

ISSN 2415–8763

# **Економіка і право охорони здоров'я**

**№ 1 (11), 2020**

## Економіка і право охорони здоров'я

№ 1 (11), 2020

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ПЕРІОДИЧНІСТЬ ВИХОДУ – 2 рази на рік

ЗАСНОВАНИЙ – грудень 2014 року

### ЗАСНОВНИКИ

Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»  
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»  
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

**ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР** – Слабкий Г.О.

**ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА** – Дзюба О.М., Ждан В.М., Смоланка В.І.

**ВІДПОВІДАЛЬНИЙ РЕДАКТОР** – Ситенко О.Р.

**ДИЗАЙН І ВЕРСТКА** – Кривенко Є.М.

**ГОЛОВА СЕКРЕТАРІАТУ** – Дудник С.В.

**СЕКРЕТАРІАТ** – Касинець С.С. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Качала Л.О. (Ужгород)

### РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ (голова редакційної колегії – д.мед.н., проф. Ковальова О.М.)

Голованова І.А., Істомін С.В., Карамзіна Л.А., Лазур Я.В., Мельник П.С., Мікловда В.П.,  
Нагорна А.М., Приходько В.О., Рогач І.М., Рогач О.Я., Ситенко О.Р., Слабкий Г.О.,  
Фера О.В., Чепелевська Л.А., Черемухіна О.М., Чопей І.В., Шатило В.Й.

### РЕДАКЦІЙНА РАДА (голова редакційної ради – д.мед.н., проф. Лехан В.М. (Дніпропетровськ))

Васильєв К.К. (Одеса), Вороненко Ю.В. (Київ), Голубчиков М.В. (Київ), Грузєва Т.С. (Київ),  
Децик О.З. (Івано-Франківськ), Камінська Т.М. (Харків), Клименко В.І. (Запоріжжя),  
Кобер Л. (Словаччина), Коваленко О.С. (Київ), Кочет О.М. (Київ), Краков'як Я. (Польща),  
Кудренко М.В. (Київ), Лашкул З.В. (Запоріжжя), Лобас В.М. (Красний Лиман), Любінець О.В. (Львів),  
Медведовська Н.В. (Київ), Миرونюк І.С. (Ужгород), Моїсеєнко Р.О. (Київ), Овоц А. (Польща),  
Огнев В.А. (Харків), Тодоров І.Я. (Ужгород), Толстанов О.К. (Київ), Шафранський В.В. (Київ)

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань

України, в яких можуть публікуватися результати  
дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів  
доктора і кандидата наук, затвердженого наказом  
Міністерства освіти і науки України від 07.10.2016 № 1222

Рекомендовано до друку Вченою радою  
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень  
МОЗ України» (протокол № 2 від 18.02.2020 р.)

#### АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

провулок Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна  
телефон: +380 44 576-41-19; 576-41-09  
факс: +380 44 576-41-20; 576-41-09  
e-mail: s.nauka@ukr.net

Свідоцтво про державну реєстрацію  
КВ № 21125-10925Р від 24.12.2014 р.

Підписано до друку 19 лютого 2020 р.  
Загальний наклад 100 прим. Зам. № 10//06/01

#### ВИДАВЕЦЬ:

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень  
Міністерства охорони здоров'я України»  
провулок Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

#### ВИДАВНИК:

«СПД ФО «Коломіцин В.Ю.»  
Свідоцтво про державну реєстрацію  
В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»  
вулиця Котельникова, 95, м. Київ, 03179, Україна  
тел./факс +380 44 501-35-69

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до Державного реєстру видавців, виготівників  
і розповсюджувачів видавничої продукції  
ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

Усі статті рецензовано. Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.  
Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні,  
допускається лише з письмового дозволу редакції.

## ЗМІСТ / CONTENT

<i>Балашов К.В.</i> <b>Використання соціального маркетингу для потреб громадського здоров'я: шляхи практичної реалізації</b>	5
<i>Balashov K.V.</i> <b>Using social marketing for public health: ways to implement it</b>	
<i>Бонь Ю.В.</i> <b>Епідеміологія розладів психіки та поведінки в Закарпатській області</b>	9
<i>Bon' Yu.V.</i> <b>Epidemiology of mental and behavioral disorders in Transcarpathian region</b>	
<i>Дудаш Г.В.</i> <b>Використання інформаційно-комунікаційних каналів щодо здоров'я та здорового способу життя серед студентів різних факультетів</b>	12
<i>Dudash H.V.</i> <b>The using of communication portals from the perspective of health and healthy lifestyle among students from different faculties</b>	
<i>Картавцев Р.Л.</i> <b>До питання класифікації виробів медичного призначення у відповідності до технічного регламенту щодо медичних виробів в Україні</b>	17
<i>Kartavtsev R.L.</i> <b>To the issue of classification of medical devices in accordance with technical regulations on medical devices in Ukraine</b>	
<i>Кошеля І.І., Степаненко А.В.</i> <b>До питання захворюваності населення Закарпатської області на хвороби системи кровообігу</b>	20
<i>Koshelya I.I., Stepanenko A.V.</i> <b>To the issue of incidence of diseases of the circulatory system among the population of Transcarpathian region</b>	
<i>Крытченко О.Б., Печиборщ В.П., Якимець В.М., Печиборщ О.В., Якимець В.В., Мазій С.І.</i> <b>Умови для забезпечення гарантії якості в лабораторній діагностиці в процесі реформування охорони здоров'я України</b>	24
<i>Krytchenko O.B., Pechiborshch V.P., Yakimets V.M., Pechiborshch O.V., Yakimets V.V., Maziy S.I.</i> <b>Conditions for providing quality guarantee in laboratory diagnosis in the process of healthcare reform of Ukraine</b>	
<i>Левенець Н.Г., Дуфинець В.А., Білак-Лук'янчук В.Й., Бутусов О.Д.</i> <b>Визначення основних термінів у викладанні магістрам громадського здоров'я дисципліни "Моніторинг та реагування на надзвичайні ситуації в сфері охорони здоров'я"</b>	31
<i>Levenets N.G., Dufinets V.A., Bilak-Lukianchuk V.J., Butusov O.D.</i> <b>Definition of principle terms in teaching the discipline "Monitoring and response to public health emergencies" to the masters of public health</b>	
<i>Медведовська Н.В., Малишевська Є.М., Денисюк Л.І., Яновська Н.М.</i> <b>Обізнаність вчителів середньої школи з проблем порушення функцій зору серед учнів, готовність освітян до участі в заходах з їх попередження</b>	38
<i>Medvedovskaya N.V., Malyshevskaya E.M., Denisyuk L.I., Yanovskaya N.M.</i> <b>Awareness of secondary school teachers on the problem of visual impairment among students, the readiness of teachers to participate in measures to prevent them</b>	
<i>Миронюк В.І.</i> <b>Окремі питання на шляху до деінституціоналізації психіатричної допомоги пацієнтам з депресивними розладами</b>	43
<i>Myronyuk V.I.</i> <b>Definite issues on the way to deinstitutionalization of psychiatric care for patients with depressive disorders</b>	

---

<i>Орос В.Ю.</i> <b>До питання поширеності алкоголізму в Закарпатті</b>	<b>46</b>
<i>Oros V. Yu.</i> <b>To the issue of the prevalence of alcoholism in Transcarpathian region</b>	
<i>Піпаш Т.В.</i> <b>Епідеміологія кишкових інфекційних хвороб серед дорослого населення Закарпатської області</b>	<b>50</b>
<i>Pipash T. V.</i> <b>Epidemiology of intestinal infectious diseases among the adult population of Transcarpathian region</b>	
<i>Пішковці А-М.М., Слабкий Г.О.</i> <b>Розвиток первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області</b>	<b>53</b>
<i>Pishkovtsi A-M.M., Slabkiy G.O.</i> <b>Development of primary medical care in Transcarpathian region</b>	
<i>Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Дуфинець В.А., Брич В.В., Бутусов О.Д.</i> <b>Щодо викладання магістрам громадського здоров'я дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні»</b>	<b>58</b>
<i>Slabkiy G.O., Mironyuk I.S., Dufinets V.A., Brych V.V., Butusov O.D.</i> <b>To the issue of teaching the discipline "Organization of health care in Ukraine" to masters of public health</b>	
<i>Сміянов В.А., Горох В.В.</i> <b>Організація амбулаторно-поліклінічної гематологічної допомоги дорослому населенню сільськогосподарської області</b>	<b>61</b>
<i>Smilianov V.A., Horoh V.V.</i> <b>Organization of outpatient hematological care to the adult population of agricultural region</b>	
<i>Чернявський В.В.</i> <b>Нагальні питання реформування стоматологічної допомоги військовослужбовцям України</b>	<b>69</b>
<i>Chernyavskiy V.V.</i> <b>Urgent issues of reforming stomatological care for servicemen of Ukraine</b>	
<i>Шип Д.Я.</i> <b>Спроможність системи охорони здоров'я Закарпаття до надання медичної допомоги дітям з втратою слуху</b>	<b>73</b>
<i>Shyp D. Ya.</i> <b>The capacity of the health care system of Transcarpathia for providing medical care to children with hearing loss</b>	

## Використання соціального маркетингу для потреб громадського здоров'я: шляхи практичної реалізації

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

*Адекватне застосування маркетингових прийомів може бути ефективним для налагодження та підтримки системи комунікацій у громадському здоров'ї. Соціальний маркетинг базується на теорії обміну і передбачає свідоме прийняття особою рішення про вибір здоровішого варіанту поведінки. Поділ населення на окремі групи за психоповедінковими ознаками дозволяє істотно підвищити ефективність комунікаційних кампаній у сфері охорони здоров'я. Упровадження такого підходу в практику громадського здоров'я потребує застосування методів кластерного та факторного аналізу.*

**Ключові слова:** громадське здоров'я, комунікації, соціальний маркетинг, кластерний аналіз, сегментація.

### ВСТУП

1952 р. G.D. Wiebe поставив провокативне питання: чому братерство не може продаватися як мило? Він проаналізував соціальні кампанії та дійшов висновку, що суспільні прагнення можуть бути продані за допомогою адекватного застосування маркетингових прийомів (Lee & Kotler, 2011). Соціальним «продуктом», що є об'єктом маркетингової кампанії, може бути товар, практика або навіть абстрактне переконання чи цінність (напр., соціальна справедливість) (Chapman Walsh, Rudd, & Moeu, 1993).

Одним з ключових підходів до аналізу даних маркетингових досліджень є сегментація респондентів. Поділ досліджуваної популяції на окремі підгрупи (сегменти) дозволяє розробити селективні та порівняно вузькоспрямовані варіанти інтервенцій, що враховують особливості кожного дослідженого сегменту. Традиційний підхід передбачає диференціацію за географічними та демографічними ознаками на початковому етапі, з подальшим аналізом за психоповедінковими характеристиками, такими як переконання та ставлення до продукту, етап готовності його прийняти, коли, чому, як і наскільки часто конкурентна продукція використовується для задоволення відповідних потреб тощо (Chapman Walsh, Rudd, & Moeu, 1993).

Водночас, якщо спрямування інтервенцій за демографічними характеристиками населення є зрозумілим та порівняно простим у реалізації, то виокремлення окремих груп населення за поведінковими ознаками потребує використання спеціального аналітичного інструментарію.

**Мета.** На підставі аналізу наукових публікацій запропонувати шляхи застосування методів статистичного аналізу для сегментування цільової аудиторії.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вивчення існуючих світових та вітчизняних підходів до вирішення проблеми розподілу населення за психоповедінковими характеристиками використовувалися бібліосемантичний метод та контент-аналіз.

### РЕЗУЛЬТАТИ

1971 р. Котлер і Зальтман визначили соціальний маркетинг як «розробку, впровадження та контроль програм, які покликані вплинути на прийнятність соціальних ідей, і враховують проектування та ціну продукту, комунікацію, розповсюдження та проведення маркетингових досліджень» (Hong, Kotler, & Nancy, 2009).

Соціальний маркетинг дозволяє спростити вирішення таких проблем, як обмежений вплив індивідуального консультування на поведінку, наявність важкодоступних для традиційних інтервенцій груп населення та традиційний дефіцит ресурсів (в т.ч., належного технічного забезпечення) для розробки кампаній (Lefebvre & Flora, 1988).

Концептуально маркетинг базується на теорії обміну, тому увага до співвідношення очікуваної користі та витрат є засадничим принципом (Chapman Walsh, Rudd, & Moeu, 1993).

Соціальний маркетинг запропонував ефективну рамку для розробки програм промоції здоров'я, що базується на залученні споживачів до вирішення проблеми та заохочує добровільний обмін ресурсами. Всупереч поширеному міфу активне просування не належить до арсеналу маркетингових інструментів, оскільки унеможливорює вільний вибір (Lefebvre & Flora, 1988).

Grier & Bryant (Grier & Bryant, 2005) описують соціальний маркетинг, як шестикомпонентний ітеративний процес, що складається з:

1. Початкового планування
2. Формативного дослідження
3. Розробки стратегії
4. Розробки програми і тестування матеріальних та нематеріальних інтервенцій
5. Впровадження
6. Моніторингу та оцінки

Формативне дослідження серед іншого покликане вивчити фактори, необхідні сегментування аудиторії, та фактори, вплив на які допоможе змінити поведінку. Метою сегментування є визначення однорідних підгруп (для створення відповідних повідомлень) та сегментів, які стануть цільовими для каналів поширення та комунікації (Lefebvre & Flora, 1988).

Для кожного значущого сегмента ринку необхідно визначити систему чинників мотивації, орієнтири та побажання стосовно свого здоров'я, перешкоди на цьому шляху, тобто «картувати територію», де мешкають потенційні споживачі, у т.ч. їхнє фізичне, культурне та медійне середовище, звички у роботі та під час дозвілля, які повідомлення привертають їхню увагу, коли, чому і з яким ефектом (Chapman Walsh, Rudd, & Moev, 1993).

Сучасні дослідження впроваджують поняття healthstyle («стиль здоров'я», «спосіб здорового життя») і демонструють переваги використання для сегментування саме характеристик, що стосуються поведінки та переконань у сфері здоров'я (Balku, Tóth, Nárai, Zsiros, Varsányi, & Vitrai, 2017).

Також була продемонстрована важливість врахування культурних чинників під час комунікації в охороні здоров'я (Балашов, 2020) та поведінкових індикаторів на етапі оцінки ефективності програм комунікації в охороні здоров'я (Знаменська, 2015).

Сегментування із застосуванням кластерного аналізу є визнаним науковим підходом до налагодження комунікації в охороні здоров'я (Maibach, Maxfield, Ladin, & Slater, 1996), (NÁRAI, 2009). Водночас, стосовно вибору методів аналізу, кількості та типу ознак, за якими здійснюється кластеризація основна відповідальність покладається на самого дослідника та його експертний висновок (Slater, Kelly, & Thackeray, 2006). Попередні дослідження формують кілька загальних підходів до підвищення якості аналізу та її оцінки (Engl, Smittenaar, & Sgaier, 2019):

- Кластерне рішення має бути стабільним (тобто, мін. 70% утворених кластерів мають співпадати у моделях, утворених за допомогою ієрархічних та неієрархічних алгоритмів кластеризації)

- Для кластеризації варто використовувати поведінкові, а не демографічні чинники; формулюється поняття healthstyle – спосіб життя щодо здоров'я, що описує звички та переконання особи, які впливають на її здоров'я. Саме ці чинники отримують схвалення як найефективніші для сегментації населення під час розробки комунікаційних заходів (Navarro, 1990), (Balku, Tóth, Nárai, Zsiros, Varsányi, & Vitrai, 2017), (Slater & Flora, 1991)

- Ітеративний підхід до формування кластерного рішення є запорукою кращого результату

- Утворене рішення повинно мати пояснювальну силу, тобто – надавати можливість використовувати його у практичній діяльності: для пояснення поведінки окремих груп населення та формування подальших комунікаційних дій, таких як визначення спектру потенційних груп цільової аудиторії (ГЦА), покращення розуміння когнітивної та мотиваційної бази цих ГЦА, удосконалення шляхів таргетованої комунікації та підготовки орієнтованих саме на цю ГЦА повідомлень тощо.

- Окремі дослідники рекомендують перед кластеризацією проводити факторний аналіз для визначення ключових чинників (Maibach, Maxfield, Ladin, & Slater, 1996).

Дослідження (NÁRAI, 2009) демонструє, що отримані в результаті застосування тих самих методик та параметрів кластерні рішення відрізняються у різних

країнах. Це пов'язано з широким комплексом особливостей кожної країни і вимагає від дослідника адекватного володіння культурним контекстом популяції для адекватного тлумачення отриманої кластерної моделі. Існують узагальнені комерційні моделі психографічного сегментування (<https://www.patientbond.com/psychographics>), орієнтовані на допомогу закладам охорони здоров'я.

Одне з перших фундаментальних досліджень, в якому був застосований психографічний підхід до сегментування (Maibach, Maxfield, Ladin, & Slater, 1996) запропонувало оцінювати такі соціальні та персональні чинники, як сприйняття соціальної підтримки, групові норми однолітків, соціальне значення поведінки, міжособистісне спілкування, безособовий ризик, сприйняття особистого ризику, очікування щодо фізичного результату та самооцінки, самоефективність, мотивація, сила наміру, здоров'я як цінність, задоволеність життям та пошук гострих відчуттів. (Engl, Smittenaar, & Sgaier, 2019) рекомендують використовувати для кластеризації параметри, які не мають однозначного ставлення у суспільстві, та використовувати мінімальну необхідну кількість параметрів з метою підвищення міжкластерного контрасту.

## ОБГОВОРЕННЯ

С. Гріп та К. Браянт навели порівняння підходу, запропонованого соціальним маркетингом, з просвітницьким підходом та законодавчими обмеженнями (Grier & Bryant, 2005). Посилаючись на М. Ротшильда (Rothschild, 1999), автори стверджують, що просвіта інформує та переконує людей сприймати здорову поведінку добровільно, увиразнюючи її переваги. Просвіта найефективніша, коли переваги змін поведінки є привабливими, негайними та очевидними, витрати низькі, а навички та інші необхідні ресурси легкодоступні. Законодавчі обмеження, з іншого боку, використовують примус або загрозу покарання для управління поведінкою. Цей інструмент застосовується, коли суспільство не бажає далі зазнавати збитків від нездорової чи ризикованої поведінки (наприклад, водіння у нетверезому стані), але й не мотивоване змінюватися.

На відміну від цих підходів маркетинг а) впливає на поведінку через пропозицію альтернативи, б) змінює навколишнє середовище, щоб зробити здорову поведінку вигіднішою, в) повідомляє це більш вигідне співвідношення між вартістю та вигодою цільовій аудиторії.

Як і просвіта, маркетинг пропонує людям свободу вибору, але на відміну від освіти не просто закликає людей приносити жертву заради суспільства, а створює сприятливе середовище для змін шляхом підвищення привабливості пропонованих переваг та мінімізації витрат, при цьому не відмовляючись від використання механізмів просвіти чи законодавчого регулювання (Grier & Bryant, 2005).

Дослідження доводять, що аналіз поведінкових даних та його використання для формування інтервенцій у сфері громадського здоров'я є ефективнішим підходом за базований як виключно на демографічних показниках, так і на комбінації психоповедінкових та демографічних

показників (Maibach, Maxfield, Ladin, & Slater, 1996) (Balku, Tóth, Nárai, Zsiros, Varsányi, & Vitrai, 2017) (Diez-Roux, 2000) (Slater M., Choosing audience segmentation strategies and methods for health communication, 1995).

Застосування факторного аналізу перед кластеризацією дозволяє зменшити кількість змінних (чинників) та водночас збільшити пояснювальну силу отриманого кластерного рішення.

Автор має власний досвід поєднаного застосування факторного та кластерного аналізу для визначення найбільш зацікавлених у забезпеченні безперервного професійного розвитку лікарів. Згадані методи були застосовані після проведення необхідного етапу описового аналізу даних (див. детальніше у наукових статтях (Voronenko, Hulchiy, Khomenko, Zakharova, & Balashov, 2020), (Вороненко, Гульчій, Харченко, Захарова, & Балашов, 2020)) та будуть описані в окремій науковій публікації.

## ВИСНОВКИ

Соціальний маркетинг пропонує новий погляд на забезпечення комунікації в охороні здоров'я, що базується на принципі добровільного вибору здорової поведінки та потребує більш індивідуалізованого підходу до кожної особи чи групи осіб.

Такий підхід може бути забезпечений за допомогою сегментації – процесу поділу населення на групи за демографічними чи психоповедінковими ознаками. Дослідження доводять, що саме останній підхід є ефективнішим для налагодження та забезпечення комунікації в громадському здоров'ї.

На практиці згадана сегментація може бути здійснена за допомогою методів статистичного, зокрема кластерного аналізу, що застосовується до набору психоповедінкових даних. Додаткове використання факторного аналізу для виявлення ключових діючих чинників дозволяє ідентифікувати мінімальну необхідну кількість параметрів та підвищити міжкластерний контраст, наслідком чого стане зростання пояснювальної сили отриманого кластерного рішення.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Balku, E., Tóth, G., Nárai, E., Zsiros, E., Varsányi, P., & Vitrai, J. (2017). Methodology for identification of healthstyles for developing effective behavior change interventions. *Journal of Public Health*(25), стр. 387–400.
2. Chapman Walsh, D., Rudd, R., & Moey, B. (1993). Social marketing for public health. *HEALTH AFFAIRS*, 12(2), стр. 104-119.
3. Diez-Roux, A. (2000). Multilevel Analysis In Public Health Research. *Annual Review of Public Health*(21).
4. Engl, E., Smittenaar, P., & Sgaier, S. (2019). Identifying population segments for effective intervention design and targeting using unsupervised machine learning: an end-to-end guide. *Gates Open Res*.
5. Grier, S., & Bryant, C. (2005). Social marketing in public health. *Annu Rev Public Health*(26), стр. 319-339.
6. Hong, C., Kotler, P., & Nancy, L. (2009). *Social Marketing for Public Health: Global Trends and Success Stories*. Jones & Bartlett Learning.
7. Lee, N. R., & Kotler, P. (2011). *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good. 4th Ed.* SAGE Publications.
8. Lefebvre, R., & Flora, J. (Fal 1988 г.). Social marketing and public health intervention. *Health Educ Q.*, 15(3), стр. 299-315.
9. Maibach, E. W., Maxfield, A., Ladin, K., & Slater, M. (1996). Translating Health Psychology into Effective Health Communication: The American Healthstyles Audience Segmentation Project. *Journal of Health Psychology*, 261-277.
10. NÁRAI, E. (2009). *Healthstyle segmentation, attitudes to health*. EÖTVÖS LORÁND UNIVERSITY.
11. Navarro, F. (1990). Profiles of Attitudes Toward Healthcare: Psychographic Segmentation.
12. Rothschild, M. (1999). Carrots, sticks, and promises. *J. Mark.*(63), стр. 24–27.
13. Slater, M. (1995). Choosing audience segmentation strategies and methods for health communication. *Designing health messages: approaches from communication theory and public health practice*.
14. Slater, M., & Flora, J. (1991). Health Lifestyles: Audience Segmentation Analysis for Public Health Interventions. *Health Education Quarterly*, стр. 221-233.
15. Slater, M., Kelly, K., & Thackeray, R. (2006). Segmentation on a Shoestring: Health Audience Segmentation in Limited-Budget and Local Social Marketing Interventions. *Health Promot Pract*, 170-173.
16. Voronenko, Y., Hulchiy, O., Khomenko, I., Zakharova, N., & Balashov, K. (August 2020 г.). METHODS FOR COMMUNICATION PROCESSES ENHANCEMENT IN THE "PROVIDER-CONSUMER (LEARNER)" SYSTEM OF EDUCATIONAL SERVICES. *Wiadomości Lekarskie*.
17. Балашов, К. (2020). Modern science: problems and innovations. Abstracts of the 3rd International scientific and practical conference. *Громадське здоров'я та культура: точки дотику* (стр. 74-79). Stockholm: SSPG Publish.
18. Вороненко, Ю., Гульчій, О., Харченко, Н., Захарова, Н., & Балашов, К. (2020). Доказово побудована комунікація: необхідна передумова управління безперервним професійним розвитком. *Український медичний часопис*.
19. Знаменська, М. А. (2015). *Медико-соціальне обґрунтування системи комунікацій в охороні здоров'я.. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук*. Київ: НМАПО імені П.Л. Шупика.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 15.11.2019 р.

---

**Использование социального маркетинга  
для нужд общественного здоровья:  
пути практической реализации**

*Балашов К.В.*

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Адекватное применение маркетинговых приемов может быть эффективным для налаживания и поддержания системы коммуникаций в общественном здоровье. Социальный маркетинг базируется на теории обмена и предполагает сознательное принятие лицом решения о выборе здорового варианта поведения. Разделение населения на отдельные группы по психоповединковым признакам позволяет существенно повысить эффективность коммуникационных кампаний в сфере здравоохранения. Внедрение такого подхода в практику общественного здоровья требует применения методов кластерного и факторного анализа.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** общественное здоровье, коммуникации, социальный маркетинг, кластерный анализ, сегментация.

**Using social marketing for public health:  
ways to implement it**

*Balashov K. V.*

Shupyk National Medical Academy  
of Postgraduate Education

Adequate use of marketing techniques can be effective in establishing and maintaining a public health communication system. Social marketing is based on exchange theory and involves a person's conscious decision to choose healthier behavior. Dividing the population into separate groups by psycho-behavioral characteristics can significantly increase the effectiveness of communication campaigns in the field of health care. The implementation of such an approach in public health practice requires the use of cluster and factor analysis methods.

**KEY WORDS:** public health, communications, social marketing, cluster analysis, segmentation.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Балашов Костянтин В'ячеславович** – завідувач відділу комунікацій НМАПО імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, Київ, 04112. [kostyantyn.balashov@gmail.com](mailto:kostyantyn.balashov@gmail.com).



## Епідеміологія розладів психіки та поведінки в Закарпатській області

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

В статті наведено показники захворюваності населення Закарпатської області на розлади психіки та поведінки, поширеності серед нього вказаних хвороб та первинного виходу населення на інвалідність.

**Ключові слова:** Закарпатська область, населення, розлади психіки та поведінки, захворюваність, поширеність хвороб, первинний вихід на інвалідність.

### ВСТУП

Психічні та поведінкові розлади є одними з найбільш поширених у світі. За даними Гурьєва В.А і співавт. [1], на них страждає 20-30% населення земної кулі.

Особливо на сьогодні вважається вкрай незадовільним стан психічного та соматичного здоров'я дітей і підлітків: більше 50% дітей шкільного віку страждають на невротичні розлади, більше 70% – мають різні форми психосоматичних розладів, у більш як 30% – спостерігаються відхилення у поведінці [2].

В останні роки соціальна ситуація, що сталася в Україні, характеризується безперервно зростаючою вимогливістю і психологічною навантаженістю на підростаюче покоління під дією різноманітних масових психогенних чинників [3], зокрема – “соціальної ізоляції” та “соціальної занедбаності” підлітків через “міграційний бум”, що призводить до зростання порушень у їх психічній сфері. Це зумовлено тим, що несформована особистість (підліток) залишається емоційно ізолюваною в соціумі від близької їй людини на різні за тривалістю в часі періоди свого життя (сепараційні розлади), при цьому це створює умови психологічного дискомфорту і сприяє виникненню непсихотичних і психотичних психічних порушень та розладів поведінки.

Із Закарпатської області на заробітки за кордон виїхала значна кількість батьків [4]. У зв'язку з цим діти та підлітки виховуються в неповних сім'ях чи близькими рідними, що є причиною виникнення в них психічної і поведінкової дизадаптації.

Дане обумовило актуальність даного дослідження.

**Мета роботи:** дослідити та проаналізувати показники епідеміології розладів психіки та поведінки в Закарпатській області: захворюваність, поширеність хвороб, первинний вихід на інвалідність в динаміці 2014-2018 рр.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В ході виконання дослідження використано статистичний метод та метод структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження слугували дані галузевої

статистичної звітності по Закарпатській області за 2014 та 2018 роки.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На першому етапі дослідження було вивчено та проаналізовані дані за 2014 рік захворюваності, поширеності розладів психіки та поведінки серед загального населення, підлітків та дитячого населення у віці до 14 років. Отримані результати наведено в табл. 1.

Аналіз наведених в табл.1 даних вказує на те, що показник захворюваності всього населення на розлади психіки та поведінки становить 16,79 на 100 тис. населення з коливаннями від 4,44 в Свалявському районі до 26,14 в м. Ужгород. Різниця становить 5,9 разів.

Показник захворюваності підлітків становить 38,9 з коливаннями від 5,4 в Свалявському районі до 136,92 в Іршавському районі. Різниця становить 25,4 разів.

Показник захворюваності дитячого населення становить 26,94 з коливаннями від 6,6 в Свалявському районі до 39,85 в м. Мукачево. Різниця становить 6,0 разів.

Поширеність розладів психіки і поведінки серед загального населення становить 251,09 на 100 тис. населення з коливаннями від 155,14 в Ужгородському районі до 315,84 в Берегівському районі. Різниця становить 2,0 разів.

Поширеність розладів психіки і поведінки серед підлітків становить 278,41 з коливаннями від 88,59 в м. Мукачево до 525,77 в Тячівському районі. Різниця становить 5,9 разів.

Поширеність розладів психіки і поведінки серед дітей становить 166,49 на 100 тис. дітей з коливаннями від 41,48 в Свалявському районі до 257,3 в м. Ужгород. Різниця становить 6,2 разів.

Наступним кроком дослідження було вивчення даних щодо захворюваності, поширеності розладів психіки та поведінки серед загального населення, підлітків та дитячого населення у віці до 14 років за 2018 рік та їх порівняння з даними 2014 року. Отримані дані наведено в табл. 2.

Таблиця 1

*Захворюваність населення Закарпатської області на розлади психіки та поведінки та поширеність серед нього вказаних захворювань, 2014 рік*

Найменування	Захворюваність								Поширеність							
	Загальна		По Д-групі		Підліткова		Дитяча		Загальна		По Д-групі		Підліткова		Дитяча	
	абс	відн	абс	відн	абс	відн	абс.	відн.	абс.	відн	абс.	відн.	абс.	відн.	абс.	відн.
<b>Закарпатська область</b>	<b>2105</b>	<b>16,79</b>	<b>372</b>	<b>3</b>	<b>178</b>	<b>38,9</b>	<b>652</b>	<b>26,94</b>	<b>31488</b>	<b>251,09</b>	<b>15255</b>	<b>121,65</b>	<b>1274</b>	<b>278,41</b>	<b>4030</b>	<b>166,49</b>
м. Ужгород	299	26,14	38	3,3	18	54,5	76	39,91	2943	257,28	1444	126,24	102	308,81	490	257,3
м. Мукачево	129	15,21	24	2,8	1	3,41	57	39,85	2265	267	1043	122,95	26	88,59	234	163,59
Берегівський	156	20,53	7	0,9	8	30,77	26	19,55	2408	316,84	966	127,11	39	150	204	153,38
Великобerezнянський	34	12,73	10	3,8	1	10	9	18,37	788	295,13	404	151,31	24	240	58	118,37
Воловецький	27	11,02	12	4,9	2	24,51	6	12,58	645	263,36	354	144,54	18	220,59	59	123,69
Виноградівський	156	12,96	36	3	22	45,83	50	19,61	2925	242,94	1368	113,62	119	247,92	514	201,57
Іршавський	165	16,56	34	3,4	53	136,92	41	20,56	2469	247,76	1381	138,58	139	359,08	344	172,51
Міжгірський	105	21,9	41	8,6	20	105,93	31	32,11	1326	276,51	832	173,5	68	360,17	120	124,3
Мукачівський	173	17,11	51	5	3	7,92	70	35,69	2615	258,65	1309	129,48	89	234,95	397	202,4
Перечинський	72	22,57	19	6	7	59,63	25	35,96	900	282,13	606	189,97	33	281,09	59	84,86
Рахівський	177	19,22	20	2,2	12	33,33	64	31,68	2232	242,35	989	107,38	91	252,78	313	154,95
Свалявський	24	4,44	19	3,5	1	5,4	7	6,6	981	181,63	623	115,35	24	129,59	44	41,48
Тячівський	223	12,8	7	0,4	12	17,87	100	29,21	4249	243,96	2002	114,95	353	525,77	528	154,23
Ужгородський	99	12,56	45	5,7	5	19,09	12	8,38	1223	155,14	701	88,92	34	129,82	90	62,81
Хустський	266	20,86	9	0,7	13	27,08	78	31,58	3519	276	1233	96,71	115	239,58	576	233,2

Таблиця 2

*Захворюваність населення Закарпатської області на розлади психіки та поведінки та поширеність серед нього вказаних захворювань, 2018 рік*

	Захворюваність						Поширеність						Інвалідність							
	Загальна		Підліткова		Дитяча		Загальна		Підліткова		Дитяча		Первинна (працездатне нас.)		Загальна		Первинна (діти)		Дитяча	
	абс	відн	абс	відн	абс.	відн.	абс.	відн.	абс.	відн.	абс.	відн.	абс.	відн.	абс.	відн.	абс.	відн.	абс.	відн.
м. Ужгород	264	23,5	18	54,5	65	33,3	2660	236,7	114	345,5	541	277,4	9	0,8	515	45,8	7	3,1	52	22,8
м. Мукачево	117	13,7	11	44,0	59	39,1	1647	193,3	40	160,0	290	192,1	10	1,2	499	58,6	7	4,0	47	26,7
Берегівський	130	17,2	5	22,7	11	8,1	2364	313,1	44	200,0	100	74,1	5	0,7	425	56,3	2	1,3	25	15,9
Великобerezнянський	0	0,0	1	11,1	5	9,4	0	0,0	26	288,9	68	128,3	0	0,0	0	0,0	1	1,6	10	16,1
Воловецький	25	10,3	2	25,0	5	10,4	639	263,0	18	225,0	56	116,7	4	1,6	137	56,4	0	0,0	7	12,5
Виноградівський	127	10,5	17	39,5	49	18,5	2657	219,0	152	353,5	487	183,8	16	1,3	407	33,6	7	2,3	87	28,2
Іршавський	126	12,5	0	0,0	69	33,2	2222	221,3	61	179,4	344	165,4	14	1,4	388	38,6	8	3,3	36	14,9
Міжгірський	73	15,3	13	72,2	18	18,4	1216	255,5	50	277,8	79	80,6	6	1,3	292	61,3	3	2,6	25	21,6
Мукачівський	71	7,1	8	23,5	23	11,5	2287	227,8	48	141,2	337	168,5	13	1,3	462	46,0	3	1,3	42	17,9
Перечинський	29	9,0	3	27,3	6	8,1	858	266,5	7	63,6	49	66,2	12	3,7	478	148,4	4	4,7	12	14,1
Рахівський	157	16,9	6	17,6	48	22,9	2100	225,8	95	279,4	284	135,2	14	1,5	380	40,9	5	2,0	35	14,3
Свалявський	35	6,5	2	11,1	14	12,7	950	175,9	25	138,9	54	49,1	8	1,5	11	2,0	3	2,3	17	13,3
Тячівський	211	12,1	10	17,5	88	24,8	3877	221,4	116	203,5	516	145,4	26	1,5	694	39,6	12	2,9	67	16,3
Ужгородський + Чоп	35	4,3	0	0,0	8	5,2	1298	161,2	49	204,2	134	86,5	8	1,0	267	33,2	3	1,7	28	15,6
Хустський	218	17,1	16	37,2	49	19,3	3228	253,4	98	227,9	453	178,3	41	3,2	647	50,8	9	3,0	99	33,3
<b>Область</b>	<b>1618</b>	<b>12,9</b>	<b>112</b>	<b>27,1</b>	<b>517</b>	<b>20,6</b>	<b>28003</b>	<b>222,9</b>	<b>943</b>	<b>228,3</b>	<b>3792</b>	<b>151,0</b>	<b>186</b>	<b>1,5</b>	<b>5602</b>	<b>44,6</b>	<b>74</b>	<b>2,5</b>	<b>589</b>	<b>20,1</b>

Порівняння наведених в табл. 1 та табл. 2 даних про захворюваність населення Закарпатської області на розлади психіки та поведінки та поширеність серед нього вказаних захворювань в динаміці 5 років вказує на наступне:

1) Показник захворюваності загального населення скоротився в 1,31 разу і в 2018 році склав 12,8;

2) Показник захворюваності підлітків скоротився в 1,44 разу і в 2018 році склав 27;

3) Показник захворюваності дитячого населення скоротився в 1,31 разу і в 2018 році склав 20,6.

Таким чином в 2018 році найвищий показник захворюваності був зареєстрований серед підлітків, який в 1,61 разів перевищував показник захворюваності загального населення на розлади психіки та поведінки.

4) Показник поширеності серед загального населення розладів психіки та поведінки скоротився в 1,12 разу і в 2018 році склав 222,9;

5) Показник поширеності серед підлітків розладів психіки та поведінки скоротився в 1,2 разу і в 2018 році склав 228,3;

6) Показник поширеності серед дітей розладів психіки та поведінки скоротився в 1,1 разу і в 2018 році склав 151,0.

Аналіз наведених в табл. 2 даних вказує на те, що наведені показники захворюваності всіх категорій населення на розлади психіки та поведінки і поширеності

серед них вказаних хвороб в розрізі адміністративних територій області мають достовірні відмінності.

В 2018 році показник первинного виходу на інвалідність в наслідок розладів психіки та поведінки населення працездатного віку склав 1,5 в той час як показник серед дітей був вищим і склав 2,5. При цьому загальний показник інвалідизації населення працездатного віку в наслідок розладів психіки та поведінки становив 44,6, а серед дитячого населення – 20,1.

## **ВИСНОВКИ**

В Закарпатській області в динаміці 5 років дослідження (2014-2018 рр.) встановлено зменшення показників захворюваності всіх категорій населення на розлади психіки та поведінки з найвищим показником серед підлітків та достовірною різницею показника в розрізі адміністративних територій області.

Також відмічається зниження показника поширеності в динаміці 5 років дослідження (2014-2018 рр.) поширеності розладів психіки та поведінки серед всіх категорій населення з достовірною різницею показника в розрізі адміністративних територій області.

*Перспективи подальших досліджень* пов'язані з вивчення якості життя хворих на депресію.

## **ЛІТЕРАТУРА**

1. Гурьева В.А. Социальные факторы и психические расстройства у детей и подростков: Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б.Дмитриевой / В.А. Гурьева, Н.В. Вострокнутов, Е.В. Макушкин. – М.: Медицина, 2001. – С. 117-136.

2. Русіна С.М. Особливості формування, перебігу та лікування психопатологічних розладів у підлітків із психічною депривацією: автореферат на здобуття наук. ступ. д.мед.н. / С.М. Русіна. – Київ, 2008. – 44 с.

3. Русіна С.М. Психічна депривація в підлітковому віці: Монографія / С.М. Русіна. – Чернівці: БДМУ, 2007. – 133 с.

4. Миронюк І.С. Трудові мігранти як основна група впливу на поширення ВІЛ-інфекції в Закарпатській області / І.С. Миронюк, І.М. Рогач, В.В. Брич // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. Тези доповідей міжнар. наук.-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я. – 2012. – №1 (17). – С. 199.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 15.11.2019 р.

### **Епидемиологія психічних і поведінкових розладів в Закарпатській області**

*Бонь Ю.В.*

Ужгородський національний університет

В статті приведені показателі захворюваності населення Закарпатської області психічними і поведінковими розладами, поширеності серед нього вказаних захворювань і первинної інвалідизації населення.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** Закарпатська область, населення, розлади психіки і поведінки, захворюваність, поширеність захворювань, первинна інвалідизація.

### **Epidemiology of mental and behavioral disorders in Transcarpathian region**

*Bon' Yu. V.*

Uzhhorod National University

The article provides the indicators of incidence of mental and behavioral disorders among the population of Transcarpathian region, the prevalence of these diseases among the population and the primary output of the population to disability.

**KEY WORDS:** Transcarpathian region, population, mental and behavioral disorders, incidence, prevalence of diseases, primary disability.

## **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Бонь Юрій Васильович** – магістр громадського здоров'я Ужгородського національного університету; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна. j.bonj@i.ua.

Дудаш Г.В.  
Науковий керівник: Брич В.В.

## **Використання інформаційно-комунікаційних каналів щодо здоров'я та здорового способу життя серед студентів різних факультетів**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна**

*В роботі наведено дослідження та аналіз використання інформаційно-комунікаційних каналів щодо здоров'я та здорового способу життя студентами різних факультетів.*

*Соціологічний, статистичний та графічний методи дозволили визначити, що інформаційно-комунікаційні сторінки щодо здорового способу життя користуються великою популярністю серед студентів, що мотивує їх до дотримання здорового способу життя та відповідального ставлення до власного здоров'я. Більшість студентів всіх факультетів (89%) погоджуються з тим, що власний стан здоров'я можна покращити за допомогою здорового способу життя. Визначено, що студенти факультету здоров'я та фізичного виховання більше користуються інформацією та порадами інформаційно-комунікаційних каналів щодо здоров'я та здорового способу життя, ніж студенти інших факультетів.*

*Результати дослідження дозволяють більш ефективно використовувати сучасні інформаційно-комунікаційні засоби з метою промоції здоров'я серед студентської молоді.*

**Ключові слова:** промоція, здоровий спосіб життя, комунікація, інформаційно-комунікаційні канали, студентська молодь.

### **АКТУАЛЬНІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Інтернет є сховищем і постачальником величезної кількості інформації, а найбільшу цінність становить доступність та оперативність інформаційного обміну. Дані соціологічних досліджень свідчать, що більшість людей в усьому світі оцінюють його як демократичне середовище і джерело достовірної інформації. Значно сприятливішою для загального розвитку і комфортного самопочуття молоді є сфера інноваційних змін – сфера нових медіа- та мережевих технологій (Web-, Net-, Smart, Online-технологій та інших), які все більше постають як необхідний інструмент суспільного життя і системи освіти. Практично всі студенти і близько 90% міських підлітків мають доступ до Інтернету і активно використовують його в «ділових» (навчальних) цілях, а також як засіб спілкування, розваг, дозволяють [1].

Пандемія коронавірусу у 2020-у році змусила людей більше часу проводити вдома та дотримуватись правил карантину по всьому світу, що в свою чергу збільшило глобальний Інтернет трафік. Люди почали шукати інформацію, що стосується різноманітних аспектів їх життя. За нещодавніми даними, представленими компанією Facebook, приріст запитів на використання прямих трансляцій зріс на 50%, а у додатку для спілкування тієї ж компанії Messenger відео-дзвінки стали проходити частіше на 70% [3].

Однак, прогрес у суспільному розвитку (економічному, науково-технічному, соціальному) приводить до постійних змін у структурі використовуваних населенням інформаційних джерел про здоровий спосіб життя, профілактику і лікування захворювань.

Використання платформ для комунікації з молоддю є перспективним для некомерційних організацій та державних установ. Можливість створення креативного контенту та отримання зворотного зв'язку при комунікації соціально важливих тем дає змогу охопити більшу кількість людей, змінити їх думку та поведінку через комунікацію [2].

У всесвітній мережі Інтернет та зокрема соціальних мережах з'явилося дуже багато інформації щодо здоров'я та здорового способу життя, що зумовило дослідження впливу вказаної інформації на людей загалом та на студентів зокрема: їх сприйняття, ставлення, довіру та рівень дотримання рекомендацій.

**Мета** – дослідити та проаналізувати використання інформаційно-комунікаційних каналів щодо здоров'я та здорового способу життя студентами різних факультетів.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

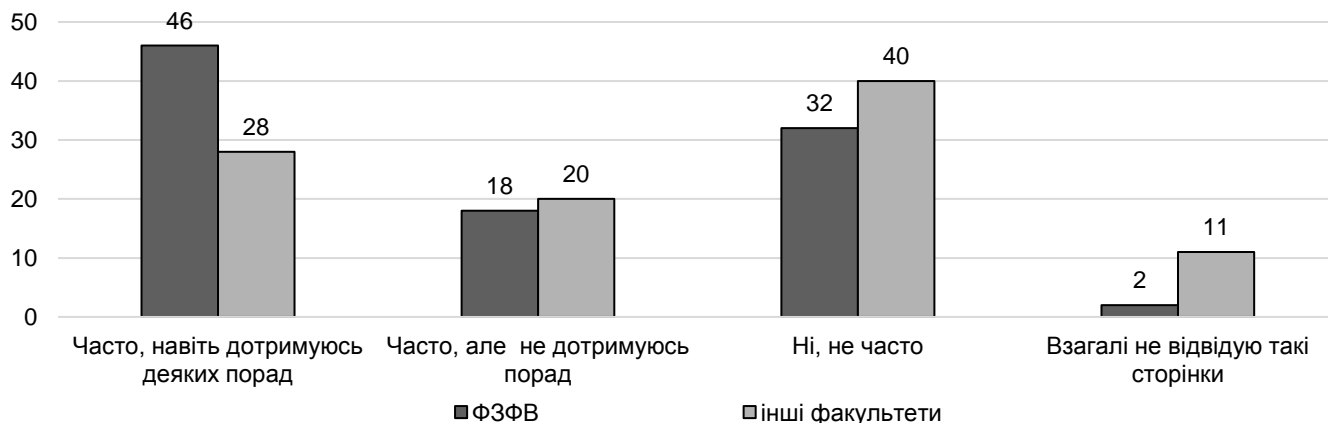
В процесі дослідження використані соціологічний, статистичний та графічний методи. Для соціологічного дослідження було створено спеціальний он-лайн опитувальник з 25 питань, який включав загальні дані, питання щодо використання інформаційно-комунікаційних каналів взагалі та з метою інформування щодо здоров'я та здорового способу життя. Було опитано 338 студентів різних факультетів ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Заповнені з помилками анкети були вилучені з загального переліку, а їх відповіді не враховувалися при аналізі. В результаті були опрацьовані анкети 300 респондентів: 100 студентів факультету здоров'я та фізичного виховання (ФЗФВ) та 200 студентів інших факультетів.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

При опрацьованні онлайн-опитувальників в першу чергу були проаналізовані відповіді на запитання: «Чи відвідуєте Ви інтернет-сторінки щодо здорового способу життя?». Майже половина студентів ФЗФВ (46%) вказали, що вони часто відвідують такі інтернет-сторінки і навіть дотримуються деяких порад з них. Натомість тільки 28% студентів з інших факультетів відвідують інтернет-сторінки про здоров'я з дотриманням деяких порад. Не часто

відвідують такі сторінки 32% студентів ФЗФВ та 40% опитаних студентів інших факультетів. Часто цікавляться сторінками щодо здорового способу життя, але не дотримуються порад 18% студентів ФЗФВ та 20% респондентів з інших факультетів. Варто зазначити, що

тільки 2% респондентів з ФЗФВ взагалі не відвідують такі сторінки, а частка студентів інших факультетів, які вказали, що не відвідують інтернет-сторінки щодо лікування хвороб, склала 11%. Дані отриманих результатів зображені на рисунку 1.



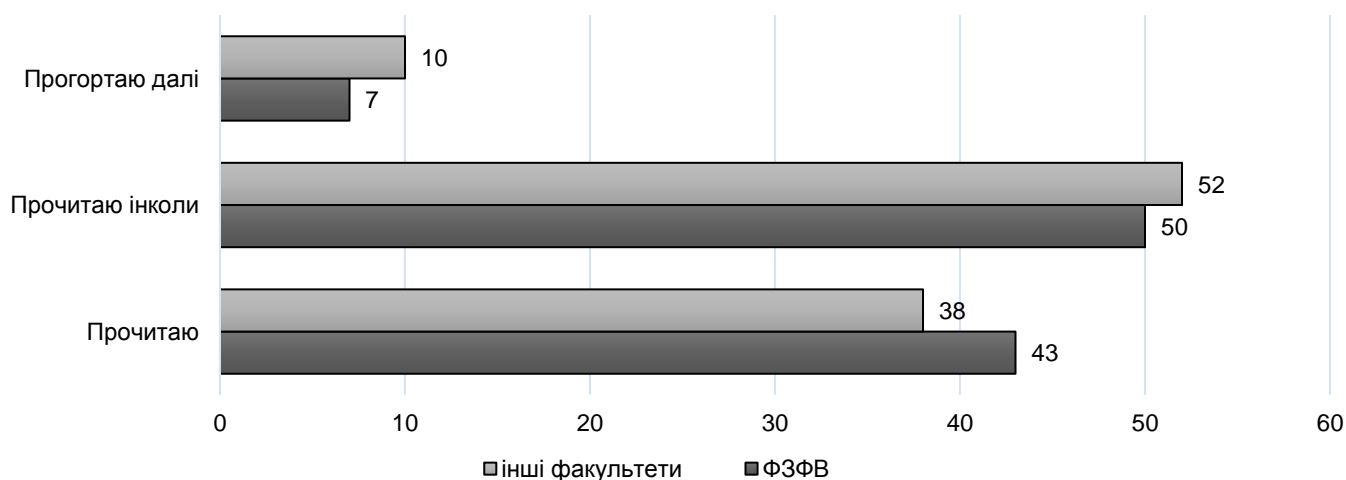
**Рис. 1.** Відвідуваність інтернет-сторінок щодо здорового способу життя, %

Отже, можемо відмітити, що інтернет-сторінки про здоровий спосіб життя не тільки користуються популярністю серед студентів, особливо профільного факультету здоров'я та фізичного виховання, а також заохочують та допомагають дотримуватись порад щодо здорового способу життя.

Наступними були проаналізовані відповіді студентів, які вказували на відвідуваність студентами сайтів щодо лікування хвороб. Результати виявились наступними: більшість опитаних студентів вказали, що відвідують вказані сайти тільки у випадку, якщо їх щось турбує (72% студентів ФЗФВ та 68% студентів інших факультетів). Часто такі сайти відвідують 17% та 11% студентів відповідно. Взагалі не відвідують сайти щодо лікування хвороб 11% студентів ФЗФВ та 21% студентів інших факультетів. Відмітимо, що на відміну від сайтів

про здоровий спосіб життя, сайти щодо лікування хвороб студентів майже не цікавлять, вони відвідують їх лише в тому випадку, якщо їх щось турбує.

Подальший етап передбачав аналіз відповідей на питання «Що Ви зробите, якщо у стрічці новин натрапите на статтю про здоровий спосіб життя?». З усіх опитаних студентів половина вказала, що тільки іноді можуть зупинитися та прочитати статтю щодо здоров'я (50% студентів ФЗФВ та 52% студентів інших факультетів). Завжди читають такі статті 43% студентів ФЗФВ та 38% студентів інших факультетів. Не дивлячись на те, що студенти зацікавлені сторінками про здоров'я та здоровий спосіб життя, тільки невелика частка натрапивши у стрічці новин на статтю про здоровий спосіб життя зупиниться та прочитає її (рис. 2).



**Рис. 2.** Реагування студентів на статтю про здоровий спосіб життя

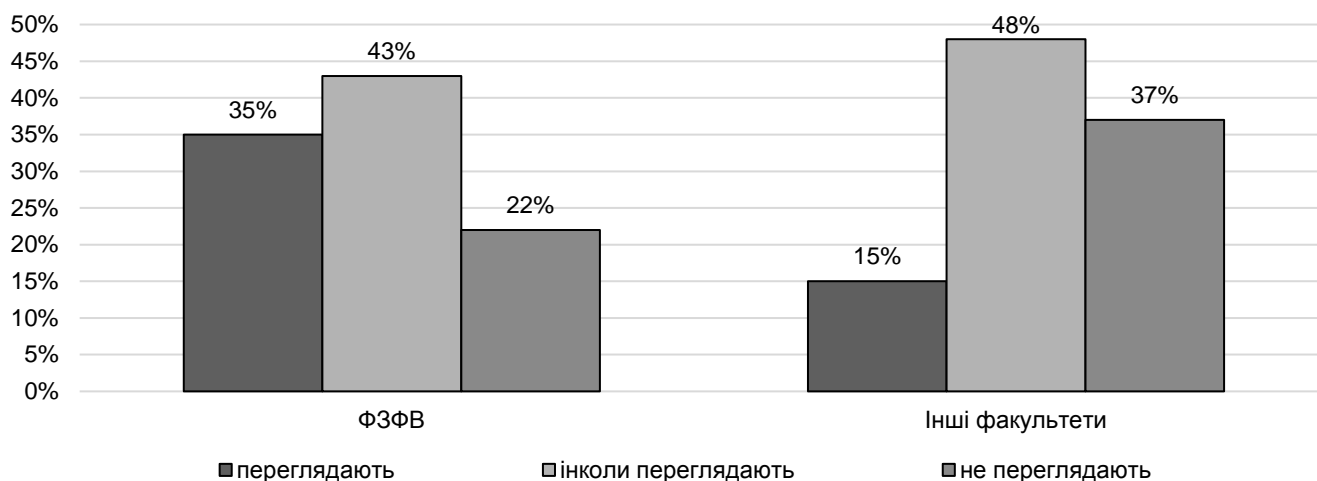
У інтернет-сторінках щодо здоров'я чи лікування хвороб понад третину усіх опитаних – 36% студентів

факультету здоров'я та фізичного виховання та 37% студентів інших факультетів – цікавить інформаційне

наповнення. На те, що студентів приваблюють тільки цікаві зображення, вказали 24% респондентів ФЗФВ та 15% студентів інших факультетів, але більша кількість студентів зазначили, що в інтернет-сторінках щодо здоров'я та лікування хвороб їх приваблює як інформаційне наповнення, так і цікаві зображення (40% студентів ФЗФВ та 47% студентів інших факультетів). Тобто, при розробці сторінок чи інформаційних матеріалів необхідно звертати увагу одночасно на інформаційне наповнення та на цікаві зображення, адже гарними картинками ми можемо зацікавити студентів у інформаційному наповненні.

Проаналізувавши наступні питання, ми з'ясували, чи дивляться студенти канали або програми про здоров'я.

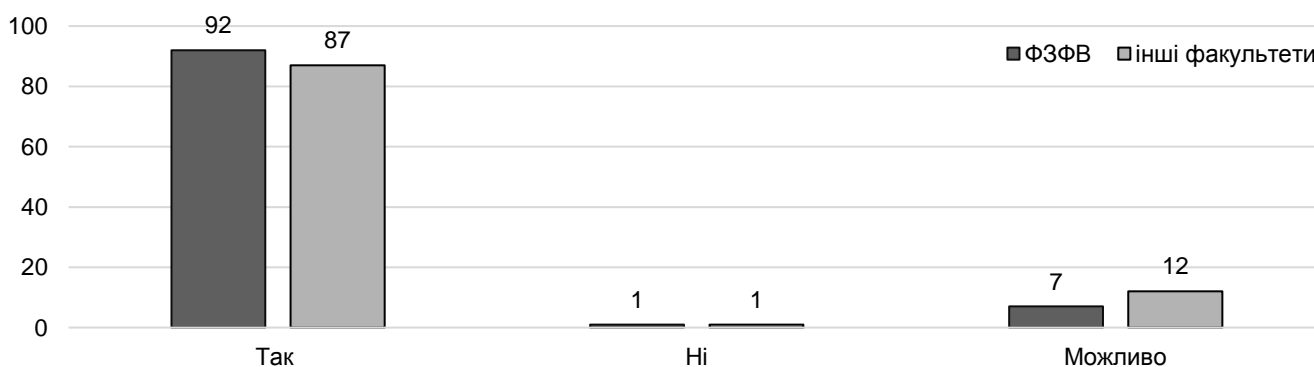
Аналіз відповідей студентів ФЗФВ визначив, що 43% респондентів іноді дивляться такі канали чи програми, 35% – зазвичай дивляться, 22% – не переглядають канали або програми про здоров'я. Студенти всіх інших факультетів зазначили, що 48% з них дивляться іноді, 15% – переглядають програми чи сторінки про здоров'я завжди, 37% – не дивляться і навіть не підписані на такі сторінки. Аналіз даного питання дає зрозуміти, що програми та канали щодо здорового способу життя не є настільки популярними як сторінки в соціальних мережах, тому промоція здорового способу життя через соціальні мережі серед студентів буде більш доцільною (рис.3).



**Рис. 3.** Перегляд студентами каналів або програм про здоров'я

Також ми дослідили, як поведуть себе студенти, якщо мають погане самопочуття. Позитивним виявилось те, що половина всіх опитаних (55% студентів ФЗФВ та 52% студентів інших факультетів) найперше звернуться до лікаря, третина усіх респондентів зазначили, що спробують лікуватися самостійно, шукатимуть порад в інтернеті – 13% студентів факультету здоров'я та фізичного виховання та 15% опитаних студентів інших факультетів. Дані вказують на те, що студенти свідомо та відповідально ставляться до свого здоров'я та при необхідності в першу чергу звернуться за допомогою лікаря.

Надалі ми дослідили, чи погоджуються студенти з твердженням, що здоровим способом життя ми можемо покращити свій стан здоров'я. Більшість студентів обох факультетів (89%) погоджуються з тим, що власний стан здоров'я можна покращити за допомогою здорового способу життя. Категорично не погоджуються з цим твердженням тільки 1% всіх опитаних студентів. На відповідь «можливо» вказали 7% студентів ФЗФВ та 12% студентів інших факультетів (рис. 4).



**Рис. 4.** Розподіл відповідей респондентів щодо можливості покращити свій стан здоров'я здоровим способом життя

Можемо припустити, що відповідальне та свідоме ставлення до свого здоров'я, бажання насолоджуватись повнотою життя, буде спонукати студентів вести здоровий спосіб життя та дотримуватись основних рекомендацій, а інформаційно-комунікаційні канали стануть надійним джерелом достовірної та цікавої інформації, а також нести вагомий внесок у промоцію здорового способу життя.

## **ВИСНОВКИ**

В ході проведеного дослідження встановлено, що студенти факультету здоров'я та фізичного виховання більше відвідують інтернет-сторінок щодо здоров'я та здорового способу життя, ніж студенти інших факультетів, а також частіше дотримуються порад та рекомендацій з цих сторінок. Всі студенти університету в меншій мірі цікавляться програмами про здоров'я та здоровий спосіб життя, але студенти ФЗФВ, переглядають їх частіше. У сторінках щодо здоров'я студентів найбільше приваблює як інформаційне наповнення, так і цікаві ілюстрації. Не

## **ЛІТЕРАТУРА**

1. Петрунько, О. В. Молодь та інноваційні технології: перспективи і ризики взаємодії: метод. посіб. Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2013, 80 с.
2. Гавриленко, Б. Ю. Магістерська робота «Особливості використання платформи TikTok у комунікації українських брендів» 2020, 86 с.
3. Bresnick B. Intensified Play: Cinematic study of TikTok mobile app. ResearchGate, 2019, 13 с. URL: [https://www.researchgate.net/publication/335570557\\_Intensified\\_Play\\_Cinematic\\_study\\_of\\_TikTok\\_mobile\\_app](https://www.researchgate.net/publication/335570557_Intensified_Play_Cinematic_study_of_TikTok_mobile_app).

**Дата надходження рукопису до редакції:** 11.11.2019 р.

### **Использование информационно-коммуникационных каналов о здоровье и здоровом образе жизни среди студентов разных факультетов**

*Дудаш Г.В.*

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

В работе наведено исследование и анализ использования информационно-коммуникационных каналов о здоровье и здоровом образе жизни среди студентов разных факультетов.

Социологический, статистический и графический методы позволили определить, что информационно-коммуникационные страницы о здоровом образе жизни пользуются большой популярностью среди студентов, мотивирует их к соблюдению здорового образа жизни и ответственного отношения к собственному здоровью. Большинство студентов всех факультетов (89%) согласны с тем, что собственное состояние здоровья можно улучшить с помощью здорового образа жизни. Определено, что студенты факультета здоровья и физического воспитания больше пользуются информацией и советами информационно-

дивлячись на розповсюдження онлайн сторінок щодо лікування хвороб, при поганому самопочутті більшість студентів звернуться в першу чергу за допомогою лікаря і лише невелика частина шукатиме порад в інтернеті. Майже всі опитані студенти розуміють та погоджуються з тим, що здоровим способом життя можна попередити багато хвороб та покращити якість життя. Загалом результати дослідження вказують на необхідність посилення інформаційної роботи щодо промоції здоров'я та здорового способу життя серед студентської молоді, особливо серед представників факультетів, спеціальність яких не пов'язана з питаннями збереження здоров'я.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у науковому обґрунтуванні з наступним практичним впровадженням напрямків промоції збереження здоров'я та мотиваційних заходів до здорового способу життя серед студентської молоді різних спеціальностей з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних каналів.

коммуникационных каналов о здоровье и здоровом образе жизни, чем студенты других факультетов. Результаты исследования позволяют более эффективно использовать современные информационно-коммуникационные средства с целью продвижения здоровья среди студенческой молодежи.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** промоция, здоровый образ жизни, коммуникация, информационно-коммуникационные каналы, студенческая молодежь.

### **The using of communication portals from the perspective of health and healthy lifestyle among students from different faculties**

*Dudash H. V.*

Uzhhorod National University

This study focuses on the investigation and analysis of the using communication portals from the perspective of health and healthy lifestyle among students from different faculties.

During the research social, statistical and graphical methods have been used. They allowed to determined the influence of the communication portals on the student youth:

---

they are widely spread and popular, so they motivate students to follow healthy lifestyle and be more responsible for their health. It is now generally accepted that the health condition can be improved by means of healthy lifestyle. And the majority of students of the faculties (89%) also agree with it. However, the investigation has indicated that in contrast to all the faculties, students of the Health and Physical Education

Faculty tend to use the information and advices from the communication portals more frequent. The results of the investigation provide the opportunity to use modern communication tools more adequately, in order to promote healthy lifestyle among the student youth.

**KEY WORDS:** promotion, healthy lifestyle, communication, communication portals, student youth.

#### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Дудаш Габрієлла Василівна** – студентка магістратури спеціальності 229 «Громадське здоров'я», факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. [dudasch.gabriella@gmail.com](mailto:dudasch.gabriella@gmail.com).



## До питання класифікації виробів медичного призначення у відповідності до технічного регламенту щодо медичних виробів в Україні

Державне українське об'єднання «Політехмед», м. Київ, Україна

В статті обґрунтовано необхідність удосконалення в Україні класифікації виробів медичного призначення у відповідності до технічного регламенту щодо медичних виробів та представлено методичні підходи до даного процесу.

**Ключові слова:** вироби медичного призначення, класифікація, удосконалення.

### ВСТУП

Рівень ефективності медичної допомоги значною мірою визначається рівнем відповідного технічного медичного забезпечення [1].

Медичну техніку поділяють на три великі групи: апаратуру, інструменти та устаткування. Медична техніка – машини, механізми, механічні пристрої, автомати і напівавтомати, що використовуються в медицині [2].

Апаратура забезпечує в певній мірі самостійний, автоматизований процес взаємодії з пацієнтом; інструмент діє на пацієнта в сполученні з рукою медичного працівника, будучи ніби його продовженням; устаткування – допоміжні пристрої для обслуговування пацієнта та забезпечення медичного технологічного процесу [3].

Медична апаратура – найскладніша галузь медичної техніки, яка інтенсивно розвивається. Велику частину медичної апаратури складають прилади та апарати, які є електротехнічними або електронними пристроями, їх дія ґрунтується на використанні електричної енергії. Є також апаратура, що використовує механічну енергію: твердого тіла (зазвичай її називають просто механічною) – апарати для розтягу кісток, для механотерапії тощо; рідини (гідралічна) – водолікувальні установки; газу (газова) – апарати для наркозу, апарати для штучної вентиляції легень тощо [4].

Всю електромедичну апаратуру можна розділяють на дві частини – прилади й апарати впливу, та прилади й апарати сприйняття. Відповідно, електромедичну апаратуру за функціональними ознаками, тобто залежно від цілей, для яких вона використовується, поділяють на лікувальну та діагностичну. Медичні вироби лікувальної апаратури прийнято називати апаратами, вироби діагностичної апаратури – приладами [5].

Медичні прилади – це технічні засоби вимірювання, аналізу, обробки та надання інформації, призначені для діагностики, профілактики та лікування пацієнта [6].

В Україні застосування медичних виробів регламентується постановою Кабінету Міністрів України від 02 жовтня 2013 року № 753 [7], по затвердженню Технічного регламенту щодо медичних виробів, Технічного регламенту щодо медичних виробів для діагностики *in vitro*, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 02 жовтня 2013 року № 754 [8] та Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 02 жовтня 2013 року № 755 [9].

При цьому в Україні відсутній єдиний класифікатор медичних виробів, а інтеграція України в Європейський союз потребує створення такої класифікації з її адаптації до такої, що використовується в ЄС.

**Мета роботи:** визначити необхідність удосконалення у Україні класифікації виробів медичного призначення.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В ході дослідження використано методи контент-аналізу, бібліосемантичний та структурно-логічний аналізу. Матеріалами дослідження використано чинну нормативно-правову базу України з питань класифікації та використання виробів медичного призначення.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відповідно до Технічного регламенту (ТР) медичних виробів (МВ) застосування єдиної їх класифікації необхідне для забезпечення єдиних підходів до оцінки відповідності до медичних виробів при цьому бажано, щоб виробники застосовували єдину класифікацію медичних виробів уже на етапі проектування їх розробки.

Необхідно зазначити, що критерії класифікації медичних виробів викладені в додатку 2 до ТР щодо МВ.

Головним методичним підходом до розробки класифікатора МВ відповідно до ТР має бути визначення вразливості людського тіла із визначенням потенційних ризиків, пов'язаних із застосуванням відповідних виробів. Такий методичний підхід дозволяє використовувати набір індикаторів, які можна поєднати для визначення наступних критеріїв: тривалості контакту з тілом, ступінь інвазивності і рівень співвідношення локального і системного ефектів.

Основним підходом при цьому є класифікація МВ за одним їх класом.

Але є вироби, які неможливо класифікувати згідно з такими правилами, що і визначено ТР (розділ 3.5). В таких випадках необхідно застосовувати інші підходи.

При використанні єдиних класифікаційних підходів до МВ виробник повинен спочатку визначити, чи є його виріб медичним виробом, або допоміжним засобом до такого медичного виробу, а потім проводити його класифікацію.

Як було зазначено методично класифікація має базуватися на таких підходах як тривалість контакту з

тілом пацієнта, рівень інвазивності МВ виробу а також цільове призначення МВ.

За тривалістю застосування медичні вироби поділяються на:

- тимчасові – медичні вироби, призначені для безперервного застосування протягом не більш ніж 60 хвилин;

- короткотермінові – медичні вироби, призначені для безперервного застосування протягом не більш ніж 30 днів;

- довготермінові – медичні вироби, призначені для безперервного застосування протягом більш ніж 30 днів.

Методично буде вірним тривалість розглядати як час, протягом якого виріб досягає поставленої мети.

Крім зазначеної вище методики класифікації за тривалістю застосування використовується поняття неперервного використання МВ.

Важливим питанням в класифікації МВ є поняття інвазивності. Необхідно зазначити, що будь-який медичний виріб, який повністю або частково проникає всередину тіла людини через природні отвори або через поверхні її тіла, є інвазивним виробом. Хірургічно інвазивний виріб завжди передбачає проникнення через штучно створений отвір, такий як хірургічний розріз, або це може бути отвір, створений за допомогою голки. Тому хірургічні рукавички і голки, що використовуються зі шприцами, є хірургічно інвазивними.

Наступним класом МВ є вироби, що імплантуються. Важливим ключовим елементом у визначенні виробу для імплантації є поняття «процедури». Імплантанти повинні залишатися в організмі пацієнта після процедури. Під «процедурою» слід розуміти в цьому контексті хірургічну процедуру, в ході якої імплантат поміщається в тіло, і негайний післяопераційний догляд, пов'язаний з процедурою.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Картавцев Р.Л. Вплив забезпеченості медичним обладнанням на рівень летальності у відділеннях інтенсивної терапії / Г.О. Слабкий, Р.Л. Картавцев // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №4. – С. 25-27.
2. Леонов Б.И., Блинов Н.Н., Зиниченко В.Я., Новиков С.В. Проблемы создания единой номенклатуры медицинских изделий // Медицинская техника. – 2006. – №4.
3. Картавцев Р.Л. Актуальні питання забезпечення системи охорони здоров'я високовартісним обладнанням / Р.Л.Картавцев, Г.Я.Пархоменко // Науково-практична конференція з міжнародною участю "Організація і управління охороною здоров'я 2015", м. Київ, ВЦ "Київ Експо Плаза", 20–21 жовтня 2015 р.: тези доп. – С. 39-40.
4. Забезпеченість закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням. 2013 рік / В.В. Лазоришенець, Г.О.Слабкий, Р.Л.Картавцев, І.П.Семенів та інш. [монографія]. – К.: «МП Леся», 2014. – 192 с.
5. Фролова, М.С. Проблемы комплексного технического оснащения лечебно-профилактических учреждений / М.С. Фролова // Вестн. Тамб. гос. техн. ун-та. – 2012. – Т. 18. – № 4. – С. 869–875.
6. Регулирование в области медицинских изделий. Обзор мировой практики и руководящие принципы // Вестник технического регулирования. – 2007. – №1(38).
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 02 жовтня 2013 року № 753 «Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів»: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/753-2013-%D0%BF#Text>.
8. Постанова Кабінету Міністрів України від 02 жовтня 2013 року № 754 «Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів для діагностики in vitro»: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/754-2013-%D0%BF#Text>.
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 02 жовтня 2013 року № 755 «Про затвердження Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують»: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-2013-%D0%BF#Text>.

*Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2019 р.*

Це одним класом МВ є активні медичні вироби. Це вироби, які використовуються для перетворення енергії в виробі і/або перетворення на межі між виробом і тканинами або в тканинах.

Таким чином клас виробу визначає цільове призначення, а не конкретні технічні характеристики виробу, якщо вони не мають прямого відношення до призначення тобто саме цільове, а не випадкове, призначення виробу визначає клас виробу.

Практичне значення зазначеної класифікації буде полягати в наступному.

Незалежно від класу виробу вони мають:

- відповідати основним вимогам, включаючи вимоги щодо надання інформації, яка буде поставлятися виробником (додаток 1 до ТР щодо МВ);

- підпадати під вимоги щодо надання звітності відповідно до системи контролю за медичними виробами;

- маркуватися знаком відповідності (за винятком виробів, виготовлених на замовлення і виробів, призначених для клінічних досліджень).

Класифікація медичних виробів впливатиме на хід оцінки відповідності, яку повинен здійснити виробник для нанесення маркування знаком відповідності на медичний виріб у відповідності до додатків 3, 6 і 7 до ТР щодо МВ.

## ВИСНОВКИ

Запропоновані методичні підходи до розробки єдиної класифікації виробів медичного призначення у відповідності до технічного регламенту щодо медичних виробів в Україні.

*Перспективи подальших досліджень* пов'язані з розробкою та впровадження єдиного національного класифікатора медичних виробів.

---

***К вопросу о классификации изделий медицинского назначения в соответствии с техническим регламентом относительно медицинских изделий в Украине***

*Картавец Р.Л.*

Государственное украинское объединение «Политехмед»

В статье обоснована необходимость усовершенствования в Украине классификации изделий медицинского назначения в соответствии с техническим регламентом относительно медицинских изделий и представлены методические подходы к данному процессу.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** изделий медицинского назначения, классификация, усовершенствование.

***To the issue of classification of medical devices in accordance with technical regulations on medical devices in Ukraine***

*Kartavtsev R.L.*

State Ukrainian Enterprise "Polytechmed"

The necessity to improve the classification of medical devices in Ukraine in accordance with technical regulations on medical devices is substantiated in the article and methodological approaches to this process are presented.

**KEY WORDS:** medical devices, classification, improvement.

#### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

***Картавец Ростислав Леонідович*** – к.мед.н., генеральний директор Державного українського об'єднання «Політехмед»; вул. Івана Мазепи, 10, м. Київ, 01010. [badsantar@gmail.com](mailto:badsantar@gmail.com).

## **До питання захворюваності населення Закарпатської області на хвороби системи кровообігу**

**Ужгородський національний університет  
Українська військово-медична академія Міністерства оборони України**

*В статті наведено результати дослідження захворюваності населення Закарпатської області на хвороби системи кровообігу та поширеності серед нього вказаних хвороб.*

**Ключові слова:** Закарпатська область, хвороби системи кровообігу, захворюваність, поширеність.

### **ВСТУП**

Хвороби системи кровообігу (ХСК) в теперішній час є однією із актуальних медико-соціальних проблем вітчизняної системи охорони здоров'я. Це пояснюється значним їх поширенням в Україні та світі, тенденцією до зростання захворюваності, що призводить до вагомій економічній збитковості для держави.

Патологія системи кровообігу є актуальною проблемою для громадського здоров'я як в Україні так і в розвинутих країнах світу. Це підтверджується тим, що внаслідок ХСК країна щорічно втрачає близько 500 тисяч своїх жителів [1–3].

Медико-соціальна важливість ХСК полягає в тому, що указані захворювання є провідною причиною смертності та інвалідності людей, а також суттєво знижують тривалість якісного життя [1;4;5].

Дані офіційної галузевої статистики України вказують на те, що в країні зареєстровано близько 26 млн випадків хвороб системи кровообігу, що становить 31,0% у структурі загальної захворюваності. Це значить, що майже кожний третій випадок звернення населення за медичною допомогою відбувається з приводу вказаної патології.

Вивчення та аналіз показників захворюваності та поширеності ХСК серед населення країни є важливою складовою планування розвитку, як галузі охорони здоров'я [2;6;7].

Дані Центру медичної статистики МОЗ України вказують на те, що внаслідок ХСК помирає до 66% від загального числа померлих від усіх причин [1;4;6].

Так, за даними наукової літератури, визначальним чинником складної демографічної ситуації в Україні є зростання людських втрат внаслідок передчасної смертності в працездатному віці, у структурі якої чільне місце посідають ХСК [8;9].

**Мета роботи** – дослідити та проаналізувати дані щодо захворюваності населення Закарпатської області на хвороби системи кровообігу.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

В ході дослідження використано статистичний метод та метод структурно-логічного аналізу. Матеріалами

дослідження стали дані галузевої статистичної звітності в Закарпатській області за 2014 та 2018 роки.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

На початку дослідження були вивчені та порівняні дані про захворюваність населення Закарпатської області на хвороби системи кровообігу за 2014 та 2018 роки (табл. 1 та 2).

Порівняння наведених в табл. 1 та 2 даних вказує на зниження показника всього зареєстрованих хвороб системи кровообігу на 24648,0 на 100 тис. населення області (в 1,04 разу). В 2014 році в розрізі адміністративних територій області вказаний показник коливався в 1,6 разів: від 40638,1 в Міжгірському до 64159,3 в Беріговському районі.

В 2018 році в розрізі адміністративних територій області вказаний показник коливався в 2,5 разів: від 23742,7 в м.Чоп до 58589,1 в Мукачівському районі.

Показник вперше захворівших в цілому в області скоротився на 39,2 на 100 тис. населення області і склав 4641,8.

В 2014 році в розрізі адміністративних територій області вказаний показник коливався в 2,6 разу: від 2456,1 в Рахівському до 6345,6 в Тячівському районі.

В 2018 році в розрізі адміністративних територій області вказаний показник коливався в 3,2 разу: від 1847,3 в Рахівському до 5924,9 в Беріговському районі.

Далі були вивчені показники госпітальної захворюваності населення Закарпатської області на хвороби системи кровообігу за 2018 рік. Отримані результати наведено в табл. 3.

Отримані в ході дослідження та наведені в табл. 3 дані вказують на те, що в 2018 році стаціонарне лікування отримало 40418 (3219,7 на 100 тис. населення) пацієнтів із хворобами системи кровообігу, що складає 6,3% від всіх зареєстрованих в області хворих із хворобами системи кровообігу. В розрізі адміністративних територій області показник госпітальної захворюваності має достовірні відмінності.

Таблиця 1

## Показники захворюваності населення Закарпатської області на хвороби системи кровообігу, 2014 рік

Найменування	zareєстровано захворюєв. всього		в т.ч. з діагнозом встановл.вперше в житті		перебуває під диспансер ним нагляд.на кінець р.	
	абсолютні дані	на 100000 відповідн. населення	абсолютні дані	на 100000 відповідн. населення	абсолютні дані	на 100000 відповідн. населення
<b>Б</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>(10.0) Хвороби системи кровообігу 100-199</b>						
<b>Закарпатська</b>	<b>659 247,0</b>	<b>52 570,8</b>	<b>58 700,0</b>	<b>4 681,0</b>	<b>515 748,0</b>	<b>41 127,7</b>
БЕРЕГІВСЬКИЙ РАЙОН	48 779,0	64 159,3	3 346,0	4 401,0	37 508,0	49 334,5
ВЕЛИКОБЕРЕЗНЯНСЬКИЙ РАЙОН	11 419,0	42 750,2	1 177,0	4 406,4	9 818,0	36 756,4
ВИНОГРАДІВСЬКИЙ РАЙОН	49 713,0	41 290,9	5 784,0	4 804,1	41 259,0	34 269,1
ВОЛОВЕЦЬКИЙ РАЙОН	11 988,0	48 948,6	1 132,0	4 622,1	7 913,0	32 309,8
ІРШАВСЬКИЙ РАЙОН	56 755,0	56 953,2	3 130,0	3 140,9	46 976,0	47 140,0
МІЖГІРСЬКИЙ РАЙОН	19 488,0	40 638,1	1 915,0	3 993,3	17 640,0	36 784,5
МУКАЧІВСЬКИЙ РАЙОН	100 976,0	54 307,7	9 593,0	5 159,4	91 706,0	49 322,1
ПЕРЕЧІНСЬКИЙ РАЙОН	18 094,0	56 721,0	1 624,0	5 090,9	11 802,0	36 996,9
РАХІВСЬКИЙ РАЙОН	42 498,0	46 145,3	2 262,0	2 456,1	30 209,0	32 801,6
СВАЛЯВСЬКИЙ РАЙОН	26 498,0	49 061,3	2 322,0	4 299,2	23 921,0	44 289,9
ТЯЧІВСЬКИЙ РАЙОН	100 886,0	57 924,2	11 052,0	6 345,6	75 447,0	43 318,3
УЖГОРОДСЬКИЙ РАЙОН	35 253,0	44 718,6	3 384,0	4 292,6	33 447,0	42 427,7
ХУСТСЬКИЙ РАЙОН	64 230,0	50 394,3	5 388,0	4 227,4	38 794,0	30 437,4
УЖГОРОД	72 670,0	63 529,9	6 591,0	5 762,0	49 308,0	43 106,3

Таблиця 2

## Показники захворюваності населення Закарпатської області на хвороби системи кровообігу, 2018 рік

Найменування	zareєстровано захворюєв. всього		в т.ч. з діагнозом встановл.вперше в житті		перебуває під диспансер ним нагляд.на кінець р.		Повнота охоплення диспансерним наглядом
	абсолютні дані	на 100000 відповідн. населення	абсолютні дані	на 100000 відповідн. населення	абсолютні дані	на 100000 відповідн. населення	
<b>Б</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>(10.0) Хвороби системи кровообігу 100-199</b>							
<b>Закарпатська</b>	<b>634 599,0</b>	<b>50 552,7</b>	<b>58 269,0</b>	<b>4 641,8</b>	<b>486 010,0</b>	<b>38 716,0</b>	<b>76,6</b>
БЕРЕГІВСЬКИЙ РАЙОН	39 013,0	52 402,3	4 411,0	5 924,9	34 212,0	45 953,6	87,7
ВЕЛИКОБЕРЕЗНЯНСЬКИЙ РАЙОН	10 594,0	39 794,2	1 466,0	5 506,7	9 507,0	35 711,1	89,7
ВИНОГРАДІВСЬКИЙ РАЙОН	52 994,0	43 697,7	7 161,0	5 904,8	46 355,0	38 223,4	87,5
ВОЛОВЕЦЬКИЙ РАЙОН	10 440,0	42 906,5	555,0	2 280,9	7 219,0	29 668,7	69,1
ІРШАВСЬКИЙ РАЙОН	57 891,0	57 537,7	4 264,0	4 238,0	44 967,0	44 692,6	77,7
МІЖГІРСЬКИЙ РАЙОН	21 139,0	44 437,7	2 810,0	5 907,1	17 638,0	37 078,0	83,4
МУКАЧІВСЬКИЙ РАЙОН	108 753,0	58 589,1	8 928,0	4 809,8	88 434,0	47 642,5	81,3
ПЕРЕЧІНСЬКИЙ РАЙОН	15 748,0	48 896,2	1 102,0	3 421,6	7 201,0	22 358,5	45,7
РАХІВСЬКИЙ РАЙОН	36 993,0	39 754,8	1 719,0	1 847,3	25 299,0	27 187,7	68,4
СВАЛЯВСЬКИЙ РАЙОН	25 365,0	46 947,0	1 760,0	3 257,5	19 775,0	36 600,7	78,0
ТЯЧІВСЬКИЙ РАЙОН	100 254,0	57 247,4	9 882,0	5 642,9	76 380,0	43 614,8	76,2
УЖГОРОДСЬКИЙ РАЙОН	32 175,0	44 903,3	3 033,0	4 232,8	30 295,0	42 279,6	94,2
ХУСТСЬКИЙ РАЙОН	60 814,0	47 723,5	5 947,0	4 666,9	41 384,0	32 475,9	68,1
УЖГОРОД	60 311,0	53 640,3	4 849,0	4 312,7	36 159,0	32 159,6	60,0
ЧОП	2 115,0	23 742,7	382,0	4 288,3	1 185,0	13 302,6	56,0

## Показники госпітальної захворюваності населення Закарпатської області на хвороби системи кровообігу, 2018 рік

Найменування	Всього виписано і померло в стаціонарі дорослих 18 р. і старших	Показник на 100 тис. відповідного населення	Всього виписано і померло в стаціонарі дітей 0-17р.вкл	Показник на 100 тис. відповідного населення	Всього виписано і померло дорослих + дітей	Показник на 100 тис.усього населення
<b>(10.0) Хвороби системи кровообігу (I00-</b>						
<b>Закарпатська</b>	<b>39 963,0</b>	<b>4 149,8</b>	<b>455,0</b>	<b>155,7</b>	<b>40 418,0</b>	<b>3 219,7</b>
<b>БЕРЕГІВСЬКИЙ РАЙОН</b>	<b>1 280,0</b>	<b>2 178,5</b>	<b>17,0</b>	<b>108,3</b>	<b>1 297,0</b>	<b>1 742,1</b>
ЦРЛ м.Берегове, вул.Ліннера,2	1 280,0		17,0		1 297,0	
<b>ВЕЛИКОБЕРЕЗНЯНСЬКИЙ РАЙОН</b>	<b>844,0</b>	<b>4 126,3</b>	<b>5,0</b>	<b>81,1</b>	<b>849,0</b>	<b>3 189,1</b>
РЛ смт.Великий Березний, вул. Штефаника, 2	844,0		5,0		849,0	
<b>ВИНОГРАДІВСЬКИЙ РАЙОН</b>	<b>3 032,0</b>	<b>3 352,7</b>	<b>31,0</b>	<b>100,5</b>	<b>3 063,0</b>	<b>2 525,7</b>
РЛ м.Виноградів, вул.Лікарняна, 13	2 993,0		31,0		3 024,0	
МП смт. Коропево, вул Тисова, 4	39,0				39,0	
<b>ВОЛОВЕЦЬКИЙ РАЙОН</b>	<b>920,0</b>	<b>4 915,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>920,0</b>	<b>3 781,0</b>
ЦРЛ смт.Воловець(Г), вул.Карпатська, 23	920,0				920,0	
<b>ІРШАВСЬКИЙ РАЙОН</b>	<b>2 779,0</b>	<b>3 634,0</b>	<b>32,0</b>	<b>132,5</b>	<b>2 811,0</b>	<b>2 793,8</b>
РЛ м. Іршава, вул. Комарова, 16	2 779,0		32,0		2 811,0	
<b>МІЖПІРСЬКИЙ РАЙОН</b>	<b>1 104,0</b>	<b>3 083,5</b>	<b>4,0</b>	<b>34,7</b>	<b>1 108,0</b>	<b>2 329,2</b>
РЛ смт. Міжп'р'я(Г), вул. Воз'єднання, 4	1 104,0		4,0		1 108,0	
<b>МУКАЧІВСЬКИЙ РАЙОН</b>	<b>3 870,0</b>	<b>2 676,3</b>	<b>2,0</b>	<b>4,9</b>	<b>3 872,0</b>	<b>2 086,0</b>
ЦРЛ м.Мукачево, вул.Пирогова Миколи,8-13	3 870,0		2,0		3 872,0	
<b>ПЕРЕЧІНСЬКИЙ РАЙОН</b>	<b>740,0</b>	<b>3 123,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>740,0</b>	<b>2 297,6</b>
ЦРЛ м.Перечин, вул. Ужанська, 8.	740,0				740,0	
<b>РАХІВСЬКИЙ РАЙОН</b>	<b>2 077,0</b>	<b>3 028,2</b>	<b>34,0</b>	<b>139,0</b>	<b>2 111,0</b>	<b>2 268,6</b>
РЛ м.Рахів(Г), вул. Карпатська, 1	1 523,0		34,0		1 557,0	
МП смт В.Бичків(Г), вул. Грушевського, 76	202,0				202,0	
МП смт Ясіня(Г), вул. Коцюбинського,25	352,0				352,0	
<b>СВАЛЯВСЬКИЙ РАЙОН</b>	<b>1 393,0</b>	<b>3 379,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1 393,0</b>	<b>2 578,2</b>
ЦРЛ м.Свалява, вул.Визволення,23	1 393,0				1 393,0	
<b>ТЯЧІВСЬКИЙ РАЙОН</b>	<b>4 251,0</b>	<b>3 175,2</b>	<b>9,0</b>	<b>21,8</b>	<b>4 260,0</b>	<b>2 432,6</b>
РЛ №1 м.Тячів, вул. Нересенська, 48	2 254,0		8,0		2 262,0	
РЛ №2 смт. Дубове(Г), вул.Миру, 131	459,0				459,0	
ДЛ с. Теремля, вул. Набережна, 3	152,0				152,0	
ДЛ с. Нересниця, вул. Грушевського, 80	551,0				551,0	
ДЛ с. Нижня Алша, вул. Дібрівська, 165	168,0		1,0		169,0	
ДЛ с. Угля, вул. Центральна, 14	249,0				249,0	
МП смт. Усть-Чорна(Г), вул. Верховинська, 11	131,0				131,0	
МП смт. Тересва, вул. Б. Хмельницького, 17	287,0				287,0	
<b>УЖГОРОДСЬКИЙ РАЙОН</b>	<b>1 326,0</b>	<b>2 377,6</b>	<b>2,0</b>	<b>12,6</b>	<b>1 328,0</b>	<b>1 853,4</b>
УРЛ м.Ужгород, вул.Минайська, 71	1 326,0		2,0		1 328,0	
<b>ХУСТСЬКИЙ РАЙОН</b>	<b>3 745,0</b>	<b>3 830,1</b>	<b>132,0</b>	<b>445,2</b>	<b>3 877,0</b>	<b>3 042,5</b>
РЛ м.Хуст, вул.Івана Франка,113	3 745,0		132,0		3 877,0	
<b>УЖГОРОД</b>	<b>3 419,0</b>	<b>3 812,7</b>	<b>37,0</b>	<b>162,5</b>	<b>3 456,0</b>	<b>3 073,7</b>
УЦМКЛ м.Ужгород, вул. Грибосдова, 20	3 419,0		14,0		3 433,0	
УМДКЛ м.Ужгород, вул. Ференца Ракоці, 3			23,0		23,0	
<b>ЗАКЛАДИ ОБЛАСНОГО</b>	<b>8 717,0</b>	<b>0,0</b>	<b>150,0</b>	<b>0,0</b>	<b>8 867,0</b>	<b>0,0</b>
ЗОКЛ ім.Андрія Новака, м.Ужгород	1 449,0		11,0		1 460,0	
ОКТМО "Фізіатрія", м.Ужгород, вул.	8,0				8,0	
ЗОКОД м.Ужгород, вул.Бродлаквича, 2	7,0				7,0	
ЗОККД м.Ужгород, вул.Тімірязєва,15а	6 093,0				6 093,0	
ОПЛ м.Берегове, вул.Мужайська, 41	9,0				9,0	
ОПЛ с.Вільшани(Г),225	10,0				10,0	
ОДП м.Мукачево, вул. Івана Франка,39	5,0		138,0		143,0	
ОКІЛ м.Ужгород, вул.Грибосдова, 20а	2,0				2,0	
ОГВВ м.Ужгород, вул.Л.Толстого,13	950,0				950,0	
ОКЦНН м. Ужгород, вул. Перемги, 24	184,0		1,0		185,0	
<b>ЧОП</b>	<b>466,0</b>	<b>6 717,6</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>466,0</b>	<b>5 231,3</b>
МП м.Чол, вул.Маладжна, 12	466,0				466,0	

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням спроможності існуючої мережі закладів охорони здоров'я Закарпатської області забезпечити хворих на захворювання системи кровообігу доступною та якісною медичною допомогою.

### ВИСНОВКИ

Встановлено, що за період дослідження (2014-2018 рр.) показник захворюваності населення

Закарпатської області скоротився на 39,2 на 100 тис. населення області і склав 4641,8, а показник поширеності вказаних хвороб серед населення області скоротився на 24648,0 на 100 тис. населення області – в 1,04 рази і склав 634599,0 на 100 тис. населення області.

В 2018 році стаціонарне лікування отримувало 40418 (3219,7 на 100 тис. населення) пацієнтів із хворобами системи кровообігу, що складає 6,3% від всіх зареєстрованих в області хворих на хвороби системи кровообігу.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Голяченко О. М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / О. М. Голяченко. – К. : ВСВ "Медицина", 2011. – 208 с.
2. Genetic analysis in cardiovascular disease: a clinical perspective / Ho E., Bhindi R., Ashley E. A., Figtree G. A. [Electronic resource] // *Cardiol Rev.* – 2011. – Mar-Apr. – Access mode: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21285668>. – Title from a screen.
3. World Health Organization Media Center. – №296 / World Health Organization, 2011. [Electronic resource]. – Assess mode: [http://www.who.int/topics/cardiovascular\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/). – Title from a screen.
4. Коваленко В. М. Виконання Державної програми боротьби з гіпертензіями в Україні [Електронний ресурс] / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький // *Укр. кардіолог. журн.* – 2010. – №6 — Режим доступу : <http://www.ukrcardio.org/journal.php/article/539>. – Назва з екрану.
5. Статистична інформація Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/> – Назва з екрану.
6. Крапівіна А. А. Захворюваність на хвороби системи кровообігу та їх поширеність серед дорослого населення України в 2010 році: гендерний аспект / А. А. Крапівіна // *Україна. Здоров'я нації.* – 2011. – № 4 (10). – С. 12–18.
7. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу: Аналітично-статистичний посібник / за ред. В. М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К. : Медінформ, 2009. – 146 с.
8. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні [дов.] / МОЗ України, Центр медичної статистики. – К., 2001–2011.
9. Яценко Ю. Б. Динаміка захворюваності та смертності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні у регіональному аспекті / Ю. Б. Яценко, Н. Ю. Кондратюк // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України.* – 2012. – № 3(53). – С. 25–29.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 16.12.2019 р.

### **К вопросу заболеваемости населения Закарпатской области болезнями системы кровообращения**

*Кошеля И.И., Степаненко А.В.*  
Ужгородский национальный университет  
Украинская военно-медицинская академия  
Министерства обороны Украины

В статье приведены результаты исследования заболеваемости населения Закарпатской области болезнями системы кровообращения и распространенности среди него указанных болезней.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Закарпатская область, заболевания системы кровообращения, заболеваемость, распространенность.

### **To the issue of incidence of diseases of the circulatory system among the population of Transcarpathian region**

*Koshelya I.I., Stepanenko A.V.*  
Uzhhorod National University  
Ukrainian Military Medical Academy  
of the Ministry of Defense of Ukraine

The article presents the results of the study of the incidence of diseases of the circulatory system among the population of Transcarpathian region and the prevalence of these diseases among the population.

**KEY WORDS:** Transcarpathian region, diseases of the circulatory system, incidence, prevalence.

### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Кошеля Іван Іванович** – к.мед.н., асистент кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна. [s.karhaty@ukr.net](mailto:s.karhaty@ukr.net).

**Степаненко Алла Василівна** – д.мед.н., професор, Українська військово-медична академія Міністерства оборони України, професор кафедри організації медичного забезпечення збройних сил; вул. Московська 45/1, будівля 33, м. Київ 01015, Україна. [step.alla@ukr.net](mailto:step.alla@ukr.net).



Крятченко О.Б.<sup>1</sup>, Печиборщ В.П.<sup>2</sup>, Якимець В.М.<sup>2</sup>, Печиборщ О.В.<sup>3</sup>, Якимець В.В.<sup>4</sup>, Мазій С.І.<sup>2</sup>

## **Умови для забезпечення гарантії якості в лабораторній діагностиці в процесі реформування охорони здоров'я України**

<sup>1</sup>Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

<sup>2</sup>Державна наукова установа «Центр інноваційних медичних технологій Національної академії наук України»

<sup>3</sup>Головний військово-медичний клінічний центр (Центральний клінічний госпіталь)

Державної прикордонної служби України

<sup>4</sup>Українська військово-медична академія Міністерства оборони України

**Мета роботи** – проаналізувати діяльність клініко-діагностичної лабораторії КМКЛШМД та визначити роль існуючих механізмів забезпечення якості лабораторних досліджень в них.

**Матеріали та методи.** У статті використані матеріали статистичних звітів КМКЛШМД з використанням методу системного аналізу статистичних матеріалів, а також системного та структурно-функціонального підходів.

**Результати.** Впровадження стандартів створює основу для розвитку лабораторної служби. Персонал починає розглядатися не як «джерело дефектів», а як повноцінний «людський капітал», що дає гарантію успіху при вдосконаленні процесів в гонці за стрімко зростаючими потребами пацієнтів.

**Висновки.** Тільки за умови впровадження всіх елементів системи гарантії якості досліджень створюються передумови для оптимізації діяльності сучасних клініко-діагностичних лабораторій та отримання аналітично достовірних і відтворюваних лабораторних результатів. Водночас впровадження в практику лабораторій досягнень і світового досвіду та імплементація положень міжнародних стандартів у діяльність медичних лабораторій є єдиною вірною напрямком створення системи гарантії якості досліджень.

**Ключові слова:** лабораторна діагностика, умови забезпечення гарантованої якості.

### **ВСТУП**

Прийнято вважати, що до 80% інформації, необхідної для забезпечення лікувально-діагностичного процесу в розвинених країнах світу забезпечується за рахунок медичних лабораторій і значимість їх безперервно зростає. Таку роль в лікувально-діагностичному процесі медичні лабораторії можуть виконувати тільки за умови гарантії забезпечення їх якості, в першу чергу їх достовірності та порівнянності (позначається як «єдність» медичних лабораторних досліджень).

Ще в 1997 році Міжнародна Федерація Клінічної хімії та лабораторної медицини звернулася з відкритим листом до керівників охорони здоров'я всіх країн, де вказувалося, що відсутність належного забезпечення якості лабораторних досліджень призводить до неправильного і неналежного лікування і ризику для пацієнтів. Вкрай низька якість лабораторних досліджень може призвести до несприятливих наслідків для розвитку охорони здоров'я в Україні.

Сформована ситуація є наслідком відсутності організаційних, наукових і технічних основ і системного підходу до проблем медичного лабораторного обслуговування в Україні. Загальноновизнано, що на 85% якість визначається організацією роботи.

За 28 років існування України не було створено нормативної бази для лабораторної служби. Хоча відповідні накази МОЗ СРСР були скасовані понад 5 років тому, при атестації лабораторій вони досі продовжують використовуватися. Базовим інструментом організації робіт є стандартизація.

Стандарти серії ISO-9001:2015 є основою для створення систем забезпечення якості, який був

розроблений на основі спеціального міжнародного документу (IWA-1) / 1 / з вказівками щодо впровадження цих загальних стандартів у роботу закладів охорони здоров'я.

**Мета роботи** – Визначити роль існуючих механізмів забезпечення якості лабораторних досліджень. Проаналізувати систему гарантії якості лабораторних досліджень для оптимізації діагностичного процесу як бази доказової медицини та доцільність існування основних елементів системи гарантії якості в медичних лабораторіях і визначити їх роль у забезпеченні аналітично достовірних і діагностично значущих лабораторних результатів. Дослідити зв'язок функціонування системи гарантії якості лабораторних досліджень з міжнародними стандартами в галузі лабораторної медицини.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

У статті використані матеріали результатів міжнародного контролю якості лабораторних досліджень. Для досягнення поставленої мети використані загальнонаукові методи аналізу, синтезу, узагальнення, інтерпретації статистичних матеріалів, а також системний та структурно-функціональний підходи.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Створення власної політики щодо контролю якості клініко-діагностичної лабораторії (КДЛ) особливо в умовах постійної напруженої роботи Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги є надзвичайно важливим завданням підготовчого етапу впровадження системи управління якістю (СУЯ) в її роботу. Для цього за



досвідом авторів необхідно провести наступні послідовні кроки:

- доведення завідуючим КДЛ відповідного обсягу інформації та обґрунтування доцільності і необхідності створення та впровадження СУЯ для усвідомлення керівництвом лікувально-профілактичного закладу;
- встановлення потреб і очікувань пацієнтів, лікарів, споживачів та інших зацікавлених сторін. При формулюванні політики якості головним принципом має бути задоволення потреб та очікувань споживачів лабораторних послуг – пацієнтів і лікарів;
- в залежності від мов діяльності та підготовки персоналу формування стратегії управління, політики та цілей у сфері якості.

Для досягнення успіху провідну роль у розробці політики якості має відігравати керівництво лабораторією (особисто – завідувач лабораторії та його заступники, навіть якщо для цього призначають інших співробітників, в цьому випадку завідувач повідомляє всьому персоналу КДЛ, що цим працівникам він особисто делегував частину своїх повноважень, і вони діють від його імені), що відповідає одному з базових принципів організації системи менеджменту якості – лідерству керівництва.

Політика в галузі якості визначає основні цілі, заходи, завдання щодо діяльності КДЛ у сфері якості, які спрямовані на досягнення та забезпечення своєчасного якісного виконання лабораторних досліджень, зазначених у галузі атестації КДЛ із дотриманням вимог нормативних документів та чинних метрологічних норм і правил.

Метою політики якості є впровадження таких заходів:

- ретельний підбір персоналу КДЛ відповідно до вимог посадових інструкцій;
- постійне підвищення кваліфікації персоналу КДЛ шляхом проходження курсів удосконалення, участі в науково-практичних конференціях, семінарах;
- впровадження постійно діючої системи перевірок, проходження інструктажів із охорони праці та довкілля, протипожежної безпеки, дотримання вимог санітарно-епідеміологічного режиму при роботі в КДЛ;
- дотримання вимог щодо експлуатації засобів вимірювальної техніки, випробувального та допоміжного обладнання;
- чіткий розподіл відповідальності, обов'язків та повноважень працівників КДЛ, що регламентовано посадовими інструкціями;
- вивчення досвіду інших лабораторій;
- застосування хімічних реактивів, контрольних матеріалів, стандартних та калібрувальних розчинів із дотриманням їх термінів придатності;
- створення та дотримання у приміщеннях КДЛ необхідних умов для виконання досліджень, регламентованих методиками виконання вимірювань та правилами експлуатаційної документації на засоби вимірювальної техніки;
- проведення в КДЛ внутрішньолабораторного та участь у міжлабораторному контролі якості лабораторних досліджень;
- дотримання вимог нормативних документів при проведенні лабораторних досліджень;

- забезпечення персоналу КДЛ правилами підготовки пацієнта та взяття біоматеріалу на дослідження, з урахуванням можливих впливів лікарських засобів та препаратів на результати досліджень.

Найбільш важливим серед документів, що регламентують СУЯ є інструкції щодо стандартизації операційних процедур (СОП). Важливість СОП обумовлена тим, що вони фактично є основним робочим інструментом організації роботи лабораторії.

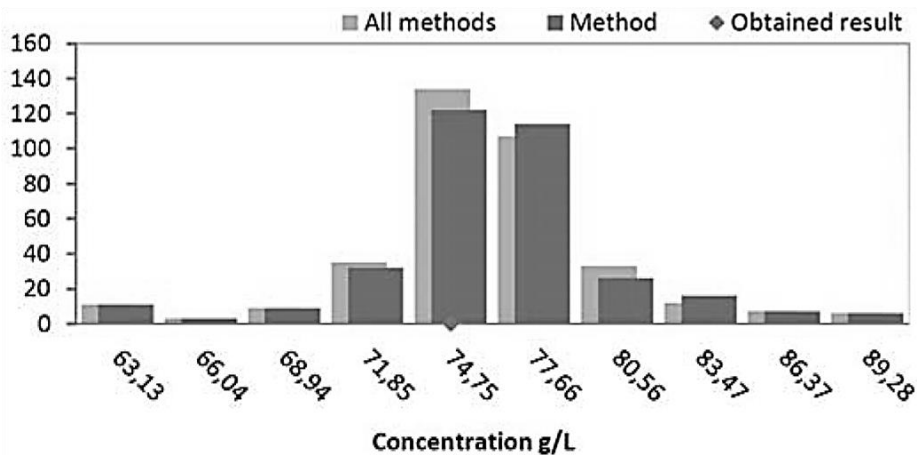
Стандартна операційна процедура (СОП) – це затверджені галузевими наказами документально оформлені інструкції з виконання окремих виробничих процедур, максимально деталізовані і викладені в тій послідовності, в якій ці процедури повинні виконуватися. Означені уніфіковані інструкції повинні мати чітке чисто специфічне призначення, напрямок застосування, обов'язки, процедури виконання, необхідні посилання. Вони забезпечують повноцінне та своєчасне виконання повного обсягу того чи іншого дослідження, водночас необхідно зауважити, що досягнення успіху в цьому важливому напрямку діяльності КДЛ неможливе без постійного жорсткого контролю за безперерпним виконанням їх вимог.

Набрання в Україні з 01.01.2016 р. чинності нового Закону про метрологію та метрологічну діяльність зобов'язує медичні лабораторії проходити сертифікацію в ДП «Всеукраїнський державний науково-виробничий центр стандартизації, метрології, сертифікації та захисту прав споживачів», згідно з вимогами якого лабораторія КМКЛШМД сертифікована в 2018 році. Водночас, необхідно відмітити, що використання міжнародного стандарту ДСТУ ISO 15189:2015 «Медичні лабораторії. Вимоги до якості та компетентності» є добровільним [1;2]. Вимоги стандарту спрямовані на узгодження українських норм з європейським законодавством, вимагають врахування сучасного підходу до методів і засобів клінічних лабораторних досліджень (КЛД), гармонізації процедур визнання придатності застосовуваних методик досліджень і забезпечення достовірності отримуваних результатів [5].

Міжнародна школа готова надати допомогу у впровадженні і розробці системи управління якості згідно з міжнародної нормативної документації, а саме: ISO/IEC 17025, ISO 15189, ISO 10012 [2–4].

**Технічне регулювання діяльності медичної лабораторії шляхом впровадження міжнародних стандартів.** З метою поліпшення показників діяльності КДЛ та приведення їх до рівня світових стандартів КДЛ КМКЛШМД щомісячно здійснює передачу 24 аналітів (показників) до міжнародної програми Prevecal, в якій приймає участь 45 країн світу – більш, ніж 2000 медичних лабораторій.

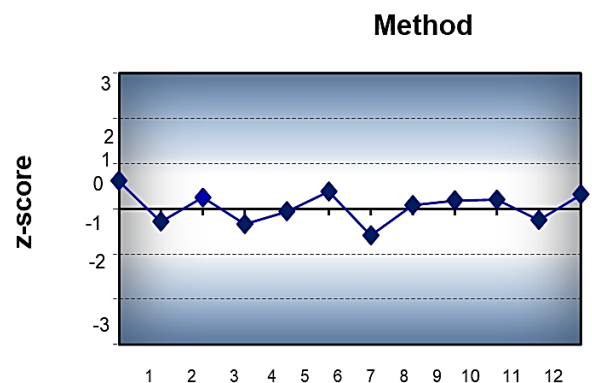
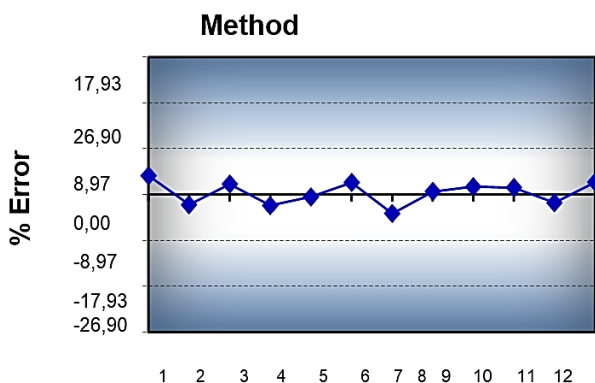
За результатами аудиту цією програмою показники діяльності КДЛ КМКЛШМД відносяться до групи з мінімальною похибкою лабораторних вимірювань, що є свідченням високого рівня проведення лабораторних досліджень, які відповідають і навіть є кращими серед усіх учасників цієї всесвітньо визнаної авторитетної міжнародної програми (див. діаграму та графік).



Означена діаграма показує, що КДЛ КМКЛШМД (крапка на діаграмі) входить до найбільш чисельної групи з мінімальним показником похибки

**Діаграма.** Аналіз основних показників діяльності КДЛ КМКЛШМД на прикладі одного з аналізів\*

Levels	3	2	1	2	1	3	3	2	1	2	3	1
Місяці року	J січ	F лют	M берез	A квіт	M трав	J черв	J лип	A серп	S вер	O жовт	N лист	D груд
Результат	69,2	112,3	40	112,4	38,8	68,2	64,2	114,7	39,1	115	65,1	39
Z-score												
Кількість балів	0,61	-0,29	0,25	-0,34	-0,06	0,38	-0,59	0,08	0,18	0,2	-0,25	0,31
Relative error (%)												
Відносна похибка (%)	3,66	-1,97	2,04	-2,16	-0,46	2,33	-3,71	0,58	1,53	1,34	-1,59	2,43



**Графік.** Аналіз результатів міжнародного контролю якості лабораторних досліджень на прикладі білірубину в КМКЛШМД в 2018 р. (щомісячні результати лабораторії) (оцінка ефективності (performance assessment): оцінка результату вимірювання, отриманого лабораторією)

Відносна похибка вимірювання (Relative measurement error): процентне відношення між абсолютною похибкою вимірювання та середнім (узгодженим) значенням.

Робастна статистика (Robust statistics): статистичний метод стійкий до невеликих відхилень від початкової гіпотези і не чутливий до неоднорідності у вибірці.

Вимоги до аналітичної (Analytical performance specification): гранично допустима похибка, виражена в процентах, на основі внутрішньо-індивідуальних і міжіндивідуальних значень біологічних змін, які усереднені дані від досліджень здорових людей на трьох можливих рівнях: оптимальні, бажані і мінімальні, і можуть бути обмежені рівнем розвитку технологій, якщо будь-який з

трьох рівнів накладає занадто суворі вимоги до якості на конкретний аналіт.

Неточність (Imprecision): коефіцієнт варіації для пулу результатів, отриманих шляхом повторного вимірювання того ж аналіту, використовуючи ідентичну процедуру вимірювання.

Невизначеність у вимірюванні (Uncertainty in measurement): параметр, який характеризує дисперсію результатів вимірювань навколо середнього (узгодженого) значення, призначеного для аналізу.

Контрольний матеріал (Control material): рідкий або заморожаний матеріал, що містить речовини (аналіти) в різних відомих концентраціях, спрямованих на забезпечення контрольних вимірювань аналітичної процедури.

Програма інтерпорівняння (Intercomparison Program): зовнішня оцінка якості лабораторних вимірювань, спрямованих на аналіз дійсності результату шляхом впровадження схем оцінки, запропонованих сторонніми організаціями.

Програма туру (Program round): єдина повна послідовність результатів виміру аналіту, яка зводиться розподілом відповідно до значення середньої (погодженої) вартості, визначеної аналіту, яку можна оцінити, обробити і повернути лабораторії-учасниці у вигляді щомісячного звіту.

Сигма (Sigma,  $\sigma$ ): оцінка рівня якості лабораторії на основі аналізу отриманого лабораторією єдиного результату виміру конкретного аналіту.

Присвоєне (узгоджене) значення (Assigned value): значення, пов'язане до конкретної властивості аналіту в процесі оцінки результатів вимірювань.

Грубий аберантний результат (Rude aberrant result): результат визначається як неадекватний, через вираз в неправильних одиницях, нечитабельний (помилка транскрипції) або відрізняється  $\pm 50\%$  від середнього (узгодженого міжлабораторного) значення.

z-INDEX (z-оцінка, SDI): відношення між абсолютною похибкою вимірювань та міжлабораторним середньоквадратичним відхиленням.

Якщо розглянути переваги цієї програми для діяльності лабораторій, то тут доцільно відмітити, що вона допомагає покращити роботу лабораторії за рахунок виявлення можливих причин похибок лабораторних вимірювань та постійно здійснювати оцінку міжлабораторної мінливості, а для зовнішніх аудитів служить в якості компоненту зовнішньої оцінки для ліцензування та акредитації, водночас яскраво демонструє продуктивність лабораторії.

Програма Prevecal представлена в якості міжнародної програми/ISO17043 і безперечним фактом є те, що вона спроможна створити передумови для суттєвого поліпшення показників діяльності лабораторії та виходу на міжнародні стандарти.

**Стандартизація як інструмент формування системи гарантії якості в сучасних медичних лабораторіях.** Якість лабораторних досліджень визначається клінічною інформативністю та аналітичною достовірністю виконуваних лабораторних досліджень. У свою чергу, аналітична достовірність може бути досягнута внаслідок сформованої системи гарантії якості у медичній лабораторії. Для цього в практиці сучасної лабораторної медицини існує інструмент, який отримав назву – стандартизація. Одним з основних стандартів, що регламентують діяльність лабораторії є ISO 15189:2015 «Медичні лабораторії. Приватні вимоги щодо якості та компетентності».

Для впровадження основних положень вищезазначеного стандарту в діяльність клініко-діагностичних (медичних) лабораторій вважаємо за необхідне розділити інформаційний ресурс на два розділи: Організація та менеджмент, і Технічні вимоги.

**Організація і менеджмент.** Всі аспекти діяльності лабораторії повинні бути розглянуті з точки зору організації

досягнення, підтримки і поліпшення якості; це і складає систему менеджменту якості.

**Технічні вимоги.** Технічні вимоги: стандарт ISO 15189:2015 встановлює вимоги до технічної компетентності лабораторії.

Якщо проаналізувати структуру КДЛ КМКЛШМД, то вона повністю забезпечує її незалежність з питань з клінічної лабораторної діагностики та виконання клінічних лабораторних досліджень для лікувально-профілактичного закладу ліжковою потужністю на 675 ліжок. Персонал КДЛ розподілено по 6 відділах відповідно обсягу роботи, що характеризує її як багатопрофільну. В кожному з них зосереджено виконання відповідної групи досліджень:

- загально-клінічний відділ;
- гематологічний відділ;
- біохімічний відділ;
- коагулологічний відділ;
- відділ з нагальної лабораторної діагностики;
- бактеріологічний відділ.

**Аналіз якості лабораторних досліджень та критерії її оцінки.** Порядок організації та проведення контролю якості результатів клінічних лабораторних досліджень як найважливішого елементу системи забезпечення їх якості здійснюється у відповідності з ДСТУ ISO 15189-2015, методичних рекомендацій щодо виконання клінічних лабораторних досліджень, нормативних документів з метрології.

Введення вимог вищезгаданого документу спрямовує медичні лабораторії на виконання клінічних лабораторних досліджень відповідно до міжнародних та європейськими стандартів.

ДСТУ ISO 15189:2015 має використовуватись медичними лабораторіями у розробці систем управління якістю та оцінці власної компетенції. Він також може бути використаний для підтвердження або визнання компетентності медичних лабораторій лабораторними замовниками, регулюючими органами та органами акредитації [2].

Контроль якості клінічних лабораторних досліджень проводиться в реальних умовах роботи КДЛ всіма доступними засобами контролю якості у регулярному систематичному (щоденному) порівнянні результатів досліджень біологічного матеріалу людини з нормальними та патологічними показниками, та з контрольними зразками, визначаючи ступінь відхилення від них і оцінку достовірності результатів. Результати цих досліджень реєструються у відповідних журналах та статистичних контрольних картах.

Основна мета проведення контролю якості клінічних лабораторних досліджень полягає в усуненні систематичних помилок і зведенні до мінімуму випадкових помилок лабораторного аналізу, в досягненні оптимальних стандартизованих умов виконання досліджень, оптимізації пошукових і диференційних схем діагностичного процесу, оптимальній інтерпретації тестів.

Відповідальність за проведення контролю якості клінічних лабораторних досліджень покладається на завідувача КДЛ, лікаря-лаборанта з контролю якості та

фахівців КДЛ, згідно з їх функціональними обов'язками, що відображено в посадових інструкціях.

Контроль якості клінічних лабораторних досліджень здійснюється на преаналітичному, аналітичному, постаналітичному етапах їх виконання згідно вимог нормативних документів (методичних вказівок, інструкцій), які доведено до виконавців цієї роботи.

В КДЛ здійснюється проведення внутрішньо-лабораторного контролю якості лабораторних досліджень з визначенням показників, які викладаються нижче. Правильність та відтворюваність результатів дослідження є основними показниками якості цих результатів. Ці показники визначають точність результату та загальну похибку результату вимірювання – різницю між результатами вимірювання показника, який визначається та істинним значенням величини, яка вимірюється.

Джерела систематичних та випадкових похибок можуть бути виявлені при регулярному систематичному проведенні внутрішньо-лабораторного контролю:

- аналітичні можливості методу дослідження,
- якість апаратури,
- якість реактивів,
- якість калібрувальних засобів,
- недотримання умов проведення аналізу

встановлених методикою (температурний режим, часовий режим, правила приготування та зберігання реагентів та інше).

Для оперативного контролю використовується метод "паралельних проб", як контроль на збіжність результатів. Цей метод дає можливість оцінити відтворюваність результатів лабораторного аналізу без застосування контрольних матеріалів.

Метод «паралельних проб» для виявлення збіжності результатів також використовується для оцінки нового методу при його впровадженні, при заміні виконавця дослідження. Для цього сироватка пацієнта досліджується одночасно кількома виконавцями на одному або кількох приладах.

Для проведення клінічних лабораторних досліджень в КДЛ застосовуються різні види контрольного матеріалу (стандартні зразки) з нормальними та патологічними показниками, а також калібрувальні стандартні розчини.

При використанні контрольних матеріалів контролюється виконання таких правил:

- обов'язкова реєстрація серії контрольного матеріалу,
- пильне вивчення паспорту контрольного матеріалу,
- підготовка контрольного матеріалу до застосування в повній відповідності з інструкцією до паспорта,
- контрольний матеріал повинен досліджуватись так само, як проби біологічного матеріалу пацієнта.

На підставі результатів проведення внутрішньо-лабораторного та зовнішнього контролю якості клінічних лабораторних досліджень в КДЛ регулярно проводиться аналіз якості роботи, помилки аналізуються та приймаються заходи щодо їх усунення.

**Внутрішній аудит.** Внутрішній аудит якості діяльності КДЛ проводиться періодично за планом з метою

перевірки відповідності діяльності у сфері якості та її результатів запланованим заходам, а також для визначення ефективності системи якості. В КДЛ постійно здійснюється внутрішній аудит за відповідністю діяльності КДЛ як відділення в структурі КМКЛШМД згідно з чинними організаційними, нормативними та методичними документами щодо:

- галузі діяльності КДЛ,
- планування роботи,
- організаційно-методичної роботи,
- кадрового забезпечення,
- професійної кваліфікаційної підготовки фахівців,
- матеріально-технічного забезпечення спеціальним лабораторним устаткуванням, реагентами та розхідними матеріалами,
- забезпечення метрологічних норм та правил,
- забезпечення якості клінічних лабораторних досліджень,
- експертної оцінки якості лабораторного забезпечення пацієнтів,
- ведення обліково-звітної та іншої документації,
- забезпечення умов праці персоналу,
- забезпечення санітарно-гігієнічного та проти епідеміологічного режиму,
- забезпечення охорони праці та протипожежної безпеки персоналу,
- аналізу діяльності КДЛ з урахуванням даних обліково-звітної документації.

За результатами перевірок здійснюються своєчасні коригувальні дії по усуненню виявлених недоліків.

Результати перевірок з системи якості лабораторних досліджень реєструються та доводяться до відома персоналу, який проводить ці дослідження.

Відповідальні особи здійснюють своєчасні коригувальні дії по усуненню виявлених недоліків. Результати проведених коригувальних дій перевіряються та реєструються за допомогою протоколів в ході наступних перевірок якості.

Оновлення документації КДЛ, внесення коректив щодо її діяльності та виконання клінічних лабораторних досліджень проводиться по мірі заміни чинної нормативної документації, оновлення спеціального оснащення КДЛ, змін щодо методик виконання досліджень.

Таким чином, одним з основних завдань впровадження стандартів в системі управління є задоволення пацієнтів. Процеси в будь-якій організації є складною структурно-функціональною системою, з великою кількістю процесів, що є взаємозалежними і переплетеними.

Стандартизація дає можливість описувати моделі процесів, які враховують до 90% можливих подій. Робота менеджерів над узгодженням формалізованих процесів значно знижує поле невизначеності і погоджує єдиний образ організаційної системи [6].

## ВИСНОВКИ

1. В умовах реформування системи охорони здоров'я діяльність клініко-діагностичних лабораторій гостро потребує подальшого розвитку нормативної бази стандартизації надання лабораторних послуг і системи

національних нормативних документів, які б відповідали вимогам міжнародних програм та світовим стандартам.

2. Для оцінки ефективності впровадження системи якості досліджень і підтвердження компетентності медичних лабораторій необхідна процедура акредитації, яка має бути впроваджена в Україні в процесі євроінтеграції.

3. Тільки за умови впровадження всіх елементів системи гарантії якості досліджень створюються передумови для оптимізації діяльності сучасних клінічно-діагностичних лабораторій та отримання аналітично достовірних і відтворених лабораторних результатів.

Водночас впровадження в практику лабораторій досягнень і світового досвіду та імплементація положень міжнародних стандартів у діяльність медичних лабораторій є єдино вірним напрямком створення системи гарантії якості досліджень.

4. Впровадження стандартів створює основу для розвитку лабораторної служби. Персонал починає розглядатися не як «джерело дефектів», а як повноцінний «людський капітал», що дає гарантію успіху при вдосконаленні процесів в гонці за стрімко зростаючими потребами пацієнтів [6].

## ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України «Про метрологію та метрологічну діяльність» 5 червня 2014 року № 1314-VII. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2014, № 30, ст.1008.
2. ДСТУ ISO 15189-2015., «Медичні лабораторії. Приватні вимоги до якості та компетентності».
3. Стандарт ISO/IEC 17025 – Загальні вимоги до компетентності випробувальних і калібрувальних лабораторій.
4. Стандарт ISO 10012 – система керування вимірюванням. Вимоги до процесів вимірювання та вимірювального обладнання.
5. Метрологія клінічних лабораторних досліджень у світлі вимог дсту iso en 15189:2015, доц. Проценко В. М., Івков А. Г., м. Харків. Матеріали Науково-практичної конференції з міжнародною участю «ДСТУ EN ISO 15189:2015 – дорожня карта якості лабораторних досліджень» 19-20 жовтня 2016 р.
6. Стандартизація процесів – запорука стабільної якості лабораторних послуг (Бабіч О.В.) Матеріали Науково-практичної конференції з міжнародною участю «ДСТУ EN ISO 15189:2015 – дорожня карта якості Лабораторних досліджень» 19-20 жовтня 2016 р.

*Дата надходження рукопису до редакції:* 02.12.2019 р.

### **Условия для обеспечения гарантий качества в лабораторной диагностике в процессе реформирования здравоохранения Украины**

*Кратченко Е.Б., Печиборщ В.П., Якимец В.Н., Печиборщ А.В., Якимец В.В., Мазий С.И.*  
Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи  
Государственное научное учреждение «Центр инновационных медицинских технологий Национальной академии наук Украины»  
Главный военно-медицинский клинический центр (Центральный клинический госпиталь) Государственной пограничной службы Украины  
Украинская военно-медицинская академия МО Украины

**Цель работы** – проанализировать деятельность клинично-диагностической лаборатории Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи (КГКБСМП) и определить роль существующих механизмов обеспечения качества лабораторных исследований в них.

**Материалы и методы.** В статье использованы материалы статистических отчетов КГКБСМП с использованием метода системного анализа статистических материалов, а также системного и структурно-функционального подходов.

**Результаты.** Внедрение стандартов создает основу для развития лабораторной службы. Персонал начинает рассматриваться не как «источник дефектов», а как полноценный «человеческий капитал», что дает гарантию успеха при совершенствовании процессов в гонке за стремительно растущими потребностями пациентов.

**Выводы.** Только при условии внедрения всех элементов системы гарантии качества исследований создаются предпосылки для оптимизации деятельности современных клинично-диагностических лабораторий и получения аналитически достоверных и воспроизводимых лабораторных результатов. В то же время внедрение в практику лабораторий достижений и мирового опыта и имплементація положений международных стандартов в деятельность медицинских лабораторий является единственно верным направлением создания системы гарантии качества исследований.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** лабораторная диагностика, условия обеспечения гарантированного качества.

---

### **Conditions for providing quality guarantee in laboratory diagnosis in the process of healthcare reform of Ukraine**

*Kryatchenko O.B., Pechiborshch V.P., Yakimets V.M., Pechiborshch O.V., Yakimets V.V., Mazy S.I.*  
Kyiv City Clinical Ambulance Hospital  
State Scientific Institution "Center for Innovative Medical Technologies of the National Academy of Sciences of Ukraine"  
Main Military Medical Clinical Center (Central Clinical Hospital) of the State Border Guard Service of Ukraine  
Ukrainian Military Medical Academy

The **purpose** of the work is to analyze the activities of the clinical diagnostic laboratory Kiev City Clinical Emergency Hospital (KCCEH) and determine the role of existing mechanisms for ensuring the quality of laboratory research in them.

**Materials and methods.** The article uses the materials of the statistical reports of the KGKBSMP using the method of

systematic analysis of statistical materials, as well as systematic and structural-functional approaches.

**Results.** The implementation of standards creates the basis for the development of laboratory services. The workforce is beginning to be seen not as a "source of defects," but as a full-fledged "human capital", which guarantees success in improving processes in the race to meet the rapidly growing needs of patients.

**Conclusions.** Only if all the elements of the research quality assurance system are introduced are prerequisites for optimizing the activities of modern clinical diagnostic laboratories and obtaining analytically reliable and reproducible laboratory results. At the same time, the introduction of achievements and world experience into the practice of laboratories and the implementation of the provisions of international standards in the activities of medical laboratories is the only correct way to create a quality assurance system for research.

**KEY WORDS:** laboratory diagnostics, quality assurance conditions.

### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Крятченко Олена Борисівна** – завідувачка клініко-діагностичної лабораторії Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, м. Київ, вул. Братиславська, 3, Україна, kdlbsp@gmail.com.

**Печиборщ В'ячеслав Петрович** – завідувач відділу науково-організаційної роботи та інформації ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», д.м.н., доцент, Заслужений працівник охорони здоров'я України, 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз, 22, cimtnanu@ukr.net.

**Якимець Володимир Миколайович** – заступник директора ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України» з наукової організаційної та методичної роботи, д.м.н., професор, Заслужений лікар України, 04053, м. Київ, вул. Вознесенський узвіз, 22, Україна, cimtnanu@ukr.net.

**Печиборщ Олександр В'ячеславович** – начальник відділення нейрохірургії зі спінальними хворими Головного військово-медичного клінічного центру (Центральний клінічний госпіталь) Державної прикордонної служби України, 03083, м. Київ, вул. Ягідна, 58, pcha10@meta.ua.

**Якимець Володимир Володимирович** – кандидат медичних наук, старший науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення науково-дослідного інституту військової медицини Української військово-медичної академії.

**Мазій Світлана Іванівна** – завідувач клініко-діагностичною лабораторією ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», 04053, м. Київ, вул. Вознесенський узвіз, 22, Україна, cimtnanu@ukr.net.

Левенець Н.Г., Дуфинець В.А., Білак-Лук'янчук В.Й., Бутусов О.Д.

## **Визначення основних термінів у викладанні магістрам громадського здоров'я дисципліни “Моніторинг та реагування на надзвичайні ситуації в сфері охорони здоров'я”**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна**

*Наведено терміни, які використовуються у викладанні магістрам громадського здоров'я дисципліни “Моніторинг та реагування на надзвичайні ситуації в сфері охорони здоров'я”. Дані терміни узгоджуються з термінами, які використовує ВООЗ при розгляді питань подолання надзвичайних ситуацій.*

**Ключові слова:** охорона здоров'я, надзвичайні ситуації, моніторинг, реагування, терміни.

### **ВСТУП**

Відповідно до освітньо-наукової програми підготовки магістрів громадського здоров'я викладається дисципліна “Моніторинг та реагування на надзвичайні ситуації в сфері охорони здоров'я”. З метою забезпечення однозначного тлумачення викладачами та студентами термінів, які використовуються в навчальному процесі було розроблено термінологічний словник за вказаною темою. При складанні словника відібрано терміни, які використовує ВООЗ при розгляді питань подолання надзвичайних ситуацій.

### **ОСНОВНІ ТЕРМІНИ**

**Аварійно-рятувальна служба** – сукупність організаційно об'єднаних органів управління, сил та засобів, призначених для проведення аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт.

**Аварійно-рятувальне формування** – підрозділ аварійно-рятувальної служби, самостійний підрозділ, загін, центр, пожежно-рятувальний підрозділ (частина).

**Аварійно-рятувальні та інші невідкладні роботи** – роботи, спрямовані на пошук, рятування та захист населення, уникнення руйнувань і матеріальних збитків, локалізацію зони впливу небезпечних чинників, ліквідацію чинників, що унеможливають проведення таких робіт або загрожують життю рятувальників.

**Аварія** – небезпечна подія техногенного характеру, що спричинила ураження, травмування населення або створює на окремій території чи території суб'єкта господарювання загрозу життю чи здоров'ю населення та призводить до руйнування будівель, споруд, обладнання і транспортних засобів, порушення виробничого або транспортного процесу чи спричиняє наднормативні, аварійні викиди забруднюючих речовин та інший шкідливий вплив на навколишнє природне середовище.

**Аналіз небезпек і критичні контрольні точки (ХАССП)** – система управління безпекою продуктів харчування, що допомагає підприємцям вивчати практику поводження з продуктами харчування та впроваджує процедури для забезпечення безпеки продуктів харчування.

**Безпека у галузі громадського здоров'я** – як запобіжні, так і подальші заходи, необхідні для мінімізації

вразливості громадського здоров'я до всіх небезпек, які загрожують колективному здоров'ю населення.

**Біотероризм** – це навмисне використання мікроорганізмів, токсинів, генетичного матеріалу або речовин, отриманих з живих організмів з метою заподіяти масову загибель людей, тварин та рослин або їх інфікування.

**Визначення випадку** – критерій, що характеризує той чи інший випадок (тобто пацієнта), по відношенню до якого вживаються заходи епіднадзора. У ММСП (2005 р.) надано визначення випадків чотирьох хвороб, про які потрібно повідомляти ВООЗ. До них належать: віспа; поліомієліт, викликаний диким поліовірусом; грип людини, викликаний новим підтипом, і тяжкий гострий респіраторний синдром (ТГРС). Про інші події за певних обставин також потрібно повідомляти ВООЗ.

**Випадок** – факт виявлення у тієї чи іншої особи певної хвороби, порушення здоров'я або стану, по відношенню до якого вживаються заходи епіднадзора або проводиться дослідження. Випадки можуть бути додатково класифіковані як підтверджені, підозрювані або ймовірні.

**Відновлювальні роботи** – комплекс робіт, пов'язаних з відновленням будівель, споруд, підприємств, установ та організацій незалежно від форми власності, які були зруйновані або пошкоджені внаслідок надзвичайної ситуації, та відповідних територій.

**Відновлення** – скоординований процес надання громадам, які постраждали від катастрофи, підтримки у відновленні їхньої фізичної інфраструктури, а також їх емоційного, соціального, економічного та фізичного благополуччя.

**Вразливість** – ступінь сприйнятливості спільноти до небезпеки. Це результат фізичних, соціальних, економічних та екологічних факторів.

**Готовність (наприклад, до спалаху, кризи, лиха)** – заходи на випадок виникнення відповідної ситуації, спрямовані на забезпечення швидкої мобілізації та розгортання всіх необхідних ресурсів (наприклад, фінансових, людських, технічних), фахівців та послуг, які можуть знадобитися для вирішення наслідків цієї ситуації (включаючи передачу відповідних ранніх попереджень та тимчасову евакуацію людей та майна з місць, що знаходяться під загрозою).

**Готовність до ризику** – планування, організація та реалізація заходів з підготовки до ризику або його пом'якшенню.

**Дозорний епіднадгляд** – система епіднадгляду, в межах якої джерела інформації, заздалегідь об'єднані в певній сукупності, погоджуються повідомляти про всі випадки одного або декількох станів, що підлягають повідомленню.

**Дорожньо-транспортна пригода** – подія, що сталася під час руху дорожнього транспортного засобу, внаслідок якої загинули або зазнали травм люди, чи заподіяна шкода майну. Рівень надзвичайної ситуації при дорожньо-транспортній пригоді визначається відповідно до Порядку класифікації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

**Евакуація** – організоване виведення чи вивезення із зони надзвичайної ситуації або зони можливого ураження населення, якщо виникає загроза його життю або здоров'ю, а також матеріальних і культурних цінностей, якщо виникає загроза їх пошкодження або знищення.

**Епідемія** – масове поширення інфекційної хвороби серед населення відповідної території за короткий проміжок часу.

**Епізоотія** – широке поширення заразної хвороби тварин за короткий проміжок часу, що значно перевищує звичайний рівень захворюваності на цю хворобу на відповідній території.

**Епіфітотія** – широке поширення на території однієї або кількох адміністративно-територіальних одиниць заразної хвороби рослин, що значно перевищує звичайний рівень захворюваності на цю хворобу на відповідній території.

**Запобігання виникненню надзвичайних ситуацій** – комплекс правових, соціально-економічних, політичних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних та інших заходів, спрямованих на регулювання техногенної та природної безпеки, проведення оцінки рівнів ризику, завчасне реагування на загрозу виникнення надзвичайної ситуації на основі даних моніторингу, експертизи, досліджень та прогнозів щодо можливого перебігу подій з метою недопущення їх переростання у надзвичайну ситуацію або пом'якшення її можливих наслідків.

**Заразна болізня** – болізня, которая может передаваться от одного человека другому при контакте с инфекционным агентом. Контакт может происходить посредством физиологических жидкостей, капель (жидкие частицы, выделяемые при кашле или чихании), загрязненных объектов, таких как посуда для приготовления и принятия пищи, вдыхания аэрозолей, контакта с переносчиком или употребления воды или пищи. В ММСП (2005 г.) приведено весьма широкое определение термина «болізня»: «заболевание или медицинское состояние, независимо от происхождения или источника, которое наносит или может нанести значительный вред людям»; таким образом, этот термин охватывает болізни биологического, химического, радиологического или ядерного происхождения.

**Заразна хвороба** – це хвороба, яка може передаватися від однієї людини до іншої при контактi з інфекційним агентом. Контакт може відбуватися через

фізіологічні рідини, краплі (рідкі частинки, що виділяються при кашлі або чханні), забруднені предмети, такі як посуд для приготування і вживання їжі, вдихання аерозолів, контакт з переносником або вживання води або їжі. МКПЛ (2005) надає дуже широке визначення терміну «хвороба»: «хвороба або медичний стан, незалежно від походження або джерела, який завдає або може завдати значної шкоди людям»; таким чином, термін охоплює хвороби біологічного, хімічного, радіологічного або ядерного походження.

**Засоби цивільного захисту** – протипожежна, аварійно-рятувальна та інша спеціальна техніка, обладнання, механізми, прилади, інструменти, виробі медичного призначення, лікарські засоби, засоби колективного та індивідуального захисту, які призначені та використовуються під час виконання завдань цивільного захисту.

**Запобігання** – заходи, спрямовані на негайне запобігання несприятливому впливу небезпек, а також засоби мінімізації відповідних екологічних, технологічних і біологічних катастроф.

**Захисні споруди цивільного захисту** – інженерні споруди, призначені для захисту населення від впливу небезпечних факторів, що виникають внаслідок надзвичайних ситуацій, воєнних дій або терористичних актів.

**Зброя масового знищення (ЗМЗ)** – зазвичай означає, хімічні, ядерні або біологічні агенти або вибухові пристрої, які можуть бути використані проти цивільного населення і здатні призвести до масової загибелі людей.

**Звіт про результати вжитих заходів (ЗРВЗ)** – це документ, що описує заходи у відповідь на інцидент, а також результати реагування системи охорони здоров'я під час інциденту.

**Зниження ризику стихійних лих** – плани, підходи і методи, прийняті та реалізовані для мінімізації факторів вразливості і ризиків стихійних лих в усьому суспільстві з метою уникнення (запобігання стихійним лихам) або обмеження (пом'якшення наслідків і забезпечення готовності) несприятливих наслідків небезпек в широкому контексті сталого розвитку.

**Зона можливого ураження** – окрема територія, акваторія, на якій внаслідок настання надзвичайної ситуації виникає загроза життю або здоров'ю людей та заподіяна шкода майну.

**Зона надзвичайної ситуації** – окрема територія, акваторія, де сталася надзвичайна ситуація.

**Зоонози** – хвороби, які передаються від тварин людям (наприклад, бруцельоз).

**Ізоляція** – це вимушене перебування людей або груп людей окремо від інших з метою запобігання поширенню хвороби (зазвичай застосовується до інфікованих або імовірно інфікованих людей).

**Інформування про ризики** – це інтерактивний обмін інформацією та думками щодо небезпек, ризиків та факторів ризику.

**Інцидент** – ситуація, яка виникла під час запланованої події і вимагає заходів у відповідь з боку відповідних органів. Інциденти можуть призвести до травмування, хвороби, смерті, необхідності залучення правоохоронних органів або інших заходів реагування.



**Карантин** – обов'язкове окреме фізичне перебування населення або груп здорових людей, які могли контактували з заразним захворюванням, включаючи обмеження пересування. Ці заходи можуть включати ізоляцію таких осіб в межах певних географічних районів.

**Катастрофа** – велика за масштабами аварія чи інша подія, що призводить до тяжких наслідків.

**Класифікаційна ознака надзвичайних ситуацій** – технічна або інша характеристика небезпечної події, що зумовлює виникнення обстановки, яка визначається як надзвичайна ситуація.

**Класифікація надзвичайних ситуацій** – система, згідно з якою надзвичайні ситуації поділяються на класи і підкласи залежно від характеру їх походження.

**Когорта** – група осіб зі спільною визначальною характеристикою (наприклад, сприйнятливість до захворювання). Цей термін не означає групування за ознакою простору.

**Коллективний імунітет** – стійкість до інфекції та поширення хвороби всередині групи людей на основі резистентності у великої частки окремих членів групи. Резистентність – це співвідношення кількості сприйнятливих людей і ймовірності контакту сприйнятливих людей з інфікованою людиною.

**Контактний офіс ВООЗ (IHR)** – підрозділ у кожному регіональному офісі ВООЗ, доступний у будь-який час для зв'язку з національними координаторами IHR щодо IHR. Контактна інформація для контактного офісу IHR, включаючи електронну пошту, телефон і факс кожного МКПЛ ВООЗ, надається всім державам-членам IHR (2005) і доступна на інформаційному сайті ВООЗ IHR.

**Криза** – нестабільний або критичний період часу або обставин в очікуванні суттєвих змін, особливо там, де зміни можуть явно мати вкрай небажані наслідки.

**Лихо** – подія, яка серйозно підриває життя місцевих громад або суспільств і часто супроводжується значними жертвами серед населення і значною матеріальною, економічною або екологічною шкодою, яка перевищує здатність постраждалої громади або суспільства самостійно справлятися з ними.

**Ліквідація наслідків надзвичайної ситуації** – проведення комплексу заходів, що включає аварійно-рятувальні та інші невідкладні роботи, які здійснюються у разі виникнення надзвичайної ситуації і спрямовані на припинення дії небезпечних факторів, рятування життя та збереження здоров'я людей, а також на локалізацію зони надзвичайної ситуації.

**Медико-психологічна реабілітація** – комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності рятувальників аварійно-рятувальних служб (формувань), осіб, залучених до виконання аварійно-рятувальних робіт у разі виникнення надзвичайної ситуації, а також постраждалих внаслідок такої надзвичайної ситуації, передусім неповнолітніх осіб.

**Медико-санітарна допомога у зв'язку з подією** – це забезпечення профілактичних заходів, певна первинна медико-санітарна допомога або сортування/госпіталізація людей, які відвідують або беруть участь у масових заходах.

**Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП) (2005) (IHR (2005) або "Правила")** – міжнародна правова угода, обов'язкова для 194 держав-учасників по всьому світу, для запобігання, контролю та реагування на міжнародне поширення хвороб.

**Навчання (наприклад, навчання з планування на випадок надзвичайних ситуацій)** – захід, що проводиться на основі наявного сценарію, призначений для оцінки потенціалу системи в досягненні спільних та індивідуальних функціональних цілей та перевірки компетенції системи.

**Надзвичайна ситуація** – обстановка на окремій території чи суб'єкті господарювання на ній або водному об'єкті, яка характеризується порушенням нормальних умов життєдіяльності населення, спричинена катастрофою, аварією, пожежею, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, застосуванням засобів ураження або іншою небезпечною подією, що призвела (може призвести) до виникнення загрози життю або здоров'ю населення, великої кількості загиблих і постраждалих, завдання значних матеріальних збитків, а також до неможливості проживання населення на такій території чи об'єкті, провадження на ній господарської діяльності.

**Надзвичайні ситуації воєнного характеру** – це ситуації, пов'язані з наслідками застосування зброї масового ураження або звичайних засобів ураження, під час яких виникають вторинні фактори ураження населення внаслідок руйнування атомних і гідроелектричних станцій, складів і сховищ радіоактивних і токсичних речовин та відходів, нафтопродуктів, вибухівки, сильнотоксичних отруйних речовин, токсичних відходів, нафтопродуктів, вибухівки, транспортних та інженерних комунікацій тощо.

**Надзвичайна ситуація загальнодержавного рівня** – коли надзвичайна ситуація розвивається на території двох та більше областей або загрожує транскордонним перенесенням, а також у разі, коли для її ліквідації необхідні матеріали і технічні ресурси у обсягах, що перевищують власні можливості окремої області, але не менше одного відсотка обсягу видатків відповідного бюджету.

**Надзвичайна ситуація місцевого рівня** – надзвичайна ситуація, яка виходить за межі потенційно небезпечного об'єкта, загрожує поширенням самої ситуації або її вторинних наслідків на довкілля, сусідні населені пункти, інженерні споруди, а також у разі, коли для її ліквідації необхідні матеріальні і технічні ресурси у обсягах, що перевищують власні можливості потенційно небезпечного об'єкта, але не менше одного відсотка обсягу видатків відповідного бюджету. До місцевого рівня належать всі надзвичайні ситуації, які виникають на об'єктах житлово-комунальної сфери та інших, що не входять до затверджених переліків потенційно небезпечних об'єктів.

**Надзвичайна ситуація об'єктового рівня** – надзвичайні ситуації, які не підпадають під зазначені вище визначення.

**Надзвичайна ситуація регіонального рівня** – надзвичайна ситуація, що розгортається на території двох або більше адміністративних районів (міст обласного підпорядкування) Автономної республіки Крим, областей,

міст Києва та Севастополя або загрожує перенесенням на територію суміжної області держави, а також у разі, коли для її ліквідації необхідні матеріальні і технічні ресурси у обсягах, що перевищують власні можливості окремого району, але не менше одного відсотка обсягу видатків відповідного бюджету.

**Надзвичайні ситуації природного характеру** – це небезпечні геологічні, метеорологічні, гідрологічні морські та прісноводні явища, деградація ґрунтів чи надр, природні пожежі, зміна стану повітряного басейну, інфекційна захворюваність людей, сільськогосподарських тварин, масове ураження сільськогосподарських рослин хворобами чи шкідниками, зміна стану водних ресурсів та біосфери тощо.

**Надзвичайні ситуації соціально-політичного характеру** – це ситуації, пов'язані з протиправними діями терористичного та антиконституційного спрямування: здійснення або реальна загроза терористичного акту (збройний напад, захоплення і затримання важливих об'єктів, ядерних установок і матеріалів, систем зв'язку та телекомунікацій, напад чи замах на екіпаж повітряного чи морського судна), викрадення (спроба викрадення) чи знищення суден, встановлення вибухових пристроїв у громадських місцях, викрадення або захоплення зброї, виявлення застарілих боєприпасів тощо.

**Надзвичайні ситуації техногенного характеру** – це транспортні аварії (катастрофи), пожежі, неспровоковані вибухи чи їх загроза, аварії з викидом (загрозою викиду) небезпечних хімічних, радіоактивних, біологічних речовин, раптове руйнування споруд та будівель, аварії на інженерних мережах і спорудах життєзабезпечення, гідродинамічні аварії на греблях, дамбах тощо.

**Національний координатор з ММСП (IHR)** – національний центр або орган, призначений кожною з держав-учасників ММСП (2005), який має бути доступним в будь-який час, щоб зв'язатися з контактними пунктами ВООЗ з ММСП щодо Правил.

**Небезпека** – це дія, подія або явище, яке може призвести до загибелі або травми, матеріальної шкоди, соціального та економічного зриву та / або деградації навколишнього середовища.

**Небезпечна подія** – подія, у тому числі катастрофа, аварія, пожежа, стихійне лихо, епідемія, епізоотія, епіфітотія, яка за своїми наслідками становить загрозу життю або здоров'ю населення чи призводить до завдання матеріальних збитків.

**Небезпечний чинник** – складова частина небезпечного явища (пожежа, вибух, викидання, загроза викидання небезпечних хімічних, радіоактивних і біологічно небезпечних речовин) або процесу, що характеризується фізичною, хімічною, біологічною чи іншою дією (впливом), перевищенням нормативних показників і створює загрозу життю та/або здоров'ю людини.

**Непрофесійні об'єктові аварійно-рятувальні служби** – служби, що створюються з числа інженерно-технічних та інших досвідчених працівників суб'єктів господарювання, які здобули необхідні знання та навички у проведенні аварійно-рятувальних та інших невідкладних

робіт і здатні за станом здоров'я виконувати роботи в екстремальних умовах.

**Неспеціалізована аварійно-рятувальна служба** – професійна або непрофесійна аварійно-рятувальна служба, яка має підготовлених рятувальників та відповідні засоби цивільного захисту і призначена для проведення аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт, які не потребують відповідної спеціалізації.

**Об'єднаний інформаційний центр** – головний контактний центр для всіх ЗМІ під час МЗ або несприятливої події, такої як масштабна катастрофа.

**Об'єкт підвищеної небезпеки** – об'єкт, який згідно із законом вважається таким, на якому є реальна загроза виникнення аварії та/або надзвичайної ситуації техногенного чи природного характеру.

**Оперативно-рятувальна служба цивільного захисту** – спеціальне невійськове об'єднання аварійно-рятувальних та інших формувань, органів управління такими формуваннями системи центрального органу виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері цивільного захисту.

**Оповіднення** – доведення сигналів і повідомлень органів управління цивільного захисту про загрозу та виникнення надзвичайних ситуацій, аварій, катастроф, епідемій, пожеж тощо до центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ, організацій та населення.

**Отчет о результатах принятых мер (ОРПМ)** – документ с описанием ответных мер в связи с инцидентом, а также результатов принятия ответных мер системы здравоохранения во время инцидента.

**Оцінка ризиків** – це процес, який використовується для визначення пріоритетів управління ризиками шляхом оцінки та порівняння певних рівнів ризику з заздалегідь визначеними стандартами, цільовими рівнями ризиків або іншими критеріями.

**Пандемія** – це всесвітній спалах тієї чи іншої хвороби у людей в обсягах, які явно переважають показники норми.

**Пожежа** – неконтрольований процес знищення або пошкодження вогнем майна, під час якого виникають чинники, небезпечні для істот та навколишнього природного середовища.

**Пожежна безпека** – відсутність неприпустимого ризику виникнення і розвитку пожеж та пов'язаної з ними можливості завдання шкоди живим істотам, матеріальним цінностям і довкіллю.

**Пожежна охорона** – вид діяльності, який полягає у запобіганні виникненню пожеж і захисті життя та здоров'я населення, матеріальних цінностей, навколишнього природного середовища від впливу небезпечних чинників пожежі.

**Пом'якшення** – структурні та не структурні заходи, що вживаються з метою обмеження несприятливих наслідків природних, техногенних або технологічних небезпек.

**Постраждалі внаслідок надзвичайної ситуації техногенного або природного характеру** (далі – постраждалі) – особи, здоров'ю яких заподіяна шкода внаслідок надзвичайної ситуації.

**Потенціал на випадок пікового навантаження** – здатність таких закладів, як клініки, лікарні або лабораторії системи громадського здоров'я, реагувати на підвищений попит на свої послуги під час надзвичайної ситуації в галузі громадського здоров'я.

**Попередження в галузі охорони здоров'я** – термінове повідомлення для чиновників системи охорони здоров'я, які потребують негайних дій або уваги.

**Професійна аварійно-рятувальна служба** – аварійно-рятувальна служба, працівники якої працюють за трудовим договором, а рятувальники, крім того, проходять професійну, спеціальну фізичну, медичну та психологічну підготовку.

**Профілактика** – це медична процедура або практика, призначена для запобігання хвороби/хворобливого стану або захисту від них (наприклад, вакцини, лікарські засоби).

**Реагування** – дії, вжиті до, під час і відразу після настання лиха/катастрофи з метою мінімізувати вплив такого лиха/катастрофи і забезпечити негайне надання допомоги та підтримки населенню.

**Реагування на ризик** – керування та управління заходами, пов'язаними з реагуванням на ризики.

**Реагування на надзвичайні ситуації та ліквідація їх наслідків** – скоординовані дії суб'єктів забезпечення цивільного захисту, що здійснюються відповідно до планів реагування на надзвичайні ситуації, уточнених в умовах конкретного виду та рівня надзвичайної ситуації, і полягають в організації робіт з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації, припинення дії або впливу небезпечних факторів, викликаних нею, рятування населення і майна, локалізації зони надзвичайної ситуації, а також ліквідації або мінімізації її наслідків, які становлять загрозу життю або здоров'ю населення, заподіяння шкоди території, навколишньому природному середовищу або майну.

**Ризик** – ймовірність несприятливих наслідків або очікуваних втрат (а саме: загибелі людей, травм, матеріальних збитків і втрати засобів до існування, порушення господарської діяльності, спричинення шкоди навколишньому середовищу і т. ін.) внаслідок поєднання природних або антропогенних небезпек і уразливих умов. (Ризик = небезпека x вразливість.)

**Сили цивільного захисту** – аварійно-рятувальні формування, спеціалізовані служби та інші формування цивільного захисту, призначені для проведення аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт з ліквідації надзвичайних ситуацій.

**Синдромний епідагляд** – це використання даних про стан здоров'я на основі клінічних спостережень, а не на лабораторному підтвердженні діагнозу (наприклад, у разі грипоподібного захворювання або гострої водянистої діареї). Такі дані можуть бути використані як індикатори достатньої ймовірності того, що даний випадок або спалах потребуватимуть подальшого дослідження та реагування з боку системи громадського здоров'я.

**Система оповіщення** – комплекс організаційно-технічних заходів, апаратури і технічних засобів оповіщення, апаратури, засобів та каналів зв'язку, призначених для своєчасного доведення сигналів та інформації про виникнення надзвичайних ситуацій до

центральної і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ, організацій та населення.

**Система раннього оповіщення** – це система виявлення та сповіщення, яка виконує три основні завдання:

1. Прогнозування майбутніх подій.

2. Підготовка та розповсюдження застережень політичним органам та громадськості.

3. Виконання відповідних і своєчасних дій.

**Система управління інцидентами** – це механізм управління та контролю, який використовується службами швидкого реагування та іншими органами і установами для управління надзвичайними ситуаціями.

**Спадщина** – активи або потенціал, отримані в результаті масових заходів (МЗ). Прикладами спадщини є поліпшення інфраструктури або навчання місцевих співробітників.

**Спалах** – часто є синонімом терміну "епідемія" і, як правило, використовується для позначення локалізованих, а не генералізованих епідемій. Зазвичай визначаються як такі, що мають двох і більше людей з однаковим станом здоров'я, одночасно і в одному місці.

**Спеціалізована аварійно-рятувальна служба** – професійна аварійно-рятувальна служба, яка має підготовлених рятувальників та відповідні засоби цивільного захисту і призначена для проведення аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт з особливим ризиком для життя та здоров'я, зокрема для гасіння газових фонтанів, проведення водолазних та гірничорятувальних робіт.

**Спеціалізована служба цивільного захисту** – підприємства, установи, організації, об'єднані для виконання завдань у сфері цивільного захисту відповідної функціональної спрямованості.

**Стихийне лихо** – природне явище, що діє з великою руйнівною силою, заподіює значну шкоду території, на якій відбувається, порушує нормальну життєдіяльність населення, завдає матеріальних збитків.

**Стійкість** – це здатність успішно протистояти та/або відновлюватися від заподіяної шкоди та пошкоджень.

**Стратегічний національний запас** – національний запас лікарських засобів, вакцин і медичних матеріалів (наприклад, запас вакцини проти сибірської виразки в США), які можуть бути задіяні для реагування на надзвичайні ситуації в галузі громадського здоров'я, включаючи події, пов'язані з біотероризмом.

**Техногенна безпека** – відсутність ризику виникнення аварій та/або катастроф на потенційно небезпечних об'єктах, а також у суб'єктів господарювання, що можуть створити реальну загрозу їх виникнення. Техногенна безпека характеризує стан захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного характеру. Забезпечення техногенної безпеки є особливою (специфічною) функцією захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій.

**Управління надзвичайними ситуаціями** – комплекс заходів з управління ризиками для місцевих громад та навколишнього середовища, спричинених надзвичайними ситуаціями.

**Управління ризиками** системний підхід до виявлення, усунення та зниження всіх ризиків безпеки,

пов'язаних з небезпеками та діяльністю людини. Управління ризиками включає оцінку ризиків, поінформованість про ризики та забезпечення готовності до ризиків/реагування на ризики.

**Епідеміолог** – фахівець з дослідження захворювань. Епідеміологи планують і проводять епідеміологічні дослідження, аналізують дані з метою виявлення закономірностей і тенденцій захворювань, розробляють системи епідагляду і підтримують їх функціонування, контролюють стан здоров'я, оцінюють

ефективність і рентабельність програм громадського здоров'я.

**Епідеміологія** – наука, яка вивчає поширення і детермінанти захворювань та інших несприятливих для здоров'я факторів в групах населення, а також аналізує їх за часом, місцем і конкретними особами.

**Епідагляд** – систематичний безперервний збір, порівняння та аналіз даних і своєчасне поширення інформації серед тих, хто її потребує для вживання відповідних заходів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Арнольд М. и Бертон С. Защита и расширение прав и возможностей уязвимых групп при ликвидации последствий стихийных бедствий / Протокол Всемирной конференции по восстановлению, 210-40 / Всемирный банк, Вашингтон, ОК, 2011.

2. Боллин С. и Ханна С. Методологии проведения оценки потребностей восстановления после стихийных бедствий: опыт Азии и Латинской Америки / ПРООН (Программа развития Организации объединенных наций), Нью-Йорк, 2007. – 110 с.

3. Всемирный банк и МСУОБ (Бюро ООН по снижению риска бедствий). Структура, роль и мандат гражданской обороны при снижении риска бедствий в Юго-Восточной Европе / Программа смягчения последствий бедствий и адаптации к бедствиям в Юго-Восточной Европе, Всемирный банк, Вашингтон, ОК. – 179 с.

4. Глобальный фонд по снижению опасности стихийных бедствий. Восстановление и снижение рисков после стихийных бедствий / Протоколы (первой) Всемирной конференции по вопросам восстановления, Женева, 10- 13 мая, 2011. – 347 с.

5. Международные медико-санитарные правила (2005 г.). <http://www.who.int/ihr>.

6. Общественное здравоохранение и массовые мероприятия: основные соображения. Под редакцией Endericks Т. [Public health for mass gatherings: key considerations / edited by Endericks Т, et al.]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

7. Оценка готовности систем здравоохранения к чрезвычайным ситуациям. Часть 1. Руководство пользователя: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/strengthening-health-system-emergency-preparedness.-toolkit-for-assessing-health-system-capacity-for-crisis-management.-part-1.-user-manual-2012>. Часть 2. Форма оценки: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/strengthening-health-system-emergency-preparedness.-toolkit-for-assessing-health-system-capacity-for-crisis-management.-part-2.-assessment-form>.

8. Рамочная программа организации центра по проведению операций при чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения. Ноябрь 2015 г. [Framework for a Public Health Emergency Operations Centre. November 2015]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

9. Emergency response framework – 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2017. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

10. World Health Organization. (2008). Communicable disease alert and response for mass gatherings: key considerations. Geneva: WHO. [http://www.who.int/csr/Mass\\_gatherings2.pdf?ua=1](http://www.who.int/csr/Mass_gatherings2.pdf?ua=1).

11. Mass Gatherings and Public Health: The experience of the Athens 2004 Olympic Games. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98415/E90712.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98415/E90712.pdf).

*Дата надходження рукопису до редакції:* 18.12.2019 р.

---

**Определение основных терминов в преподавании магистрам общественного здоровья дисциплины “Мониторинг и реагирование на чрезвычайные ситуации в сфере здравоохранения”**

*Левенец Н.Г., Дуфинец В.А.,  
Билак-Лукьянчук В.И., Бутусов А.Д.*  
Ужгородский национальный университет

В работе приведены термины, которые используются в преподавании магистрам общественного здоровья дисциплины “Мониторинг и реагирование на чрезвычайные ситуации в сфере общественного здоровья”. Данные термины согласованы с терминами, которые использует ВОЗ при рассмотрении вопросов преодоления чрезвычайных ситуаций.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** общественное здоровье, чрезвычайные ситуации, мониторинг, реагирование, термины.

**Definition of principle terms in teaching the discipline “Monitoring and response to public health emergencies” to the masters of public health**

*Levenets N.G., Dufinets V.A.,  
Bilak-Lukianchuk V.J., Butusov O.D.*  
Uzhhorod National University

The paper provides the terms used in teaching the discipline "Monitoring and response to public health emergencies" to the masters of public health. These terms are consistent with the terms used by the WHO when considering the problems of overcoming emergencies.

**KEY WORDS:** public health, emergency, monitoring, response, terms.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Левенець Ніна Григорівна** – викладач кафедри громадського здоров'я та гуманітарних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна. n.levenets@ukr.net.

**Дуфинець Василь Андрійович** – доктор медичних наук, асистент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.

**Білак-Лук'янчук Вікторія Йосипівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна. bilak.vika@gmail.com.

**Бутусов Олександр Дмитрович** – к.екоп.н., доцент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. a.d.butusov@icloud.com.

## Обізнаність вчителів середньої школи з проблем порушення функцій зору серед учнів, готовність освітян до участі в заходах з їх попередження

<sup>1</sup>Науково-координаційне управління апарату президії НАМН України

<sup>2</sup>Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока»

<sup>3</sup>Міжнародний інноваційний центр Гармонійного розвитку людини

**Метою** дослідження стало вивчення обізнаності вчителів та викладачів середніх освітніх навчальних закладів (школи, ліцеї) щодо проблем порушення функцій зору серед школярів з виявленням їх готовності брати участь у профілактичних заходах. Матеріалами дослідження слугували результати соціологічного опитування вчителів шкіл та ліцеїв України. Використано **методи** соціологічного дослідження та медичної статистики.

Отримані **результати** виявили недостатню обізнаність освітян з питань попередження порушення функцій зору серед школярів, в поєднанні із готовністю освітян брати участь в профілактичних заходах при високій потребі вчителів в інформаційній підтримці щодо сучасних профілактичних технологій. Більшість опитаних підтримали думку про доцільність запровадження регулярної перевірки зору в дитячому віці, в тому числі в рамках відповідної державної профілактичної програми.

**Висновки.** Дослідження виявило високий рівень готовності освітян до участі в профілактичних заходах з попередження порушень зору серед школярів.

**Ключові слова:** вчителі середньої школи, порушення зорових функцій, діти шкільного віку.

### АКТУАЛЬНІСТЬ

Зорові функції в житті та зростанні дитини відіграють надзвичайно важливу роль. Різно зростає зорове навантаження у віці 6-7 років, коли дитина розпочинає середню освіту, адже необхідністю стає навчання письму, читанню, беручи до уваги й те, що сучасні діти змалечку опановують комп'ютер, телефон, планшет та годинами можуть працювати з ними. Не можна забувати й про те, що очі дитини, є надзвичайно чутливими до режиму і тривалості зорового навантаження, особливо на близькій відстані. Початок занять у школі стає періодом певного випробування для функцій зорового аналізатора, а отже, це загострює проблему профілактичного супроводу, своєчасного виявлення факторів ризику, передумов формування офтальмологічної патології та, за необхідності, медичного втручання при появі захворювання.

В цілому, за даними Центру медичної статистики МОЗ України за останнє десятиліття значно зросла кількість дітей, з виявленими офтальмологічними захворюваннями. Виявлені вітчизняні тенденції перегукуються із оприлюдненими даними та прогнозами ВООЗ, за якими в світі виявлено більше 1,7 млн сліпих дітей, ще близько 12 млн дітей до 15 років потерпають від порушення зору. Численні дослідження наводять приклади зростання частоти виявлення порушень зору у школярів, коли серед першокласників виявляється до 8-10% дітей з діагностованою офтальмологічною патологією, а по завершенню навчання в школі цей показник може зростати до 30% [1-5]. Наведене актуалізує пошук шляхів попередження виникнення порушень зорових функцій саме серед дітей шкільного віку, посилення профілактичного вектору, дотримання правил гігієни зору

школярів, що виводить цю проблему на орбіту взаємодії медиків, батьків, членів родин з освітянами, які щоденно контактують із дітьми шкільного віку та мають змогу активно долучатися до освітньо-виховного процесу.

**Метою** нашого дослідження стало вивчення обізнаності вчителів та викладачів середніх освітніх навчальних закладів (школи, ліцеї) щодо проблем порушення функцій зору серед школярів з виявленням їх ставлення та готовності брати участь у профілактичних заходах.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження стали результати соціологічного опитування, проведеного серед освітян середньо освітніх навчальних закладів України (викладачів, вчителів шкіл та ліцеїв) (всього аналізу підлягало 6215 анкет). Для виконання завдань дослідження і досягнення заявленої в ньому мети, нами використано метод соціологічного дослідження та методи медичної статистики, зокрема для розрахунку репрезентативності та достовірності результатів опитування. При проведенні дослідження були дотримані сучасні європейські вимоги щодо анонімності, добровільності та неупередженості в залученні респондентів, кожен з яких залучався до опитування лише після ознайомлення із метою та завданнями наукового дослідження та за попередньої усної добровільної згоди. До опитування, якому передувало пілотне дослідження (50 анкет), було залучено в цілому 6 350 респондентів, хоча при аналізі та введенні результатів опитування в електронну базу даних було відбраковано 135 анкет (2,12%), тому подальшому аналізу підлягали отримані результати опитування із 6 215 анкет.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Більшість опитаних вчителів середніх шкіл та ліцеїв були жіночої статі (92,71 ± 0,33%) в основному працездатному віці 25-54 років (78,66 ± 0,52%) та мали вищу педагогічну освіту (95,11 ± 0,27%). Більша половина опитаних мали тривалий стаж освітньої роботи, кожен четвертий (25,68 ± 0,55%) працює вчителем від 26-35 років, ще 24,55 ± 0,55% мали стаж роботи 16-25 років (табл. 1).

Таблиця 1

### Результати соціологічного опитування щодо тривалості педагогічного трудового стажу роботи опитаних вчителів шкіл/ліцеїв

Трудовий стаж	Абс.	%
від 0 до 5 років	926	14,90 ± 0,45%
від 6 до 15 років	1 538	24,75 ± 0,55%
від 16 до 25 років	1 526	24,55 ± 0,55%
від 26 до 35 років	1 596	25,68 ± 0,55%
від 36 до 45 років	560	9,01 ± 0,36%
від 46 і більше років	69	1,11 ± 0,13%

Лише 7,84 ± 0,34% опитаних зазначили, що порушення зору у дітей та знання про їх перші прояви та ознаки є суто медичною проблемою. Натомість 90,46 ± 0,37% опитаних вважають, що працівник середньої школи повинен володіти знаннями про ранні ознаки появи порушень зорових функцій у дітей.

Більшість педагогів (86,39 ± 0,43%) знайомі з гігієнічними нормами зорового навантаження в дитячому віці, а тому свідомо віддають перевагу та заохочують школярів до активних ігор на свіжому повітрі (94,16 ± 0,30%).

В більшості шкіл/ліцеїв, вчителі з яких прийняли участь в організованому нами соціологічному дослідженні, працює медичний персонал (медична сестра), проте майже в кожній п'ятій (17,84 ± 0,49%) школі відсутній медичний персонал, в обов'язки якого, в тому числі, входить профілактична робота з попередження порушення функцій зору серед школярів. Більше третини (39,52 ± 0,62%) опитаних освітян середніх освітніх навчальних закладів висловили думку, що не зважаючи на наявність медиків в освітньому закладі, профілактична просвітницька робота щодо збереження зору з дитинства проводиться недостатньо, ще 5,70 ± 0,29% респондентів висловили категоричну негативну оцінку такої профілактичної роботи в школі, пояснюючи це відсутністю в навчальному закладі медичного персоналу, в обов'язки якого входить цей напрямок роботи. Одночасно з цим половина опитаних (54,79 ± 0,63%) вважають обсяг профілактичної роботи, проведеної медичним персоналом в школі/ліцеї достатнім.

Майже всі (94,92 ± 0,28%) освітяни шкіл та ліцеїв вважають своїм обов'язком інформування дітей про безпеку виникнення хвороб і травм ока та лише 13,37 ± 0,43% не знайомі з гігієнічними нормами зорового навантаження в дитячому віці, а отже через незнання їх не дотримуються.

Найбільш поширеними захворюваннями очей в дитячому віці за версією вчителів загальноосвітніх навчальних закладів є: аномалії рефракції, такі як міопія (близорукість) (75,74 ± 0,54%), астигматизм (35,72 ± 0,61%) та далекозорість (48,70 ± 0,63%); кон'юнктивіт (68,19 ± 0,59%); косоокість (66,32 ± 0,60%); ячмінь (57,01 ± 0,63%); травми ока (55,40 ± 0,63%), тощо (табл. 2).

Таблиця 2

### Результати соціологічного опитування вчителів шкіл/ліцеїв щодо найбільш поширених в дитячому віці захворювань очей

Захворювання очей	Абс.	%
Катаракта	724	11,65 ± 0,41%
Глаукома	437	7,03 ± 0,32%
Кон'юнктивіт	4 238	68,19 ± 0,59%
Косоокість	4 122	66,32 ± 0,60%
Алергічні захворювання очей	2 984	48,01 ± 0,63%
Травми ока	3 443	55,40 ± 0,63%
Астигматизм	2 220	35,72 ± 0,61%
Ячмінь	3 543	57,01 ± 0,63%
Міопія (близорукість)	4 707	75,74 ± 0,54%
Далекозорість	3 027	48,70 ± 0,63%
Синдром «сухого ока»	1 450	23,33 ± 0,54%
Блефарит	272	4,38 ± 0,26%
Інші	119	1,91 ± 0,17%

Більша половина (66,19 ± 0,60%) вважають, що косоокість потребує ретельного лікування та виконання всіх призначень лікаря, водночас 3,44 ± 0,23% вказали, що косоокість не лікується, ще 1,22 ± 0,14% відмітили, що вона може сама пройти з віком.

Більшість вчителів шкіл та ліцеїв допускають можливість впливу поганого зору на появу головного болю, особливо при тривалому зоровому навантаженні (94,59 ± 0,29%); появі звички присуватися (підходити) ближче, щоб роздивитися деталі зображення (предмету) (92,24 ± 0,34%); зниження успішності школяра через неможливість чіткого копіювання з дошки (78,95 ± 0,52%) (табл. 3).

Проявами порушення зорових функцій у школярів можуть стати: сповільнення читання і письма (72,07 ± 0,57%); сповільнення впізнавання літер, невпевненість рухів при малюванні (71,30 ± 0,57%); звичок терти очі руками (69,69 ± 0,58%) та «горбитися» при малюванні (письмі) з появою викривлення або порушення постави (69,44 ± 0,58%) (табл. 3).

На думку освітян проблеми із зором в дитячому шкільному віці в більшості випадків (91,63 ± 0,35%) зумовлені обтяженою спадковістю, в той час як 8,37 ± 0,35% впевнені, що спадковість не має визначального впливу на виникнення офтальмологічної патології. Більше половини (58,25 ± 0,63%) респондентів переконані, що на зір дитини має вплив характер харчування, в той час як 41,75 ± 0,63% вважають, що такий вплив відсутній. Майже всі (97,80 ± 0,19%) інформовані, що недостатнє освітлення при зоровому навантаженні зблизька є ризиком для формування патології ока в дитячому віці.

**Результати соціологічного опитування вчителів шкіл/ліцеїв  
щодо інформованості про ознаки та можливі прояви порушення функцій зору у дитини**

Чи пов'язуєте ви можливість впливу поганого зору дитини на появу:				
Ознака	Так		Ні	
	абс.	%	абс.	%
Поява головного болю при тривалому зоровому навантаженні	5 879	94,59 ± 0,29%	336	5,41 ± 0,29%
Звичка присуватися/підходити ближче, щоб роздивитися деталі зображення/предмету	5 733	92,24 ± 0,34%	482	7,76 ± 0,34%
Сповільнення читання і письма	4 479	72,07 ± 0,57%	1 736	27,93 ± 0,57%
Звичка терти очі руками	4 331	69,69 ± 0,58%	1 884	30,31 ± 0,58%
Сповільнення впізнавання літер, невпевненість рухів при малюванні	4 431	71,30 ± 0,57%	1 784	28,70 ± 0,57%
Звичка «горбитися» при малюванні/письмі, викривлення або порушення постави	4 316	69,44 ± 0,58%	1 899	30,56 ± 0,58%
Зниження успішності через неможливість чіткого копіювання з дошки	4 907	78,95 ± 0,52%	1 308	21,05 ± 0,52%

При відповіді на питання, чи схильні діти, які мають проблеми із зором до усамітнення, третина педагогів середньої школи (37,41 ± 0,61%) підтвердили, що зустрічалися з таким, хоча більша половина (58,50 ± 0,63%) респондентів, ніколи не помічали такого. Одночасно з цим, майже половина (43,17 ± 0,63%) відмітили, що помічали як діти «дражнять» та ображають однолітків, які мають порушення функцій зору (наприклад носять окуляри). При цьому, майже всі вчителі (95,98 ± 0,25%) заперечують думку про те, що діти з вадами зору мають зростати і навчатися окремо від однолітків, оскільки вважають це недоцільним.

40,82 ± 0,62% вчителів, при появі перших ознак запалення ока (почервоніння, гнійні виділення з очей) у школяра, не дозволяють йому відвідувати навчальний заклад, в той же час 50,20 ± 0,63% опитаних відмітили, що це більше медична проблема і виходить за межі компетенції вчителя, нею має опікуватися медичний персонал.

Переважає більшість освітян (92,29 ± 0,34%) не довіряють засобам народної медицини при появі проблем із зором у дітей. У випадку виявлення офтальмологічної патології більшість (96,35 ± 0,24%) довірили б нагляд за формуванням зору у дитини офтальмологу, зокрема дитячому, ще 10,22 ± 0,38% лікарю педіатру та 9,16 ± 0,37% сімейному лікарю.

71,70 ± 0,57% вчителів середньої школи відмітили, що потребують інформаційної підтримки з питань профілактики факторів ризику, виявлення ознак та симптомів офтальмологічної патології серед дітей шкільного віку. При цьому, джерелами інформації, яким віддають перевагу освітяни шкіл та ліцеїв залишаються: Інтернет (74,18 ± 0,56%) та періодичні видання (38,92 ± 0,62%); медичний персонал, зокрема сімейні лікарі (52,74 ± 0,63%), інші лікарі 35,21 ± 0,61% (табл. 4).

Майже всі (99,4 ± 0,10%) вчителі підтримують думку про доцільність регулярної перевірки зору в дитячому віці. Також більшість (97,38 ± 0,20%) опитаних підтримують необхідність запровадження державної профілактичної програми по збереженню зору з дитинства в Україні.

**Результати соціологічного опитування вчителів  
шкіл/ліцеїв щодо джерел інформації про охорону  
зору, профілактику і лікування хвороб очей**

Джерело інформації	Абс.	%
Від сімейного лікаря	3 278	52,74 ± 0,63%
Від інших лікарів	2 188	35,21 ± 0,61%
Від родичів та знайомих	974	15,67 ± 0,46%
Від колег по роботі	1 214	19,53 ± 0,50%
З періодичних видань (газет та журналів)	2 419	38,92 ± 0,62%
З Інтернету	4 610	74,18 ± 0,56%
Не цікавлюся	154	2,48 ± 0,20%

### ВИСНОВКИ

Отримані результати опитування 6 350 викладачів та вчителів середньої школи виявили їх недостатньо повну обізнаність з питань попередження порушення функцій зору серед школярів, недостатній рівень профілактичної роботи медичного персоналу в школах в поєднанні із готовністю освітян (90,46 ± 0,37% з яких впевнені, що працівник шкільної освіти повинен володіти знаннями про ознаки порушення зору у дітей) брати участь в профілактичних заходах (86,39 ± 0,43% знайомі з гігієнічними нормами зорового навантаження в дитячому віці, 94,92 ± 0,28% інформують дітей про небезпеку виникнення хвороб і травм ока, 94,16 ± 0,30% заохочують дітей до активних ігор на свіжому повітрі).

Майже половина (43,17 ± 0,63%) освітян засвідчили, що помічали як діти «дражнять» та ображають однолітків, які мають проблеми із зором (наприклад носять окуляри), третина (37,41 ± 0,61%) помічали, що діти з порушенням зору схильні до усамітнення.

Більшість (99,40 ± 0,10%) підтримують доцільність запровадження регулярної перевірки зору в дитячому віці, 97,38 ± 0,20% підтримують запровадження державної профілактичної програми по збереженню зору з дитинства



в Україні.  $71,7 \pm 0,57\%$  потребують інформаційної підтримки щодо виявлення ознак, симптомів цих захворювань та готові долучитися до вищенаведених профілактичних програм.

### **ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Виходячи із отриманих результатів дослідження перспективним для подальших наукових розробок стає

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Медико-соціальний моніторинг стану зору та факторів ризику його порушень у школярів : метод. Рекомендації / уклад. : С. О. Риков, Н. М. Орлова, А. О. Костецька; Нац. Мед. акад. Післядиплом. Освіти ім. П.Л. Шупика, Укр. Центр наук. Мед. інформації та патент.-ліценз. Роботи. – К., 2013. – 20 с.
2. Орлова Н. М. Стан офтальмологічного здоров'я школярів та організаційна технологія його медико-соціального моніторингу / Н. М. Орлова, А. О. Костецька // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1. – С. 7–12.
3. Офтальмологічна допомога в Україні за 2006-2011 роки : (аналіт.-статист. Довідник) / розроб. : Ю. В. Баринів, Т. А. Аліфанова, Н. А. Обухова, Л. В. Венгер, А. С. Гудзь, О. П. Вітовська, І. В. Шаргородська, О. М. Черемухіна, В. І. Шевченко, А. О. Костецька, Н. Г. Руденко, Г. Л. Степанюк, Г. В. Шпак, К. В. Коробов, Н. В. Некрасова. – К., 2012. – 183 с.
4. Сліпота та слабкозорість. Шляхи профілактики в Україні. СО Риков, ОП Вітовська, НА Обухова, СА Сук, ІВ Шаргородська. Навчальний посібник // За редакцію проф. Рикова С.О. – К.: ТОВ «Доктор-Медіа».2012. – 164 с.
5. Риков С.О., Медведовська Н.В., Збітнева С.В. Моніторинг регіональних особливостей поширеності хвороб ока та додаткового апарату серед населення України Східноєвроп. Журн. Громад. Здоров'я. – 2012. – Спец. Вип. – С. 95-96.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 26.11.2019 р.

### **Осведомленность учителей средней школы по проблеме нарушения зрительных функций среди учеников, готовность педагогов участвовать в мероприятиях по их предупреждению**

*Медведовская Н.В., Малышевская Е.М., Л.И. Денисюк, Яновская Н.М.*

Научно-координационное управление аппарата президиума НАМН Украины; Киевская городская клиническая офтальмологическая больница «Центр микрохирургии глаза»; Международный инновационный центр гармоничного развития человека

**Целью** исследования стало определение осведомленности учителей и преподавателей среднеобразовательных учебных заведений (школы, лицеи) по проблеме нарушения зрительных функций среди школьников с выявлением их готовности взять участие в профилактических мероприятиях.

**Материалами** исследования были результаты социологического опроса учителей школ и лицеев Украины. Использованы методы социологического исследования и медицинской статистики.

Полученные **результаты** выявили недостаточную осведомленность педагогов в вопросах предупреждения нарушений зрительных функций среди школьников, при их готовности взять участие в профилактических мероприятиях и высокой потребности учителей в информационной поддержке касательно современных профилактических технологий. Большинство опрошенных

выявили возможность привлечения учащихся средней школы до заходів міжгалузевих комплексних програм з попередження офтальмологічної патології серед дітей шкільного віку. Актуальним залишається також пошук ефективних шляхів інформаційної підтримки освітян з питань сучасних профілактичних технологій, факторів ризику формування порушень функцій зору у школярів з метою попередження формування стигми щодо дітей із вадами та порушеннями зору в їх середовищі.

поддержали мнение о целесообразности внедрения регулярной проверки зрения в детском возрасте, в том числе в рамках соответствующей государственной профилактической программы.

**Выводы.** Исследование показало высокий уровень готовности педагогов к участию в профилактических мероприятиях по предупреждению нарушений зрения среди школьников.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** учителя средней школы, нарушение зрительных функций, дети школьного возраста.

### **Awareness of secondary school teachers on the problem of visual impairment among students, the readiness of teachers to participate in measures to prevent them**

*Medvedovskaya N.V., Malyshevskaya E.M., Denisyuk L.I., Yanovskaya N.M.*

Scientific Coordination Department of the Ukraine National Academy of Sciences Presidium; Kiev City Clinical Ophthalmological Hospital «Eye Microsurgery Center»; International Innovation Center of Human Harmonious Development

The **purpose** of the study was to determine the awareness of teachers and teachers of secondary educational institutions (schools, lyceums) on the problem of visual impairment among schoolchildren with the identification of their readiness to take part in preventive measures.

The **materials** of the study were the results of a sociological survey of teachers of schools and lyceums of

---

Ukraine. Methods of sociological research and medical statistics were used.

The **results** revealed a lack of awareness among teachers in the prevention of visual disorders among schoolchildren, with their readiness to take part in preventive measures and the high need of teachers for information support regarding modern preventive technologies. Most of the respondents supported the view that it would be advisable to

introduce a regular check of vision in childhood, including within the framework of the corresponding state preventive program.

**Conclusions.** The study showed a high level of readiness of teachers to participate in preventive measures to prevent visual impairment among schoolchildren.

**KEY WORDS:** secondary school teachers, visual impairment, school-age children.

#### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Медведовська Наталія Володимирівна** – д.мед.н., проф., начальник науково-координаційного управління апарату президії НАМН України, 04112, м. Київ, вул. Герцена, 12; medvedovsky@ukr.net, (044)484-60-98.

**Малишевська Євгенія Михайлівна** – к.мед.н., старший науковий співробітник науково-координаційного управління апарату президії НАМН України, 04112, м. Київ, вул. Герцена, 12; mednauk@i.ua, (044)489-36-53.

**Денисюк Любов Ігорівна** – к.мед.н., головний лікар Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні «Центр мікрохірургії ока», 03680, м. Київ, проспект Любомира Гузара (Космонавта Комарова) 3; eye\_ec@health.kiev.ua, (044)408-29-88.

**Яновська Наталія Миколаївна** – к.мед.н., Президент міжнародного інноваційного центру Гармонійного розвитку людини, 04078, м. Київ, вул. Мінська, 22; pzinfo@ukr.net, (044) 599-58-32.

## Окремі питання на шляху до деінституалізації психіатричної допомоги пацієнтам з депресивними розладами

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

В роботі проведено оцінку стану питань готовності закладів охорони здоров'я загального профілю до надання психіатричної допомоги пацієнтам з депресивними розладами в умовах реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні. Шляхом контент-аналізу та структурно-логічного аналізу інформаційних джерел та нормативних і регулюючих актів центральних органів влади встановлено, що окремі вимоги до контрахтування загальносоматичних закладів НЗСУ на відповідні пакети медичної допомоги, які включають і спеціалізовані медичні послуги пацієнтам з депресивними розладами наразі є значимим бар'єром на шляху до деінституалізації психіатричної допомоги такої категорії пацієнтів.

**Ключові слова:** депресивні розлади, деінституалізація психіатричної допомоги, загальносоматичні лікарні.

### ВСТУП

Реформа галузі охорони здоров'я України, яка на сьогодні проходить другий етап, передбачає і реформування системи надання психіатричної допомоги населенню [1]. Світові тенденції реформування надання психіатричної допомоги, які реалізуються також і у східноєвропейських країнах, направлені на максимальну її деінституалізацію [2]. Загалом розглядається два основні напрямки реформування служб охорони психічного здоров'я: інтеграція із загальною медициною, тобто в психіатричних лікарнях скорочуються психіатричні ліжка (або лікарні взагалі закривають) і переміщуються до загальносоматичних стаціонарів та розвиток громадсько-орієнтованої психіатрії, тобто скорочуються психіатричні ліжка, а згодом психіатричні лікарні закривають, натомість відкриваються альтернативні служби психіатричної допомоги [3, 4]. Саме ці напрямки окреслено як шлях створення нової системи охорони психічного здоров'я населення в Україні [5]. Чинна адаптована клінічна настанова «Організація служб охорони психічного здоров'я» Державного експертного центру МОЗ України, зокрема, наголошує: «Всесвітня організація охорони здоров'я наполягає на тому, що психіатричну допомогу необхідно надавати в лікарнях загального профілю і районних лікувальних установах. Великі та централізовані психіатричні інституції мають бути замінені іншими більш відповідними службами охорони психічного здоров'я» [6].

**Мета роботи** – оцінити окремі питання готовності закладів охорони здоров'я загального профілю до надання психіатричної допомоги пацієнтам з депресивними розладами в умовах реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети було сформовано програму дослідження, де об'єктом дослідження визначено організацію надання психіатричної допомоги населенню в умовах закладів охорони здоров'я загального профілю, предметом дослідження – потенційна спроможність надання психіатричної допомоги пацієнтам з

депресивними розладами в загальносоматичних стаціонарах в умовах функціонування нової системи фінансування медичних послуг в країні. Матеріалами дослідження стали документи рекомендаційного характеру Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), нормативно-правові та медико-технологічні документи органів центральної влади України з питань організації та забезпечення надання психіатричної допомоги населенню України, документи регулятивного характеру Національної служби здоров'я України (НСЗУ) [7].

При проведенні дослідження було використано наступні методи: контент-аналізу, структурно-логічного аналізу та системного підходу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Наприкінці 2017 року було створено Національну службу здоров'я України — центральний орган виконавчої влади, який в інтересах пацієнта оплачуватиме надані медичні послуги (коштом державного бюджету в межах програми медичних гарантій) [8]. Тобто, послугу отримуватиме пацієнт, а платитиме медичній установі за неї держава. Вартість послуг визначатиметься на підставі єдиних національних базових тарифів і вимог до якості.

Згідно з планом реформи медичної допомоги на вторинному та третинному рівнях її надання із 1 квітня 2020 року одномоментно (без підготовчого етапу) відбулося припинення фінансування психіатричного ліжка і проведено перехід на фінансування психіатричної допомоги за надані медичні послуги згідно затверджених пакетів медичних послуг через НСЗУ. Так, НСЗУ було затверджено на 2020 рік два окремі пакети медичної допомоги за програмою медичних гарантій, який стосувався і питань надання медичної допомоги особам з психічними розладами: «Психіатрична допомога дорослим і дітям» та «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії». Питання надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з депресивними розладами включено до пакету «Психіатрична допомога дорослим і дітям», який в

специфікації медичних послуг передбачає: «1. Надання стаціонарної психіатричної допомоги при розладах психіки і поведінки, якщо надання психіатричної допомоги можливе тільки в умовах стаціонару та/або надання амбулаторної психіатричної допомоги при розладах психіки і поведінки відповідно до потреб пацієнтів.» [9].

Якщо розглянути питання надання психіатричної допомоги пацієнтам з депресивними розладами в загальносоматичних стаціонарах, то фінансування такої стаціонарної допомоги (як і амбулаторної) закладу охорони здоров'я загальної лікувальної мережі повинно здійснюватися за даним пакетом медичної допомоги НСЗУ. В самій специфікації медичних послуг за цим пакетом ніяких обмежень щодо надання послуг виключно спеціалізованими психіатричними закладами охорони здоров'я немає [9]. В той же час, при аналізі Умов закупівлі медичних послуг за напрямом «Психіатрична допомога дорослим та дітям» [10] звертають на себе увагу два пункти обов'язкових умов контрактування закладу охорони здоров'я за даним пакетом: «*Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців:* 1. Лікар-психіатр та/або лікар-психіатр дитячий (за умови надання допомоги дітям) – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи (не стосується медичного чергування)» та «*Вимоги до організації надання послуги:* .....2. Наявність палат для ізоляції пацієнтів з розладами психіки та поведінки, які перебувають в психомоторному збудженні».

Виконання першої вказаної вимоги Умов закупівлі медичних послуг за напрямом «Психіатрична допомога дорослим та дітям» щодо наявності лікарів-психіатрів в загальносоматичних закладах охорони здоров'я

вторинного і третинного рівня не повинна викликати труднощів у переважній більшості цих лікарень, адже штатні посади лікарів-психіатрів, зокрема районних психіатрів, наявні в більшості із них [11]. Зовсім інше склалась ситуація щодо спроможності виконання загальносоматичними закладами охорони здоров'я другої вказаної вимоги Умов закупівлі медичних послуг за напрямом «Психіатрична допомога дорослим та дітям». Переважна більшість районних та обласних загальносоматичних лікарень не мають в своїй структурі даних палат, забезпечених цілодобовим медичним постом.

## ВИСНОВКИ

Формально система охорони здоров'я України підтримує шлях до деінституалізації психіатричної допомоги пацієнтам з депресивними розладами. Але окремі вимоги до контрактування загальносоматичних закладів на відповідні пакети медичної допомоги, які включають і спеціалізовані медичні послуги пацієнтам з депресивними розладами наразі є значимим бар'єром на шляху до деінституалізації психіатричної допомоги такої категорії пацієнтів, зокрема переведення їх на медичне обслуговування до загально соматичних лікарень.

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на вивчення інституційної спроможності до впровадження інших компонентів де інституалізації психіатричної допомоги пацієнтам з депресивними розладами.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Від надання психіатричної допомоги до охорони психічного здоров'я нації / НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2015. №4(68). С.6-10. [Електронний ресурс] – Режим доступу: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2015/4\(68\)/1251716478.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2015/4(68)/1251716478.pdf)
2. Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., Фурсов Б. Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России / Социальная и клиническая психиатрия. 2012; №1 (22). С. 5-19.
3. Политика, планы и программы в области психического здоровья – обновленное издание (Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья) / ВОЗ. 2006; 120 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: [https://www.who.int/mental\\_health/policy/MH%20Policy,%20Plans%20and%20Programmes%20-%20updated%20version\\_ru.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/MH%20Policy,%20Plans%20and%20Programmes%20-%20updated%20version_ru.pdf)
4. Контекст психического здоровья (Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья) / ВОЗ. 2007; 64 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: [https://www.who.int/mental\\_health/Mental%20Health%20Context\\_rus.pdf](https://www.who.int/mental_health/Mental%20Health%20Context_rus.pdf)
5. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>.
6. Організація служб охорони психічного здоров'я: клінічна настанова, заснована на доказах. Державний експертний центр МОЗ України, Асоціація психіатрів України. 2017; 94 с.
7. Національна служба здоров'я України: офіційний сайт. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua>.
8. Про утворення Національної служби здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>.
9. Вимоги ПМГ 2020. Специфікації та умови закупівлі пакетів медичних послуг у 2020 році (погоджені Міністерством охорони здоров'я 21 січня 2020 року): 19.ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ ТА ДІТЯМ: Національна служба здоров'я України: офіційний сайт. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>.

---

10. Вимоги ПМГ 2020. Специфікації та умови закупівлі пакетів медичних послуг у 2020 році (погоджені Міністерством охорони здоров'я 21 січня 2020 року): 19.ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ ТА ДІТЯМ: Умови закупівлі медичних послуг. Національна служба здоров'я України: офіційний сайт. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>.

11. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2018-2019 роки. ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2019; 63 с.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 29.11.2019 р.

**Отдельные вопросы на пути к деинституализации психиатрической помощи пациентам с депрессивными расстройствами**

*Миронюк В.И.*

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

В работе проведена оценка состояния вопроса готовности учреждений здравоохранения общего профиля к оказанию психиатрической помощи пациентам с депрессивными расстройствами в условиях реформирования системы финансирования здравоохранения в Украине. Путем контент-анализа и структурно-логического анализа информационных источников и нормативных и регулирующих актов центральных органов власти установлено, что отдельные требования к контрактирования общесоматических учреждений НСЗУ на соответствующие пакеты медицинской помощи, включающие и специализированные медицинские услуги пациентам с депрессивными расстройствами в настоящее время является значимым барьером на пути к деинституализации психиатрической помощи такой категории пациенте.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** депрессивные расстройства, деинституализация психиатрической помощи, общесоматические больницы.

**Definite issues on the way to deinstitutionalization of psychiatric care for patients with depressive disorders**

*Myronyuk V.I.*

PI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

The assessment of the state of issues of readiness of general profile health care institutions to provide psychiatric care for patients with depressive disorders in the conditions of reforming the healthcare funding system in Ukraine is presented in this article. Through content analysis and structural-and-logical analysis of information sources and normative documents and regulations of central authorities, it was established that certain requirements for contracting general somatic health care institutions of NSHU for appropriate medical care packages, which include specialized medical services for patients with depressive disorders, are now a significant barrier to the deinstitutionalization of psychiatric care to this category of patients.

**KEY WORDS:** depressive disorders, deinstitutionalization of psychiatric care, general somatic hospitals.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Миронюк Вікторія Іванівна** – лікар-психіатр, аспірант кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3 м. Ужгород 88000. [viktoriaa.myroniuk1994@gmail.com](mailto:viktoriaa.myroniuk1994@gmail.com).

## До питання поширеності алкоголізму в Закарпатті

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

В статті наведено статистичні дані щодо поширеності алкоголізму серед населення Закарпатської області за 2006–2016 рр.

**Ключові слова:** Закарпатська область, населення, алкоголізм, поширеність.

### ВСТУП

У сучасних умовах суспільного розвитку з притаманними йому глобалізацією, швидкою урбанізацією, комерціалізацією, значною неконтрольованою мобільністю, агресивною рекламою алкоголю, збільшенням доступності алкогольних напоїв та наркотиків, населення багатьох країн світу стикається зі зростанням тягаря хвороб, пов'язаних із нездоровою поведінкою, перш за все через шкідливе вживання алкоголю [1, 2].

Алкоголь виступає провідним фактором ризику, посідаючи провідні місця за впливом на формування глобального тягаря хвороб у багатьох країнах [3]. За даними ВООЗ, шкідливе вживання алкоголю є причинним фактором понад 200 порушень здоров'я, пов'язаних із хворобами і травмами. Близько 5,1% загального глобального тягаря хвороб і травм обумовлено алкоголем за оцінками в показниках DALY. Дослідження «Глобальний тягар хвороб, травм і причин ризику» (2010 р.) [4] показало, що протягом 1990–2010 рр. втрата здорових років життя в результаті вживання алкоголю збільшилася на 32%. Споживання алкоголю призводить до смерті та інвалідності на більш ранніх стадіях життя людини [5]. Серед населення у віці 20–39 років приблизно 25% усіх випадків смерті пов'язані з алкоголем. Алкоголь – одна з провідних причин передчасної смертності чоловіків у віці 40–60 років, що обумовлює розрив у тривалості життя чоловіків і жінок. Існує причинно-наслідковий зв'язок між шкідливим вживанням алкоголю і цілим рядом психічних і поведінкових розладів, інших неінфекційних порушень здоров'я, а також травм [6–8].

**Мета роботи:** дослідити поширеність алкоголізму серед населення Закарпатської області.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за 2006-2016 рр. В ході дослідження використано статистичних метод.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На початку даного етапу дослідження було вивчено та проаналізовано статистичні дані щодо поширеності алкоголізму серед дорослого населення області. Аналізувалися показники поширеності алкоголізму з розрахунку на 100 тис. дорослого населення області в

цілому чи адміністративній території. Результати вивчення статистичних показників зареєстрованої поширеності алкоголізму серед дорослого населення в розрізі адміністративних територій наведено в табл. 1.

Аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на те, що показники поширеності алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області за роки дослідження мали хвилеподібний характер. Найвищі показники були зареєстровані в 2008 році – 1996,6 на 100 тис. дорослого населення області, а найнижчі – 1880,1 в 2016 році. Гранична різниця вказаних показників склала 1,06 разу. В цілому в області за період дослідження (2006–2016 рр.) показник поширеності алкоголізму серед дорослого населення скоротився на 1683,48 на 100 тис. населення (5,8%). Встановлена достовірна різниця зареєстрованого показника поширеності алкоголізму серед дорослого населення в розрізі адміністративних територій області: від 1392,8 на 100 тис. дорослого населення в Хустському районі до 3087,9 в Міжгірському районі. Гранична різниця становить 2,2 разів. Необхідно відмітити, що показники поширеності алкоголізму серед дорослого населення в Міжгірському районі є самими високими серед інших адміністративних територій області за весь період дослідження.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу показників поширеності алкоголізму серед жінок в розрізі адміністративних територій.

За результатами аналізу даних табл. 2 встановлено достовірні відмінності в показниках поширеності алкоголізму серед жінок Закарпатської області в розрізі адміністративних територій. По області, найнижчим був рівень поширеності алкогольної залежності серед жінок в 2006 році – 281,0 на 100 тис. населення, найвищим – 643,6 на 100 тис. населення в 2009 році. Гранична різниця вказаних показників склала 1,1 разу.

За середнім значенням за період з 2006 по 2016 роки, серед районів області, найвище значення поширеності встановлено у В.Березнянському районі – 944,7 на 100 тис. нас. при середньому по області 626,3 на 100 тис. нас.

Найнижче – у Хустському районі, 358,8 на 100 тис. населення. Гранична різниця показника складає 2,6 разів.

Крім цього, перевищення середньообласного показника поширеності алкогольної залежності серед жінок встановлено в Міжгірському – 854,2 на 100 тис. населення, Свалявському – 784,8, Перечинському – 750,9, Рахівському – 750,0, Берегівському районі – 661,5 та м. Ужгород – 633,6.

Таблиця 1

**Поширеність алкоголізму серед дорослого населення області,  
2006–2016 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє	Ранг
м. Ужгород	1599,1	1740,3	1705,7	1591,1	1574,1	1572,4	1607,0	1688,3	1693,8	1756,5	1819,7	1668,0	10
Берегівський	2741,2	2794,3	2790,1	2610,7	2358,9	1947,8	1785,4	1972,3	2013,6	1718,8	1637,8	2215,5	3
Виноградівський	1432,7	1488,3	1512,0	1510,9	1515,7	1537,4	1569,2	1586,1	1499,3	1478,6	1430,7	1505,5	13
Великобerezнянський	2323,8	2527,7	2730,9	2610,7	2630,7	2674,1	2671,3	2686,4	2638,8	2631,7	2701,0	2620,6	2
Воловецький	1539,8	1534,6	1573,6	1594,7	1555,2	1539,9	1462,2	1530,0	1507,8	1478,0	1482,7	1527,1	12
Іршавський	1652,6	1630,8	1591,5	1517,0	1494,8	1417,3	1437,3	1505,0	1566,5	1549,8	1576,4	1539,9	11
Міжгірський	2483,6	2615,5	2795,4	2828,4	2818,6	2939,0	2953,4	3034,4	3106,0	3104,8	3087,9	2887,9	1
Мукачівський	1871,2	1851,2	1799,0	1817,3	1876,4	1915,0	1835,5	1874,3	1872,8	1850,2	1673,5	1839,7	8
Перечинський	1728,7	1699,1	1733,3	1814,0	1983,5	2021,5	2067,0	2189,1	2170,5	2031,5	2107,7	1958,7	6
Рахівський	1962,8	1972,0	2022,7	2074,1	2079,6	2064,5	2055,1	2057,1	2047,6	2034,5	2031,7	2036,5	4
Свалявський	1906,6	1977,1	2053,2	2072,5	2016,6	1989,0	1983,2	2026,5	1987,9	1944,4	1966,2	1993,0	5
Тячівський	1811,2	1881,9	1880,1	1916,5	1932,9	1935,3	1927,9	1935,7	1924,6	1913,8	1912,9	1906,6	7
Ужгородський	2154,1	2251,5	2249,4	1940,5	1891,7	1642,8	1597,8	1518,8	1522,2	1533,9	1500,3	1800,3	9
Хустський	1412,5	1465,5	1515,9	1552,0	1543,8	1496,9	1506,2	1480,7	1416,1	1376,1	1392,8	1469,0	14
Середньообласний показник	1901,4	1959,3	1996,6	1960,7	1948,0	1906,6	1889,9	1934,6	1926,3	1885,9	1880,1	1926,3	

Таблиця 2

**Поширеність алкоголізму серед жінок, 2006–2016 рр. (на 100 тис. жіночого населення)**

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє	Ранг
м. Ужгород	608,2	637,3	637,2	619,2	612,0	610,1	631,1	648,3	642,5	644,7	679,1	633,6	7
Берегівський	713,2	742,5	752,5	902,5	693,8	605,8	547,4	647,4	682,4	502,1	487,0	661,5	6
Виноградівський	323,1	355,8	393,1	383,3	404,9	407,7	427,0	432,9	423,4	435,0	407,2	399,4	13
Великобerezнянський	843,4	971,0	1074,0	966,6	948,1	960,1	955,8	923,8	873,5	916,0	959,8	944,7	1
Воловецький	530,7	546,3	518,1	557,4	552,7	543,6	432,2	496,6	464,8	448,3	442,6	503,0	11
Іршавський	482,6	482,6	502,4	502,4	521,9	492,9	510,5	520,3	545,7	528,7	516,9	509,7	10
Міжгірський	663,6	752,6	864,1	847,9	858,4	849,3	850,4	882,5	928,6	947,4	951,4	854,2	2
Мукачівський	573,0	579,3	578,8	587,2	611,5	627,4	639,6	659,0	674,1	663,5	612,8	618,7	8
Перечинський	630,6	630,6	655,8	735,4	698,2	765,8	750,3	839,5	846,2	812,3	894,7	750,9	4
Рахівський	720,3	718,1	765,3	767,4	758,5	743,4	747,7	755,3	755,7	757,1	761,0	750,0	5
Свалявський	682,9	757,9	784,2	766,3	777,4	772,1	771,4	822,9	824,6	831,3	841,6	784,8	3
Тячівський	440,8	469,5	516,4	533,6	569,1	575,5	583,2	573,3	599,2	599,8	605,1	551,4	9
Ужгородський	553,8	569,0	554,2	478,6	474,8	422,7	412,8	337,2	366,8	373,8	384,2	448,0	12
Хустський	367,5	369,0	368,5	362,4	385,8	355,2	369,8	355,8	349,6	331,4	331,9	358,8	14
Середньообласний показник	581,0	613,0	640,3	643,6	633,4	623,7	616,4	635,3	641,2	627,9	633,9	626,3	

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня співвідношення поширеності алкоголізму серед чоловіків та жінок.

Аналіз отриманих даних вказує на те, що за роками дослідження співвідношення хворих на алкоголізм чоловіків та жінок за період дослідження складає 4 чоловіка до 1 жінки крім 2015 року, коли частка жінок була нижчою, а співвідношення чоловіків до жінок складало 5:1 та 2014 і 2016 років, коли дане співвідношення складало 3:1. Дане вказує на зростання частки хворих на алкоголізм жінок в загальній кількості хворих дорослих в області.

Далі вивчалось питання щодо поширеності алкоголізму серед дорослого сільського населення. Отримані дані наведено в табл. 3.

Аналіз наведених в табл. 3 даних дозволив встановити найвищий показник поширеності алкоголізму серед дорослого сільського населення в області в 2008 р. з рівнем 1485,9 на 100 тис. дорослого сільського населення та найнижчий – 1336,3 у 2016 році.

Відмічається достовірна різниця вказаного показника в розрізі адміністративних територій. В 2016 році найнижчий показник (963,2) було зареєстровано в Хустському районі, а найвищий – 2250,7 на 100 тис. дорослого сільського населення у В. Березнянському районі.

Далі вивчалось та аналізувалось питання щодо питомої ваги вперше виявлених випадків алкоголізму в загальній структурі поширеності алкоголізму серед дорослого сільського населення (табл. 4).

Таблиця 3

**Поширеність алкоголізму серед сільського населення, 2006–2016 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє	Ранг
Берегівський	2286,6	2350,7	2427,5	2245,8	2061,0	1743,0	1517,2	1686,2	1638,8	1429,4	1343,7	1884,5	2
Виноградівський	940,72	986,6	1056,2	1099,5	1089,5	1116,4	1144,9	1147,7	1053,0	1035,8	1004,8	1061,4	12
Великобerezнянський	1867,4	2036,8	2230,9	2196,2	2277,3	2331,0	2347,1	2251,5	2192,6	2195,6	2250,7	2197,9	1
Воловецький	1092,0	1097,4	1151,5	1184,2	1200,7	1172,0	1101,8	1142,1	1119,8	1104,3	1101,0	1133,3	11
Іршавський	1232,1	1199,9	1179,0	1127,7	1119,5	1077,8	1092,7	1150,3	1193,2	1170,5	1191,8	1157,7	10
Міжгірський	1444,9	1500,6	1678,6	1704,1	1713,4	1813,5	1862,2	1933,1	1998,1	1999,3	2001,3	1786,3	4
Мукачівський	1374,9	1337,8	1302,9	1329,9	1358,9	1445,2	1389,5	1401,1	1400,7	1390,6	1331,2	1369,3	7
Перечинський	1237,8	1253,9	1298,2	1404,0	1531,8	1559,5	1550,7	1633,1	1608,9	1533,6	1581,7	1472,1	5
Рахівський	1784,8	1768,4	1810,6	1860,0	1883,5	1846,7	1891,7	1867,9	1834,5	1829,6	1797,7	1834,1	3
Свалявський	1284,6	1324,8	1373,4	1405,8	1374,5	1342,6	1343,9	1344,1	1363,0	1347,4	1380,5	1353,1	8
Тячівський	1082,8	1140,4	1168,8	1194,8	1233,9	1250,7	1283,2	1364,9	1349,0	1396,1	1417,5	1262,0	9
Ужгородський	1676,7	1737,1	1737,6	1434,1	1414,8	1270,1	1258,1	1204,9	1222,2	1235,4	1204,9	1399,6	6
Хустський	832,2	236,8	901,0	909,8	904,1	891,2	901,94	953,42	953,03	942,88	963,2	853,6	13
Середньообласний показник	1395,2	1382,4	1485,9	1468,9	1474,1	1450,7	1437,3	1467,7	1455,9	1431,6	1336,3	1435,1	

Таблиця 4

**Питома вага вперше виявлених випадків алкоголізму в загальній структурі поширеності алкоголізму серед дорослого сільського населення, 2006–2016 рр. (%)**

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Берегівський	12,6	11,0	7,8	3,5	3,8	4,7	7,0	13,4	18,0	11,4	13,9
Виноградівський	12,3	10,4	11,5	9,7	8,7	7,4	8,0	7,1	11,5	9,8	7,1
Великобerezнянський	19,9	12,1	11,8	4,7	9,5	9,8	2,6	3,6	7,5	3,7	5,2
Воловецький	1,5	2,4	4,7	4,6	3,2	1,4	8,0	8,2	4,9	2,0	1,0
Іршавський	3,4	3,1	6,1	7,1	6,3	4,6	5,1	7,6	7,2	5,6	7,3
Міжгірський	11,9	10,3	16,3	6,7	9,2	10,5	6,9	10,3	9,5	6,0	6,1
Мукачівський	10,5	10,8	11,6	10,8	12,4	12,8	13,7	11,7	11,8	10,3	9,0
Перечинський	3,9	5,5	9,4	12,8	9,3	5,4	6,7	10,5	8,9	3,9	8,2
Рахівський	7,2	5,9	5,6	7,1	9,0	3,5	5,1	5,5	5,3	5,7	5,7
Свалявський	13,2	14,2	13,9	4,4	4,7	3,6	3,8	7,6	7,7	2,6	4,9
Тячівський	9,8	8,4	8,5	7,6	9,3	11,1	8,7	9,3	8,9	9,8	8,4
Ужгородський	7,2	8,2	10,0	8,2	9,1	7,7	9,8	9,3	9,1	9,1	9,7
Хустський	6,2	22,2	7,0	2,9	2,0	2,9	3,5	6,0	3,3	4,0	7,1
Середньообласний показник	9,2	9,0	9,3	7,1	7,8	7,4	7,4	8,7	9,0	7,4	7,7

Проведений аналіз наведених в табл. 4 даних вказує на те, що питома вага вперше виявлених випадків алкоголізму в загальній структурі поширеності алкоголізму серед сільського населення за роками дослідження складає до 10% щорічно. При цьому дана частка за роками дослідження істотно коливалась із 9,2% у 2006 році до 7,1 в 2009 році з наступним поступовим зростанням до 9,0 в 2014 році та зниженням до 7,7 в 2016 році.

### ВИСНОВКИ

Показники поширеності алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області за роки дослідження мали хвилеподібний характер. В цілому, в області за період дослідження (2006-2016 рр.) показник

поширеності алкоголізму серед дорослого населення скоротився на 1683,48 на 100 тис. населення (5,8%).

Встановлена достовірна різниця зареєстрованого показника поширеності алкоголізму серед дорослого населення в розрізі адміністративних територій області: від 1392,8 на 100 тис. дорослого населення в Хустському районі до 3087,9 в Міжгірському районі з граничною різницею у 2,2 рази. Показники поширеності алкоголізму серед дорослого населення в Міжгірському районі були самими високими серед інших адміністративних територій області за весь період дослідження.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з дослідженням медико-соціальних наслідків зловживання алкоголю.



---

## ЛІТЕРАТУРА

1. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2017 год (E/INCB/2017/1) Организация Объединенных Наций: Международный комитет по контролю над наркотиками, январь 2018 года. [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual\\_Report/R\\_2017\\_AR\\_ebook.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/R_2017_AR_ebook.pdf).
2. Медико-соціальні аспекти вживання алкоголю населенням та стратегії протидії / Т. С. Грузєва, В. А. Дуфинець, В. Б. Замкевич [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського. – Київ, 2016. – С. 118–127.
3. Болотников И. Ю. Развитие вредных привычек в зависимости от условий жизни и воспитания учащихся различных учебных заведений / И. Ю. Болотников // Современные проблемы науки и образования. – 2007. – № 3. – С. 24–37.
4. Институт по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья (Institute for Health Metrics and Evaluation), Сеть человеческого развития (Human Development Network), Всемирный банк (The World Bank). Глобальное бремя болезней (Global Burden of Disease): порождение доказательств направление политики – региональное издание для Европы и Центральной Азии. Seattle, WA: IHME, 2013 [http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2013/WB\\_EuropeCentralAsia/IHME\\_GBD\\_WorldBank\\_EuropeCentralAsia\\_FullReport\\_RUSSIAN.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_EuropeCentralAsia/IHME_GBD_WorldBank_EuropeCentralAsia_FullReport_RUSSIAN.pdf).
5. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и связанная с алкоголем смертность: популяционный уровень взаимосвязи // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 4. – С. 21-23.
6. Чепелевська Л.А. Медико-демографічна ситуація в Україні / Л.А.Чепелевська, О.П.Рудницький // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2015 рік. – Київ, 2016. – С.15-357.
7. World Health Organization. (2008). The global burden of disease : 2004 update. Geneva : World Health Organization. 146 p. <http://www.who.int/iris/handle/10665/43942>.
8. Животовська Л. В. Особливості психосоціальної дезадаптації осіб з алкогольною залежністю / Л. В. Животовська, Г. Т. Сонник // Таврический журнал психиатрии. – 2010. – № 1 (14). – С. 23–28.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 13.12.2019 р.

### ***К вопросу о распространенности алкоголизма в Закарпатье***

*Орос В.Ю.*  
Ужгородский национальный университет

В статье приведены статистические данные о распространенности алкоголизма среди населения Закарпатской области за 2006-2016 гг.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Закарпатская область, население, алкоголизм, распространенность.

### ***To the issue of the prevalence of alcoholism in Transcarpathian region***

*Oros V. Yu.*  
Uzhhorod National University

The article provides statistics on the prevalence of alcoholism among the population of Transcarpathian region for the years 2006-2016.

**KEY WORDS:** Transcarpathian region, population, alcoholism, prevalence.

## **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Орос Василь Юрійович** – магістр громадського здоров'я Ужгородського національного університету; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна. [vasoros1967@gmail.com](mailto:vasoros1967@gmail.com).

## **Епідеміологія кишкових інфекційних хвороб серед дорослого населення Закарпатської області**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна**

*В статті наведено показники захворюваності дорослого населення Закарпатської області на кишкові інфекції.*

**Ключові слова:** Закарпатська область, доросле населення, кишкові інфекції, захворюваність.

### **ВСТУП**

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) – є одними із найважливіших проблем охорони здоров'я і займають друге місце у структурі захворюваності після гострих респіраторних вірусних інфекцій [1]. Згідно термінології ВООЗ, ГКІ – це діарейні захворювання, що об'єднують понад 30 нозологій бактеріальної, вірусної або протозойної етіології, основним симптомом яких є гостра діарея. Вони можуть не тільки призвести до розвитку у частини хворих тяжкого стану, але і створюють безпосередню загрозу життю пацієнта. Щорічно у світі від ГКІ помирає 5–10 млн осіб [2]. У різних країнах етіологічна структура кишкових інфекцій може суттєво відрізнитися. Однак, доведено, що на сучасному етапі більшість діарейних захворювань викликаються умовно патогенними мікроорганізмами (УПМ) родини Enterobacteriaceae [3–5]. Найбільш часто збудниками виступають *Pr. mirabilis*, *Pr. vulgaris*, *K. pneumoniae*, *E. cloacae*, *E. aerogenes*, *Citr. freundii*, *Ser. marcenscens* та ін. [6, 7]. Тобто, спостерігається еволюція збудників ГКІ у напрямку від домінування високовірулентних до низьковірулентних агентів [8]. УПМ широко розповсюджені у навколишньому середовищі, є резидентними представниками нормальної мікрофлори людини, мають високу екологічну пластичність [3]. Дослідники вважають, що в сучасних умовах однією з причин підвищення ролі УПМ у патології людини є зміна їх біологічних властивостей [7, 9]. У економічно розвинутих країнах на бактеріальну етіологію гострих інфекційних діарей припадає 15-20% верифікованих випадків захворювань, в той час як на вірусну – 75–80%. Група

вірусів, етіологічна роль яких у виникненні діарейних захворювань людини доведена, невелика. До них відносять норо- і саповіруси з родини Caliciviridae, рота-, астро-, кишкові аденовіруси. Найбільш значущими збудниками епідемічної захворюваності у дорослих є норовіруси, у дітей – ротавіруси. Астровіруси – етіологічні агенти неважких діарей, однак можуть викликати як спорадичні випадки кишкових інфекцій, так і спалахи захворювань [10, 11].

**Мета роботи:** дослідити та проаналізувати рівні захворюваності дорослого населення Закарпатської області в розрізі адміністративних територій на ентерити, коліти, гастроентерити, харчові токсикоінфекції які викликані іншими встановленими збудниками.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

В ході дослідження використано статистичний метод дослідження. Матеріалами дослідження стали статистичні дані Закарпатського обласного лабораторного центру за період 2017–2019 рр.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Отримані в ході дослідження рівні захворюваності дорослого населення Закарпатської області в розрізі адміністративних територій на ентерити, коліти, гастроентерити, харчові токсикоінфекції які викликані іншими встановленими збудниками наведені в таблиці.

*Таблиця*

**Рівні захворюваності дорослого населення Закарпатської області  
на ентерити, коліти, гастроентерити, харчові токсикоінфекції, які викликані  
іншими встановленими збудниками, 2017–2019 рр. (на 100 тис. дорослого населення)**

Адміністративна територія	2017	2018	2019	2019 до 2017
Місто				
Ужгород	154,05	131,51	108,51	-45,54
Мукачево	35,98	18,60	31,68	-4,3
Район				
Ужгородський	108,46	102,24	84,41	-24,05
Перечинський	87,68	46,98	58,99	-28,69
Великобerezнянський	60,30	82,74	86,39	+26,09
Свалявський	63,96	54,89	61,08	-2,88
Воловецький	82,18	28,81	12,33	-69,85

Мукачівський	22,77	21,80	15,94	-6,83
Беріговський	34,50	14,61	24,18	-10,32
Іршавський	25,91	9,97	9,94	-15,97
Виноградівський	37,15	22,30	32,16	-4,99
Хустський	6,28	10,21	9,42	+3,14
Міжгірський	45,82	39,62	12,61	-33,21
Тячівський	26,22	6,27	15,42	-10,80
Рахівський	2,16	1,08	-	-2,16
Середньообласний показник	46,92	34,64	33,70	-13,22

Проведений аналіз наведених в таблиці даних вказує на те, що за період дослідження (2017–2019 рр.) рівні захворюваності дорослого населення Закарпатської області на ентерити, коліти, гастроентерити, харчові токсикоінфекції які викликані іншими встановленими збудниками скоротилися на 13,22 на 100 тис. дорослого населення і склали 33,70.

В 2017 році найвищі показники були зареєстровані в м. Ужгород (154,05) та Ужгородському районі (108,98), а найнижчі в Рахівському районі (2,16). Гранична різниця показника становила 71,32 рази.

В 2019 році найвищі показники були зареєстровані в м. Ужгород (108,51) та Ужгородському районі (84,41), а найнижчі в Хустському районі (9,42) при відсутності зареєстрованих випадків захворювань в Рахівському районі. Гранична різниця показника становила 11,52 рази.

В динаміці років дослідження на всіх адміністративних територіях області крім Великоберезнянського та Хустського районів зареєстровано зменшення вказаного показника. На території Великоберезнянського та Хустського районів зареєстровано зростання вказаного показника.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Андрейчин М.А. Бактериальные диареи / М.А. Андрейчин, О.Л. Ивахив. – К.: Здоров'я, 1998. – 412 с.
2. Малый В.П. Общая характеристика острых кишечных инфекций / В.П. Малый // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2010. – №7 (36). – С. 14-32.
3. Возианова Ж.И. Диареогенные кишечные палочки / Ж.И. Возианова // Сучасні інфекції. – 2008. – №3. – С.4-9.
4. Полов'ян К.С. Гострі кишкові інфекції, викликані умовно патогенною мікрофлорою: перспективи досліджень / К.С. Полов'ян, М.Д. Чемич // Сучасні інфекції. – 2010. – № 2. – С. 91-100.
5. Онищенко Г.Г. Эпидемиологическая обстановка в Российской Федерации и основные направления деятельности по ее стабилизации / Г.Г. Онищенко // Материалы к докладу на VIII Всероссийском съезде эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. Москва 26-28 марта 2002 г. – М.: Минздрав РФ. – 2002. – С. 50.
6. Покровский В.И. Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней: Частная эпидемиология / В. И. Покровский, Б. Л. Черкасский. – М.: Медицина. – 1993. – Т.2. – С. 78-85.
7. Анганова Е.В. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями и биологические свойства их возбудителей на различных территориях Восточно-Сибирского региона / Е.В. Анганова, Е.Д. Савилов, А.М. Мамонтова // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. Экологические факторы и инфекционная заболеваемость. – 2005. – №8 (46). – С.168-172.
8. Бондаренко В.М. Идеи И.И. Мечникова и современная микробиология кишечника человека / В.М. Бондаренко, В.Г. Лиходед // Журнал микробиологии. – 2008. – №5. – С. 23-29.
9. Возможности адаптации условно-патогенных энтеробактерий к различным температурам / Ю.А. Марков, Л.А. Беловеж, М.Ю. Баров [и др.] // Журнал микробиологии. – 2009. – №2. – С. 15-19.
10. Острые кишечные инфекции вирусной этиологии у взрослых / О.И. Сагалова, Н.Т. Подколзин, Н.Ю. Абрамова [и др.] // Терапевтический архив – 2006. – №11. – С. 17-23.
11. Подколзин А.Т. Сезонность и возрастная структура заболеваемости острыми кишечными инфекциями на территории РФ / А.Т. Подколзин, Е.Б. Возенко, Н.Ю. Абрамычева // Терапевтический архив: Научно-практический журнал. – 2007. – Том 79, №11. – С. 10-16.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 28.11.2019 р.

---

**Эпидемиология кишечных инфекционных заболеваний среди взрослого населения Закарпатской области**

*Піпаш Т.В.*

Ужгородский национальный университет

В статье приведены показатели заболеваемости взрослого населения Закарпатской области кишечными инфекциями.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Закарпатская область, взрослое население, кишечные инфекции, заболеваемость.

***Epidemiology of intestinal infectious diseases among the adult population of Transcarpathian region***

*Pipash T.V.*

Uzhhorod National University

The incidence of intestinal infections among adult population of Transcarpathian region is presented in the article.

**KEY WORDS:** Transcarpathian region, adult population, intestinal infections, incidence.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Піпаш Тамара Василівна** – магістр громадського здоров'я Ужгородського національного університету; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна. virus.labcentr@gmail.com.

## Розвиток первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

В статті наведено дані про розвиток системи первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області за період 2015-2019 років. Показано, що розвиток системи первинної медико-санітарної допомоги в області в ході реформування системи охорони здоров'я є пріоритетним.

**Ключові слова:** Закарпатська область, первинна медико-санітарна допомога, розвиток, показники.

### ВСТУП

В Україні, за час проведення комплексного реформування сфери охорони здоров'я [1,2], пріоритетним напрямком реформи є розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини [3]. При цьому законодавчо визначено, що населення має право вільного вибору лікаря загальної практики-сімейного [4], а лікар загальної практики-сімейних лікар, будучи лікарем першого контакту населення із системою охорони здоров'я має визначати медичний маршрут пацієнта [5]. При цьому Міністерство охорони здоров'я України затвердило свої наказом Порядок надання медичної допомоги сімейними лікарями [6].

**Мета роботи:** дослідити та проаналізувати стан розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В ході дослідження використано статистичний метод та метод структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності в Закарпатській області за 2015-2019 роки.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В ході проведено дослідження було встановлено, що в області проведено юридичне та фінансове розмежування закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги із створенням 21 Центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПСД). При цьому на території Тячівського району створено 3 ЦПСД, на території Перечинського, Свалявського, Ужгородського району по 2 ЦПСД, а на решті адміністративних територій по одному центру.

Наступним кроком дослідження було дослідження мережі сімейних амбулаторій в розрізі адміністративних територій області. Отримані дані наведено в табл. 1.

Наведені в табл. 1 дані вказують на те, що в складі ЦПСД функціонує 307 сімейних амбулаторій в тому числі 49 (16,0%) в містах та 258 (84,0%) в сільській місцевості. Кількість сімейних амбулаторій в розрізі адміністративних

територій має достовірні відмінності. Що пов'язано із кількістю населених пунктів та населення, яке там проживає.

Для забезпечення сільського населення медичною долікарською допомогою в області функціонує 258 фельдшерсько-акушерських пунктів кількість яких залежить від кількості сільських населених пунктів та населення яке там проживає.

Забезпечення надання доступної та ефективної первинної медичної допомоги залежить від забезпечення населення посадами та лікарями первинної медичної допомоги. Тому наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу динаміки забезпечення населення Закарпатської області, в розрізі адміністративних територій, штатними посадами лікарів загальної та рівнем їх укомплектованості. Отримані результати наведені в табл. 2.

Аналіз наведених в табл. 2 даних вказує на те, що період 2015-2019 рр кількість штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів збільшилася в області на 107,25 і склала 760,5. При цьому в Виноградівському районі збільшилася на 37,25 і склала 73,75, а в Мукачівському районі зменшилася на 40,5 і склала 38,75.

Забезпеченість посадами лікарів загальної практики-сімейних лікарів в розрахунку на 10 тис. населення за період дослідження в області збільшилася на 0,9 і склала 6,1. В розрізі адміністративних територій коливання даного показника становить від 2,3 в м. Чоп до 7,9 в Ужгородському районі. Різниця становить 3,43 рази.

Наступним кроком дослідження було вивчення динаміки укомплектованості фізичними особами штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів в розрізі адміністративних територій області за період 2015-2019 рр. Отримані результати наведено в табл. 3.

Аналіз наведених в табл. 3 даних вказує на те, що за період дослідження рівень укомплектованості фізичними особами штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів має тенденцію до скорочення: від 9,4% в 2015 році до 87,0% в 2019 році – на 2,4%.

Проведений аналіз показав, що найнижчий рівень укомплектованості штатних посад лікарів-загальної практики-сімейних лікарів зареєстровано в Свалявському (70,6%) та Виноградівському (71,9%) районах при повній укомплектованості вказаних штатних посад в містах Мукачево та Чоп.

Таблиця 1

## Структура амбулаторій в розрізі адміністративних територій області станом на 31 грудня 2019 року

Адміністративна територія	Всього	В містах		В сільській місцевості		ФАПи
		абс.	%	абс.	%	
м. Мукачево	10	10	100	-	-	
м. Чоп	1	1	100	-	-	
м. Ужгород	8	8	100	-	-	
Берегівський район	24	3	12,5	21	87,5	18
Великобerezнянський район	9	1	11,1	8	88,9	24
Виноградівський район	35	4	11,4	31	88,6	16
Воловецький район	6	2	33,3	4	66,7	23
Іршавський район	30	1	3,3	29	96,7	13
Міжгірський район	17	1	5,9	16	94,1	20
Мукачівський район	27	2	7,4	25	92,6	45
Перечинський район	9	1	11,1	8	88,9	13
Рахівський район	25	4	16	21	84	8
Свалявський район	14	1	7,1	13	92,9	11
Тячівський район	36	6	16,7	30	83,3	23
Ужгородський район	29	2	6,9	27	93,1	28
Хустський район	27	2	7,4	25	92,6	16
<b>Закарпатська область</b>	<b>307</b>	<b>49</b>	<b>16,0</b>	<b>258</b>	<b>84,0</b>	<b>258</b>

Таблиця 2

## Динаміка штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів та забезпеченості ними населення, 2015-2019 рр.

Адміністративна територія	Кількість штатних посад ЛЗП-СЛ						Забезпеченість штатними посадами на 10 тис. населення					
	2015	2016	2017	2018	2019	2019 до 2015	2015	2016	2017	2018	2019	2019 до 2015
м. Мукачево	-	60,00	63,00	58,00	58,00	58,00	-	7,0	7,4	6,8	6,8	6,8
м. Чоп	-	-	2,50	2,50	2,00	2,00	-	0,0	2,8	2,8	2,3	2,3
м. Ужгород	72,75	78,50	80,50	82,50	75,50	3,25	6,4	6,9	7,2	7,3	6,7	0,3
<b>Райони області</b>												
Берегівський	40,75	42,50	40,75	40,75	39,50	-1,25	5,4	5,6	5,4	5,5	5,3	0,0
Великобerezнянський	17,00	17,00	16,50	15,50	16,50	-0,50	6,3	6,3	6,2	5,8	6,2	-0,1
Виноградівський	36,50	36,50	39,50	73,75	73,75	37,25	3,0	3,0	3,3	6,1	6,1	3,1
Воловецький	17,75	18,50	18,50	17,50	13,25	-4,50	7,3	7,6	7,6	7,2	5,5	-1,8
Іршавський	55,25	57,25	55,25	55,75	57,00	1,75	5,5	5,7	5,5	5,5	5,7	0,1
Міжгірський	34,00	35,00	34,50	36,00	36,00	2,00	7,1	7,3	7,2	7,6	7,6	0,5
Мукачівський	79,25	43,75	46,00	39,75	38,75	-40,50	4,2	4,3	4,6	4,0	3,9	-0,4
Перечинський	22,75	22,75	22,25	19,00	19,00	-3,75	7,1	7,1	6,9	5,9	5,9	-1,2
Рахівський	63,00	62,00	64,00	65,00	55,25	-7,75	6,8	6,7	6,9	7,0	5,9	-0,9
Свалявський	20,00	19,00	21,00	22,25	21,25	1,25	3,7	3,5	3,9	4,1	3,9	0,2
Тячівський	92,00	92,00	92,50	121,50	121,50	29,50	5,3	5,3	5,3	6,9	6,9	1,7
Ужгородський	57,25	56,25	54,25	54,75	56,75	-0,50	7,2	7,1	7,6	7,6	7,9	0,7
Хустський	45,00	72,00	77,00	77,25	76,50	31,50	3,5	5,7	6,0	6,1	6,0	2,5
<b>Закарпатська область</b>	<b>653,25</b>	<b>713,00</b>	<b>728,00</b>	<b>781,75</b>	<b>760,50</b>	<b>107,25</b>	<b>5,2</b>	<b>5,7</b>	<b>5,8</b>	<b>6,2</b>	<b>6,1</b>	<b>0,9</b>

Таблиця 3

## Укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів фізичними особами

Адміністративна територія	Укомплектованість штатних посад фізичними особами					
	2015	2016	2017	2018	2019	2019 до 2015
м. Мукачево	-	100,0	90,5	100,0	100,0	100,0
м. Чоп	-	-	40,0	80,0	100,0	100,0

м.Ужгород	99,0	100,6	96,9	92,1	99,3	0,3
<b>Райони області</b>						
Берегівський	66,3	63,5	63,8	61,3	60,8	-5,5
Великобerezнянський	94,1	94,1	90,9	96,8	97,0	2,9
Виноградівський	65,8	71,2	65,8	75,9	71,9	6,1
Воловецький	84,5	81,1	70,3	74,3	90,6	6,1
Іршавський	97,7	96,1	97,7	93,3	98,2	0,5
Міжгірський	91,2	97,1	95,7	91,7	91,7	0,5
Мукачівський	94,6	89,1	84,8	95,6	92,9	-1,7
Перечинський	79,1	83,5	80,9	94,7	89,5	10,4
Рахівський	87,3	82,3	81,3	78,5	86,9	-0,4
Свалявський	80,0	89,5	81,0	76,4	70,6	-9,4
Тячівський	94,6	93,5	90,8	83,1	84,8	-9,8
Ужгородський	85,6	83,6	77,4	78,5	79,3	-6,3
Хустський	100,0	91,7	84,4	86,7	90,2	-9,8
<b>Закарпатська область</b>	<b>89,4</b>	<b>89,3</b>	<b>85,2</b>	<b>85,1</b>	<b>87,0</b>	<b>-2,4</b>

Наступним кроком дослідження стало вивчення та проведення аналізу динаміки штатних посад сімейних медичних сестер та забезпеченості нами населення за період 2015-2019 рр. Отримані результати наведено в табл. 4.

Аналіз наведених в табл. 4 даних вказує на те, що за період 2015-2019 рр. в Закарпатській області кількість посад сімейних медичних сестер збільшилася на 119,45 і склала 1542,25. Співвідношення посад лікарів загальної практики і сімейних медичних сестер становить 1:2,03 при

нормативі 1,2. Найбільша кількість посад сімейних медичних сестер була введена в 2018 році – 1615,25.

Забезпеченість вказаними посадами в розрахунку на 10 тис. населення зростає і склала 12,3 з граничними коливаннями показника в розрізі адміністративних територій області в 3,39 разів: від 5,1 в м. Чоп до 17,3 в Міжгірському районі.

Далі вивчався рівень укомплектованості посад сімейних медичних сестер фізичними особами в динаміці 2015-2019 років. Отримані результати наведено в табл. 5.

Таблиця 4

**Динаміка штатних посад сімейних медичних сестер та забезпеченості нами населення, 2015-2019 рр.**

Адміністративна територія	Кількість штатних посад						Забезпеченість штатними посадами на 10 тис. населення					
	2015	2016	2017	2018	2019	2019 до 2015	2015	2016	2017	2018	2019	2019 до 2015
м. Мукачево	-	114,0	116,00	97,00	89,00	89,0	-	13,3	13,6	11,4	10,4	10,4
м. Чоп	-	-	5,00	4,00	4,50	4,5	-	-	5,6	4,5	5,1	5,1
м. Ужгород	99,3	114,5	114,50	117,00	66,00	-33,3	8,7	10,1	10,2	10,4	5,8	-2,9
<b>Райони області</b>												
Берегівський	55,5	55,5	56,50	72,50	92,50	37,0	7,3	7,4	7,6	9,7	12,5	5,2
Великобerezнянський	27,0	27,0	27,00	29,50	29,50	2,5	10,1	10,1	10,1	11,1	11,1	1,1
Виноградівський	185,3	192,3	194,75	203,25	203,25	18,0	15,3	15,9	16,1	16,8	16,8	1,4
Воловецький	27,3	35,5	35,50	35,50	30,50	3,3	11,1	14,5	14,5	14,6	12,7	1,5
Іршавський	164,3	173,5	174,25	179,25	171,50	7,3	16,4	17,3	17,3	17,8	17,0	0,6
Міжгірський	67,8	72,5	72,50	82,00	82,00	14,3	14,1	15,2	15,2	17,2	17,3	3,2
Мукачівський	109,5	70,0	71,50	55,00	55,50	-54,0	5,9	6,9	7,1	5,5	5,6	-0,3
Перечинський	41,5	41,5	41,50	26,50	25,00	-16,5	12,9	12,9	12,9	8,2	7,8	-5,2
Рахівський	127,5	127,5	127,50	127,50	112,00	-15,5	13,8	13,8	13,7	13,7	12,0	-1,7
Свалявський	55,8	55,8	53,25	57,25	57,25	1,5	10,3	10,3	9,9	10,6	10,6	0,3
Тячівський	212,0	212,5	214,50	263,50	261,00	49,0	12,1	12,1	12,3	15,0	14,9	2,8
Ужгородський	85,5	84,5	82,00	89,00	88,25	2,8	10,8	10,6	11,5	12,4	12,3	1,5
Хустський	164,8	167,3	167,25	176,50	174,50	9,8	12,9	13,1	13,1	13,9	13,7	0,8
<b>Закарпатська область</b>	<b>1422,8</b>	<b>1543,8</b>	<b>1 553,50</b>	<b>1 615,25</b>	<b>1 542,25</b>	<b>119,45</b>	<b>11,3</b>	<b>12,3</b>	<b>12,4</b>	<b>12,9</b>	<b>12,3</b>	<b>1,0</b>

**Укомплектованість штатних посад сімейних медичних сестер фізичними особами**

Адміністративна територія	Укомплектованість штатних посад фізичними особами					
	2015	2016	2017	2018	2019	2019 до 2015
м. Мукачево	-	97,4	93,1	100,0	100,0	100,0
м. Чоп	-	-	80,0	100,0	88,9	88,9
м. Ужгород	97,7	96,9	92,6	88,0	100,0	2,3
<b>Райони області</b>						
Берегівський	99,1	93,7	88,5	78,6	84,3	-14,8
Великобerezнянський	103,7	100,0	100,0	94,9	94,9	-8,8
Виноградівський	96,6	92,6	92,4	88,6	81,7	-15,0
Воловецький	110,1	109,9	107,0	93,0	98,4	-11,7
Іршавський	112,0	111,2	111,3	115,5	114,3	2,3
Міжгірський	126,9	126,9	126,9	122,0	122,0	-5,0
Мукачівський	95,9	94,3	100,7	107,3	99,1	3,2
Перечинський	94,0	89,2	91,6	98,1	92,0	-2,0
Рахівський	100,4	98,8	97,3	87,8	92,0	-8,4
Свалявський	130,9	130,9	127,7	113,5	106,6	-24,4
Тячівський	105,7	105,4	105,4	106,6	97,7	-8,0
Ужгородський	85,4	81,7	81,7	74,2	78,2	-7,2
Хустський	116,5	114,8	111,8	105,4	104,3	-12,2
<b>Закарпатська область</b>	<b>104,9</b>	<b>103,0</b>	<b>101,8</b>	<b>99,3</b>	<b>97,6</b>	<b>-7,4</b>

Аналіз наведених в табл. 5 даних вказує на те, що рівень укомплектованості фізичними особами штатних посад сімейних медичних сестер за роки дослідження (2015-2019 рр) має тенденцію до скорочення і в 2019 в цілому в системі первинної медичної допомоги в області становить 97,6%. З найнижчим показником в Ужгородському районі – 78,2%. Зазначений в таблиці показник укомплектованості штатних посад фізичними особами вказує на те, що на певних адміністративних територіях сімейні медичні сестри працюють не на повну ставку, що призводить до нераціонального використання середніх медичних кадрів.

**ВИСНОВКИ**

Проведений аналіз показав, що розвиток первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області є пріоритетним в ході реформування системи надання медичної допомоги населенню. На дане вказує юридичне розмежування закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги з розвинутою мережею сімейних амбулаторій. Крім того в області за роки дослідження зареєстровано зростання рівня забезпеченості населення штатними посадами лікарів загальної практики-сімейних лікарів та сімейних медичних сестер з високим показником їх укомплектованості фізичними особами.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з дослідженням спроможності первинної медико-санітарної допомоги надавати дитячому населенню профілактичної стоматологічної допомоги.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років / Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні, 2015. – 41 с. – [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://healthsag.org.ua/strategiya/> – Назва з екрану.

2. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення. – Київ, 2014. – 207 с.

3. Слабкий Г.О. Розвиток мережі закладів охорони здоров'я загальної лікарської практики – сімейної медицини/ Розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини. Київ, 2018.- С. 104-108.

4. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 зареєстровано в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 р. за № 347/31799 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text> – Назва з екрану.

5. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях / Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда



---

та інш. – К. : МОЗ України; НМАПО ім. П. Л. Шупика, УІСД, Дніпропетровська ДМА, Запорізька МАПО, Чернівецьке УОЗ, 2011. – 43 с.

6. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi> – Назва з екрану.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 20.12.2019 р.

**Развитие первичной медико-санитарной помощи в Закарпатской области**

*Пишковци А-М.М., Слабкий Г.А.*  
Ужгородский национальный университет

В статье приведены данные о развитии системы первичной медико-санитарной помощи в Закарпатской области за период 2015-2019 годов. Показано, что развитие системы первичной медико-санитарной помощи в области в ходе реформирования системы здравоохранения является приоритетным.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Закарпатская область, первичная медико-санитарная помощь, развитие, показатели.

**Development of primary medical care in Transcarpathian region**

*Pishkovtsi A-M.M., Slabkiy G.O.*  
Uzhhorod National University

The article provides data on the development of the system of primary medical care in Transcarpathian region for the period 2015-2019. It is shown that the development of the system of primary medical care in the region is a priority in the course of health care system reforming.

**KEY WORDS:** Transcarpathian region, primary medical care, development, indicators.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Пишковці Анна-Марія Михайлівна** – викладач кафедри громадського здоров'я та гуманітарних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна. [annamariaremez@gmail.com](mailto:annamariaremez@gmail.com).

**Слабкий Геннадій Олексійович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна. [gennadiy.slabkiy@uzhnu.edu.ua](mailto:gennadiy.slabkiy@uzhnu.edu.ua).

## **Щодо викладання магістрам громадського здоров'я дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні»**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна**

*В статті наведено методичні основи викладання здобувачам освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» в ДВНЗ «Ужгородський національний університет» дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні».*

**Ключові слова:** громадське здоров'я, магістри, підготовка, навчальна дисципліна «Організація охорони здоров'я в Україні», викладання.

### **ВСТУП**

В 2016 році в Україні, базуючись на міжнародних документах, започатковано систему громадського здоров'я [1,2]. Так, Розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р схвалено «Концепцію розвитку системи громадського здоров'я», яка визначає «систему громадського здоров'я» [3] як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, запобігання захворюванням, продовження активного та працездатного віку й заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства. Необхідно зазначити, що у Концепції належна увага приділена питанням розвитку кадрових ресурсів системи громадського здоров'я в країні. Далі КМУ постановою від 1 лютого 2017 р. № 53 затверджено нову спеціальність – громадське здоров'я [4]. В 2018 році в Україні затверджено національний стандарт вищої освіти з підготовки магістрів за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» [5] та у 2019 році здійснено перший набір на навчання студентів за магістерськими освітніми програмами спеціальності «Громадське здоров'я». Треба зазначити, що в Україні відсутній досвід розробки освітніх програм підготовки магістрів громадського здоров'я, що потребує постійної роботи з їх удосконалення. Необхідність перегляду та удосконалення програм підготовки магістрів громадського здоров'я пов'язана і з прийняттям Асоціацією шкіл охорони громадського здоров'я в Європейському регіоні (ASPHER) та Агентством з акредитації у сфері громадського здоров'я списку компетенцій, заснованих на європейському досвіді, рекомендованих європейськими школами громадської охорони здоров'я, представниками європейських міністерств охорони здоров'я і представниками охорони громадського здоров'я [6]. Для здійснення такої діяльності необхідно провести глибокий аналіз існуючих програм та їх складових. Це і визначило актуальність даного дослідження.

**Мета роботи:** проаналізувати методичні підходи до викладання здобувачам освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні» в ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

В ході виконання роботи використано наступні методи: бібліосемантичний та структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження стали: Освітньо-наукова програма «Громадське здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» ДВНЗ «Ужгородський національний університет» [7] та Робоча програма з відповідним методичним забезпеченням обов'язкової компоненти освітнього процесу «Організація охорони здоров'я в Україні».

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Навчальна дисципліна «Організація охорони здоров'я в Україні» вивчається студентами під час навчання у 1 семестрі (першому семестрі першого курсу) одночасно з ознайомленням зі структурою та основними задачами, функціями та принципами діяльності системи громадського здоров'я, включаючи міжсекторальний підхід шляхом вивчення таких навчальних дисциплін як «Вступ до спеціальності «Громадське здоров'я», «Інформатизація та комунікації в охороні здоров'я, тощо.

Відповідно до вище вказаної освітньо-наукової програми на вивчення дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні» виділяється 4 кредити (120 навчальних годин) з формою підсумованого контролю знань у вигляді іспиту.

Згідно з розподілом навчальних годин затвердженої робочої програми в університеті затверджена наступна структура навчальної дисципліни:

22 навчальні години – лекційні;

26 навчальних годин – практичні заняття;

72 навчальних годин – самостійна робота;

2 навчальні години – індивідуальні консультації;

2 навчальні години – іспит.

*Аудиторна підготовка студентів* за даною навчальною дисципліною передбачає вивчення наступних тем:

1. Признак оптимальності системи охорони здоров'я.

2. Загальна характеристика системи охорони здоров'я України та чинники її реформування.

3. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини.

4. Характеристика спеціалізованої медичної допомоги населенню України та шляхи її реформування.

5. Характеристика високоспеціалізованої медичної допомоги населенню України та шляхи її реформування.

6. Характеристика екстреної медичної допомоги населенню України та шляхи її реформування.

7. Характеристика програми державних гарантій медичного обслуговування населення та механізми її впровадження.

8. Принципи та механізми сумісної діяльності системи громадського здоров'я та системи охорони здоров'я України по збереженню та зміцненню здоров'я населення.

*Самостійна робота студентів* передбачає виконання кожним студентом індивідуального завдання з аналізу міжнародної та чинної законодавчої і нормативно-правової бази з організації медичної допомоги населенню, аналізу мережі та показників діяльності закладів охорони здоров'я, аналізу пакетів медичних послуг за програмою державних гарантій тощо.

*Іспит* проходить у наступній формі. На початку студенти представляють результати виконання самостійної роботи у вигляді 10-15 хвилинної презентації отриманих результатів. Далі вирішують ситуаційну задачу з її представленням і публічним обговоренням. В кінці іспиту вирішують по 10 тестів, які отримують методом випадкової вибірки.

За час вивчення навчальної дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні» студенти мають набути та розширити наступні *компетентності*:

*Загальні компетентності:*

Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.

*Спеціальні компетентності:*

Здатність оцінювати основні демографічні та епідеміологічні показники, інтерпретувати та порівнювати значення і тенденції зміни основних детермінант, що чинять вплив на здоров'я у розрізі різних груп населення в Україні, Європейському регіоні та світі, застосовувати основні поняття та концепції епідеміології та статистики при плануванні, проведенні та інтерпретації результатів досліджень.

Здатність визначати пріоритети громадського здоров'я, проводити оцінку потреб сфери охорони здоров'я, пропонувати науково обґрунтовані заходи та розробляти відповідні висновки та стратегії.

## **ЛІТЕРАТУРА**

1. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, (документ EUR/RC62/12), 2012.52 с.

Здатність організовувати заходи з наглядом за станом здоров'я населення.

Здатність оцінювати ризики та планувати відповідні дії у випадках надзвичайних ситуацій в сфері громадського здоров'я.

Здатність ідентифікувати, проводити аналіз ризиків, пов'язаних з впливом на здоров'я населення детермінант навколишнього середовища (фізичних, радіаційних, хімічних, біологічних та тих, що стосуються здоров'я працюючих) та організовувати відповідні заходи, спрямовані на захист здоров'я населення.

Здатність оцінювати вплив соціальних детермінант здоров'я та розробляти відповідні заходи для скорочення нерівності щодо здоров'я, спричинених їх впливом.

Здатність розробляти та впроваджувати стратегії, політики та окремі інтервенції у сфері промоції здоров'я, проводити ефективну комунікацію у сфері громадського здоров'я з використання різних каналів та технік комунікації.

Здатність виконувати управлінські функції та організовувати надання послуг у сфері громадського здоров'я, забезпечувати контроль за якістю надаваних послуг на належному рівні.

Здатність здійснювати адвокацію, комунікацію та соціальну мобілізацію у сфері громадського здоров'я, підтримувати лідерство та залучати і посилювати спільноти з метою збереження і зміцнення здоров'я та благополуччя населення.

Здатність розробляти та впроваджувати системи моніторингу і оцінки ефективності інтервенцій, профілактичних та діагностичних або скринінгових програм та політик в громадському здоров'ї.

Здатність проводити економічний аналіз ефективності розроблених процедур, інтервенцій, стратегій та політик в сфері громадського здоров'я.

## **ВИСНОВКИ**

Викладання здобувачам освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні» в ДВНЗ «Ужгородський національний університет» займає 4 кредити (120 навчальних годин), із яких 48 навчальних годин передбачають аудиторну підготовку та 72 навчальні години – самостійну роботу студентів, які в комплексі скеровані на оволодіння магістрами компетентностями, що визначені освітньо-науковою програмою їх підготовки.

*Перспективи подальших досліджень* пов'язані з вивченням спроможності здобувачів освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» застосовувати набуті компетентності під час проходження науково-дослідної практики та виконання кваліфікаційної роботи.

2. Основы Европейской политики поддержки государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, (документ EUR/RC62/12). 2012. Доступно з: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

3. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України №1002-р від 30.11.2016 Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80>.

4. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти. Наказ Міністерства освіти і науки України №1383 від 12.12.2018 р. Доступно з: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/rekomendatsii-1648.pdf>.

5. Постанова МКУ від 1 лютого 2017 р. № 53 "Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266 "Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців вищої освіти" Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/53-2017-%D0%BF#Text>.

6. Рамки компетенцій WHO-ASPHER для кадрів громадського здоров'я в Європейському регіоні. Проект. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВОЗ, ASPHER. Жовтень 2019.

7. Освітньо-наукова програма «Громадське здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 Охорона здоров'я. Затверджено Вченою радою ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Протокол №4 від 21.03.2019 р.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 20.11.2019 р.

***К вопросу о преподавании магистрам общественного здоровья дисциплины «Организация здравоохранения в Украине»***

*Слабкий Г.А., Миронюк И.С.,  
Дуфинец В.А., Брич В.В., Бутусов А.Д.*  
Ужгородский национальный университет

В статье показаны методические основы преподавания магистрам общественного здоровья в Ужгородском национальном университете дисциплины «Организация здравоохранения в Украине».

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** общественное здоровье, магистры, подготовка, образовательная дисциплина «Организация здравоохранения в Украине», преподавание.

***To the issue of teaching the discipline "Organization of health care in Ukraine" to masters of public health***

*Slabkiy G.O., Mironyuk I.S.,  
Dufinets V. A., Brych V.V., Butusov O.D.*  
Uzhhorod National University

The article provides methodological fundamentals of teaching the discipline "Organization of health care in Ukraine" to masters of public health at Uzhhorod National University.

**KEY WORDS:** public health, masters, educational discipline "Organization of health care in Ukraine", teaching.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., проф., завідувач кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. [g.slabkiy@ukr.net](mailto:g.slabkiy@ukr.net).

**Миронюк Іван Святославович** – д.мед.н., проф., декан факультету здоров'я та фізичного виховання, професор кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. [ivan.mironyuk@gmail.com](mailto:ivan.mironyuk@gmail.com).

**Дуфинець Василь Андрійович** – д.мед.н., асистент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. [vizis.mukachevo@gmail.com](mailto:vizis.mukachevo@gmail.com).

**Брич Валерія Володимирівна** – к.мед.н., доцент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. [leravvv79@gmail.com](mailto:leravvv79@gmail.com).

**Бутусов Олександр Дмитрович** – к.екон.н., доцент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. [a.d.butusov@icloud.com](mailto:a.d.butusov@icloud.com).

## **Організація амбулаторно-поліклінічної гематологічної допомоги дорослому населенню сільськогосподарської області**

**Сумський державний університет  
Сумська обласна клінічна лікарня**

*В статті наведено аналіз ресурсної бази та показники амбулаторно-поліклінічної гематологічної допомоги дорослому населенню сільськогосподарської області на прикладі Сумської області.*

**Ключові слова:** амбулаторно-поліклінічна гематологічна допомога, доросле населення, Сумська область.

### **ВСТУП**

Визначення ефективних шляхів покращення здоров'я населення на сучасному етапі неможливе без удосконалення системи охорони здоров'я [1,2] і в першу чергу спеціалізованої з її інтеграцією на первинний рівень [3,4]. Важливим напрямком в цьому процесі є підвищення доступності медичної допомоги [5] та її якості [6,7] при забезпеченні безпечності медичних послуг [8] шляхом впровадження сучасних організаційних та клінічних технологій [9].

Актуальність та доцільність виконання даної роботи з оптимізації медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів на регіональному рівні підкріплюється реформуванням системи охорони здоров'я в тому числі її структурної перебудови [10,11] та запровадженням гарантованого державою безоплатного обсягу медичної допомоги [12]. А для того щоб оптимізувати систему надання медичної допомоги необхідно знати реальний стан її надання.

**Мета роботи:** дослідити та проаналізувати стан організації амбулаторно-поліклінічної гематологічної допомоги дорослому населенню сільськогосподарської області на прикладі Сумської області.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

В ході дослідження використано статистичний метод, метод експертних оцінок та метод структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за 2014 та 2018 роки, а також дані експертної оцінки якості надання амбулаторно-поліклінічної гематологічної допомоги в Сумській області.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

При вивченні стану організації спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів досліджувалися питання як ресурсної бази в розрізі адміністративних територій області так і основні показники надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів.

На першому етапі дослідження було вивчено та проаналізовано рівень забезпеченості штатними посадами лікарів-гематологів для надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги дорослому населенню в 2018 році в розрізі адміністративних територій області (табл. 1).

Таблиця 1

**Забезпеченість штатними посадами лікарів-гематологів для надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги дорослому населенню (2018 р.)**

<b>Адміністративна територія</b>	<b>Штатних посад</b>	<b>Укомплектованість, %</b>	<b>В розрахунку на 10 тис. дорослого населення</b>
Сумська область	8,0	96,4	0,07
Білопільський	-	-	-
Буринський	-	-	-
Великописарівський	-	-	-
Глухівський	-	-	-
Конотопський	-	-	-
Краснопільський	-	-	-
Кролевецький	-	-	-
Лебединський	-	-	-
Липоводолинський	-	-	-
Недригайлівський	-	-	-
Охтирський	0,75	100,0	0,12
Путівльський	-	-	-
Роменський	0,25	0	0,41

Середино-Будський	-	-	-
Сумський	-	-	-
Тростянецький	-	-	-
Шосткинський	1,0	100,0	0,11
Ямпільський	-	-	-
м. Суми	1,0	100,0	0,04
м. Глухів	-	-	-
м. Конотоп	-	-	-
м. Лебедин	-	-	-
м. Охтирка	-	-	-
м. Ромни	-	-	-
м. Шостка	-	-	-
ОКЛ	5,0	100,0	-

Аналіз даних табл. 1 вказує та те, що в області введено 8,0 посад лікарів-гематологів для надання амбулаторно-поліклінічної гематологічної медичної допомоги із рівнем 0,07 на 10 тис. дорослого населення (Україна – 0,08 з урахуванням працівників НДУ та навчальних закладів). В ході дослідження встановлено, що на території 15 (78,9%) адміністративних територій області вказані посади не введені. В ході дослідження встановлено, що штатна посада лікаря-гематолога для

надання амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню не введена в системі охорони здоров'я навіть м. Шостка, в якому зареєстровано найвищі показники захворюваності населення в Сумській області на хвороби крові та кровотворних органів

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня кваліфікації лікарів-гематологів, які надають в області гематологічну амбулаторно-поліклінічну допомогу. Отримані дані наведено в табл. 2.

Таблиця 2

**Рівень кваліфікації лікарів-гематологів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу (2018 р.)**

Адміністративна територія	Фізичних осіб, всього	Вища категорія		Перша категорія		Друга категорія		Третя категорія		Не атестовано	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сумська область	6	2	33,3	2	33,3	-	-	-	-	2	33,3
Охтирський район	1	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-
Шосткинський район	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Обласні заклади охорони здоров'я	4	2	50,0	1	25,0	-	-	-	-	1	25,0

Отримані дані вказують на те, що фізичні особи, які займають посади лікарів-гематологів для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню 33,3% мають вищу атестаційну категорію, 33,3% – першу атестаційну категорію і 33,3% є не атестованими. Не атестованим є лікар-гематолог Шосткинської ЦРЛ (Україна – атестовано 77,5%).

Враховуючи особливості національної системи охорони здоров'я, коли певні види медичної допомоги і в першу чергу консультативної надаються профільними позаштатними спеціалістами нами було вивчено склад та рівень підготовки позаштатних лікарів-гематологів в розрізі

адміністративних територій Сумської області. Отримані дані наведені в табл. 3.

На території 16 (84,2%) адміністративних територій області із числа лікарів-терапевтів затверджені позаштатні лікарів-гематологи для надання консультативної гематологічної допомоги населенню. На території 3 (15,8%) адміністративних територій відсутні навіть позаштатні лікарів-гематологи, що повністю позбавляє населення даних територій в отриманні мінімальної спеціалізованої гематологічної допомоги. Із 16 позаштатних лікарів-гематологів атестаційну категорію за спеціальністю мають тільки 2 (12,5%).

Таблиця 3

**Дані про позаштатних спеціалістів лікарів-гематологів для надання консультативної допомоги населенню (2018 р.)**

Адміністративна територія	Спеціалізація з гематології	Тематичне удосконалення з гематології	Кваліфікаційна категорія з гематології
Сумська область	16	2	2
Білопільський	1	-	-
Буринський	1	-	-
Великописарівський	1	-	-
Глухівський	1	-	-

Конотопський	1	1	1
Краснопільський	1	-	-
Кролевецький	1	-	-
Лебединський	1	-	-
Липоводолинський	1	-	-
Недригайлівський	1	-	-
Охтирський	-	-	-
Путивльський	1	-	-
Роменський	1	1	1
Середино-Будський	1	-	-
Сумський	1	-	-
Тростянецький	1	-	-
Шосткинський	-	-	-
Ямпільський	1	-	-
м. Суми	-	-	-
в т.ч. м. Глухів	1	-	-
м. Конотоп	1	-	-
м. Лебедин	1	-	-
м. Охтирка	1	-	-
м. Ромни	1	-	-
м. Шостка	1	-	-

Згідно до кваліфікаційних характеристик лікарів на вторинному рівні надання медичної допомоги за спеціальностями медичну допомогу хворим з хворобами крові та кровотворних органів надають:

1) на первинному рівні – лікарі загальної практики – сімейні лікарі;

2) спеціалізовану допомогу – лікарі за відповідним профілем: акушери-гінекологи, гастроентерологи, хірурги тощо.

Всі хворі після встановлення діагнозу мають бути консультовані лікарем-гематологом, диспансерний нагляд за хворими має також проводитися під методичним та консультативним забезпеченням лікарів-гематологів.

Далі було вивчено питання щодо забезпечення амбулаторно-поліклінічного етапу надання медичної

допомоги функціональними (інструментальними) дослідженнями. Дане питання вивчалось в розрізі адміністративних територій області, а результати наведено в табл. 4.

Заклади охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги на недостатньому рівні забезпечені функціональними (інструментальними) дослідженнями. УЗД ОЧП проводиться у закладах всіх територій. Із 19 адміністративних територій ФГДС забезпечені 18 (94,7%) територій, ФБС – 3 (15,8%), ФКС – 7 (36,8%) територій.

Далі в табл. 5 наведено дані щодо забезпеченості лікарів амбулаторно-поліклінічного етапу надання медичної допомоги населенню радіологічними методами обстеження.

Таблиця 4

**Забезпеченість лікарів амбулаторно-поліклінічного етапу медичної допомоги населенню функціональними (інструментальними) дослідженнями (2018 р.)**

Адміністративна територія	ФГДС	ФБС	ФКС	УЗД ОЧП	УЗД позачервеного простору	УЗД щитоподібної залози	УЗД підшкірного утворення	УЗД судин	Ехокардіографія	Холтеровське моніторування
Білопільський	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-
Буринський	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+
Великописарівський	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-
Глухівський	-	-	-	+	+	+	+	-	+	+
Конотопський	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
Краснопільський	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-
Кролевецький	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-
Лебединський	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-

Липоводолинський	+	-	+	+	+	+	+	-	-	-
Недригайлівський	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-
Охтирський	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+
Путивльський	+	-	-	+	+	+	+	+	-	-
Роменський	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+
Середино-Будський	+	-	-	+	+	+	+	+	-	-
Сумський	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
Тростянецький	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+
Шосткинський	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+
Ямпільський	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-
м. Суми	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
в т.ч. м. Глухів	+	-	-	+	+	+	+	-	+	-
м. Конотоп	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-
м. Лебедин	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-
м. Охтирка	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-
м. Ромни	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-
м. Шостка	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-

Таблиця 5

**Забезпеченість лікарів амбулаторно-поліклінічного етапу медичної допомоги населенню радіологічними методами обстеження (2018 р.)**

Адміністративна територія	КТ	MPT	R-дослідж. ОГК	R-дослідж. ШКТ	R-дослідж. кісток	Інші органи та системи
Білопільський	-	-	+	+	+	+
Буринський	-	-	+	+	+	+
Великописарівський	-	-	+	+	+	+
Глухівський	-	-	+	+	+	+
Конотопський	+	-	+	+	+	+
Краснопільський	-	-	+	+	+	+
Кролевецький	-	-	+	+	+	+
Лебединський	-	-	+	+	+	+
Липоводолинський	-	-	+	+	+	+
Недригайлівський	-	-	+	+	+	+
Охтирський	+	-	+	+	+	+
Путивльський	-	-	+	+	+	+
Роменський	+	-	+	+	+	+
Середино-Будський	-	-	+	+	+	+
Сумський	-	-	+	+	+	+
Тростянецький	-	-	+	+	+	+
Шосткинський	-	-	+	+	+	+
Ямпільський	-	-	+	+	+	+
м. Суми	+	+	+	+	+	+
в т.ч. м. Глухів	-	-	+	+	+	+
м.К онотоп	-	-	+	+	+	+
м. Лебедин	-	-	+	+	+	+
м. Охтирка	-	-	+	+	+	+
м. Ромни	-	-	+	+	+	+
м. Шостка	-	-	+	+	+	+

Наведені в табл. 5 дані вказують на те, що рентгенологічні дослідження органів грудної клітки, шлунково-кишкового тракту, кісток та інших органів і систем проводяться на всіх адміністративних територія області. КТ проводиться в Конотопському, Охтирському, Роменському районах та м. Суми. MPT проводиться тільки в м. Суми.

Далі вивчалоя питання забезпеченості лікарів амбулаторно-поліклінічного етапу надання медичної допомоги населенню лабораторними методами діагностики. Методи лабораторної діагностики, які необхідні для обстеження хворих на хвороби крові та кровотворних органів нами були розділені на клінічні, біохімічні, цитологічні, імуногістохімічні та гістологічні. Отримані в ході дослідження результати наведено в табл. 6.



**Забезпеченість лікарів амбулаторно-поліклінічного етапу медичної допомоги населенню лабораторними методами діагностики (2018 р.)**

Адміністративна територія	Клінічний аналіз крові	Біохімічний аналіз крові	Цитологія	Гістологія	Імуно-гістохімія
Білопільський	+	+	+	+	
Буринський	+	+	+	+	
Великописарівський	+	+	-	-	
Глухівський	+	+	+	+	
Конотопський	+	+	+	+	
Краснопільський	+	+	+	-	
Кролевецький	+	+	+	+	
Лебединський	+	+	+	+	
Липоводолинський	+	+	+	-	
Недригайлівський	+	+	+	+	
Охтирський	+	+	+	+	
Путивльський	+	+	+	-	
Роменський	+	+	+	+	
Середино-Будський	+	+	+	-	
Сумський	+	+	+	-	
Тростянецький	+	+	+	+	
Шосткинський	+	+	+	+	
Ямпільський	+	+	+	-	
м. Суми	+	+	+	+	+
в т.ч. м. Глухів	+	+	+	+	
м. Конотоп	+	+	+	+	
м. Лебедин	+	+	+	+	
м. Охтирка	+	+	+	+	
м. Ромни	+	+	+	+	
м. Шостка	+	+	+	+	

Отримані в ході дослідження та наведені в табл. 6 дані вказують на те, що клінічні та біохімічні дослідження проводяться на всіх адміністративних територіях області, а цитологічні на всіх територіях крім Великописарівського району. Імуногістохімічні дослідження проводяться тільки в м. Суми на рівні ОКЛ.

Логічним наступним кроком дослідження було вивчення рівня обстеження хворих на хвороби крові та кровотворних органів, що одержали в амбулаторних умовах протягом останнього року лікування у відповідності до діючих стандартів. Дане дослідження було проведено експертним шляхом. В якості експертів були залучені штатні та позаштатні лікарі-гематологи. Отримані результати представлено в табл. 7.

Аналіз наведених в табл. 7 даних показав, що із 4954 хворих на хвороби крові та кровотворних органів, що отримували лікування на територіях де працюють штатні лікарі-гематологи були обстежені повністю у відповідності до діючих стандартів у 88,4%, частково – 10,4%, а не обстеженими лишилися 1,2% хворих. На територіях з позаштатним лікарем-гематологом із 7622 хворих на хвороби крові та кровотворних органів, що отримували лікування були обстежені повністю у відповідності до діючих стандартів 80,1%, частково – 17,6%, а не обстеженими лишилися 2,3% хворих.

Далі вивчалася питання організаційних обсягів надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів штатними та позаштатними

лікарями-гематологами. Для зрівняння було вивчено дані показники за 2014 та 2018 роки.

Таблиця 7

**Рівень обстеження хворих на хвороби крові та кровотворних органів у відповідності до діючих стандартів (нормативів) (2018 р.)**

Показник	Абс.	%
На територіях з штатним лікарем-гематологом	4954	100,0
Повне	4379	88,4
Часткове	515	10,4
Не отримували	60	1,2
На територіях з позаштатним лікарем-гематологом	7622	100,0
Повне	6105	80,1
Часткове	1342	17,6
Не отримували	175	2,3

Якщо в 2014 році штатними лікарями було надано 16307 консультацій із яких 4511 (28,7%) в обласній клінічній лікарні то в 2018 році було надано 14524 консультацій із яких 4435 (31,5%) в обласній клінічній лікарні. За роки дослідження кількість наданих консультацій скоротилася в 1,12 рази, на 1783 консультації. При цьому достовірного скорочення кількості

консультацій, які надані спеціалістами обласної клінічної лікарні не встановлено.

В 2014 році первинно консультованих було 4590, або 28,1% від всіх про консультованих, а в 2018 році цей показник склав 3823 консультації та 26,3% відповідно. Із числа консультованих в 2014 році 1654 (10,1%) було скеровано на госпіталізацію, а решті призначено амбулаторне лікування. В 2018 році скеровано на госпіталізацію 1434 (9,9%) консультованих хворих, а амбулаторне лікування призначено менше 20% пацієнтів. При цьому за період дослідження денні стаціонари в області для хворих на хвороби крові та кровотворних органів не організовувалися. Під диспансерний нагляд взято тільки тих хворих яким призначено амбулаторне лікування. Решті консультованим дано рекомендації.

Звертає на себе той факт, що якщо в 2014 році під диспансерним наглядом штатних лікарів-гематологів знаходилися всі хворі, які ними були консультовані, то в 2018 році лікарями-гематологами штатними в Охтирському районі взято під диспансерний нагляд тільки 11,1%, а в Шосткинському районі 21,2% хворих, які ними були консультовані.

Встановлена достовірна різниця функції посади штатних лікарів-гематологів. Так, в 2014 році різниця склала 21,84 рази: від 321 в Конотопському районі до 7012 в Шосткинському районі. В 2018 році різниця вказаного показника склала 1,12 разів.

Далі вивчалось питання діяльності позаштатних лікарів-гематологів.

В 2014 році позаштатними лікарями-гематологами було консультовано 142 хворих на хвороби крові та кровотворних органів із яких 19,7% склали первинні хворі та 80,3% повторні. Із загальної кількості консультованих 18,4% було скеровано на госпіталізацію в стаціонарні відділення територіальних лікарень, а для решти організовано амбулаторно-поліклінічне лікування. Денні стаціонари для хворих на хвороби крові та кровотворних органів позаштатними лікарями-гематологами в області не організовувалися. У лікарів-гематологів позаштатних під диспансерним наглядом знаходилися тільки 142 хворих. Це хворі, яких вони консультували.

Достовірних показників в діяльності позаштатних лікарів-гематологів за адміністративними територіями області не відмічалось.

В 2018 році кількість консультованих хворих позаштатними лікарями-гематологами мала тенденцію до збільшення і склала 207 хворих. При цьому частка первинних хворих скоротилася на 8,1% і склала 11,6%. А частка скерованих на госпіталізацію збільшилася на 6,2% і склала 24,6%. Дане вказує на те, що на консультацію до лікарів-спеціалістів скеровуються хворі у більш тяжкому стані. Частка скерованих на госпіталізацію хворих від кількості консультованих достовірно відрізняється в розрізі адміністративних територій. Так, в 2-х районах таких пацієнтів не було, а в Білопільському районі їх частка становила 40,0%, а в В.Писарівському – 50%.

В цілому необхідно відмітити вкрай низьку професійну активність лікарів-гематологів позаштатних. 7 (43,8%) із 16 консультували менше ніж одного хворого на місяць.

З метою дослідження якості медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів на амбулаторно-поліклінічному рівні далі було вивчено рівень лікування хворих на хвороби крові та кровотворних органів в амбулаторних умовах протягом останнього року лікування у відповідності до діючих стандартів. Дане дослідження було проведено експертним шляхом. Аналіз отриманих даних вказує на недостатній рівень доступності спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної гематологічної допомоги для хворих на хвороби крові та кровотворних органів. Так, із загальної кількості хворих на хвороби крові та кровотворних органів із вперше в житті встановленим діагнозом (1513) оглянуті лікарем гематологом штатним 494 осіб – 32,7% та лікарем-гематологом позаштатним – 583 осіб – 38,5%. Крім того оглянуто лікарями-спеціалістами 776 осіб – 51,3%. Найбільша частка осіб оглянута ЛЗП-СЛ – 1488 осіб, або 98,3% із тих у кого діагноз встановлено вперше.

## **ВИСНОВКИ**

Для надання населенню із хворобами крові та кровотворних органів спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги в області введено 3,0 посади лікарів-гематологів, які займають 2 фізичні особи із яких 50,0% є пенсіонерами. В ході дослідження встановлено, що на території 15 (78,9%) адміністративних територій області вказані посади не введені. На території 16 (84,2%) адміністративних територій області із числа лікарів-терапевтів затверджені позаштатні лікарів-гематологів для надання консультативної гематологічної допомоги населенню. Із позаштатних лікарів-гематологів атестаційну категорію за спеціальністю «Гематологія» мають тільки 2 (12,5%). Згідно доказового менеджменту такий рівень кадрового забезпечення за спеціальністю «Гематологія» не дозволяє забезпечити хворих на хвороби крові та кровотворних органів на етапі амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої медичної допомогою якісною медичною допомогою.

Заклади охорони здоров'я рівня надання спеціалізованої медичної допомоги на недостатньому рівні забезпечені функціональними (інструментальними) дослідженнями. УЗД ОЧП проводиться у закладах всіх територій, ФГДС забезпечені 18 (94,7%) територій, ФБС – 3 (15,8%), ФКС – 7 (36,8%) територій. Рентгенологічні дослідження органів грудної клітки, шлунково-кишкового тракту, кісток та інших органів і систем проводяться на всіх адміністративних територіях області. КТ проводиться в Конотопському, Охтирському, Роменському районах та м. Суми. МРТ на рівні спеціалізованої медичної допомоги в області не проводиться. Клінічні та біохімічні дослідження проводяться на всіх адміністративних територіях області, а цитологічні на всіх територіях крім Великописарівського району. Імуногістохімічні дослідження на рівні спеціалізованої медичної допомоги не проводяться.

В ході дослідження встановлено, що на територіях де працюють штатні лікарі-гематологи амбулаторні пацієнти були обстежені повністю у відповідності до діючих стандартів у 88,4%, частково – 10,4%, а не обстеженими лишилися 1,2% хворих. На територіях з позаштатним

лікарем-гематологом були обстежені повністю у відповідності до діючих стандартів 80,1%, частково – 17,6%, а не обстеженими лишилися 2,3% хворих. Також було встановлено, що 66,55% хворих на територіях де працює штатний лікар-гематолог та 55,17% на територіях з позаштатним лікарем-гематологом отримували амбулаторне лікування обсязі, що відповідає галузевому стандарту. Таких, що отримували лікування не в повному обсязі було відповідно 30,38% та 39,91%, а тих хто лікування взагалі не отримував було відповідно 2,87% та 4,92%, що склало 535 осіб.

Кількість наданих штатними лікарями-гематологами за роки дослідження (2014-2018 рр.) консультацій має тенденцію до скорочення: 1,12 рази, на 1783 консультації. Із числа консультованих хворих в 2018 році скеровано на госпіталізацію 1434 (9,9%) консультованих хворих, а амбулаторне лікування призначено менше 20% пацієнтів. При цьому за період дослідження денні стаціонари в області для хворих на хвороби крові та кровотворних органів не організовувалися. Під диспансерний нагляд взято тільки тих хворих яким призначено амбулаторне лікування. Решті консультованим дано рекомендації.

Кількість наданих позаштатними лікарями-гематологами за роки дослідження (2014-2018 рр.) консультацій має тенденцію до зростання: 1,46 рази і склала 207 хворих на рік. В 2018 році кількість консультованих хворих позаштатними лікарями-

гематологами мала тенденцію до збільшення і склала 207 хворих. При цьому частка первинних хворих скоротилася на 8,1% і склала 11,6%, а частка скерованих на госпіталізацію збільшилася на 6,2% і склала 24,6%. Дане вказує на те, що на консультацію до лікарів-спеціалістів скеровуються хворі у більш тяжкому стані. Денні стаціонари для хворих на хвороби крові та кровотворних органів позаштатними лікарями-гематологами в області не організовувалися. У лікарів-гематологів позаштатних під диспансерним наглядом знаходилися тільки хворі, яких вони консультували. Відмічається вкрай низька професійну активність лікарів-гематологів позаштатних. 7 (43,8%) із 16 консультували менше ніж одного хворого на місяць.

В цілому встановлено недостатній рівень доступності спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної гематологічної допомоги для хворих на хвороби крові та кровотворних органів: із загальної кількості хворих на хвороби крові та кровотворних органів із вперше в житті встановленим діагнозом (1513) оглянуті лікарем гематологом штатним 494 осіб – 32,7% та лікарем-гематологом позаштатним – 583 осіб – 38,5%. Крім того оглянуто лікарями-спеціалістами 776 осіб – 51,3%.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням високоспеціалізованої гематологічної допомоги населенню Сумської області.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років / Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні, 2015. – 41 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://healthsag.org.ua/strategiya/> – Назва з екрану.
2. Лобас М.В. Стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області / М.В. Лобас // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4/1 (46). – С. 95-100.
3. Лехан В. М. Інноваційні підходи до забезпечення доступності первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню / В. М. Лехан, К. О. Надутий, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 86–91.
4. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях / Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда та ін. – К. : МОЗ України; НМАПО ім. П. Л. Шупика, УІСД, Дніпропетровська ДМА, Запорізька МАПО, Чернівецьке УОЗ, 2011. – 43 с.
5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf). – Название с экрана.
6. Поцелуєв В. І. Обґрунтування системи моніторингу якості та доступності медичної допомоги в закладах сімейної медицини (на прикладі сільського населення Сумської області): автореф. дис. ... к. мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» / В.І. Поцелуєв. – К., Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, 2014. – 24 с.
7. Нагорна А. М. Проблема якості в охороні здоров'я: Монографія / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
8. Федосюк Р. М. Безпека пацієнта – глобальний виклик сучасній медицині / Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2013. – Т. III, №3 (9). – С. 19-25.
9. Rasoveanu N. T. Технология для системного совершенствования медицинской помощи / N. T. Rasoveanu, K. S. Jonbansen // Всемирный форум здравоохранения. – 1995. – Т. 16, № 2. – С. 27–32.
10. Лобас М.В. Стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області / М.В. Лобас // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4/1 (46). – С. 95-100.
11. Лехан В.М. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення / В.М.Лехан, Г.О.Слабкий, М.В.Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – №3 (спеціальний випуск). – С. 67-86.
12. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/T172168.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html). – Назва з екрану.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 17.12.2019 р.

---

**Организация амбулаторно-поликлинической гематологической помощи взрослому населению сельскохозяйственной области**

*Смиянов В.А., Горох В.В.*  
Сумской государственный университет  
Сумская областная клиническая больница

В статье приведен анализ ресурсной базы и показатели амбулаторно-поликлинической гематологической помощи взрослому населению сельскохозяйственной области на примере Сумской области.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** амбулаторно-поликлиническая гематологическая помощь, взрослое население, Сумская область.

**Organization of outpatient hematological care to the adult population of agricultural region**

*Smiiianov V.A., Horoh V.V.*  
Sumy National University  
Sumy Regional Clinical Hospital

The Analysis of the resource base and indicators of outpatient hematological care to the adult population of the agricultural region on the example of Sumy region is presented in this article.

**KEY WORDS:** outpatient hematologic care, adult population, Sumy region.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Сміянов Владислав Анатолійович** – д.м.н. ,професор, зав. кафедрою громадського здоров'я Сумського державного університету; 40000, Україна, м. Суми, вул. Римського-Корсакова, 2. vladlor60@ukr.net.

**Горох Володимир Васильович** – головний лікар Сумської обласної клінічної лікарні; 40022, Україна, м. Суми, вул. Троїцька, 48.

## **Нагальні питання реформування стоматологічної допомоги військовослужбовцям України**

**Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна**

*В статті представлено обґрунтовані дані щодо необхідності реформування стоматологічної допомоги військовослужбовцям України. Представлено дані захворюваності військовослужбовців на стоматологічні захворювання.*

**Ключові слова:** військовослужбовці, стоматологічне здоров'я, медична допомога, реформування.

### **АКТУАЛЬНІСТЬ**

Зміна соціально-економічної ситуації в нашій країні поки не сприяє поліпшенню «стоматологічного» здоров'я населення, в першу чергу військовослужбовців ЗСУ. Ростуть поширеність захворювань порожнини рота, кількість ускладнень, особливо карієсу зубів, що спричиняє за собою відрив від постійної бойової підготовки особового складу. За даними різних дослідників, поширеність карієсу зубів серед військовослужбовців варіює від 25 до 100%. Даний контингент є основним навантаженням для роботи лікаря-стоматолога військової частини або військового госпіталю. Зниження рівня знань та якості освіти фахівців стоматологічного профілю, а також відсутність їх підготовки у військово-навчальних закладах істотно позначається на адекватному наданні стоматологічної допомоги в військовій ланці.

В умовах проведення операції Об'єднаних сил (далі – ООС), особливо актуально вивчення причин поширеності захворювань зубів і ясен військовослужбовців ЗСУ, а також визначення затребуваності в зубному протезуванні в сучасних умовах. Дуже важливо виявити причини поганого стоматологічного здоров'я воїнів і запропонувати шляхи вирішення даної проблеми.

**Мета дослідження:** вивчити причини поширеності основних стоматологічних захворювань серед військовослужбовців України, визначити заходи поліпшення стоматологічного здоров'я. На підставі аналізу сучасної законодавчої бази виявити основні напрямки вирішення проблемних питань.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Для вивчення даного питання проведено аналіз сучасної законодавчої бази з питань надання стоматологічної допомоги, а також використані статистичні дані стоматологічної служби Запорізького військового госпіталю, і за сприяння кафедри терапевтичної, ортопедичної і дитячої стоматології ЗДМУ, інтернів першого і другого року навчання, а також студентів п'ятого курсу III медичного факультету ЗДМУ за фахом «Стоматологія», проведено моніторинг і клінічні обстеження пацієнтів госпіталю (офіцерів, військовослужбовців контрактної служби, військовослужбовців строкової служби та пенсіонерів МОУ).

**Проблематика.** У Збройних силах України за кілька останніх років виявляється тенденція до збільшення стоматологічної захворюваності. Офіцери, солдати з віддалених регіонів нашої країни найчастіше прибувають до військової частини без належної санації порожнини рота і знань елементарних правил гігієни порожнини рота.

У Збройних силах індустріально розвинених країн, навпаки, показники основних стоматологічних захворювань знизилися. Причин даної ситуації може бути безліч. Для зміни ситуації, що склалася насамперед необхідна переорієнтація в наданні стоматологічної допомоги в сторону профілактики, що дозволить не тільки поліпшити стоматологічне здоров'я в ВС, а й знизити витрати на лікування. Відомо, що стоматологічне здоров'я є одним з ключових позицій загального здоров'я військовослужбовця.

### **Вектор діяльності лікарів стоматологів.**

Завдання лікаря-стоматолога військової частини полягає в організації та проведенні заходів по його охороні. Лікар-стоматолог зобов'язаний не тільки надавати повсякденну амбулаторну та невідкладну стоматологічну допомогу військовослужбовцям, піклуватися про своєчасну госпіталізацію хворих стоматологічного профілю, а й приділяти увагу профілактичній плановій санації.

В даний час служба лікаря-стоматолога військового ланки проходить в складних умовах інтенсивної бойової підготовки армії і флоту. У зв'язку з цим зростають вимоги до рівня їх професіоналізму і бажання працювати на дорученій ділянці роботи з повною самовіддачею. Знання, вміння, компетенції лікаря-стоматолога військової частини повинні відповідати етапу надання стоматологічної допомоги та виконувати завдання, покладені на нього:

- здійснювати медичне забезпечення повсякденної діяльності і бойової підготовки військ; бути в готовності з перекладу військової медичної служби з мирного на воєнний час;

- здійснювати медичне забезпечення частин і підрозділів при виконанні бойових завдань в умовах воєнного часу.

### **В цілому лікар-стоматолог військової частини зобов'язаний:**

- проводити огляд порожнини рота у всіх військовослужбовців військової частини в ході поглибленого медичного обстеження;

- планувати, забезпечувати і проводити своєчасну і повну санацію порожнини рота особовому складу військової частини;

- надавати кваліфіковану медичну допомогу при травмах і запальних захворюваннях щелепно-лицевої

ділянки та забезпечувати нужденним хворим стаціонарне лікування в лазареті медичної роти, а при необхідності направляти їх у військовий госпіталь;

- організувати і контролювати виконання вимог санітарно-протиепідемічного режиму персоналом кабінету.

Таблиця  
**Статистика захворюваності військовослужбовців України, %**

Військовослужбовці	Рік				
	2016	2017	2018	2019	$\chi \pm m$
По заклику	77,61	89,57	90,40	87,43	79,92 $\pm$ 2,12
По контракту	80,20	83,87	78,93	83,78	73,34 $\pm$ 2,38

З таблиці видно, що стоматологічна захворюваність протягом аналізованого періоду мала тенденцію до збільшення. І ця тенденція має постійний характер. Пояснення цього факту пов'язуємо зі збільшенням захворюваності зубів у призовного контингенту контрактної та строкової служби, зниженням загального виховання в сфері гігієни порожнини рота серед молоді, яка призивається на військову службу, відсутністю централізованого постачання витратних матеріалів, зношеністю обладнання та відсутністю штатної медичної сестри в стоматологічних кабінетах.

#### **Законодавча база**

1. Про затвердження Інструкції про порядок надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України Міноборони України; Наказ, Інструкція, Перелік від 18.08.2015 № 414.

2. Про затвердження Інструкції про організацію надання стоматологічної допомоги в Службі зовнішньої розвідки України

Служба зовнішньої розвідки; Наказ, Інструкція від 18.09.2018 № 349

З нами: Мін'юст України від 10.10.2018 № 1151/32603.

3. Про затвердження Інструкції з організації надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я Державної прикордонної служби України МВС України; Наказ, Інструкція від 20.08.2018 № 685

З нами: Мін'юст України від 11.09.2018 № 1045/32497.

4. Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 049/о «Журнал обліку профілактичної роботи лікаря-стоматолога»

МОЗ України; Наказ Журнал Форма, Інструкція від 28.07.2014 № 527

З нами: Мін'юст України від 13.08.2014 № 963/25740.

**Фінансування.** На стоматологію в 2020 р. виділять в сім разів менше коштів, ніж в попередніх роках. Держава буде виділяти тільки 9 грн за один візит до стоматолога. Бюджетні кошти будуть виділятися тільки для порятунку від нестерпного зубного болю Військовослужбовців. Держава готова покрити тільки невідкладні випадки. При цьому штат лікарів скоротять.

У цьому році на екстрену стоматологію виділили 13 млн гривень в місяць на всю Україну. У минулому році давали 63 млн гривень. Держава порахувала, що один

пролікований випадок у стоматолога коштує 9 гривень. На цю суму лікар повинен закупити матеріали, надати допомогу, вона ж включає і працю самого лікаря.

Недостатнє фінансування профілактичних стоматологічних програм в останні роки призвело до високої захворюваності карієсом. Захворюваність у дорослого населення, що обслуговується стоматологічним комплексом, досягає 100,0%.

#### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

За період з січня 2019 р. по березень 2020 р., було обстежено 4750 пацієнтів. У 2019 р. – 3880 пацієнтів, а за неповних чотирьох місяців 2020 р. -870 пацієнтів. З них – 90% обстежених, це 4275 пацієнтів, потребують якісної стоматологічної реабілітації. В основному це контрактники (офіцери, військовослужбовці контрактної служби). Військовослужбовці строкової термінової служби, трохи більше 6% – 292 пацієнта. Військові пенсіонери МОУ – 230 пацієнтів, це близько 5%.

Серед основних стоматологічних захворювань виявлено:

1. Карієс. Із загальної кількості обстежених діагностовано і виліковано карієс (початковий і середній глибокий) 527 пацієнтів.

2. Пульпіти. Діагностовано і виліковано 114 пацієнтів. В одне відвідування – 68 пацієнтів, в два – 46 пацієнтів.

3. Періодонтити. Діагностовано і виліковано 135 пацієнтів.

4. Видалення. Вилучено зубів, за показаннями, у 405 пацієнтів.

5. Виявлені і діагностовано захворювання ясен (пародонтоз і пародонтит) у 3865 пацієнтів.

Потреба в санації порожнини рота і лікуванні зубів – 100% від загальної кількості обстежених – 4750.

Аналіз результатів нашого дослідження показав, що з числа обстежених пацієнтів, в протезуванні так само потребують 93,7% обстежених пацієнтів. У протезуванні як мінімум однією коронкою потребує кожен п'ятий пацієнт.

В знімному протезуванні – 26%, це 1157 пацієнтів. У незнімному – 74%, це 3293 пацієнта, які зверталися до лікаря-стоматолога.

Збільшення термінів очікування стоматологічної допомоги у військовослужбовців ВСУ і відсутність підтримки стоматологічного здоров'я на ранніх етапах (школа, училище, військомат) істотно зменшує

доступність стоматологічної допомоги під час проходження служби в бойових умовах, знижуючи боєздатність військовослужбовців ЗСУ.

В ході даного дослідження нами були виявлені основні причини поширеності стоматологічних захворювань:

1. Недостатня первинна профілактика, санація, диспансеризація в медичних установах, на всіх етапах обстеження і підготовки військовослужбовців перед відправкою в військово-польові умови в зону ООС.

2. Недостатня обізнаність військовослужбовців і вимушена низька індивідуальна гігієна порожнини рота на тлі необхідної мотивації у профілактиці захворювань в зоні проведення ООС.

3. Високе стресове навантаження при тривалому знаходженні в військово-польових умовах.

4. Важкодоступність первинної стоматологічної служби у військово-польових умовах. Недостатня кількість пересувних стоматологічних кабінетів, близько 20%. Кадровий потенціал забезпечення стоматологами загального профілю близько 75%. Забезпечення військовослужбовців стоматологічною ортопедичною допомогою взагалі не передбачено, крім волонтерської.

## **ВИСНОВКИ**

Для проведення санації пацієнтів на базі Запорізького військового госпіталю, в нинішніх умовах, потрібно поліпшити відповідну матеріально-технічну базу та посилити професійний кадровий склад госпіталю ставкою стоматолога-ортопеда, двома ставками зубних техніків (за нормами МОЗ), а також продумати матеріально-технічне забезпечення (технічну лабораторію) для подальшого зубопротезування військовослужбовців ЗСУ та пенсіонерів МОУ.

Аналіз стоматологічної захворюваності в військовій ланці свідчить про високий рівень хвороб зубів і порожнини рота у військовослужбовців. Для адекватного та повноцінного забезпечення військовослужбовців

стоматологічною допомогою необхідний точний розрахунок сил і засобів відповідно до територіальної системи медичного обслуговування. Доцільно підвищити ефективність профілактичних заходів і санацію порожнини рота допризовного контингенту і основного запасу. Своєчасне і якісне виконання в повному обсязі перерахованих вище обов'язків лікаря-стоматолога є запорукою успішної діяльності по зниженню стоматологічної захворюваності, збереження та зміцнення стоматологічного здоров'я військовослужбовців військової ланки. Таким чином, для підготовки майбутніх боєздатних військовослужбовців для служби в Збройних Силах України, особливо у військово-польових умовах в зоні проведення ООС, необхідна профілактика стоматологічних захворювань, санація і диспансеризація на ранніх етапах, починаючи зі шкіл, середніх спеціальних навчальних закладів, військових училищ, вузів, військоматів.

У закладах вищої освіти, та школах юнакам та дівчатам повинні прививатися навички догляду за своїм здоров'ям та особливо ротовою порожниною.

Це можна досягти за допомогою:

- усіма доступними методами підвищення престижу дитячих лікарів-стоматологів та середнього медичного персоналу;

- виділення шкільних приміщень, що відповідають сучасним санітарно-епідеміологічним нормам, а також вимогам проходження ліцензування та акредитації стоматологічного кабінету;

- оснащення стоматологічного кабінету сучасним обладнанням, що відповідає останнім вимогам практичної охорони здоров'я;

- зацікавленості адміністрації шкіл в необхідності стоматологічного кабінету в стінах школи;

- формування мислення в учнів про ведення здорового способу життя, в тому числі стоматологічного здоров'я;

- встановлення контакту і довірчих відносин при вмілій підготовці лікаря-стоматолога з дітьми в питаннях профілактичних знань і умінь.

## **ЛІТЕРАТУРА**

1. Конституція України.
2. Клімов, А.С. Про вдосконалення амбулаторної стоматологічної допомоги військовослужбовцям з числа молодого поповнення / А.С. Клімов [и др.] // Воєн.-мед. журн. – 2013. – Т. 334, № 3. – С. 4-12.
3. Організація роботи стоматолога військової частини (корабля): метод. вказівки. – М.: Б.и., 2012. – 107 с.
4. Прохвато́лов, Г.І. Характеристика стоматологічної захворюваності осіб призовного віку / Г.І. Прохвато́лов, Г.А. Гребньов, А.А. Слівкін // Укр. Росс. воєн.-мед. акад. – Програми. – СПб., 2009. № 1 (25). – С. 236-237.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 02.12.2019 р.

---

**Актуальные вопросы реформирования  
стоматологической помощи  
военнослужащим Украины**

*Чернявский В.В.*

Запорожский государственный медицинский университет

В статье представлены обоснованные данные относительно необходимости реформирования стоматологической помощи военнослужащим Украины. Представлены данные заболеваемости военнослужащих стоматологическими заболеваниями.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** военнослужащие, стоматологическое здоровье, медицинская помощь, реформирование.

***Urgent issues of reforming stomatological care  
for servicemen of Ukraine***

*Chernyavskiy V. V.*

Zaporizhzhia State Medical University

The article presents justified data on the need to reform stomatological care for servicemen of Ukraine. Data of the incidence of dental diseases among the servicemen for are presented.

**KEY WORDS:** servicemen, stomatological health, medical care, reforming.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Чернявський Вадим Віталійович** – асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету. [elena\\_ch.mail@ukr.net](mailto:elena_ch.mail@ukr.net).



Шип Д.Я.

## **Спроможність системи охорони здоров'я Закарпаття до надання медичної допомоги дітям з втратою слуху**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна**

*В статті наведено дані дослідження щодо спроможність системи охорони здоров'я Закарпаття до надання медичної допомоги дітям з втратою слуху.*

**Ключові слова:** діти, втрата слуху, медична допомога, система охорони здоров'я, Закарпаття, спроможність.

### **ВСТУП**

У світі мільйони людей різного віку страждають від проблем, пов'язаних з утратою слуху. Це – фізична вада здоров'я, яка може виникнути й розвиватися в будь-який час. У більшості випадків втрата слуху відбувається поступово та переважно завжди безболісно. Люди протягом певних років життя можуть не помічати існування вказаної вади в їхньому житті, адже хвороба розвивається повільно і спочатку може бути непомітною. У результаті поступово в людини зникає здатність чути звуки й голоси навколо, впливаючи не лише на саму людину, але й на життя тих, хто її оточує [1,2]. Поняття «порушення слуху» використовується для всіх видів патології органа слуху, що розділяються на дві категорії – туговухість і глухота. Більшість порушень слуху пов'язана з погіршенням різних слухових функцій, серед яких потрібно відзначити такі, як зниження слухової чутливості, вибіркової й селективності слуху [3,4]. Порушення слуху досить часто зустрічаються як серед дорослих так і серед дітей різного віку. Більшість із них має тимчасовий характер, наприклад, при запаленні середнього вуха (отитах), застудах, утворі сірчаних пробок, при аномальній будові зовнішнього й середнього вуха (відсутність або недорозвинення вушних раковин, зрощення слухових проходів, дефекти барабанної перетинки, слухових кісточок та ін.), при ексудативних отитах. Вказані порушення слуху називаються кондуктивними і вони підлягають медичній корекції. Іншу групу вад слуху складають стійкі порушення, які пов'язані з ураженням внутрішнього вуха – сенсоневральна (нейросенсорна) приглухуватість і глухота. При цих порушеннях сучасна медицина не може відновити нормальний слух. Можна лише говорити про підтримувальну терапію, певні профілактичні заходи, слухопротезування (добір індивідуальних слухових апаратів), а серед дітей – проведення тривалої систематичної педагогічної корекції, цільова спрямованість якої ґрунтується на правильно визначеній, відповідно до встановлених класифікацій, ваді слуху [5,6].

Проведені нами напередодні дослідження вказують на високий рівень виявлення зниження гостроти слуху у школярів 9-11 класів Закарпатської області при цьому відмічається тенденція до зростання частоти виявлення зниження гостроти слуху при профілактичних оглядах школярів 9-11 класів на 0,5 на 1000 оглянутих дітей за період 2016-2017 рр. В 2017 році найбільша частка виявленої патології була зареєстрована в Воловецькому

районі (19,4), а найменша – в Іршавському районі (0,5). Гранична різниця показника в межах адміністративних територій становила 38,8 разу.

Вказані дані стали підґрунтям для дослідження спроможності системи охорони здоров'я Закарпаття до надання медичної допомоги дітям з втратою слуху.

**Мета роботи:** дослідити та проаналізувати спроможність системи охорони здоров'я Закарпаття до надання медичної допомоги дітям з втратою слуху.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

В ході дослідження використані дані галузевої статистичної звітності по Закарпатській області за період 2014-2018 рр. В ході дослідження використано статистичний метод та мед структурно-логічного аналізу.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

На початку дослідження було вивчено та проаналізовано забезпеченість дитячого населення області в розрізі адміністративних територій посадами лікарів-отоларингологів дитячих та рівня укомплектованості вказаних посад. Отримані результати наведено в табл. 1.

В системі охорони здоров'я Закарпатської області було введено 14,75 посад лікарів-отоларингологів дитячих із яких укомплектовано фізичними особами лікарів 12,5 (84,75%). Із 14 адміністративних територій області посади лікарів-отоларингологів дитячих введено в закладах охорони здоров'я на 10 (71,43%) адміністративних територіях при цьому вони укомплектовані фізичними особами тільки на 6 (60,0%) адміністративних територіях. Це говорить про те, що на території 8 (57,14%) адміністративних територій діти не мають змоги отримати отоларингологічної допомоги.

При цьому було встановлено, що в приватних закладах охорони здоров'я відсутні лікарі-отоларингологи дитячі, а в комунальних закладах охорони здоров'я лікарі-отоларингологи, які надають медичну допомогу дорослому населенню не мають спеціалізації з надання відповідної медичної допомоги дитячому населенню.

Далі вивчалися дані про ліжковий спеціалізований отоларингологічний фонд в розрізі адміністративних територій області. Отримані дані наведено в табл. 2.

## Посади лікарів отоларингологів дитячих та рівень їх укомплектування, 2018 рік

Адміністративна територія	Кількість посад	Укомплектовано фізичними особами, %	Укомплектовано сумісниками	Кваліфікаційна категорія лікаря			
				Вища	Перша	Друга	Не атестовано
<b>Всього по області</b>	<b>14,75</b>	<b>108,5</b>	<b>-</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>-</b>
Райони							
Берегівський	0,25	-	-	-	-	-	-
Великобerezнянський	-	-	-	-	-	-	-
Виноградівський	1,0	100,0	-	-	-	1	-
Воловецький	0,25	-	-	-	-	-	-
Іршавський	0,5	100,0	-	1	-	-	-
Міжгірський	-	-	-	-	-	-	-
Мукачівський	-	-	-	-	-	-	-
Перечинський	0,25	-	-	-	-	-	-
Рахівський	0,75	100,0	-	-	-	1	-
Свалявський	0,5	-	-	-	-	-	-
Тячівський	1,0	100,0	-	-	-	1	-
Ужгородський	-	-	-	-	-	-	-
Хустський	1,0	100,0	-	1	-	-	-
Міста							
м. Ужгород	3,5	100,0	-	3	-	1	-
Обласні заклади	5,75	100,0	-	5	1	-	-

Таблиця 2

## Кількість дитячих отоларингологічних ліжок, 2014-2018 рр.

Адміністративна територія	2014	2015	2016	2017	2018
Всього по області	43	43	43	43	43
Тячівський район	3	3	3	3	3
м. Ужгород	5	5	5	5	5
Обласні заклади охорони здоров'я	35	35	35	35	35

В динаміці 2014-2018 років в Закарпатській області кількість дитячих отоларингологічних ліжок була незмінною і складала 43 госпітальних ліжка із яких 35 (81,4%) розташовано в закладах охорони здоров'я, які надають високоспеціалізовану медичну допомогу.

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня госпіталізації дітей з хворобами вуха та сосковидного відростку (Н60-Н95) на 1000 дитячого населення за період 2014-2018 років. отримані результати наведено в табл. 3.

Отримані дані вказують на те, що за період дослідження Рівень госпіталізації дітей з хворобами вуха та сосковидного відростку в розрахунку на 1000 дитячого населення за період 2014-2018 рр. з мінімальними коливаннями не має принципових змін і в цілому по області становить 1,2 на 1000 дітей з коливаннями від 0,2 в Рахівському та Хустському районах до 2,4 в м. Ужгород при відсутності таких випадків в Мукачівському районі.

Далі вивчався такий показник як кількість дітей яким проведено операції на органах слуху (вусі) за період 2014-2018 років. Отримані результати наведено в табл. 4.

Таблиця 3

## Рівень госпіталізації дітей з хворобами вуха та сосковидного відростку (Н60-Н95) на 1000 дитячого населення, 2014-2018 рр.

Адміністративна територія	2014	2015	2016	2017	2018
Всього по області	1,3	1,6	1,4	1,4	1,2
Берегівський	2,0	1,1	0,7	0,9	1,7
Великобerezнянський	1,0	1,6	2,3	1,9	1,1
Виноградівський	0,6	0,6	0,4	0,6	0,5
Воловецький	3,0	3,5	2,8	1,6	2,3
Іршавський	0,8	1,0	0,4	0,5	0,6
Міжгірський	0,3	1,0	0,5	0,6	0,7
Мукачівський	0,2	0,1	0,1	-	-
Перечинський	0,4	0,6	1,2	1,2	0,9
Рахівський	0,4	0,4	0,7	0,4	0,2
Свалявський	2,3	1,5	1,7	1,3	0,7
Тячівський	0,7	1,1	0,9	1,3	0,7
Ужгородський	0,4	1,0	1,0	0,6	0,6
Хустський	1,2	1,1	0,9	0,5	0,2
м. Ужгород	1,2	2,2	2,4	2,0	2,4
Обласні заклади	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5

Кількість дітей яким проведено операції на органах слуху (вусі) за період дослідження (2014-2018 рр.) має тенденцію до зростання з їх найбільшою кількістю в 2017 році – 126 дітей. При цьому необхідно відмітити, що діти були прооперовані в як в спеціалізованих закладах/ підрозділах охорони здоров'я так і в тих, які на це не мають юридичного права. Це заклади охорони

здоров'я Берегівського, Виноградівського, Іршавського, Свалявського та Хустського районів.

Таблиця 4  
**Кількість дітей яким проведено операції  
на органах слуху (вусі), 2014-2018 рр.**

Адміністративна територія	2014	2015	2016	2017	2018
Всього по області	79	109	95	126	116
Берегівський	4	1	-	10	-
Виноградівський	24	22	20	10	12
Іршавський	2	-	-	3	1
Свалявський	-	1	4	-	-
Хустський	1	-	7	4	6
м. Ужгород	1	-	-	1	-
Обласні заклади	47	85	64	98	97

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Hereditary hearing loss and it' syndromes (Oxford monographs on medical genetics, book 28) / eds. R. J. Gorlin, H. V. Toriello, M. M. Cohen Jr. — New-York : Oxford Univ. Press, 1995. — 488 p.
2. Башмакова, С. Б. Психология нарушенного развития с основами организации коррекционной помощи : учеб. пособие / С. Б. Башмакова. — Киров : Изд-во ВятГГУ, 2007. — 102 с.
3. Барияк І. Р. Проблеми профілактики спадкової патології та вроджених вад розвитку / І. Р. Барияк // Журн. АМН України. — 2003. — 9, № 4. — С. 656–667.
4. Информационный сайт о проблемах слуха [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://uho.com.ua/ru/statistics>.
5. Дистанционное образование: педагогу о школьниках с ограниченными возможностями здоровья / под ред. И. Ю. Левченко, И. В. Евтушенко, И. А. Никольской. — М. : Нац. книж. центр, 2013. — 336 с.
6. Кашуба В. А. К вопросу о причинах и распространенности нарушений слуха среди современных подростков / В. А. Кашуба, Е. В. Маслова // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка / Матеріали VIII міжнар. наук. конф. «Актуальні проблеми сучасної біомеханіки фізичної культури та спорту» // Чернігів. нац. пед. ун-т ім. Т. Г. Шевченка ; голов. ред. М. О. Носко. — Чернігів : ЧНПУ, 2015. — 8287 с.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 29.11.2019 р.

#### **Способность системы здравоохранения Закарпатья к оказанию медицинской помощи детям с потерей слуха**

*Шип Д.Я.*

Ужгородский национальный университет

В статье приведены данные исследования относительно способности системы здравоохранения Закарпатья к оказанию медицинской помощи детям с потерей слуха.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** дети, потеря слуха, медицинская помощь, система здравоохранения, Закарпатье, способность.

#### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Шип Денис Ярославович** – асистент кафедри громадського здоров'я та гуманітарних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; м. Ужгород, вул. Університетська 14. [eulifeshyp@gmail.com](mailto:eulifeshyp@gmail.com).

Примітка. У статтях та матеріалах конференції збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

#### **ВИСНОВКИ**

Результати проведеного дослідження вказують на недостатній рівень спроможності системи охорони здоров'я Закарпатської області до надання медичної допомоги дітям з втратою слуху.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням ефективності надання медичної допомоги дітям з втратою слуху.

#### **The capacity of the health care system of Transcarpathia for providing medical care to children with hearing loss**

*Shyp D. Ya.*

Uzhhorod National University

The article provides the data of the study on the capacity of health care system of Transcarpathian region for providing medical care to children with hearing loss.

**KEY WORDS:** children, hearing loss, medical care, health care system, Transcarpathia, capacity.

**ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №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 десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

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, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

**В.о. директора**

**ДУ «Український інститут**

**стратегічних досліджень**

**Міністерства охорони здоров'я України»**

**П.С. Мельник**

**РЕДАКЦІЯ ЖУРНАЛУ «ЕКОНОМІКА І ПРАВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»  
ЗАПРОШУЄ АВТОРІВ ДО АКТИВНОЇ СПІВПРАЦІ!**

**Тематична спрямованість журналу:** міжнародний досвід розвитку економіки та права охорони здоров'я, економіка охорони здоров'я, медичне право, розвиток ресурсної бази охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: *м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»*) 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 (корпоративна інформація).

**Правила подання матеріалу для опублікування:**

- **Структура матеріалу:** *вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.*

- Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом), **гарантійним листом про оплату публікації, експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та **рецензією** з візою керівництва (наукового керівника), і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів.

- Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

- тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- резюме (українською, російською та англійською мовами).

- Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі.rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів):

ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

- На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установи, де працюють автори, місто, країна.

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з **ДСТУ**, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться 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 (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. **Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.**

- 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.

**Редакційна рада**