	78,4	5,8
Ознайомлений з новою законодавчою базою	45,1	41,6	13,3
Інформацію отримав у мережі ІНТЕРНЕТ	29,4	64,7	5,9
Інформацію отримав від колег	12,8	79,4	7,8
Інформацію отримав із ЗМІ	9,9	61,1	2,8
Інформацію отримав на медичних нарадах	36,1		8,3
Інформацію отримав на спеціальних зібраннях на регіональному рівні	10,9	80,8	8,3
Інформацію отримав на спеціальних зібраннях на місцевому рівні	7,1	84,6	8,3
Вважає інформаційне забезпечення організаторів охорони здоров'я достатнім	11,3	76,3	12,4
Вважає інформаційне забезпечення медичних працівників достатнім	10,6	77,0	12,4
Вважає інформаційне забезпечення населення достатнім	7,3	81,9	10,8

Як видно з наведених в табл. 2 даних, поінформованими про різні напрямки комплексної реформи системи медичної допомоги населенню є від 15,6% (оптимізація системи фінансування) до 64,6% (структурні перетворення на вторинному рівні надання медичної допомоги). При цьому спостерігається відсутність системи інформування населення, в т.ч. медичних працівників, про реформи в охороні здоров'я та їх сутність, про що говорять джерела отримання організаторами охорони здоров'я інформації про реформування галузі. Важливим для організації подальшої роботи є отриманий результат соціологічного дослідження, який вказує, що рівень інформаційного забезпечення населення є недостатнім (81,9%).

Далі, відповідно до програми дослідження, вивчалася питання ставлення респондентів до проведення структурної перебудови системи медичної допомоги, їх мотивації та практичних кроків з підготовки до наступної оптимізації лікарень. (табл. 3).

Наведені в табл. 3 дані вказують на те, що готовими до проведення реформи системи надання медичної допомоги населенню є 21,9% опитаних організаторів охорони здоров'я, при цьому 64,8% із тих, що не готові до проведення реформи, вказали причиною неготовності до роботи в нових умовах, що потребує їх підготовки на курсах тематичного вдосконалення та тренінгах. Серед ризиків, які є причиною неготовності до проведення реформ, є ризик бути скороченим (47,7%) та ризик скорочення фінансування (51,6%), що потребує роз'яснення серед організаторів охорони здоров'я законодавчих документів, які рекламують проведення реформи в охороні здоров'я.

Висновки

1. Встановлено, що задоволені умовами праці 49,9%, а організацією трудового процесу – 47,65% респондентів. Важливими чинниками, які призвели до низького рівня задоволеності організаторів охорони здоров'я умовами праці, стали: можливість самостійності у прийнятті рішень

Таблиця 3. Готовність та мотивація організаторів охорони здоров'я до структурних змін в системі надання медичної допомоги населенню (%)

Показник	Позитивна відповідь	Негативна відповідь	Не визначився
Готовий до структурних перетворень	21,9	61,3	16,8
Дасть можливість реалізувати свої ідеї щодо лікування хворих	22,05	58,05	19,9
Підніме рівень ефективності використання ресурсів	38,9	43,2	17,9
Підніме рівень ефективності медичної допомоги	36,8	41,15	22,05
Забезпечить ефективне впровадження сучасних технологій	53,6	33,8	12,6
Підніме престиж професії медичного працівника	49,3	30,75	19,95
Забезпечить гідну заробітну плату	43,1	26,45	30,45
Буде надана більша самостійність в прийнятті рішень	65,1	23,35	11,55
Не бачу потреби у розробці будь-яких нововведень із свого боку	78,1	15,5	6,6
Можу залишитися без роботи	47,7	35,5	16,8
Погіршить доступність медичної допомоги	40,5	42,4	17,1
Призведе до скорочення медичного персоналу	50,1	40,3	9,6
Призведе до скорочення фінансування закладів охорони здоров'я	51,6	33,1	15,3
Реформи мають проводити державні службовці і політики	57,9	35,8	6,3
Не знаю, які зміни будуть проведені	58,2	23,5	18,3
Не готовий працювати в нових умовах	64,8	26,5	8,7

економічного характеру (3,5%), самостійності в прийнятті рішень організаційного характеру (4,8%), складність взаємозв'язків з місцевою владою (78,6%), низький рівень ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я (52,4–66,7%).

2. Показано, що поінформованими про різні напрямки комплексної реформи системи медичної допомоги населенню є від 15,6% (оптимізація системи фінансування) до 64,6% (структурні перетворення на вторинному рівні надання медичної допомоги) організаторів охорони здоров'я. При цьому спостерігається відсутність системи інформування населення, в т.ч. медичних працівників, про реформи в охороні здоров'я та їх сутність, про що говорять джерела отримання організаторами охорони здоров'я інформації про реформування галузі. Важливим для організації подальшої роботи є отриманий результат

соціологічного дослідження, який вказує, що рівень інформаційного забезпечення населення є недостатнім (81,9%).

3. Встановлено, що готовими до проведення реформи системи надання медичної допомоги населенню є 21,9% опитаних організаторів охорони здоров'я, при цьому 64,8% із тих, що не готові до проведення реформи, вказали причиною невідповідності до роботи в нових умовах, а серед ризиків респонденти вказали на ризик бути скороченим (47,7%) та ризик скорочення фінансування (51,6%).

Перспективи подальших досліджень сформульовані на розробку системи комунікацій в охороні здоров'я з метою задоволення потреби всіх верств населення в інформації щодо реформування системи надання медичної допомоги населенню.

Список літератури

1. *Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України* : реалії, проблеми та шляхи вирішення / за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 107 с.
2. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // *Україна. Здоров'я нації*. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.
3. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні* / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К., 2005. – 168 с.
4. *Охорона здоров'я України* : стан, проблеми, перспективи. – Київ-Тернопіль, 2009. – 440 с.
5. *Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та м. Києві* : Закон України № 3612-VI від 7.07.2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. *Програма економічних реформ на 2010–2014 роки* Комітету з економічних реформ при Президенті України «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://www.president.gov.ua>.
7. *Borissov V.* Health care reforms in Bulgaria: an initial appraisal / V. Borissov, T. Rathwell // *Soc. Sci. Med.* – 1995. – Vol. 42, № 11. – P. 1501–1510.
8. *Steinmo S.* It's the institutions, stupid! Why comprehensive national health insurance always fails in America / S. Steinmo, J. Watts // *J. Health Polit. Policy Law.* – 1995. – Vol. 20, № 2. – P. 329–372.

ОТНОШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К РЕФОРМИРОВАНИЮ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Г. Я. Пархоменко (Киев)

В статье приведены результаты социологического исследования, проведенного среди организаторов здравоохранения областей, не являющихся пилотными по отработке модели оптимизации системы оказания медицинской помощи, по вопросам информированности и готовности к проведению структурной перестройки системы здравоохранения. Полученные результаты являются основой для разработки системы коммуникации в здравоохранении, направленной на удовлетворение нужд всех слоев населения в информации относительно реформирования системы оказания медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: социологическое исследование, организаторы здравоохранения, модель оптимизации системы оказания медицинской помощи.

THE ATTITUDE OF HEADS ESTABLISHMENTS HEALTH CARE TO REFORMING SYSTEM OF RENDERING MEDICAL AID

G. Ya. Parkhomenko (Kiev)

In this article results of the sociological research which has been carried out among organizers health care regions, they are not pilot according to the processing optimization model of system rendering medical aid, on questions of information distribution and readiness for carrying out structural reorganization of health care system have been resulted. The received results are the basis for system engineering the communications in health care, directed on satisfaction of needs all layers of the population in the information concerning reforming system of rendering medical aid.

KEY WORDS: sociological research, organizers of health care, optimization model of system of rendering medical aid.

Рецензент: д.мед.н., проф. Слабкий Г.О.

УДК 61:621.397.13:004.4

А. В. ВЛАДИМИРСЬКИЙ, А. А. ОСТАНІН (Донецьк, Дніпропетровськ)

**ОБРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ
ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ТЕЛЕМЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ**

Донецький національний медичний університет імені М. Горького
Головне управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

На основі системного підходу розроблена комплексна формальна інформаційна (графічна) модель організації територіальної телемедичної служби, що містить у собі: статичну ієрархічну субмодель компонентів служби, динамічну мережну субмодель структури служби й внутрішніх взаємодій. Запропонована модель є емерджентною та такою, що має усі специфічні властивості інформаційної моделі. На основі моделі побудована телемедична мережа Дніпропетровської області.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: організація, телемедицина, охорона здоров'я, модель.

Актуальність впровадження телемедичної служби в організаційні та управлінські процеси обласної системи охорони здоров'я зумовлює виразний дисбаланс у рівні матеріально-технічного забезпечення і підготовки фахівців ліку-

вально-профілактичних закладів у містах порівняно з районами. В основі телемедичного менеджменту системою охорони здоров'я повинна знаходитись стандартизована схема територіальної (обласної) телемедичної мережі [3;4;6]. Раніше запропоновані окремі підходи до ство-

рення подібної схеми не становлять вирішеного наукового питання та потребують подальшої розробки [1;7;9]. Згідно з наказом МОЗ України № 261 від 26.03.2010 р. "Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я", структурним підрозділом багатопрофільних республіканських, обласних, міських та районних лікувально-профілактичних установ, діагностичних центрів, клінік науково-дослідних інститутів є телемедичний центр (кабінет).

Телемедичні центри у складі закладів охорони здоров'я забезпечують виконання покладених на них функцій з метою надання якісної своєчасної медичної допомоги з використанням телемедичних технологій. Для успішної та ефективної взаємодії телемедичних центрів закладів охорони здоров'я певної території (області, міста, району) треба формалізувати роботу вищезгаданих суб'єктів, тобто створити територіальну телемедичну службу, діяльність якої була б стандартизованою та такою, що відповідала вимогам вищенаведеного наказу, національним та міжнародним методичним рекомендаціям та підходам, а також максимально сприяла підвищенню якості допомоги, оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я.

Мета дослідження – обґрунтувати та розробити модель організації територіальної телемедичної служби.

Матеріали і методи. Аналітичною базою дослідження були матеріали телемедичних консультацій та наукові результати впровадження телемедичних систем на рівні регіону [3;6;8]. Використано методи системного підходу, інформаційного моделювання, аналізу та синтезу.

Результати дослідження та їх обговорення. Модель територіальної телемедичної служби повинна складатися з методичних компонентів (що стосуються нормативно-правових, організаційно-клінічних, інженерних та етико-деонтологічних аспектів телемедичної діяльності), узагальненого переліку та формалізованих взаємодій суб'єктів служби.

Включення до моделі методичних компонентів є необхідним з наступних причин. Впровадження системної телемедичної діяльності є інноваційним заходом для системи охорони здоров'я України, який вимагає принципово нових управлінських підходів, професійних навичок, змін рутинних процесів організації та надання медико-санітарної допомоги. Вищезазначені зміни ґрунтуються на певній доказовій методичній базі, яка, на жаль, не входить до обов'язкового переліку знань при додипломній підготовці лікарів. Тож з метою уникнення хибної практики, ятрогенної, неефективної роботи треба при організації територіальної телемедичної служби забезпечити наявність та розповсюджен-

ня методичних стандартів телемедичної діяльності (якими і є вищезгадані компоненти).

Структура територіальної телемедичної служби складається з переліку лікувально-профілактичних установ, який формалізовано, та напрямків і видів інформаційного обміну.

З метою уніфікації моделі формалізований перелік повинен включати:

- органи управління охороною здоров'я;
- лікувально-профілактичні заклади, що надають первинну, вторинну або третинну медико-санітарну допомогу та належать до даної території (при цьому університетські клініки, науково-дослідні інститути повинні бути віднесені до ЛПЗ, що надають третинну допомогу);

• "зовнішні" лікувально-профілактичні заклади (національні та міжнародні).

Аналогічно формалізується обмін інформацією, в межах телемедичної взаємодії може здійснюватися електронний документообіг для вирішення медичних та організаційно-методичних задач служби. Такий підхід забезпечує можливість використання моделі як шаблону для будь-якої території. Відповідно до місцевих особливостей при створенні телемедичної служби до моделі можуть бути внесені корективи, які оптимізують (локалізують), але не змінюють модель принципово.

Нами розроблена комплексна формальна інформаційна (графічна) модель організації територіальної телемедичної служби, що містить у собі:

- статичну ієрархічну субмодель компонентів служби (рис. а);
- динамічну мережну субмодель структури служби й внутрішніх взаємодій (рис. б).

Статична ієрархічна субмодель компонентів служби складається з п'яти основних складових:

1. Юридичної.
2. Організаційної.
3. Медичної.
4. Інженерної.
5. Деонтологічної.

У кожному складову, у свою чергу, входить ряд компонентів:

1. Юридичний компонент (ЮР) організації телемедичної служби в системі охорони здоров'я – це Конституція України (КУ), закони України (ЗУ), постанови Кабінету Міністрів України (КМ), накази Міністерства охорони здоров'я (НМ), правові й нормативні документи державного апарату України (ПД), нормативні документи органів місцевого самоврядування (МС), клінічні протоколи (КП), стандарти (СТ), міжнародні угоди, нормативи й стандарти (ІН).

2. Організаційний компонент (ОР) впровадження телемедичної служби в систему охорони здоров'я – це організаційні завдання (ОЗ), структурно-функціональні підрозділи ЛПУ й/або

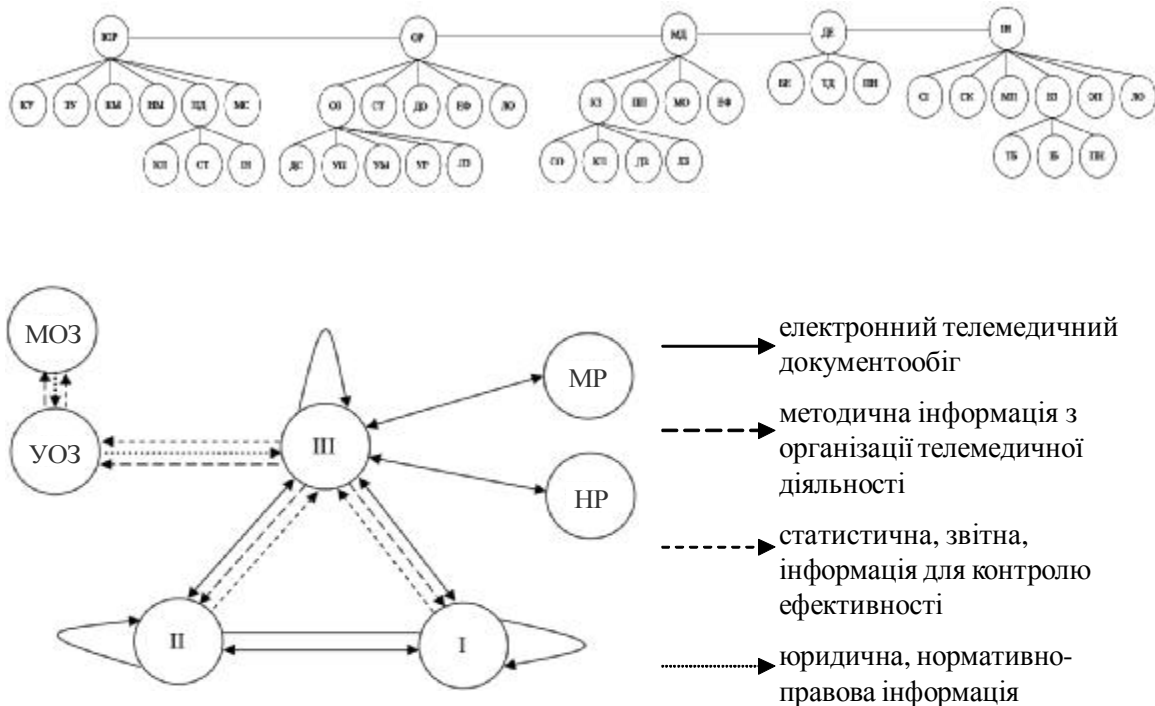


Рис. Комплексна формальна інформаційна (графічна) модель організації територіальної телемедичної служби:

а – статична ієрархічна субмодель компонентів служби;

б – динамічна мережна субмодель структури служби й внутрішніх взаємодій (І, ІІ, ІІІ – первинний, вторинний, третинний рівні медико-санітарної допомоги, МР – міжнародний рівень (взаємодія із закордонними медичними центрами), НР – національний рівень (міжобласна взаємодія з медичними центрами), УОЗ – управління охороною здоров'я територіальної державної адміністрації, МОЗ – Міністерство охорони здоров'я, профільні відомства, установи)

координатори, що здійснюють телемедичну діяльність (СТ), документація для обліку й здійснення телемедичної діяльності (ДО), системний контроль ефективності (ЕФ), локальні особливості (географічні, інфраструктурні, соціальні й т.д.; ЛО), доступність і своєчасність медико-санітарної допомоги (ДС), керування пацієнтами (КП), керування медичним персоналом (КМ), керування ресурсами (КР), локальні завдання (ЛЗ).

3. Медичний компонент (МД) організації телемедичної служби в системі охорони здоров'я – це клінічні завдання (КЗ), показання й протипоказання до застосування телемедичних процедур (ПП), методичні основи застосування телемедичних процедур (МО), науковий контроль ефективності (ЕФ), своєчасність і необхідний обсяг медико-санітарної допомоги, якість медико-санітарної допомоги (СО), відповідність вимогами доказової медицини, національним клінічним протоколам і стандартам (ДЗ), локальні завдання (ЛЗ).

4. Інженерний компонент (ІН) організації телемедичної служби в системі охорони здоров'я – це наявна комп'ютерно-телекомунікаційна інфраструктура (ІІ), стандартизовані комплектації устаткування для телемедичної діяльності (СК),

методичні підходи до вибору устаткування для телемедичної діяльності (МП), навчання користувачів (НК), безпека використання в охороні здоров'я й для передачі даних (БЗ), локальні особливості (географічні, інфраструктурні, економічні й т.д.; ЛО), технічна безпека (ТБ), інформаційна безпека (ІБ), практичні навички з реалізації відповідних норм і вимог (ПН).

5. Деонтологічний компонент (ДЕ) організації телемедичної служби в системі охорони здоров'я – це норми й вимоги біоетики (БЕ), норми й вимоги телемедичної деонтології (ТД), практичні навички з реалізації відповідних норм і вимог (ПН).

Динамічна мережна субмодель відображає внутрішньообласні й позаобласні елементи структури служби. До перших належать: лікувально-профілактичні заклади трьох рівнів медико-санітарної допомоги, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації. До других належать: Міністерство охорони здоров'я (точніше його профільні відомства, установи, відповідальні за організацію й контроль телемедичної діяльності), медичні центри, розташовані в інших областях країни або за кордоном.

У субмоделі внутрішні взаємодії відбуваються у чотирьох варіантах обміну інформацією:

- електронний телемедичний документообіг (власне здійснення телемедичних процедур);
- надання методичної інформації з організації телемедичної діяльності;
- надання юридичної, нормативно-правової інформації;
- надання звітної інформації для статистичної обробки й контролю ефективності роботи служби.

Відповідно до динамічної формальної інформаційної (графічної) мережної субмоделі структури служби й внутрішніх взаємодій електронний телемедичний документообіг здійснюється в чотирьох основних варіантах:

- між рівнями медико-санітарної допомоги в межах даної області (території);
- між лікувально-профілактичними закладами в рамках одного рівня медико-санітарної допомоги в межах даної області (території);
- між лікувально-профілактичними закладами третього рівня медико-санітарної допомоги даної області (території) і закордонними медичними центрами;
- між лікувально-профілактичними закладами третього рівня медико-санітарної допомоги даної області (території) і лікувально-профілактичними закладами довільного рівня медико-санітарної допомоги, розташованими в інших областях (територіях) країни.

Збір звітної інформації (документації) для наступного аналізу ефективності роботи служби на першому етапі здійснюється шляхом передачі відповідних даних з первинного й вторинного рівнів медико-санітарної допомоги в кураторські лікувально-профілактичні заклади третього рівня. На другому етапі інформація з лікувально-профілактичних закладів третього рівня передається в управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації. На третьому етапі здійснюється централізована передача даних у Міністерство охорони здоров'я.

На основі аналізу звітної документації, наукових досліджень і клінічних випробувань (проведених на базах лікувально-профілактичних установ третього рівня медико-санітарної допомоги) формуються методичні підходи й рекомендації для організації телемедичної діяльності, які передаються як на первинний і вторинний рівні медико-санітарної допомоги, так і в управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, а потім і в Міністерство охорони здоров'я (профільні відомства, відповідальні установи). На рівні органів державного управління охороною здоров'я розроблені методичні підходи й рекомендації верифікуються шляхом наукового аналізу й порівняльного вивчення. Затверджені методичні матеріали у вигляді нормативно-правових актів (до яких можна віднести й клінічні протоколи з використання різних телемедичних

процедур) направляються в управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, а звіди – у лікувально-профілактичні заклади третього рівня медико-санітарної допомоги, де стають джерелом кращого досвіду для всієї обласної (територіальної) системи охорони здоров'я.

Подібний підхід забезпечує оптимальну організацію охорони здоров'я даної території шляхом використання телемедицини завдяки доказовості, ієрархічності й наступності.

Розроблена комплексна модель організації територіальної телемедичної служби має необхідні властивості інформаційної моделі [5]:

1. Скінченність – розроблена модель відображає реальну систему в кінцевому числі її елементів і їх взаємовідносин.

2. Спрощеність – розроблена модель відображає основні, найбільш істотні, характеристики територіальної телемедичної служби.

3. Приблизність – розроблена модель відображає лише основні елементи телемедичної служби в територіальній системі охорони здоров'я.

4. Адекватність і потенційність моделі забезпечуються існуючими системами оцінки ефективності телемедицини, прогнозування динаміки телемедичної діяльності, її порівняльною оцінкою.

5. Складність – розроблена модель представлена в графічному вигляді, що забезпечує зручність її використання.

6. Інформативність і повнота – розроблена модель враховує всі необхідні вимоги до організації телемедичної служби в системі охорони здоров'я (медико-організаційні, правові, деонтологічні, інженерні, соціальні).

7. Адаптивність – розроблена модель може бути адаптована до локальних умов даної територіальної системи охорони здоров'я без принципних змін.

Ключовим моментом є наступний факт. Телемедична система, вибудована на основі даної моделі, буде мати властивість емерджентності, тому що основною сумарною властивістю системи на основі нашої моделі є наявність інструментів досягнення оптимізації управлінських рішень і процесів організації територіальної системи охорони здоров'я, у той час як жоден з її елементів окремо не має такої властивості. Властивість емерджентності є однією з основних у побудові телемедичних мереж з погляду системології [2].

Висновки

1. На основі системного підходу розроблена комплексна формальна інформаційна (графічна) модель організації територіальної телемедичної служби, що містить у собі: статичну ієрархічну субмодель компонентів служби, динамічну мережну субмодель структури служби й внутрішніх взаємодій.

Список літератури

1. Арзянцева Д. А. Науково-методичні засади розробки стратегій розвитку регіональних систем охорони здоров'я : дис. канд. екон. наук : 08.10.01 / Д. А. Арзянцева. – К., 2006. – 238 с.
2. Вишневский В. В. Об эмерджентности телемедицинских систем / В. В. Вишневский // Укр. журн. телемед. мед. телемат. – 2008. – Т. 6, № 1. – С. 97.
3. Владзимирский А. В. Телемедицина : [монографія] / А. В. Владзимирский. – Донецк : ООО “Цифровая типография”, 2011. – 437 с.
4. Владзимирський А. В. Телемедицина в управлінні охороною здоров'я / А. В. Владзимирський, О. Т. Дорохова / Медична освіта. – 2002. – № 2. – С. 15–17.
5. Востров Г. Н. Проблемы построения информационных систем над предметными областями / Г. Н. Востров, В. И. Межуев // Искусственный интеллект. – № 4. – 2008. – С. 736–746.
6. Ларіна Р. Р. Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я : [монографія] / Р. Р. Ларіна, А. В. Владзимирський, О. В. Балуєва; за ред. В. В. Дорофійенко. – Донецьк : “Вебер” (Донецька філія), 2008. – 252 с.
7. Леванов В. М. Организационные и медико-социальные аспекты применения телемедицинских технологий в системе медицинского обеспечения населения : дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.33 / В. М. Леванов. – Рязань, 2003. – 192 с.
8. Організація телемедичної допомоги в закладах охорони здоров'я : [метод. реком.] / Голубчиков М. В., Владзимирський А. В., Климовицький В. Г. [та ін.]. – К., 2008. – 70 с.
9. Пуховец И. А. Научное обоснование модели информационной системы здравоохранения в период его реформирования в крупном агропромышленном регионе (на примере Алтайского Края) / И. А. Пуховец. – Новосибирск, 2004. – 20 с.

ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

А. В. Владзимирский, А. А. Останин (Донецк, Днепропетровск)

На основе системного подхода разработана комплексная формальная информационная (графическая) модель организации территориальной телемедицинской службы, которая содержит в себе: статическую иерархическую субмодель компонентов службы, динамическую сетевую субмодель структуры службы и внутренних взаимодействий. Предложенная модель имеет все специфические свойства информационной модели и является эмерджентной. На основе модели построена телемедицинская сеть Днепропетровской области.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **организация, телемедицина, здравоохранение, модель.**

RATIONALE AND DEVELOPMENT OF MODEL OF TERRITORIAL TELEMEDICINE SERVICE ORGANISATION

A. V. Vladzimirskiy, A. A. Ostanin (Donetsk, Dnepropetrovsk)

On the basis of the system approach complex formal information (graphic) model of the organization of a territorial telemedicine service had been developed; the model include: static hierarchical submodel of services' components, dynamic network submodel of structure of service and internal interactions. The offered model has all specific properties of information model and it is emergent. On the basis of the model the Telemedical network of the Dnepropetrovsk region has been constructed.

KEY WORDS: **organisation, telemedicine, health care, model.**

Рецензент: Є.М. Кривенко

УДК 314.4:303.5.004.12

А. В. ПІРНИКОЗА (Вінниця)

ДЕСКРИПТИВНА ХАРАКТЕРИСТИКА МАСИВУ ДАНИХ ВИПАДОК-КОНТРОЛЬ З ВИВЧЕННЯ ЛЕТАЛЬНОСТІ ВНАСЛІДОК ЕКСТРЕНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Вивчалися фактори ризику летальності внаслідок екстреної патології (ЕП), оскільки саме летальність є критерієм якості та своєчасності надання допомоги при ЕП. Використано дизайн випадок-контроль зі змінними співвідношенням серій, всього 534 пацієнти, з них 240 випадків (померлі) і 294 контролів (ті, що вижили). Аналіз матеріалу здійснено на основі моделі Кокса, для одномірних тестів застосовано χ^2 -квадрат.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: екстрена патологія, летальність, випадок-контроль.

Доказова медицина значно зміцнила свої позиції в клінічних експериментальних дослідженнях, водночас масштабне реформування організації медичного забезпечення населення значно страждає від браку доказової бази нововведень. Це особливо стосується проблеми удосконалення медичного обслуговування за екстрених станів, обумовленість яких найменш вивчена внаслідок непередбачуваності та різноманітності патології. Ми вивчали роль важливих факторів ризику летальності внаслідок екстреної патології (ЕП), оскільки саме летальність є критерієм якості і вчасності надання допомоги при ЕП. У дослідженні використаний дизайн випадок-контроль зі змінним співвідношенням серій.

Матеріали і методи. Збір даних щодо летальності проводився методом комбінованої вибірки. Рандомізовані серії летальних випадків внаслідок ЕП розміщені по гніздам (сільським районам), що забезпечило якісне представництво вибірки (якісну репрезентативність). Всього 27 гнізд. Довжина серій коливалась від 10 до 20 летальних випадків. Обсяг панельного масиву склав 240 летальних випадків. Паралельно утворені рандомізовані серії пацієнтів з ЕП, які вижили (є контролем), теж розміщені по гніздам.

В результаті досягається зіставлення масивів випадків і контролю за рядом важливих змішувальних факторів, пов'язаних з часом та місцем надання допомоги. Всього 294 пацієнти контрольної групи. Таким чином, загальний масив панельних даних склав 534 пацієнти, з них 240 померли і 294 вижили (контроль). Аналіз матеріалу здійснювався на основі моделі Кокса, для одномірних тестів використаний χ^2 -квадрат.

Результати дослідження та їх обговорення. Проблема вивчення факторів ризику летальності внаслідок ЕП ускладнюється етапністю надання медичної допомоги. Як правило, надання медичної допомоги при екстреній патології починається на первинному рівні, продовжується на вторинному і закінчується на третинному. Проте у ряді випадків у силу ситуації якийсь з етапів може опускатися. Вивчення розподілу ситуацій за даними дослідження показує (табл. 1), що послідовно проходить всі етапи допомоги (1, модель А) 43,75% померлих внаслідок ЕП (випадки) і 47,28% пацієнтів з ЕП, що вижили (контроль).

Відразу з другого етапу, закінчуючи третім (2, модель Б), допомога надана 21,25% померлим внаслідок ЕП і 20,07% пацієнтам з ЕП, що вижили. Відразу з третього етапу (3, модель В)

Таблиця 1. Розподіл масиву даних за етапами надання допомоги

Комбінація етапів	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	105	43,75	139	47,28	244	45,69
2	51	21,25	59	20,07	110	20,60
3	29	12,08	33	11,22	62	11,61
13	55	22,92	63	21,43	118	22,10

χ^2 -квадрат (3)=0,666; p=0,881

допомога надана 12,08% померлим внаслідок ЕП і 11,22% пацієнтам з ЕП, що вижили. З першого етапу на третій, минаючи другий (13, модель Д), перейшли 22,92% померлих внаслідок ЕП і 21,43% пацієнтів з ЕП, що вижили. Структури розподілу за етапами надання допомоги ви-

падків і контролів схожі (χ^2 -квадрат (3)=0,666; $p=0,881$).

Вивчення розподілу пацієнтів за статтю свідчить (табл. 2), що чоловіки переважали (59,36%), як серед випадків (58,33%), так і серед контролів (60,20%).

Таблиця 2. Розподіл пацієнтів за статтю

Стать	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Жінки	100	41,67	117	39,80	217	40,64
Чоловіки	140	58,33	177	60,20	317	59,36

χ^2 -квадрат (1)=0,192; $p=0,661$

Про схожість розподілу випадків і контролю за статтю свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=0,192; $p=0,661$.

Структура пацієнтів за віком свідчить (табл. 3), що переважали особи віком старше 50 (73,41%) років – 74,17% серед випадків і 72,79% серед контролю. Про схожість вікових структур випадків

і контролю свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=0,192; $p=0,661$.

Ще одним важливим фактором зі змішувальним ефектом є зайнятість. Вивчення розподілу пацієнтів за зайнятістю свідчить (табл. 4), що переважали (80,71%) особи, не зайняті у виробництві, здебільшого пенсіонери – 88,33% серед випадків і 74,49% серед контролю.

Таблиця 3. Розподіл пацієнтів за віком

Вікова група	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 30	50	20,83	60	20,41	110	20,60
30–50	12	5,00	20	6,80	32	5,99
Старші 50	178	74,17	214	72,79	392	73,41

χ^2 -квадрат (2)=0,7623; $p=0,6831$

Ще одним важливим фактором зі змішувальним ефектом є зайнятість. Вивчення розподілу пацієнтів за зайнятістю свідчить (табл. 4), що пе-

реважали (80,71%) особи, не зайняті у виробництві, здебільшого пенсіонери – 88,33% серед випадків і 74,49% серед контролю.

Таблиця 4. Розподіл пацієнтів за зайнятістю

Зайнятість	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не працюють	212	88,33	219	74,49	431	80,71
Працюють	28	11,67	75	25,51	103	19,29

χ^2 -квадрат (1)=16,266; $p<0,0001$

Про достовірність переважання частки незайнятих серед випадків свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=16,266; $p<0,0001$. Розподіл пацієнтів за місцем проживання наведений в табл. 5.

Переважали сільські мешканці (65,54%), як серед випадків 65,83%, так і серед контролів 65,31%. Про схожість структур випадків і контролю за місцем проживання свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=0,016; $p=0,8985$.

Таблиця 5. Розподіл пацієнтів за місцем проживання

Місце проживання	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Місто	82	34,17	102	34,69	184	34,46
Село	158	65,83	192	65,31	350	65,54

χ^2 -квадрат (1)=0,016; $p=0,8985$

У населеному пункті з лікарським медичним закладом (у тому числі пунктових селах) проживали 398 (74,53%) пацієнтів – 171 (71,25%) випадків і 227 (77,21%) контролю. У населеному пункті без лікарського медичного закладу проживали 136 (25,47%) пацієнтів – 69 (28,75%) випадків і 67 (22,79%) контролю. Про схожість розподілу випадків і контролю за наявністю в місці проживання лікарського медичного закладу свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=2,473; $p=0,115$

На самостійній СЛД проживало 277 (51,97%) пацієнтів, зокрема 115 (47,92%) випадків і 162 (55,29%) контролю. Про схожість розподілу випадків і контролю за типом СЛД проживання свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=2,8736; $p=0,090$.

Вперше в житті дана ЕП виникла у 465 (87,08%) пацієнтів, зокрема 196 (81,67%) випадків і 269 (91,50%) контролю. Про достовірні відмінності розподілу випадків і контролю за первинністю виникнення ЕП свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=11,347; $p=0,0008$.

Стояли на диспансерному обліку з приводу захворювання, внаслідок якого виник екстремний стан (ЕС), 262 (49,06%) пацієнтів, зокрема 122 (50,83%) випадків і 140 (47,62%) контролю. Про схожість розподілу випадків і контролю щодо перебування на диспансерному обліку з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=0,5463; $p=0,4599$.

Розподіл пацієнтів за частотою (за 3 роки) медичного обстеження з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС, наведений в табл. 6.

Таблиця 6. Розподіл пацієнтів за частотою медичного обстеження з приводу захворювання, внаслідок якого виник екстремний стан (за 3 роки)

Частота медичного обстеження	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0	137	57,08	157	53,40	294	55,06
1–3	76	31,67	97	32,99	173	32,40
4 і більше	27	11,25	40	13,61	67	12,55

χ^2 -квадрат (2)=0,981; $p=0,6122$

Привертає увагу, що 294 (55,06%) пацієнти – 137 (57,08%) випадків і 157 (53,40%) контролю – не проходили медичного обстеження з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС. Про схожість структури випадків і контролю за медичним обстеженням з приводу захворюван-

ня, внаслідок якого виник ЕС, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (2)=0,981; $p=0,6122$.

Розподіл пацієнтів за частотою (за 3 роки) лікування з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС, наведений в табл. 7.

Таблиця 7. Розподіл пацієнтів за частотою лікування з приводу захворювання, внаслідок якого виник екстремний стан (за 3 роки)

Частота	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0	150	62,50	173	58,84	323	60,49
1–3	71	29,58	88	29,93	159	29,78
4 і більше	19	7,92	33	11,22	52	9,74

χ^2 -квадрат (2)=1,7822; $p=0,4102$

Знову привертає увагу велика частка – 60,49% пацієнтів, 62,50% випадків і 58,84% контролю, – що не проходили лікування з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС. Про схожість структури випадків і контролю за лікуванням з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (2)=1,7822; $p=0,4102$.

Основна маса пацієнтів лікувались з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС, в

ЦРЛ – 229 (87,07%) пацієнтів, зокрема 102 (88,70%) випадків і 127 (85,81%) контролю. У закладах СЛД лікувався лише 21 пацієнт (7,98%), 9 (7,83%) випадків і 12 (8,11%) контролю. Про схожість розподілу випадків і контролю щодо місця лікування з приводу захворювання, внаслідок якого виник ЕС, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (3)=0,9850; $p=0,8049$.

Виникненню ЕС передувало психічне навантаження у 150 (28,14%) пацієнтів, зокрема у 88

(36,67%) випадків і у 62 (21,16%) контролю. Про достовірність різниці частоти попереднього психічного навантаження серед випадків і контролю свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (1)=15,6866; $p < 0,0001$.

Фізичне навантаження передувало виникненню ЕС у 104 (19,48%) пацієнтів, зокрема у 46 (19,17%) випадків і у 58 (19,73%) контролю. Про схожість частоти попереднього фізичного навантаження серед випадків і контролю свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (1)=0,0265; $p = 0,8706$.

Недоліки лікування захворювання, внаслідок якого виник ЕС, виявлено у 143 (26,83%) пацієнтів, зокрема у 90 (37,66%) випадків і у 53 (18,03%) контролю. Про достовірність розходжень частоти недоліків лікування захворювання серед випадків і контролю свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (1)=25,8761; $p < 0,0001$.

Самолікування захворювання, внаслідок якого виник ЕС, виявлено у 52 (9,76%)

пацієнтів, зокрема у 35 (14,64%) випадків і у 17 (5,78%) контролю. Про достовірність переважання частоти самолікування захворювання серед випадків свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (1)=11,7596; $p < 0,001$.

Шкідливі умови праці виявлено лише у 17 (3,19%) пацієнтів, зокрема у 14 (4,76%) випадків і у 3 (1,26%) контролю. Про достовірність переважання частоти шкідливих умов праці серед випадків свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (1)=5,2501; $p = 0,0219$.

Необережна поведінка мала місце у 236 (44,19%) пацієнтів, зокрема у 128 (53,33%) випадків і у 108 (36,73%) контролю. Про достовірність переважання необережної поведінки серед випадків свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (1)=14,7610; $p = 0,0001$.

Розподіл пацієнтів за кількістю несприятливих факторів способу життя щодо ризику виникнення ЕП (паління, алкоголізм, гіподинамія, відхилення психічного стану, шкідливі умови праці, ожиріння тощо) наведений у табл. 8.

Таблиця 8. Розподіл пацієнтів за кількістю несприятливих факторів способу життя

Кількість факторів	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0	77	32,08	108	36,73	185	34,64
1	96	40,00	122	41,50	218	40,82
2	53	22,08	53	18,03	106	19,85
3 і більше	14	5,83	11	3,74	25	4,68

хі-квадрат (3)=3,2278; $p = 0,3578$

Лише третина (34,64%) пацієнтів не мали вказаних вад, зокрема 32,08% випадків і 36,73% контролю, 3 і більше вади мали 5,83% пацієнтів випадків і 3,74% контролю. Про схожість розподілів випадків і контролів за кількістю несприятливих факторів способу життя свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (3)=3,2278; $p = 0,3578$.

Розподіл пацієнтів за патологією, що ускладнила перебіг ЕП (табл. 9) показав існування суттєвих відмінностей по випадкам і контролям (хі-квадрат (2)=15,4119; $p = 0,0005$): 2 і більше патології зустрічались частіше серед випадків (17,92%), ніж серед контролю (7,14%), у той час як її відсутність зустрічались рідше серед випадків (24,58%), ніж серед контролю (31,63%).

Таблиця 9. Розподіл пацієнтів за патологією, що ускладнила перебіг екстреного стану

Кількість патології	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0	59	24,58	93	31,63	152	28,46
1	138	57,50	180	61,22	318	59,55
2 і більше	43	17,92	21	7,14	64	11,99

хі-квадрат (2)=15,4119; $p = 0,0005$

Розподіл пацієнтів за важкістю стану на момент виникнення ЕП (табл. 10) також свідчить про існування суттєвих відмінностей між групами випадків і контролю (хі-квадрат (2)=147,2899; $p < 0,0001$).

Дуже важкий стан зустрічався значно частіше серед випадків (57,50%), ніж серед контролю (13,95%), натомість середній стан рідко зустрічався серед випадків (6,25%), і часто серед контролів (44,90%).

Збіг доклінічного і клінічного діагнозів виявлено у 477 (89,33%) пацієнтів, зокрема у 213 (88,75%) випадків і у 264 (89,80%) контролю. Про схожість частоти збігу свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=0,1516; $p=0,6970$.

Розподіл пацієнтів за діагностичними групами ЕП показав, що основними діагнозами та їх групами (споріднені патології, які рідше зустрі-

чалися, були зібрані у групи діагнозів, що відповідає меті аналізу серій випадків і контролів за умови їх зіставлення за ЕП) був інсульт (37,08% випадків і 32,3% контролю), інфаркт міокарда (29,17% випадків і 40,48% контролю), рідше травми черепа (9,17% випадків і 3,74% контролю). Інші діагнози та їх групи зустрічались значно рідше (табл. 11).

Таблиця 10. Розподіл пацієнтів за важкістю стану на момент виникнення ЕП

Стан	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Середній	15	6,25	132	44,90	147	27,53
Важкий	87	36,25	121	41,16	208	38,95
Дуже важкий	138	57,50	41	13,95	179	133,52

χ^2 -квадрат (2)=147,2899; $p<0,0001$

Таблиця 11. Розподіл пацієнтів за діагностичними групами ЕП

Діагноз/група діагнозів	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Інсульт	89	37,08	95	32,31	184	34,46
Травма черепа	22	9,17	11	3,74	33	6,18
Інфаркт міокарда	70	29,17	119	40,48	189	35,39
Отруєння	13	5,42	21	7,14	34	6,37
Гостра органна недостатність	15	6,25	14	4,76	29	5,43
Панкреатит	6	2,50	5	1,70	11	2,06
Опіки	6	2,50	4	1,36	10	1,87
Політравма	5	2,08	10	3,40	15	2,81
Пневмонія	6	2,50	4	1,36	10	1,87
ШКК	8	3,33	11	3,74	19	3,56

χ^2 -квадрат (9)=16,2193; $p=0,0624$

Поодинокі випадки інших діагнозів не утворювали наповнених пар, тому не включались в дослідження. Суттєві розходження структур випадків і контролів за діагнозами на межі достовірності (χ^2 -квадрат (9)=16,2193; $p=0,0624$) статистично обумовлюють необхідність зіставлення випадків і контролів за діагнозами.

Розподіл померлих за часом смерті від виникнення ЕП показано на рис. 1.

Простежується типовий експоненційний характер виживання. Коефіцієнт варіації 120,25% вказує на дуже високу варіацію показника, що свідчить про можливість впливу на процес виживання. Медіанний час смерті (стосується лише випадків) становить 3 доби, 75% пацієнтів групи випадків померли до 7 доби, 90% – до 12 доби.

Розподіл випадків і контролів за своєчасністю долікарської допомоги показано на рис. 2. Хоча медіани розподілів збігаються і становлять першу годину з моменту виникнення ЕП, розподіли різняться. 75% пацієнтів групи випадків

надана долікарська допомога в перші 3 години, 90% – в перші 12 годин, тоді як 75% контрольним пацієнтам надана долікарська допомога в перші 2 години, а 90% отримали її в перші 10 годин. Z-апроксимація статистики двовибіркового тесту Уїлкоксона виявилась достовірною ($Z=1,695398$, $p=0,045$), що вказує на достовірно своєчаснішу долікарську допомогу пацієнтам контрольної групи.

Розподіл пацієнтів за причинами запізнення надання долікарської допомоги свідчить, що без запізнень допомога надана лише 32,32% пацієнтам, зокрема 24,38% пацієнтів випадків та 38,61% контролю. Невчасне звернення пацієнта було основною причиною запізнення (32,32%), зокрема 66,25% для випадків та 53,96% для контролю. Вірогідності розбіжності структур запізнення надання долікарської допомоги випадкам і пацієнтам контролю знаходиться на межі достовірності (χ^2 -квадрат (4)=9,3423; $p=0,0531$).

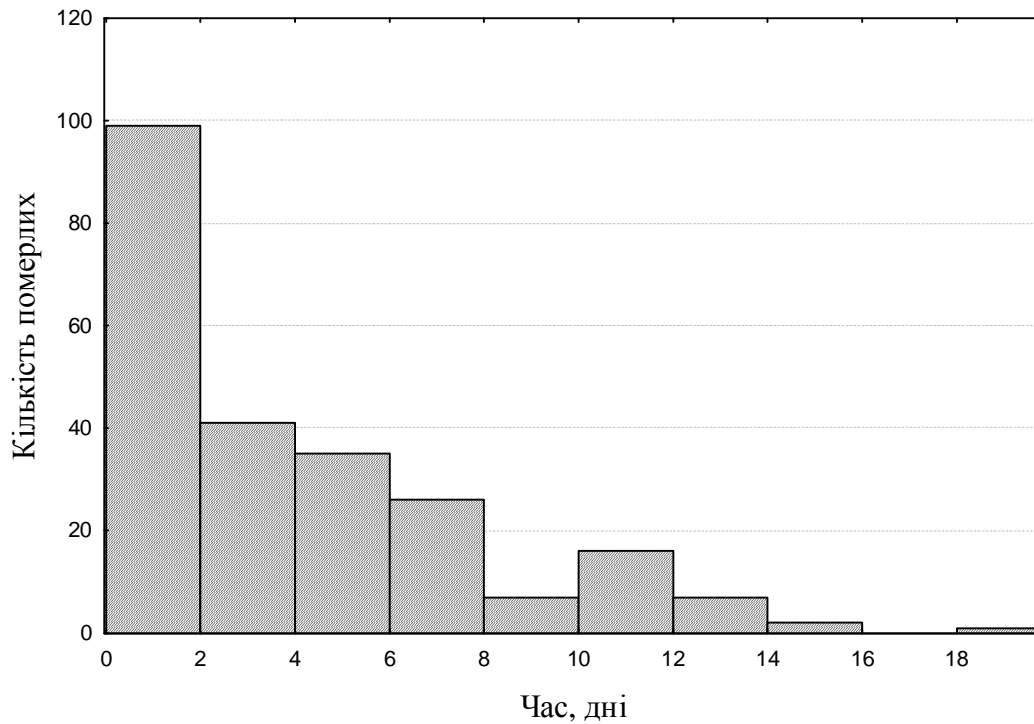


Рис 1. Розподіл померлих за часом смерті від виникнення ЕП

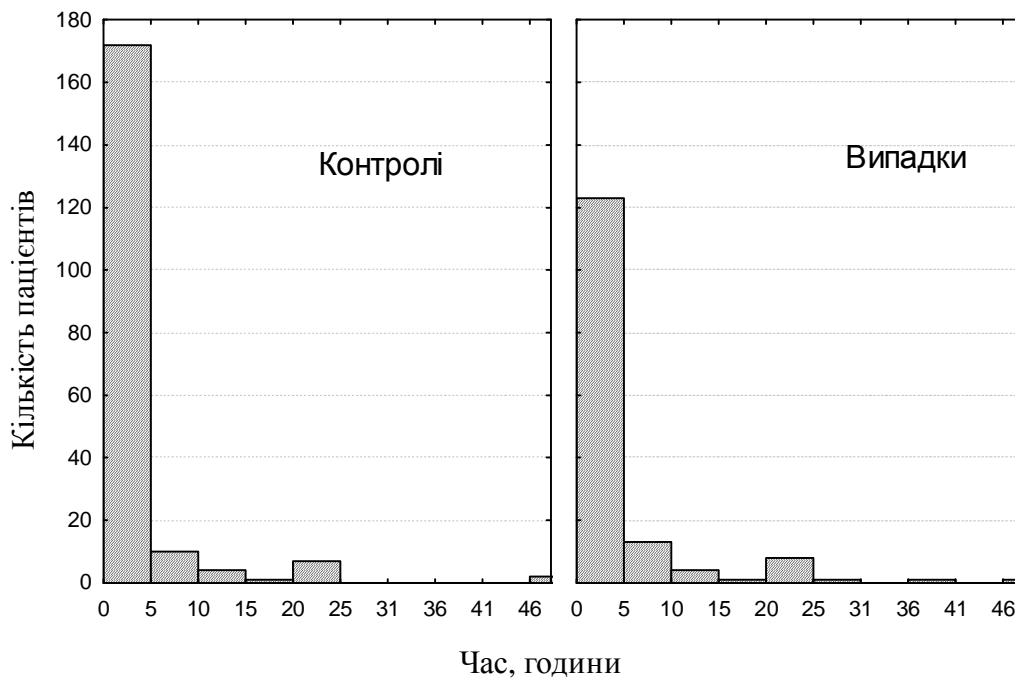


Рис 2. Розподіл випадків і контролів за вчасністю долікарської допомоги

Найчастіше долікарську допомогу надавав фельдшер швидкої допомоги – 232 (64,09%) пацієнтам, зокрема 113 (70,63%) пацієнтам групи випадків і 119 (58,91%) контролю. Значно рідше допомога надавалась фельдшером – 87 (24,03%) пацієнтам, медсестрою – 17 (4,70%) пацієнтам, немедичним працівником – 22 (6,08%) пацієнтам. Про схожість розподілу випадків і контролів за особою, яка надала долікарську допомогу, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (5)=6,5579; $p=0,2556$.

Вивчення розподілу пацієнтів за кваліфікацією середнього медичного персоналу, який здійснював долікарську допомогу, показало, що середній медпрацівник з вищою категорією надавав допомогу 150 (41,67%) пацієнтам, з першою – 175 (48,61%) пацієнтам, з другою – 11 (3,06%) пацієнтам, без категорії – 24 (6,67%) пацієнтам. Про схожість розподілу випадків і контролів за кваліфікацією середнього медичного персоналу, який здійснював долікарську

допомогу, свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (3)=4,1154; $p=0,2493$.

Вивчення розподілу пацієнтів за обсягом надання долікарської допомоги показало, що повний обсяг надано 134 (37,02%) пацієнтам, достатній – 185 (51,10%) пацієнтам, недостатній – 40 (11,05%) пацієнтам, взагалі не надана (відмова пацієнта, відсутність медпрацівника) – 3 (0,83%) пацієнтам. Про схожість розподілу випадків і контролів за обсягом надання долікарської допомоги свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (3)=1,4241; $p=0,6999$.

Вивчення розподілу пацієнтів за причинами, які завадили надати більш якісну долікарську

допомогу, показало відсутність жодної причини при обслуговуванні 249 (68,78%) пацієнтів, відсутність належних навичок у середнього медпрацівника – 44 (12,15%) пацієнтів, відсутність медикаментів – 42 (11,60%) пацієнтів, відсутність інструментарію – 3 (0,83%) пацієнтів, відмова чи негативне ставлення пацієнта – 24 (6,63%) пацієнтів. Про схожість розподілу випадків і контролів за причинами, які завадили надати більш якісну долікарську допомогу, свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (4)=7,4747; $p=0,1128$.

Розподіл випадків і контролів за вчасністю надання лікарської допомоги показаний на рис. 3.

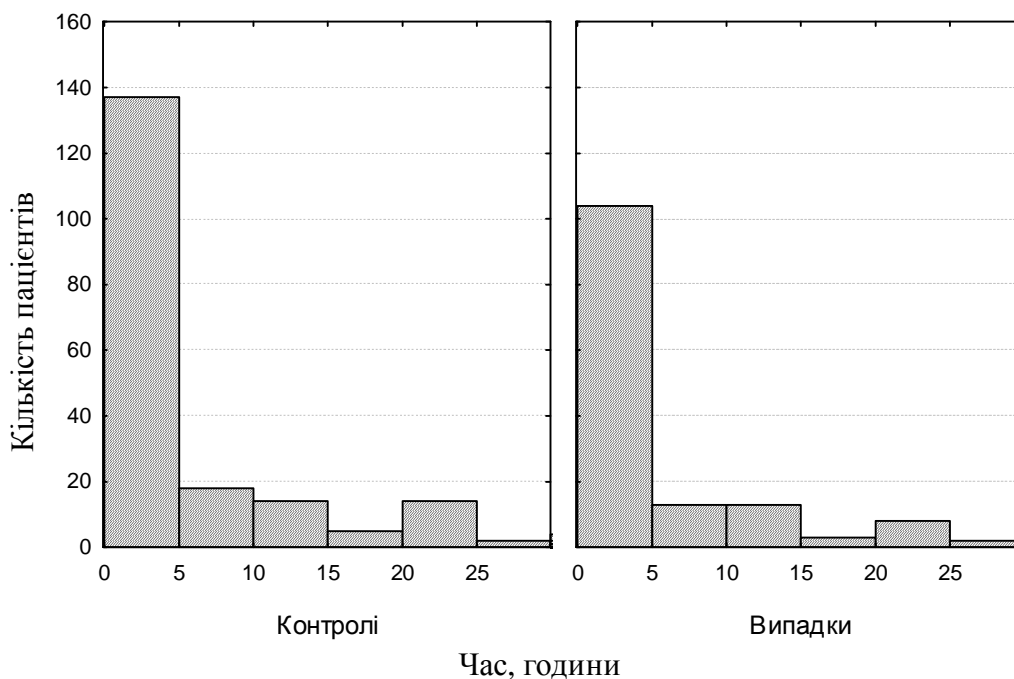


Рис. 3. Розподіл випадків і контролів за вчасністю лікарської допомоги

Медіана для випадків становить перші 1,32 години, для контролів перша година з моменту виникнення ЕП. 75% пацієнтів групи випадків надана лікарська допомога в перші 5 години, 90% – в перші 18 годин, тоді як 75% контрольним пацієнтам надана лікарська допомога в перші 4 години, а 90% отримали її в перші 14 годин. Z-апроксимація статистики двовибіркового тесту Уїлкоксона виявилась достовірною ($Z=1,736927$, $p=0,04120$), що вказує на достовірно вчаснішу лікарську допомогу пацієнтам контролю.

Розподіл пацієнтів за причинами запізнення надання лікарської допомоги свідчить, що без запізньєнь допомога надана лише 23,45% пацієнтам, зокрема 19,23% випадкам та 26,77% пацієнтам контрольної групи. Невчасне звернення пацієнта було основною причиною запізнення (62,43%), зокрема 67,95% для випадків та 58,08% для контролів. Про схожість розподілу

випадків і контролів за запізнення надання лікарської допомоги свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (6)=9,8480; $p=0,1312$.

Найчастіше лікарську допомогу надавав лікар швидкої допомоги – 194 (54,80%) пацієнтам, зокрема 91 (58,33%) групи випадків і 103 (52,02%) контрольної групи. Рідше допомога надавалась лікарем загальної практики/сімейним лікарем – 143 (40,39%) пацієнтам, ще рідше лікарем спеціалізованої бригади швидкої допомоги – 17 (4,80%) пацієнтам. Про схожість розподілу випадків і контролів за лікарем, який надав допомогу, свідчить тест крос-класифікації хі-квадрат (3)=4,5641; $p=0,2066$. Вивчення розподілу пацієнтів за кваліфікацією лікаря, який надав допомогу показало, що лікар з вищою категорією надавав допомогу 147 (41,53%) пацієнтам, з першою – 193 (54,52%) пацієнтам, з другою – 14 (3,95%) пацієнтам. Про схожість розподілу

випадків і контролів за кваліфікацією лікаря, який надав допомогу, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (2)=2,3334; $p=0,3114$.

Вивчення розподілу пацієнтів за виконанням стандарту при наданні лікарської допомоги показало, що стандарт виконаний у 308 (87,01%) пацієнтів, не виконаний – у 46 (12,99%) пацієнтів. Про схожість розподілу випадків і контролів за виконанням стандарту при наданні лікарської допомоги свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=3,1312; $p=0,2090$.

Вивчення розподілу пацієнтів за причинами, які завадили надати більш якісну лікарську допомогу, показало відсутність жодної причини при обслуговуванні 305 (86,16%) пацієнтів, відсутність

належних навичок у лікаря – 11 (3,11%) пацієнтів, відсутність медикаментів – 17 (4,80%) пацієнтів, відсутність інструментарію – 4 (1,13%) пацієнтів, відмову чи негативне ставлення пацієнта – 9 (2,54%) пацієнтів, виїзд непрофільної бригади ШД – 4 (1,13%) пацієнтів, хибний діагноз – 4 (1,13%) пацієнтів. Про достовірність розбіжності розподілів випадків і контролів за причинами, які завадили надати більш якісну лікарську допомогу, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (6)=12,1270; $p=0,0498$.

Розподіл випадків і контролів за вчасністю надання спеціалізованої лікарської допомоги показаний на рис. 4.

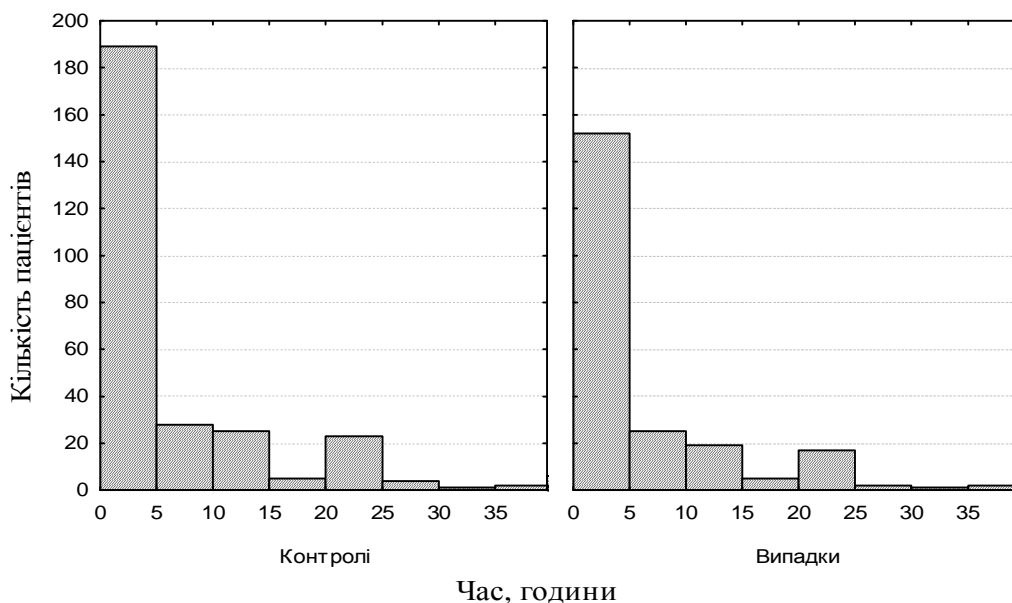


Рис. 4. Розподіл випадків і контролів за вчасністю спеціалізованої лікарської допомоги

Рис 4. Розподіл випадків і контролів за вчасністю спеціалізованої лікарської допомоги

Медіана для випадків становить перші 4 години, для контролів перші 3 години з моменту виникнення ЕП. 75% випадкам надана спеціалізована лікарська допомога в перші 12 години, 90% випадкам – в перші 25 годин, тоді як 75% контрольним пацієнтам надана спеціалізована лікарська допомога в перші 10 годин, а 90% отримали її в перші 22 години. Z-апроксимація статистики двовибіркового тесту Уїлкоксона виявилась достовірною ($Z=1,69763$, $p=0,04479$), що вказує на достовірно вчаснішу спеціалізовану лікарську допомогу пацієнтам контролю.

Розподіл пацієнтів за причинами запізнення надання спеціалізованої лікарської допомоги свідчить, що без запізньень допомога надана лише 47,57% пацієнтам, зокрема 45,42% пацієнтам групи випадків та 49,32% пацієнтам конт-

рольної групи. Залишення пацієнта вдома на попередніх етапах було основною причиною запізнення (43,07%), зокрема 46,25% для випадків та 40,48% для пацієнтів контролю. Про достовірно кращий стан вчасності надання спеціалізованої лікарської допомоги пацієнтам контрольної групи свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (7)=14,8632; $p=0,0378$.

Найчастіше спеціалізовану лікарську допомогу надавав лікар-спеціаліст стаціонару – 334 (62,55%) пацієнтам, зокрема 154 (64,17%) пацієнтам групи випадків і 180 (61,22%) пацієнтам контролю. Рідше допомога надавалась завідувачем відділення стаціонару – 164 (30,71%) пацієнтам, ще рідше консультантом з області – 21 (3,93%) пацієнтам і консультантом з науковим ступенем – 13 (2,43%) пацієнтам. Про схожість розподілу

випадків і контролів за лікарем, який надав спеціалізовану допомогу, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (4)=3,3658; $p=0,4986$.

Вивчення розподілу пацієнтів за кваліфікацією лікаря, який надав спеціалізовану допомогу, показало, що лікар з вищою категорією надавав допомогу 345 (64,61%) пацієнтам, з першою – 164 (30,71%) пацієнтам, з другою – 25 (4,68%) пацієнтам. Про схожість розподілу випадків і контролів за кваліфікацією лікаря, який надав спеціалізовану допомогу, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (2)=0,8598; $p=0,6506$.

Вивчення розподілу пацієнтів за виконанням стандарту лікування при наданні спеціалізованої лікарської допомоги показало, що стандарт виконаний у 526 (98,50%) пацієнтів, не виконаний – лише у 8 (1,50%) пацієнтів. Про схожість розподілу випадків і контролів за виконанням стандарту лікування при наданні спеціалізованої лікарської допомоги свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=0,0839; $p=0,7721$.

Вивчення розподілу пацієнтів за виконанням стандарту діагностики при наданні спеціалізованої лікарської допомоги показало, що стандарт виконаний у 486 (91,01%) пацієнтів, не виконаний – у 48 (8,99%) пацієнтів. Про схожість розподілу випадків і контролів за виконанням стандарту діагностики при наданні спеціалізованої лікарської допомоги свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (1)=3,8798; $p=0,7935$.

Вивчення розподілу пацієнтів за причинами, які завадили надати більш якісну спеціалізовану лікарську допомогу, показало відсутність жодної причини при обслуговуванні 476 (89,14%) пацієнтів, відсутність належних навичок у лікаря – 3 (0,56%) пацієнтів, відсутність медикаментів – 6 (1,12%) пацієнтів, відсутність інструментарію – 42 (7,87%) пацієнтів, відмова чи негативне ставлення пацієнта – 7 (1,31%) пацієнтів. Про достовірність розбіжності розподілів випадків і контролів за причинами, які завадили надати більш якісну спеціалізовану лікарську допомогу, свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (4)=2,6788; $p=0,6129$.

Вивчення розподілу пацієнтів за місцем госпіталізації показало, що 495 (92,70%) пацієнтів госпіталізовані в стаціонар ЦРЛ або в номерну лікарню, в стаціонар міської лікарні – 21 (3,93%), зокрема 2,92% випадків і 4,76% контролю, в стаціонар обласної лікарні – 17 (3,18%) пацієнтів, зокрема 0,83% випадків і 5,10% контролю, залишений на дому лише один (0,19%) пацієнт-випадок. Про достовірність сприятливішого розподілу контролів за місцем госпіталізації свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (3)=10,3949; $p=0,0155$.

Вивчення розподілу пацієнтів за способом доставки до стаціонару свідчить (табл. 12), що основна маса пацієнтів (63,04%) доставлена в стаціонар швидкою допомогою, зокрема 72,50% випадків та 55,29% контролю.

Таблиця 12. Розподіл пацієнтів за способом доставки до стаціонару

Доставка	Випадки		Контроль		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Самостійно	7	2,92	36	12,29	43	8,07
Медичним персоналом	18	7,50	43	14,68	61	11,44
Родичами	41	17,08	52	17,75	93	17,45
Швидкою допомогою	174	72,50	162	55,29	336	63,04

χ^2 -квадрат (3)=26,5258; $p<0,0001$

У плановому порядку (самостійно, направлені медичним персоналом) частіше зверталися пацієнти контрольної групи, вірогідно, через меншу важкість ЕП. Про достовірність сприятливішого розподілу контролів за способом доставки до стаціонару свідчить тест крос-класифікації χ^2 -квадрат (3)=26,5258; $p<0,0001$.

Розподіл пацієнтів за тривалістю перебування у стаціонарі до моменту виписки (контроль) чи смерті (випадки) показаний на рис. 5. Медіана для випадків становить 3 доби, для контролів 15 діб. 75% випадків померло до 6 доби, 90% випадків – до 11 доби, тоді як 75% пацієнтів контролю виписані до 20 доби, а 90% – до 24 доби.

Таким чином, збір даних за планом випадок-контроль охопив 534 пацієнтів, з них 240 ви-

падків (померли) і 294 контролів (вижили). У дослідження включені А) змішувальні фактори. Необхідність їх включення обумовлена двобічним зв'язком як з факторами ризику, так і наслідком. Неврахування їх призводить до суттєвих зміщень результатів дослідження, до яких план випадок-контроль є надто чутливим. До таких факторів віднесені діагноз, місце проживання, вік, стать. На рівномірність розподілу варіантів вказаних факторів по випадкам і контролям доведена статистично (табл. 2, 3, 5). Діагнози утворюють кластери випадків-контролів змінного наповнення m:n, тобто їх змішувальний вплив корегується зіставленням множин випадків і контролю.

До факторів ризику переважно увійшли характеристики доступності, обсягу та якості на-

данья медичної допомоги в розрізі її етапів. За більшістю з них більш сприятлива ситуація простежена для контролів. Проте головним завданням публікації був опис матеріалу. За основними вклю-

ченими характеристиками ситуація виявилась типовою, як щодо факторів вчасності надання допомоги, так і її відповідності стандартам, що важливо для генералізації висновків дослідження.

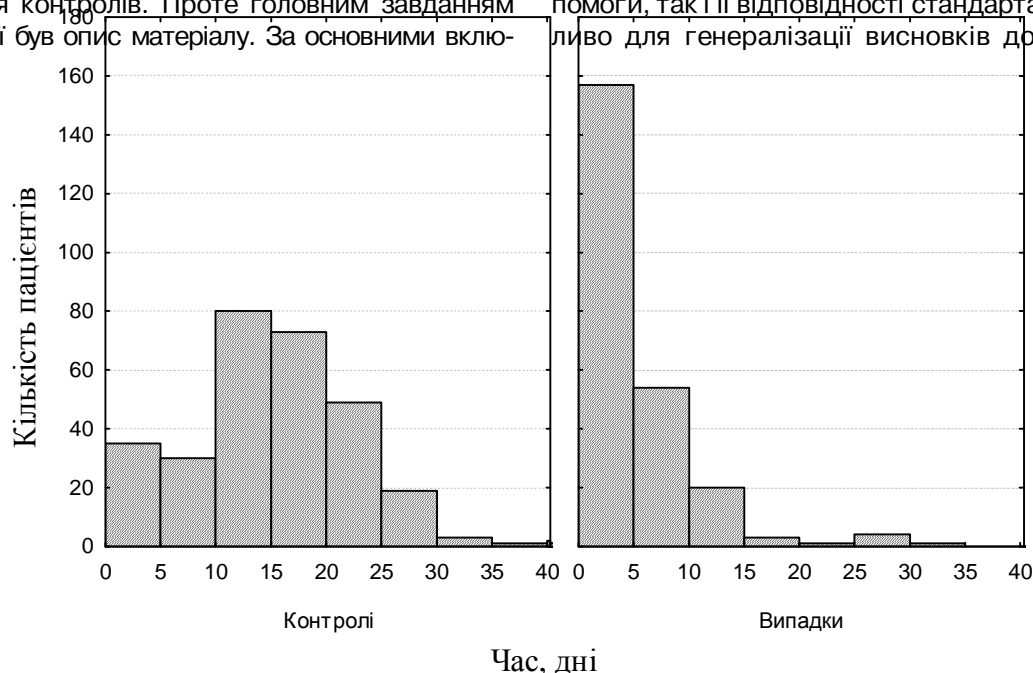


Рис 5. Розподіл пацієнтів за тривалістю перебування у стаціонарі до моменту виписки/ смерті

Висновки

1. Вивчено розподіл важливих факторів ризику летальності внаслідок ЕП за дизайном випадок-контроль із змінним співвідношенням серій.

2. Найпоширенішими ЕП були інфаркт міокарда (35,4%), інсульти (34,5%), травми черепа (6,2%).

3. Показано, що фактори якості і вчасності екстреної медичної допомоги різних етапів (до лікарської, лікарської, спеціалізованої) мали достовірно кращі значення у пацієнтів, які пережили ЕП (контроль).

4. Дуже важкий стан зустрічався значно частіше серед померлих, ніж серед контролю, – 57,50% і 13,95% відповідно, $\chi^2(2)=147$, $p<0,0001$.

5. Самолікування захворювання, внаслідок якого виник екстрений стан, відмічено у 14,7% померлих і у 5,8% тих, що вижили ($\chi^2(1)=11,7596$; $p<0,001$).

Перспективи подальших досліджень.

Матеріал публікації став підґрунтям для наступного вивчення кількісних ефектів впливу факторів ризику на летальність внаслідок ЕП, зокрема оцінок парціального ризику типу "hazard ratio".

Список літератури

1. Barbara G. Tabachnick Using multivariate statistics / Barbara G. Tabachnick, Linda S. Fidell. – 4th ed. – 2005. – 966 p.
2. Hsu J. C. Multiple Comparisons in the General Linear Model / J. C. Hsu, B. Nelson // J. of Computational and Graphical Statistics. – 1998. – Vol. 7. – P. 23–41.
3. SAS for Mixed Models, Second Edition by Ramon C. Littell, George A. Milliken, Walter W. Stroup, and Russell D. Wolfinger (Feb. 21, 2006)

ДЕСКРИПТИВНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАССИВА ДАННЫХ СЛУЧАЙ-КОНТРОЛЬ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕТАЛЬНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

А. В. Пирныкоза (Винница)

Изучены факторы летальности вследствие экстренной патологии (ЭП), так как именно летальность является критерием качества и своевременности оказания помощи при ЭП. Использован дизайн случай-контроль со сменным соотношением серий, всего 534 пациента, из них 240 случаев (умершие) и 294 контролей (выжившие). Анализ материала произведен на основе модели Кокса, для одномерных тестов использован хи-квадрат.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: экстренная патология, летальность, случай-контроль.

THE DESCRIPTIVE CHARACTERISTIC OF DATA FILE CASE- CONTROL ON STUDYING MORTALITY AS A RESULT OF EMERGENCY PATHOLOGY

A. V. Pirnykoza (Vinnitsa)

The potent factors of mortality due to emergency cases for it's pick of the bunch criteria of timeliness and quality of emergency care (EC) have been studied. Case-control design with alternating ratios of series has been used, 534 patients totally, among them 240 cases (the dead) and 295 controls (survives). Analyses based upon Cox modeling have been carried out, for univariate tests are used chi-square statistic.

KEY WORDS: emergency pathology, mortality, case-control.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л. А. Чепелевська

УДК 316.728:616-058-057.87

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОЗВІЛЛЯ
СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В КОНТЕКСТІ ЇХНЬОГО СПОСОБУ
ЖИТТЯ**

С. П. СОБОЛЬ (Сімферополь)

ДЗ "Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського"

В роботі розглядаються форми організації і проведення дозвілля вітчизняних та іноземних студентів-медиків, виявляються основні закономірності та особливості досліджуваних явищ серед означених категорій студентської молоді, на основі чого сформовано висновки і практичні рекомендації щодо оптимізації способу життя майбутніх лікарів на етапі їх додипломної підготовки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: дозвілля, спосіб життя, студенти-медики.

Докорінні зміни в системі суспільних відносин, обумовлені переходом до ринкової економіки, обраним курсом на інтеграцію у європейське співтовариство та будівництвом громадянського правового суспільства, ставлять більш високі вимоги перед державою щодо дотримання соціальних стандартів, позначаються на трансформації соціальної сфери і життєдіяльності населення. При цьому утворюється якісно нове соціокультурне середовище, до якого змушені пристосовуватися пересічні громадяни. Передусім це соціально вразливі та мало захищені верстви населення, до яких належать малолітні діти, люди похилого віку, особи з обмеженими фізичними можливостями, самотні і люди, що страждають на хронічні захворювання та потребують державної підтримки, оскільки вони самостійно не спроможні подолати труднощі буденного життя і забезпечити собі бодай мінімальне благополуччя [1;2]. До даної категорії належить і студентська молодь, значна частина якої утримується за рахунок

батьків або близьких родичів, не має стабільної і достатньої заробітної плати, живе на стипендію, внаслідок чого часто не може задовольняти свої елементарні життєві потреби у повноцінному харчуванні та належним чином організувати собі духовно-культурне дозвілля [3].

Входження України у міжнародний освітній простір супроводжується реформами в системі освіти, де здійснюється перехід на європейські освітньо-кваліфікаційні стандарти щодо підготовки спеціалістів та наукових кадрів, як це передбачено Болонським процесом, на етапі їх додипломної та післядипломної підготовки [4;5;6].

Надання вільного доступу та можливостей іноземним громадянам набуття фахової освіти у нашій країні призвело до неухильного зростання кількості студентської молоді з близького та далекого зарубіжжя. З погляду соціально-демографічної характеристики іноземні студенти є мігрантами, з усіма можливими соціально-демографічними, соціально-економічними, медико-соціальними, соціально-психологічними та

гуманітарно-культурними наслідками, що притаманні міграційним процесам та витікають з даного суспільного феномену.

Таким чином, питання дослідження способу життя та дозвілля вітчизняних та іноземних студентів становить певний науково-практичний інтерес для формування державної політики щодо соціально-гуманітарного захисту даних контингентів на сучасному етапі розвитку українського суспільства [7].

Метою дослідження стало наукове обґрунтування комплексних заходів, спрямованих на гармонізацію дозвілля студентів-медиків як важливої складової їхнього способу життя, духовно-культурного розвитку, поліпшення адаптації до умов соціального і навчального середовища та збереження валеологічного ресурсу.

Матеріали і методи. За допомогою соціологічного опитування проведено дослідження серед 300 вітчизняних та 450 іноземних студентів, що навчаються у вищих медичних навчальних закладах, незалежно від їх віку, статі, року навчання, конфесійної належності, етнічного та соціального походження та перебування у шлюбі, що дало можливість отримати узагальнену картину про житлово-побутові умови, уподобання, захоплення, інтереси, соціальні запити і життєві ціннісні установки та рівень їх фактичного задоволення у студентів у повсякденному житті. Залежно від громадянства обстежені контингенти розподілено на дві основні групи – це громадяни України та іноземні студенти, тобто ті особи, що приїхали з близького та далекого зарубіжжя на навчання у нашу країну для отримання вищої медичної освіти. Завдяки порівняльному аналізу досліджено найбільш характерні ознаки та особливості, притаманні кожній з означених когорт, виявлено певні закономірності, подібність та відмінності в організації дозвілля та способу життя у кожній з даних груп студентів. Програмно-тематична конструкція анкети підпорядкована меті дослідження, а включені до цієї анкети запитання поставлено з урахуванням їх предметного змісту, специфіки досліджуваних явищ та сутності окремих облікових ознак. Комбінований характер запитань дозволив отримати наступні відповіді респондентів: закритого типу (да–ні); напівзакритого, коли надавалася можливість обрати запропоновану відповідь або доповнити своїм варіантом відповіді; відкритого типу – респондент мав змогу дати самостійну відповідь у бажаному для нього варіанті. Поряд з цим залежно від конструктивних особливостей запитання мали дихотомічний характер, коли респонденту було запропоновано взаємовиключний тип відповіді, поліваріантний характер, представлений набором різних варіантів відповіді та їх поєднанням. Окрім того за функціональним призначенням в

анкеті передбачено питання-фільтри (для виділення частини респондентів за певними ознаками), а також контрольні та навідні (допоміжні) запитання. Методом випадкового відбору сформовано репрезентативну вибірку, а завдяки валідації соціологічної інформації мінімізовано похибки та сформовано конкретне уявлення про предмет дослідження та суб'єкт спостереження і його основні властивості.

Результати дослідження та їх обговорення. Загальновідомо, що дозвілля та відпочинок – це важливі складові способу життя, оскільки від їх організації значною мірою залежать самопочуття і здоров'я людини, її працездатність та життєстійкість, якість життя, а також характер задоволення потреб у повсякденному житті.

Особливо важливим компонентом є організація дозвілля серед студентської молоді, що зумовлено рядом обставин. Насамперед тим, що студенти-медики у вищих медичних навчальних закладах, на відміну від студентів інших вищих навчальних закладів, у процесі навчання повинні опанувати велику кількість спеціальних та складних предметних дисциплін, як загально-теоретичних базових (анатомія, біологія, біохімія, хімія, гістологія тощо), так і різнопланових клінічних (терапія, хірургія, педіатрія, акушерство-гінекологія тощо), що суттєво позначається на тривалості навчання (додипломна і післядипломна підготовка) та інтенсивності аудиторної та позааудиторної роботи, особливо в умовах запровадження кредитно-модульного підходу, що забирає левову частку часу у студентів на підготовку до практичних занять, поточного та підсумкового модульного контролю знань і практичних навичок, який проводиться на завершальній стадії кожної навчальної дисципліни. Все це призводить до того, що студентам доводиться суттєво обмежувати свій час на дозвілля саме заради своєчасного отримання заліків та успішного навчання для отримання стипендії. Втім нерідко через матеріальні труднощі певній частині студентів одночасно доводиться у позааудиторний час підробляти у вечірні та нічні зміни, що ще більше посилює ритм їхнього життя та скорочує можливості на організацію дозвілля і відпочинок.

Слід зазначити, що саме дозвілля та спосіб його проведення виступають одними з провідних чинників у житті людини, коли вона має змогу зайнятися улюбленою справою, підвищувати свій духовно-культурний рівень, активно відпочивати та знімати втому після тяжкої і складної роботи, пов'язаної з психоемоційним та інтелектуально-розумовим навантаженням, що є невід'ємними складовими навчального процесу.

На запитання анкети "Як Ви проводите своє дозвілля?" та "В якій мірі Ви задоволені організацією свого власного дозвілля?" отримані наступні відповіді (табл. 1, 2).

Таблиця 1. Характер проведення дозвілля вітчизняними та іноземними студентами-медиками ($P \pm m_{\%}$)

Характер проведення дозвілля	Вітчизняні студенти	Іноземні студенти	P	Всього
Читання спеціальної літератури вдома чи у бібліотеці	10,1±0,3	8,4±0,2	>0,05	9,3
Читання художньої літератури	3,3±0,3	1,5±0,6	>0,05	2,4
Відвідування кіно, театру, виставок, музеїв	9,1±0,4	3,8±0,7	>0,01	6,5
Зайняття фізичною культурою та спортом	6,5±1,1	9,5±0,8	>0,05	8,0
Відвідування розважальних закладів	12,7±1,2	10,3±1,3	<0,5	11,5
Захоплення улюбленою справою (хобі)	4,8±0,3	7,3±0,6	>0,05	6,0
Перегляд телепередач, просто відпочиваю, сплю	11,6±0,5	10,8±0,9	<0,5	11,2
У колі друзів та знайомих	15,6±0,7	16,2±1,1	<0,5	15,8
Вихід на природу, мандрівки у вихідні дні	3,2±0,1	0,3±0,3	>0,01	1,8
Зайняття господарськими справами (прання білизни, приготування їжі тощо)	23,1±1,7	31,9±2,1	>0,05	27,5
Разом	100,0	100,0		100,0

З таблиці 1 видно, що більшість вітчизняних та іноземних студентів під час дозвілля віддають перевагу виконанню господарських справ – 23,1% та 31,9% відповідно, при цьому серед іноземних студентів таких осіб на 8,8% більше порівняно з вітчизняними студентами, і дана різниця є достовірною ($p > 0,05$).

Привертає увагу і той факт, що у загальній структурі як вітчизняні, так і іноземні студенти значно частіше відвідують розважальні заклади, переглядають телепередачі і просто сплять, проводять свій вільний час у колі друзів та знайомих, читають спеціальну літературу вдома та у бібліотеці, займаються фізичною культурою і спортом.

На відміну від вітчизняних студентів значно менше іноземних студентів відвідують кіно, вис-

тавки, музеї і театри, що вказує на певні особливості та відмінності у звичках, традиціях та характері ціннісних орієнтацій поміж даними групами студентів. Окрім того низьке прагнення іноземних студентів до відвідування культурних закладів може бути обумовлене певними мовними труднощами, з якими вони можуть безпосередньо стикатися в процесі відвідування таких закладів, оскільки екскурсії здебільшого супроводжуються коментарями і розповідями про експонати (якщо йдеться про відвідування музеїв чи виставок) українською або російською мовою, тоді як переважна більшість іноземних студентів, котрі приїхали з далекого зарубіжжя, спілкуються англійською і досить задовільно або і незадовільно володіють російською.

Таблиця 2. Ступінь задоволення вітчизняних та іноземних студентів-медиків характером організації дозвілля ($P \pm m_{\%}$)

Оцінка організації дозвілля	Вітчизняні студенти-медики	Іноземні студенти-медики	P	Всього
Задоволені у повній мірі	21,0±1,3	18,5±1,6	<0,5	19,8
Не задоволені	73,9±1,6	79,9±1,4	>0,05	76,9
Не визначилися	5,1±0,4	1,6±0,2	>0,01	3,3
Разом	100,0	100,0		100,0

Щодо задоволеності організацією дозвілля встановлено, що цілком влаштовує форма проведення дозвілля лише 19,8% студентів, тоді як 76,9% респондентів невдоволені тим, як вони проводять своє дозвілля. Остаточо не змогли визначитися щодо даного питання 3,3% респондентів, переважну більшість яких (5,1±0,4%) становили вітчизняні студенти, тоді як серед іноземних студентів таких осіб виявилось лише 1,6±0,2%, і дана різниця є достовірною ($p > 0,01$), що свідчить про певні закономірності і особли-

вості у відношенні до цього важливого аспекту способу життя з боку означених контингентів.

У свою чергу привертає увагу той факт, що серед осіб, котрі цілком задоволені організацією власного дозвілля, незважаючи на деякі розбіжності у оцінках серед вітчизняних та іноземних студентів у даному питанні 21,0±1,3% та 18,5±1,6, дана відмінність не є суттєвою ($p < 0,5$).

Аналогічна картина виявлена також серед контингентів, котрі невдоволені характером проведення свого дозвілля, що підтверджує

відсутність соціально значущих причин, котрі б серйозно вплинули на суб'єктивну оцінку і ставлення вітчизняних та іноземних студентів до такого важливого атрибуту життя, яким є дозвілля.

Добре відомо, що гарно організоване дозвілля нерідко виступає передумовою, яка дає змогу людині, особливо у молодому віці, відволіктися від повсякденних турбот і проблем, зняти стрес, відновити свою працездатність та отримати заряд бадьорості і відчутти насолоду від життя, що вкрай необхідно для формування позитивного настрою, для уникнення депресій та зміцнення віри у себе, свої сили та можливості, що зрештою дає наснагу та створює важливий імпульс для досягнення поставленої мети, створює передумови для більш значних успіхів в роботі та повсякденному житті.

Слід зазначити, що характер організації дозвілля та відпочинку, а також конкретний вибір форм їх проведення багато в чому залежать від цілого ряду обставин:

- риси характеру та форми соціальної поведінки особистості;
- комунікаційні характеристики та схильність людини до тих чи інших форм проведення свого часу;
- матеріальний статок і соціальне оточення людини;
- форма та характер основного заняття і соціального статусу (студент, робітник, службовець, сімейний стан тощо) особистості;
- інтелектуальні здібності і креативність особистості;
- уподобання і захоплення людини, її світогляд та цільові установки.

Завдяки моделюванню і конструюванню соціально-психологічного портрету людини можна скласти уявлення про характер проведення нею дозвілля, а також про захоплення і схильність до тих чи інших форм соціальної поведінки.

В свою чергу, вивчаючи форми та характер проведення дозвілля тією чи іншою особою або серед певних категорій населення, як наприклад, студенти-медики, можна скласти за окремими ознаками цілісний соціально-психологічний портрет про людину або окрему соціальну групу щодо найбільш притаманних рис характеру та схильності до певних дій, уподобань і захоплень та розробляти науково обґрунтовані

практичні рекомендації щодо поліпшення якості життя і здоров'я серед даних контингентів.

Висновки

1. Складний та напружений ритм життя студентів-медиків, обумовлений щільністю занять і значним навантаженням на психоемоційну сферу та інтелектуально-розумову діяльність, особливо в умовах запровадження кредитно-модульної системи, коли студентам доводиться інтенсивно працювати у аудиторний та позааудиторний час, є одним з несприятливих чинників, що може призвести до виникнення надмірної втоми, погіршення самопочуття, настрою та погіршення успішності навчання та вимагає від студентів чіткого планування власного розпорядку дня та добре організованого дозвілля і відпочинку як ефективних засобів запобігання і протидії розвитку означених станів. Тому проведення серед студентів тематичних занять в рамках санітарно-просвітницької роботи і спеціальних психотерапевтичних тренінгів щодо впорядкування способу життя є одним з дієвих кроків медико-соціальної підтримки даних контингентів.

2. Між вітчизняними та іноземними студентами існують значні відмінності щодо уподобань та захоплень в організації та проведенні дозвілля, котрі слід враховувати при формуванні комплексно-цільових програм соціальної молодіжної політики серед студентів вищих медичних навчальних закладів.

3. Переважна більшість студентів-медиків висловлюють невдоволення щодо організації власного дозвілля і відпочинку, що вказує на необхідність активізації даної роботи та проведення цілеспрямованих системних заходів на рівні держави та навчальних закладів, котрі сприяли б ширшому охопленню студентської молоді суспільно корисними та соціально значущими заходами, залученню даних контингентів до волонтерського руху, екологічно-культурних заходів тощо, котрі б були не тільки цікавими, але і корисними для студентської молоді.

Перспективи подальших досліджень. На основі матеріалів дослідження сформовано пропозицію щодо внесення змін та доповнень до концепції проекту загальнодержавної цільової соціальної програми «Формування здорового способу життя молоді України на 2013–2017 роки».

Список літератури

1. *Закон України* «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні» від 5 лютого 1993 р. №2998-XII // ВВР. – 1993. – №16. – С. 167.
2. *Грузева Т. С.* Наукове обґрунтування програми статистичної обробки матеріалів вибіркового комплексного дослідження здоров'я населення / Т. С. Грузева // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 2. – С. 35–37.

3. Губина О. И. Изучение качества жизни и адаптации студентов медицинского вуза / О. И. Губина, В. И. Евдокимов, А. Н. Федотов // Вестн. новых мед. технологий. – 2006. – № 3. – С. 167.
4. Книгавко В. Г. Психологічні проблеми адаптації студентів до навчання на перших курсах медичних університетів / В. Г. Книгавко, О. В. Зайцева // Актуальні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів України : матер. наук.-метод. конф. – Чернівці, 2002. – С. 55.
5. Кречотень О. М. Обґрунтування системи медичної допомоги студентам вищих навчальних закладів різних форм власності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / О. М. Кречотень. – К., 2009. – 29 с.
6. Концепція проекту загальнодержавної цільової соціальної програми «Формування здорового способу життя молоді України на 2013–2017 роки» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua>.
7. Про затвердження Державної цільової соціальної програми «Молодь України на 2009-2015 роки» : постанова Кабінету Міністрів України від 28.01.2009 р. №41 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua>.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДОСУГА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В КОНТЕКСТЕ ИХ СПОСОБА ЖИЗНИ

С. П. Соболев (Симферополь)

В работе рассматриваются формы организации и проведения досуга отечественных и иностранных студентов-медиков, определяются основные закономерности и особенности исследуемых явлений среди указанных категорий студенческой молодежи, на основании чего сформированы выводы и практические рекомендации по оптимизации способа жизни будущих врачей на этапе их до дипломной подготовки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **досуг, образ жизни, студенты-медики.**

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF THE REST ORGANIZATION AMONG MEDICAL STUDENTS IN THE CONTEXT OF LIFESTYLE AND HEALTH OF THESE CONTINGENTS

S. P. Sobol (Simferopol)

The ways of organization and rest among native and foreign medical students are examined, the main patterns and peculiarities of the researched phenomenon among the denoted categories of students are determined. In consequence of it conclusions and practical recommendations have been formulated and practical recommendations in the optimization of the life quality and health improvement of the future doctors on the stage of their degree preparation.

KEY WORDS: **rest, lifestyle, medical students, health.**

Рецензент: Ф.П. Ринда

УДК: 616-058+614.254+616-089

А. М. ЯВОРСЬКИЙ (Івано-Франківськ)

РІВЕНЬ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Стаття присвячена вивченню рівня соціально-психологічної адаптації пацієнтів та її впливу на задоволеність медичною допомогою. Обстежено 530 пацієнтів, що завершували лікування у хірургічних відділеннях стаціонарних закладів Івано-Франківської області всіх рівнів. Встановлено, що рівень задоволеності пацієнтів медичною допомогою залежить від рівня їх соціально-психологічної адаптації, оскільки суттєво знижується при належності до соціально вразливих груп населення - пенсіонерів та інвалідів (OR=1,84; 95% CI: 1,03-3,31, $p<0,05$), наявності недобррозичливих сімейних взаємовідносин (OR=2,12; 95% CI: 1,28-3,49, $p<0,01$), відсутності підтримки і любові з боку рідних (OR=1,51; 95% CI: 1,03-2,21; $p<0,05$), низькій соціальній активності (OR=1,61; 95% CI: 1,03-2,50; $p<0,05$) та дистресах (OR=1,65; 95% CI: 1,12-2,42; $p<0,05$).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: якість медичного обслуговування, задоволеність медичною допомогою, соціально-психологічна адаптація.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Згідно із філософією загального управління якістю (total quality management — TQM) «Якість послуги представляє її здатність задовольнити потреби і очікування конкретного споживача» [1]. Саме тому ВООЗ акцентує, що «Якісне медичне обслуговування – це обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш усього потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня» [2, 3].

В Україні за роки незалежності достатньо уваги приділялось нормативно-правовому забезпеченню якості медичної допомоги. Запроваджено обов'язкову акредитацію медичних закладів, ліцензування медичної практики, розроблені стандарти медичної допомоги та клінічні протоколи, лікарський формуляр, прийнята Концепція управління якістю медичної допомоги населенню в Україні на період до 2010 року (Наказ МОЗ України від 31.03.2008 № 166) [4]. Однак, ці заходи з управління якістю медичної допомоги сконцентровані переважно на структурній та процесній складовій, значно менше уваги приділяючи індикаторам результативності, зокрема підвищенню рівня задоволеності пацієнтів як найважливішого критерію ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я [5].

Слід зазначити, що при вивченні задоволеності споживачів наданими їм послугами необхідно враховувати суб'єктивність таких оцінок та

залежність їх не тільки від якості медичної допомоги, але й емоційної рівноваги та рівня душевного спокою респондентів, ступеня пристосування психіки та поведінки особистості до умов соціального середовища, тобто рівня його соціально-психологічної адаптації [6].

Мета дослідження: встановити вплив рівня соціально-психологічної адаптації пацієнтів на задоволеність хірургічною стаціонарною допомогою.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні використані результати медико-соціального ретроспективного епідеміологічного дослідження, що проводилось на базі хірургічних стаціонарних відділень для дорослих всіх міських, районних, центральних районних та обласної клінічної лікарні Івано-Франківської області. Опитано 530 пацієнтів, які завершували тут лікування на момент проведення дослідження. За рівнем задоволеності наданою медичною допомогою респондентів було розділено на дві групи. Першу групу (372 особи) склали пацієнти, повністю задоволені рівнем медичних послуг у відділенні та лікарні загалом, другу (158 осіб) – не задоволені. За віком, статтю та місцем проживання групи порівняння між собою не відрізнялися ($p>0,05$).

Враховуючи, що показниками соціально-психологічної адаптації є соціальний статус в суспільстві та психологічне задоволення основними елементами соціального середовища [7], вивчали категорійний розподіл у досліджуваних групах таких параметрів, як: соціальний статус респондентів за їх зайнятістю та сімейним станом, взаємовідносини у сім'ї, соціальна підтримка та активність і загальна задоволеність життям.

Оскільки за результатами дослідження отримані переважно категорійні (якісні) дані, для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 обстежених і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили з допомогою критерію χ^2 [8]. Для вивчення впливу окремих чинників на задоволеність медичною допомогою використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95 % Confidential Interval, 95% CI).

Якщо 95% CI містив одиницю, то вплив досліджуваного чинника розцінювали як несуттєвий [9].

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що респонденти характеризуються низьким рівнем зайнятості суспільно корисною працею (рис. 1), незалежно від місця проживання. Як видно на рис. 1, понад 40% ($43,8 \pm 2,2\%$) з них на момент дослідження не працювали. Тільки третина ($31,9 \pm 2,0\%$) опитаних працювала за спеціальністю, а решта - працюють не за своїм фахом ($15,9 \pm 1,6\%$) чи перебиваються випадковими заробітками ($8,4 \pm 1,2\%$).

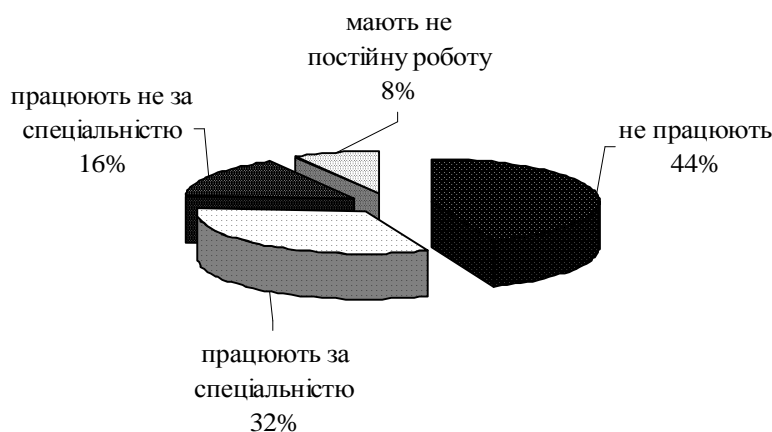


Рис. 1. Характеристика зайнятості опитаних

З числа непрацюючих майже половина знаходяться на державному соціальному утриманні як пенсіонери ($40,9 \pm 3,2\%$) чи інваліди ($8,3 \pm 1,8\%$). Ще $7,4 \pm 1,7\%$ - студенти. Решта, а це практично 40% не зайнятих - не мають роботи або займаються домогосподарством.

Зрозуміло, що з віком частка не працюючих зростає ($p < 0,001$), сягаючи $83,5 \pm 3,9\%$ у віці понад 60 років (головним чином за рахунок пенсіонерів - $94,7 \pm 2,6\%$). Однак тривожить, що не працює майже половина молоді до 30 років ($47,3 \pm 5,2\%$). Причому з них навчаються тільки $55,8\%$, а решта мають статус безробітних.

Суттєвої відмінності у рівні та структурі зайнятості серед основних груп порівняння (задоволених медичних обслуговуванням і ні) не встановлено ($p > 0,05$), що підтверджено й розрахунками показника відношення шансів (OR при незайнятості становить $0,85$; 95% CI: $0,59-1,25$; $p > 0,05$). Однак, належність до таких соціально вразливих груп, як пенсіонери чи інваліди, суттєво збільшує шанси незадоволеності медичною допомогою (OR= $1,84$; 95% CI: $1,03-3,31$, $p < 0,05$).

Вивчення соціального статусу респондентів за сімейним станом засвідчило, що більшість з них, незалежно від статі та місця проживання, перебувають у шлюбі - $75,1 \pm 1,9\%$. Кожен десятий опитаний ($9,4 \pm 1,5\%$) ніколи не перебував у ньому, ще $8,5 \pm 1,5\%$ - овдовілі, а $6,3 \pm 1,3\%$ - розлучені.

З віком цілком логічно розподіл респондентів за сімейним статусом мінявся ($p < 0,001$). Серед

молодих пацієнтів (до 30 років) частки осіб, що вступили у шлюб, та тих, що ще його не уклали, є практично однаковими: $49,4 \pm 5,5\%$ та $44,6 \pm 5,5\%$, а випадки розлучень та вдівства - поодинокими. В наступних вікових групах найбільша частка припадає на пошлюблених - $82,1 \pm 3,6\%$ - $86,4 \pm 3,3\%$. При цьому, з віком зростає частка овдовілих, сягаючи третини ($30,4 \pm 4,8\%$) опитаних похилого віку (понад 60 років). Відповідно, й питома вага осіб, що перебувають у шлюбі, у найстаршій віковій групі дещо знижується - $64,1 \pm 5,0\%$.

Слід зазначити, що найбільша частота розлучень припадає на вік 30-49 років ($7,3 \pm 2,5\%$ - $8,6 \pm 2,6\%$). Тобто можна спрогнозувати, що надалі частка самотніх буде збільшуватись не тільки за рахунок вдівства, а й розлучень.

Суттєвої різниці сімейного статусу серед основних груп порівняння (задоволених медичних обслуговуванням і ні) не встановлено ($p > 0,05$). Перебування у шлюбі чи ні не впливає на задоволеність медичною допомогою (OR при шлюбі становить $0,90$; 95% CI: $0,58-1,38$; $p > 0,05$).

Відповідно до встановленого розподілу респондентів за сімейним статусом абсолютна більшість із них, незалежно від статі та місця проживання ($p > 0,05$), вказали, що проживають подружжям ($65,3 \pm 2,1\%$), практично половина ($41,4 \pm 2,2\%$) - з дітьми, кожен п'ятий ($21,8 \pm 1,8\%$) - з батьками. Частка тих, хто є повністю одинками - незначна ($6,6 \pm 1,1\%$), хоча й суттєво

($p < 0,001$) зростає з віком (до $15,6 \pm 3,8\%$), що підкреслює і зростання потреби у соціальній допомозі. Проте, суттєвого впливу цього чинника на задоволеність медичною допомогою не встановлено (OR при одинокому проживанні = 0,67; 95% CI: 0,30–1,50; $p > 0,05$).

Важливим чинником, що міг би формувати тип психоемоційної відповіді пацієнтів на умови надання медичної допомоги, є задоволеність їх взаємовідносинами у сім'ях. Слід відзначити, що тільки п'ята частина респондентів ($23,0 \pm 1,8\%$) оцінили відносини між членами сім'ї як доброзичливі. З решти – абсолютна більшість вважала їх задовільними ($67,8 \pm 2,1\%$), а кожен десятий ($9,2 \pm 1,3\%$) – незадовільними.

При цьому, респонденти основної групи (незадоволені медичним обслуговуванням) у цілому гірше оцінювали тип взаємовідносин у сім'ях (рис. 2). Серед них достовірно нижчою була частка тих, хто позначав їх як доброзичливі $14,7 \pm 2,8\%$

у порівнянні із $26,7 \pm 2,3\%$ таких у контрольній групі ($p < 0,01$).

Показано, що доброзичливі стосунки у сім'ях респондентів суттєво знижують шанси незадоволеності медичною допомогою: OR=0,47; 95% CI: 0,29–0,78 ($p < 0,01$), тобто зниження відношення шансів (ORR) становить відповідно 2,12; 95% CI: 1,28–3,49.

Логічно, що рівень задоволеності медичною допомогою може також залежати і від відчуття пацієнтами підтримки та любові з боку своїх рідних, власної потреби родині. Встановлено, що серед незадоволених медичним обслуговуванням значно менше тих, хто відчуває постійну родинну підтримку, ніж у контрольній групі – $55,1 \pm 4,0\%$ проти $65,0 \pm 2,5\%$ ($p < 0,05$). Відповідно, наявність такої підтримки достовірно знижує шанси незадоволеності пацієнтів медичною допомогою (ORR=1,51; 95% CI: 1,03–2,21; $p < 0,05$).

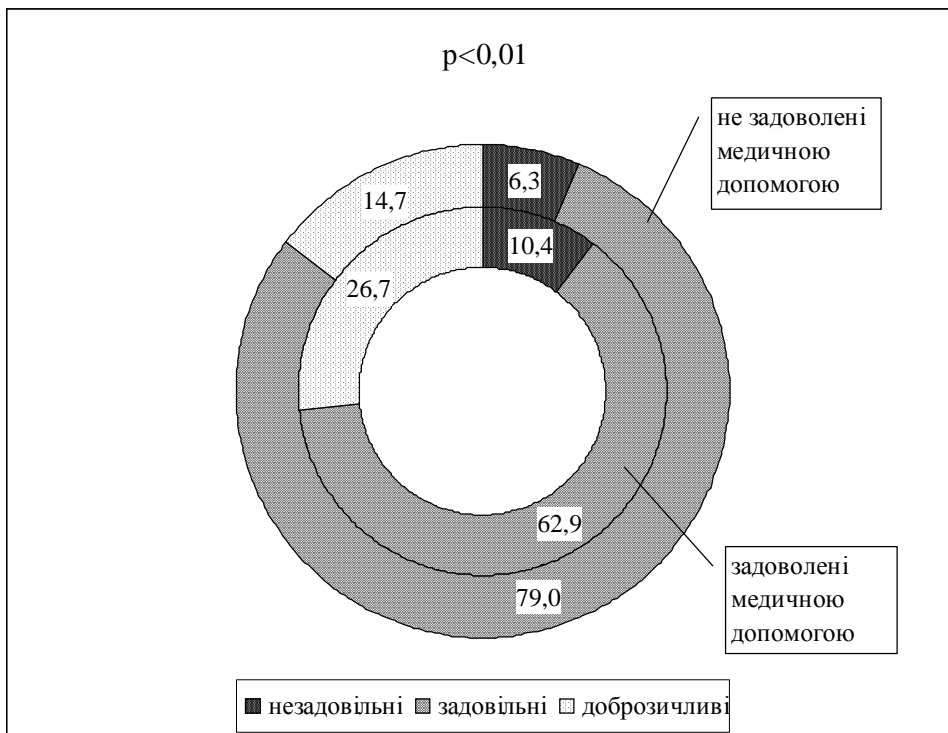


Рис. 2. Самооцінка респондентами сімейних взаємовідносин

Крім участі у житті родини, важливим чинником, що може впливати на рівень задоволеності медичною допомогою, може бути й інша соціальна активність – участь у суспільному житті, відвідування церкви чи інших громадських об'єднань тощо. Попри встановлену загальну соціальну пасивність населення питома вага осіб, що займають активну соціальну позицію, серед незадоволених медичним обслуговуванням ще нижча, ніж серед задоволених ($21,7 \pm 3,3\%$ проти $30,8 \pm 2,4\%$, $p < 0,05$). Логічно, що з віком показники соціальної активності погіршуються із $39,8 \pm 5,2\%$ в молодому віці до $22,5 \pm 4,4\%$ в похилому ($p < 0,05$).

Але за статтю та місцем проживання суттєвих відмінностей не встановлено ($p > 0,05$).

За результатами розрахунку показника відношення шансів показано, що активне громадське життя достовірно знижує шанси незадоволеності пацієнтів медичною допомогою (ORR=1,61; 95% CI: 1,03–2,50; $p < 0,05$).

Отримані у дослідженні дані підтвердили загальновідому традиційну релігійність населення Західного регіону України. Так, зовсім незначна кількість опитаних ($3,3 \pm 0,8\%$) визнали, що взагалі не відвідують церкву чи інше релігійне зібрання. Практично 40% мешканців При-

карпаття (37,9±2,1%), незалежно від місця проживання, роблять це постійно. Причому жінки більш релігійні, ніж чоловіки (42,7±2,8% проти 30,2±3,3%, $p<0,01$). Частота відвідувань релігійних громад з віком зростає (до 48,4±5,2% у віці понад 60 років, $p<0,05$), проте й серед молоді вона досить вагома - 32,97±4,96% осіб у віці до 30 років.

Частка тих, хто постійно відвідують церковні громади, серед незадоволених медичною допомогою нижча, ніж серед задоволених (30,6±3,7% проти 41,1±2,6% відповідно, $p<0,05$). Очевидно віруючі люди більш толерантно відносяться до різних життєвих незгод. Доведено, що участь у активному релігійному житті знижує шанси незадоволеності медичною допомогою (ORR=1,58; 95% CI: 1,06–2,36; $p<0,05$).

Важливим соціально-психологічним чинником, що формує рівень задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням, може бути й наявність дистресів у їхньому житті. Вивчення цього питання показало, що лише незначна кількість опитаних (3,3±0,8%) зовсім не зважають на стресові ситуації. Абсолютна ж більшість респондентів (62,1±2,1%) зазначили, що піддаються їх впливу час до часу. Проте, третина респондентів (34,6±2,1%), незалежно від віку та місця проживання, скаржилися на постійні стреси у власному житті. Причому, жінки частіше, ніж чоловіки - 39,2±2,7% проти 27,1±3,2% відповідно ($p<0,01$).

Як видно на рис. 3, у групі незадоволених медичним обслуговуванням скарги на постійні стреси зустрічались частіше, ніж у групі задоволених - 42,7±4,0% у порівнянні з 31,2±2,4% (OR=1,65; 95% CI: 1,12–2,42; $p<0,05$).

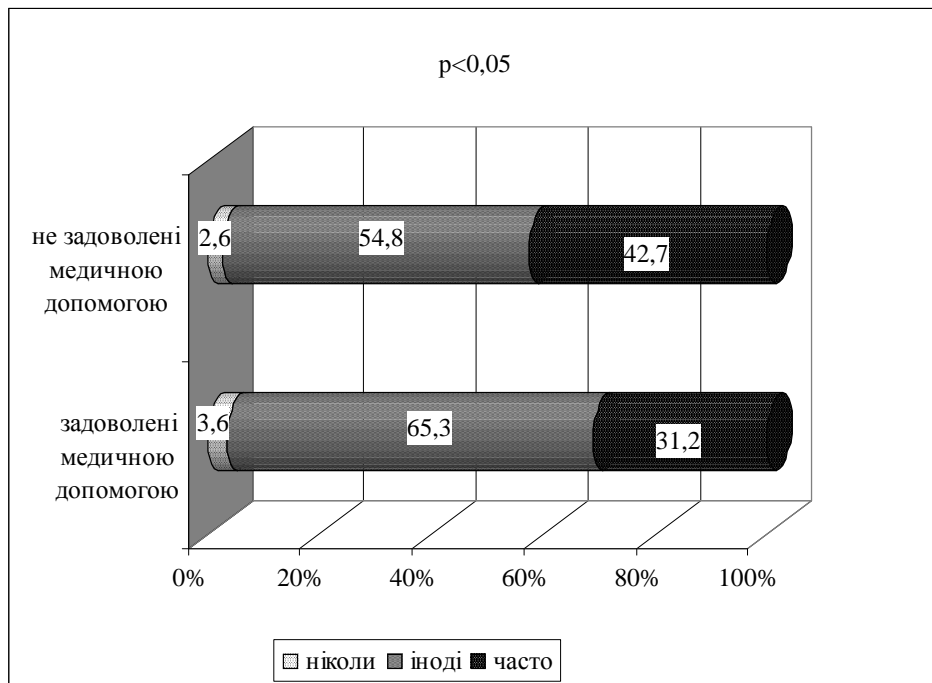


Рис. 3. Частота стресових ситуацій в порівнюваних групах

Інтегральною оцінкою соціально-психологічних чинників та якості життя є задоволеність ним загалом. Наше дослідження показало, що тільки кожен п'ятий опитаний (18,9±1,7%) повністю задоволений життям. Більшість респондентів (58,9±2,1%), незалежно від статі і місця проживання ($p>0,05$), задоволені ним посередньо. Слід зазначити, що досить вагома частка опитаних (21,8±1,8%) зовсім незадоволені власним життям. Встановлено, що рівень задоволеності життям суттєво погіршується з віком ($p<0,001$), але на задоволеність медичними послугами не впливає (OR=1,48; 95% CI: 0,96–2,29, $p>0,05$).

Висновок

Рівень задоволеності пацієнтів медичною допомогою залежить від рівня їх соціально-пси-

хологічної адаптації, оскільки суттєво знижується при належності до соціально вразливих груп населення - пенсіонерів та інвалідів (OR=1,84; 95% CI: 1,03–3,31, $p<0,05$), наявності неблагозичливих сімейних взаємовідносин (OR=2,12; 95% CI: 1,28–3,49, $p<0,01$), відсутності підтримки і любові з боку рідних (OR=1,51; 95% CI: 1,03–2,21; $p<0,05$), низькій соціальній активності (OR=1,61; 95% CI: 1,03–2,50; $p<0,05$) та дистресах (OR=1,65; 95% CI: 1,12–2,42; $p<0,05$).

Перспективи подальших досліджень.

Отримані нами результати дослідження будуть використані при розробці удосконаленої системи контролю якості хірургічної стаціонарної допомоги.

Список літератури

1. *Нові технології навчання менеджменту в медицині: [навчальний посібник] / За заг. ред. Ю. В. Вороненка, Н. Г. Гойди, О. П. Мінера, М. Мітчела. – К.: Книга плюс, 2009. - 416 с.*
2. *Зюков О. Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття “якість медичної допомоги”/ О.Л. Зюков // Охорона здоров'я України. – 2007. - № 3-4. – С.72-75.*
3. *Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2008. – 86 с.*
4. *Дзяк Г. В. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані із загальноєвропейськими методами / Г.В.Дзяк, В.М.Лехан, Л.В.Крячкова // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 6-9.*
5. *Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009.- 50 с.*
6. *Ткачишина О. Р. Соціально-психологічна адаптація особистості як невід'ємна складова її соціалізації / О. Р. Ткачишина // Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. - К., 2006. – Т. VIII. - Вип. 1. - С. 341-348.*
7. *Урбанович А. А. Психология управления: учебное пособие / А. А. Урбанович. – Мн.: Харвест, 2001. – 640 с.*
8. *Децик О. З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5-8.*
9. *Бабич П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Український медичний часопис. – 2005. - № 2 (46). – С. 113-119.*

УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Яворський А. М. (Івано-Франківськ)

Статья посвящена изучению уровня социально-психологической адаптации пациентов и ее влиянию на удовлетворенность медицинской помощью. Обследовано 530 пациентов, завершающих лечение в хирургических отделениях стационарных учреждений Ивано-Франковской области. Установлено, что уровень удовлетворенности пациентов медицинской помощью зависит от уровня их социально-психологической адаптации, поскольку существенно ухудшается при принадлежности к социально незащищенным группам населения – пенсионерам и инвалидам (OR=1,84; 95% CI: 1,03 - 3,31, p<0,05), наличии неблагоприятных семейных взаимоотношений (OR=2,12; 95% CI: 1,28–3,49, p<0,01), отсутствии поддержки и любви родственников (OR=1,51; 95% CI: 1,03–2,21; p<0,05), низкой социальной активности (OR=1,61; 95% CI: 1,03–2,50; p<0,05) и дистрессах (OR=1,65; 95% CI: 1,12–2,42; p<0,05).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. *Качество медицинского обслуживания, удовлетворенность медицинской помощью, социально-психологическая адаптация.*

THE LEVEL OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AS A PATIENTS' SATISFACTION IMPACTED FACTOR

Jaworskiy A. M. (Ivano-Frankivsk)

This article is devoted to studying the level of social and psychological adaptation of patients and its impact on satisfaction with medical care. The study involved 530 patients completing treatment in the surgical departments of Ivano-Frankivsk region inpatient facilities. It is established that the level of satisfaction of medical care of patients depends on their social and psychological adaptation as significantly reduced when belonging to vulnerable groups such as pensioners and the disabled (OR=1,84; 95% CI: 1,03-3,31, p<0.05), presence of adverse family relationships (OR=2,12; 95% CI: 1,28-3,49, p<0.01), lack of support and love from family (OR=1,51; 95% CI: 1,03–2,21; p<0,05), low social activity (OR=1,61; 95% CI: 1,03–2,50; p<0,05) and distress (OR=1,65; 95% CI: 1,12–2,42; p<0,05).

KEY WORDS: *quality of medical care, satisfaction of medical care, social and psychological adaptation.*

Рецензент:

УДК:61.001.8.+519.24/27:616.89/8)-085

ДОЦІЛЬНІСТЬ ТА ПРАКТИЧНА МОЖЛИВІСТЬ ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОБЛІКОВО-СТАТИСТИЧНОЇ РОБОТИ У ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНІЙ ЛІКАРНІ

С. І. ШКРОБОТ, В. В. ШКРОБОТ, Г. Ф. КОРНІЄНКО, І. І.КОРНІЄНКО (Тернопіль)

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня

Висвітлено значення інформатизації системи охорони здоров'я для її успішної інтеграції у світовий інформаційний простір, що є важливим компонентом реформування вітчизняної медицини.

Запропоновано технологію накопичення та комп'ютерної обробки статистичних даних з затверджених наказами МОЗ загально-відомих паперових носіїв, незамінних в повсякденній управлінській діяльності психоневрологічної лікарні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інформатизація охорони здоров'я, комп'ютерні обліково – статистичні програми, автоматизовані робочі місця.

Інформатизація системи охорони здоров'я належить до числа ключових загальнодержавних завдань. Від успішного та ефективного їх вирішення залежить перспектива України в досяжному майбутньому зайняти гідне місце серед розвинутих країн з високим рівнем соціального захисту населення.

Широке впровадження інформаційних технологій в лікувальний та діагностичний процес, інтеграція у світовий інформаційний простір за рахунок застосування сучасних інформаційних технологій є важливим компонентом реформування вітчизняної медицини. Це дозволить за порівняно короткий термін домогтися суттєвого підвищення ефективності роботи закладів охорони здоров'я, підвищити якість лікування та діагностики.

Робота медичних працівників в значній мірі пов'язана з заповненням великої кількості документів на паперових носіях. Ведення такої роботи веде до значного витрачання робочого часу (за деякими оцінками – до 50 %). Таке традиційне ведення документації має низку недоліків: часто такі документи дублюються, якщо пацієнт звертається до різних медичних установ; частину записаної лікарями інформації не можна прочитати; допускаються помилки при внесенні інформації або читанні, картки пацієнтів губляться чи псуються; результати аналізів та досліджень, зроблених в одній медичній установі, не завжди доступні лікарям іншої.

Інформатизація медицини – це один із пріоритетних напрямків розвитку сучасного технічного прогресу. Особливої ваги набули задачі збереження інформації про пацієнтів, статичний аналіз, швидкий доступ до даних тощо. Важли-

ве значення надається підвищенню ефективності праці лікаря, уникненню помилок при діагностиці та записі інформації до баз даних, стандартизації основних процедур.

Указом Президента України від 20 жовтня 2005 року № 1497/2005 “Про першочергові завдання щодо впровадження новітніх інформаційних технологій “передбачено вжиття заходів до створення загальнодержавних інформаційних систем, насамперед з питань охорони здоров'я, освіти, науки, культури, довкілля. На жаль, заплановані заходи так і залишились невиконаними.

Розвиток комп'ютерних технологій у нашому закладі має майже 5-ти літню історію. Ознайомившись на місцях зі станом впровадження інформаційних комп'ютерних методологій в щоденну обліково-статистичну та клінічну роботу обласних психоневрологічних закладів Західного регіону, ми переконалися, що розраховувати на централізоване забезпечення медичних закладів всіх типів комп'ютерними програмами не реально з врахуванням їх дороговартості (близько 4 тис. грн. за 1 автоматизоване робоче місце – АРМ).

Мета роботи: вивчити можливість використання в обліково-статистичній роботі спеціалізованих психоневрологічних закладів розроблених нашими співробітниками комп'ютерних програм.

Матеріали і методи: у роботі використано матеріали власних напрацювань за останніх 5 років по оптимізації щоденної, кварталної та річної обліково – статистичної інформації як для внутрішніх потреб закладу, так і для звітності на обласному рівні.

Нами впроваджено в роботу та супровід у використанні комп'ютерних програм “Стаціо-

нар”, “Поліклініка” у загально-лікарняній мережі протяжністю близько 700 м з власними доробками, що дозволяє оперативно, достовірно та безпомилково забезпечити адміністрацію, керівників структурних підрозділів, бухгалтерію, базові кафедри місцевого медуніверситету ім. І. Я. Горбачевського, обліково-статистичну службу необхідною інформацією для будь-яких виробничих потреб, в т.ч. підготовці звітних форм.

Суть наших нововведень:

- паспортні дані про хворого, попередньо зареєстрованого у “Журналі обліку прийому хворих в стаціонар”, ф.№001/о вносяться у приймальному відділенні у комп’ютер і видруковується “титульна” сторінка ф.003/о, чим забезпечується повна ідентичність у них даних, “читабельність” записів, тривалість зберігання без погіршення якості і т.п.;

- дані з комп’ютера приймального відділення по оптиковолоконно–проводовій мережі передаються в базу даних комп’ютера статистиків ОМКВ;

- у стаціонарних відділеннях обов’язково заповнюються всі графи “листка обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару”, ф.007/о в т.ч. розділ “список хворих”. При поступленні вказаної ф.007/о статистиками ОМКВ вивіряється тотожність даних вказаного паперового носія з даними в базі комп’ютера, які автоматично отримуються з приймального відділення. Це забезпечує 100 % достовірність факту наявності хворого на стаціонарному лікуванні у лікарні відразу при його поступленні у відділення, що досить важливо для різноманітних оперативних потреб. Про наявність такої методології в статистично – обліковій роботі медичних закладів психіатричного профілю інших областей України нам не відомо. В цих установах пошук наявності на лікуванні в даний час хворого проводиться переглядом даних журналів ф.001/о, а після виписки хворих – при внесенні даних ф.066/о в комп’ютерну базу даних при впровадженні програми “Стаціонар”, що іноді запізнюється на кілька днів, а то й тижнів.

Заслугує на увагу та впровадження в щоденну практичну роботу наша програма по комп’ютерному обліку даних амбулаторного прийому хворих (дорослих та дітей) психіатричного профілю з паперовим носієм даних ф.025-6/о, про що ми опублікували матеріали у “Український журнал телемедицини та медичної телематики”, том 7 №1 2009 р., стор. 107. Подібного впровадження в обліково – статистичний облік роботи спеціалізованих психіатричних закладів України ми теж не зустрічали, а доцільність всіх наших нововведень цілком очевидна.

Аналогічно розроблена та впроваджена в роботу комп’ютерна програма по обліку консуль-

тативного прийому психіатрами та неврологами хворих з ЦРЛ та м. Тернополя, що є незамінним при аналізі роботи окремих консультантів та служб в цілому в розрізі окремих районів та області у цілому. Паперовим носієм вказаної інформації служить “Талон амбулаторного пацієнта при наданні консультативної поліклінічної допомоги”, ф.№025-5/о.

Аналіз результатів, одержаних по даній методології, нами успішно використовується при підготовці матеріалів на оперативні наради у головного лікаря, для інформації представникам неврологічної ланки ЦРЛ та обласного центру. Ця інформація є незамінною під час виїздів з консультативною та інспекторською метою у райони області при підведенні підсумків консультацій хворих, а також аналізу результатів проконсультованих хворих на спеціалізованому неврологічному прийомі в обласній психоневрологічній лікарні.

Не менш важливе значення мають вказані аналітичні матеріали при впровадженні в майбутньому страхової медицини, а в даний час – вивченні відповідності надання лікувально – діагностичної допомоги згідно протоколів і стандартів, розроблених МОЗ України. Однак, для накопичення бази даних про стан використання лікувальних засобів у лікувальному процесі хворих у відділенні згідно директивних документів МОЗ України, Державного та локального формулярів лікарських засобів необхідно доповнити вказані комп’ютерні програми положеннями згідно потреб конкретного лікувального закладу.

Аналогічно наведені методології аналізу можуть бути і повинні використовувались в матеріалах самозвітів спеціалістів на атестацію чи переатестацію на відповідну категорію. Технічним забезпеченням служить комп’ютер середньої потужності та відповідна комп’ютерна програма, яка в період економічної скрути в системі охорони здоров’я може бути не ліцензованою.

Висновки

1. Реформування охорони здоров’я згідно планів МОЗ України неможливе без застосування сучасних інформаційних технологій.

2. Централізоване забезпечення медичних закладів всіх типів комп’ютерними програмами, особливо ліцензованими, на даному етапі не реально з врахуванням їх дорого вартості (понад 4 тис. грн. за 1 автоматизоване робоче місце – АРМ).

3. Впроваджені у спеціалізованому психоневрологічному закладі комп’ютерні програми “Поліклініка” і “Стаціонар” з власними доробками та використанням оптиковолоконно – провідної внутрішньолікарняної мережі дозволяє оперативно, достовірно та безпомилково забезпечити адміністрацію, бухгалтерію, керівників

структурних підрозділів, базові кафедри медву- інформацією для будь-яких виробничих потреб, зу, обліково – статистичну службу необхідною в т.ч. підготовці звітних форм.

Список літератури:

1. *Лехан В. М., Слабкий Г. О.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. - *Новости медицины и фармации.* – 2011. - № 383. - С. 6 -18.
2. *Релуга В. В.* Створення моделі впровадження медичної інформаційної системи в закладах охорони здоров'я на основі комп'ютерних інформаційних технологій. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2009. - №1. – С.52 -54 .
3. *Мінцер О. П.* Основні вимоги до структури типових медичних інформаційних систем в управлінні охороною здоров'я. / О. П. Мінцер, М. В. Банчук, І. А. Ярменчук, С. О. Дяченко / *Медична інформатика та інженерія.* – 2011р. – №2. – С. 5 – 8.
4. *Горшков Є. В.* Уніфікація медичної документації як перший етап впровадження МЕР. *Медична інформатика та інженерія.* – 2010. - №3. – С.67 – 70.
5. *Злепко С. М.* Метод передачі медичної інформації та її збереження в базі даних. /С. М. Злепко, П. Г. Прудіус, В. В. Сергєєва, С. В. Тимчик/ *Медична інформатика та інженерія.* – 2009р. - №4. – С. 85 - 90.
6. *Качмар В. О.* Електронна медична карта пацієнта. Взаємосумісність та стандартизація /В. О. Качмар, А. І. Хвищун/ *Український журнал телемедицини та телематики.* – 2008. – № 1. – С. 76 – 79.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И ПРАКТИЧЕСКАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ИНФОРТИЗАЦИИ УЧЕТНО – СТАТИСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ У ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ.

С. И. Шкробот, В. В. Шкробот, Г. Ф. Корниенко, И. И. Корниенко (Тернополь)

Рассмотрено значения информатизации система здравоохранения для ее успешной интеграции у мировой информационный простор, что есть важным компонентом реформирования отечественной медицины.

Предложено технологию накопления и компьютерной обработки статистических данных из утвержденных приказами МОЗ общеизвестных бумажных носите лей, незаменимых в ежедневной управленческой деятельности психоневрологической больнице.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: информатизация здравоохранения, компьютерные учетно-статистические программы , автоматизированные рабочие места.

EXPEDIENCE AND PRACTICAL POSSIBILITY OF REGISTRATION – STATISTICAL WORK INFORMATIZATION IN PSYCHONEUROLOGICAL HOSPITAL.

S. I. Shkrobot, V.V. Shkrobot, H. F. Korniyenko, I.I. Korniyenko (Ternopil)

It is described value of informatization of heath organization system for its better integration at world informational space, which is very important for national medicine reformation.

It is offered technology of accumulation and computer work of statistic data from ratified orders of Ministry of health care well – known paper works, which are irreplaceable in everyday leading activity of psychoneurological hospital.

KEY WORDS: informatization of health care, computer registration – statistical programs, automatizational work places.

О. К. ТОЛСТАНОВ (Житомир)

ХАРАКТЕРИСТИКА ДІАГНОСТИЧНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ ПОКРАЩЕННЯ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Наведені результати дослідження можливостей сімейних лікарів типової для України аграрної області застосовувати у своїй практичній діяльності діагностичні методи дослідження.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сімейна медицина, сільські медичні заклади, діагностичні обстеження.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, показує, що розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини є одним з найефективніших механізмів підвищення результативності роботи закладів охорони здоров'я, справедливого розподілу і раціонального використання ними коштів [1].

Реформа системи охорони здоров'я України містить заходи поетапного переходу до організації ПМСД на засадах загальної практики-сімейної медицини [2;5].

Реформування системи ПМСД пов'язане не лише зі структурними і фінансово-економічними перетвореннями, але і значною мірою з наявністю кваліфікованого кадрового потенціалу, якість роботи якого має відповідати сучасним потребам населення. Лікар загальної практики/сімейної медицини (ЛЗП/СМ), як ключова фігура первинної ланки медичної допомоги, повинен комплексно й ефективно вирішувати поставлені перед ним медико-соціальні задачі, проводячи активну профілактичну роботу [4;6].

Групою спеціалістів з організації ПМСД на засадах сімейної медицини вперше в Україні була розроблена кваліфікаційна характеристика ЛЗП/СМ, заснована на компетентнісному підході, що рекомендована для використання МОЗ України [7]. Основою для її розробки стали наступні документи: Рекомендації Всесвітньої асоціації лікарів загальної практики-сімейних лікарів 2005 р. (WONCA); розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.07.2006 р. № 421-н "Про затвердження Концепції Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року; наказ МОЗ України від 23.02.2001 р. №72 "Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини"; наказ МОЗ України від 28.11.2002 р. № 385 "Про за-

твердження переліку закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я".

Лікарі ЗП/СМ є спеціалістами-інтерністами, які отримали освіту відповідно до принципів дисципліни. Це лікарі, що насамперед відповідають за надання всебічної та безперервної медичної допомоги кожному пацієнту, який її потребує, незалежно від віку, статі та характеру захворювання. Вони опікуються пацієнтами в контексті їх сім'ї, громади, культури, завжди поважаючи автономію своїх пацієнтів. Вони також усвідомлюють професійну відповідальність за свою діяльність. Складаючи разом з пацієнтом план дій, вони інтегрують фізичні, психологічні, соціальні, культурні та екзистенціальні фактори, ґрунтуючись на знаннях та довірі, що виникає внаслідок тривалого співробітництва. Лікарі ЗП/СМ реалізують себе професійно шляхом пропагування здоров'я, профілактики захворювань, надання медичної допомоги, в т.ч. проведення реабілітації, паліативної допомоги та медичного догляду. Ці функції можуть виконуватись як безпосередньо ЛЗП/СМ, так і шляхом залучення інших служб охорони здоров'я відповідно до потреб пацієнтів та ресурсів громади, в якій він працює, допомагаючи пацієнтам, за потреби, отримати доступ до цих ресурсів [3;4].

Виходячи з наведених вище визначень, можна сформулювати наступні характеристики загальної практики/сімейної медицини [4]: це місце першого медичного контакту пацієнта з системою охорони здоров'я, із забезпеченням відкритого і необмеженого доступу її користувачам з усіх проблем здоров'я незалежно від віку, статі або інших характеристик людини; забезпечує ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я через координацію допомоги, співпрацю з іншими спеціалістами та фахівцями

ми первинної ланки медичної допомоги; координує зв'язки з іншими спеціалістами, виступає за необхідності в ролі захисника інтересів пацієнта; відрізняється унікальним консультативним процесом, який встановлює довготривалі стосунки завдяки ефективному спілкуванню між лікарем та пацієнтом; забезпечує тривалу та безперервну медичну допомогу на основі потреб пацієнта; відрізняється специфічною системою прийняття рішень, яка ґрунтується на епідеміологічних даних щодо захворюваності та поширеності хвороб серед населення; вирішує як гострі, так і хронічні проблеми здоров'я окремих пацієнтів; забезпечує ведення пацієнтів із захворюваннями на найбільш ранніх, недиференційованих стадіях їх розвитку, включаючи за необхідності невідкладну медичну допомогу; пропагує здоровий спосіб життя тощо.

Мета роботи: вивчити діагностичні можливості лікарів загальної практики/сімейної медицини (ЛЗП/СМ) Житомирської області з метою покращення якості первинної медико-санітарної допомоги.

Матеріали і методи: соціологічний (за допомогою спеціально розробленої анкети опитано 240 ЛЗП/СМ), суцільної інвентаризації закладів (підрозділів) ПМСД, системного підходу для вирішення проблемних питань з організації діагностичної діяльності ЛЗП/СМ.

Результати дослідження та їх обговорення. Сучасна діагностика захворювань досягла такого рівня, що багато важких патологій мо-

жуть бути діагностовані вже на ранньому етапі, що дуже важливо для успішного лікувального процесу.

У європейських країнах вже давно впроваджені цілком нові методи, навіть у віддалених містечках працюють експрес-лабораторії, які буквально за 20 хвилин видають повну картину здоров'я пацієнта. У більшості медичних установ України, особливо первинного рівня, використовуються рутинні дослідження, які не дають повної інформації про стан здоров'я. За статистикою майже три чверті аналізів проводяться під час першого звернення до лікаря, і будь-яка неточність впливає на діагноз та методи лікування.

Відсутність до 2006 р. табелю оснащення закладів сімейної медицини, недостатність діагностичної апаратури та моральна застарілість існуючої призвели до того, що більшість сімейних лікарів не мали можливості безпосередньо користуватися обладнанням та інструментарієм, необхідним для здійснення елементарних діагностичних обстежень.

Щороку кількість призначень лабораторних досліджень на 1-е амбулаторне відвідування збільшується. Лабораторні обстеження становлять діагностичну цінність лише в разі цілеспрямованого їх призначення, правильної оцінки отриманих результатів, використання сучасного обладнання, а також адекватного призначення лікувальних заходів.

Результати вивчення діагностичних можливостей лікарів ЗП/СМ показали наступне (табл. 1).

Таблиця 1. Результати соціологічного дослідження лікарів загальної практики/сімейної медицини

Позиція	Позитивно		Негативно	
	абс.	%	абс.	%
Наявність умов для лабораторного обстеження в амбулаторії	97	4,1	143	95,9
Наявність умов для ЕКГ-обстеження в амбулаторії	178	74,2	62	25,8
Наявність умов проведення ПТМ в амбулаторії	67	27,9	173	72,1
Безперешкодне клінічне обстеження пацієнтів в ЦРБ за направленням ЛЗП/СМ	51	21,3	189	78,7
Безперешкодне біохімічне обстеження пацієнтів в ЦРЛ за направленням ЛЗП/СМ	17	7,1	223	92,9
Безперешкодне функціональне обстеження пацієнтів в ЦРЛ за направленням ЛЗП/СМ	24	10,0	216	90,0
Безперешкодне рентгенологічне обстеження пацієнтів в ЦРЛ за направленням ЛЗП/СМ	5	2,1	235	97,9
Безперешкодне УЗД в ЦРЛ за направленням ЛЗП/СМ	-	-	240	100
Будь-яке обстеження в ЦРЛ за направленням лікаря-спеціаліста	189	78,7	51	21,3

Результати проведеного соціологічного дослідження вказують, що найбільше можливостей для проведення в амбулаторії ЕКГ, на що вказали 74,2% ЛЗП/СМ, а найменше – лабораторних досліджень (4,1%). 78,7% опитаних ЛЗП/

СМ вказали, що не можуть провести своїм пацієнтам будь-яке діагностичне дослідження в ЦРЛ. Це можна зробити тільки за направленням лікаря-спеціаліста, який працює безпосередньо в лікарні.

В області приділяється велика увага оснащенню закладів ПМСД, у т.ч. і сімейної медицини.

Впроваджена комп'ютерна програма «Інвентаризація», за допомогою якої здійснюється моніторинг забезпеченості лікувально-профілактичних закладів, у т.ч. і первинного рівня, діагностичним і лабораторним обладнанням.

Протягом останніх 5-ти років оснащення закладів сімейної медицини діагностичною апаратурою, лабораторним обладнанням збільшується, але не досить належними темпами, що не дає можливості здійснювати діагностичний та лікувальний процес на сучасному рівні. Повільними темпами вирішується питання щодо забезпечення матеріально-технічної бази сільських медичних закладів (табл. 2).

У 2009 р. за рахунок субвенції з Державного бюджету область отримала всього 115 комп-

лектів медичного обладнання для сільських лікарських амбулаторій та ФАПів на суму 5 млн 704 тис. грн, з яких 55 комплектів надані для амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, 24 – для ФАПів, з місцевих бюджетів на медичні потреби надійшло 888,6 тис. грн; від благодійних організацій з Японії надійшло 300 тис. грн для закладів Чорнобильської зони.

У 2010 р. за рахунок місцевих бюджетів закуплено 6 сучасних електрокардіографів на загальну суму понад 48,5 тис. грн, УЗД-система з датчиками – 209900 грн та іншого обладнання на загальну суму 347295 грн.

Але це не покриває потреби. Такими темпами потрібно 10 років для повного забезпечення всіх закладів ПМСД необхідним обладнанням.

Проведена інвентаризація закладів ПМСД засвідчує, що існує першочергова потреба в

Таблиця 2. **Забезпеченість закладів загальної практики/сімейної медицини приміщеннями і медичними та немедичними засобами**

Район	Приміщення, в якому розташовується заклад		Забезпеченість закладів загальної практики-сімейної медицини медичними та немедичними засобами							
	На базі медичних закладів	В інших приміщеннях	Наявність телефону	Авто-мобіль	Електрокардіограф	Тест-системи для лаб. аналізів	Де фібрилятор	Спец. інст. (ЛОР, офтальмолог, хірург тощо)	Холодильник	Персональний комп'ютер
Андрушівський	10	1	11	7	11	8	0	8	11	3
Баранівський	10	0	10	7	10	10	2	10	10	2
Бердичівський	10	2	12	3	10	5	1	7	12	2
Брусилівський	6	0	6	2	5	1	0	6	6	1
Вол.-Волинський	8	0	8	8	5	4	1	5	8	1
Ємільчинський	10	1	11	8	8	7	2	6	11	1
Житомирський	20	0	20	14	20	20	2	20	20	9
Коростенський	12	0	12	9	12	12	1	12	12	6
Коростишівський	9	0	9	4	8	6	1	5	9	1
Лугинський	3	0	3	3	3	1	0	2	3	0
Любарський	7	0	7	4	7	6	0	5	7	3
Малинський	12	0	12	5	8	3	3	6	12	4
Народицький	3	0	3	2	3	3	0	3	3	0
Нов.-Волинський	23	1	24	18	24	18	0	22	24	7
Овруцький	16	1	17	14	17	17	1	17	17	4
Олевський	6	0	6	3	3	4	0	4	6	0
Попільнянський	8	2	10	4	10	8	0	10	10	6
Радомишльський	9	0	9	9	9	4	0	9	9	3
Романівський	6	0	6	3	4	4	1	4	6	0
Ружинський	8	0	8	3	7	8	0	7	8	0
Червоноармійський	6	0	6	4	6	3	0	6	6	0
Черняхівський	6	0	6	4	5	5	1	6	6	1
Чуднівський	6	0	6	6	6	5	1	5	6	1
Всього	214	8	222	144	201	162	17	187	222	55

дооснащенні закладів не комплектами обладнання, а окремими предметами медичного устаткування, інструментами тощо.

З метою ефективного використання коштів Державного бюджету на дооснащення лікарських амбулаторій та ФАПів рекомендується замість централізованих видатків на рівні МОЗ України надавати цільову субвенцію місцевим бюджетам.

Висновки

Результати проведеного дослідження вказали на низьку можливість ЛЗП/СМ проводити

діагностичні дослідження в амбулаторіях та вкрай низьку можливість обстежувати своїх пацієнтів діагностичними службами ЦРЛ, це можна зробити лише за направленням лікаря-спеціаліста лікарні.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з виконанням лікарями загальної практики/сімейної медицини діагностичних досліджень відповідно до клінічних протоколів надання первинної медико-санітарної допомоги.

Список літератури

1. *Іванов Д. Д.* Сімейна медицина: зарубіжний досвід та перші кроки в Україні / Д. Д. Іванов // Управління закладом охорони здоров'я. – 2007. – № 5. – С. 104–107.
2. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
3. *Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню: підсумки діяльності системи охорони здоров'я України за 2008 рік* // за ред. В. М. Князевича. – К., 2009. – 122 с.
4. *Определение первичной медицинской помощи* / под ред. Молла С. Дональдсок, Карл Д. Йордан, Катлин Т. Лур, Нил А. Ванселов. – Вашингтон, округ Колумбія : Изд-во Национальной академии наук, 1996. – 8 с.
5. *Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря)* / за ред. В. М. Лехан. – Дніпропетровськ : АРТ-ПРЕС, 2002. – 370 с.
6. *Холмс Ф. Ф.* Первичная медицинская помощь: образ международной медицинской практики будущего века / Ф. Ф. Холмс, Т. Чуваков // Наше здоровье. – 1995. – весна. – С. 18–19.
7. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України.* 2008. – К., 2009. – 384 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ/ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ УЛУЧШЕНИЯ

А. К. Толстанов (Житомир)

Приведены результаты исследования возможностей семейных врачей типичной для Украины аграрной области использовать в своей практической деятельности диагностические методы исследования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: семейная медицина, сельские медицинские учреждения, диагностическое исследование.

CHARACTERISTIC OF DIAGNOSTIC OPPORTUNITIES OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE PHYSICIAN AND PROSPECTS OF THEIR IMPROVEMENT

A. K. Tolstakov (Zhytomyr)

Results of research of opportunities of family doctors of agrarian area typical for Ukraine are resulted to use in the practical activities diagnostic methods of research.

KEY WORDS: family medicine, rural medical institutions, diagnostic research.

Рецензент: д.мед.н. В.Й. Шатило

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2:338.516.22

Л. М. РОМАНЮК (Тернопіль)

ВАРТІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

В статті наведені розрахунки вартості медичної допомоги на рівні сімейного лікаря з використанням методики визначення ціни медичної допомоги амбулаторному пацієнту. Проведено аналіз оперативної інформації стосовно ресурсного забезпечення закладів загальної практики-сімейної медицини Тернопільської області.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вартість медичної допомоги, первинний рівень, сімейний лікар, механізм фінансування.

Розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики-сімейної медицини має зайняти одне із чільних місць в реформуванні системи охорони здоров'я в цілому, що потребує, в першу чергу, перегляду системи перерозподілу коштів саме для надання цього виду медичної допомоги [1,3,5].

Вітчизняні та зарубіжні дослідники вказують на те, що для успішного вирішення завдань реформування системи охорони здоров'я необхідно запроваджувати оптимальні і раціональні методи оплати медичної допомоги, які забезпечуватимуть її економічну ефективність на всіх рівнях надання медичних послуг [1,3,5,14].

Якість та ефективність медичної допомоги – синонім її вартості [1,2]. Економічна ефективність визначається співвідношенням між потребою в медичній допомозі та наявними ресурсами для надання цієї допомоги. Ефективність досягається шляхом надання оптимального обсягу медичної допомоги населенню, тобто найбільше медичних послуг найкращої якості, що може бути досягнуто при наявних ресурсах [2,4,7,12].

В Україні сучасні тенденції переорієнтації системи надання медичної допомоги населенню в напрямку пріоритетного розвитку ПМСД на засадах загальної практики-сімейної медицини свідчать, що серед інших проблем реформування галузі особливого значення набуває вирішення питання визначення її вартості [3,4,7,11].

Реформування ПМСД на засадах загальної практики-сімейної медицини потребує принципового вирішення завдань стосовно покращення фінансування цієї ланки в системі охорони здоров'я України, зміцнення її матеріально-технічної бази, формування юридичної і економічної незалежності лікаря загальної практики-сімейного лікаря, ефективного використання

фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів [1,5,8,9,13].

Постановою Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. "Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я" передбачено розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги на основі визначення конкретних медичних послуг відповідно до рівня її надання та особливостей фінансування закладів охорони здоров'я різних рівнів. Тому визначення вартості медичної допомоги є принциповим та актуальним.

Матеріали і методи. В якості матеріалів використано офіційні статистичні дані Тернопільського інформаційно-аналітичного центру медичної статистики та дані статистичних довідників центру медичної статистики МОЗ України [6,7]. Вартість медичної допомоги на первинному рівні розрахована згідно методики, описаної в монографії О.Голяченка і А.Голяченка «Економіка української здоров'яохорони» [2]. Дана методика орієнтована на визначення ціни медичної допомоги конкретному пацієнту. Вихід на пацієнта (випадок), а не на послугу, значно спрощує статистичні розрахунки, дає можливість визначити пересічну вартість медичної допомоги на усіх рівнях, дати оцінку роботи кожного лікаря.

Результати дослідження та їх обговорення. Розрахунки вартості медичної допомоги на первинному рівні представлені в таблиці 1. Дані таблиці свідчать, що загальна вартість медичної допомоги на цьому рівні складає 132879,34 грн. на 1000 хворих. Третину цієї суми складають витрати на лікування хвороб системи кровообігу (30,73%), друге та третє місця займають витрати на лікування хвороб нервової системи та органів чуття і хвороб органів дихання (10,51% і 10,38% відповідно). Далі йдуть хвороби органів травлення (8,48%) та хвороби сечостатевої системи (4,56%).

Таблиця 1. Вартість медичної допомоги на первинному рівні

Хвороби	Число хворих на 1000 осіб	Вартість лікування 1 хворого	Вартість лікування 1000 хворих
Інфекційні та паразитарні хвороби	42,4	38,7	1640,88
Хвороби ендокринної системи:	73,4	70,4	5167,36
- цукровий діабет	21,7	64,8	1406,16
Хвороби нервової системи та органів чуття	146,5	95,2	13946,80
Хвороби системи кровообігу:	598,8	68,2	40838,16
- ревматизм	5,5	43,74	240,57
гіпертонічна хвороба	248,8	39,12	9733,06
- ішемічна хвороба серця	227,7	48,88	11129,98
- цереброваскулярні розлади	89,4	95,14	8505,52
Хвороби органів дихання:	346,8	39,8	13802,64
- грип та ГРВІ	240,5	29,6	7118,80
- бронхіт хронічний	58,5	50,2	2936,70
- пневмосклероз, емфізема легень	49,2	59,8	2942,16
- тонзиліт хронічний	17,0	37,6	639,20
Хвороби органів травлення:	160,1	70,4	11271,04
- виразкова хвороба	18,2	54,2	986,44
Хвороби сечостатевої системи	88,9	68,2	6062,98
Хвороби шкіри та п/ш клітковини	48,1	50,4	2424,24
Хвороби кістково-м'язової системи	95,3	61,4	5851,42
Травми та отруєння	30,2	48,3	1458,66
Інші	0,5	52,6	26,30
Разом	1701,4	78,1	132879,34

Із загальної кількості хворих на 1000 осіб третина припадає на хвороби системи кровообігу, за ними йдуть хвороби органів дихання, хвороби органів травлення, хвороби нервової системи та органів чуття, далі – хвороби кістково-м'язової системи та хвороби сечостатевої системи. Таким чином, на ці 6 класів хвороб припадає майже 85% всієї патології, з приводу якої повинна надаватися медична допомога на первинному рівні.

Оцінюючи вартість лікування 1 хворого на первинному рівні, слід відмітити, що найбільш вартісним виявилось лікування хвороб нервової системи та органів чуття. На другому місці за вартістю лікування стоять хвороби ендокринної системи та хвороби органів травлення, на третьому – хвороби системи кровообігу та хвороби сечостатевої системи.

За умов реорганізації системи медичної допомоги досягається економічний пріоритет амбулаторної допомоги над стаціонарною, як підтвердження її визначального впливу на здоров'я людей.

Нами розрахована вартість лікування хвороб системи кровообігу на первинному рівні у 2010 р. Серцево-судинні хвороби найбільше впливають на громадське здоров'я. Із року в рік

вони традиційно займають перше місце в структурі загальної захворюваності населення, є основною причиною смертності та інвалідності. В табл. 2 представлені розрахунки вартості лікування хворих серцево-судинною патологією на рівні сімейного лікаря.

Як видно із табл. 2, пересічна вартість лікування одного хворого на цьому рівні в 2010 р. склала 81,96 грн., коливаючись від 53,68 грн. з приводу ревматизму до 119,04 грн. з приводу судинних уражень мозку. На 1000 мешканців це склало більше 46 тис. грн. Якщо взяти традиційну сільську лікарську дільницю, яка нараховує біля 4 тис. мешканців, то це означає, що лише на лікування хворих серцево-судинною патологією) потрібно щорічно виділяти 184 тис. грн.

Якщо виходити із нині діючих нормативів числа сільських жителів на одну сільську лікарську амбулаторію загальної практики – сімейної медицини (1200-1500 осіб), то це виливається у 55,2– 69,0 тис.грн. Це кошти, які має виділяти держава в особі органів місцевого самоврядування, конкретно сільських і селищних рад. Аналіз витрат сільських лікарських дільниць, де проводилось дослідження, показує, що їхній бюджет в 2010 р. складав від 37,2 до 56,1 тис.грн. на 1000 жителів, тобто він забезпечував лише

лікування серцево-судинних захворювань, які в структурі загальної захворюваності займають третину усіх хвороб. На інші хвороби припадає дві третини загальної захворюваності.

Наведена вище вартість лікування хвороб системи кровообігу на рівні сімейного лікаря не враховує затрат на медикаменти. Їх несе сам пацієнт. Це суттєві витрати. Розрахунки показують, що хворий гіпертонічною хворобою, яка протікає без ускладнень і може лікуватись у сімейного лікаря, повинен щорічно витратити на медикаментозне лікування в середньому 1696 грн. За таких умов його артеріальний тиск не перевищуватиме меж норми. Аналіз лікування хворих гіпертонічною хворобою показав, що цю суму витрачають лише 5,3% пацієнтів, інші обмежуються меншою сумою, тобто лікування страждає неповним складом необхідних медикаментів або перервами в лікуванні.

Проведено аналіз ресурсного забезпечення закладів загальної практики-сімейної медицини Тернопільської області у 2010 році, а саме обсягів витрат із місцевого бюджету на надання первинної медико-санітарної допомоги з розрахунку на одного мешканця та забезпеченість закладів ЗПСМ деякими медичними та немедичними засобами.

Дані таблиці 3 свідчать про вкрай нерівномірний розподіл коштів для надання ПМСД в залежності від типу закладу. Найвищий рівень витрат спостерігався в амбулаторіях ЗПСМ, які функціонували на території обслуговування дільничних лікарень (311,5 грн.), далі йшли відділення та дільниці ЗПСМ при дільничних лікарнях (223,3 та 213,5 грн.) відповідно. Найменший обсяг коштів на ПМСД із місцевого бюджету виділявся у відділеннях та дільницях ЗПСМ, які функціонували при районних лікарнях (37,4 та 48,5 грн.). Загалом, для надання медичної допомоги на первинному рівні з розрахунку на одного мешканця області у 2010 році виділялось 95,7 грн.

Аналізуючи забезпеченість закладів ЗПСМ медичними та немедичними засобами, слід відмітити вкрай низький рівень їх оснащення персональними комп'ютерами. На 193 заклади припадає всього 12 ПК (6,2%). Трохи більше половини закладів (58,0%) забезпечені автомобілем. Наявність електрокардіографа відмічалась у 89,6% закладів ЗПСМ, тест-системи для лабораторних аналізів – у 93,3%, спеціального інструментарію (ЛОР, офтальмологічного, хірургічного тощо) – 89,1%. Дефібриляторами забезпечені лише 4,7% амбулаторій ЗПСМ.

Таблиця 2. Вартість лікування хвороб системи кровообігу у лікаря загальної практики – сімейного лікаря, 2010 р.

№ з/п	Хвороба	Число захворювань на 1000 мешканців	Пересічна вартість лікування 1 хворого (грн.)	Загальна вартість на 1000 мешканців (грн.)
1	Ревматизм	4,3	53, 68	230,82
2	Гіпертонічна хвороба	264,8	69, 60	18430,08
3	Ішемічна хвороба серця	193,1	86, 32	16668,39
4	Судинні ураження мозку	69,8	119,04	8308,99
5	Інші	40,1	33, 68	1350,57
	Разом	572,1	81, 96	46889,32

Якщо виходити із нині діючих нормативів числа сільських жителів на одну сільську лікарську амбулаторію загальної практики – сімейної медицини (1200-1500 осіб), то це виливається у 55,2– 69,0 тис.грн. Це кошти, які має виділяти держава в особі органів місцевого самоврядування, конкретно сільських і селищних рад. Аналіз витрат сільських лікарських дільниць, де проводилось дослідження, показує, що їхній бюджет в 2010 р. складав від 37,2 до 56,1 тис.грн. на 1000 жителів, тобто він забезпечував лише лікування серцево-судинних захворювань, які в структурі загальної захворюваності займають третину усіх хвороб. На інші хвороби припадає дві третини загальної захворюваності.

Наведена вище вартість лікування хвороб системи кровообігу на рівні сімейного лікаря не враховує затрат на медикаменти. Їх несе сам пацієнт. Це суттєві витрати. Розрахунки показують, що хворий гіпертонічною хворобою, яка протікає без ускладнень і може лікуватись у сімейного лікаря, повинен щорічно витратити на медикаментозне лікування в середньому 1696 грн. За таких умов його артеріальний тиск не перевищуватиме меж норми. Аналіз лікування хворих гіпертонічною хворобою показав, що цю суму витрачають лише 5,3% пацієнтів, інші обмежуються меншою сумою, тобто лікування страждає неповним складом необхідних медикаментів або перервами в лікуванні.

Проведено аналіз ресурсного забезпечення закладів загальної практики-сімейної медицини Тернопільської області у 2010 році, а саме обсягів витрат із місцевого бюджету на надання первинної медико-санітарної допомоги з розрахунку на одного мешканця та забезпеченість закладів ЗПСМ деякими медичними та немедичними засобами.

Дані таблиці 3 свідчать про вкрай нерівномірний розподіл коштів для надання ПМСД в залежності від типу закладу. Найвищий рівень витрат спостерігався в амбулаторіях ЗПСМ, які функціонували на території обслуговування дільничних лікарень (311,5 грн.), далі йшли відділення та дільниці ЗПСМ при дільничних лікарнях (223,3 та 213,5 грн.) відповідно. Найменший обсяг коштів на ПМСД із місцевого бюджету виділявся

у відділеннях та дільницях ЗПСМ, які функціонували при районних лікарнях (37,4 та 48,5 грн.). Загалом, для надання медичної допомоги на первинному рівні з розрахунку на одного мешканця області у 2010 році виділялось 95,7 грн.

Аналізуючи забезпеченість закладів ЗПСМ медичними та немедичними засобами, слід відмітити вкрай низький рівень їх оснащення персональними комп'ютерами. На 193 заклади припадає всього 12 ПК (6,2%). Трохи більше половини закладів (58,0%) забезпечені автомобілем. Наявність електрокардіографа відмічалась у 89,6% закладів ЗПСМ, тест-системи для лабораторних аналізів – у 93,3%, спеціального інструментарію (ЛОР, офтальмологічного, хірургічного тощо) – 89,1%. Дефібриляторами забезпечені лише 4,7% амбулаторій ЗПСМ.

Таблиця 3. Ресурсне забезпечення закладів ЗПСМ Тернопільської області за 2010 рік

Типи закладів ЗПСМ	Число закладів	Витрати з місцевого бюджету		Забезпеченість закладів ЗПСМ медичними та немедичними засобами					
		на 1-го мешканця	в т. ч. для надання первинної медико-санітарної допомоги	Автомобіль	Електрокардіограф	тест-системи для лабораторних аналізів	Дефібрилятор	спеціальні інструменти (ЛОР, офтальмологічні, хірургічні, тощо)	ПК (персональний комп'ютер)
СІЛЬСЬКА МІСЦЕВІСТЬ									
1. Амбулаторія ЗПСМ	149	122,6	122,6	83	125	136	3	134	3
2. ДЛ з дільницями ЗПСМ	9	269,4	213,5	5	9	9	1	8	1
3. ДЛ з відділеннями ЗПСМ	1	223,3	223,3	1	1	1		1	
4. Амб. ЗПСМ на тер. обсл. ДЛ	1	311,5	311,5	1	1	1		1	1
5. РЛ з дільницями ЗПСМ	8	566,2	48,5	5	8	8		7	1
6. РЛ з відділеннями ЗПСМ	4	467,4	37,4	3	4	4	1	4	2
7. Д-ці. ЗПСМ у скл. п-ки ЦРЛ	6	833,1	43,6	2	6	6	1	5	
8. В-ня ЗПСМ у скл. пки ЦРЛ	11	712,9	56,2	9	11	11	3	9	3
МІСЬКЕ НАСЕЛЕННЯ									
9. П-ка з дільницями ЗПСМ	1	341	119,8	1	2	1		1	
10. П-ка з відділеннями ЗПСМ	3	322,2	101,6	2	6	3		2	1
11. ВСЬОГО	193	418,8	95,7	112	173	180	9	172	12

Висновки

1. Визначення вартості медичної допомоги на рівні сімейного лікаря має стати науковим

підґрунтям для переорієнтування пріоритетів фінансового забезпечення системи медичної допомоги і суттєвого збільшення коштів на ПМСД.

2. Вартість медичної допомоги пацієнтам із хворобами системи кровообігу на первинному рівні склала більше 46 тис. грн. на 1000 осіб. Цей клас хвороб в структурі загальної захворюваності населення становить третину всіх захворювань і на їх лікування потрібні кошти, які дорівнюють річному бюджету досліджених нами амбулаторій ЗПСМ.

3. Витрати із місцевого бюджету для надання первинної медико-санітарної допомоги з розрахунку на одного мешканця у закладах ЗПСМ Тернопільської області були різними в залежності від типу закладу. У 2010 році вони колива-

лись від 122,6 грн. в амбулаторіях ЗПСМ до 37,4 грн. у районних лікарнях з відділеннями ЗПСМ.

4. Результати наукових досліджень стосовно вартості та якості медичної допомоги повинні стати предметом повсякденної уваги керівників закладів охорони здоров'я усіх рівнів для своєчасного прийняття оптимальних управлінських рішень.

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні вартості медичної допомоги на первинному рівні для інших класів хвороб згідно міжнародної статистичної класифікації 10-го перегляду.

Список літератури

1. *Голяченко О. М., Сердюк А. М., Приходський О. О.* Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль, Джура: 1997. – 328с.
2. *Голяченко О. М., Голяченко А. О.* Економіка української здоровоохорони. – Вінниця, 1996. – 100 с.
3. *Голяченко О. М.* Організаційні проблеми гарантованого обсягу медичної допомоги, які має вирішити самостійна Україна // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – №3. – С.46-50
4. *Євсєєв В. І., Шевченко М. В.* Механізми фінансування первинної медико-санітарної допомоги в сучасних умовах // Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я. – Одеса – 2001. – С. 72–77. Всеукраїнської науково-практичної конференції (27 лютого 2004 р.). – Київ, 2004. – С.129–132.
5. Організаційна модель первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в сільській місцевості / Слабкий Г. О., Лехан В. М., Гойда Н. Г. [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – 2009. – Вип. 30-31, № 245/31/09. – С. 153-154.
6. *Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області.* Статистичний довідник. – Тернопіль, 2010. – 126 с.
7. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2009-2010 роки.* Статистичний довідник центру медичної статистики МОЗ України. – К., - 2011. – 329 с.
8. *Пономаренко В. М., Грузева Т. С., Євсєєв В. І., Шевченко М. В., Хунов Ю. А., Пуга С. М.* Науково-методичні підходи до формування гарантованого рівня надання безоплатної медичної допомоги (методичні рекомендації). – Київ–Луганськ., 2003. – 25 с.
9. *Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги:* наказ МОЗ України № 735 від 30.08.2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nau.kiev.ua/index.php?page=hotline&file=338346-30082010-0.txt&code=v0735282-10> – Заголовок з екрану.
10. *Розмежування фінансування первинної та вторинної медичної допомоги в законодавстві України: сучасний стан і пропозиції щодо вдосконалення:* звіт проекту ТАСІС “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні”, 2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/exspert_letters/4_VR_PHC&SHC%20Split_150209_final.pdf. – Заголовок з екрану.
11. *Сокол К. М., Шульгай А. Г.* Гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда. Соціально – медичне дослідження. – Тернопіль: Лілея, 2011. – 160 с.
12. *Стеценко Г. С., Побережний А. І., Сміянов В. А.* та ін. Реформа охорони здоров'я в Україні. /За редакцією проф. Голяченка О.М.- Тернопіль: Лілея, 2006.-160с.
13. *Чепелєвська Л. А., Шевченко М. В.* Особливості функціонування закладів загальної практики-сімейної медицини, які фінансуються з місцевих бюджетів // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – № 2. – С. 64–66.
14. *Шевченко М. В.* Деякі аспекти оплати праці медичних працівників системи первинної медико-санітарної допомоги // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 4. – С. 52–54.

СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ

Л. Н. Романюк (Тернополь)

Представлены расчёты стоимости медицинской помощи на уровне семейного врача с использованием методики определения цены медицинской помощи амбулаторному пациенту. Проведено анализ оперативной информации, касающейся ресурсного обеспечения учреждений общей практики-семейной медицины Тернопольской области.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: стоимость медицинской помощи, первичный уровень, семейный врач, механизм финансирования.

COST OF HEALTH CARE AT THE PRIMARY LEVEL

L. M. Romanyuk (Ternopil)

The article is looking into the estimates of medical care costs on family doctor's level with using methods of determination the cost of out-patient medical care. The analysis of operative information was dedicated in deal with resource support establishments of general practice – family medicine in Ternopil region.

KEY WORDS: medical care cost, primary level, family doctor, financing mechanism.

УДК 614.88:338.516.22(477.84)

**ВАРТІСНА ОЦІНКА ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В
ТЕРНОПОЛІ**

Н. Є. ФЕДЧИШИН (Тернопіль)

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

В статті наведені розрахунки вартості швидкої медичної допомоги на рівні структурної одиниці - центру швидкої медичної допомоги з використанням методики визначення ціни медичної допомоги на двох етапах: без залучення стаціонару та в стаціонарі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вартість швидкої медичної допомоги, стандарти надання медичної допомоги, реформування швидкої медичної допомоги, економічна ефективність.

Швидка медична допомога — це система і вид найбільш масової, доступної, безплатної позалікарняної медичної допомоги при станах, що загрожують здоров'ю і життю людини. Служба швидкої медичної допомоги має свою виробничу базу й укомплектована медичним персоналом, який пройшов підготовку для подання допомоги при всіх невідкладних станах на догоспітальному етапі [1, 3, 9].

Діяльність служб швидкої та невідкладної медичної допомоги регламентується: Наказами МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500 "Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні" від 01.06.2009 р., № 370 "Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги" від 28.12.2002 р., № 507 "Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги" від 17.01.2005 р., № 24 "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Медицина невідкладних станів", а також Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 травня 2009 р. № 563-р "Про схвалення Концепції медичного забезпечення під час підготовки та проведення в Україні фінальної частини чемпіонату Європи 2012 року з футболу".

Розвиток та реформування системи швидкої і невідкладної допомоги має пріоритетне значення, незважаючи на брак коштів. В Постанові Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 року «Про затвердження програми надання громадянам гарантованої державної безоплатної медичної допомоги» швидка та невідкладна допомога стоїть на першому місці.

Швидка медична допомога надається безпосередньо у підрозділі (відділення швидкої медичної допомоги), вдома у пацієнта та в стаціонарі. Існує так званий дошпитальний етап – «Без залучення стаціонару» та інший етап – «Стаціонар».

Організація швидкої медичної допомоги у місті, як і на селі є однією з болючих тем української охорони здоров'я [1, 2, 3, 9].

Оскільки в Україні недостатньо обґрунтовані потреби коштів для забезпечення належного рівня швидкої медичної допомоги відповідно до рекомендованих стандартів, а також значно обмежене державне фінансування гарантованого обсягу охорони здоров'я, питання вартісної оцінки та ціноутворення при оптимальних витратах для збереження і покращання тривалості життя є особливо актуальним та вкрай необхідним [2, 6, 8, 10].

Враховуючи активну динаміку фармацевтичного ринку, цей процес аналізу повинен бути постійним та здійснюватись на всіх рівнях надан-

ня медичної допомоги [5, 6, 11]. Таким чином, в системі охорони здоров'я важливим є не тільки забезпечення належного рівня медичної допомоги, а й економічне обґрунтування, тобто фармако-економічний аналіз [2, 3, 5, 6 7].

В сучасних умовах Україна неспроможна забезпечити необхідний рівень витрат на медичну допомогу за будь-яких механізмів її фінансування, тому проблема раціонального використання коштів є досить актуальною [1, 7, 9].

За умов низького рівня соціально-економічного забезпечення громадян України та зростання захворюваності за всіма класами хвороб, ця проблема є надзвичайно актуальною для збереження і покращання здоров'я, збільшення середньої тривалості якісного життя населення. Оптимальні економічні розрахунки обґрунтовують фінансові затрати на збільшення середньої тривалості якісного життя громадян будь-якого суспільства [6, 8, 9].

Співвідношення між потребою в швидкій медичній допомозі та наявними ресурсами для надання цієї допомоги визначає економічну ефективність. Ефективність досягається шляхом надання оптимального обсягу даного виду медичної допомоги населенню [2,4,7].

Мета дослідження: дати вартісну оцінку швидкої медичної допомоги в місті Тернополі за 2010 рік.

Матеріали і методи: використано офіційні статистичні дані Тернопільського інформаційно-аналітичного центру медичної статистики та дані статистичних довідників центру медичної статистики МОЗ України.

Вартість швидкої медичної допомоги рівні розрахована згідно методики, описаної в монографії О.Голяченка і А.Голяченка «Економіка української здоровоохорони» [2]. Дана методика орієнтована на визначення ціни (вартості) невідкладної медичної допомоги.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно нашого дослідження, один виклик швидкої медичної допомоги вартував в 2010 році 83, 59 грн. Це склало 23447 грн. на 1000 осіб.

Перше, про що йдеться, це пересічна вартість одного виклику швидкої медичної допомоги з приводу окремих хвороб. Найвищою вона виявилась при хворобах органів травлення, а найменшою - при нещасних випадках, отруєннях і травмах. Звісно, йдеться про допомогу поза стаціонаром.

Таблиця 1. Вартість швидкої медичної допомоги

Хвороби та інші причини викликів ШМД	Вартість 1 виклику ШМД (грн)	Число викликів на 1000 осіб	Вартість викликів на 1000 осіб
Інфекційні і паразитарні хвороби	45,40	3,2	145,28
Розлади психіки і поведінки	50,29	2,1	105,61
Хвороби нервової системи	112,42	11,6	1304,07
Хвороби системи кровообігу	80,75	148,4	11983,30
в т.ч. гіпертонічна криза	82,35	55,0	4529,25
стенокардія напруги	78,24	9,8	766,75
Хвороби органів дихання	102,35	31,1	3183,09
Хвороби органів травлення	114,81	22,6	2594,71
Хвороби кістково-м'язової системи	75,42	6,2	467,60
Хвороби сечостатевої системи	42,51	11,3	480,36
Травми, отруєння, нещасні випадки	27,86	35,8	997,39
Інші захворювання	90,42	16,5	1491,93
Пологи і патологія вагітності	20,48	1,7	34,82
Разом	83,59	280,5	23447,01

Аналізуючи отримані дані (таблиця 1) встановлено, що розрахунок вартості по всій Україні складає 1.078.561.700 грн.

В таблиці 2 наведена вартість одного виклику швидкої медичної допомоги, який надається в стаціонарі міста Тернополя. Вона коливалась в межах від 1174,4 грн (хвороби сечостатевої системи) до 555,2 грн (нещасні випадки, отруєння і травми).

Висновки

1. Вартість одного виклику швидкої медичної допомоги, який надається поза межами стаціонару, склала (в цінах 2010 р.) $114,81 \pm 15,3 - 20,48 \pm 11,6$ гривні; коли виклик продовжується в стаціонарі – $1175,2 \pm 14,3 - 823,2 \pm 18,9$ грн.

2. Встановлено, що вартість одного виклику швидкої медичної допомоги, який надається амбулаторно, в розрізі хвороб – найдорожча з

Таблиця 4. Вартість одного виклику швидкої медичної допомоги, який надається в стаціонарі міста Тернополя (2010р., грн.)

Хвороби	Вартість, грн.
Хвороби системи кровообігу	961,2±13,5
в т.ч. гіпертонічна криза	1008,0±14,7
Хвороби органів дихання	905,2±12,4
Хвороби органів травлення	689,6±10,5
Хвороби кістково-м'язевої системи	792,8±11,3
Хвороби сечостатевої системи	1174,4±15,3
Нещасні випадки, отруєння, травми	555,2±12,8
Інші	1303,2±21,7
разом	976,8±15,6

приводу хвороб органів травлення і склала (в цінах 2010 р.) 114,8 грн і найдешевша з приводу травм, нещасних випадків – 27,9; а в стаціонарі відповідно з приводу хвороб сечо-статевої системи – 1174 грн та 555,2 грн – нещасні випадки, отруєння, травми.

3. Розрахунок вартості по всій Україні складає 1.078.561.700 грн.

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні вартості швидкої медичної допомоги на дошпитальному етапі та із залученням стаціонару в районах Тернопільської області.

Список літератури

1. Голяченко О. М., Сердюк А. М., Приходський О. О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль, Джура: 1997. - 328с.
2. Голяченко О. М., Голяченко А. О. Економіка української здоров'яохорони. – Вінниця, 1996. – 100 с.
3. Жарінов О.Й. Вартість та ефективність кардіологічної допомоги в Україні / О. Й. Жарінов // Медицина світу. – 2000. – Т.9. - №1. – С.50-54
4. Коваленко В. М., Криштопа Б. П., Корнацький В. М. Проблема здоров'я та оптимізації медичної допомоги населенню України. – Київ, 2002. – 202 с.
5. Корнацький В. М., Шевченко О. М. Вартість та ціноутворення кардіологічної допомоги в Україні. – Київ: 2005. – 172 с.
6. Корнацький В. М. Ціноутворення медичної допомоги і вартість здоров'я як національного продукту держави / В. М. Корнацький, О. М. Шевченко // Український медичний часопис. – 2004. – №3 /41. – С.77-79
7. Лунская Л. Л. К вопросу о методических принципах расчетов стоимости медицинских услуг /Л.Л. Лунская // Экономика здравоохранения. – 2000. - №2,3. – С.14-17.
8. Побережний А. Організація швидкої медичної допомоги сільському населенню. – Тернопіль: Лілея, 2007. – 96 с.
9. Global health: today's challenges // The World Health Report, 2003, WHO, P. 1-20
10. Conti A. Comparative cost of chest pain unit versus coronary care unit management of acute coronary syndromes without ST-segment elevation /A. Conti, B. Paladini, S. Magazinni // Eur.Heart J. – 2002. – V.23 (Suppl.) – P.731
11. Statistical Abstract of the United States 1996. – Washington, 1996. – P.12

СТОИМОСТНАЯ ОЦЕНКА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ТЕРНОПОЛЕ.

Н. Е. Федчишин (Тернополь)

В статье приведены расчеты стоимости скорой медицинской помощи на уровне структурной единицы - станции скорой медицинской помощи с использованием методики определения цены медицинской помощи на двух этапах: без привлечения стационара и в стационаре.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: стоимость скорой медицинской помощи, стандарты оказания медицинской помощи, реформирование скорой медицинской помощи, экономическая эффективность.

COST ESTIMATION OF EMERGENCY MEDICAL AID IN TERNOPIIL

N. Ye. Fedchyshyn (Ternopil)

The article is looking into the calculations of the cost of emergency care on the level of structural unit - emergency station using a technique of determining the price of medical care in two stages: without the hospital involvement and with the hospital involvement.

KEY WORDS: cost of emergency medical care, standards of medical care providing, reforming of emergency medical aid, cost-effectiveness.

Рецензент:

Н. Ю. КОНДРАТЮК (Київ)

ЗАПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ АКРЕДИТАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ У КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ СПІЛЬНОТИ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

У статті дано визначення поняттю "акредитація закладів охорони здоров'я" та викладено основні аспекти розвитку і запровадження системи акредитації в країнах Європейської спільноти.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *якість медичної допомоги, акредитація закладів охорони здоров'я, система акредитації, ліцензування.*

Поліпшення якості медичної допомоги в Україні є однією з найактуальніших проблем. У Національному плані розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 р. № 815, визначено основні напрями удосконалення системи контролю якості медичної допомоги населенню в Україні [6;7].

Як один із шляхів досягнення цих пріоритетів, Національний план визначає забезпечення перегляду умов і критеріїв державної акредитації закладів охорони здоров'я.

Державна акредитація закладу охорони здоров'я – це офіційне визнання статусу закладу охорони здоров'я, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим критеріям та гарантії високої якості професійної діяльності.

Акредитація поряд з ліцензуванням закладів охорони здоров'я та атестацією спеціалістів є складовою позавідомчого контролю якості медичної допомоги. Основна мета акредитації – визначити відповідність організаційних і технологічних процесів в установі, незалежно від форми її власності, організаційно-правової форми та підпорядкованості, встановленим стандартам, допомогти установі у поліпшенні діяльності, дати відповідні рекомендації.

Мета роботи: вивчити та проаналізувати становлення та розвиток системи акредитації лікувальних закладів на прикладі країн Європейської спільноти.

Матеріали і методи: системного підходу, екстраполяції, аналітично-порівняльного та ретроспективного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Акредитація служб охорони здоров'я є но-

вим явищем у країнах Європи, і форми її проведення можуть бути найрізноманітнішими – від саморегламентування до проведення професійної оцінки і державної перевірки. Хоча традиційні програми мали добровільний, бажаний, структурно орієнтований і конфіденційний характер, у даний час можливі зміни за кожним з основних параметрів. Таке різноманіття діяльності свідчить про зростаюче прагнення знайти такі методи акредитації, що забезпечать найбільше підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я [1;9].

Лише у 80-х роках минулого сторіччя акредитація стаціонарних медичних установ була введена у Великобританії та Австралії. Ідея запровадження такого процесу викликає інтерес і в інших країнах, котрі прагнуть до забезпечення та підвищення рівня надання населенню послуг з охорони здоров'я.

Починаючи з 1980 р., уряди більшості європейських країн проводили експерименти з акредитації лікувально-профілактичних закладів своїх систем охорони здоров'я, однак дотепер лише деякі з них прийняли рішення про необхідність її постійного проведення. Для урядів країн і основних установ з надання медико-санітарної допомоги прийняття рішення про необхідність проведення акредитації є складним, не говорячи вже про конкретні процеси, які використовуються для досягнення цієї мети. Крім того, процес складання і прийняття стандартів акредитації вимагає великих витрат засобів і часу. Найбільш розповсюдженим способом запровадження системи акредитації в країні було залучення до цієї роботи організації, що має досвід у даній галузі в іншій країні, з наступним приведенням наявних стандартів у відповідність із конкретною ситуацією.

Британська система акредитації була піддана подальшим експериментальним досліджен-

ням у Фінляндії, Португалії і Швеції, котрі розробили модель акредитації обмеженого рівня, що не є обов'язковою. У Чеській Республіці, Німеччині, Угорщині, Польщі, Португалії, Іспанії та Швейцарії – навпаки приватні заклади охорони здоров'я були ініціаторами введення акредитації та висловлювали свої пропозиції з цього питання на розгляд уряду. Однак в цілому інтерес був короткочасним, і уряди країн віддали перевагу іншим методам удосконалення системи охорони здоров'я.

Загалом поняття державної акредитації трохи суперечливе з погляду внутрішньої логіки, оскільки необхідна участь третьої сторони, котра б виступала гарантом незалежності суджень. Крім того, державна акредитація виявляє тенденцію до введення регулювання, тобто традиційний акцент на стандартах бажаного характеру поступається переліку обов'язкових мінімальних вимог. Лише уряди небагатьох європейських країн розробили власні системи акредитації. У Бельгії загальнонаціональні стандарти розробляються на основі запланованих потреб і потім корегуються відповідно до місцевих умов. У Шотландії розробляються окремі програми акредитації за пріоритетними напрямками клінічної діяльності, такими як рак, інсульт і психічне здоров'я [1;3].

Центральний орган управління охороною здоров'я Франції створив агенцію з питань акредитації та контролю якості (HAS) з метою підвищення рівня якості та безпеки охорони здоров'я на території країни. Агенція має повну фінансову незалежність та об'єднує у собі декілька раніше незалежних організацій: департаменти акредитації медичних закладів, програм безперервного професійного розвитку та відповідної атестації медичних працівників; департамент розробки стандартів та департамент розповсюдження інформації з питань якості постачальникам медичних послуг населенню.

У Великобританії існує Комісія з питань якості медичної допомоги (CQC) – це незалежний орган у сфері медичної та соціальної допомоги, що підпорядковується лише Парламенту. Він перейняв на себе ролі Комісії з питань охорони здоров'я, Комісії з соціального інспектування та Комісії з психічного здоров'я. Новостворена Комісія не є органом акредитації, але вона контролює якість шляхом обов'язкової реєстрації постачальників медичної допомоги, а з квітня 2009 р. – перевіряє відповідність діяльності медичних закладів національним стандартам якості. Стандарти, за якими Комісія проводить оцінку ефективності діяльності медичних організацій, на даний момент зводяться до консультування та переважно орієнтуються на права па-

цієнта. Відповідно до визначення, їх основною метою є "гарантія надання кращої допомоги для всіх, незважаючи на те, де така допомога надається: в лікарні, притулку, власних домівках чи будь-де інде..."[8].

До кінця 1980-х років у Великобританії Національна система охорони здоров'я (NHS), як корпорація, користувалась недоторканістю від судових переслідувань (так звану Королівська недоторканість), оскільки персонал даної організації перебував "на службі в Її Величності". Це призвело до того, що державні служби просто не могли відстежити усі існуючі управлінські моделі та поділити відповідну увагу питанням безпеки та здоров'я. Однак Королівська недоторканість була знята наприкінці 1980-х років, і у рамках NHS почав спостерігатися процес нарощування концепцій розвитку приватного сектору, наприклад управління ризиками чи корпоративне управління [4].

Сучасна ситуація в Україні нагадує Великобританію двадцятирічної давнини, тому що розуміння питань звітності на індивідуальному чи організаційному рівні практично відсутнє.

Система охорони здоров'я України приводиться до руху практикою звинувачень практикуючого лікаря в усіх смертних гріхах, незважаючи на рівень – організаційний чи ресурсний. Це може призводити до покарання окремих осіб (фінансова, адміністративна, дисциплінарна чи навіть кримінальна відповідальність) і означає, що заклади можуть продовжувати не зважати на свою корпоративну відповідальність. Це значно відрізняється від багатьох європейських країн, в яких існують інтегровані системи управління, котрі забезпечують виконання корпоративної відповідальності.

У багатьох інших європейських країнах були прийняті закони в сфері охорони здоров'я, що мають на меті поліпшити організаційну структуру і підвищити якість клінічної допомоги, але вони не передбачають проведення повної акредитації [2].

Акредитація припускає створення незалежної системи зовнішньої оцінки діяльності відповідно до стандартів, що включають вимоги до кваліфікації персоналу, організації роботи установи, здійснення безупинного підвищення кваліфікації персоналу і кінцевих результатів надання лікувально-діагностичного процесу. Ця система, розроблена задля проведення оцінки організаційної ефективності, що не спрямована на оцінку ефективності діяльності окремих осіб. Контроль якості слід включати до систем, котрі працюють у будь-якому медичному закладі.

Основне завдання акредитації – стимулювання медичних організацій до поліпшення показників якості надання медичної допомоги насе-

ленню. Результатом створення ефективної системи акредитації стануть зміцнення довіри населення до системи охорони здоров'я та медичних працівників, зниження витрат охорони здоров'я за рахунок підвищення ефективності медичних послуг.

В даний час, коли в деяких країнах СНД, Великобританії, Ізраїлі й інших країнах світу здійснюється децентралізація управління медичними службами, заклади охорони здоров'я перетворюються з державних у незалежні, стаючи некомерційними, а іноді й комерційними організаціями. Оцінка діяльності медичних установ, здійснювана на державному чи регіональному рівнях, вимагає розробки та апробації стандартів з урахуванням реальних умов у кожній конкретній країні, рівня її економічного розвитку і структури управління. У будь-якому випадку державний контроль повинен поєднуватись з участю неурядових організацій в акредитації і забезпеченні підвищення стандартів і якості медичного обслуговування. Два підходи (державний і недержавний) повинні доповнювати один одного [5].

При проведенні акредитації незалежні організації мають визначені переваги. Акредитація, проведена не залежно від держави організацією, сприймається менш загрозливо. Акредитаційна комісія може містити в собі як фахівців, так і представників громадськості, що забезпечує охоплення більш широкого кола питань. Такий підхід дозволяє інстанціям, що здійснюють фінансування, виділити контрольну групу, необхідну для розробки стандартів, що забезпечує придбання відповідного досвіду і дозволяє проводити дослідження для контролю діяльності медичних установ, рівня медичного обслуговування і його результатів. Взаємодопомога і підтримка з боку країн, що нагромадили досвід у даній галузі, сприяють розвитку механізмів акредитації і забезпечують технічну та професійну підтримку в удосконаленні системи акредитації медичних установ.

Висновки

Отже, українська система акредитації відображає культуру, яка залежить від центрального

контролю та "норм", що унеможлиблює варіювання чи внесення змін до існуючого рівня комплектації по кожній спеціальності, розподілу реверсів та багатьох інших вхідних даних. Розуміння такого поняття, як звітність, на індивідуальному чи організаційному рівнях є досить нечітким, попри велику кількість існуючих форм обліково-звітної документації для закладів різних рівнів надання медичної допомоги.

Система акредитації медичних закладів може бути лише складовою масштабної системи управління якістю в сфері охорони здоров'я України. Таким чином, система якості має бути невід'ємною складовою безпосередньо і самої системи управління, котра забезпечує загальну організацію надання послуг. Частково з вищенаведеними проблемами стикаються усі країни, але Україна знаходиться дещо позаду країн Європейської спільноти.

Спираючись на міжнародний досвід, рекомендується створення автономного (тобто незалежного) акредитаційного органу, що несе відповідальність за спостереження за процесом акредитації в усіх закладах охорони здоров'я, і не перед Міністерством охорони здоров'я України, а перед Комітетом з питань охорони здоров'я Кабінету Міністрів України. Тому вітчизняна система охорони здоров'я, повинна бути змінена для запровадження наявної практики країн Європейського союзу. Урядові зв'язки/контакти та взаємодія з міжнародними організаціями можуть надати суттєву допомогу при впровадженні цього процесу.

Агентство повинне створити кілька дрібних департаментів, які будуть здійснювати різні функції, подібно до французького HAS, але лімітуватися, за можливості, кількома дрібними департаментами.

Перспективи подальших досліджень.

Автором проаналізовано досвід проведення акредитації незалежними органами акредитації в країнах Європи, що в подальшому стане підґрунтям для розробки системи більш ефективних методів оцінки і поліпшення якості в установах охорони здоров'я.

Список літератури

1. *Акредитація як засіб здійснення контролю за якістю надання медичної допомоги* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://edu.samsmu.ru/mod/resource/view.php?id=313>. – Заголовок з екрану.
2. *Міжнародна акредитація медичних установ* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://med-visit.com/?page_id=132. – Заголовок з екрану.
3. *Онгарбаева Х. Ж. О службе внутреннего аудита и аккредитации* / Х. Ж. Онгарбаева [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.tumba.kz/index.php?option=com_content&task=view&id=1662&Itemid=29
4. *Опыт развития аккредитации и систем качества в мире* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mak.web.kg/text/world.htm>. – Название с экрана.
5. *Положение об аккредитации организаций здравоохранения в Кыргызской республике* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mak.web.kg/link/yprav.html>. – Название с экрана.

6. *Про затвердження* Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року : постанова Кабінету Міністрів України № 815 від 13.06.2007 р. [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. *Про затвердження* Програми діяльності Кабінету Міністрів України “Український прорив: для людей, а не політиків” : постанова Кабінету Міністрів України № 14 від 16.01.2008 р. [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
8. *Руководство по обеспечению качества* // Guide to quality assurance. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. – [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : http://brain.botik.ru/pls/medinfo/docs/ROOTFOLDER/Q_Ch1.htm. – Назва з екрану.
9. *Який характер* акредитації лікарень в Європі? // Офіційний веб-сайт Європейського бюро ВОЗ [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/short/20030815_3?language=Russian. – Назва з екрану.

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ АККРЕДИТАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СООБЩЕСТВА

Н. Ю. Кондратюк (Київ)

В статье дано определение понятия «аккредитация учреждений здравоохранения» и изложены основные аспекты развития и внедрения системы аккредитации в странах Европейского сообщества.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: качество медицинской помощи, аккредитация учреждений здравоохранения, система аккредитации, лицензирование

IMPLEMENTATION OF ACCREDITATION SYSTEM OF TREATMENT-AND-PREVENTIVE INSTITUTIONS IN THE COUNTRIES OF THE EUROPEAN COMMUNITY

N. Yu. Kondratiuk (Kyiv)

In article definition of concept “accreditation of health care institutions” has been given and the basic aspects of development and implementation of accreditation system in the countries of the European community have been stated.

KEY WORDS: quality of medical care, accreditation of health care institutions, accreditation system, licensing.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Б. Ященко

М. Ф. АНДРЕЙКО (Дніпропетровськ)

ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД ДО РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

КЗ "Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня" Дніпропетровської обласної ради

Проведено ретроспективне за спеціально розробленою картою клініко-психопатологічне, епідеміологічне і катamnестичне дослідження 542 медичних карт стаціонарних хворих і медичних карт амбулаторних хворих кабінету цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) територіальної поліклініки, яким верифікована патологія магістральних артерій голови і шиї (ПМАГШ). До верифікації судинної патології хворі знаходилися на курації у різних фахівців (терапевт, невропатолог, психіатр та ін.), якими виставлялися власні діагнози.

Встановлено, що психічні розлади виникають раніше за неврологічний дефіцит, можуть виступати в якості предикторів розвитку ЦВЗ і вказувати на динаміку судинної патології, що визначає лікарям різних спеціальностей (сімейний лікар, невролог, нейрохірург, психіатр) напрям подальших клінічних досліджень з метою максимально раннього виявлення хворих та відпрацювання адекватної терапевтичної тактики.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: цереброваскулярні захворювання, патологія магістральних артерій голови і шиї, психічні розлади.

Світова практика останніх років і досвід провідних неврологів, нейрохірургів і психіатрів свідчать про два основні напрями перебігу цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ), у тому числі патології магістральних артерій голови і шиї (ПМАГШ), до яких належать стенози, патологічна звивистість, артеріальні аневризми, артеріовенозні мальформації – інсульти і хронічні прогресуючі психічні захворювання з частим виходом у деменцію [2-5;8].

Психопатологічні феномени, які є більш тонкими проявами ЦВЗ, ніж неврологічні, тривалий час існують ізольовано один від одного, не мають синдромальної завершеності, у зв'язку з чим не пов'язуються фахівцями соматичного напрямку з перебігом судинного процесу. Численні симптоми астеничного кола і психо-вегетативні пароксизми, що становлять основу клінічних проявів донозологічного періоду розвитку ЦВЗ, фахівці – невропатологи, терапевти, психіатри та ін. – вкладають у свої діагностичні висновки (вегето-судинна дистонія, нейроциркуляторна дистонія, невроз тощо).

Вивчення структури і динаміки початкових проявів ЦВЗ, які виступають у вигляді психічних розладів невротичного характеру, є важливим інструментом не лише в галузі клінічної психіатрії [1;6;7], але і в межах загальномедичних знань проблемою міждисциплінарного значення.

Мета роботи: розробити інтегративний підхід до ранньої діагностики цереброваскулярних захворювань.

Вказане дослідження за даними структури і динаміки психопатологічних проявів дозволяє запідозрити розвиток ПМАГШ і спільно з ангіо-

неврологами, фахівцями УЗД, нейрохірургами визначити напрям подальших досліджень з верифікації ЦВЗ.

Результати вивчення психічних розладів у хворих з ПМАГШ на доклінічному етапі її розвитку дозволять клініцистам розробляти низку організаційних заходів, пов'язаних з можливістю максимально раннього виявлення ЦВЗ та уточнення основних принципів психіатричної допомоги таким пацієнтам, що поєднує як сучасні психофармакологічні підходи, так і базисну консервативну й оперативну терапію.

Результати вивчення психічних розладів ЦВЗ і розроблені критерії можуть стати методичною основою для більше раннього її виявлення на донозологічному рівні і диференціювати від інших станів.

Матеріали і методи. Дане дослідження ґрунтується на результатах клінічних спостережень і амбулаторного вивчення 542 медичних карт стаціонарних і амбулаторних хворих, які знаходилися на стаціонарному і амбулаторному лікуванні з 1990 р. по 2011 рік в Дніпропетровській клінічній психіатричній лікарні, обласній клінічній лікарні імені І.І. Мечникова м. Дніпропетровська і кабінету цереброваскулярної патології територіальної поліклініки.

Усі клінічні випадки ПМАГШ, що підлягали аналізу, були верифіковані транскраніальною доплерографією МАГШ, серійними ангиограмами, оперативними втручаннями, даними секційних досліджень, результатом неврологічних обстежень.

Провідними у проведеному дослідженні були клініко-психопатологічний, епідеміологічний і катamnестичний методи.

У дослідження не включалися особи, у яких розлади психічної діяльності приєднувалися в динаміці захворювання, оскільки це не відповідало меті роботи.

Момент первинного звернення по медичну допомогу умовно брався за момент декомпенсації функціонального стану судинної системи, яка порушує життєвий стереотип хворого і їм усвідомлюється.

Серед тих, хто звернувся по медичну допомогу, жінки склали 68,5% (371 особа), чоловіки – 31,5% (171 особа); $p < 0,001$.

Вік хворих загальної вибірки коливався від 14 до 55 років. Найбільша кількість хворих відмічена у віці 40–49 років. Середній вік хворих на момент декомпенсації ПМАГШ склав 34,3 року для чоловіків і 35,6 року для жінок.

Результати дослідження та їх обговорення. В ході дослідження встановлено, що найбільш рано декомпенсація функціонального стану судинної системи у чоловіків настає при артеріальних аневризмах і артеріовенозних мальформаціях.

У жінок найбільш рання декомпенсація спостерігалася при стенозах і оклюзіях магістральних судин, незалежно від їх об'єму.

Перелік і частота діагнозів, встановлених у хворих загальної вибірки до постановки на облік по кабінету ЦВЗ, були наступними: астенічний синдром (85), вегето-судинна дистонія (66), психо вегетативні розлади с мігренню (62), іпохондричний синдром (52), нейроциркуляторна дистонія (43), неврастенія (42), депресивний синдром (39), істеричний синдром (34), психо-органічний синдром (33), неврозоподібні стани, обумовлені патологією внутрішніх органів і серця (32). Частота діагнозів перевищує кількість хворих, тому що одним і тим самим хворим на різних етапах розвитку ЦВЗ встановлювалися різні діагнози.

Аналіз розподілу хворих залежно від характеру ураження МАГШ і виразності психічних розладів вказує на більш високий, і навіть переважний, рівень частоти розвитку психотичних форм порушень у пацієнтів з більш грубими змінами магістральних артерій голови і шиї порівняно з хворими, у яких діагностувався пограничний рівень психічних розладів (відповідно 95,6% проти 69,9%, $p < 0,001$). Це положення підтверджується даними Т. Д. Демиденко (1989), що науково доводять пряму залежність характеру психічних порушень від виразності анатомічних змін церебральних судин.

Для визначення основних клініко-епідеміологічних характеристик хворих групи дослідження було проведено поглиблене ретроспективне вивчення медичної документації в психопатологічному плані із зіставленням з даними катам-

нестичного спостереження і спеціального анкетування пацієнтів. Цей показник у понад 5 разів перевищує враховані дані про психічні розлади у хворих з ПМАГШ по Дніпропетровській області.

Хоча показники динамічних рядів психічних порушень судинного ґенезу жителів Дніпропетровської області і вказують на ріст кількості хворих з непсихотичним рівнем розладів з 0,56 в 1992 р. до 0,81 в 2010 р. ($p < 0,001$) порівняно з показниками психотичних форм судинних захворювань головного мозку, проте не відбивають загальної тенденції збільшення кількості хворих на судинні захворювання. Такий розподіл патології не дозволяє із загальної кількості виявити питому вагу хворих з ПМАГШ. З цієї метою проведений аналіз, спрямований на виявлення психічних розладів у хворих з ПМАГШ по кабінету цереброваскулярної патології.

Водночас екстраполяція отриманих результатів на населення не може бути прийнята, оскільки значна частина хворих з патологією магістральних артерій голови і психічними розладами залишаються поза увагою, а отже не обліковуються при перерахуванні на загальну популяцію (Н. М. Либерман, 1993).

Структура психічних розладів на момент верифікації ЦВЗ відповідає основним класам сомато-психічних порушень (органічні захворювання, невротичні стани та інші психічні порушення), проте потребує додаткового вивчення і зіставлення як кількісного їх виразу, так і часу виникнення.

Питома вага психічних розладів, встановлених хворим на момент постановки на облік по кабінету ЦВП, склала: делірій (F 05.0) – 1,4; органічні (афективні) розлади настрою – депресивний розлад (F 06.32) – 5,7; органічний дисоціативний розлад (F 06.5) – 3,7; органічний емоційно-лабільний (астенічний) розлад (F 06.6) – 54,5; легкий когнітивний розлад (F 06.7) – 14,8; органічний психосиндром (F 07.9) – 12,0; деменція (F 01.04) – 1,0; без психічних розладів – 6,9.

Оцінюючи глибину (рівень) психічних порушень на момент декомпенсації, можна відмітити, що допсихотичний рівень розладів спостерігався у 96,6% хворих. Це цілком з'ясовно, оскільки йдеться про хворих, що уперше звернулися не до психіатра, а до інтерніста. Симптоматика психічних розладів у хворих не мала структурної завершеності і масштабності, яка визначала б реалізацію патологічних феноменів в поведінці. Зберігався достатній аналіз і контроль хворобливих відчуттів.

У клініко-організаційному аспекті надання допомоги хворим з ПМАГШ важливо знати не лише психопатологічні феномени прояву судинної патології на найбільш ранніх етапах її розвитку, але і час запізнювання (лагу) діагностики від перших проявів декомпенсації до верифікації виду ЦВЗ.

До моменту встановлення судинного нозологічного діагнозу хворі були оглянуті психіатром, і особливості клінічних проявів первинних психопатологічних синдромів були розцінені як обумовлені органічним чинником, що дало можливість обчислити показник запізнювання (лагу) діагностики ЦВЗ залежно від характеру ПМАГШ.

Найбільшими були лаги у хворих із стенозами і оклюзіями магістральних артерій об'ємом <50% і з патологічною звивистістю, перегинами і петлеутвореннями, що цілком пояснюється характером ПМАГШ і більш плавним характером динаміки судинного процесу.

Зіставлення даних віку декомпенсації і віку встановлення остаточного нозологічного діагнозу ЦВЗ показало наявність запізнювання (лагу). Величина такого запізнювання в роках коливалася у пацієнтів залежно від виду ПМАГШ від 6,3 до 10,8 року і від 1,6 до 6,4 року з моменту формування стійкого психопатологічного синдрому.

Таким чином, довжина лагу виявляє залежність як від виду ЦВЗ, так і від структури пси-

хічних розладів, які є визначальними у напрямі діагностичного процесу. Так, у випадках розвитку емоційно лабільного (астенічного) органічного розладу напрям діагностичного процесу задається сталою і клінічно виправданою у багатьох випадках традицією пошуку передусім соматичної (у широкому сенсі) природи астенії.

Висновки

Проведене клініко-епідеміологічне дослідження ПМАГШ дозволяє зробити висновки, що психічні розлади виникають раніше за неврологічний дефіцит, можуть виступати в якості предикторів розвитку ЦВЗ і вказувати на динаміку судинної патології, що визначає лікарям різних спеціальностей (сімейний лікар невролог, нейрохірург, психіатр) напрям подальшого діагностичного пошуку. **Перспективи подальших досліджень** становить відпрацювання організаційних заходів, пов'язаних з можливістю максимально раннього виявлення хворих та відпрацювання адекватної терапевтичної тактики.

Список літератури

1. Андрейко М. Ф. Психические расстройства донозологического периода у больных с артериовенозными мальформациями / М. Ф. Андрейко // Материалы общерос. конф. [“Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах”], (Москва, 27–30 окт. 2009 г.). – М., 2009. – С. 3.
2. Кузьмина А. П. Психопатология патологической извитости внутренней сонной артерии / А. П. Кузьмина, М. М. Буркин // Материалы XV съезда психиатров России. – М.: ИД “МЕДПРАКТИКА-М”, 2010. – С. 283.
3. Методы исследования в неврологии и нейрохирургии / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Беляков В. В. [и др.]. – М.: Нолидж, 2000.
4. Патофизиологические механизмы геморрагического инсульта и пути дифференцированной терапии / Е. И. Гусев, В. А. Стоник, М. Ю. Мартынов [и др.] // Журн. неврол. и психиатрии имени Корсакова. – 2007. – № 21. – С. 10–15.
5. Симонян В. А. Зміни магістральних артерій голови у хворих з транзиторними ішемічними атаками / В. А. Симонян, С. К. Євтушенко, Ю. В. Родін // Матеріали Першого національного конгресу [“Інсульт та судинно-мозкові захворювання”], (Київ, 14–15 вер. 2006 р.). – К., 2006. – С. 26.
6. Слободин Т. Н. Тревожные и депрессивные расстройства в общей практике / Т. Н. Слободин // Матеріали XII Міжнар. конф. [“Актуальні напрямки в неврології: сьогодні та майбутнє”], (Судак, 25–28 квіт. 2010 р.). – К., 2010. – С. 226–229.
7. Сучасна діагностика і лікування в неврології та психіатрії: довідник лікаря “Невролог - Психіатр” / за ред. д.мед.н., проф. Т. С. Міщенко та д.м.н., проф. В. С. Підкоритова. – К.: ТОВ “Доктор-Медіа”, 2008. – 624 с. – (Серія “Бібліотека “Здоров'я України”).
8. Poststroke dementia / Leys D. [et al.]. – VASCOG (San Antonio), 2007. – 21 p.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

М. Ф. Андрейко (Днепропетровск)

Проведено ретроспективное по специально разработанной карте клиничко-психопатологическое, эпидемиологическое и катamnестическое исследование 542 медицинских карт стационарных больных и медицинских карт амбулаторных больных кабинета цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) территориальной поликлиники, которым верифицирована патология магистральных артерий головы и шеи (ПМАГШ). До верификации сосудистой патологии больные курировались разными специалистами (терапевт, невропатолог, психиатр и др.), которыми устанавливались свои диагнозы.

Установлено, что психические расстройства возникают значительно раньше неврологического дефицита, могут выступать в качестве предикторов развития ЦВЗ и указывать на динамику сосудистой патологии, что определяет врачами разных специальностей (семейный доктор, невролог, нейрохирург, психиатр) направление дальнейших клинических исследований с целью максимально раннего выявления больных и выработки адекватной терапевтической тактики.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **цереброваскулярные заболевания, патология магистральных артерий головы и шеи, психические расстройства.**

THE INTEGRATIVE APPROACH TO THE EARLY DIAGNOSTICS OF CEREBROVASCULAR DISEASES

M. F. Andreiko (Dnepropetrovsk)

The retrospective clinic and psychopathologic, epidemic and follow-up study of 542 carta medica of out-patients of the cerebrovascular pathology's study of the district polyclinic has been carried out, whom were verified the pathology of the trunk arteries of the head and the neck according to the special made-up medical history. Before the verification of vascular pathology the patients were under the observation by different specialists' (therapist, neuropathist, psychiatrist), whom varied diagnosis have been put.

It was stated that psychical disorders appear much earlier than the neurological deficit. The psychical phenomena have been already defined which can be like predictors of the development of cerebrovascular diseases and point at the dynamics of vascular pathology. The future of the further clinical researches in the direction of maximum early revealing of patients with the pathology of trunk arteries of the head and the neck are conducted with the help of the following specialists (family doctor, neurologist, neurosurgeon, psychiatrist) and apparatus methods of the research.

KEY WORDS: **cerebrovascular diseases, pathology of the main arteries of the head and the neck, mental frustration.**

Рецензент: д. держ. упр. Н. П. Кризина

ДИСКУСІЇ

УДК 614.2:616-082]:711.454

В. М. ЯКИМЕЦЬ, Т. В. ЛОБОДА, С. М. ІВАЩЕНКО (Київ)

СИСТЕМА НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО МІСТА

ВНЗ "Інститут екології та медицини"
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Київська міська клінічна лікарня № 12

Наведено результати дослідження системи надання спеціалізованої медичної допомоги населенню великих промислових міст України. Шляхом застосування спеціальних наукових методик дослідження виявлено найбільш суттєві недоліки даної системи та визначено раціональні способи її оптимізації. Зокрема доведено доцільність використання можливостей корпоративної системи інформаційного забезпечення в ході реалізації заходів спеціалізованої медичної допомоги населенню великих промислових міст. Встановлено, що використання альтернативних джерел фінансових ресурсів здатне забезпечити достатню ефективність системи спеціалізованої медичної допомоги навіть в умовах суттєвих обмежень бюджетного фінансування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **спеціалізована медична допомога, заклади охорони здоров'я, структура ліжкового фонду, сімейна медицина, велике промислове місто, єдиний інформаційний медичний простір.**

Важливою складовою системи медичної допомоги різним категоріям населення України є організація спеціалізованої медичної допомоги в умовах великого промислового міста. На те-

риторії нашої держави значна кількість працездатного населення проживає в містах з розвинутою промисловою інфраструктурою [4;5]. Це пов'язане з необхідністю забезпечення промислових підприємств значними людськими ресур-

сами. Безумовно, наявність великої кількості людей, що проживають і працюють на визначеній території (як правило, в умовах великого промислового міста), потребує вирішення проблеми їх повноцінного медичного забезпечення [3;8;10]. При цьому, залежно від особливостей умов проживання мешканців міста та специфічних факторів їх трудової діяльності (інтенсивність і напруженість праці, наявність шкідливих факторів тощо) формується структура захворюваності цього контингенту та потреба у силах і засобах служби охорони здоров'я [1;2].

Слід зазначити, що у населення великого промислового міста виникає значно більше таких випадків захворювань, які потребують спеціалізованої медичної допомоги [6;8;9;11]. На думку провідних вчених країни, до категорії спеціалізованої медичної допомоги слід відносити вторинну та третинну медичну допомогу (Г. Слабкий, 2000, В. Лехан, 2004).

Останнім часом з об'єктивних причин в Україні спостерігається зниження показників якості спеціалізованої медичної допомоги населенню, особливо за параметрами її доступності, своєчасності та загальної ефективності, що, безумовно, викликає незадоволеність певних верств населення великих промислових міст (А. Степаненко, 2000; О. Ціборовський, 2000). Тому однією з актуальних проблем сучасної практичної медицини є пошук шляхів оптимізації спеціалізованої медичної допомоги різним категоріям населення великих промислових міст країни.

Метою роботи є дослідження сучасного стану системи спеціалізованої медичної допомоги в умовах великих промислових міст України та обґрунтування напрямків її оптимізації.

Матеріали і методи. В ході виконання дослідження застосовувались методи спостереження, експертних оцінок, анкетування, аналізу матеріалів звітів закладів охорони здоров'я та статистичної обробки отриманих даних.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження, проведені з використанням методів анкетування та експертних оцінок, показали, що однією з головних причин зменшення розвитку закладів медичної допомоги вторинного і третинного рівня можна вважати диспропорцію між стаціонарною і амбулаторно-поліклінічною ланками надання медичної допомоги населенню.

Значні зміни у структурах цих ланок відбулися внаслідок пошуку шляхів зменшення потреби у заходах спеціалізованої медичної допомоги, особливо у тих, які пов'язані з високим рівнем витрат коштів і матеріальних ресурсів. Дослідження показало, що завдяки застосуванню такого підходу недоліки у системі реалізації заходів спеціалізованої медичної допомоги повністю не зникли, а це підтвердило переконання в тому,

що зміни в системі організації лікувально-профілактичної медичної допомоги населенню в наш час є вкрай необхідними.

На думку вчених (В.М. Пономаренко, 1999; В.І. Євсєєв, 2000; В. Рудий, 2000), для підвищення ефективності медичної допомоги населенню великих промислових міст необхідно провести поетапне реформування галузі та передбачити поступові зміни структури і масштабів ліжкового фонду лікувальних закладів відповідно до реальних місцевих потреб, а також досягти значного підвищення рівня якості медичних послуг у сфері спеціалізованої медичної допомоги. При цьому слід мати на увазі, що надзвичайно важливою складовою процесу реформування галузі охорони здоров'я населення країни повинно бути гарантоване підвищення ефективності діяльності лікувально-профілактичних заходів в галузі медичного обслуговування пацієнтів та оптимізація спеціалізованої медичної допомоги з орієнтацією на специфіку виробничої діяльності населення в межах великого промислового міста.

Крім того, в ході даного дослідження було проведене вивчення основних показників діяльності системи охорони здоров'я великого промислового міста (наприклад, організація амбулаторної та стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню). Було встановлено, що рівень якості надання спеціалізованої медичної допомоги населенню значною мірою залежить від раціональності кадрового забезпечення лікувально-профілактичних закладів та рівня професійної майстерності лікарів-спеціалістів.

Дослідження були також спрямовані на виявлення можливих шляхів зменшення витрат на спеціалізовану медичну допомогу дорослому міському населенню, механізму захисту громадян від фінансового ризику на випадок хвороби; організацію спеціалізованої медичної допомоги в умовах реорганізації галузі та надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (В. Лехан та ін., 2004).

Дослідження проводились на базі лікувально-профілактичних закладів Донецької, Луганської, Дніпропетровської, Харківської та деяких інших областей України, міста яких характеризуються різними рівнями економічного розвитку і стану навколишнього середовища.

При розробці сучасної системи організації спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню великих промислових міст за основу були взяті критерії ВООЗ – доступність медичної допомоги, раціональність використання фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів та її соціальна прийнятність [12].

Результати нашого дослідження підтвердили думку деяких авторів про те, що медична га-

лузь, передусім система спеціалізованої медичної допомоги, потребує належного інформаційного забезпечення шляхом прискорення формування єдиного інформаційного медичного простору країни. Відомо, що на даний час в провідних лікувально-діагностичних закладах, розташованих у великих промислових містах, де надається спеціалізована медична допомога населенню, має місце недостатня забезпеченість комп'ютерною технікою.

Дослідження показало, що сучасна система спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню повинна відповідати вимогам часу та змінам, які відбуваються як в соціально-економічному житті країни взагалі, так і в галузі охорони здоров'я населення зокрема. При цьому заснована на сучасних наукових розробках вдосконалена система спеціалізованої медичної допомоги повинна вирішувати проблему забезпечення пацієнтів доступною та якісною спеціалізованою медичною допомогою за рахунок ефективного і раціонального використання матеріально-технічних, кадрових та фінансових ресурсів.

Проведений нами аналіз сучасного стану системи спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню великих промислових міст показав, що актуальним є проведення комплексного реформування даної системи, в основу якого повинно бути покладено принципи системності та функціональної цілісності.

Одержані результати наукового дослідження дозволили зробити висновок, що оптимальним шляхом реформування зазначеної системи є збереження позитивних елементів існуючої системи та введення до неї якісно нових, зокрема запропоноване Г. Слабким введення догоспітального і госпітального етапів, що функціонально поєднані між собою.

Догоспітальну форму пропонується організувати як спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну допомогу за територіальним принципом. Перший рівень повинна складати первинна медико-санітарна допомога в умовах поліклініки, що обслуговує населення мікрорайону чисельністю від 9 до 12 тис. осіб. На другому рівні повинна здійснюватися робота з реалізації заходів лікувально-діагностичної та профілактичної допомоги, що надається населенню житлового району чисельністю від 36 до 48 тис. осіб

за визначеними медичними профілями (терапія, хірургія, офтальмологія та ін.). На третьому рівні повинна надаватися консультативна, діагностична, лікувальна та експертна медична допомога за всіма профілями та в масштабах всього населення великого промислового міста.

Найбільш складним питанням при проведенні даного дослідження стало визначення масштабів потреб у спеціалізованому ліжковому фонді для населення великого промислового міста. За нашими підрахунками, така потреба становить для ліжок хірургічного профілю – 3,9, неврологічного – 3,6, кардіологічного – 3,4, травматологічного – 3,3, пульмонологічного – 1,8, офтальмологічного – 1,6, урологічного – 1,5, отоларингологічного – 1,5, нейрохірургічного – 1,0, гастроентерологічного – 0,9 та нефрологічного – 0,8 на 10 тисяч осіб дорослого населення, що практично співпало з даними В.М. Подольки (2003 р.). При цьому було доведено, що оптимізації використання даного ліжкового фонду сприяє надання спеціалізованої медичної допомоги в умовах денних і домашніх стаціонарів, в яких спеціалізована медична допомога надається приблизно 15% хворих, що сприяє скороченню фінансових витрат на лікувально-діагностичний процес до 10–12%.

Висновки

1. Корпоративна система інформаційного забезпечення спеціалізованої медичної допомоги на рівні великого міста дозволяє проводити моніторинг стану здоров'я населення за умов раціонального використання кадрового, фінансового та матеріально-технічного потенціалу.

2. В умовах обмеження фінансових надходжень з бюджету найбільш ефективно виявляється модель консолідованого фінансування заходів спеціалізованої медичної допомоги за рахунок страхових внесків від обов'язкового і добровільного медичного страхування та соціального страхування на випадок професійних захворювань і виробничих травм, а також лікарняних кас й альтернативних джерел.

3. Сучасна структурно-функціональна модель організації заходів спеціалізованої медичної допомоги в умовах великого промислового міста повинна відповідати принципам проблемно-тактичного, ситуаційного та стратегічного управління та ґрунтуватися на принципах застосування перспективних інформаційних технологій.

Список літератури

1. Борисов Б. М. Экологические подходы в оценке состояния здоровья подростков / Б. М. Борисов, В. И. Примаков, Т. А. Мартирова // Воен.-мед. журн. – 1996. – № 2. – С. 51–55.
2. Гончарук Е. И. Изучение влияния факторов окружающей среды на здоровье населения / Е. И. Гончарук, Ю. В. Вороненко, Н. И. Марценюк. – К. : КМИ, 1989. – 204 с.

3. Дячишин В. І. Захворюваність населення як медико-соціальна проблема / В. І. Дячишин, В. В. Рудень. – Л. : ЛДМУ ім. Данила Галицького, 2002. – 32 с.
4. Комплексна оцінка стану здоров'я дітей і підлітків як гігієнічна проблема: методологічні і прикладні аспекти (огляд літератури) / Гончарук Є. Г., Бардов В. Г., Сергета І. В., Омельчук С. Т. // Журн. АМН України. – 2003. – Т. 9, № 3. – С. 523–541.
5. Курило І. Проблема здоров'я нації в сучасній Україні / І. Курило // Журн. практичного лікаря. – 2002. – № 5. – С. 2–10.
6. Подходы к прогнозированию состояния здоровья различных групп населения / Кучма В. Р., Анкифиева Т. А., Панасюк Н. Н., Ягужинский М. С. // Гигиена и санитария. – 1994. – № 5. – С. 53–56.
7. Попов М. Здоровье как социальная ценность / М. Попов, П. Михайлова // Философские и социально-гигиенические аспекты учения о здоровье и болезни. – М. : Медицина, 1975. – С. 48–58.
8. Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України : Указ Президента України від 08.08.2000 р. № 963 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 32 – С. 22–23.
9. Пути улучшения оздоровительной и лечебно-профилактической работы со студентами / В. Е. Апарин, Г. К. Корчагин, Н. В. Фролов [и др.] // Актуальные проблемы медицины. – Воронеж, 1993. – С. 158–162.
10. Сидоренко Г. И. Методология изучения состояния здоровья населения / Г. И. Сидоренко, Е. Н. Кутепов // Гигиена и санитария. – 1998. – № 4. – С. 35–39.
11. Health related lifestyle in adolescence predict adult educational level: A longitudinal study from Finland // J. Epidemiol. and Community Health. – 1998. – Vol. 52, № 12. – P. 794–801.
12. <http://www.who.or.jp/network.html>. Cited 26 February, 2007.

СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ БОЛЬШОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

В. Н. Якимец, Т. В. Лобода, С. М. Иващенко (Киев)

Приведены результаты исследования системы оказания специализированной медицинской помощи населению крупных промышленных городов Украины. Путем применения специальных научных методов исследования выявлены наиболее существенные недостатки данной системы и определены рациональные способы ее оптимизации. В частности доказана целесообразность использования возможностей корпоративной системы информационного обеспечения в ходе реализации мероприятий специализированной медицинской помощи населению крупных промышленных городов. Кроме того, установлено, что использование альтернативных источников финансовых ресурсов способно обеспечить достаточную эффективность системы специализированной медицинской помощи даже в условиях существенных ограничений бюджетного финансирования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: специализированная медицинская помощь, здравоохранительные учреждения, структура коечного фонда, семейная медицина, крупный промышленный город, единое информационное медицинское пространство.

RENDERING OF SPECIALIZED MEDICAL CARE SYSTEM FOR POPULATION IN CONDITIONS OF BIG INDUSTRIAL CITY

V. N. Yakimets, T. V. Loboda, S. M. Ivaschenko (Kyiv)

Results of study of existing specialized medical care for population of big industrial cities in Ukraine have been presented. By the way of using special scientific methods of research the most significant lacks of system have been revealed and rational ways of its optimization have been identified. In particular, it is proved the advisability of using opportunities of the corporate system informational support in the realization measures of specialized medical care for population of big industrial cities. In addition, it was found that the use of alternative funding sources can provide an effective system of specialized medical care even in the condition of budget financing limitations.

KEY WORDS: specialized medical care, health care institutions, the structure of hospital beds, family medicine, a big industrial city, single informational space of health.

СУЧАСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Д. Д. ДЯЧУК, Я. І. ГРИЩУК, Л. Ю. МЕЛЬНИК (Київ)

Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини"
Державного управління справами

Проведено аналіз організації реабілітації хворих після хірургічних втручань на амбулаторно-поліклінічному етапі у Державній науковій установі "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами за останні три роки. Представлені ключові позиції організації процесу комплексної реабілітації хворих після різноманітних хірургічних втручань. Показано ефективність реабілітаційних методик, медикаментозної терапії, лікувальної фізкультури, фізіотерапевтичних методів та масажу. Підкреслюється важливість комплексного підходу до використання реабілітаційних заходів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: реабілітація, хірургічні втручання, етапи реабілітації, види реабілітації.

За даними світової літератури, тільки комплексна реабілітація може бути ефективною у відновному лікуванні хворих після оперативних втручань. Це пов'язано не тільки із складністю хірургічного втручання, але і з вірогідністю виникнення різноманітних ускладнень після операції, які можуть призвести до інвалідності хворих [1;2]. Важливу роль у відновленні здоров'я та працездатності пацієнта відіграє правильна організація процесу медичної реабілітації в центрі реабілітації та хірургічному відділенні Державної наукової установи "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами (далі – ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУ). При формуванні програми реабілітації потрібно враховувати ряд факторів:

- характер хірургічних втручань;
- клінічний стан хворого та наявність важкої супутньої патології;
- наявність чи можливість ускладнень після хірургічних втручань;
- вік хворого.

Метою дослідження було проведення аналізу організації реабілітації хворих після хірургічних втручань на амбулаторно-поліклінічному етапі у Державній науковій установі "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами. Вивчалася ефективність комплексного відновного лікування 72 хворих після різних хірургічних втручань.

Результати дослідження та їх обговорення. Сучасна фізична реабілітація хворих після різноманітних хірургічних втручань повинна включати в себе різні форми лікувальної фізкультури, фізіотерапевтичні методи та масаж.

Протягом останніх трьох років в центрі реабілітації та хірургічному відділенні ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС комплексне відновне лікування було проведено 72 хворим після різних хірургічних втручань. Як показав аналіз, найбільш ефективною формою ЛФК є лікувальна гімнастика. Вона призначалася всім хворим після хірургічних втручань, при цьому гімнастичні вправи були як загальнозміцнюючими, так і спеціальними [3–5]. Обов'язково застосовувалися дихальні вправи статичного та динамічного характеру. Загальнозміцнюючі вправи мали тренувальну дію на серцево-судинну, нервову, м'язову системи, а спеціальні вправи були цільовими з урахуванням хірургічного втручання. Крім того, призначався курс масажу, як загального, так і сегментарного. Комплекс фізіотерапевтичних методик призначався як з профілактичною метою, так і при ускладненнях хірургічних втручань [6–8]. Найбільш ефективними були наступні фізіотерапевтичні методи:

- УВЧ на ділянку шва через пов'язку;
- УФО ділянки рани і навколишньої шкіри по 3–4 біодози під час перев'язок;
- діодинамометрія (ДДТ), індуктотермія на ділянку сонячного сплетіння;
- парафінові та озокеритові аплікації на ділянку живота (при утворенні злук в черевній порожнині).

Аналіз показав, що процес загоєння ранової поверхні відбувається швидше та без ускладнень після застосування наступних лікарських препаратів:

- пов'язки з антибіотиками широкого спектру дії (левомеколь, левосин);
- лікарські засоби протизапальної дії (димексид);
- ентєральне медикаментозне лікування наступними препаратами – антибіотиками, імунопро-

текторами (імунал, ехінацея), протизапальної дії (німесил, диклоберл, моваліс), препаратами для покращення процесу травлення (пангрол, гептрал, енерлів, мотиліум) [9–12].

Основними критеріями ефективності відновного лікування хворих після хірургічних втручань були наступні процеси:

- покращання загального стану хворих та скорочення тривалості непрацездатності;
- підвищення м'язового тону та відновлення працездатності;
- відсутність злукового процесу та формування еластичного рубця;

- розсмоктування інфільтратів та стимуляція проліферативних процесів у тканинах;
- відновлення або покращення всіх порушених функцій організму (серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, дихальної системи тощо).

Аналіз результатів комплексного лікування показав, що у 56 (77,8%) хворих загальний стан та локальний процес покращився. Водночас у 12 (16,7%) хворих позитивних змін не зареєстровано, а у 4 (5,6%) хворих курс відновного лікування був припинений через погіршення стану (рис.).

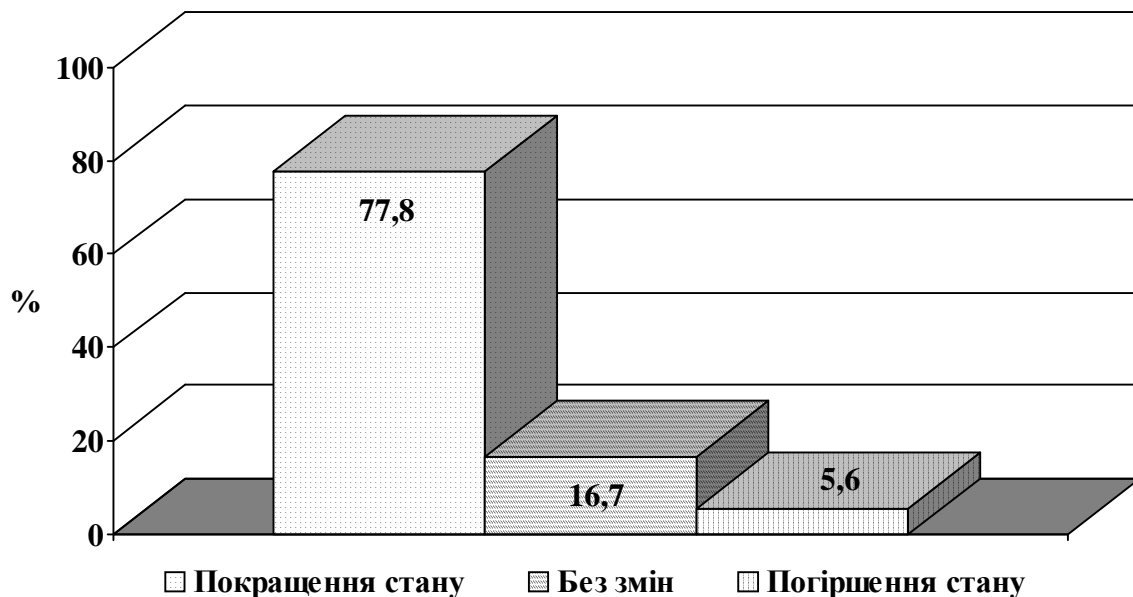


Рис. Характеристика ефективності відновного лікування після хірургічних втручань (%)

Висновки

1. Комплексність застосування різних засобів реабілітації у хворих після хірургічних втручань є важливим чинником підвищення ефективності відновного лікування.

2. Система організації процесу реабілітації повинна мати індивідуальний підхід з урахуванням характеру хірургічного втручання, клінічно-

го стану хворого та наявності важкої супутньої патології, наявності чи можливості ускладнень після хірургічних втручань, віку хворого.

3. Для покращення реабілітаційного процесу в центрі реабілітації та в хірургічному відділенні важливим є залучення ряду сучасних технологічних засобів та моніторинг стану хворих в процесі реабілітації.

Список літератури

1. Боголюбов В. М. Медична реабілітація. Т. 1 / В. М. Боголюбов. – М., 2007. – С. 507–530.
2. Боголюбов В. М. Медична реабілітація. Т. 3 / В. М. Боголюбов. – М., 2007. – С. 305–325.
3. Воробьев А. И. Полный справочник практикующего врача / А. И. Воробьев. – М.: ОНИКС, 2010. – 880 с.
4. Генш Н. А. Справочник по реабилитации / Н. А. Генш. – Ростов н/Д: Феникс, 2008 – С. 61–72.
5. Дубровский В. И. Спортивная медицина / В. И. Дубровский. – М.: Владос, 2005. – С. 159–170.
6. Дубровский В. И. Лечебный массаж / В. И. Дубровский. – М.: Владос, 2005 – С. 140–145.
7. Кошкалда С. А. Основы физиотерапии для медицинских училищ / С. А. Кошкалда. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – С. 33–34.
8. Лейзерман В. Г. Восстановительная медицина / В. Г. Лейзерман, О. В. Бугрова, С. И. Красикова. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – С. 88–121.
9. Попов С. Н. Физическая реабилитация / С. Н. Попов. – Ростов н/Д: Феникс, 2008 – С. 378–388.
10. Томашевський М. І. Наскрізна програма та методичні рекомендації для виконання навчальної науково-дослідної роботи студентами з першого по п'ятий курсів / М. І. Томашевський. – Горлівка, 2007. – С. 7–18.

11. <http://www.Mymassage.ru>

12. <http://www.Rus-medserver.ru>

СОВРЕМЕННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Д. Д. Дячук, Я. И. Гришчук, Л. Ю. Мельник (Киев)

Проведен анализ организации реабилитации больных после хирургических вмешательств на амбулаторно-поликлиническом этапе в Государственном научном учреждении "Научно-практический центр профилактической и клинической медицины" Государственного управления делами за последние три года. Представлены ключевые позиции при организации процесса комплексной реабилитации больных после разнообразных хирургических вмешательств. Показана эффективность реабилитационных методик, медикаментозной терапии, лечебной физкультуры, физиотерапевтических методов и массажа. Подчеркивается важность комплексного подхода к использованию реабилитационных мероприятий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **реабилитация, хирургические вмешательства, этапы реабилитации, виды реабилитации.**

MODERN PATIENTS REHABILITATION AFTER SURGICAL INTERVENTIONS

D. D. Diachuk, Ya. I. Grishchuk, L. Yu. Melnik (Kiev)

The analysis of the organization of patients rehabilitation after surgical interventions at out-patient-polyclinic stage in the State scientific institute "The Scientific and practical center of preventive and clinical medicine" by the State of affairs for last three years has been carried out. Key positions have been submitted at the organization of the complex rehabilitation process in patients after various surgical interventions. Efficiency of rehabilitation methods, medicamentous therapy, physiotherapy exercises, physiotherapeutic methods and massage has been shown. Importance of the complex approach to using of rehabilitation measures has been emphasized.

KEY WORDS: **rehabilitation, surgical interventions, stages of rehabilitation, kinds of rehabilitation.**

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

УДК 61(092)(477)

Я. В. ГАНІТКЕВИЧ (Львів)

СТЕПАН ЗОЩУК – ВИДАТНИЙ УКРАЇНСЬКИЙ ЛІКАР

В статті розповідається про видатного українського лікаря, доктора медицини, спортивного лікаря, хірурга, який за своє тривале життя працював в Європі, Азії та Африці. Активіст, суспільний діяч, публіцист.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **Степан Зошук, видатний український лікар.**

Степан Зошук - надзвичайно цікава постать, відомий у світі знаменитий лікар, визначний український діяч і патріот.

Степан Зошук народився 9 серпня 1909 року в Кракові в українській сім'ї. Батько був поштовим урядником, раніше служив старшиною в

австрійській армії. Після розпаду Австро-Угорської монархії батьки повернулися в рідні краї, оселилися в Коломиї. Степан спочатку навчався в народній школі, опісля в Коломийській українській гімназії, яку закінчив 1928 року. Почавши з 1931 року він та його брат Іван були в складі дружини копаного м'яча (футболу) «Сокіл», бра-

ли участь в роботі Українського спортивного союзу в Коломиї.

Протягом 1931-1933 рр. Степан навчався у Вищій школі будови машин. Проте його манив спорт та медицина. Оскільки до Львівського університету на той час українцям було майже неможливо вступити із-за обмежень, запроваджених польською владою, Степан виїхав до Познані, де менше проявлявся польський шовінізм. Там йому вдалося вступити на медичний факультет університету.

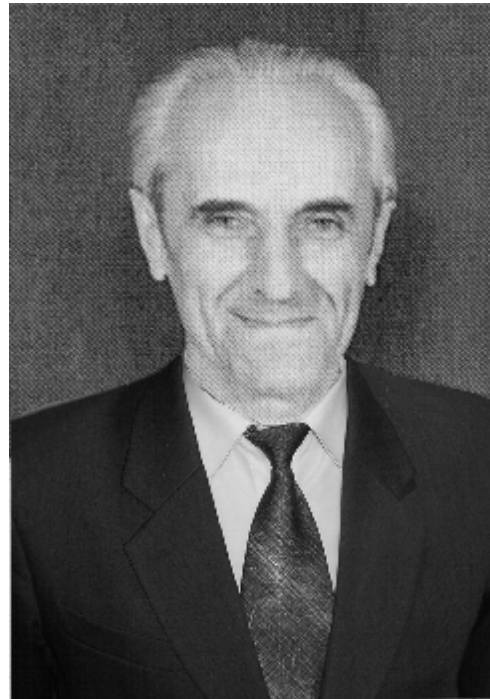
Степан Зошук, як згадували його товариші, був дуже працьовитим і старанним студентом, намагаючись забезпечити себе матеріально влітку працював у Анатомічному музеї Познанського університету. Завдяки здібностям до рисунку допомагав професорові С.Ружицькому в облаштуванні музею, був також демонстратором з анатомії. Одночасно він студював також спортивну медицину в Академії фізичного виховання.

С. Зошук був одним із найактивніших студентів-медиків, брав активну участь в роботі Української студентської громади імені М. Міхновського, був членом її управи. За його ініціативи засновано т.зв. Медичну ланку, яка організувала реферати та дискусії на медичні теми, велику увагу приділяла розробці української медичної термінології. Пізніше він все життя займався українським медичним назовництвом, опублікував у «Лікарському віснику» (1969) статтю «До справи укладання українського медичного словника».

Елітою громади була корпорація «Чорноморе», яка мала націоналістичну орієнтацію, у провіді її були Степан Зошук, Мирон Зарицький, Павло Тарашук. При Громаді існував також мішаний хор, який виступав на різних імпрезах, співав під час Служби Божої.

В 1939 році С.Зошук закінчив медичний факультет Познанського університету та Академію фізичного виховання, отримав диплом лікаря та грамоту лікаря зі спорту. В тому ж році він одружився з лікаркою Іриною Прісневською, яка походила з Волині. Вона також закінчила Познанський університет, спеціалізувалася в акушерстві. Біля 1941 року в них народилася донька Одарка-Світлана, в 1945 р. - син Аскольд.

Розпочавши в Познані приватну практику, С. Зошук зайнявся активною діяльністю в українській громаді, входив до Українського національного об'єднання (УНО). Він заложив і провадив шкільку УНО, яка охоплювала молодь Познані та околиць, виступав ініціатором і режисером багатьох заходів, керував спортивно-виховною роботою філії УНО в Познані. За таку активну громадську діяльність С.Зошука переслідувала польська влада, кілька разів його заарештовували, але за браком доказів відпускали.



Доктор Степан Зошук

Після нападу Німеччини на СРСР у 1941 році д-ра С.Зошука як активного українського громадського діяча стала переслідувати німецька влада, одного разу мав бути арештований гестапо, але на щастя його не було тоді в Познані. Сім'я Зошуків переїхала до Відня, де менше відчувалися небезпеки і труднощі Другої світової війни.

У 1941 р. Степан Зошук був одним з керівників вишкільного табору ДУН (Дружини українських націоналістів) у замку Завберсдорф біля Відня. З 1941 по 1951 рр. він працював асистентом-хірургом II-ої хірургічної клініки Віденського університету, яку очолював проф. др. В. Денк. Тут він став спеціалістом в усіх напрямках хірургії, добре оволодів малою хірургією, ургентною хірургією, методами хірургічної діагностики, проводив успішно великі операції на внутрішніх органах, на кінцівках, урологічні операції. Велике значення він вже тоді надавав здоровому харчуванню, часто за його допомогою покращував стан хворих. Відмічали його чуйне ставлення до хворих, відданість пацієнтам, нерідко безінтересне надання допомоги.

С. Зошук отримав (1945) ступінь клінічного асистента, диплом доктора медицини (1948), сертифікат про спеціалізацію в загальній хірургії та урології. Пізніше (1951- 1953) він працював начальним хірургом у французькому військовому шпиталі в м. Фельдкірх (Австрія).

Згодом С. Зошук виїхав з Австрії більш як на 25 років, працював у Сирії, Ефіопії та Кенії. З 1956 року він почав працювати хірургом в лікарні «Аль Каліме» в Алеппо (Халеб, Сирія). Працював тут

два роки, зустрічався з президентом Сирії Шукрі Куботлі.

У 1959 році д-ра С. Зошука запросили начальним хірургом до лікарні Аль-Аглі в Алеппо. Він брав участь в зїзді лікарів арабських країн в Багдаді (1962). Любив мандрувати, відвідав Ірак і Йорданію (1963), давні святині, церкви, мошея – будівлі, де зберігаються мощі рідних Магомета.

У 1965 р. С.Зошук переїжджає на запрошення імператора до Ефіопії, де провів 16 років. Він працює в Аддіс-Абебі начальним хірургом в лікарні Прибічних військових (сердюцьких) з'єднань імператора Хайлі-Селассі I, часто зустрічається з імператором, консулює його та його сім'ю. Збереглася світлина д-ра С. Зошука та його доньки Одарки-Світлани із прирученим львом імператора з кличкою «Мокріє» («Вірний»).



С. Зошук та його донька Одарка із прирученим львом Хейлі Селассі з кличкою «Мокріє» («Вірний»)

Він багато подорожував, відвідував озера Лянґано, Шалле, Ваончі, спостерігав за типами і життям різних африканських племен. У 1970 році С.Зошук зустрічав в Ефіопії альпіністів з Австрії, брав участь в їх поході в гори Сімієн з найвищим шпилем Рас Дашен в 4620 м. Відмічав, що рослинна їжа допомогла йому краще переносити труднощі підкорення вершин, ніж традиційне харчування у молодших учасників експедиції. С. Зошук харчувався, як римський воїн, споживав зерно вівса або пшениці, цибулю, часник, сушені оливки, тамаринду, садовину і воду.

Опісля (1974) С. Зошук перейшов у м. Діре-Дава на посаду директора медичної служби та хірурга шпиталю Французько-Ефіопського товариства будови залізничного сполучення Аддіс-Абеба - Джібуті. Під час війни із Сомалі (1975-1977) він був головним хірургом шпиталю 3-ї армії Ефіопії. Опісля він - директор осередку лікарні для хворих на проказу у Гамбо.

З 1979 року С.Зошук працював у Кенії хірургом шпиталю отців Камілянів у м. Табака, а пізніше (1980) – хірургом «Літаючих лікарів» (Flying Doctor Service) у Найробі. Керівники шпиталю католицької місії в Лоліондо відзначали його високу кваліфікацію, блискуче проведення операцій.

С. Зошук переписувався з Архимандритом Любомиром Гузаром. Двічі (1979, 1983) його викликали в Рим для лікування патріарха Йосифа Сліпого. Пізніше він переклав з латинської мови промову Митрополита Кир Йосифа Сліпого на II Ватиканському соборі в жовтні 1963 року.

За роки праці в Австрії, Азії та Африці д-р Степан Зошук заявив про себе як здібний науковець, опублікував низку статей з проблем хірургії, спортивної медицини українською, німецькою, англійською та французькою мовами. Протягом 1951 – 1981 рр. опублікував праці: «Про етіологію і терапію пухлин сечового міхура» (Krebsarzt, 1965), «Про локальне лікування хронічного остеомієліту» (Klinische Medicine, 1955), «Про псевдоартроз Джамбе» (Arab. Med. Journal, 1961), «Чи є проказа інфекційною хворобою?» (Aerzte Zeitung, 1979), «До причин передчасної смерті Т.Шевченка» (Лікарський вісник, 1964), низку праць про здорове харчування та ін. Йому належить винахід («канюля Зошука») для лікування остеомієліту. Він багато уваги приділяв ортопедичним операціям з відновлення функції деформованих кінцівок.

Коли С. Зошуку виповнилося 70 років, він повернувся до Австрії, де знаходилася його родина, зайнявся публіцистичною і журналістською діяльністю. У 1980 -1983 рр., він на запрошення приятеля перебував у Торонто, багато працював у бібліотеках, написав книжку «Який харч таке здоров'я». Книжку надрукував 1985 року український видавець у Брукселі Омелян Коваль тиражем 2000 примірників (видавництво НТШ, обсяг 344 стор.), вона набула особливого поширення серед українців діаспори.

В передмові до книжки д-р Микола Грушкевич із Клівленда говорить: «Ця книжка повинна стати дороговказом у харчуванні для кожного віку, а зокрема для молодих людей, які закладають родинні вогнища, для майбутніх матерів, які несуть відповідальність за здоров'я майбутніх поколінь». Він відзначає велику дбайливість автора у відношенні до українського медичного назвництва, якого він став співтворцем.

В своїй книжці С. Зошук переконує і пропагує харчуватися переважно овочами і фруктами, обмежити вживання м'ясних страв. В книзі подано багато корисних порад, аналізується справа харчування українського населення, козаків в походах, розглядаються причини ранньої смерті видатних українців (Шевченко, Франко, Л. Українка), які пов'язуються з нераціональ-

ним харчуванням. Зрештою, своїм особистим прикладом автор доказав доцільність цих рекомендацій (прожив у доброму здоров'ї 92 роки). Він вводить біля 100 нових українських термінів на місце латинських, як «білачка» (лейкемія), «суглобця» (артрит), «розчинник» (ензим), «насяювання» (радіація) та ін. Книга викликала багато відгуків і дискусій в українській емігрантській пресі, звучали висловлювання, що ця книга «зробила революцію в харчуванні».

Водночас С. Зошук був активним популяризатором наукових знань, насамперед в справі здорового харчування, із спортивної медицини, його перу належать понад п'ятдесят статей в науково-популярних і масових виданнях українською, німецькою і іншими мовами, його публікаціями цікавилися українці і чужинці в усьому світі.

С. Зошук виступав також як талановитий публіцист, український патріот, його статті на політичні теми друкувалися в часописах «Шлях перемоги», «Новий шлях», іншомовних виданнях. Протягом 1935 – 1987 років С.Зошук опублікував кілька десятків публіцистичних статей на актуальні теми українського життя. Серед них: «Українська держава», «Тип Обломова серед української суспільності», «Україна і Індія в добу Махатма Ганді», «Закулісові сили і упадок незалежності України», «Чужі мови, які сприяють і мови, які не сприяють вивченню і розвиткові рідної мови», «Уваги до книжки Степана Олеськова «Конання нації», «Звернення до української студентської громади у Лондоні», «Уваги до книжки Степана Говерлі (Івана Геля, прим.Я.Г.) «Грані культури», «Крути – Альказар, Роман Шухевич і Люї Москардо; два геройські чини двох різних народів віч-на-віч з тим самим ворогом», «Лис Микита в лаптях і Хахли», «Вовки в овечих шуках – московські дисиденти», «Звернення до організації українських жінок», «Звернення до СКВУ», «Нео-марксизм – Нова Ліва».

В останній статті він з болем в серці пише про наскрізь руйнівні тенденції молоді: цілковите зірвання з батьками, з їх національністю, визнанням, звичаями і обичаями, заперечення своєї національності, свідоме не вживання української мови між собою, хоч багато їх цю мову знають. Далі він пише, що розпуста, каварняна «ідеологія», простацтво і відщепенство є змістом для них! Наскільки актуальні ці проблеми тепер у нашій державі!

С. Зошук різко засуджував голодомор в Україні, спланований московським комуністичним режимом. Він публікує статтю «Україна – Індія – на хвилину часу» (1984), в якій порівнює колонізацію Індії Британською імперією та поневолення України Російською імперією, голод в Індії з голодом в Україні 1932-1933 рр., боротьбу Махатма Ганді та його вбивство з боротьбою С. Пет-

люри, Є.Коновальця, С.Бандери і вбивством їх московськими агентами. Наголошує на намаганнях советської імперії поділити націю України за різними ознаками, посіяти розбрат і ворожнечу, використати 12 мільйонів росіян та інших націй, переселених в Україну, всіма засобами знищити осередки національної свідомості, головно шляхом денаціоналізації, асиміляції, англізації, германізації тощо. Фальшується історія України. «Протидіяти тим затіям російської імперії – це завдання кожної українки та українця!» - закінчує статтю С.Зошук.

Він виступав з доповідями на конгресах Світової федерації Українських лікарських товариств (СФУЛТ) у Мюнхені (1970), Відні (1988). У липні 1988 року Президент СФУЛТу Ахіль Хрептовський відзначив Почесною грамотою д-ра Степана Зошука як «визначного хірурга, науковця, громадського діяча, журналіста, письменника та спортсмена за його безупинну працю для народу, культури, науки та професії». Його характеризують як знаменитого знавця українського медичного назовництва, людину, котра з посвятою працює для національної ідеї.

Д-р С. Зошук відзначався як високою відданістю лікарській професії, так і своєю ерудицією, широким кругозором, знанням мов, крім латинської та європейських – польської, німецької, англійської, французької засвоїв також мови країн Азії і Африки – арабську, африкаанс, суахілі, анхорську, мови деяких племен. Мав широке коло зацікавлень, знав історію України і країн, де працював, археологію, географію, релігійне життя, етнографію, культуру та звичаї різних народів, багато займався фотографією.

Останні роки життя Степан Зошук провів у містечку Фельдкірх. Там на 92-му році життя помер 12 квітня 2002 року, похований 24 квітня на цвинтарі Герстгоф у Відні.

С. Зошук провів чверть-століття подвижницької праці у важких для європейця кліматичних і побутових умовах Азії та Африки, лікуючи тубільців, працюючи деякий час в лепрозорії. Чи не нагадує його діяльність до певної міри лікарську допомогу в Габоні Альберта Швейцера, який відмовився від долі процвітаючого європейця і присвятив себе лікуванню африканців, але на відміну від С. Зошука став широко відомим в усьому світі, отримав у 1952 році Нобелівську премію?

Життя і діяльність д-ра Степана Зошука, його наукові, науково-популярні праці, якими цікавилися українці і чужинці, залишалися невідомими і забороненими в УРСР, не кажучи вже про публіцистичні статті, написані в душі української ідеї. Тільки в 1994 році появилася коротка інформація про нього в книзі П. Пундія «Українські лікарі».

Дана стаття, яка далеко не вичерпує підняту тему, має за мету привернути увагу українських лікарів і науковців, мандрівників, істориків, публіцистів і критиків до цікавої, духовно багатішої постаті нашого «українського Швейцера», лікаря-патріота Степана Зошука.

СТЕПАН ЗОЩУК – ВЫДАЮЩИЙСЯ УКРАИНСКИЙ ВРАЧ

Я. В. Ганиткевич (Львов)

В статье идет речь о выдающемся украинском враче, докторе медицины, спортивном враче, хирурге, который за долгую жизнь работал в Европе, Азии и Африке. Активист, общественный деятель, публицист.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **Степан Зошук, выдающийся украинский врач.**

STEPAN ZOSCHUK - OUTSTANDING UKRAINIAN DOCTOR

Y. V. Hanitkevich (Lviv)

The article deals with the outstanding Ukrainian physician, MD, a sports physician, surgeon, who worked for a long life in Europe, Asia and Africa. Activist, public figure and publicist.

KEY WORDS: **Stepan Zoschuk, a prominent Ukrainian doctor**

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охорони здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти; організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я; міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

- Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візю керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 90 у.о. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.

- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, **прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

- Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей – не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій – не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах – не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- **рефератів російською, українською та англійською мовами з обов'язковим зазначенням прізвищ та ініціалів авторів цими мовами**, обсягом не більше 1/3–1/2 с.

- Статті набираються на комп'ютері в програмі Word, зберігаються у форматі .rtf і подаються роздруковані з дискетою. Текст реферату слід друкувати шрифтом 12 пунктів з міжрядковим інтервалом – 1,5, додержуючись таких розмірів берегів (полів): верхній і нижній – 20 мм, лівий – 25 мм, правий – 10 мм. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаються на дискеті.

- На першій сторінці зазначаються: **індекс УДК ліворуч**, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

- Список літератури подається відразу під текстом за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність.

Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. Оформлення бібліографії здійснюється за новим стандартом з бібліографічного опису ДСТУ ГОСТ 7.1:2006. Скорочення слів і їх поєднань наводять згідно з ДСТУ 3582-97 “Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила”.

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Нумери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X,XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.
- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.
- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, лаконічно викласти зміст статті.
- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.
- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 21 грн 90 коп. З приводу придбання звертатися за тел. : (0352) 52-80-09.

Редакційна Рада

Редакція журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України" інформує, що у зв'язку з прийняттям постанови президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. №7-05/1 "Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України", до розгляду з приводу надрукування в журналі будуть прийматися тільки ті статті, які відповідають вимогам нижченаведеної постанови.

Бюлетень ВАК України, №1, 2003
Атестаційний процес: нормативна база

ПРО ПІДВИЩЕННЯ ВИМОГ ДО ФАХОВИХ ВИДАНЬ,
ВНЕСЕНИХ ДО ПЕРЕЛІКІВ ВАК УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА
ПРЕЗИДІЇ ВИЩОЇ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ УКРАЇНИ
від 15.01.2003 №7-05/1

Необхідною передумовою для внесення видань до переліку наукових фахових видань України є їх відповідність вимогам пункту 7 постанови президії ВАК України від 10.02.1999 р. №1-02/3 «Про публікації результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук та їх апробацію». Однак окремі установи-засновники таких видань не дотримуються вимог до складу редакційної колегії видань, не організують належним чином рецензування та відбір статей до друку, не надсилають свої наукові видання до бібліотек, перелік яких затверджено постановою президії ВАК України від 22.05.1997 р. №16/5, тим самим обмежуючи можливість наукової громадськості знайомитися із результатами дисертаційних досліджень. У зв'язку з цим президія Вищої атестаційної комісії України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Попередити установи-засновники наукових фахових видань, що у разі відсутності видань у фондах визначених ВАК бібліотек вони будуть вилучені з переліку наукових фахових видань України, в яких дозволяється друкувати результати дисертаційних досліджень.
2. Установам-засновникам фахових видань оновити склади редакційних колегій так, щоб більшість у них становили фахівці, основним місцем роботи яких є установа-засновник фахового видання.
3. Редакційним колегіям організувати належне рецензування та ретельний відбір статей до друку. Зобов'язати їх приймати до друку у виданнях, що виходитимуть у 2003 році та у подальші роки, лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтування отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.
4. Спеціалізованим ученим радам при прийомі до захисту дисертаційних робіт зарахувати статті, подані до друку, починаючи з 2003 року, як фахові лише за умови дотримання вимог до них, викладених у п.3 даної постанови.
5. Встановити обов'язковим подання до ВАК України разом із клопотанням про внесення видання до переліку фахових також копії свідоцтва про державну реєстрацію друкованого засобу у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України.
6. Зобов'язати установи, які є засновниками фахових видань, протягом 2003 року надсилати до ВАК України один контрольний примірник видання із супровідним листом.
7. Експертним радам ВАК України провести до 1 січня 2004 року аналіз наукового рівня публікацій у фахових виданнях і подати президії ВАК України пропозиції щодо внесення відповідних змін до переліку фахових видань.

Голова ВАК України В.В. Скопенко
Вчений секретар ВАК України Л.М. Артюшин

ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

З 1999 р. видається журнал "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України".
Тематика журналу:

- питання державної політики охорони здоров'я;
- концептуальні основи реформування галузі;
- дослідження та прогнозування здоров'я населення;
- питання управління, економіки та інформатизації системи охорони здоров'я;
- проблеми підготовки медичних кадрів;
- правове та інформаційне забезпечення галузі тощо.

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

Слід зазначити, що журнал розрахований на керівників закладів охорони здоров'я усіх рівнів (головні лікарі районних, міських, обласних лікарень і санепідемстанцій), співробітників кафедр соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, кафедр і циклів медичної інформатики медичних закладів освіти, науковців-медиків та лікарів різних спеціальностей, студентів вищих медичних закладів освіти та курсантів закладів післядипломної освіти.

Розцінки на розміщення реклами:

кольорова на вклейці: двостороння – 300 у.о., одностороння – 170 у.о.

чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 у.о.

рекламні статті – 150 у.о. за 1 авт. арк. (40 000 знаків).

З приводу розміщення Вашої реклами в журналі звертайтеся за телефоном: (044) 576-41-09;
576-41-19

З надією на плідну співпрацю

Головний редактор,
Директор Українського інституту
стратегічних досліджень МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Г. О. Слабкий

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.93 №326 “Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики”, рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.98 №297 “Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду”, у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного співставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, Український інститут громадського здоров'я МОЗ України (з 2008 р. – ДУ “Український інститут стратегічних досліджень” МОЗ України) пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи), вартість якого становить 120 грн.

Довідки та замовлення за телефонами: **(044) 576-41-19; 576-41-09.**

Директор Українського
інституту стратегічних досліджень МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Г. О. Слабкий

Адреса редакції

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3
E-mail: uisr_moz@ukr.net

Адреса видавництва

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1
Видавництво “Укрмедкнига” Тернопільського державного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського
телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33
Розрахунковий рахунок №31252273210444 в ГУ ДКУ в Тернопільській області
МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830
Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського”
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України”

Редактор: О. В. Шумило
Художнє оформлення: Н. О. Іщенко
Комп’ютерний набір: Н. О. Іщенко
Технічний редактор: С. Т. Демчишин
Комп’ютерна верстка: О. І. Пухальська
Перекладачі: Н. Т. Кучеренко, Н. В. Шаповалова

Підп. до друку 00.00.2011. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 00,00. Обл.-вид. арк. 11,95. Наклад 600. Зам. №000