

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

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

1

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

Ternopil Medical State University by I.Ya. Horbachevsky

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ–Тернопіль
“Укрмедкнига”
2011

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **Г.О. Слабкий**

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

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В.І. Агарков (*Донецьк*), Г.В. Бесполудіна (*Луганськ*), В.О. Волошин (*Київ*),
М.В. Голубчиков (*Київ*), В.В. Єлагін (*Київ*), О.В. Любінець (*Львів*),
Н.О. Сайдакова (*Київ*), В.Й. Шатило (*Житомир*)

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

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол №2 від 17.02.2011)*

Передплатний індекс – 22867

Здоров'я і суспільство

Слабкий Г. О., Ященко Ю. Б., Орда О. М., Шевченко М. В., Кондратиук Н. Ю. Передчасна смертність чоловіків працездатного віку Львівської області від хвороб системи кровообігу.

5

Панчишин Н.Я., Смірнова В.Л., Голяченко А.О. Взаємозв'язок показників і факторів виразкової хвороби.

10

Романюк Л.М., Федчишин Н.Є. Комплексна інтегрована оцінка здоров'я населення України.

13

Дячук Д. Д. Щодо захворюваності дорослого населення України на неінфекційні хвороби.

19

Пірникоза А. В. Профільний аналіз обумовленості динаміки раптових станів серед населення сільських районів Вінницької області (суцільне дослідження, 2005–2009 рр.).

24

Якобчук А. В., Поляков Є. О., Лета А. М. Епідемія ВІЛ/СНІДу як соціально-правовий феномен сучасності.

29

Миرونюк І. С., Шатило В. Й. Роль близького оточення трудових мігрантів у розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Закарпатті.

35

Бандрівський Ю.Л. Поширеність та структура захворювань тканин пародонта у працівників кондитерського виробництва.

39

П'ятночка І.Т., Корнага С.І., Корнага Н.В. Фізична активність і її вплив на функціональний стан легенево-серцевої системи у хворих на туберкульоз легень.

41

Організація медичної допомоги

Слабкий Г. О., Пархоменко Г. Я., Ященко Ю. Б., Шевченко М. В. Сучасний портрет керівника закладу охорони здоров'я.

44

Лисак В. П. Витрати на надання стаціонарної допомоги в різних типах закладів охорони здоров'я Полтавської області.

50

Мазуренко О. В. Аналіз потреб охорони здоров'я при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного характеру.

56

Health and society

Slabkyi G. O., Yashchenko Yu. B., Orda O. M., Shevchenko M. V., Kondratiuk N. Yu. Premature death rate of men able-bodied age Lviv region from diseases of system blood circulation.

Panchyshyn N.Ya., Smirnova V.L., Holyachenko A.A. Relation between indexes and factors of ulcer.

Romanyuk L.M., Fedchyshyn N.Ye. Complete integrated estimation of Ukrainian population's health.

Diachuk D. D. To the question about morbidity of adult population of Ukraine on non-communicable diseases.

Pirnykoza A. V. The profile analysis of conditionality dynamics of accidental pathology among the population of rural areas Vinnitska region (continuous research, 2005–2009).

Yakobchuk A., Poliakov Ye., Leta A. HIV/AIDS epidemic as social and legal phenomenon of contemporaneity.

Myronyuk I. S., Shatylo V. Yo. A value of near surroundings of labour migrantions is in development epidemic of HIV-infection in Transcarpathian region.

Bandrivsky Y.L. Spread and structure of periodontal tissue diseases in workers confectionery.

Pyatnochka I.T., Kornaha S.I., Kornaha N.V. Physical activity and its effect on the functional state cardiopulmonary system in lung tuberculosis patients.

Organization of medical care provision

Slabkyi G. O., Parhomenko G. Ya., Yashchenko Yu. B., Shevchenko M. V. Modern portrait of the leader of health care establishment.

Lysak V. P. Expenses for rendering of the stationary care in various types of health care establishments in Poltava region.

Mazurenko O. V. The analysis of health care needs at liquidation of medical and sanitary consequences of extreme situations of natural character.

Слабкий Г. О., Марков Ю. І. Медичне оснащення спеціального автомобільного транспорту.

63

Slabkyi G. O., Markov Yu. I. Medical equipment of special motor transport.

Сімейна медицина

Толстанов О. К. Впровадження загальної лікарської практики/сімейної медицини в систему охорони здоров'я сільського населення Житомирської області.

68

Family medicine

Tolstanov O. K. Introduction of the general medical practice / family medicine in health care system of rural population Zhytomyr region.

Самоходський В.М. До методики визначення вартості працезатрат сімейного лікаря при виконанні профілактичних оглядів.

73

Samohodsky W.M. Methods of defining the cost of work input of a family doctor while carrying out preventive examination.

Підготовка медичних кадрів

Кольцова Н. І., Децик О. З., Федорків Н. Б., Ковальчук Р. Є. Питання культури управління в системі післядипломного удосконалення підготовки керівників закладів охорони здоров'я.

78

Medical personnel training

Koltsova N. I., Detsyk O. Z., Fedorkiv N. B., Kovlchuk R. Ye. Management culture questions in the system of postgraduate education of health care managers.

Формування здорового способу життя

Горачук В. В., Дудка Л. М., Скрипка С. М., Смирнова Л. Д., П'янкова О. В. Особливості способу життя школярів підліткового віку м. Києва за результатами соціологічного дослідження.

82

Formation of healthy life style

Gorachuk V. V., Dudka L. M., Skrypka S. M., Smyrnova L. D., Piankova O. V. Features of life style students adolescence age of Kyiv according to the results of social studies.

Якість медичної допомоги

Сміянов В. А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку.

86

Quality of medical care

Smiianov V. A. Definition of quality medical care and the concept of its development.

Діденко Л. О. Аналіз залежності ефективності медичної допомоги первинного рівня від основних структурних характеристик сільської лікарської дільниці.

96

Didenko L.O. Analysis dependence of medical care efficiency of the primary level from the basic structural characteristics of the rural medical area.

Медична інформатизація

Килівник В.С., Цвень П.В., Кузьмін І.В. Інформаціологічні аспекти функціонування та розвитку кібернетичних систем в медицині.

102

Medical informatization

Kylivnyk V.S., Tsven P.V., Kuzmin I.V. Informatiological aspects of functioning and developing of cybernetic systems in medicine.

Історія медицини

Ганіткевич Я. В. Історія медицини як навчальна дисципліна у вищих медичних школах України.

105

Hystory of Medicine

Ganitkevuch Ya. V. Hystory of medicine as discipline study in higher medical schools in Ukraine.

Некрологи

Нековал Віктор Тимофійович.

112

Obituaries

Nekoval Victor Tymofiyovych.

Г. О. СЛАБКИЙ, Ю. Б. ЯЩЕНКО, О. М. ОРДА, М. В. ШЕВЧЕНКО,
Н. Ю. КОНДРАТЮК (Київ)

ПЕРЕДЧАСНА СМЕРТНІСТЬ ЧОЛОВІКІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ВІД ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Проведено аналіз випадків передчасної смерті чоловіків працездатного віку Львівської області від хвороб системи кровообігу. Доведено, що серед чоловіків факторами ризику смертності внаслідок серцево-судинної патології є вік 50–59 років та сезонність, а саме зимово-весняний період року. Провідним фактором, що впливає на тривалість життя чоловіків працездатного віку із захворюваннями системи кровообігу, є профілактична спрямованість медичного обслуговування з метою раннього виявлення та попередження несприятливих наслідків серцево-судинних захворювань.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: смертність, хвороби системи кровообігу, чоловіки працездатного віку.

Хвороби системи кровообігу, посідаючи перше місце за поширеністю в Україні, значною мірою обумовлюють несприятливу демографічну ситуацію, впливаючи на тривалість і якість життя населення країни. На їх частку припадає понад половина всіх випадків смерті та третина причин інвалідності.

Незважаючи на те, що хвороби системи кровообігу є головною причиною смерті населення економічно розвинутих країн, у більшості з них протягом останніх десятиліть реєструється стійка позитивна динаміка показників здоров'я, пов'язаних із цією патологією. В Україні спостерігається протилежна тенденція: за останні 25 років поширеність серцево-судинних захворювань серед населення зростає утричі, а рівень смертності від них – на 45% [2]. Основним внеском у зростання показника смертності від серцево-судинної патології в Україні є збільшення її рівня у найбільш продуктивному віці 30–59 років. Українці вмирають унаслідок серцево-судинних захворювань значно раніше від громадян Європейського Союзу: у віці 30–44 роки – у 6 разів частіше порівняно з їх однолітками з країн ЄС [6]. У 2009 р. в Україні від серцево-судинних захворювань померло понад 460 тисяч осіб [3]. Смертність через серцево-судинні захворювання у працездатному віці 35–55 років у чоловіків в 3,6 разу вища [7].

Мета дослідження: вивчити причини передчасної смертності чоловіків Львівської області від хвороб системи кровообігу.

Матеріали і методи. Проаналізовано дані облікової статистичної документації за 2008 р. (форм №071–1/о "Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікуваль-

ному закладі", №025–2/о "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів", №025–6/о, №025–7/о "Талон амбулаторного пацієнта", №151/о "Журналу обліку померлих на рівні даного лікувального закладу") 6242 випадків передчасної смерті чоловіків працездатного віку, у тому числі 1972 від хвороб системи кровообігу, які проживали у Львівській області.

Статистичну обробку результатів проведено з використанням статистичних модулів комп'ютерної програми Statistica 6,0 for Windows (дескриптивна статистика, факторний аналіз, методів біостатистики та клінічної епідеміології).

Особливості передчасної смерті чоловіків працездатного віку вивчалися за причинами смерті у віковому аспекті з оцінкою показників абсолютного ризику (ризик виникнення явища, що вивчається, за умов впливу певного фактора ризику, %) та відношення шансів (міра вірогідності того, що фактор ризику реалізується, до вірогідності того, що фактор ризику не проявиться). Проведена оцінка таких факторів ризику: соціальні (соціальний статус, місце проживання), сезонність, своєчасність та якість надання медичної допомоги.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведений аналіз даних облікової статистичної документації показав, що у 2008 р. у Львівській області серед померлих чоловіків працездатного віку більше третини припадало на хвороби органів кровообігу (31,6%), з них 49,1% міських жителів, 50,9% – сільських. Ситуація в регіоні за структурою смертності відображає загальнодержавні тенденції, де хвороби системи кровообігу посідають перше рангове

місце серед причин смерті населення України [4]. Середній вік померлих становив $49,8 \pm 0,2$ року (Std. Dev 7,7; 95% ДІ: 49,4–50,2), а за типом поселення міських жителів – $50,3 \pm 0,3$ року (95%ДІ: 49,7–50,9), сільських – $49,3 \pm 0,3$ року (95%ДІ: 48,8–49,8); $p < 0,05$.

Аналіз вікової структури передчасно померлих чоловіків показав, що серед випадків смерті від серцево-судинних захворювань найбільша

їх частка припадає на вік 50–59 років (61,5%). Чоловіків віком 40–49 років серед померлих було 27,7%. Невелику частку серед випадків передчасної смерті від хвороб системи кровообігу склали чоловіки віком 17–29 років (2,4%) та 30–39 років (8,4%). За типом помешкання (місто, село) вікова структура передчасно померлих чоловіків спостерігалася з аналогічними тенденціями (рис.).

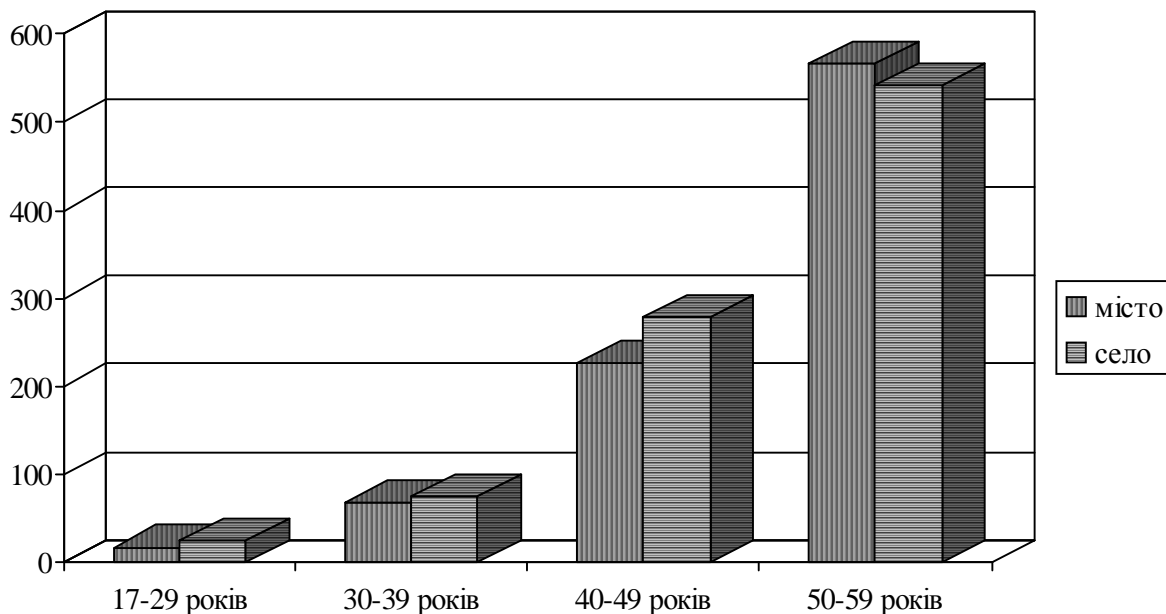


Рис. Вікова структура чоловіків, передчасно померлих від хвороб системи кровообігу, за типом помешкання

Встановлено, що у віковому аспекті фактором ризику смерті чоловіків працездатного віку від хвороб системи кровообігу є вік 50–59 років, у якому частота випадків смерті у середньому на 15,4% більша, ніж серед інших вікових груп (абсолютний ризик 15,4%; 95%ДІ: 13,0–17,8). У віці 50–59 років ризик смерті від хвороб системи кровообігу удвічі більший порівняно з іншими віковими групами (показник відношення шансів 2,0; 95%ДІ: 1,8–2,3).

Ризику надсмертності від хвороб органів кровообігу серед чоловіків Львівської області залежно від типу помешкання (місто, село) встановлено не було, можна думати лише про тенденцію підвищеного ризику передчасної смерті від захворювань серцево-судинної системи у чоловіків сільських помешкань (відношення шансів 1,03; 95%ДІ: 1,0–1,15).

Сучасними дослідженнями доведено, що показники здоров'я населення та загальної смертності, у тому числі й від кардіоваскулярної патології, опосередковані кліматичними факторами. Показані зворотні кореляційні зв'язки між показниками кардіоваскулярної та загальної смертності та низькими рівнями темпе-

ратур навколишнього середовища та прямі – з високими рівнями температури. Найчастіше розвиток несприятливих наслідків хвороб органів кровообігу спостерігається у холодну пору року, оскільки зниження температури навколишнього середовища асоціюється з підвищенням ймовірності випадків смерті [1]. Весняний період року, що характеризується значними добовими коливаннями температури, також можна вважати фактором ризику щодо підвищення смертності від захворювань серцево-судинної системи.

Аналіз сезонної смертності чоловіків від хвороб системи кровообігу показав, що найбільша частка випадків спостерігалася у зимово-весняний період року – 56,2%, восени та влітку частка випадків смерті від хвороб органів кровообігу була однаковою – 21,9%.

Встановлено, що серед чоловіків працездатного віку ризик передчасно померти від хвороб системи кровообігу навесні на 3,6% вищий порівняно з іншими періодами року (відношення шансів 1,2; 95%ДІ: 1,0–1,3), а взимку – на 4,7% (відношення шансів 1,2; 95%ДІ: 1,1–1,4).

Враховуючи, що групою ризику надсмертності чоловіків від хвороб системи кровообігу вияв-

лена вікова група 50–59 років, доцільним було вивчення ризику сезонної смертності у цій віковій групі. Результати проведеного аналізу свідчать, що серед чоловіків віком 50–59 років ризик передчасно померти від хвороб органів кровообігу взимку на 16,9% (95% ДІ: 12,1–21,7) вищий порівняно з іншими періодами року, а за даними показника відношення шансів – у 2,2 разу вищий (відношення шансів 2,2; 95% ДІ: 1,7–2,7), а навесні – на 19,2% (95% ДІ: 14,7–23,8), відношення шансів 2,4 (95% ДІ: 1,9–2,9).

У зв'язку з поліфакторністю причин надсмертності чоловіків від хвороб органів кровообігу нами проведено кореляційний аналіз даних медико-соціальних характеристик з метою виявлення зв'язків між можливими факторами ризику передчасної смерті чоловіків від хвороб системи кровообігу. Результати кореляційного аналізу показали позитивні зв'язки між тривалістю життя чоловіків та регулярністю проходження ними профілактичних оглядів (перебування на диспансерному обліку та проходження профілактичного огляду упродовж останнього року – $r=0,24$ та $r=0,23$). Організація профілак-

тичної роботи серед населення дозволяє виявити серцево-судинні захворювання на ранніх стадіях їх розвитку та створити умови для попередження їх прогресування та контролю динаміки, подовження життя людини. Встановлені кореляційні зв'язки між регулярністю проходження профілактичних оглядів, диспансерним спостереженням за хворим та тривалістю хвороби, тобто можливістю динамічного спостереження за пацієнтом, подовженню його життя ($r=0,43$ та $r=0,51$ відповідно, $p<0,001$). Раптова смерть від хвороб системи кровообігу зміщує вектор передчасної смерті чоловіків до молодого віку ($r=0,20$, $p<0,0001$), а організація профілактичної роботи, зокрема диспансерне спостереження за хворими та пацієнтами групи ризику, – до осіб старшого віку, в групі яких встановлений позитивний зв'язок з випадками смерті від хвороб з хронічним перебігом ($r=0,23$, $p<0,0001$).

Методом регресійного аналізу виявлена залежність тривалості життя передчасно померлих чоловіків (на тлі хвороб органів кровообігу та унаслідок раптової смерті від серцево-судинної патології) від досліджених медико-соціальних характеристик.

Таблиця 1. Результати регресійного аналізу причин надсмертності чоловіків від хвороб органів кровообігу*

Показник	Коефіцієнт b; стандартна похибка		Коефіцієнт B; стандартна похибка		t (1885)	p-level
			53,5	1,65		
Місце проживання (бальна градація: місто – 1, село – 2)	-0,02	0,02	-0,31	0,31	-0,99	0,32
Сезон смерті (бальна градація: зима – 1, весна – 2, літо – 3, осінь – 4)	0,05	0,02	0,36	0,16	2,28	0,02
Диспансерний облік (бальна градація: знаходився на обліку – 1, на обліку не перебував – 2)	-0,16	0,04	-2,48	0,68	-3,67	0,00
Дата останнього диспансерного огляду (бальна градація: до року – 1, понад рік – 2, понад два роки – 3)	-0,10	0,04	-0,83	0,37	-2,24	0,025
Проведення профілактичного огляду (бальна градація: до року – 1, понад рік – 2, понад два роки – 3)	0,03	0,02	0,34	0,27	1,29	0,20
Виклик швидкої медичної допомоги (бальна градація: так – 1, ні – 2)	0,01	0,03	0,21	0,47	0,46	0,65
Надана медична допомога (бальна градація: не надавалася – а, не відповідає стандарту – 2, відповідає стандарту – 3)	0,01	0,03	0,23	0,45	0,52	0,61

Примітка. *R (коефіцієнт множинної регресії) = 0,251442; $F(7,1885) = 18,174$ $p<,00000$, стандартна похибка: 7,4763.

За результатами регресійного аналізу можна дійти висновку, що серед передчасно померлих від хвороб системи кровообігу чоловіків найбільш значимим залежно обумовленим фактором щодо тривалості життя пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями та попередження їх передчасної смерті є організація диспансерного спостереження (перебування під диспансерним спостереженням – b-коефіцієнт – 0,16, регулярність диспансерних оглядів – b-коефіцієнту – 0,10). Крім того, у випад-

ках надсмертності чоловіків від хвороб органів кровообігу встановлена залежність із сезонністю (b-коефіцієнт – 0,05).

Таким чином, проведений аналіз показав, що залежно обумовлюючим фактором ризику передчасної смерті чоловіків працездатного віку від хвороб системи кровообігу є медичний, зокрема недосконала організація диспансерного спостереження за хворими із серцево-судинними захворюваннями та/або недостатня мотивація чоловіків щодо проходження профілактичних ог-

лядів. Виходячи з цього, з метою попередження надсмертності чоловіків від серцево-судинних захворювань доцільне впровадження скринінгу щодо раннього виявлення даної патології серед населення, зокрема виявлення пацієнтів з артеріальною гіпертензією, проведення амбулаторного моніторингу артеріального тиску на рівні первинної ланки надання медичної допомоги та своєчасне скерування симптоматичних хворих до спеціалізованого рівня медичного обслуговування.

Усім хворим з підвищеним артеріальним тиском необхідно проводити обов'язкове обстеження з метою визначення генезу гіпертензії (первинна чи вторинна), оцінки стану органів-мішеней та факторів ризику. Проведення обстеження пацієнта передбачає: 1) збір анамнезу; 2) фізикальне обстеження; 3) лабораторно-інструментальне обстеження, яке включає:

- вимірювання АТ на обох руках;
- вимірювання АТ на ногах (у осіб віком до 45 років);
- аускультацию серця, судин шиї, точок проекції ниркових артерій;

- аналіз крові загальний;
- аналіз сечі загальний;
- аналіз сечі за методом Нечипоренка (Аддіс-Каковського, Амбурже);
- визначення рівня креатиніну в плазмі крові;
- визначення рівня калію та натрію в плазмі крові;
- визначення рівня цукру в плазмі крові;
- визначення рівня холестерину та тригліцеридів у плазмі крові;
- реєстрацію ЕКГ;
- офтальмоскопію очного дна;
- ультразвукове дослідження серця та нирок.

Максимально корисною для хворого визнається стратегія, що ґрунтується на визначенні загального ризику [5]. Під останнім розуміють той ризик ускладнень, який має даний хворий унаслідок підвищення артеріального тиску, а також наявності супутніх серцево-судинних захворювань, ураження органів-мішеней та основних факторів ризику. Виділяють декілька груп ризику (табл. 2).

Таблиця 2. Стратифікація ризику для оцінки прогнозу при артеріальній гіпертензії (АГ)

Фактор ризику (крім АГ)	АГ 1 ступеня (140-159/90-99 мм рт. ст.)	АГ 2 ступеня (160-179/100-109 мм рт. ст.)	АГ 3 ступеня ($\geq 180/\geq 110$ мм рт. ст.)
Відсутні	низький додатковий ризик	помірний додатковий ризик	високий додатковий ризик
1–2 фактори ризику	помірний додатковий ризик	помірний додатковий ризик	дуже високий додатковий ризик
3 або більше факторів ризику, або ураження органів-мішеней, або цукровий діабет	високий додатковий ризик	високий додатковий ризик	дуже високий додатковий ризик
Супутні захворювання	дуже високий додатковий ризик	дуже високий додатковий ризик	дуже високий додатковий ризик

До групи звичайного ризику відносять осіб з тиском, меншим за 140/90 мм рт. ст., без додаткових факторів ризику. Групу людей, які мають додатковий (до звичайного) ризик ускладнень, але він є порівняно невисоким, виділено як групу низького додаткового ризику. Її складають особи з тиском < 140/90 мм рт. ст., які мають 1–2 фактори ризику атеросклерозу, а також хворі з м'якою АГ (АТ 140-159/90-99 мм рт. ст.) без додаткових факторів ризику. Підвищення АТ до 160-179/100-109 мм рт. ст. підвищує вірогідність ускладнень, і такі хворі вже становлять групу помірного додаткового ризику, якщо в них немає ураження органів-мішеней або супутніх серцево-судинних захворювань. Якщо ж ці фактори наявні – ризик стає високим або дуже високим.

Згідно з Фремінгемськими критеріями, терміни “низький”, “помірний”, “високий” та “дуже високий”

ризик означають 10-річну вірогідність серцево-судинних ускладнень (фатальних та нефатальних) < 15%, 15–20%, 20–30% та > 30% відповідно.

З 2003 р. в практику європейської кардіології запроваджена ще одна модель оцінки ризику – шкала SCORE, яка дозволяє передбачати вірогідність фатальних серцево-судинних подій протягом 10 років. Шкала SCORE відповідає такій вірогідності фатальних серцево-судинних ускладнень: низький ризик < 4%, помірний 4–5%, високий 5–8% та дуже високий ризик > 8%.

Висновки

1. Хвороби системи кровообігу посідають перше рейтингове місце серед причин смертності чоловіків Львівської області.

2. Групу ризику передчасної смерті від хвороб органів кровообігу складають чоловіки віком 50–59 років.

3. Ризик передчасної смерті чоловіків працездатного віку від хвороб органів кровообігу збільшується у зимово-весняний період року.

4. Організація регулярних профілактичних оглядів серед чоловіків працездатного віку, проведення диспансерного спостереження за пацієнтами групи ризику розвитку ускладнень перебігу серцево-судинної хвороб є залежно обумовлюючою компонентою щодо подовжен-

ня тривалості життя хворого із кардіосудинною патологією.

Перспективи подальших досліджень.

Вивчення регіональних особливостей причин передчасної смерті чоловіків та факторів її ризику дозволить створити наукове підґрунтя для підготовки стратегій щодо покращання медико-демографічної ситуації, як на місцевому рівні, так і в країні в цілому.

Список літератури

1. Алтарев С. С. Годичные и недельные ритмы общей и сердечно-сосудистой смертности : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.05 / С. С. Алтарев. – Барнаул, 2009. – 158 с.
2. Горбась І. М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль / І. М. Горбась // Здоров'я України. – 2007. – № 21/1. – С. 62–63.
3. Держкомстат України, 1998-2010 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/ds/nas_rik/nas_u/nas_rik_u.html. – Назва з екрану.
4. Любінець О. В. Втрачений життєвий потенціал населення України в 2008 році / О. В. Любінець // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 3 (15). – С. 32–38.
5. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії // Здоров'я України. – 2005. – № 118. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health-ua.com/articles/1057.html>. – Назва з екрану.
6. Рингач Н. О. Серцево-судинні захворювання в Україні: статистичний аналіз сучасної епідеміологічної ситуації / Н. О. Рингач, О. О. Чернобривенко // Страна врачей [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medstrana.com/articles/1639>. – Назва з екрану.
7. Серцево-судинні захворювання в Україні. Джерело Світовий банк в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.hearts.in.ua/articles/heart_statistics/656.php. – Назва з екрану.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ СМЕРТНОСТЬ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ЛЬВОВСЬКОЙ ОБЛАСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Г. А. Слабкий, Ю. Б. Яценко, А. Н. Орда, М. В. Шевченко, Н. Ю. Кондратюк (Київ)

Проанализированы случаи преждевременной смерти мужчин Львовской области от болезней системы кровообращения. Доказано, что среди мужчин факторами риска смертности от сердечно-сосудистой патологии является возраст 50–59 лет и сезонность, в частности зимне-весенний период года. Ведущим фактором, влияющим на продолжительность жизни мужчин трудоспособного возраста с заболеваниями системы кровообращения, является профилактическая направленность медицинского обслуживания с целью раннего выявления и предупреждения неблагоприятных исходов сердечно-сосудистых заболеваний.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: смертность, болезни системы кровообращения, мужчины трудоспособного возраста.

PREMATURE DEATH RATE OF MEN ABLE-BODIED AGE LVIV REGION FROM DISEASES OF SYSTEM BLOOD CIRCULATION

G. O. Slabkyi, Yu. B. Yashchenko, A. M. Orda, M. V. Shevchenko, N. Yu. Kondratyuk (Kyiv)

Cases of premature death of men Lviv region from diseases of system of blood circulation have been analyzed. It is proved, that among men risk factors of mortality from cardiovascular pathology is the age of 50-59 years and seasonal prevalence, in particular the spring-winter period of the year. The leading factor influencing life expectancy of men able-bodied age with diseases of blood circulation system, the preventive orientation of health care is with the purpose of early revealing and the prevention failures of cardiovascular diseases.

KEY WORDS: mortality, diseases of blood circulation system, men able-bodied age.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л. А. Чепелевська

УДК 616.33 – 002.44] – 100.64

Н. Я. ПАНЧИШИН, В. Л. СМІРНОВА, А. О. ГОЛЯЧЕНКО (Тернопіль)

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ І ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Досліджено взаємозв'язок основних показників і факторів виразкової хвороби. Відмічено спільні фактори ризику виникнення захворюваності на виразкову хворобу та таких хвороб, як хронічний бронхіт, гіпертонічна і жовчно-кам'яна хвороби.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: здоров'я, система охорони здоров'я, виразкова хвороба.

Захворювання шлунково-кишкового тракту, особливо хронічний гастрит, гастроудоденіт, рефлюксна хвороба, виразкова хвороба (ВХ), усе ще залишаються в Україні одними з найпоширеніших. За даними вітчизняних медиків, у нас налічується близько одного мільйона хворих на виразку шлунка і 12-палої кишки. Щороку реєструються десятки тисяч нових випадків захворювання. І тенденція до збільшення кількості тих, хто потерпає від ВХ та її ускладнень, зберігається. Причини такого тривожного явища полягають в тяжкому соціально-економічному стані країни, занепаді охорони здоров'я, відсутності коштів у пацієнтів на кваліфіковану медичну допомогу, неправильному харчуванні, хронічних стресах тощо.

Мета дослідження: проаналізувати взаємозв'язок основних показників і факторів виразкової хвороби.

Матеріали і методи. Використано офіційні статистичні дані, які піддано варіаційному, динамічному та кореляційному аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Було вивчено зв'язок показників захворюваності ВХ і смертності від неї із показниками захворюваності та смертності від інших причин (табл. 1 і 2). Можна відмітити такі характерні особливості. По-перше, первинна і загальна захворюваність ВХ пов'язані між собою сильним прямим зв'язком, що є цілком зрозумілим. По-друге, як первинна, так і, особливо, загальна захворюваність ВХ пов'язані із захворюваністю на деякі інші хвороби, що свідчить про спільну природу факторів, які діють на ці хвороби. По-третє, щодо загальної захворюваності, то кількість зв'язків виявилась більшою і сильнішою у порівнянні із первинною, що можна пов'язати з тим, що загальна захворюваність, очевидно, більш опосередкована іншими причинами у порівнянні із первинною.

Виявилось, що рівні первинної захворюваності ВХ пов'язані середньої сили зв'язком із рівнями первинної захворюваності на такі хвороби, як хронічний бронхіт, гіпертонічна і жовчнокам'яна хвороби. Очевидно, існують певні спільні фактори ризику для цих хвороб.

Загальна захворюваність ВХ пов'язана прямим зв'язком середньої сили із злоякісними новоутвореннями, цукровим діабетом, глаукомою, судинними ураженнями мозку, хронічним алкоголізмом. Якщо стосовно хронічного алкоголізму суть цього зв'язку є очевидною, то інші потребують подальшого поглибленого вивчення.

Між захворюваністю ВХ і смертністю від неї існує зворотній зв'язок середньої сили, що підтверджує те, про що сказано в попередніх підрозділах, а саме про вплив кращого виявлення і медичного забезпечення (накопичення хворих) на зниження смертності.

Взаємозв'язки показників смертності від ВХ з показниками смертності від інших причин мають багато спільного із захворюваністю. Це стосується таких причин, як злоякісні новоутворення, судинні ураження мозку, гіпертонічна хвороба, хронічний бронхіт, отруєння алкоголем.

Крім того, смертність від ВХ має прямий зв'язок середньої сили із смертністю від цирозу печінки та інфаркту міокарда.

Взаємозв'язки захворюваності ВХ і смертності від неї з деякими соціально-медичними факторами представлені в табл. 3 і 4. Як видно із таблиці 3, як загальна, так і первинна захворюваність ВХ пов'язані прямим зв'язком із питомою часткою сільського населення. Цебто чим вища в структурі населення питома частка сільських мешканців, тим вищою є захворюваність ВХ. Виразним прямим зв'язком захворюваність ВХ пов'язана із забезпеченістю населення дільничними терапевтами, що підкреслює основну роль цих фахівців у виявленні ВХ, як і інших хронічних хвороб органів травлення.

Таблиця 1. Взаємозв'язок захворюваності населення ВХ із захворюваністю на інші хвороби та смертністю від ВХ

Хвороба	Загальна захворюваність ВХ		Первинна захворюваність ВХ	
	Коефіцієнт кореляції	Рівень значимості	Коефіцієнт кореляції	Рівень значимості
Первинна захворюваність ВХ	0,70	<0,001		
Первинна захворюваність: всіма хворобами			0,17	<0,05
гіпертонічною хворобою			0,42	<0,01
хронічним бронхітом			0,51	<0,01
жовчнокам'яною хворобою			0,53	<0,001
травматизмом			0,28	<0,05
Загальна захворюваність: усіма хворобами	0,32	<0,05		
злоякісні новоутворення	0,59	<0,01		
цукровим діабетом	0,48	<0,05		
глаукомою	0,60	<0,01		
судинними ураженнями мозку	0,51	<0,01		
хронічним алкоголізмом	0,52	<0,01		
Смертність від ВХ	- 0,48	<0,05	- 0,45	<0,05

Таблиця 2. Взаємозв'язок смертності від ВХ з іншими причинами смертності

Причина	Коефіцієнт кореляції	Рівень значимості
Злоякісні новоутворення	0,40	<0,05
Гіпертонічна хвороба	0,46	<0,05
Інфаркт міокарда	0,65	<0,01
Судинні ураження мозку	0,42	<0,05
Хронічний бронхіт	0,66	<0,001
Пневмонія	0,76	<0,001
Нещасні випадки, травми та отруєння	0,40	<0,05
Гостре отруєння алкоголем	0,59	<0,01
Цироз печінки	0,60	<0,01

Таблиця 3. Взаємозв'язок захворюваності ВХ з деякими соціально-медичними факторами

Фактор	Загальна захворюваність		Первинна захворюваність	
	Коефіцієнт кореляції	Рівень значимості	Коефіцієнт кореляції	Рівень значимості
Питома частка сільського населення	0,56	<0,01	0,61	<0,01
Забезпеченість зайнятими лікарськими посадами	-0,35	>0,05	-0,48	<0,05
Забезпеченість лікарями	-0,09	>0,05	-0,29	>0,05
Забезпеченість дільничними терапевтами	0,58	<0,01	0,68	<0,001
Рівень госпіталізації сільських мешканців	0,01	>0,05	- 0,19	>0,05
Забезпеченість терапевтичними ліжками	0,13	>0,05	0,18	>0,05
Середня зайнятість терапевтичного ліжка	- 0,09	>0,05	- 0,14	>0,05
Середня тривалість лікування на терапевтичному ліжку	- 0,12	>0,05	- 0,17	>0,05
Забезпеченість лікарями населення сільських адміністративних районів	0,03	>0,05	0,08	>0,05
Забезпеченість населення сільських адміністративних районів ліжками	- 0,37	>0,05	- 0,14	>0,05

Таблиця 4. Взаємозв'язок смертності від ВХ з деякими соціально-медичними факторами

Фактор	Коефіцієнт кореляції	Рівень значимості
Питома частка сільського населення	0,55	<0,01
Забезпеченість населення зайнятими лікарськими посадами	-0,32	>0,05
Забезпеченість населення лікарями – фізичні особи	-0,19	>0,05
Забезпеченість населення дільничними терапевтами	0,49	<0,05
Рівень госпіталізації сільських мешканців	0,42	<0,05
Забезпеченість населення терапевтичними ліжками	-0,11	>0,05
Середня зайнятість терапевтичного ліжка	0,15	>0,05
Середня тривалість лікування на терапевтичному ліжку	-0,28	>0,05
Забезпеченість лікарями населення сільських адміністративних районів	0,09	>0,05
Забезпеченість населення сільських адміністративних районів ліжками	-0,24	>0,05

Це тим більш очевидно, що із загальною забезпеченістю лікарями зв'язку або практично немає (забезпеченість лікарями – фізичними особами) або він зворотній (забезпеченість зайнятими посадами лікарів).

З усіма іншими наведеними в таблиці 3 факторами захворюваність ВХ має слабкий зв'язок за недостовірною рівня значимості.

Як видно із таблиці 4, рівень смертності від ВХ пов'язаний практично з тими ж факторами, що й захворюваність. Це, передусім, питома частка сільських мешканців: де вона більша, там і більшою є смертність від ВХ. Крім того, рівні смертності від ВХ пов'язані із забезпеченістю населення дільничними терапевтами, а також, що є особливістю смертності, із рівнем госпіталізації сільських мешканців. З іншими наведеними в таблиці 4

факторами організації медичної допомоги рівні смертності від ВХ зв'язку, за нашими даними, не мали.

Висновки

1. Існують певні спільні фактори ризику виникнення первинної захворюваності ВХ та таких хвороб, як хронічний бронхіт, гіпертонічна і жовчно-кам'яна хвороби.

2. Виявлено прямий кореляційний зв'язок середньої сили між загальною захворюваністю ВХ та злоякісними новоутвореннями, цукровим діабетом, глаукомою, судинними ураженнями мозку, хронічним алкоголізмом.

3. Між захворюваністю ВХ і смертністю від неї існує зворотній кореляційний зв'язок середньої сили, що підтверджує факт впливу кращого виявлення і медичного забезпечення (накопичення хворих) на зниження смертності.

Список літератури

1. *Голяченко О. М.* Українська здравоохорона: чутки про смерть не перебільшені / Голяченко О. М. – Тернопіль, Лілея, 2008. – 84 с.
2. *Гейченко В. П.* Клинические аспекты течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных с гипертонической болезнью / В. П. Гейченко, М. Ю. Зак, А. Ю. Филиппова // Актуальные проблемы медицины: Сб. науч. трудов. Т. 2. – Днепропетровск, 2000. – С. 9–10.
3. *Єрмалаєв Д. М.* Оптимізація діагностики і лікування рецидивів виразкової хвороби дванадцятипалої кишки на амбулаторному етапі: дис. ... канд. наук: 14.01.02 / Д. М. Єрмалаєв – К., – 2004. – 138 с.
4. *Зак М. Ю.* Особливості клінічних проявів, морфо-функціональних змін та лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки і хронічного гастриту у сполученні з артеріальною гіпертензією: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.36 / Зак Максим Юрійович – Дніпропетровськ, 2005. – 174 с.
5. *Зак М. Ю.* Некоторые особенности развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных гипертонической болезнью / М. Ю. Зак, В. П. Гейченко, А. В. Курята // Гастроентерология. – Дніпропетровськ, 2000. – Вип. 30. – С. 204–209.
6. *Кириченко В. І.* Корекція невротичних розладів при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки / В. І. Кириченко // Медицина сьогодні. – 2007. – № 19 (227). – С. 42–46.
7. *Лісова О. С.* Психологічні особливості внутрішньої картини здоров'я в осіб з виразковою хворобою: дис. ... канд. наук: 19.00.04 / Лісова Олена Сергіївна. – К., 2008. – 152 с.
8. *Соловійова Г. А.* Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки у осіб молодого віку: особливості перебігу та лікування: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.02 / Соловійова Галина Анатоліївна – К., 2000. – 147 с.
9. *Стародуб Є. М.* Алгоритми діагностики і лікування захворювань органів травлення / Є. М. Стародуб, О. Е. Самогальська, С. Є. Шостак – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 164 с.

10. *Фадєєв П. О.* Виразкова хвороба / П.О. Фадєєв – К.: Енциклопедія медичних знань, 2010. – 128 с.
11. *Філіппов Ю. О.* Епідеміологічні особливості хвороб органів травлення та гастроентерологічна служба в Україні: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення / Ю. О. Філіппов, І. Ю. Скирда // Гастроентерологія: міжвід. зб. – Дніпропетровськ, 2005. – Вип. 36. – С. 9–17.
12. *Чепелевська Л. А.* Смертність населення України від хвороб органів травлення: регіональні особливості / Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2009. – № 2. – С.11–14.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ФАКТОРОВ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Н. Я. Панчишин, В. Л. Смирнова, А. А. Голяченко (Тернополь)

Исследована взаимосвязь основных показателей и факторов язвенной болезни. Отмечены общие факторы риска возникновения заболеваемости язвенной болезнью и таких болезней, как хронический бронхит, гипертоническая и желчнокаменная болезни.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **здоровье, система здравоохранения, язвенная болезнь.**

RELATION BETWEEN INDEXES AND FACTORS OF ULCER

N. Ya. Panchyshyn, V. L. Smirnova, A. A. Holyachenko (Ternopil)

Relation between basic indexes and factors of ulcer are studied in the article. General morbidity risk factors for ulcer and such diseases as chronic bronchitis, hypertensive and bilious-stone diseases are defined.

KEY WORDS: **health, health care system, ulcer.**

Рецензент: д.мед.н. проф. Вадзюк С. Н.

УДК 614.1:316.4.063.3/.4(477)

Л. М. РОМАНЮК, Н. Є. ФЕДЧИШИН (Тернопіль)

КОМПЛЕКСНА ІНТЕГРОВАНА ОЦІНКА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

В статті наводиться порівняльна комплексна оцінка здоров'я населення України за 2001-2009 рр. з використанням методики визначення нормованих інтенсивних показників. Вивчені регіональні відмінності здоров'я мешканців України, встановлені характерні тенденції основних показників.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **комплексна оцінка, здоров'я населення, нормування інтенсивних показників.**

В сучасних наукових публікаціях стосовно громадського здоров'я народу України наводяться дані, що свідчать про негативні тенденції основних показників, що його характеризують [1; 7; 9]. З року в рік спостерігається суттєве погіршення стану здоров'я мешканців України. Зростання показників смертності, особливо у пра-

цездатному віці, підвищення як первинної, так і загальної захворюваності, високий рівень смертності немовлят, низька очікувана тривалість життя порівняно з розвинутими країнами світу, стали свідченням тривожних тенденцій показників здоров'я в Україні.

Здоров'я населення необхідно розглядати як один з пріоритетних напрямків державної політики. Необхідність проведення економічних ре-

форм з орієнтацією на покращення здоров'я населення зумовлює потребу у поглибленому вивченні різних аспектів здоров'я населення та розробці ефективної стратегії його покращення [3; 5; 6; 10].

На сьогодні надзвичайно актуальними є наукові дослідження, спрямовані на виявлення факторів, що впливають на здоров'я населення, розробку уніфікованих підходів до оцінки стану здоров'я та його складових, а також обґрунтування шляхів та механізмів впливу на показники здоров'я населення. Особливої уваги заслуговує метод комплексної оцінки здоров'я, як найбільш вагомий щодо вивчення та аналізу його територіальних закономірностей [1; 7; 8; 10; 11].

Державна політика у сфері охорони здоров'я в країні повинна ґрунтуватись на вивченні територіальних особливостей стану здоров'я населення, оскільки регіональна диференціація за показниками захворюваності, смертності населення є вагомою, території відрізняються особливими умовами розвитку трудового потенціалу, соціальними факторами, зокрема умовами та способом життя [1; 2; 3; 4; 12].

Мета дослідження: провести комплексну оцінку показників здоров'я народу України на основі нормування інтенсивних показників, дати порівняльну оцінку показників здоров'я в динаміці за останні 8 років, визначити територіальні відмінності у стані здоров'я мешканців України.

Матеріали і методи. Використано офіційні статистичні дані стосовно захворюваності та смертності народу України, взяті із щорічних статистичних довідників Центру медичної статистики МОЗ України. Комплексна нормативна оцінка здоров'я проводилась шляхом обчислення нормованих інтенсивних показників згідно математичної моделі [1]: $KNO = 1/n \cdot U \cdot Pf / Pn$, де KNO – комплексна нормативна оцінка, n – кількість показників, взятих для аналізу, Pf – показник фактичний, Pn – показник нормативний. За нормуючу величину взято пересічний показник по Україні.

Результати дослідження та їх обговорення. В таблиці 1 представлені основні показники здоров'я в динаміці за досліджуваний період. Наведені офіційні дані дають змогу визначити такі особливості: первинна та загальна захворюваність невинно зростає як серед всього населення, так і серед дітей, показники загальної смертності практично не змінились, смертність немовлят дещо знизилась.

Дані таблиці 1 свідчать про значні територіальні відмінності у стані здоров'я мешканців України. У 2009 році найвищі рівні загальної смертності спостерігались у Чернігівській,

Сумській, Полтавській та Кіровоградській областях, найнижчі – у Закарпатській, Івано-Франківській, Чернівецькій та Львівській областях. У Харківській, Херсонській, Запорізькій, Одеській та Миколаївській областях загальна смертність знаходилась на рівні, близькому до пересічного показника в Україні.

Рівень загальної смертності зріс у 2009 році порівняно з 2001 роком у Закарпатській (12,5 і 11,2), Львівській (12,9 і 12,3), Івано-Франківській (12,7 і 12,2), Рівненській (13,4 і 12,9), Дніпропетровській (16,3 і 15,7) та Кримській (14,5 і 13,9) областях. Це свідчить про поширення тривожних негативних тенденцій стосовно смертності населення на Західний регіон України, який завжди характеризувався більш благополучною демографічною ситуацією. Дещо знизилась загальна смертність за цей період у Харківській (15,3 і 15,7), та Вінницькій (16,2 і 16,4) областях.

Смертність немовлят загалом в Україні у 2009 р. проти 2001р. знизилась на 16,8 %. Порівняльний аналіз динаміки цього показника в розрізі областей свідчить про значні відмінності в окремих регіонах. Спостерігається суттєве зниження рівня смертності немовлят за даний період у Тернопільській (7,5 і 12,1), Львівській (7,9 і 12,3), Волинській (7,7 і 9,8), Київській (7,1 і 11,3), Дніпропетровській (8,8 і 12,5), Рівненській (9,4 і 10,9), Сумській (8,5 і 11,2) і Одеській (9,7 і 12,9) областях. Поряд з цим у двох областях відмічається ріст даного показника: Закарпатська (13,0 і 9,9) і Херсонська (11,0 і 10,5).

Рівень первинної захворюваності загалом в Україні у 2009 р. зріс на 6,2 % порівняно із 2001 р. За даними таблиці 1 стосовно рівня первинної захворюваності за досліджуваний період, спостерігаються такі тенденції: рівень первинної захворюваності суттєво зріс у Дніпропетровській (855,1 і 756,7), Чернівецькій (745,4 і 708,3), Львівській (863,4 і 803,8), Хмельницькій (672,1 і 598,8), Харківській (778,3 і 599,1) та Одеській (723,0 і 632,5) областях та знизився у Волинській (785,7 і 806,2), Донецькій (608,6 і 641,1), Запорізькій (576,2 і 604,5), Закарпатській (678,5 і 709,4), Сумській (504,3 і 613,9) та Чернігівській (717,8 і 758,9) областях.

Рівень загальної захворюваності загалом в Україні у 2009 р. зріс на 21,0 % порівняно із 2001 р. За досліджуваний період даний показник суттєво зріс у таких областях: Харківській (2023,0 і 1283,3), Дніпропетровській (2096,9 і 1633,6), Закарпатській (1700,1 і 1449,9), Вінницькій (2206,2 і 1874,8), Київській (2024,3 і 1732,4), Тернопільській (1809,6 і 1503,2) та Черкаській (2141,2 і 1790,2) областях. Зниження рівня загальної захворюваності не відмічено в жодному регіоні України.

Таблиця 1. Показники здоров'я населення України за 2001-2009 рр

№	Найменування областей	Загальна смертність		Смертність немовлят		Первинна захворюваність всього населення		Загальна захворюваність всього населення		Первинна захворюваність дітей		Загальна захворюваність дітей	
		2009	2001	2009	2001	2009	2001	2009	2001	2009	2001	2009	2001
1.	Вінницька	16,2	16,8	8,3	9,9	852,0	815,7	2206,2	1874,8	1596,1	1389,9	2253,1	1961,9
2.	Волинська	14,1	14,1	7,7	11,5	785,7	806,2	1887,1	1821,9	1331,9	1302,9	1984,2	1947,3
3.	Дніпропетровська	16,3	16,0	8,8	12,7	855,1	756,7	2096,9	1633,6	1411,9	1316,8	1895,3	1731,0
4.	Донецька	16,8	17,0	12,2	13,9	608,6	641,1	1760,2	1545,1	1299,6	1269,0	2018,6	1800,4
5.	Житомирська	17,0	16,2	8,4	10,4	667,5	626,4	1664,7	1458,5	1500,1	1260,8	2105,2	1765,5
6.	Закарпатська	12,5	10,9	13,0	9,4	678,5	709,4	1700,1	1449,9	1006,4	1009,7	1390,9	1400,2
7.	Запорізька	15,5	15,5	9,4	14,8	576,2	604,5	1453,3	1308,1	1333,6	1253,4	1641,5	1507,5
8.	Івано-Франківська	12,7	11,9	9,1	13,7	915,1	796,8	1935,9	1564,2	1612,6	1341,4	2168,8	1807,3
9.	Київська	16,7	16,5	7,1	9,0	742,3	718,1	2024,3	1732,4	1641,3	1477,9	2478,3	2224,1
10.	Кіровоградська	17,4	17,9	10,9	11,7	588,5	567,1	1676,2	1455,3	1262,4	1106,8	1650,4	1470,5
11.	Кривий Ріг	14,5	13,6	8,9	11,4	539,5	543,7	1438,4	1237,0	1192,1	1188,3	1690,8	1606,3
12.	Луганська	16,9	17,5	11,6	13,2	558,7	587,9	1518,5	1381,6	1451,4	1230,7	1775,2	1484,9
13.	Львівська	12,9	12,2	7,9	12,2	863,4	803,8	1730,7	1499,2	1376,8	1330,6	1859,1	1783,3
14.	Миколаївська	15,7	15,6	8,5	12,3	609,6	524,8	1630,2	1248,8	1187,6	1037,0	1589,1	1341,0
15.	Одеська	15,0	15,2	9,7	13,7	723,0	632,5	1885,9	1516,9	1312,3	1063,3	1633,8	1284,0
16.	Полтавська	17,8	17,9	7,1	7,9	588,9	583,7	1831,0	1379,2	1214,1	1088,9	1786,1	1465,0
17.	Рівненська	13,4	13,1	9,4	13,7	791,1	693,4	1813,2	1405,9	1388,7	1149,3	2028,4	1560,7
18.	Сумська	18,0	18,1	8,5	13,1	504,3	613,9	1550,1	1529,3	1048,5	978,8	1552,2	1363,3
19.	Тернопільська	14,3	13,6	7,5	12,3	704,0	586,5	1809,6	1505,2	1240,7	968,7	1740,8	1437,3
20.	Харківська	15,3	16,4	9,3	11,3	778,3	599,1	2023,0	1283,3	1518,3	1194,7	2226,9	1572,9
21.	Херсонська	15,4	15,2	11,0	10,8	631,9	618,3	1729,9	1369,6	1159,4	1010,9	1560,4	1279,9
22.	Хмельницька	16,3	15,5	11,8	12,0	672,1	598,8	1776,4	1470,0	1357,8	1149,4	1868,7	1561,9
23.	Черкаська	16,9	17,2	10,5	10,6	823,2	768,2	2141,2	1790,2	1709,4	1388,2	2365,0	2164,9
24.	Чернівецька	12,9	12,5	8,2	10,7	745,4	708,3	1830,3	1580,1	1231,7	1052,2	1724,7	1436,8
25.	Чернігівська	19,9	19,7	9,9	13,2	717,8	758,9	1939,6	1786,2	1426,4	1507,2	2147,7	2372,2
26.	м. Київ	10,2	10,1	7,5	10,2	966,5	865,5	2400,6	1845,9	1912,9	1775,5	2626,6	2220,5
27.	м. Севастополь	14,5		8,0		602,9		1843,8		1549,2		1763,6	
	Україна	15,3	15,3	9,4	11,9	718,7	676,9	1846,3	1525,7	1393,9	1253,1	1938,9	1688,2

Таблиця 2. Інтегрована оцінка здоров'я мешканців України, 2009 р. (нормовані інтенсивні показники, за нормуючу величину взяті показники загалом по Україні)

№	Найменування області	Заг. смерт.	НІП	Смерт. на 1000 жит.	НІП	Перв. захворювання всього населення	НІП	Заг. захворювання всього населення	НІП	Перв. захворювання дітей	НІП	Заг. захворювання дітей	НІП	Інтегрована оцінка ІНПІЗ	Рівень 2009р	Рівень 2001р
1.	Вінницька	16,2	1,06	8,3	0,88	852,0	1,19	2206,2	1,19	1596,1	1,15	2253,1	1,16	1,105	24	18
2.	Волинська	14,1	0,92	7,7	0,82	785,7	1,09	1887,1	1,02	1331,9	0,96	1984,2	1,02	0,972	12	17
3.	Дніпропетровська	16,3	1,06	8,8	0,94	855,1	1,19	2096,9	1,14	1411,9	1,01	1895,3	0,98	1,053	21	23
4.	Донецька	16,8	1,09	12,2	1,30	608,6	0,85	1760,2	0,96	1299,6	0,93	2018,6	1,04	1,028	20	24
5.	Житомирська	17,0	1,11	8,4	0,89	667,5	0,93	1664,7	0,90	1500,1	1,08	2105,2	1,09	1,00	16	13
6.	Закарпатська	12,5	0,82	13,0	1,38	678,5	0,94	1700,1	0,92	1006,4	0,72	1390,9	0,72	0,917	6	1
7.	Запорізька	15,5	1,01	9,4	1,00	576,2	0,80	1453,3	0,79	1333,6	0,96	1641,5	0,85	0,902	4	15
8.	Івано-Франківська	12,7	0,83	9,1	0,97	915,1	1,27	1935,9	1,05	1612,6	1,16	2168,8	1,12	1,067	17	19
9.	Київська	16,7	1,09	7,1	0,76	742,3	1,03	2024,3	1,10	1641,3	1,18	2478,3	1,28	1,073	18	21
10.	Кіровоградська	17,4	1,14	10,9	1,16	588,5	0,82	1676,2	0,98	1262,4	0,91	1650,4	0,85	0,977	13	14
11.	АР Крим	14,5	0,95	8,9	0,95	539,5	0,75	1438,4	0,84	1192,1	0,86	1690,8	0,87	0,870	2	4
12.	Луганська	16,9	1,10	11,6	1,23	558,7	0,78	1518,5	0,82	1451,4	1,04	1775,2	0,92	0,982	14	20
13.	Львівська	12,9	0,84	7,9	0,84	863,4	1,20	1730,7	0,94	1376,8	0,99	1859,1	0,96	0,962	10	16
14.	Миколаївська	15,7	1,03	8,5	0,90	609,6	0,85	1630,2	0,88	1187,6	0,85	1589,1	0,82	0,888	3	3
15.	Одеська	15,0	0,98	9,7	1,03	723,0	1,01	1885,9	1,02	1312,3	0,94	1633,8	0,84	0,970	11	10
16.	Полтавська	17,8	1,16	7,1	0,76	588,9	0,82	1831,0	0,99	1214,1	0,87	1786,1	0,92	0,920	8	7
17.	Рівненська	13,4	0,88	9,4	1,00	791,1	1,10	1813,2	0,98	1388,7	0,99	2028,4	1,05	1,008	15	12
18.	Сумська	18,0	1,18	8,5	0,90	504,3	0,70	1550,1	0,84	1048,5	0,75	1552,2	0,80	0,862	1	11
19.	Тернопільська	14,3	0,93	7,5	0,80	704,0	0,98	1809,6	0,98	1240,7	0,89	1740,8	0,90	0,913	5	6
20.	Харківська	15,3	1,00	9,3	0,99	778,3	1,08	2023,0	1,09	1518,3	1,09	2226,9	1,15	1,067	22	9
21.	Херсонська	15,4	1,01	11,0	1,17	631,9	0,88	1729,9	0,94	1159,4	0,83	1560,4	0,80	0,938	9	5
22.	Хмельницька	16,3	1,07	11,8	1,26	672,1	0,94	1776,4	0,96	1357,8	0,97	1868,7	0,96	1,027	19	8
23.	Черкаська	16,9	1,10	10,5	1,12	823,2	1,15	2141,2	1,16	1709,4	1,23	2365,0	1,22	1,163	25	21
24.	Чернівецька	12,9	0,84	8,2	0,87	745,4	1,04	1830,3	0,99	1231,7	0,88	1724,7	0,89	0,918	7	2
25.	Чернігівська	19,9	1,30	9,9	1,05	717,8	0,99	1939,6	1,05	1426,4	1,02	2147,7	1,11	1,087	23	25
	Україна	15,3		9,4		718,7		1846,3		1393,9		1938,9				

Аналіз первинної захворюваності дитячого населення в динаміці за 2001-2009 рр. показав подібну тенденцію цього показника до зростання (11,2 %). Досить суттєво зріс цей показник у Харківській (1518,3 і 1194,7), Житомирській (1500,1 і 1260,8), Івано-Франківській (1612,6 і 1341,4) та Одеській (1312,3 і 1063,3) областях. Лише у Чернігівській області рівень первинної захворюваності дітей дещо знизився (1426,4 і 1507,2).

Результати нашого дослідження стосовно загальної захворюваності дитячого населення, відображені у таблиці 1, вказують на ріст даного показника як загалом в Україні (14,9 %), так і в окремих регіонах. Так, найбільш суттєве зростання загальної захворюваності дітей спостерігалось у Харківській (2226,9 і 1572,9), Рівненській (2028,4 і 1560,7), Тернопільській (1740,8 і 1437,3), Івано-Франківській (2168,8 і 1807,3), Донецькій (2018,6 і 1800,4) та Житомирській (2105,2 і 1765,5) областях. Зниження цього показника відмічено лише в Закарпатській (1390,9 і 1400,2) та Чернігівській (2147,7 і 2372,2) областях. Це свідчить про значне погіршення здоров'я дитячого населення.

Комплексна оцінка здоров'я населення України, відображена в таблиці 2, вказує на значні територіальні відмінності у стані здоров'я народу України. Пропонуємо такі критерії оцінки здоров'я: незадовільний рівень (оцінки вище 1,0), задовільний (оцінки від 0,9 до 1,0), рівень вище задовільного (оцінки нижче 0,9). Найгіршими показниками здоров'я вирізняється Центральний та Східний регіони, окрім Сумської та Полтавської областей, Дніпропетровська, Рівненська та Івано-Франківська області; найкращими – АР Крим, Сумська, Миколаївська, Запорізька області.

Рівень здоров'я, наприклад, мешканців Черкаської області (найгірший показник, 25 рангове місце) в 1,35 разу нижчий порівняно з Сумською (найкращий показник, 1 рангове місце). Відмічено суттєві коливання показників здоров'я в межах одного регіону. Так, в мешканців Дніпропетровської області в 1,21 разу гірше здоров'я порівняно з АР Крим (південний регіон), в 1,17 разу – в населення Івано-Франківської області порівняно з Тернопільською (Західний регіон).

Нормований інтенсивний показник загальної смертності коливається в діапазоні від 0,82 (Закарпатська область) до 1,30 (Чернігівська область), тобто смертність мешканців Чернігівської області (найвищий показник) майже у 2 рази вища, ніж у Закарпатській (найнижчий показник). Всі області західного регіону, Одеська область та АР Крим характеризуються загальною смертністю нижче пересічного рівня по Україні.

У всіх інших областях загальна смертність вища пересічного рівня по Україні.

Щодо іншого вагомого показника комплексної інтегрованої оцінки здоров'я – смертності немовлят – регіональні відмінності носять інший характер. Смертність немовлят у Закарпатській області (найвищий показник) майже у 2 рази перевищує цей показник у Полтавській та Київській областях (найнижчий показник). Відносно низькі показники смертності немовлят відмічено в Тернопільській, Волинській, Львівській областях (Західний регіон) та Вінницькій, Київській, Житомирській областях (Центральний регіон). Найвища смертність немовлят у Закарпатській, Хмельницькій, Донецькій та Луганській областях.

Первинна та загальна захворюваність всього населення найвища у Черкаській, Дніпропетровській та Вінницькій областях, найнижча – у АР Крим, Миколаївській, Сумській, Запорізькій та Луганській областях. На фоні високої загальної смертності відносно низькі показники первинної та загальної захворюваності у деяких областях Східного та Центрального регіонів свідчать про досить низький рівень звертальності населення за медичною допомогою.

Найвищий рівень первинної та загальної захворюваності дітей спостерігається у Черкаській, Київській, Івано-Франківській та Вінницькій областях.

Висновки

1. Встановлені значні територіальні відмінності здоров'я мешканців України. Найкращим рівнем здоров'я продовжували вирізнятися Західний та Південний регіони, гіршим – Східний та Центральний. Відмічено тривожні тенденції погіршення стану здоров'я в деяких областях Західного та Південного регіонів.

2. У 2009 році показник загальної смертності вийшов на рівень 2001 року, хоча в попередні роки відмічався вищий рівень. Показник смертності немовлят за цей період знизився на 16,8 %. Захворюваність мешканців України невинно зростала: первинна – на 6,2 %, загальна – на 21,0%. Рівень первинної захворюваності дітей підвищився на 11,2 %, а загальної – на 14,9 %.

3. Наявність суттєвих відмінностей у стані здоров'я мешканців в межах одного регіону з приблизно однаковим статеві-віковим складом населення та медичним забезпеченням свідчить про вирішальний вплив комплексу соціальних чинників на стан здоров'я людей.

4. Результати наукових досліджень стосовно соціальної обумовленості здоров'я повинні стати основою наукового обґрунтування та розробки регіональних програм з метою поліпшення здоров'я народу України.

Перспективи подальших досліджень полягають, передусім, у поглибленому вивченні соціальної обумовленості здоров'я, а саме впливу конкретних сполучень соціальних чинників,

розробці сучасних актуальних методологічних підходів до оцінки регіональних особливостей здоров'я.

Список літератури

1. *Голяченко О.М.* Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я / О. М. Голяченко, А. М. Сердюк, О. О. Приходський. – Тернопіль, Джура: 1997. – 328 с.
2. *Жалінська І.В.* Огляд та класифікація методик оцінки охорони здоров'я населення / І. В. Жалінська // Наука і економіка – 2008. – № 2. – С. 42–50.
3. *Корнацький В.М.* Проблеми здоров'я та подовження тривалості життя населення України / В. М. Корнацький // Укр.мед.часопис. – 2008. – № 5. – С. 83–87.
4. *Краснікова Л.І.* Комплексний індекс суспільного здоров'я: емпіричний аналіз і застосування у дослідженні факторів економічного зростання / Л. І. Краснікова, Т. О. Подвисоцька // Демографія і соціальна політика. – 2007. – № 2. – С. 215–224.
5. *Кулак А.Г.* Моделирование интегрального показателя здоровья населения / А. Г. Кулак // Статистика України. – 2007. – № 2. – С. 4–9.
6. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2001-2002 роки, 2008–2009 роки.* Статистичні довідники центру медичної статистики МОЗ України. – К., – 2002 – 327с., 2010 – 329 с.
7. *Поляков Л. Е.* Метод комплексной вероятностной оценки состояния здоровья населения / Л. Е. Поляков., Д. М. Малинский // Советское здравоохран. – 1971. – № 3. – С. 7–15.
8. *Старостенко Г. Г.* Методологія і практика досліджень відтворення населення України (регіональний аспект): Монографія. / Г. Г. Старостенко / Г. С. Столяров, Ю. В. Вороненко, М. В. Голубчиков. – К.: УФЕІ, 2007 – 270 с.
9. *Столяров Г. С.* Статистика охорони здоров'я: підр. – К.: КНЕУ, 2002. – 230 с.
10. *Уваренко А. Р.* Інтегрована оцінка здоров'я мешканців України / А. Р. Уваренко, Л. М. Романюк // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – № 4. – С. 44–47.
11. *Хамра О. У.* Міграційні процеси в Україні: здоров'я та відтворення народу України / О. У. Хамра // Матеріали конференції. – К.: Здоров'я. – 2006 р.
12. *P. C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas.* Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы. Справочный документ ВОЗ, 2008 [Электронный документ] – Режим доступа: http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_rBD2.pdf.

КОМПЛЕКСНАЯ ИНТЕГРИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Л. Н. Романюк, Н. Е. Федчишин (Тернополь)

В статье представлена сравнительная комплексная оценка здоровья населения Украины на протяжении 2001-2009 гг. с использованием методики определения нормированных интенсивных показателей. Изучены региональные особенности здоровья народа Украины, определены характерные тенденции основных показателей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: комплексная оценка, здоровье населения, нормирование интенсивных показателей.

COMPLETE INTEGRATED ESTIMATION OF UKRAINIAN POPULATION'S HEALTH

L. M. Romanyuk, N. Ye. Fedchyshyn (Ternopil)

The article is looking into the comparative complete estimation of Ukrainian population's health during 2001-2009 with using methods of determination the normative intensive indices. The regional features of Ukrainian population's health were studied. Specific tendencies of main indices of health were determined.

KEY WORDS: **complete estimation, population's health, normative intensive indices.**

Рецензент: д-р мед. наук, проф. О. М. Голяченко

УДК 312.6:616-085(477)

Д. Д. ДЯЧУК (Київ)

ЩОДО ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА НЕІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини"
Державного управління справами

Наведено результати аналізу захворюваності та поширеності неінфекційних хвороб серед дорослого населення України за 2005–2009 роки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **доросле населення, неінфекційні захворювання, захворюваність, поширеність хвороб.**

Здоров'я населення є одним з найважливіших чинників економічного розвитку країни, передумовою соціального благополуччя та успішного функціонування держави [1;3].

Здоров'я є не лише особистим надбанням людини, це – суспільне багатство, один з найважливіших показників добробуту народу, оскільки значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки [2]. Таким чином, здоров'я є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку і благополуччя суспільства. Для успішного вирішення питань управління здоров'ям у сучасному суспільстві важливе значення має визначення загальних закономірностей формування здоров'я, динаміки його основних показників – способу життя, впливу навколишнього середовища, спадковості, доступності і якості медичної допомоги [4;5].

Кінцевою метою реалізації заходів з охорони здоров'я є збереження та зміцнення здоро-

в'я населення, подовження періоду активного довголіття і тривалості життя людей.

Підґрунтям для планування та здійснення управлінських рішень у цьому напрямі є моніторинг стану здоров'я населення [6].

Мета роботи: вивчити та провести аналіз захворюваності та поширеності неінфекційних хвороб серед дорослого населення України.

Матеріали і методи. У дослідженні використано дані галузевої статистики за 2005–2009 роки.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз захворюваності та поширеності хвороб серед населення України дозволив виявити сучасні характеристики їх рівня, структури та змін. Динаміка показників захворюваності та поширеності хвороб серед населення України протягом останніх років свідчать про існуючі тенденції до її зростання. Так, за період 2005–2009 рр. рівень первинної захворюваності зріс на 2,85 % і досягнув у 2009 р. 71,9 тис. випадків на кожні 100 тис. населення, а поширеності хвороб – на 6,95 % (184,6 тис.) (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка рівнів захворюваності та поширеності хвороб серед всього населення України (2005–2009 рр.)

Показник стану здоров'я		Рік				
		2005	2006	2007	2008	2009
Захворюваність	абс.дані	32 911 979,0	32 239 554,0	32 807 274,0	32 466 559,0	33 031 754,0
	на 100 тис.нас.	69 876,1	68 962,8	70 605,4	70285,6	71865,4
Поширеність	абс.дані	81 310 961,0	81 613 534,0	83 068 293,0	83 751 304,0	84 862 015,0
	на 100 тис.нас.	172 633,0	174 577,5	178 773,4	181 310,1	184 629,7

Найвищі показники захворюваності населення в 2009 р. виявлено в м. Києві (96,7 тис. на 100 тис. населення), Івано-Франківській (91,5 тис.), Львівській (86,3 тис.), Дніпропетровській (85,5 тис.), Вінницькій (85,2 тис. на 100 тис. населення) областях. Водночас у Сумській (50,4 тис.),

Луганській (55,9 тис.), Запорізькій (57,6 тис.), Кіровоградській (58,9 тис.), Полтавській (58,9 тис.) областях та АР Крим (53,95 тис. на 100 тис. населення), рівень первинної захворюваності не перевищив 60 тис. на 100 тис. населення.

Найвищі рівні поширеності хвороб в 2009 р. зареєстровані в: м. Києві (240 063,4), у Вінницькій (220 617,3), Черкаській (214 122,1), Дніпропет-

ровській (209 693,4), Київській (202 431,1) та Харківській (202 300,8 на 100 тис. населення) областях, при середньому показнику по Україні 184 629,7 на 100 тис. населення.

Основу структури захворюваності населення України у 2009 р. традиційно формували хвороби органів дихання (44,0%), системи кровообігу (7,3%),

травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (6,6%), хвороби сечостатевої системи (6,5%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,7%), хвороби ока та його придаткового апарату (4,9%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (4,7%), хвороби органів травлення (4,2%), на які сумарно припадало 83,9% (рис. 1).

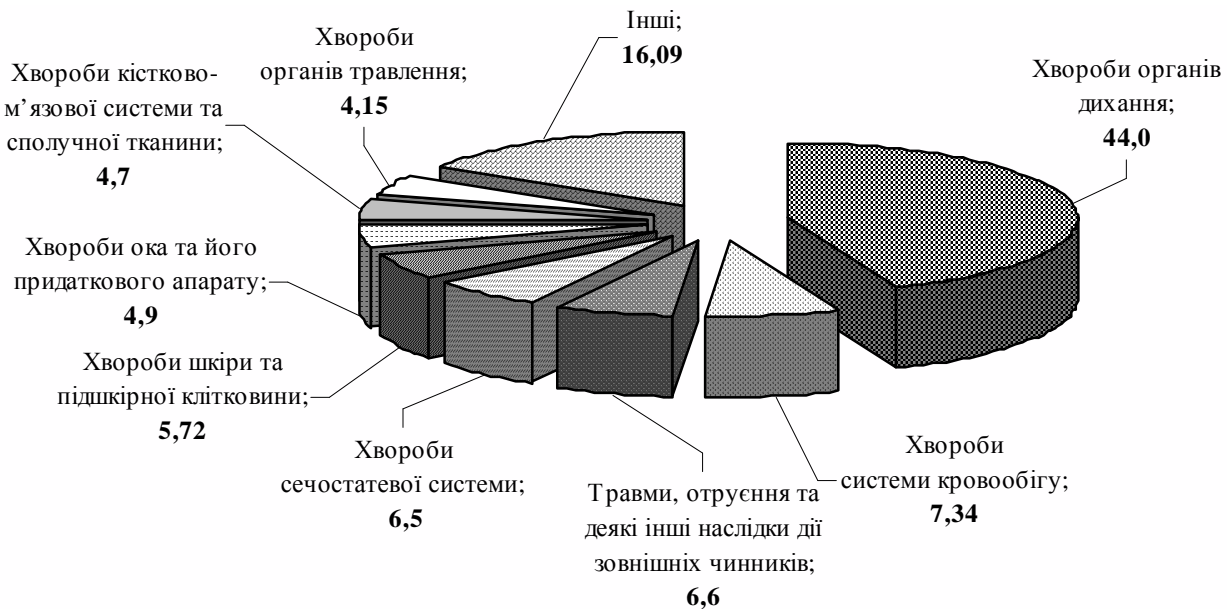


Рис. 1. Структура захворюваності серед всього населення України у 2009 р. (%)

У 2009 р. здійснено 184,6 тис. звернень (на 100 тис. всього населення) в лікувально-профілактичні заклади з приводу всіх хвороб. Структура поширеності захворювань формувалася переважно за рахунок хвороб системи кровообігу (30,5%), органів дихання (20,7%), травлен-

ня (9,6%), кістково-м'язової (5,4%), сечостатевої (5,4%) систем, хвороб ока та його придаткового апарату (4,9%); ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин (4,4%) (перші сім рангових місць у структурі поширеності), на які сумарно припадало 80,9% (рис. 2).

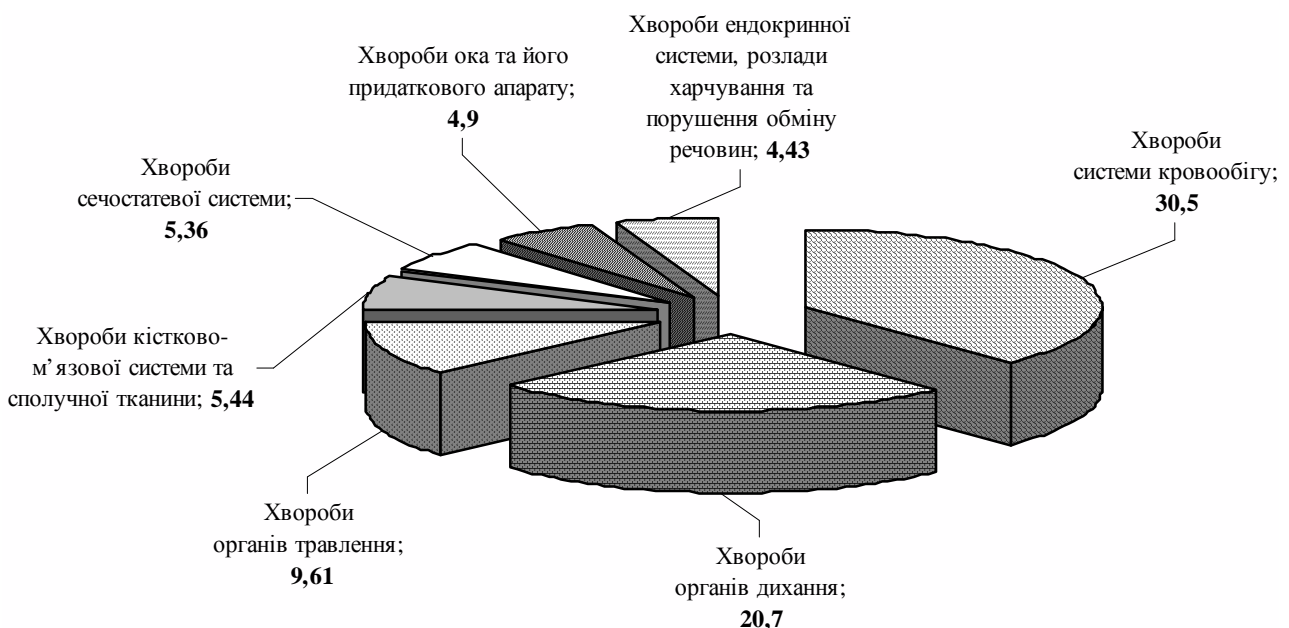


Рис. 2. Структура поширеності хвороб серед всього населення України у 2009 р. (%)

За підсумками 2009 р. показник захворюваності за більшістю класів хвороб мав негативну динаміку. Так, протягом п'ятирічного періоду найбільшими темпами зросла захворюваність на: хвороби органів дихання (+7,15 %), хвороби ока та його придаткового апарату (+2,77 %), нервової системи (+2,45 %), вуха та соскоподібного відростка (+2,34 %), системи кровообігу (+2,17 %). Водночас спостерігалось зменшення захворюваності на ряд хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби крові та кровотворних органів, хвороби ендокринної системи, розлади психіки та поведінки.

Серед хвороб, які характеризують стан сучасної неепідемічної патології, провідна роль належить серцево-судинним і судинно-мозковим хворобам. Нині на очікувану тривалість життя найбільш значно впливає рівень смертності дорослого населення від хвороб системи кровообігу, які з 2000 р. стали найпоширенішою патологією в країні. Щорічно в закладах охорони здоров'я реєструється 20–25 млн відвідувань з приводу серцево-судинних і судинно-мозкових хвороб, тобто майже кожний третій випадок хвороб, з яким звертаються в лікувально-профілактичні заклади, є патологією системи кровообігу. Їх поширеність досягла у 2009 р. 56 274,0 на 100 тис. усього населення; ними обумовлені більше половини всіх випадків смерті і третина причин інвалідності.

Соціальне значення хвороб системи кровообігу визначається ішемічною хворобою серця (ІХС), гіпертонічною хворобою і судинними ураженнями мозку. Серед вперше виявлених хвороб системи кровообігу в 2009 р. гіпертонічна хвороба складала 40,2 %, а в структурі поширеності цього ж класу – 46,0 %.

Дані про поширеність серцево-судинних захворювань свідчать, що сьогодні населення страждає на них значно частіше, ніж звикли вважати, причому уже в молодому віці, а це потребує подальших заходів щодо профілактики і лікування даної патології.

У структурі хвороб органів дихання переважають гострі захворювання, лише 12,9 % складають хронічні стани – хронічний риніт, назофарингіт, фарингіт, ларингіт, ларинготрахеїт, бронхіт, хронічні хвороби мигдаликів та аденоїдів.

У структурі хвороб органів травлення на виразку шлунка та 12-палої кишки припадає 14,0 %, гастрити та дуоденіти – 24,0 %, хронічні гепатити – 4,3 %, жовчнокам'яну хворобу – 3,3 %, холецистит, холангіт – 20,0 %, хвороби підшлункової залози – 10,6 %.

У структурі хвороб крові та кровотворних органів понад 85,0 % припадає на залізодефі-

цитні анемії, причому за своєю поширеністю вони також становлять 86,0 %.

У структурі хвороб ендокринної системи патологія щитовидної залози за показником вперше виявлених хвороб складає 42,73 %, за поширеністю – 46,5 %.

На цукровий діабет припадає 21,74 % вперше виявлених в житті ендокринних захворювань, та за поширеністю – 31,5 %. Питома вага інсулінзалежного діабету серед вперше виявлених хворих на цукровий діабет складає 11,07 %. Серед усіх хворих на цукровий діабет кожен сьомий має інсулінзалежний його тип.

Важливою характеристикою соціального благополуччя населення є стан психічного здоров'я. В умовах соціально-економічної нестабільності, яку переживає Україна, і значної поширеності стресових ситуацій спостерігається збільшення кількості випадків психічних захворювань з ускладненням їх перебігу, тенденція до зміни класичних форм розладів психіки та поведінки, інвалідизації психічних хворих. У структурі захворюваності переважають психічні розлади не-психотичного характеру. Міське населення має вищі рівні цієї патології порівняно з сільським.

Захворюваність на інфекційні та паразитарні хвороби залишається індикатором соціально-економічних проблем суспільства. Інфекційні хвороби займають провідне місце серед причин передчасної смерті та у структурі тимчасової непрацездатності, впливаючи, таким чином, на економічний та трудовий потенціал країни. Тому зниження в цілому по Україні показника вперше виявлених інфекційних та паразитарних хвороб є позитивним явищем.

У 2009 р. в Україні рівень захворюваності на всі новоутворення становив 885,9 на 100 тис. всього населення (у 2008 р. – 879,5 на 100 тис. населення). Злоякісні новоутворення у новому тисячолітті залишаються важливою медико-біологічною та соціально-економічною проблемою у світі і в Україні. В нашій країні кількість нових випадків раку щорічно перевищує 150 тисяч. Упродовж останніх років найбільшими темпами серед окремих локалізацій зросла захворюваність на рак передміхурової залози, нирок, щитовидної залози, матки, прямої кишки. Серед окремих локалізацій високими є показники онкозахворюваності на хвороби органів травлення, жіночих статевих органів, на рак молочної залози, органів дихання, чоловічих статевих органів, сечових органів, лімфатичної, кровотворної та споріднених з ними тканин.

Важливу роль у формуванні здоров'я відіграють травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, які є не тільки причиною значних соціальних та економічних збитків, але

й призводять до загибелі людей. Зростаючою проблемою, як у світі так і в Україні, є дорожньо-транспортний травматизм. Більше половини людей, що загинули в автокатастрофах, – особи віком від 15 до 44 років.

Останніми роками кількість випадків травм та отруєнь серед населення України мала тенденцію до зниження (рис. 3). Традиційно рівень травм та отруєнь серед чоловіків вищий, ніж серед жінок.

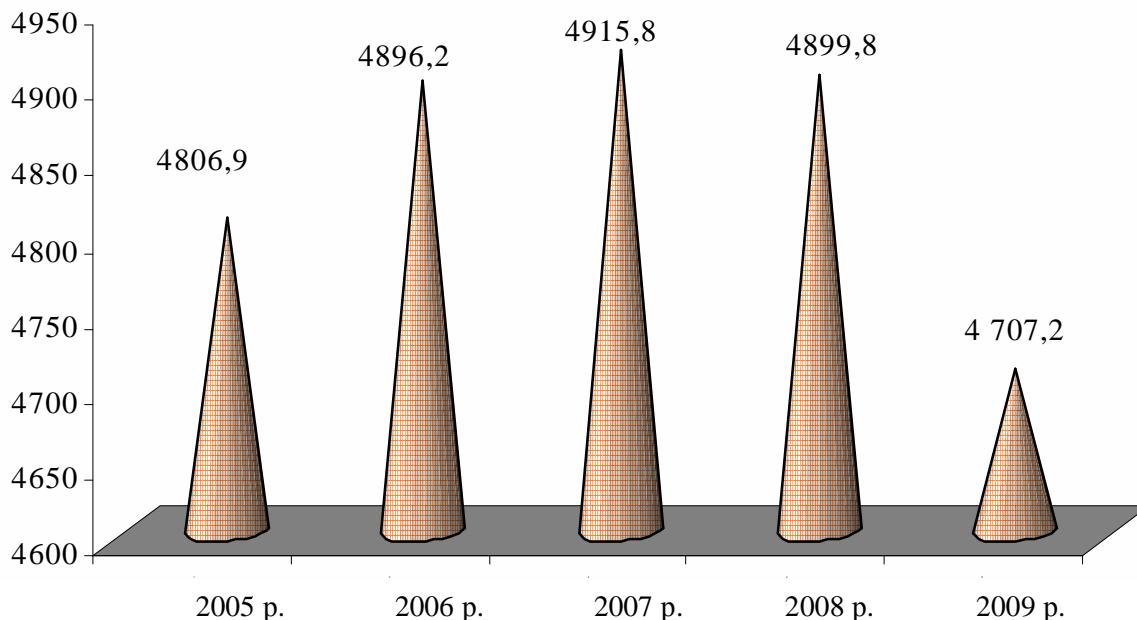


Рис. 3. Захворюваність на злоякісні новоутворення в Україні (на 100 тис. населення)

У 2009 р. серед усього населення зареєстровано 2 млн 164 тис. первинних звертань до ЛПЗ з приводу травм та отруєнь (4707,2 на 100 тис. населення). При цьому рівень травм та отруєнь знизився порівняно з 2005 р. (4806,9) на -2,07 %.

Існують вікові, статеві, територіальні відмінності в показниках захворюваності населення. Як правило, дитяче населення має найвищі рівні захворюваності порівняно із старшими віковими групами. Це зумовлено фізіологічними особливостями дитячого віку. У 2009 р. захворюваність дітей становила 11 млн 412 тис. (1394,0 на 1000 дітей), дорослого населення працездатного віку – 63 760,2 на 100 тис. населення, дорослого населення непрацездатного віку – 52 099,6 на 100 тис. населення.

Здоров'я працюючого населення є однією з пріоритетних проблем в розвинутих країнах світу. Професійне здоров'я є найважливішою складовою трудового потенціалу, воно значною мірою визначає подальший економічний та соціальний розвиток будь-якого суспільства і розглядається як неодмінна умова, що безпосередньо впливає на виробничий процес і якість продукції.

Останніми роками кількість зареєстрованих професійних захворювань в усіх галузях економіки країни коливається в межах 6–7 тис. На 10 тис. працюючого населення рівень профзахво-

рюваності в різні роки становив від 4,61 (2005 р.) до 5,21 (2008 р.) випадків на 10 тис. працівників.

Зменшення обсягів виробництва, перехід понад 50 % підприємств у приватну власність, небажання хворих звертатись до лікарів на ранніх стадіях розвитку патології, недосконалість медичної допомоги працюючому населенню, труднощі в організаційній процедурі встановлення зв'язку виникнення захворювання з умовами праці та інші об'єктивні і суб'єктивні фактори значною мірою впливають на показники професійної захворюваності, найчастіше в бік її зниження, що призводить до недовиявлення професійної патології.

Розподіл випадків професійних отруєнь і захворювань по областях України свідчить про те, що найбільша їх кількість реєструється у Дніпропетровській, Донецькій, Луганській та Львівській областях.

Основними галузями, що формують професійну патологію, залишаються вугільна, металургійна, машинобудівна промисловості. Зменшується питома вага професійної патології у хімічній галузі та легкій промисловості.

Розподіл професійної патології за діагнозами свідчить, що, як і в попередні роки, найбільша кількість професійних хвороб спричинена впливом пилу (в різні роки – від 57,0 % до

63,0 %). Майже всі вони реєструються у вугільній промисловості. Кількість випадків вібраційної хвороби зменшилась майже удвічі.

У 2009 р. спеціалісти держсанепідслужби з розділу гігієни праці взяли участь у розробці та виконанні регіональних програм поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища стосовно впровадження заходів, спрямованих на профілактику та зниження професійної захворюваності працівників; співпрацювали з територіальними управліннями Держгірпромнагляду та профспілками з питань дотримання вимог гігієни праці при проведенні перевірок.

Висновки

Наведені наді свідчать про важливу роль хронічних неінфекційних хвороб у формуванні показників захворюваності, рівень яких значно зріс останніми роками. Ця тенденція є характерною для більшості країн світу. Для України важливими медико-соціальними проблемами є окремі хронічні неінфекційні хвороби – хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, ендокринні та алергічні захворювання.

Перспективи подальших досліджень сфокусовані на вивчення захворюваності населення України на інфекційні захворювання.

Список літератури

1. *Борьба с основными болезнями в Европе – актуальные проблемы и пути их решения. Факты и цифры* / ЕРБ ВОЗ/ОЗ/06. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2006. – 7 с.
2. *Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.* – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2006. – 62 с.
3. *Укрепление здоровья в глобализированном мире : доклад секретариата // Материалы Пятьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Док. А59/21.* – ВОЗ, 2006 г. – 5 с.
4. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію.* 2008 рік. – К., 2009. – 360 с.
5. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію.* 2005 рік. – К., 2006. – 226 с.
6. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію.* 2007 рік. – К., 2008. – 283 с.

К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

Д. Д. Дячук (Киев)

Приведены результаты анализа заболеваемости и распространенности неинфекционных заболеваний среди взрослого населения Украины за 2005–2009 гг.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **взрослое население, неинфекционные заболевания, заболеваемость, распространенность болезней.**

TO THE QUESTION ABOUT MORBIDITY OF ADULT POPULATION OF UKRAINE NON-COMMUNICABLE DISEASES

D. D. Diachuk (Kyiv)

Results of the analysis of disease and prevalence of non-communicable diseases among adult population of Ukraine for 2005-2009 have been resulted.

KEY WORDS: **adult population, non-communicable diseases, morbidity, prevalence of diseases.**

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

УДК 616-07:615.478:614.79

А. В. ПІРНИКОЗА (Вінниця)

ПРОФІЛЬНИЙ АНАЛІЗ ОБУМОВЛЕНОСТІ ДИНАМІКИ РАПТОВИХ СТАНІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ СІЛЬСЬКИХ РАЙОНІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ (СУЦІЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ, 2005-2009 РР.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Вивчалися основні популяційні фактори генерації раптових станів (РС), що загрожують життю, у жителів сільських районів на прикладі Вінницької області. Дослідження проводилося протягом 2007–2010 рр. на підставі суцільного методу за панельним дизайном. Показано, що головними факторами виникнення РС є рівень безробіття (найбільш впливовий для виникнення РС серед міського населення), питома вага СЛД з населенням менше 1500 чол. (найбільш впливовий для виникнення РС серед сільського населення), забезпеченість лікарями, співвідношення вакансій лікарських посад до зайнятих. Медична компонента поступається соціально-економічній у пріоритетності детермінації ризику виникнення РС.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: раптовий стан, профільний аналіз, популяційні фактори генерації.

Ефективність контролю раптових станів значною мірою ускладнюється браком знань щодо факторів їх генерації. Оскільки раптові стани охоплюють широкий перелік станів з раптовим початком та безпосередньою загрозою життю людини (гострий інфаркт міокарда; стенокардія; гостре порушення мозкового кровообігу; гіпертонічний криз з ускладненнями; судоми; інфекційні захворювання, що вимагають інтенсивної терапії; гострий біль в ділянці серця, який виник вперше; гострий біль у черевній порожнині, який виник вперше; пологи та ускладнення вагітності), важко охопити весь перелік специфічних факторів ризику.

Мета дослідження: вивчення ролі основних популяційних характеристик сільського району, які, зокрема, опосередковують дію специфічних факторів ризику.

Матеріали і методи. Суцільне дослідження за панельним дизайном тривало протягом 2007–2010 рр. Головною метою наведеного етапу стало дослідження обумовленості динаміки раптових станів. Аналіз включав вивчення ефектів рівнів, тобто порівняння інтегрованих в часі ефектів медико-соціального середовища сільських районів на виникнення та наслідки раптових станів. Традиційна методологія вивчення ефектів медико-соціальних факторів ґрунтується саме на ефектах рівнів. Проте за реальної ситуації самі показники здоров'я (частину яких є екстрена патологія) в певній мірі обумовлюють медико-соціальне середовище, напри-

клад через "привабливість" сільських районів до медичного персоналу, кращі умови капіталовкладень, зокрема щодо розвитку інфраструктур тощо. Несприятлива демографічна структура (підрозділ показників здоров'я) безпосередньо обумовлює гірший розвиток інфраструктур, зокрема медичного забезпечення. Це призводить до зміщення оцінок впливу медико-соціального середовища сільських районів на виникнення та наслідки раптових станів за ефектами рівнів, що буде продемонстровано нижче. Тому ми включили аналіз ефектів динаміки та ефектів паралелізму, зважаючи на панельний характер організації даних. Наявність достовірного ефекту динаміки свідчить про незалежну від розвитку медико-соціальних інфраструктур зміну рівнів та наслідків раптових станів в часі. Саме тому відокремлення ефекту динаміки є надзвичайно важливим. *Ефекти паралелізму свідчать про особливості динаміки рівнів та наслідків екстреної патології за різного медико-соціального середовища і є основними для ствердження достовірності відмінностей в ризику виникнення та наслідків раптових станів за різного медико-соціального оточення. Для контролю зміщень висновків внаслідок присутності змішувального ефекту демографічних факторів як впливових, ми включили віково-статеву структуру населення, а також показники природного приросту як коваріати. Для унаочнення смислової інтерпретації ефектів компонент медико-соціального середовища, їх напрямку, ми наводимо парціальні коефіцієнти кореляції.*

Як аналітичний фрейм дослідження використаний профільний аналіз, розроблений в 2001 р.

американськими статистиками Barbara G. Tabachnick & Linda S. Fidell, 2001 [1] як модифікація багатомірного коваріаційного аналізу з повторними вимірами [2].

Статистичні складові оцінки ефектів рівнів враховують міжгрупову суму квадратів S_{bg} та суму квадратів помилки S_{er} , відповідні усереднені суми квадратів (ES_{bg} , ES_{er}) та оцінку достовірності ефектів (F), які розраховані за формулами:

$$S_{bg} = n \sum_j (\bar{Y}_j - \bar{Y})^2 \quad (1)$$

$$S_{er} = \sum_i \sum_j (\bar{Y}_{ij} - \bar{Y}_j)^2, \quad (2)$$

де \bar{Y} – середнє значення характеристики екстреної патології;

\bar{Y}_j – середнє значення характеристики екстреної патології за j -ї градації фактора (наприклад, певного рівня безробіття);

\bar{Y}_{ij} – середнє значення характеристики екстреної патології i -го району за j -ї градації фактора;

- n – розмір вибірки;
- $ES_{bg} = S_{bg}/DF$;
- $ES_{er} = S_{er}/DF$;
- $F = ES_{bg}/ES_{er}$;
- DF – число ступенів свободи.

Статистичні складові оцінки ефектів динаміки враховують внутрішньогрупову матрицю суми квадратів/коваріаційних добутків S_{wg} , а також вектор середніх послідовних різниць значень динаміки характеристики екстреної патології ΔM та оцінку достовірності ефектів (F). Матриця S_{wg} є сумою n індивідуальних матриць виду:

$$(\Delta Y_i - \Delta M_j) \cdot (\Delta Y_i - \Delta M_j)', \quad (3)$$

де ΔY_i – вектор послідовних різниць значень динаміки характеристики екстреної патології i -го району;

ΔM_j – вектор середніх послідовних різниць значень динаміки характеристики екстреної патології за j -ї градації фактора.

Тестова статистика достовірності ефектів F розрахована за формулою:

$$\frac{n - k - p + 2}{p - 1} n \cdot \Delta M' \cdot S_{wg}^{-1} \cdot \Delta M, \quad (4)$$

де n – розмір вибірки; k – кількість градацій фактора, що утворює ефект; p – кількість років спостереження, 5.

DF (число ступенів свободи) дорівнювали відповідно $n - k - p + 2$ та $p - 1$.

Статистичні складові оцінки ефектів паралелізму враховують міжгрупову та внутрішньогрупову матриці суми квадратів/коваріаційних добутків S_{bg} і S_{wg} , та оцінки достовірності ефектів (Λ , F). S_{wg} розраховується як сума індивідуальних матриць, що отримуються за формулою (5). S_{bg} розраховувалася як:

$$\frac{|S_{wg}|}{|S_{wg} + S_{bg}|} \quad (6)$$

Наведені значення F розраховані як апроксимація тестової статистики достовірності ефектів Λ .

Для детальнішого вивчення пов'язаних з динамікою ефектів (динаміки та паралелізму) ми розглядали як лінійний тренд, так і квадратичний на основі поділу матриць суми квадратів/коваріаційних добутків на незалежні, що вихоплюють лінійні та квадратичні зміни за аналізом контрастів (Barbara G. Tabachnick & Linda S. Fidell, 2001). Причиною стала можливість як лінійного, так і більш складного ступеневого ефекту медико-соціального середовища на динаміку рівнів та наслідків раптових станів. Всі розрахунки здійснені в середовищі статистичної аналітичної системи SAS 9.1 Level 1M3 XP Home platform, S/N 882876, Site #12300001 licensed to Ocheredko Oleksandr.

В статті наведені лише суттєві ефекти, за винятком ефектів динаміки, які наведені незалежно від їх достовірності як важливі для опису часових тенденцій показників. Слід зауважити, що внаслідок низької потужності дослідження граничну достовірність 0,05 ми розширили до 0,07 [3].

Результати дослідження та їх обговорення. Виявлені достовірні парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку раптових станів у міських дітей наведені в таблиці 1. Як видно з рисунку, динаміка позитивна по всім групам населення, хоча загальний ефект для міських дітей недостовірний ($F=57,7$ з $p=1,70$).

Ефекти рівнів: кількість населення району достовірно модифікує генерацію раптових станів з коефіцієнтом $\nu = -0,0002$ ($F=5,64$ з $p=0,0351$); збільшення частки працездатного населення пов'язане із зменшенням рівнів раптових станів ($\beta = -0,378$, $F=5,56$ з $p=0,0362$); краща забезпеченість лікарями і середнім медичним персоналом також зменшує ризик раптових станів у міських дітей ($\beta = -3,724$, $F=34,7$ з $p < 0,0001$; відповідно недостатнє забезпечення медичних служб спеціалістами теж підвищує ризик виникнення раптових станів ($\beta = 0,327$ з $p=0,0186$).

Очевидно, ці закономірності пояснюються кращим розвитком інфраструктур більших населених пунктів, зокрема медичним забезпеченням, яке, внаслідок кращої доступності й опера-

Таблиця 1. Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку раптових станів у міських дітей

Фактор	β	#	СК(III)	F	P
Ефект динаміки (внутрішньогруповий) недостовірний					
2005–2009 рр.	+	4	230,84	57,71	1,70
Ефекти рівнів (міжгрупові)					
Кількість населення району	-0,0002	1	760,00	5,64	0,0351
Частка працездатного населення	-0,378	1	749,41	5,56	0,0362
Забезпеченість лікарями	-3,724	1	4676,10	34,70	<0,0001
Забезпеченість середнім медичним персоналом	-0,194	1	810,80	6,02	0,0304
N спец. з 1 спеціалістом	0,327	1	998,28	7,41	0,0186
Ефекти паралелізму (внутрішньогрупові)					
Частка СЛД з населенням менше 1500	+0,145	4	366,82	2,70	0,0425
Забезпеченість лікарями	-0,009	4	361,44	2,66	0,0439
N спец. з 1 спеціалістом	0,808	4	347,77	2,56	0,0504

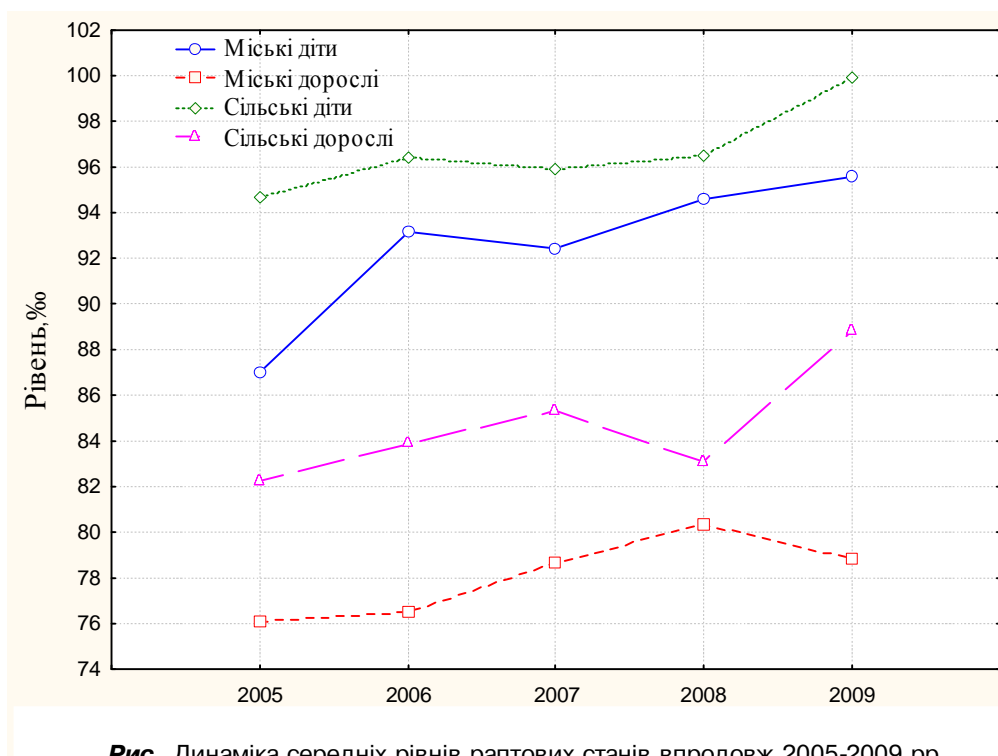


Рис. Динаміка середніх рівнів раптових станів впродовж 2005-2009 рр.

тивності, має певні важелі щодо контролю виникнення раптових станів у міських дітей, що підтверджується результатами дослідження.

Ефекти паралелізму: у сільських районах з високою часткою дільниць з населенням менше 1500 чол. простежуються достовірно вищі показники росту рівнів раптових станів у дітей ($\beta = 0,145$, $F=2,70$ з $p=0,0425$). Це пояснюється тим, що даний показник є маркерним для розвитку сільського району у цілому: розпорочені малі села пов'язані із загальними труднощами розвитку району і становлення відповідних умов життєдіяльності. Аналогічний щодо напрямку вплив здійснюють недостатня забезпеченість лікарями ($\beta=-0,009$, $F=2,66$ з $p=0,0439$) та недо-

статня забезпеченість медичних служб спеціалістами ($\beta=-0,808$ з $p=0,0504$).

Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку раптових станів у міських дорослих наведені в таблиці 2. Як видно з рисунку, динаміка достовірно позитивна ($F=3,38$ з $p=0,0347$).

Ефекти рівнів: більша частка сільського населення району достовірно збільшує ризик раптових станів з коефіцієнтом $\beta=0,348$ ($F=5,41$ з $p=0,0383$); збільшення рівня безробіття також пов'язане із збільшенням рівнів раптових станів ($\beta=1,694$, $F=4,50$ з $p=0,0548$); краща забезпеченість лікарями і заповнення вакансій лікарських посад натомість зменшує ризик раптових

станів у міських дорослих ($\beta = -3,455$, $F=11,2$ з $p=0,006$). Цікаво, що недозабезпеченість медичною допомогою спонукає населення звертатись до ЛПЗ другого етапу. Саме цим можна пояснити на перший погляд суперечливий характер ефекту звернень: при зменшенні звертальності на першому етапі зростає ризик раптових захворювань ($\beta = -1,612$, $F=4,7$ з $p=0,051$) і обернена закономірність щодо звертальності в ЛПЗ другого етапу ($\beta=1,627$, $F=12,8$ з $p=0,0038$).

Ефекти паралелізму: у сільських районах з високим співвідношенням вакансій лікарських посад простежуються достовірно вищі показники росту рівнів раптових станів у міських дорослих ($\beta=2,575$, $F=2,45$ з $p=0,0584$).

Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку раптових станів у сільських дітей наведені в таблиці 3. Як видно з рисунку, динаміка позитивна, проте ефект недостовірний ($F=0,24$ з $p=0,9143$).

Ефекти рівнів: більша частка СЛД району з населенням менше 1500 достовірно збільшує ризик раптових станів з коефіцієнтом $\beta=0,116$ ($F=7,21$ з $p=0,0198$); краща забезпеченість лікарями натомість зменшує ризик раптових станів у сільських дітей ($\beta=-4,072$, $F=5,34$ з $p=0,039$). Це й не дивно, адже саме сільське населення найбільше страждає від гірших умов життя, зокрема населення віддалених малих сіл, у тому числі від меншої доступності медичної допомоги.

Таблиця 2. Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку раптових станів у міських дорослих

Фактор	β	#	СК(III)	F	P
Ефект динаміки (внутрішньогруповий)					
2005–2009 рр.	+	4	580,45	3,38	0,0347
Ефекти рівнів (міжгрупові)					
Частка сільського населення	0,348	1	1420,86	5,41	0,0383
Забезпеченість лікарями	-3,455	1	2942,59	11,21	0,0058
N звернень 1 етап	-1,612	1	1230,21	4,69	0,0513
N звернень 2 етап	1,627	1	3367,50	12,83	0,0038
Вакансії лікарських посад	1,509	1	6492,77	24,73	0,0003
Рівень безробіття	1,694	1	1186,58	4,50	0,0548
Ефекти паралелізму (внутрішньогрупові)					
Вакансії лікарських посад	2,575	4	546,89	2,45	0,0584

Таблиця 3. Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку раптових станів у сільських дітей

Фактор	β	#	СК(III)	F	P
Ефект динаміки (внутрішньогруповий)					
2005–2009 рр.	+	4	40,11	0,24	0,9143
Ефекти рівнів (міжгрупові)					
Частка СЛД з населенням менше 1500	0,116	1	4181,26	7,21	0,0198
Забезпеченість лікарями	-4,072	1	3095,60	5,34	0,0394
Ефекти паралелізму (внутрішньогрупові) недостовірні					

Ефекти паралелізму: у сільських районах з високим співвідношенням вакансій лікарських посад простежуються достовірно вищі показники росту рівнів раптових станів у міських дорослих ($\beta=2,575$, $F=2,45$ з $p=0,0584$).

Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку раптових станів у сільських дорослих наведені в таблиці 4. Як видно з рисунку, динаміка позитивна, проте ефект недостовірний ($F=0,57$ з $p=0,685$).

Ефекти рівнів: як і у випадку з дітьми, більша частка СЛД району з населенням менше 1500 достовірно збільшує ризик раптових станів з

коефіцієнтом $\beta=0,038$ ($F=6,31$ з $p=0,0273$); краща забезпеченість лікарями натомість зменшує ризик раптових станів у сільських дорослих ($\beta=-3,904$, $F=11,1$ з $p=0,006$). До того ж вищий рівень безробіття збільшує рівень раптових станів, хоч і на межі достовірності ($\beta=0,544$, $F=3,99$ з $p=0,0691$).

Ефекти паралелізму: у сільських районах з високою часткою дільниць з населенням менше 1500 простежуються достовірно вищі показники росту рівнів раптових станів у сільських дорослих ($\beta=0,269$, $F=3,86$ з $p=0,0084$), як і при меншій доступності медичної допомоги за показ-

Таблиця 4. Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку раптових станів у сільського дорослого населення

Фактор	β	#	СК(III)	F	P
Ефект динаміки (внутрішньогруповий)					
2005–2009 рр.	+	4	78,66	0,57	0,6852
Ефекти рівнів (міжгрупові)					
Частка СЛД з населенням менше 1500	0,038	1	2017,82	6,31	0,0273
Забезпеченість лікарями	-3,904	1	3539,76	11,08	0,0060
Рівень безробіття	0,554	1	1273,98	3,99	0,0691
Ефекти паралелізму (внутрішньогрупові)					
Частка СЛД з населенням менше 1500	0,269	4	532,09	3,86	0,0084
N звернень 1 етап	-3,659	4	352,12	2,55	0,0508

ником звернень в ЛПЗ першого етапу ($\beta=-3,659$, $F=2,55$ з $p=0,0508$).

Таким чином, в цілому найбільш суттєвими щодо впливу на виникнення раптових станів є фактори "рівень безробіття", "частка СЛД з населенням менше 1500", "забезпеченість лікарями", "співвідношення вакансій лікарських посад". Фактор "частка СЛД з населенням менше 1500" є найбільш впливовим для сільського населення. Оскільки фактор виражає популяційну основу підтримки інфраструктур життєдіяльності, віднайдена закономірність є логічною і показує, що суттєвих зрушень щодо зменшення ризику виникнення раптових станів не можна досягти без нормалізації популяційної бази сільських населених пунктів як основи для підтримки соціально-економічних інфраструктур, способу життя, праці, освіти сільських мешканців. Є певні відмінності щодо міського населення сільських районів. Генерація компонент раптових станів контингенту "міське населення" переважно залежала від фактора "рівень безробіття". Внаслідок більш досконалих інфраструктур життєдіяльності на перший план виходить зайнятість населення як важливий соціальний чинник профілактики раптових станів. Слід зазначити, що медична

компонента поступається соціально-економічній в пріоритетності детермінації ризику виникнення раптових станів. Вказані закономірності стосуються як дитячого, так і дорослого населення.

Висновки

1. Середні рівні раптових станів зростали у всіх контингентах дослідження протягом 2005–2009 рр., проте суттєвим ріст виявився лише для міських дорослих ($F=3,38$ з $p=0,0347$).

2. Найбільш суттєвими щодо впливу на виникнення раптових станів є фактори "рівень безробіття", "частка СЛД з населенням менше 1500", "забезпеченість лікарями", "співвідношення вакансій лікарських посад до зайнятих".

3. Фактор "частка СЛД з населенням менше 1500" є найбільш впливовим для сільського населення.

4. Генерація компонент раптових станів контингенту "міське населення" переважно залежала від фактора "рівень безробіття".

5. Медична компонента поступається соціально-економічній в пріоритетності детермінації ризику виникнення раптових станів.

Перспективи подальших досліджень сфокусовані на вивчення стану організації медичної допомоги населенню при раптових станах.

Список літератури

1. *Barbara G. Tabachnick Using multivariate statistics / Barbara G. Tabachnick, Linda S. Fidell.* – 4th ed. – 2005. – 966 p.
2. *Comparing the SAS GLM and MIXED Procedures for Repeated Measures*, Proceedings of the Twentieth Annual SAS Users Group Conference.
3. *Hsu J. C. Multiple Comparisons in the General Linear Model / J. C. Hsu, B. Nelson,* // Journal of Computational and Graphical Statistics. – 1998. – Vol. 7. – P. 23–41.

ПРОФИЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБУСЛОВЛЕННОСТИ ДИНАМИКИ ВНЕЗАПНЫХ СОСТОЯНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ ВИННИЦКОЙ ОБЛАСТИ (СПЛОШНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, 2005–2009 ГГ.)

А. В. Пирныкоза (Винница)

Изучены основные популяционные факторы генерации угрожающих жизни внезапных состояний (ВС) у жителей сельских районов на примере Винницкой области. Исследование проведено на протяжении 2007–2010 гг. на основе сплошного метода за панельным дизайном. Показано, что основными факторами

возникновения ВС являются уровень безработицы (наиболее влиятельный для возникновения ВС среди городского населения), удельный вес СВУ с населением меньше 1500 чел. (наиболее влиятельный для возникновения ВС среди сельского населения), обеспеченность врачами, соотношение вакансий врачебных должностей к занятым. Медицинская компонента уступает социально-экономической в приоритетности детерминации риска возникновения ВС.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **внезапное состояние, профильный анализ, популяционные факторы генерации.**

THE PROFILE ANALYSIS OF CONDITIONALITY DYNAMICS OF ACCIDENTAL PATHOLOGY AMONG THE POPULATION OF RURAL AREAS VINNITSKA REGION (CONTINUOUS RESEARCH, 2005-2009)

A. V. Pirykoza (Vinnitsa)

The most influential population factors of incidence of life threatening accidental pathology in rural communities have been investigated based upon situations in Vinnitska oblast. Study has been carried out in 2007-2010 by panel design. It was demonstrated that unemployment rate, share of rural physician districts (RPD) populated under 1500, provision with physicians, ratio of vacant physician offices to occupied are the main generative factors. Factor "share of RPDs populated under 1500" is the most influential for rural population while factor "unemployment rate" is for urban communities. Medical component yields to social and economic component by priority of moderating incidence of accidental pathology.

KEY WORDS: **accidental pathology, the profile analysis, influential population factors.**

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

УДК 616.98:578.828ВІЛ:616-058

А. В. ЯКОБЧУК, Є. О. ПОЛЯКОВ, А. М. ЛЕТА (Київ)

ЕПІДЕМІЯ ВІЛ/СНІДУ ЯК СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВИЙ ФЕНОМЕН СУЧАСНОСТІ

Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини"
Державного управління справами
Державний департамент виконання покарань

Показано історію розвитку уявлень про збудник ВІЛ-інфекції, особливості її поширення у світі і в Україні; встановлено тенденції епідеміологічного процесу і наведено прогнозовані показники епідемії до 2017 р.; акцентовано увагу на нерівномірній поширеності ВІЛ-інфекції в різних адміністративних територіях; проведено медико-статистичний аналіз серед контингенту населення Державної кримінально-виконавчої системи України.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **ВІЛ-інфекція, епідемія ВІЛ/СНІДу, сероепідмоніторинг, скринінг, Державна кримінально-виконавча система України.**

Перші випадки СНІДу були зареєстровані в 1981 р. у США. Хвороба, яка почалася з декількох випадків у середовищі гомосексуалістів, уже через рік була зареєстрована в 16 країнах у 711 чоловік, через 5 років – у 113 країнах у 72 504 чол. До 1989 р. ВІЛ/СНІД зареєстровано в 130 країнах світу із загальною чисельністю хворих близько 140 000, кількість їх щорічно подвоювалась.

Навіть Міністерство охорони здоров'я Об'єднаних Арабських Еміратів в 2006 р. вперше офіційно визнало наявність з початку 1980-х рр. 657 випадків захворювання на ВІЛ-інфекцію в країні [1].

У 2010 р., за повідомленням дослідників Школи громадської охорони здоров'я Джона Хопкінса Блумберга, рівень передачі ВІЛ-інфекції в Сполучених Штатах знизився на 88% порівняно з 1984 р. і на 33% – з 1997 р., а число людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, зросло. За твердженням

ням дослідників, в країні з кожної сотні ВІЛ-інфікованих п'ять або менше за час життя передадуть вірус іншій людині. Це означає, що 95% інфікованих самі не будуть переносниками інфекції. Медики вважають, що такі сприятливі тенденції пов'язані з належними зусиллями з профілактики ВІЛ. У 1984 р. від сотні людей з ВІЛ інфікувалися 44 здорових людини [2]. Із суто медичної проблеми охорони здоров'я ВІЛ/СНІД перетворився на проблему соціально-економічного розвитку та національної безпеки, збитки від якої порівнюють із наслідками світових воєн [3].

Україна – одна з країн із найбільшим числом ВІЛ-позитивних людей в регіоні. За оцінками ЮНЕЙДС, в Україні біля 440 тис. чол. живуть з ВІЛ, що становить понад 1% від чисельності дорослого населення. Щоденно в країні реєструється близько 50 первинних захворювань на ВІЛ-інфекцію [5].

Мета дослідження: здійснити аналіз розвитку медико-соціального аспекту епідемії ВІЛ/СНІДу та розглянути окремі її особливості як соціально-правового феномену сучасності.

Матеріал і методи дослідження. У дослідженні використано наступні методи: бібліографічний, структурно-логічний, історичний, медико-статистичний, системного аналізу, моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення. ВІЛ/СНІД займає четверте місце серед причин смертності (понад 20 млн людей) у світі, насамперед осіб молодого віку, а з ВІЛ живе майже 40 млн осіб. Найбільш загрозливою епідемія є для країн Південної Африки, Південної Америки, Південно-Східної Азії. В регіоні Східної Європи та Центральної Азії темпи розвитку епідемії також продовжують зростати, кількість інфікованих осіб досягла 1,5 млн: у Російській Федерації,

Україні, країнах Балтії, Білорусії та Казахстані, а показник поширеності ВІЛ-інфекції перевищив 1% населення у віці 15–49 років, що з погляду епідеміології дозволяє характеризувати ситуацію в цих країнах як концентровану (здебільшого у так званих групах ризику) стадію епідемії.

Загальну кількість виявлених на сьогоднішній день хворих вважають верхівкою айсберга. Підводна його частина, найближча до поверхні, умовно означає нерозпізнану групу хворих і осіб із СНІД-асоційованими захворюваннями – приблизно 5–6 на кожен розпізнаний випадок. Основна частина айсберга – це люди, у яких немає ознак хвороби, але вони вже інфіковані ВІЛ, і в недалекому майбутньому у них варто очікувати розвиток хвороби. За оцінками експертів ВООЗ, таких людей у 50–100 разів більше, ніж виявлених хворих. За даними UNAIDS, в 2007 р. кількість людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом (ЛЖВС), у світі склала 33,2 млн, одночасно було зареєстровано 2,5 млн нових випадків ВІЛ-інфекції, з них дітей до 15 років – 420 тис., кількість смертей від СНІДу склала 2,1 млн, з них дітей до 15 років – 330 тис. За даними експертів ЄРБ ВООЗ, Україна належить до країн Європи, в яких проблема ВІЛ-інфекції постає найбільш гостро (табл. 1). За відносною кількістю ВІЛ-інфікованого населення країна посідає перше місце в Європі та третє в Євразії (після Камбоджі та Таїланду). У Східній Європі та Центральної Азії тільки в 2007 р. було інфіковано 150 тис. осіб, загальна кількість ЛЖВС склала 1,6 млн осіб. Майже 90% вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в 2006 р. у цьому регіоні припадає на дві країни – Російську Федерацію (66%) та Україну (21%). При цьому переважну більшість інфікованих в Україні становлять люди віком 20–39 років.

Таблиця 1. Розподіл країн Європи та СНД за рівнем поширеності ВІЛ-інфекції

Пріоритет роботи щодо обмеження поширення ВІЛ-інфекції	Високий	-	-	Білорусія, Латвія, Литва, Молдова, Росія, Україна, Естонія
	Середній	Франція, Італія, Велика Британія	Польща, Іспанія, Португалія, Туреччина	Вірменія, Казахстан, Азербайджан, Грузія, Румунія, Таджикистан, Узбекистан
	Низький	Андорра, Австрія, Бельгія, Німеччина, Словаччина, Словенія, Чехія, Швеція, Швейцарія	Албанія, Боснія і Герцеговина, Болгарія, Хорватія, Угорщина, Македонія, Сербія і Чорногорія	Туркменістан

З 1987 р., коли в Україні офіційно зареєстровано перший випадок ВІЛ-інфекції, до 2009 р. включно було зафіксовано загалом 161 119 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 31 241 випадок захворювання на СНІД та 17 791 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні в останній рік дещо сповільнила свої темпи, але щороку збільшується кумулятивна кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції. Свідченням цього є те, що у 2009 р. зареєстровано 19 840 первинних ВІЛ-інфекцій (43,2 на 100 тис. нас.). І хоча з 1999 р. кількість вперше зареєстрованих ви-

падків ВІЛ-інфекції щорічно зростає, за період 2006–2009 рр. відмічається зниження темпу щорічного приросту даного показника на 16,8%, 10,5%, 7,6%, 5,7%, відповідно.

В Україні ВІЛ-інфекція почала поширюватися швидкими темпами лише з 1995 р. (рис. 1). Отже, загальна картина наслідків поширення ВІЛ/СНІДу в Україні поки не позначилася в повній мірі, оскільки у більшості людей, які живуть з ВІЛ,

захворювання ще не стало симптоматичним, і вони не підозрюють про наявність інфекції, водночас збільшується кількість ВІЛ-інфікованих осіб, виявлених через наявність клінічних показань. За результатами сероепідмоніторингу, за шість місяців 2009 р. майже 22% від усіх позитивних результатів було обстежено за клінічними показаннями.

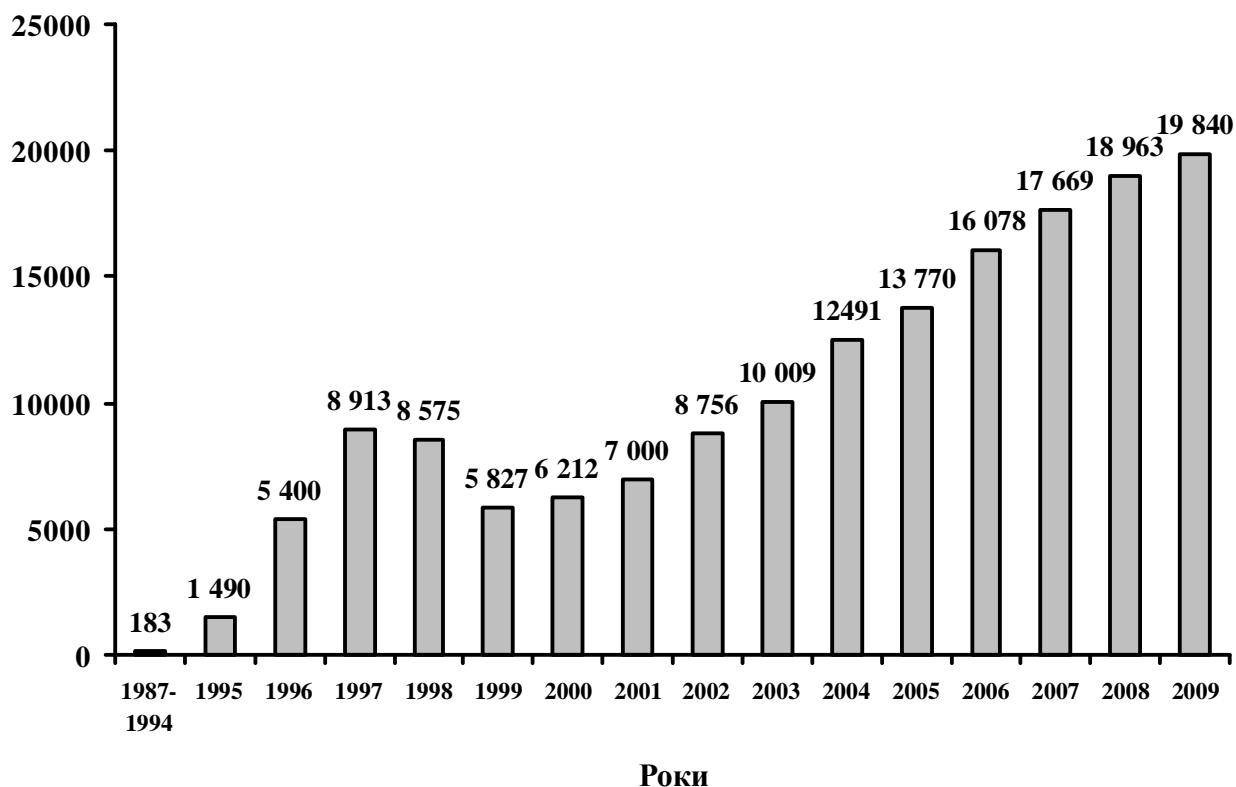


Рис. 1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України по роках за період 1987–2009 рр. (в абс. числах)

Привертає увагу той факт, що оскільки в Україні інтенсивно проходить процес депопуляції населення (на кінець 2007 р. населення України становило 46 379 700, на кінець 2008 р. – 46 192 309, тобто лише за рік населення зменшилося на 187 391 осіб), то темпи приросту чи зменшення абсолютної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції і показників на 100 тисяч населення не співпадають, що викликає значне занепокоєння у керівництва держави. За офіційними даними, у 2009 р. кожного дня у 54 осіб встановлювався діагноз ВІЛ-інфекція, у 12 осіб – діагноз СНІД, а 7 осіб помирало від захворювань, зумовлених СНІДом (рис. 2).

У 2009 р. понад 77 % серед ВІЛ-інфікованих громадян України склали особи репродуктивного та працездатного віку – 15–49 років. Разом з тим останніми роками зменшується частка випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 15–24 років серед усіх уперше зареєст-

рованих випадків ВІЛ-інфекції: у 2006 р. – 16 %, у 2007 р. – 15 %, у 2008 р. – 13 %, у 2009 р. – 12 %. Це також свідчить про деяку стабілізацію епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в цілому через зміну поведінки молоді на менш ризиковану. Високу обізнаність щодо питань ВІЛ/СНІДу у цих вікових групах підтверджують й інші дослідники [4]. На території України ВІЛ-інфекція поширена нерівномірно. Дотепер є регіони-лідери, де показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію перевищує середній по країні (21,7 на 100 тис. населення) у понад 2 рази: Дніпропетровська область – 54,8, Миколаївська – 52,2, Донецька – 44,4. З усіх офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ серед громадян України з початку епідемії на 01.01.2010 р. під диспансерним наглядом перебували 101 182 особи (220,9 на 100 000 населення), з них 11 827 – з діагнозом СНІД (25,8 на 100 000 населення). Із використанням методів математичного моделювання на основі даних

поширення ВІЛ/СНІДу в Україні розраховано прогнозовані показники поширеності, захворюваності тощо на період до 2017 р. (табл. 2).

Слід зауважити, що останніми роками відмічається все більша кількість ВІЛ-інфікованих осіб, виявлених через наявність клінічних показань. За результатами сероепідмоніторингу, у 2009 р. майже 22 % від усіх позитивних резуль-

татів було виявлено серед осіб, обстежених за клінічними показаннями. А з 4437 випадків СНІДу, зареєстрованих у 2009 р., 2182, або 49 %, вперше узяті під нагляд вже з розвинутою стадією ВІЛ-інфекції, тобто зі СНІДом.

Щороку в Україні виконується близько 3,0 млн обстежень на ВІЛ, переважно за рахунок обстеження осіб із груп ризику.

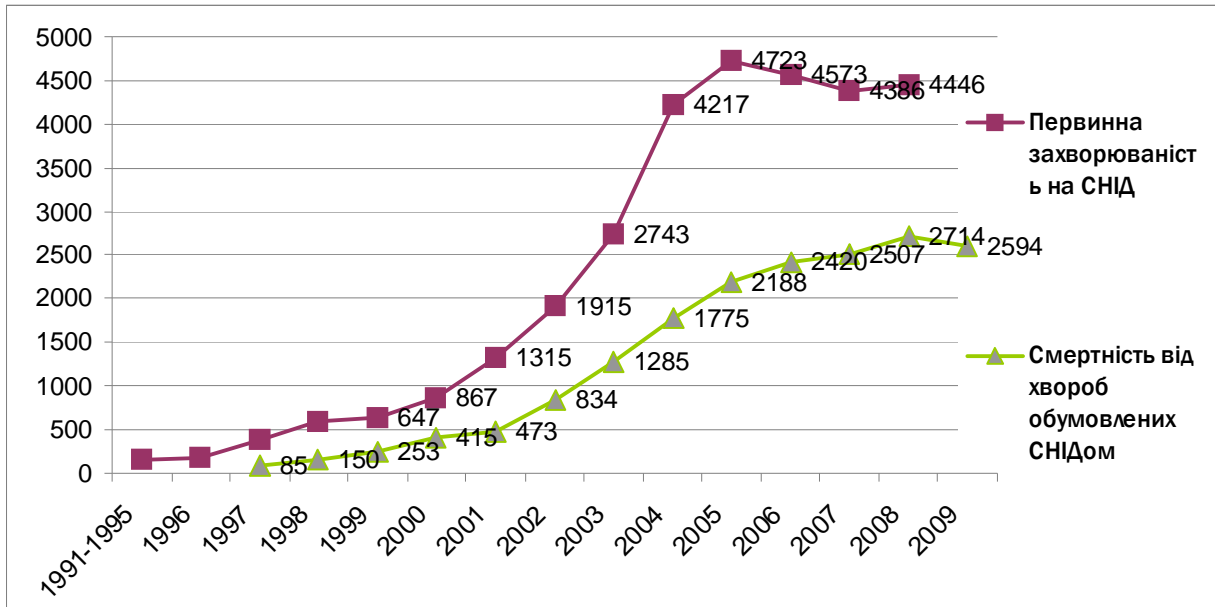


Рис. 2. Кількість нових випадків СНІДу та померлих від хвороб, обумовлених СНІДом, серед громадян України в 1991–2009 рр.

Таблиця 2. Прогнозовані показники розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу

Показник	Рік		
	2013	2015	2017
Поширеність ВІЛ-інфекції серед населення віком 15–49 років (%)	1,41	1,43	1,45
Загальна кількість ЛЖВС віком 15 років і старше	376000	377000	378000
Поширеність ВІЛ-інфекції серед населення віком від 15 років і старше (%)	0,95	0,97	0,99
Нові випадки ВІЛ-інфекції серед населення віком від 15 років і старше	26000	23000	20000
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію (%)	0,07	0,06	0,05
Потребують АРТ	113000	126000	139000

Впродовж 2007–2009 рр. в Україні відмічається постійне збільшення кількості скринінгових досліджень на антитіла до ВІЛ – з 2 866 тис. обстежень у 2007 р. до 3358 тис. у 2009 р. Слід зазначити, що при постійній кількості тестувань СІН (код 102) рівень їх інфікованості практично не змінюється.

Подібна ситуація спостерігається щодо тестування осіб, у яких виявлені хвороби, що передаються статевим шляхом (код 104). Разом з тим кількість тестувань осіб, які мають численні незахищені сексуальні контакти (код 105), збільшилася у 2 рази, але рівень їх інфікованості майже

не змінився. Потрібно зазначити, що епідемія ВІЛ набула значного поширення в установах кримінально-виконавчої служби України. Так, якщо в 1992 р. у місцях позбавлення волі утримувалось лише 6 осіб із вперше встановленим ВІЛ, то в 2010 р. їх вже було 2318 осіб (табл. 3). Починаючи з 1987 р. по 1 січня 2010 р. вперше виявлено 23494 ВІЛ-інфікованих, з яких у 2389 осіб було встановлено діагноз СНІДу. Станом на 01.01.2010 р. в закладах охорони здоров'я Департаменту на диспансерному обліку перебувало 6069 ВІЛ-інфікованих (з них 702 жінки), що на 56 осіб більше, ніж в 2007 р., з них 387 – хворих на СНІД

(з них 78 жінка), 12 іноземних громадян. Найбільша кількість ВІЛ-інфікованих на початок 2010 р. знаходиться на диспансерному обліку в Донецькій (1649), Дніпропетровській (403), Одеській (366), Луганській (372), Миколаївській (381) та Херсонській (387) областях.

Таблиця 3. Порівняльна характеристика показників поширення ВІЛ/СНІДу в період з 1992 по 2009 рр. (абс. числ.)

Рік	МОЗ України			Державна кримінально-виконавча служба України		
	Вперше ВІЛ	з них СНІД	Померло від СНІДу	Вперше ВІЛ	з них СНІД	Померло від СНІДу
1992	32	4	-	6	-	-
1993	40	7	-	7	-	-
1994	44	10	2	11	-	-
1995	1 499	45	19	455	-	-
1996	5 422	143	69	2946	-	3
1997	8 934	189	82	2770	-	7
1998	8 512	399	148	1096	21	42
1999	5 927	587	253	351	45	27
2000	6 212	657	427	500	83	15
2001	7 010	867	473	310	57	19
2002	8 756	1 353	834	828	84	37
2003	10 013	1 916	1 285	1110	120	70
2004	12 494	2 743	1 775	2588	267	88
2005	13 770	4 217	2 188	2033	322	147
2006	16 078	4 123	2 416	1848	357	130
2007	17 669	8 944	2 507	2190	312	155
2008	18 963	4 386	2 714	2127	299	138
2009	19 840	4 446	2 593	2318	422	169
Всього	137432	35036	17785	23494	2389	1047

У 2009 р. вперше ВІЛ-інфекцію на ранніх стадіях захворювання виявлено у 2318 осіб (2008 р. – 2127 осіб, з них у 348 жінок), а СНІД – у 422 осіб (2008 р. – 299 осіб, з них у 39 жінок). Показник вперше виявленої захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед засуджених та осіб, узятих під варту, поступово зростає та в 2009 р. становив 16,1 на тис. осіб (2006 р. – 11,9 на тис. осіб, 2007 р. – 14,4 на тис. осіб, 2008 р. – 15,2 на тис. осіб, 2009 р. – 16,1 на тис. осіб). Показник первинної захворюваності на СНІД у 2009 р. зріс порівняно з попередніми роками та становить 2,9 на тис. осіб (2007 р. – 2,1 на тис. осіб, 2008 р. – 2,1 на тис. осіб).

Звільнено з проявами СНІДу за статтею 84 Кримінального кодексу України 448 засуджених (2004 р. – 260 осіб, 2005 р. – 272 особи, 2006 р. – 307 осіб, 2007 р. – 286 осіб, 2008 р. – 362 особи). Протягом 2009 р. на наявність ВІЛ-інфекції було обстежено 28625 осіб, ВІЛ-інфекція була виявлена у 2318 осіб (19,9%). Нижчий за середній показник обстеження по Департаменту зареєстровано у Дніпропетровській (5,8%),

Івано-Франківській (8,1%), Кіровоградській (13,7%), Львівській (12,1%), Миколаївській (12,2%), Одеській (13,2%), Сумській (11,2%), та Черкаській (8,4%) областях. Померло протягом 2009 р. 169 осіб (з них 7 жінок), що на 18,3% більше, ніж за 2008 р. (138 осіб). Найбільша кількість померлих в Донецькій (78 осіб), Харківській (14 осіб) та Херсонській (42 особи) областях. Станом на 01.01.2010 р. в установах кримінально-виконавчої служби утримувалось 1188 хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз, з них лише 95 осіб отримували антиретровірусну терапію.

Висновки

У світі ВІЛ/СНІД займає четверте місце серед причин смертності, насамперед серед осіб молодого віку. Україна щодо відносної кількості ВІЛ-інфікованого населення посідає перше місце в Європі та третє в Євразії. В Україні у 2009 р. щоденно у 50 осіб встановлювався діагноз ВІЛ-інфекція, у 12 – діагноз СНІД, а 7 осіб помирало від захворювань, зумовлених СНІДом, 77% се-

ред ВІЛ-інфікованих склали особи репродуктивного та працездатного віку. Відповідно до чинного законодавства України, у пенітенціарних установах проводиться робота зі звільнення ув'язнених з проявами СНІДу, постійний сероепідмоніторинг, відповідні профілактичні заходи і правовий захист.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні епідеміологічних тенденцій,

як серед загального населення, так і серед контингенту Державної кримінально-виконавчої служби України, опрацювання нових форм профілактичного та правового захисту ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, розробці технологій наступності між установами Державної кримінально-виконавчої служби України та лікувально-профілактичними закладами МОЗ України.

Список літератури

1. *Кількість* інфікованих ВІЧ і хворих СНІДОМ в Об'єднаних Арабських Еміратах 08-12-2008: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ami-tass.ru>. – Назва з титул. екрану. – Доступ 11.07.10.
2. *Рингач Н. О.* Використання даних соціологічних досліджень з проблеми ВІЛ/СНІД для потреб державного управління / Н. О. Рингач // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 3 (15). – С. 115–119.
3. *Рівень* передачі ВІЛ-інфекції в Сполучених Штатах знизився. 13-12-2008: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ami-tass.ru>. – Назва з титул. екрану. – Доступ 10.07.10.
4. *Статистика:* епидемическая ситуація по ВІЧ-інфекції/СПИД в Україні (по состоянию 01.01.2009) / Международный Альянс с ВІЧ/СПИД в Украине [Електронний ресурс]. – Режим доступа <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-in/index.cgi?url=/ru/library/statistics/index.htm>.
5. <http://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/featurestories/2010/october/20101012fsukrainecharity/>.

ЭПИДЕМИЯ ВИЧ/СПИДА КАК СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОЙ ФЕНОМЕН СОВРЕМЕННОСТИ

А. Якобчук, Е. Поляков, А. Лета (Киев)

Показаны история развития представлений о возбудителе ВІЧ-инфекции, особенности ее развития в мире и в Украине; установлены тенденции эпидемиологического процесса и представлены прогнозируемые показатели эпидемии до 2017 г.; акцентировано внимание на неравномерной распространенности ВІЧ-инфекции в различных административных территориях; проведен медико-статистический анализ среди контингента населения Государственной криминально-исполнительной системы Украины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ВІЧ-инфекция, эпидемия ВІЧ/СПИДа, сероепідмоніторинг, скрининг, Государственная криминально-исполнительная система Украины.

HIV/AIDS EPIDEMIC AS SOCIAL AND LEGAL PHENOMENON OF CONTEMPORANEITY

A. Yakobchuk, E. Poliakov, A. Leta (Kyiv)

The short historical analysis of development picture of exciter HIV-infection has been carried out, features its development in the world and in Ukraine, the tendencies of epidemiology process and forecast indexes for epidemic have been set till 2017, attention on uneven prevalence of HIV-infection has been accented in different administrative territories, medical and statistical analysis has been conducted among the contingent population of the State Criminal Executive System of Ukraine.

KEY WORDS: HIV-infection, HIV/AIDS epidemic, HIV monitoring, screening, the State Criminal Executive System of Ukraine.

Рецензент: М. І. Ципко

УДК 616.98-036.2:578.828.6]-054.7(477.87)

І. С. МИРОНЮК, В. Й. ШАТИЛО (Ужгород, Житомир)

РОЛЬ БЛИЗЬКОГО ОТОЧЕННЯ ТРУДОВИХ МІГРАНТІВ У РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ЗАКАРПАТТІ

Ужгородський національний університет
Житомирський інститут медсестринства

Методом анкетування вперше виявлених ВІЛ-позитивних осіб жіночої статі проведено вивчення ролі близького оточення трудових мігрантів в поширенні ВІЛ-інфекції у Закарпатській області. Показано необхідність впровадження спеціалізованих профілактичних програм у цій групі населення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: трудові мігранти, близьке оточення, ВІЛ-інфекція/СНІД, Закарпаття.

Міграція робочої сили в Україні стала невід'ємною рисою її соціальної дійсності та специфічним чинником формування національного ринку праці. Вона спричинена економічним становищем держави, незадовільним життєвим рівнем широких верств населення, високим рівнем безробіття і характерна майже для всіх постсоціалістичних країн [1;3]. За різними оцінками щорічно від 2 до 7 млн українців перебувають на заробітках за кордоном [2]. Обсяги внутрішньої трудової міграції в Україні оцінити практично неможливо, на думку науковців, вони є навіть більш значимими, ніж зовнішньої [4]. Хоча трудова міграція населення має значний позитивний вплив на окремі аспекти соціально-економічного стану суспільства [4], негативний ефект цього явища є значним. Насамперед наше суспільство несе морально-психологічні втрати, що охоплюють розлади здоров'я у певної частини заробітчани і, навіть, численні факти втрати життя серед трудових мігрантів, розпад сімей і таке явище, як "соціальне сирітство" дітей при живих батьках-заробітчанах [6]. Констатується значний негативний вплив трудової міграції і на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу [5], причому до поширення ВІЛ серед населення причетні не тільки власне трудові мігранти, але і їх близьке оточення, зокрема статеві партнери [7].

Мета роботи – вивчення ролі близького оточення трудових мігрантів у поширенні ВІЛ-інфекції на території Закарпатської області.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були жінки – трудові мігранти та жінки з близького оточення трудових мігрантів (особи, пов'язані з трудовою міграцією) серед виявлених і взятих на диспансерний облік у 2008–2009 рр. ВІЛ-інфікованих осіб. Дослідження проведено із застосуванням методу анкетування. Аналіз анкет ВІЛ-позитивних жінок проводився за таки-

ми параметрами: адміністративна територія проживання та місцевість (міська, сільська); вік; регіон сезонних робіт; освітній рівень; сімейний стан; захворювання на ІПСШ; характер статевих відносин та використання презервативів під час статевих стосунків після виявлення власного позитивного ВІЛ-статусу; інформованість про ВІЛ-статус партнера.

Результати дослідження та їх обговорення. За 2008–2009 рр. по Закарпатській області взято на облік 35 вперше виявлених ВІЛ-інфікованих осіб жіночої статі, що становить 38,0 % від усіх дорослих осіб, взятих під диспансерний нагляд за вказаний період. Із зареєстрованих ВІЛ-інфікованих жінок статевий шлях передачі встановлено у 31 (88,6 %) особи. Парентеральний шлях інфікування визначено у 1 ВІЛ-позитивної жінки, в той же час у 3 (8,6 %) випадках шлях інфікування не визначено або уточнюється.

З усіх ВІЛ-інфікованих жінок, взятих на облік протягом 2008–2009 рр., вдалося провести анкетування та отримати відповіді 31 особи, що склало 88,6 % від загальної кількості. При проведенні дослідження виявлено, що частка встановлених трудових мігрантів серед ВІЛ-позитивних жінок склала 22,9 % (8 осіб: 4 особи надали анкети, 4 особи відсутні за місцем проживання – зі слів рідних "знаходяться на заробітках") та 9 осіб (25,7 %) є близьким оточенням трудових мігрантів. Отже, серед ВІЛ-інфікованих жінок відмічається високий відсоток осіб, пов'язаних з трудовою міграцією, – 48,6 % (17 осіб) (табл. 1).

За результатами анкетування серед респондентів визначено 13 ВІЛ-позитивних жінок, пов'язаних з трудовою міграцією (41,9 % від усіх анкетованих). Серед осіб, що надали анкети, жінки – трудові мігранти складають 12,9 % (4 особи). Водночас 9 (29 %) опитаних вказують, що трудовими мігрантами є їхні чоловіки або постійні статеві партнери (табл. 2).

Таблиця 1. Загальна характеристика ВІЛ-інфікованих жінок, взятих на облік протягом 2008–2009 рр., за ознакою зв'язку з трудовою міграцією

Адміністративна територія	Кількість інфікованих	Жінки – трудові мігранти		Жінки трудових мігрантів		Жінки, пов'язані з трудовою міграцією	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
м. Ужгород	7	0	0	0	0	0	0
Берегівський р-н	1	1	100,0	0		1	100,0
Виноградівський р-н	3	1	33,3	1	33,3	2	66,7
Воловецький р-н	1	0	0	1	100,0	1	100,0
Іршавський р-н	1	1	100,0	0	0	1	100,0
Міжгірський р-н	1	1	100,0	0	0	1	100,0
Мукачівський р-н	2	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Рахівський р-н	3	2	66,7	0	0	3	100,0
Тячівський р-н	7	0	0	4	57,1	4	50,0
Хустський р-н	9	0	0	2	22,2	2	22,2
Область	35	8	22,9	9	25,7	17	48,6

Таблиця 2. Загальна характеристика ВІЛ-інфікованих жінок-респондентів за ознакою зв'язку з трудовою міграцією

Адміністративна територія	Всього анкет	Жінки – трудові мігранти	Жінки трудових мігрантів	Жінки, не пов'язані з трудовою міграцією	Жінки, пов'язані з трудовою міграцією	
					абс.	%
м. Ужгород	7	0	0	7	0	0
Берегівський	1	1	0	0	1	100
Виноградівський	3	1	1	1	2	66,6
Воловецький	1	0	1	0	1	100
Мукачівський	2	1	1	0	2	100
Рахівський	1	1	0	0	1	100
Тячівський	7	0	4	3	4	57,1
Хустський	9	0	2	7	2	22,2
Область	31	4	9	18	13	41,9

Значна частка сезонних робітників є жителями гірських районів області (де практично відсутня можливість працевлаштування). Як видно з табл. 2, найбільше ВІЛ-позитивних жінок, зв'язаних з трудовою міграцією, виявлено у Тячівському районі – 4 особи (30,8 % від усіх ВІЛ-позитивних респонденток, зв'язаних з трудовою міграцією). Водночас в обласному центрі (м. Ужгород) не виявлено жодної ВІЛ-інфікованої особи, яка б пов'язувала себе з явищами трудової міграції.

Одним з основних факторів поширення ВІЛ через міграційні процеси населення є різниця в поширенні інфекції в регіоні постійного проживання і регіоні прибуття (міграції). Особливе значення цей фактор має для тимчасових трудових мігрантів з регіону низького поширення ВІЛ-інфекції (яким є Закарпаття) у більш уражені епідемією регіони. У зв'язку з цим мігрантам може загрозувати більш високий ризик інфікування ВІЛ саме в регіоні прибуття. Цей ризик поширюється і на найближче оточення трудового

мігранта в регіоні постійного проживання, яке може бути інфікованим при поверненні мігранта додому. Результати вивчення напрямків трудової міграції як самих ВІЛ-позитивних жінок, так і їхніх чоловіків (постійних статевих партнерів), представлено в таблиці 3.

Як видно з табл. 3, явище трудової міграції в поширенні ВІЛ-інфекції серед жіночого населення Закарпаття реалізується переважно не за рахунок міграційних процесів серед власне жінок, а опосередковано через їхніх чоловіків-трудова мігрантів (серед проанкетованих ВІЛ-позитивних жінок, зв'язаних з трудовою міграцією, лише 4 (30,8 %) самі є трудовими мігрантами). Зі східним напрямком міграції (Росія, Україна, тобто регіони вищого рівня поширення ВІЛ-інфекції, ніж регіон проживання Закарпаття) пов'язані 84,6 % (11 осіб) опитаних.

Цікаві, однак очікувані, результати отримані нами при аналізі блоку запитань анкети, що визначали соціально-демографічні характеристики

Таблиця 3. Напрямки трудової міграції проанкетованих ВІЛ-позитивних жінок та їхніх партнерів, пов'язаних з трудовою міграцією

Адміністративна територія	Всього анкет	Жінки-мігранти			Чоловіки (партнери)-мігранти		
		абс.	%	регіон міграції	абс.	%	регіон міграції
Берегівський р-н	1	1	100	Тульська обл.	0	0	-
Виноградівський р-н	2	1	50	Донецька обл.	1	50	Чехія
Волівецький р-н	1	0	0		1	100	Чехія
Мукачівський р-н	2	1	50	Київ, Москва	1	50	Москва і область
Рахівський р-н	1	1	100	Запоріжжя	0	0	-
Тячівський р-н	4	0	0		4	100	Москва і область
Хустський р-н	2	0	0	-	2	100	Київ, Санкт-Петербург, Москва
Разом	13	4	30,8		9	69,2	-

ки проанкетованих осіб. Так, при аналізі розподілу ВІЛ-інфікованих жінок, пов'язаних з трудовою міграцією, за віком встановлено, що основна частина є особами молодого сексуально активного та репродуктивного віку: 20–29 років – 6 (46,2 %) осіб, 30–39 років – 7 (53,8 %) осіб. Очевидно, повертаючись із заробітків додому (переважно на свята – Різдво та Великдень), сезонні робітники можуть стати джерелом інфікування своїх дружин, котрі виявляються потім як ВІЛ-інфіковані при обстеженні на ВІЛ. Тобто високий ризик потенційного поширення ВІЛ-інфекції обумовлений переважанням осіб в групі трудових мігрантів та їх постійних статевих партнерів молодого репродуктивного віку.

Для області з переважно сільськогосподарським напрямом виробництва, природньо, що більшість ВІЛ-інфікованих осіб, пов'язаних з трудовою міграцією, є жителями села – 8 (61,5 %) осіб. Також встановлено доволі високий освітній рівень респондентів – 10 (76,9 %) жінок мають спеціальну середню освіту після 10–11 класів школи.

Водночас дуже насторожують результати аналізу блоків питань, які характеризують поведінкові особливості анкетованої групи осіб. Велике занепокоєння викликає той факт, що навіть після встановлення позитивного ВІЛ-статусу і отримання докладних медико-соціальних консультацій щодо подальшої поведінки і заходів попередження розповсюдження ВІЛ-інфекції, лише 30,8 % (4 особи) опитаних дотримується правил і використовують презервативи при статевих відносинах, що характеризує низький рівень сексуальної культури і свідомості (табл. 4).

Як видно з таблиці 4, переважна більшість (майже 70 % анкетованих) допускає ризиковану сексуальну поведінку уже після встановлення ВІЛ-позитивного статусу, чим наражає на небезпеку своє найближче оточення.

Ще однією негативною обставиною, яка впливає на темпи поширення ВІЛ-інфекції, є відсутність інформації щодо ВІЛ-статусу статево-

Таблиця 4. Частота використання презервативу ВІЛ-інфікованими респондентками після визначення їх позитивного ВІЛ-статусу

Частота	Кількість	
	абс.	%
Завжди	4	30,8
Ніколи	5	38,4
Не завжди	4	30,8
Разом	20	100,0

го партнера. Так, за результатами аналізу анкет 4 (30,8 %) особи не інформовані про ВІЛ-статус своїх статевих партнерів. Тобто виявляється відсутність прагнення попередити подальше поширення захворювань на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Водночас при аналізі статевих контактів ВІЛ-позитивних жінок виявлено відносно невелику кількість випадкових статевих контактів – лише 2 (15,4 %) респондентки вказують на наявність кількох випадкових партнерів (табл. 5).

Таблиця 5. Характеристика статевих контактів ВІЛ-інфікованих респонденток, пов'язаних з трудовою міграцією

Стосунки	Кількість	
	абс.	%
З одним партнером, з яким у шлюбі	9	69,2
З одним партнером, з яким не у шлюбі	2	15,4
Не у шлюбі з випадковими партнерами	2	15,4
Всього	13	100,0

Підтвердженням низького рівня поширеності випадкових статевих контактів та ризикованої сексуальної поведінки є показники захворюваності на інфекції, що передаються переважно статевим шляхом (ІПСШ). Лише у 1 (7,7 %) особи при обстеженні виявлено сифіліс; гонорею,

трихомоноз, хламідіоз, герпетичну інфекцію не виявлено у жодної обстеженої жінки даної групи.

Та обставина, що ВІЛ-позитивні жінки – трудові мігранти або чоловіки – трудові мігранти ВІЛ-позитивних жінок могли інфікуватись під час тривалого перебування за межами сім'ї в регіонах значного поширення ВІЛ-інфекції та завезли її в область, деякою мірою підтверджується високою тривалістю термінів перебування за межами домівок та сім'ї самими респондентами або їх найближчого оточення (табл. 6).

Таблиця 6. Терміни трудової міграції осіб, що визначені в процесі анкетування

Термін міграції	Кількість	
	абс.	%
2 роки	1	7,6
3–4 роки	4	30,8
5–10 років	4	30,8
Постійно	4	30,8
Всього	13	100

Як представлено в табл. 6., у 12 ВІЛ-позитивних жінок (92,3 % респонденток) є зв'язок з тривалими (понад 2 років) періодами перебування у відриві від сім'ї, чоловіка (постійного статевого партнера) з причин трудової міграції.

Висновки

Трудова міграція жителів області відіграє значну роль у поширенні ВІЛ-інфекції в Закарпатті. Це проявляється не лише у випадках інфікування серед власне трудових мігрантів, але й поширенні вірусу серед їхнього близького оточення – постійних статевих партнерів. Це, в свою чергу, зумовлює зростання реєстрації випадків ВІЛ-інфікування серед жінок молодого репродуктивного віку, які самі не є трудовими мігрантами. Водночас оцінка поведінкових особливостей жінок – статевих партнерок трудових мігрантів дає надію прогнозувати призупинення поширення інфекції статевим шляхом із даної групи населення. Отримані дані ми розглядаємо як гіпотезу, що потребує подальшого вивчення.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення ролі трудової міграції населення області в розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу потребує подальших досліджень не тільки серед власне трудових мігрантів, але і серед їх найближчого оточення. Розробка профілактичних програм в середовищі найближчого оточення трудових мігрантів за місцем постійного проживання може бути дієвим механізмом призупинення поширення ВІЛ-інфекції статевим шляхом в регіоні.

Список літератури

1. *Варецька О.* Соціально-економічне підґрунтя трудової міграції населення України / О. Варецька // Україна: аспекти праці. – 2005. – № 5. – С. 34–39.
2. *Довжик Б.* Актуальне регіональне дослідження трудової міграції / Б. Довжик // Україна: аспекти праці. – 2005. – № 3. – С. 37–39.
3. *Лихолат С. М.* Аналіз соціально-економічних причин та наслідків трудової міграції населення України / С. М. Лихолат, О. Б. Трухан // Наук. вісн. Національного лісотехнічного ун-ту України. – 2007. – Вип. 17.8. – С. 216–220.
4. *Матросова Л. М.* Особливості і стан трудової міграції в Україні та Донбасі / Л. М. Матросова // Економічний вісн. Донбасу. – 2008. – № 4. – С. 15–22.
5. *Плавинский С. Л.* Миграция, мобильные популяции и ВИЧ-инфекция. – М., 2009. – 84 с.
6. *Трудова міграція населення Тернопільської області: кількісний та географічний аспекти / колектив авторів, за ред. Б. С. Довжук, С. С. Хаба.* – Тернопіль : Джура, 2005. – 72 с.
7. *Цветков В. И.* Профилактика ВИЧ среди мигрантов и членов их семей / В. И. Цветков, Р. А. Курбанова // Сб. тезисов Второй конф. по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии (ЕЕСААС2008), Москва, 3–5 мая 2008 г. – М., 2008. – С. 316.

РОЛЬ БЛИЗКОГО ОКРУЖЕНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В РАЗВИТИИ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЗАКАРПАТЬЕ

И. С. Миронюк, В. И. Шатило (Ужгород, Житомир)

Методом анкетирования впервые выявленных ВИЧ-позитивных лиц женского пола изучена роль близкого окружения трудовых мигрантов в распространении ВИЧ-инфекции в Закарпатской области. Показана необходимость внедрения специализированных профилактических программ в этой группе населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: трудовые мигранты, близкое окружение, ВИЧ-инфекция/СПИД, Закарпатье.

A VALUE OF NEAR SURROUNDINGS OF LABOUR MIGRANTIONS IS IN DEVELOPMENT EPIDEMIC OF HIV-INFECTION IN TRANS-CARPATIAN REGION

I. S. Myronyuk, V. I. Shatylo (Uzhgorod, Zhytomyr)

The study of the influence of labour migration on spreading of HIV-infection in Transcarpathian region was made with the help of special questionnaires of the first revealed HIV-positiv male. The necessity of introduction of the specialized prophylactic programs has been showed for this group of population.

KEY WORDS: labour migration, near surroundings, HIV-infection/AIDS, Transcarpathian region.

Рецензент: М. І. Ципко

УДК:616.314.17-008.1-02/663.91

Ю.Л. БАНДРІВСЬКИЙ (Тернопіль)

ПОШИРЕНІСТЬ ТА СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ПРАЦІВНИКІВ КОНДИТЕРСЬКОГО ВИРОБНИЦТВА

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

Представленні дані про поширеність та структуру захворювань пародонта у працівниць кондитерського виробництва.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: захворювання пародонта, кондитерське виробництво, несприятливі фактори виробничого середовища.

Підсумовуючи дані щодо загальної характеристики професійної захворюваності в Україні, слід зазначити, що умови праці на підприємствах провідних галузей промисловості України не відповідають вимогам, це стосується переважно більшості робочих мість[4]. Вплив таких несприятливих факторів виробничого середовища, як пил, вібрація, шум, підсилюється важкою фізичною працею, що часто виконується за несприятливих метеорологічних умов, а в деяких випадках супроводжується психоемоційним навантаженням [2;4]. Такі умови праці зумовлюють підвищені вимоги до організму працюючих, що викликає порушення життєво важливих функцій організму, знижує опір до дії професійних і загальних факторів ризику, при цьому в організмі робітників розвиваються як компенсаторно-приспосувальні, так і патологічні реакції, що призводить до розвитку патології серцево-судинної і нервової систем, опорно-рухового апарату, шлунково-кишкового тракту і, зокрема, до захворювань зубо-щелепної системи[1;2;4;5].

У працівниць кондитерського виробництва провідне місце за даними літератури [2, 4] у структурі захворюваності займають гострі респіраторні захворювання, гіпертонічна хвороба, гострий фарингіт та тонзиліт, хвороби кістково-м'язової системи (остеохондрози, радикуліти, чи артрози), порушення обміну речовин (ожиріння)[2].

Однак слід зазначити, що на даний час є тільки поодинокі дослідження, присвячені захворюванням пародонта у осіб, зайнятих на кондитерському виробництві, що потребує більш глибокого вивчення цього питання.

Мета дослідження: Вивчити структуру та поширеність захворювань пародонта у працівниць

кондитерського виробництва з метою з'ясування потреби у стоматологічній допомозі у даного контингенту осіб.

Матеріали і методи. Нами було проведено епідеміологічне обстеження 300 працівниць кондитерського виробництва ВАТ«ТерА», м. Тернопіль, безпосередньо зайнятих у кондитерському виробництві (основна група), і 100 осіб, що не контактували з ксенобіотиками означеного підприємства. До основної групи увійшли особи жіночої статі віком від 20 до 55 років, із стажем роботи на КВ від 1 до 20 років. Порівняльну групу сформували із осіб відповідного віку і стажу роботи. Стоматологічне обстеження проводили за методикою ВООЗ, під час якого визначали колір, рельєф, конфігурацію ясенних сосочків, їх кровоточивість, визначали глибину ясенних борідок та пародонтальних кишень, наявність місцевих подразнюючих факторів (немінералізовані та мінералізовані зубні відкладення). Наявність запальних процесів оцінювали за допомогою параклінічних індексів. При клінічно діагностованому пародонтиті виконували рентгенологічне дослідження. Діагноз встановлювали за класифікацією М.Ф. Данилевського[1;5].

Результати дослідження та їх обговорення. Оцінка пародонтального статусу як «інтактний» пародонт (табл. 1), у зайнятих в кондитерському виробництві зустрічалась рідше і становила в середньому $10,7 \pm 1,78$ %, тоді як у порівняльній групі інтактний пародонт складав $44,0 \pm 4,96$ %.

Початкові форми запальних захворювань пародонта (гінгівіт, локалізований пародонт) суттєво не відрізнялись у обох групах спостереження і свідчили про поганий гігієнічний догляд за ротовою порожниною.

Що стосується захворювань пародонта, то генералізований пародонтит I ступеня зустрі-

Таблиця 1. Стан тканин пародонта у працівниць кондитерського виробництва

Стан пародонта	Основна група (n = 300)		Група порівняння (n = 100)	
	абс. число	%	абс. число	%
Інтактний пародонт	32	10,7 ± 1,78	44	44,0 ± 4,96
Гінгівіт	50	16,6 ± 2,14	16	16,0 ± 3,0
Локалізований пародонтит	28	9,3 ± 1,67	10	10,0 ± 3,0
Генералізований пародонтит початкового ступеня	23	7,6 ± 1,52	4	4,0 ± 1,95
ГП I ступеня	44	14,7 ± 2,04	8	8,0 ± 2,71
ГП II ступеня	51	17,0 ± 2,16	10	10,0 ± 2,71
ГП III ступеня	69	23,0 ± 2,42	8	8,0 ± 3,0
Пародонтоз	3	1,0 ± 0,57	0	0

чався частіше в осіб основної групи (у 1,8 разів більше порівняно з контрольною групою (14,7 ± 2,04% та 8,0 ± 2,71% відповідно); ГП II ступеня діагностовано у 17,0 ± 2,16% працівниць основної групи і 10,0 ± 2,71 у групі порівняння. Така ж тенденція спостерігалася і при ГП III ступеня: у працівниць КВ основної групи дана патологія

зустрічалась у 23,0 ± 2,42% і тільки у 8,0 ± 3,0% у осіб групи порівняння. Таким чином, у осіб основної групи, які безпосередньо контактували з негативними факторами кондитерського виробництва, виявлено вищу інтактивність захворювань пародонта порівняно з працюючими у звичайних умовах.

Таблиця 2. Поширеність захворювань пародонта у працівниць КВ залежно від стажу роботи

Стаж роботи (роки)	Основна група				Порівняльна група		
	Кількість обстежених x	Із захворюваннями пародонта (абс. число)	%	P	Кількість обстежених x	Із захворюваннями пародонта (абс. число)	%
До 1 року	30	14	46,7 ± 9,11	<0,001	18	7	38,9 ± 11,49
1-5	56	44	78,57 ± 5,48	<0,05	25	16	64,0 ± 30,0
6-10	68	67	98,52 ± 1,46	<0,001	26	16	61,53 ± 31,62
11-15	86	83	96,51 ± 1,97	<0,01	15	8	80,0 ± 17,32
Понад 15	60	60	100	<0,01	16	9	56,25 ± 12,41
Всього	300	268	89,67 ± 1,84		100	56	56,00 ± 12,24

Як наведено у таблиці 2, відсоток захворювань пародонта у осіб, безпосередньо контактуючих із профпатогенами КВ, перевищував дані порівнянню. У обстежуваних основної групи захворювання пародонта склали 84,06 ± 1,84 %, а у порівняльній групі 60,08 ± 12,24 %. Вже при стажі роботи на КВ від кількох місяців до 1 року ураження пародонта виявлено у 46,7 ± 9,11 основної групи, що у 1,2 рази більше, порівняно з контролем (38,9 ± 11,49 %). При стажі роботи від 1-5 і 6-10 років ця тенденція залишається статистично достовірною. У робітниць зі стажем роботи понад 15 років захворювання пародонта спостерігалось у 100 випадків, тоді як у порівняльній групі цей показник склав 56,25 ± 12,41 %.

Висновки

Проведене дослідження виявило:

1. Значну ураженість та інтенсивність захворювань пародонта у робітниць кондитерського ви-

робництва з більш вираженим агресивним перебігом по відношенню до порівняльної групи.

2. Відсоткові цифрові показники свідчать, що тривалий професійний контакт з профпатогенами КВ призводить до більшої захворюваності зубоутримувальних тканин порівняно з контролем.

Вплив професійних факторів КВ на тканини пародонта дає підстави до подальшого вивчення патогенних механізмів досліджувальних професійних шкідливостей, а також до розробок відповідних лікувально-профілактичних заходів.

Перспективи подальших досліджень. Проведене дослідження спонукало нас до подальшого вивчення особливостей клінічного перебігу захворювань пародонта на тлі несприятливих чинників кондитерського виробництва, та проведення лабораторних досліджень з метою удосконалення та впровадження адекватних лікувальних заходів у даного контингенту працюючих.

Список літератури

1. Данилевский Н. Ф. Заболевания пародонта, / Н. Ф. Данилевский, А. В. Борисенко. – К.: Здоров'я, 2000. – 444 с.
2. Кундієв Ю. І. Професійна захворюваність в Україні у динаміці довгострокового спостереження / Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна // Укр. журн. з проблем медицини праці. – 2005. – № 1. – С. 3–11
3. Минцер О. П. Методы обработки медицинской информации: учебное пособие. / О. П. Минцер, Б. Н. Угаров. – К.: Вища школа, 1991. – 272 с.
4. Павліш І. В. Прогнозування та профілактика запальних захворювань пародонта у сучасних умовах / І. В. Павліш // Укр. мед. альм. – 2002. – Т. 5, № 2. – С. 82–84.
5. Van Dyke T.F. Risk factors for periodontitis / T.F. Van Dyke, D. Sheilesh // G. Periodontol. – 2005. – V.7, №1. – P3–7

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У РАБОТНИКОВ КОНДИТЕРСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Ю. Л. Бандрицкий (Тернополь)

Представлены данные о распространенности и структуре заболеваний пародонта у работников кондитерского производства.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **Заболевания парадонта, кондитерское производство, неблагоприятные факторы**

SPREAD AND STRUCTURE OF PERIODONTAL TISSUE DISEASES IN WORKERS CONFECTIONERY

Y. L. Bandrivsky (Ternopil)

Presentation of data on the prevalence and structure of periodontal diseases in workers confectionery
KEY WORDS: **periodontal disease, confektionery production, factor of production, environment.**

Рецензент: д-р мед. наук, проф. **Кондратюк В. А.**

УДК: 616.24-002.5-06:616.24/616.12]-02:616.766.1

І. Т. П'ЯТНОЧКА, С. І. КОРНАГА, Н. В. КОРНАГА (Тернопіль)

ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ І ЇЇ ВПЛИВ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЛЕГЕНЕВО-СЕРЦЕВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

В статті приведені аргументовані дані про позитивний вплив фізичної реабілітації у хворих на туберкульоз легень на функцію зовнішнього дихання та серцево-судинну систему.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **фізична реабілітація, функція зовнішнього дихання, серцево-судинна система.**

Лікування хворих на туберкульоз є вирішальною невід'ємною складовою боротьби з цією недугою, оскільки завдяки виліковуванню хворих ліквідується джерело інфекції, поліпшується епідеміологічна ситуація з туберкульозу [3]. В теперішній час реалізуються оптимальні режими хіміотерапії, що проводять диференційовано, в залежності від конкретної категорії, клінічної фор-

ми, переносимості препаратів та чутливості до них мікобактерій. Ці схеми і режими не є фіксованою догмою і в окремих випадках можуть обґрунтовано змінюватися в залежності до конкретного хворого [4; 5; 6], оскільки основною метою лікування є не лише припинення бактеріовиділення і закриття порожнин розпаду, а і відновлення порушених функцій окремих органів і систем, зокрема легенево-серцевої. Видужання повинно супроводжуватися відновленням функціональних

можливостей, поверненням пацієнта до повноцінного життя, працездатності і мінімумом інвалідності [1, 2].

Метою дослідження було виявлення впливу фізичної реабілітації на функціональний стан легенево-серцевої системи у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень під час підтримуючої фази антимікобактерійної терапії (АМБТ) та через 2 роки після її завершення.

Матеріали і методи. Метод фізичної реабілітації ми застосовували в період затихання туберкульозного процесу. В комплекс ЛФК підбирали фізичні вправи, що сприяли правильному механізму дихання, поліпшенню вентиляції легень, рухливості грудної клітки та функції діафрагми. Лікувальну фізкультуру хворим на туберкульоз легень розпочинали у другій (підтримуючій) фазі лікування, а її форми були у вигляді ранкової гігієнічної гімнастики – індивідуальної чи групової, дозованої ходьби, прогулянок, легкої фізичної праці.

Результати дослідження та їх обговорення. Покращення та зміцнення загального

стану організму хворого, ФЗД і кровообігу досягалося передусім регулярною лікувальною дихальною гімнастикою. Хворих навчали цим вправам і переконували в необхідності систематичного їх виконання. Покращення вентиляції досягалося, перш за все, посиленням діафрагмального дихання. При ригідній грудній клітці діафрагма є єдиним органом, який підтримує вентиляцію, до того ж при видиху вона проти сил тяжіння підтягує за собою вверх печінку і селезінку. Хворі робили глибокий вдих, а потім повільний видих через майже стулені губи. При вдиху живіт піднімається вверх, а діафрагма опускається, під час видиху хворий втягує в себе живіт і, натискуючи руками на нижні відділи грудної клітки (нижні ребра), допомагає посилити видих. Вправи повторювали до 10 разів тричі на день протягом 3-х місяців. Таке дихання, а також ранкова гігієнічна гімнастика, прогулянки на свіжому повітрі, помірна праця добре впливали на покращання ФЗД та гемодинаміку (табл.)

Таблиця Функція зовнішнього дихання та показники гемодинаміки у хворих на туберкульоз легень до і через 3 місяці фізичної реабілітації ($M \pm m$)

Показник	До фізичної реабілітації	Через 3 місяці фізичної реабілітації
ЧД, хв. ⁻¹	19 ± 0,28	17 ± 0,25*
ЖСЛ, %	74,54 ± 1,42	77,32 ± 1,38
ОФВ ₁ , %	74,82 ± 1,68	78,68 ± 1,67
ЖСЛ/ОФВ ₁ , %	79,10 ± 0,93	82,26 ± 0,86*
МВЛ, %	71,55 ± 1,98	79,32 ± 1,72*
Проба Штанге, с	44 ± 1,02	59 ± 0,96*
ЧП, хв. ⁻¹	81 ± 0,92	77 ± 0,76*
АТ сист., мм рт. ст.	119 ± 1,54	123 ± 1,98
АТ діаст., мм рт. ст.	68 ± 1,13	65 ± 0,94*
SpO ₂ , %	96 ± 0,28	97 ± 0,56
ХОК, мл	4905 ± 148,92	4426 ± 136,54*
УО, мл	58,9 ± 1,18	63,5 ± 1,23*

Примітка: * - різниця достовірна в порівнянні з показниками до фізичної реабілітації ($p < 0,05$).

Результати дослідження, наведені в табл., стосуються 21 хворого на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, бактеріовиділювачів. Усі пацієнти були чоловічої статі, віком від 20 до 43 років. АМБТ проводилася згідно сучасних режимів, з позитивним результатом: припинення бактеріовиділення наступило у всіх пацієнтів протягом 3-х місяців терапії, порожнини розпаду перестали визначатися до 4-х місяців. Після 3-місячної АМБТ загальний стан пацієнтів характеризувався як цілком задовільний. І лише тоді, після групової чи, переважно, індивідуальної роз'яснювальної розмови хворі

починали регулярно займатися ранковою гігієнічною, дихальною гімнастикою, прогулянками на свіжому повітрі. Комплексне обстеження хворих проводилося до і через три місяці від початку занять ЛФК. Оцінку результатів функціональної реабілітації проводили на підставі комплексного аналізу різних показників, отриманих в динаміці, які наведені в таблиці. Наведені результати дослідження з вірогідністю свідчать про виражений позитивний вплив лікувальної фізкультури та інших реабілітаційних заходів на загальний функціональний стан організму і, зокрема, легенево-серцевої систему.

Віддалені результати (понад 2 роки) у осіб, що продовжували займатися ранковою гігієнічною гімнастикою та помірною фізичною працею, загальне самопочуття, як і життя взагалі, були більш повноцінним, до того ж, залишкові зміни в легенях були мінімальними, не спостерігалось рецидивів, на інвалідність ніхто не був переведений.

Висновки

1. В сучасних умовах основним завданням фтизіатрії є досягнення не лише вилікування хворого від туберкульозу, а й повнішого його функціонального відновлення, зокрема працездатності.

2. Фізична реабілітація, зазвичай, недорога, широкодоступна. Потрібні лише настирливі переконливі аргументи лікаря в доцільності займатися ЛФК, помірною фізичною працею, дотримуватися здорового способу життя і усвідомлення пацієнта допомогти самому собі.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на поглиблене вивчення різних видів праці в сільському господарстві на функціональний стан функції зовнішнього дихання і серцево-судинної системи у осіб, які вилікувалися від туберкульозу.

Список літератури

1. *Балезина З. Н.* Медико-соціальна експертиза і реабілітація больных туберкулезом / З.Н. Балезина, М.Г. Лев, Л. Г. Малышева // Пробл. туберкулеза. – 2001. – № 6. – С. 33–35.
2. *Петренко В. І.* Фтизіатрія: Учебник. / В. І. Петренко – К.: Медицина, 2008. – 488 с.
3. *Пульмонологія та фтизіатрія.* Підручник: у 2-х т. / за ред. Ю. І. Фещенка, В. П. Мельника, І. Г. Ільницького. – К., Л.: Атлас, 2009. – 1336 с.
4. *Туберкульоз:* Підручник / за ред. проф. І. Т. П'ятночки. – Тернопіль, ТДМУ, 2005. – 280 с.
5. *Фещенко Ю. І.* Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник – Київ: Здоров'я, 2002. – 904 с.
6. *Холявкин А. А.* Причины развития и особенности клиники поздних рецидивов туберкулёза лёгких / А. А. Холявкин // Христианство и медицина: сб. II Белорусско-Американской науч.-практ. конф. врачей. – Гомель, 2004. – С. 53–55.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, Н. В. Корнага (Тернополь)

В статье приведены аргументированные данные о положительном влиянии физической реабилитации у больных туберкулезом легких на функцию внешнего дыхания и сердечно-сосудистую систему.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: физическая реабилитация, функция внешнего дыхания, сердечно-сосудистая система.

PHYSICAL ACTIVITY AND ITS EFFECT ON THE FUNCTIONAL STATE CARDIOPULMONARY SYSTEM IN LUNG TUBERCULOSIS PATIENTS

І. Т. Pyatnochka, S. I. Kornaha, N. V. Kornaha (Ternopil)

The article presents data substantiated the positive impact of physical rehabilitation in lung tuberculosis patients on function of external breathing and cardiovascular system.

KEY WORDS: physical rehabilitation, the function of external breathing, cardio-vascular system.

Рецензент: д-р мед. наук, проф. О. М. Голяченко

Г. О. СЛАБКИЙ, Г. Я. ПАРХОМЕНКО, Ю. Б. ЯЩЕНКО, М. В. ШЕВЧЕНКО (Київ)

СУЧАСНИЙ ПОРТРЕТ КЕРІВНИКА ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Наведено результати комплексного дослідження щодо функцій і компетенцій головного лікаря лікарні другого рівня надання медичної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **реформа галузі охорони здоров'я, портрет, головний лікар, компетентнісний підхід.**

На сьогодні Україна вступає в період створення нової системи охорони здоров'я – системи, що ґрунтується на потребах населення, тобто скерованої на пацієнта [8]. На це є політична воля, яка визначена програмою економічних реформ на 2010–2014 роки: "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава", розділ "Реформа медичного обслуговування" [8]. Результатом удосконалення галузі охорони здоров'я, яка на сьогодні не задовольняє ні державу, ні медичних працівників, ні пацієнтів, є створення такої системи охорони здоров'я, яка буде надавати не тільки якісну медичну допомогу, але й відповідатиме принципам доказовості та безпеки пацієнтів, що сприятиме її скерованості на збереження здоров'я населення та покращенню демографічної ситуації [2].

Соціально-економічні перетворення в Україні загострили низку проблем в системі охорони здоров'я, у тому числі й проблему добору та навчання управлінського персоналу, діяльність якого істотно впливає на ефективність роботи лікувально-профілактичних закладів і галузі в цілому [4]. У нових економічних умовах, коли успіх в управлінській діяльності залежить від оперативності, самостійності і творчого потенціалу керівника, гостро стоїть питання про добір і підготовку керівників нового типу – менеджерів – керівників лікувально-профілактичних закладів, які здатні в нових умовах функціонування галузі вирішувати поставлені перед ними завдання [5]. Керівник закладу охорони здоров'я має бути забезпечений незалежністю у вирішенні всіх питань, які пов'язані з охороною здоров'я [1], що підтверджено як окремими вітчизняними дослідниками, так і світовим досвідом, адже відповідний поставленим завданням менеджмент здатний організувати колектив та заклади на досягнення поставлених сьогоднішнім завдань [6;7].

Наведене визначило потребу в проведенні даного дослідження та концептуальному моделюванні портрету керівника закладу охорони здоров'я в умовах оптимізації системи надання медичної допомоги.

Мета роботи: вивчити сучасний портрет керівника закладу охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги та концептуально змодельовати його портрет для майбутнього.

Матеріали і методи. При проведенні дослідження використані такі методи: системного підходу, історико-інформаційний, соціологічний (анкетування за спеціально розробленою анкету, яким охоплено 420 головних лікарів центральних районних та міських лікарень в Донецькій, Львівській, Одеській, Житомирській та Полтавській областях). В даній роботі вперше використано компетентнісний підхід до розроблення кваліфікаційної характеристики організаторів охорони здоров'я. Проведено експертне оцінювання 50 головними лікарями запропонованого компетентнісного підходу до їх діяльності.

Результати дослідження та їх обговорення. Відповідно до кваліфікаційної характеристики, яка затверджена наказом МОЗ України від 29.03.2002 №117 "Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників" [3], головний лікар:

– здійснює керівництво лікувально-профілактичним закладом відповідно до чинного законодавства України та нормативно-правових актів, що визначають діяльність підприємств, установ і організацій охорони здоров'я;

– організовує лікувально-профілактичну, адміністративно-господарську та фінансову діяльність закладу;

– співпрацює з органами управління, місцевою владою, суміжними медичними закладами та забезпечує взаємодію підрозділів лікувально-профілактичного закладу;

– організовує роботу з добору, розстановки і використання медичних кадрів, забезпечує своєчасне підвищення їх кваліфікації;

– створює належні виробничі умови, забезпечує додержання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту;

– аналізує показники роботи закладу, вживає заходів щодо їх оптимізації, видає відповідні директивні документи з цього питання.

Головний лікар повинен знати чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, основи права в медицині, трудове законодавство; директивні документи, що визначають завдання та функції медичних закладів; соціально-демографічну характеристику регіону та показники стану здоров'я населення; основи соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, загальної і соціальної психології; організацію фінансово-економічної діяльності закладів охорони здоров'я; документи, що визначають потужність, структуру, штатний розпис закладу, укомплектованість підрозділів та потребу в кадрах; нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників; порядок ведення облікової та звітної документації, обробки медичної статистичної інформації; потреби в медичній техніці, обладнанні, медикаментах; специфіку менеджменту і маркетингу в галузі медицини.

Кваліфікаційні вимоги до головного лікаря: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина"; проходження інтернатури за однією зі спеціальностей медичного профілю з наступною спеціалізацією з "Організації і управління охороною здоров'я"; підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо); наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності; стаж роботи за фахом не менше 5 років.

Нами проведено соціологічне дослідження з метою вивчення реальної діяльності головних лікарів закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги. У дослідженні взяли участь 420 респондентів – 375 (89%) чоловіків та 45 (11%) жінок, середній вік яких за медіаною склав 47,9 року (табл. 1).

На сьогодні головні лікарі переважно мають тільки медичну освіту. Другу освіту зі спеціальності "Державне управління" мають 1,7% опитаних, а юридичну та економічну освіту – лише 0,5% опитаних.

Про тематичне удосконалення з клінічних дисциплін заявили всі респонденти (100%), а з питань менеджменту лише 59% респондентів

зазначили, що пройшли такий курс. Тільки 16,4% пройшли тематичний курс з економічних питань та 12,6% – з юридичних, кожен п'ятий – з основ доказової медицини. Дуже низький відсоток проходження тематичного удосконалення за кордоном (6,7% від загальної чисельності респондентів).

Практично всі опитані (95%) зазначали, що мають ненормований робочий день у робочі дні, 83,8% респондентів працюють у вихідні дні та 65,5% – у святкові.

Практично всі головні лікарі займаються питаннями кадрового розвитку, забезпечення лікарськими засобами, фінансово-економічними проблемами, рішенням комунальних і транспортних проблем. При цьому тільки кожен третій займається впровадженням сучасних технологій в управлінський та лікувальний процес, 9,3% респондентів зазначили, що пріоритетним для них питанням є стратегічний розвиток лікарні на майбутнє.

Щодо делегування повноважень, то 88,6% респондентів делегують їх під час організації лікувально-діагностичного процесу, 12,6% – у разі вирішення фінансово-економічних питань; 10% – рішення кадрових проблем. Практично кожен п'ятий головний лікар делегує свої повноваження стосовно зовнішнього представлення роботи лікарні іншим особам. Кожен 10-й респондент відзначив, що делегує повноваження у разі вирішення господарських питань.

В умовах сьогодення головний лікар повинен динамічно поєднувати в рамках професійної діяльності відповідні знання, навички, способи їх застосування та ставлення з метою виконання професійних компетенцій.

Нами пропонуються наступні компетенції для головного лікаря закладу охорони здоров'я в умовах реформування галузі:

- 1) базова;
- 2) управлінська (зовнішньо та внутрішньо);
- 3) стратегічно-бізнесова;
- 4) результативна;
- 5) кадрова;
- 6) інноваційна.

Головний лікар в рамках **базової компетенції**: орієнтується на самостійний професійний розвиток; управляє собою; володіє комп'ютером та іноземною мовою; застосовує знання нормативно-правової бази.

Головний лікар в рамках **управлінської компетенції**:

– **забезпечує** взаємодію з власником/замовником та уповноваженим ним органом, замовником, платником, громадою, споживачами (пацієнтами), органами державного управління охороною здоров'я, місцевою владою, медичними та громадськими організаціями виконання контрактів/договорів;

Таблиця 1. Результати соціологічного дослідження головних лікарів закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги

Показник	Кількість	
	абс.	%
Наявність другої освіти		
Державне управління	7	1,7
Юридична	2	0,5
Економічна	2	0,5
Інша	5	1,2
Тематичне удосконалення з:		
Економіки	69	16,4
Права	53	12,6
Менеджменту	248	59,0
Доказової медицина	84	20,0
Клінічних дисциплін	420	100,0
Інше	59	14,0
За кордоном	28	6,7
Робочий час		
Встановлений законодавством	21	5,0
Ненормований в робочі дні	399	95,0
Працює у вихідні дні	352	83,8
Працює у святкові дні	275	65,5
Пріоритетні питання		
Кадрового розвитку	420	100
Фінансово-економічні	420	100
Зовнішній імідж	211	50,2
Забезпечення ліками	396	94,3
Впровадження сучасних технологій	127	30,2
Вирішення комунальних проблем	420	100
Вирішення транспортних проблем	386	91,9
Стратегічний розвиток лікарні на майбутнє	39	9,3
Делегування повноважень		
Фінансово-економічних	53	12,6
Вирішення кадрових питань	42	10,0
Зовнішнє представлення лікарні	97	23,1
Організація лікувально-діагностичного процесу	372	88,6
Вирішення господарських задач	37	8,8

– **представляє** медичну організацію та **відстоює** її інтереси у державних, судових, страхових та арбітражних органах, органах місцевого самоврядування та приватних структурах;

– **укладає** контракти/договори на надання медичних послуг та інші господарські договори і контракти;

– **забезпечує** делегування, моніторинг, контроль, звітність, організацію, координацію, регулювання, аналіз, визначення причин незадовільного функціонування та прийняття рішень щодо їх усунення і, власне, прийняття управлінського рішення;

– **забезпечує** виконання єдиних санітарно-гігієнічних вимог до внутрішніх процесів медичної організації та застосовує принципи побудови системи управління якістю медичної допомоги.

– **забезпечує** дотримання ліцензійних умов медичної практики та підготовку медичного закладу до акредитації;

– **забезпечує** управління технологічними процесами, матеріально-технічними ресурсами та територією;

– **забезпечує** проведення закупівлі медикаментів, витратних матеріалів, обладнання та їх ефективне використання.

Головний лікар в рамках **стратегічно-бізнесової компетенції**:

– **забезпечує** реалізацію стратегічних пріоритетів та плану розвитку медичної організації, її внутрішньої та зовнішньої діяльності, з постійною орієнтацією на потреби споживачів (пацієнтів), засновників (власників);

– **сприймає** ситуацію у економічних термінах: “ринок”, “попит”, “пропозиції”, “додана вартість”, “витрати”, “доходи”, “прибуток” тощо;

– **забезпечує** планування, прогнозування, оцінку ризиків;

– **забезпечує** управління фінансовими ресурсами.

Головний лікар в рамках **результативної компетенції**:

– **забезпечує** орієнтацію діяльності медичної організації на досягнення найкращого результату, навіть за умов обмежених наявних ресурсів;

– **забезпечує** моніторинг результатів медичної діяльності, використання фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів і своєчасного підведення підсумків.

Головний лікар в рамках **кадрової компетенції**:

– **забезпечує** ефективне управління кадрами;

– **забезпечує** укладання та виконання колективного договору;

– **забезпечує** проведення оцінки результативності діяльності працівників, оплати праці і стимулювання до покращення діяльності;

– **забезпечує** формування команди (відбір, визначення функціональних обов'язків, безперервний професійний розвиток кадрів тощо);

– **вирішує** конфліктні ситуації, питання трудової дисципліни;

– **забезпечує** формування і розвиток корпоративної культури медичного закладу.

Головний лікар в рамках **інноваційної компетенції**:

– **впроваджує** зміни, удосконалені процеси, процедури, стандарти та вимоги; нові інформаційні та медичні технології.

На базі компетенцій головного лікаря нами розроблено проект його кваліфікаційної характеристики, яка наводиться нижче.

ЗАВДАННЯ І ОБОВ'ЯЗКИ

У тісній співпраці з Наглядовою/Спостережною радою визначає, формує, планує, здійснює і координує всі види діяльності організації/закладу охорони здоров'я, які б узгоджувалися та поділялися пацієнтами, громадою та персоналом і забезпечували постійне покращення якості медичної допомоги.

Визначає напрямки розвитку організації/закладу охорони здоров'я у формуванні стратегії

його розвитку, якості надання медичної допомоги, фінансової, соціальної та зовнішньої діяльності.

Організує роботу та ефективну взаємодію структурних підрозділів організації/закладу та скеровує їх діяльність на досягнення високої якості медичної допомоги, її ефективності, удосконалення організації медичної допомоги відповідно до кращих світових зразків з метою задоволення потреб пацієнтів та ефективного використання ресурсів, підвищення продуктивності праці на основі широкого застосування сучасних організаційних, медичних, економічних технологій, якості управління та удосконалення механізму господарювання.

Направляє діяльність персоналу на досягнення найвищої якості медичної допомоги при найменших затратах.

Укладає контракти (договори) на надання медичних послуг, забезпечує виконання контрактів (договорів), обов'язків перед бюджетами відповідних рівнів, замовниками медичних послуг.

Організує професійну та господарську діяльність на основі застосування методів обґрунтованого стратегічного і поточного планування, нормативних документів, фінансових і трудових витрат, широкого використання сучасних управлінських, організаційних та медичних технологій, національного використання всіх видів ресурсів.

Вживає заходів щодо забезпечення організації/закладу кваліфікованими кадрами та безперервного підвищення ними свого професійного рівня, найкращого використання знань і досвіду працівників, створення безпечних і сприятливих умов праці, додержання вимог законодавства про санітарно-епідемічне благополуччя та охорону навколишнього середовища.

Представляє організацію/заклад охорони здоров'я у державних, судових, страхових та арбітражних органах, органах місцевого самоврядування та приватних структурах.

Співпрацює з органами управління, місцевою владою, суміжними медичними і соціальними закладами та підприємствами різних форм власності.

Здійснює заходи з соціального розвитку колективу, забезпечує розроблення, укладання і виконання колективного договору, проводить роботу щодо зміцнення трудової дисципліни, сприяє розвитку творчої ініціативи працівників.

Впроваджує систему контролю якості надання медичної допомоги.

Забезпечує сполучення економічних та адміністративних методів керівництва, матеріальних і моральних стимулів підвищення якості та ефективності медичної допомоги, а також посилення відповідальності кожного медичного працівника за свою діяльність.

В межах своєї компетенції вирішує питання організації діяльності закладу, делегування повноважень та контроль за виконанням делегованих повноважень, організації роботи персоналу, планування роботи структурних підрозділів, затверджує положення про структурні підрозділи та посадові інструкції, встановлює штатний розпис з урахуванням умов і фонду оплати праці, видає накази та інші акти обов'язкові для всіх підрозділів та працівників.

Впроваджує інформаційний менеджмент та інформаційно-комунікаційні технології, управління матеріально-технічними ресурсами, координації технічних та допоміжних служб.

Забезпечує виконання єдиних санітарно-гігієнічних вимог до організації процесів, пов'язаних з наданням послуг, а також до якості обслуговування, будівель та інших об'єктів, які можуть мати шкідливий вплив на здоров'я, дотримання сприятливих умов праці, профілактики травматизму і професійних захворювань, відвернення іншої можливої шкоди для здоров'я.

Забезпечує додержання законності, активне використання правових засобів удосконалення управління, обліку та звітності.

Здійснює заходи щодо соціального захисту колективу.

ПОВИНЕН ЗНАТИ:

- Конституцію України, акти законодавства, нормативні документи що стосуються галузі охорони здоров'я, основи медичного і трудового права, основи міжнародного та європейського законодавства з питань охорони здоров'я, практику застосування чинного законодавства, основи стратегічного та оперативного планування;

- принципи оперативного і прогностичного (перспективного, стратегічного) аналізу, використання статистичного, економіко-математичного та інших методів економічного аналізу, собівартості медичних послуг за елементами затрат, аналіз фінансових результатів діяльності закладу, основи моделювання господарської діяльності;

- принципи оцінки медичної, економічної та господарської діяльності організації/закладу і його підрозділів, порядок укладання і виконання контрактів (договорів), методи управління кадровими ресурсами, сучасні теорії управління персоналом та його мотивації; форми і системи оплати праці, його стимулювання; методи оцінки працівників та результатів їхньої праці; методологію прийняття управлінських рішень, технології інформаційного забезпечення управління, форми і методи роботи з масовими засобами інформації, правила ділового етикету та ведення переговорів, засоби обчислювальної техніки, комунікацій та зв'язку;

- соціально-економічну та демографічну ситуацію на території, показники стану здоров'я населення, сучасні економічні, організаційні, медичні та управлінські технології, напрямки і принципи розвитку менеджменту, маркетингу, комерційної діяльності;

- основи економіки охорони здоров'я та економічну термінологію, податкову справу, оцінку ризиків.

КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИМОГИ (вимоги до спеціаліста)

Повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямком підготовки "Медицина". Післядипломна спеціалізація за фахом "Організація та управління охороною здоров'я". Стаж роботи за лікарською спеціальністю та за спеціальністю "Організація та управління охороною здоров'я" для керівника міської, центральної районної та районної лікарні – відповідно не менше 8 та 5 років. Стажування в медичних організаціях ЛПУ вищого рівня. Знання іноземної (російської або іншої) мови.

З метою оцінки компетенцій головного лікаря організаторами охорони здоров'я нами було проведено експертне оцінювання 50 головними лікарями запропонованого проекту кваліфікаційної характеристики в тих же областях, де проводилося соціологічне дослідження. Майже всі компетенції були оцінені головними лікарями позитивно (табл. 2).

Таблиця 2. Експертна оцінка компетенцій головного лікаря

Компетенція	Кількість	
	абс	%
базова	49	98
управлінська (зовнішнього та внутрішнього управління)	47	94
стратегічно-бізнесова	34	68
кадрова	45	90
інноваційна	41	82
результативна	39	78
Комплекс компетенцій	42	84

Висновки

1. Сучасний портрет головного лікаря закладу охорони здоров'я вторинного рівня надання

медичної допомоги населенню виглядає наступним чином: чоловік віком 47,9 року, який має медичну освіту, тематичне удосконалення з

клінічних дисциплін, ненормований робочий день у робочі дні та працює у вихідні і святкові дні. Майже постійно зайнятий вирішенням фінансово-економічних, кадрових, господарських питань, які він не делегує іншим повноважним особам для виконання, займається переважно поточними справами.

2. Для керівника закладу охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги населенню в умовах реформування галузі з точки зору компетентнісного підходу має стати характерним орієнтування на безперервний професійний розвиток, вільне володіння комп'ютером та іноземною мовою, зміна підходів до управління закладом, використання стратегічного планування його розвитку, внутрішньої та зовнішньої діяльності з постійною орієнтацією на потреби споживачів та засновників, здійснення оцінки ризиків та проблем, досягнення найкращого ре-

зультату, навіть за умов обмежених наявних ресурсів, ефективне управління кадрами з формуванням команди (відбір, визначення функціональних обов'язків, безперервний професійний розвиток кадрів тощо), впровадження змін, удосконалені процеси, процедури, стандарти та вимоги; запровадження нових інформаційних та медичних технологій.

3. Результати експертної оцінки вказують на підтримку головними лікарями компетентнісного підходу до формування кваліфікаційної характеристики.

Перспективи подальших досліджень скеровані на подальше вивчення готовності головних лікарів закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги проводити започатковану реформу та розробку оптимальної системи підготовки організаторів охорони здоров'я до управління змінами в галузі.

Список літератури

1. *Вороненко Ю. В.* Кваліфікаційні вимоги та професійна модель сучасного керівника військово-медичної служби / Ю. В. Вороненко, В. П. Мегедь // Часопис. – 2009. – № 1 (69). – С. 56–61.
2. *Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я:* постанова Кабінету Міністрів України № 208 від 17.02.2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/.../МК98097.htm. – Назва з екрану.
3. *Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників :* наказ МОЗ України № 117 від 29.03.2002 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20020329_117.html. – Назва з екрану.
4. *Канюка Г. С.* Психологічні основи успішності управлінської діяльності керівників закладів охорони здоров'я : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Г. С. Канюка. – К., 2002.
5. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
6. *Мезенцева Н. Б.* До проблеми професійної моделі фахівця в галузі медичного права / Н. Б. Мезенцева, Я. Ф. Радиш // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. 60-річчю ВООЗ, Всесвітньому дню здоров'я 2008 р., захисту здоров'я від змін клімату (7–8 квіт. 2008 р.). // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 1 (29). – С. 179–180.
7. *Пасько В. В.* Наукове обґрунтування сучасної системи підготовки кадрових ресурсів військової медицини в Україні : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / В. В. Пасько. – К., 2002. – 28 с.
8. *Програма економічних реформ Президента України на 2010–2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава”, розділ “Реформа медичного обслуговування”* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf. – Назва з екрану.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОРТРЕТ РУКОВОДИТЕЛЯ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Г. А. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, Ю. Б. Ященко, М. В. Шевченко (Київ)

Приведены результаты комплексного исследования относительно функций и компетенций главного врача больницы второго уровня оказания медицинской помощи в условиях реформирования отрасли здравоохранения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: реформа отрасли здравоохранения, портрет, главный врач, компетентностный подход.

MODERN PORTRAIT OF THE LEADER OF HEALTH CARE ESTABLISHMENT

G. O. Slabkyi, G. Ya. Parhomenko, Yu. B. Yashchenko, M. V. Shevchenko (Kyiv)

Results of complex research concerning functions and competence the head doctor of hospital of the second level of rendering medical aid in conditions of reforming branch of health care have been resulted.

KEY WORDS: reform of branch of health care, a portrait, head doctor, competent approach.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г. В. Бесполудіна

УДК 614.2:616-082.003.2(477.53)

В. П. ЛИСАК (Полтава, Київ)

ВИТРАТИ НА НАДАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ В РІЗНИХ ТИПАХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Головне управління охорони здоров'я Полтавської ОДА
Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Висвітлено результати аналізу стану фінансування стаціонарної медичної допомоги в Полтавській області залежно від рівня надання медичної допомоги та ефективності його використання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: стаціонарна медична допомога, фінансування, видатки, потужність ліжкового фонду.

Глобальна економічна криза негативно вплинула на витрати системи охорони здоров'я в більшості країн світу [2]. Експерти Консультації високого рівня ВООЗ, яка відбулася в січні 2009 р., засвідчили, що наслідки кризи в багатьох країнах з низьким і середнім рівнями доходів стали очевидними: приватні фінансові потоки зменшуються (з 1 трлн дол. США до половини цієї суми); іноземні прямі інвестиції та залучення коштів скорочуються; а вартість та обсяг експорту із країн, які розвиваються, – знижуються [4]. Відповідно наслідки зростання інфляційних процесів, безробіття, зменшення доходів громадян негативно впливають на доходи домогосподарств і, як наслідок, зростають їх витрати на охорону здоров'я [1;3].

Дані щодо економічної структури видатків у закладах охорони здоров'я, які фінансуються з Державного бюджету, свідчать про те, що у 2009 р. характерним було значне підвищення питомої ваги витрат на медикаменти за рахунок їх централізованих закупівель (40,0 %, з яких 90,0 % – у рамках централізованих закупівель); сумарно частка оплати праці та нарахувань на неї становила 48,0 %; видатки на оплату комунальних послуг та енергоносіїв – 4,0 %.

Аналіз економічної структури видатків закладів охорони здоров'я, які фінансуються з місцевих бюджетів, засвідчив, що у 2009 р. тенденції минулих років збереглися. Питома вага видатків оплати праці та нарахувань становила понад 70,0 від загального обсягу видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів (середній показник по Україні – 72,06 %). Частка витрат на медикаменти – 8,46 %, видатки на оплату комунальних послуг та енергоносіїв – 8,7 %, харчування – 3,21 %. На капітальні видатки виділено лише 2,6 % коштів від загального обсягу видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів [5].

Мета роботи: вивчити рівні фінансування стаціонарного сектору в Полтавській області за рівнями надання медичної допомоги та кодами бюджетної класифікації.

Матеріали і методи: статистичний, історико-інформаційний, економічний.

Результати дослідження та їх обговорення. Дані аналізу витрат на надання стаціонарної допомоги одному хворому в день на рівні дільничних лікарень свідчать про досить значні коливання цього показника в розрізі окремих районів області, що в свою чергу впливає на доступність медичної допомоги та якість наданих послуг. Зокрема розрахункова вартість одного дня перебування хворого на лікуванні у стаціонарі в Лютенській ДЛ Гадяцького району становить (за даними 2009 р.) 231,1 грн, величина аналогічного показника у Рясській ДЛ Машівського району – 39,05 грн, що майже в 6 разів нижче.

Виявлено відмінності щодо витрат на стаціонарне лікування одного хворого в день не лише в розрізі районів, але й на рівні закладів, які надають медичну допомогу жителям одного району. Так, у ДЛ Гадяцького району витрати коливаються від 64,29 грн у Веприцькій ДЛ до 231,1 грн у Лютенській ДЛ, тобто з різницею майже в 4 рази, при цьому потужність ліжкового фонду цих лікарень становить відповідно 10 і 5 ліжок.

У ДЛ Машівського району ситуація аналогічна, у Кошманівській ДЛ з потужністю ліжкового фонду у 8 ліжок фінансування одного дня перебування в стаціонарі становило 94,38 грн і майже втричі перевищувало величину цього показника у Рясській ДЛ, потужність якої 10 ліжок. Витрати на стаціонарне лікування одного хворого в день в найпотужнішій Жирківській ДЛ Машівського району (15 ліжок) становили 50,24 грн. Ці розбіжності підтверджуються і величиною коефіцієнту кореляції Пірсона ($r_{xy} = -0,193$ при $p < 0,05$), що вказує на наявність зворотного зв'язку між витратами на стаціонарне

лікування одного хворого в день та потужністю ліжкового фонду.

Аналогічна ситуація простежується і щодо забезпечення лікувального процесу медикаментами та харчуванням при перебуванні хворого в стаціонарі. Зокрема найнижчі видатки на придбання ліків для забезпечення лікувального процесу одного хворого на день у стаціонарі зафіксовано у більшості районів області. За даними проведеного дослідження, у ДЛ Бачанського, Зіньківського, Карлівського, Кобеляцького, Козельщинського, Котелевського, Лохвицького, Машівського, Оржицького, Чутівського районів в день на одного хворого, який проходив лікування у стаціонарі, виділялося від 0,08 до 1,0 грн.

Від 1 до 3 грн на медикаменти виділялося у ДЛ Лубенського, Миргородського, Полтавського, Хорольського, Шишацького районів області. Тільки у декількох ДЛ у Хорольському районі ці видатки знаходилися в межах 5,39 грн (Клепацівська ДЛ) та 5,76 грн (Бригадирівська ДЛ) і в Сарській ДЛ Гадяцького району (7,78 грн). Встановлено існування зворотного зв'язку за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона ($r_{xy} = -0,137$

при $p < 0,05$) між видатками на придбання ліків для забезпечення лікувального процесу одного хворого в день у стаціонарі та потужністю ліжкового фонду.

Щодо видатків на харчування у ДЛ, то результатами дослідження встановлено, що у більшості лікарень вони коливаються від 1 до 1,5 грн. У 17 ДЛ із 46 (всі ДЛ В. Бачанського, Козельщинського, Кобеляцького, Варварівська ДЛ Карлівського, Гамаліївська, Бодаківська, Вирішальненська ДЛ Лохвицького, Жданівська, Ісківська ДЛ Лубенського, Жирківська і Ряска ДЛ Машівського, Сагайдацька ДЛ Шишацького районів) ці видатки навіть не досягали рівня однієї гривні в день і коливалися в межах від 0,28 до 0,83 грн. Тільки у 6 ДЛ на харчування виділялося від 3 до 5,53 грн на день. Встановлено існування прямого зв'язку за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона ($r_{xy} = +0,199$ при $p < 0,05$) між видатками на харчування одного хворого в день у стаціонарі та потужністю ліжкового фонду. Результати аналізу витрат на надання стаціонарної допомоги одному хворому в день на рівні номерних районних лікарень наведено у табл. 1.

Таблиця 1. Розрахункова вартість одного дня перебування хворого на лікуванні у стаціонарі в номерних районних лікарнях Полтавської області за 2009 р. (грн)

Назва номерних районних лікарень	Загальні витрати	Витрати на придбання ліків	Витрати на харчування	Потужність лікарні, ліжок
НРЛ В. Кринки, Глобинський р-н	132,58	4,24	6,97	30
НРЛ Світлогорськ, Кобеляцький р-н	69,48	1,15	4,73	45
НРЛ Нехворощі, Н.Санжарський р-н	81,41	1,51	2,89	31
НРЛ Лазорки, Оржицький р-н	130,63	3,36	2,68	11
НРЛ Оболоні, Семенівський р-н	89,75	5,1	4,9	40
НРЛ Сенчі, Лохвицький р-н	98,43	4,05	1,9	25
НРЛ Опішні, Зіньківський р-н	73,4	1,89	3,51	45
НРЛ Комишні, Миргородський р-н	136,72	2,23	4,68	25
НРЛ Градизька, Глобинський р-н	105,14	1,07	5,98	110

Середня розрахункова вартість одного дня перебування хворого на лікуванні у стаціонарі в номерній районній лікарні (НРЛ) становила 101,95 грн, при цьому найвищий рівень витрат зафіксовано у Комишніанській НРЛ Миргородського району (136,72 грн), потужність якої 25 ліжок; найнижчий – у Світлогорській Кобеляцького району (69,48 грн) на 45 ліжок. В найбільш потужній Градизькій НРЛ Глобинського району з ліжковим фондом 110 ліжок, цей показник знаходився на рівні 105,14 грн. Тобто чим менша потужність лікарні, тим вищі затрати на лікування пацієнтів, що підтверджено і величиною коефіцієнту кореляції Пірсона ($r_{xy} = -0,255$ при $p < 0,05$).

Результатами дослідження забезпечення лікувального процесу медикаментами та харчуванням при перебуванні хворого в стаціонарі на рівні НРЛ показали наступне:

- в середньому видатки на медикаменти становили від 1,07 до 5,1 грн, тобто їх величина відрізнялася у різних територіальних одиницях у 3–4 рази. При цьому не вдалося встановити достовірну залежність між видатками на медикаменти та потужністю ліжкового фонду НРЛ;

- видатки на харчування коливалися від 1,9 грн у Сенчанській НРЛ Лохвицького району до 6,97 грн В. Кринківській НРЛ Глобинського району. Встановлено існування прямого серед-

нього зв'язку за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона ($r_{xy}=+0,481$ при $p<0,05$) між цими двома показниками.

Дані аналізу витрат на надання стаціонарної допомоги одному хворому в день на рівні центральних районних лікарень (ЦРЛ) наведено у табл. 2.

Таблиця 2. Розрахункова вартість одного дня перебування хворого на лікуванні у стаціонарі в ЦРЛ Полтавської області за 2009 р. (грн)

Райони області, де є ЦРЛ	Загальні витрати	Витрати на придбання ліків	Витрати на харчування	Потужність лікарні, ліжок
В. Багачанський	64,99	5,47	6,42	130
Гадяцький	101,2	13,1	7,9	300
Глобинський	129,76	3,73	3,38	200
Гребінківський	89	7,4	8,9	133
Диканський	129,22	5,06	5,24	100
Зіньківський	94,36	2,84	3,79	170
Карлівський	90,38	2,96	2,86	180
Кобеляцький	93,84	3,61	3,41	240
Козельщинський	173,3	7,41	3,18	110
Котелевський	106,11	3,65	4,15	110
Кременчуцький	96,14	6,24	3,72	240
Лохвицький	98,27	4,46	4,13	203
Лубенський	113,83	4,27	2,67	
Машівський	111,95	3,23	3,25	87
Миргородський	90,87	2,47	4,78	370
Н.Санжарський	101,35	3,44	3,74	162
Оржицький	128,97	5,28	4,07	130
Пирятинський	101,16	5,65	5,15	200
Полтавський	186,33	12,22	6,23	200
Решетилівський	138,25	9,48	7,16	136
Семенівський	90,47	5,6	5,4	137
Хорольський	111,64	4,84	4,77	185
Чорнухінський	88,34	5,13	2,09	95
Чутівський	170,19	5,83	4,81	99
Шишацький	121,74	5,82	4,83	110

Середня розрахункова вартість одного дня перебування хворого на лікуванні у стаціонарі в ЦРЛ становила 112,87 грн, при цьому найвищий рівень показника зафіксовано у ЦРЛ Полтавського району (186,33 грн), найнижчий – В. Багачанській ЦРЛ (64,99 грн). У майже половини ЦРЛ (10 з 25 ЦРЛ) вартість одного дня перебування хворого на лікуванні у стаціонарі не досягала 100 грн/день. Тільки у ЦРЛ Чутівського, Козельщинського та Полтавського районів цей показник коливався в межах від 171,2 до 186,33 грн, що в 1,7–1,9 разу більше, ніж у переважній кількості ЦРЛ області. Це свідчить про нерівний доступ та фінансове покриття надання одних і тих самих послуг на вторинному рівні населенню, яке проживає на території однієї області. Встановлено існування зворотного зв'язку за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона ($r_{xy}=-0,246$ при $p<0,05$) між потужністю ЦРЛ та витратами на перебування пацієнта в стаціонарі.

У ЦРЛ Миргородського району (370 ліжок) витрати на придбання ліків становили всього 2,47 грн, а у ЦРЛ Гадяцького району з ліжковим фондом 300 ліжок – 13,1 грн. Різниця між мінімальним та максимальним рівнем забезпечення лікувального процесу ліками на рівні ЦРЛ досягала 5,3 разу. В середньому у структурі загальних витрат одного дня лікування у стаціонарі питома вага видатків на ліки становила 4,9 %.

Видатки на харчування коливалися від 2,09 грн у Чорнухінській ЦРЛ до 8,9 грн ЦРЛ Гребінківського району, тобто різниця у показниках досягала 4 рази.

Лише у 3 з 25 ЦРЛ видатки на харчування одного хворого в день становили понад 7 грн (ЦРЛ Решетилівського району – 7,16 грн, Гадяцького – 7,9 грн, Гребінківського – 8,9 грн), при цьому вони мають різну потужність відповідно 136, 300, 133 ліжок. В середньому у структурі загальних витрат одного дня лікування у стаці-

онарі питома вага видатків на харчування становила 4,1 %. Також встановлено існування прямого зв'язку за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона ($r_{xy}=+0,132$ при $p<0,05$) між величиною

показника видатків на харчування та потужністю ліжкового фонду. У табл. 3 наведено дані щодо вартості одного дня перебування хворого на лікуванні у стаціонарі міських лікарень.

Таблиця 3. Розрахункова вартість одного дня перебування хворого на лікуванні у стаціонарі міських лікарень Полтавської області за 2009 р. (грн)

Назва міської лікарні	Загальні витрати	Витрати на придбання ліків	Витрати на харчування	Потужність лікарні, ліжок
1 міська лікарня м. Полтава	114,02	9,52	2,73	300
2 міська лікарня м. Полтава	90,81	6,07	2,45	240
4 міська лікарня м. Полтава	67,94	7,98	4,36	130
5 міська лікарня м. Полтава	87,14	9,77	2,07	152
1 міська лікарня м. Кременчук	99,19	0,8	0,34	280
2 міська лікарня м. Кременчук	113,31	1,5	1,09	205
3 міська лікарня м. Кременчук	92,07	2,93	0,88	210
4 міська лікарня м. Кременчук	97,96	5,21	1,87	70
5 міська лікарня м. Кременчук	110,56	0,79	1,97	105
Міська лікарня м. Комсомольськ	124,51	5,04	7,5	245
Міська лікарня м. Лубни	93,32	4,45	2,7	365
м. Білики, Кобеляцький р-н	83,98	2,32	2,6	25
м. Червонозаводське, Лохвицький р-н	93,22	4,14	2,68	20
м. Галещина, Козельщинський р-н	110,23	3,48	2,56	15

Виявлено значні розбіжності щодо середньої вартості одного дня перебування хворого на лікуванні у стаціонарі в міських лікарнях (МЛ) області. Так, лікарні різної потужності, зокрема МЛ м. Галещина Козельщинського р-ну на 15 ліжок, 5 міська лікарня на 105 ліжок та 2 міська лікарня м. Кременчук на 205 ліжок, міська лікарня м. Комсомольськ на 245 ліжок, 1 міська лікарня м. Полтави на 300 ліжок мають практично однакові рівні витрат на лікування одного пацієнта в день (на рівні 110,23–114,02 грн). Між величиною середньої вартості одного дня перебування хворого на лікуванні у стаціонарі та потужністю ліжкового фонду встановлено існування прямого зв'язку за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона ($r_{xy}=+0,210$ при $p<0,05$). Найнижчі витрати на лікування одного пацієнта в стаціонарі зафіксовано у 4 міській лікарні м. Полтави (67,94 грн), найвищі – міській лікарні м. Комсомольськ (124,51 грн), тобто з різницею покриття витрат 1,8 разу.

У 5 міській лікарні м. Кременчук (105 ліжок) витрати на придбання ліків становили всього 0,79 грн, натомість у 5 МЛ м. Полтави з ліжковим фондом 152 ліжка – 9,77 грн. Різниця між мінімальним та максимальним рівнем забезпечення лікувального процесу ліками на рівні МЛ становила понад 10 разів. В середньому у структурі загальних витрат одного дня лікування у стаціонарі питома вага видатків на ліки становила 4,6 %.

Видатки на харчування коливалися від 0,34 грн у 3 МЛ м. Кременчука до 7,5 грн МЛ м.

Комсомольськ, тобто різниця у показниках досягла 22 рази. Не встановлено достовірного зв'язку між величиною видатків на харчування та потужністю ліжкового фонду.

На рис. 1 графічно представлено порівняльний аналіз витрат одного дня перебування хворого на лікуванні у стаціонарі обласних лікарень для дітей, які проживають в Полтавській області. Як видно з рисунку, загальні витрати на лікування дітей відрізняються на різних територіях, це стосується і витрат на придбання ліків (в ДОЛ см. Кременчук видатки на ліки майже в двічі перевищують аналогічний показник в ДОЛ м. Полтави). При цьому витрати на харчування знаходяться майже на одному рівні і становлять відповідно 2,77 і 2,52 грн, їх питома вага у загальній структурі видатків на лікування одного пацієнта в стаціонарі становила 2,5% та 1,8% відповідно.

На рис. 2 графічно представлено дані про середню вартість одного дня перебування хворого на лікуванні: ДЛ – 84,85 грн, НРЛ – 101,95 грн, ЦРЛ – 112,87, МЛ – 98,45 грн, ДОЛ – 126,83 грн. Таким чином, найвищі витрати на стаціонарне лікування одного хворого в день зафіксовано на рівні обласної лікарні, де надається медична допомога третинного рівня. Видатки на надання вторинної медичної допомоги одному хворому в день на рівні ЦРЛ перевищують величину аналогічного показника при лікуванні у міських лікарнях (відповідно 112,87 і 98,45 грн).

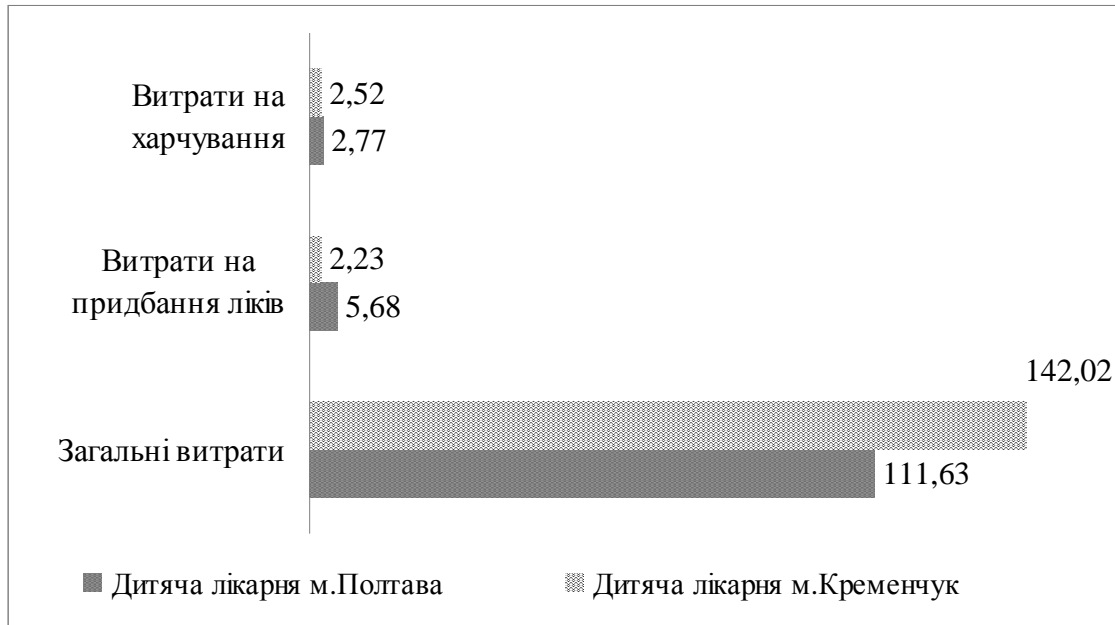


Рис. 1. Середня вартість одного дня перебування хворого на лікуванні у стаціонарі обласних лікарень для дорослих та дітей Полтавської області (за даними 2009 р.)

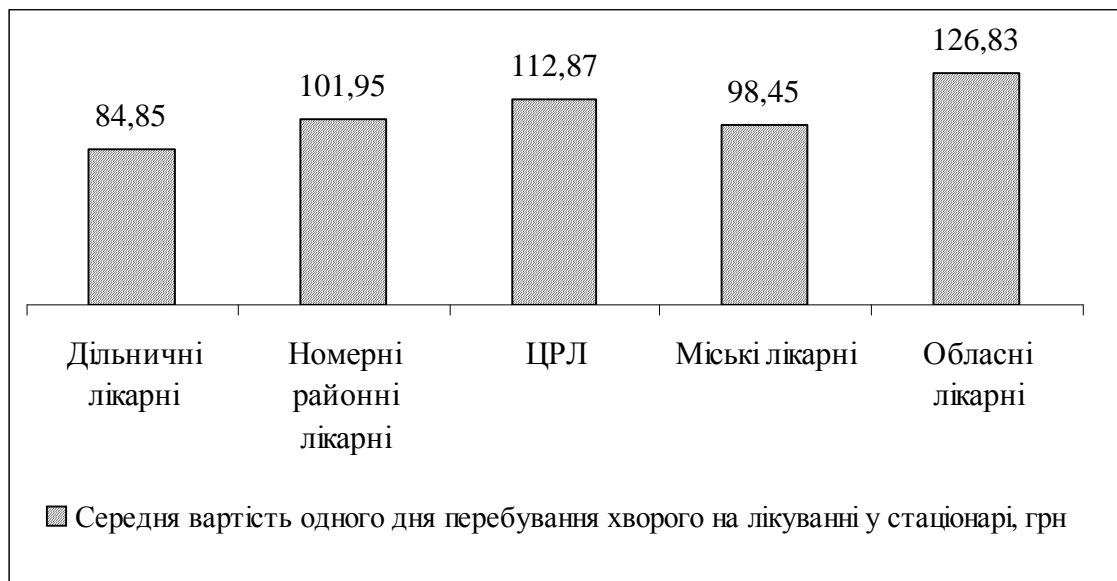


Рис. 2. Середня вартість одного дня перебування хворого на лікуванні у стаціонарі різного типу лікарень Полтавської області (за даними 2009 р.)

Дані про середні витрати на придбання ліків на один день перебування хворого на лікуванні наведено на рис. 3: ДЛ – 1,4 грн, НРЛ – 2,73 грн, ЦРЛ – 5,57, міська лікарня – 4,57 грн, ДОЛ – 3,96 грн. Найвищі витрати на придбання ліків на один день перебування хворого на лікуванні зафіксовано на рівні ЦРЛ, найнижчі – на рівні ДЛ.

Середні витрати на харчування на один день перебування хворого на лікування: ДЛ – 1,66 грн, НРЛ – 4,23 грн, ЦРЛ – 4,64, МЛ – 2,56 грн, ДОЛ – 2,65 грн (рис. 4).

Висновки

1. Різниця між витратами на стаціонарне лікування одного хворого в день в різних типах

лікарень незначна, при тому, що медична допомога хворим надається різної інтенсивності та складності, що потребує використання медичних технологій діагностики та лікування відповідно до рівня надання допомоги (вторинної чи третинної).

2. Видатки на забезпечення ліками при наданні вторинної медичної допомоги одному хворому в день перевищують величину аналогічного показника при лікуванні у обласних лікарнях (відповідно 5,57 і 3,96 грн), при тому, що на третинному рівні пацієнти потребують більш затратного лікування, включаючи і медикаментозне.

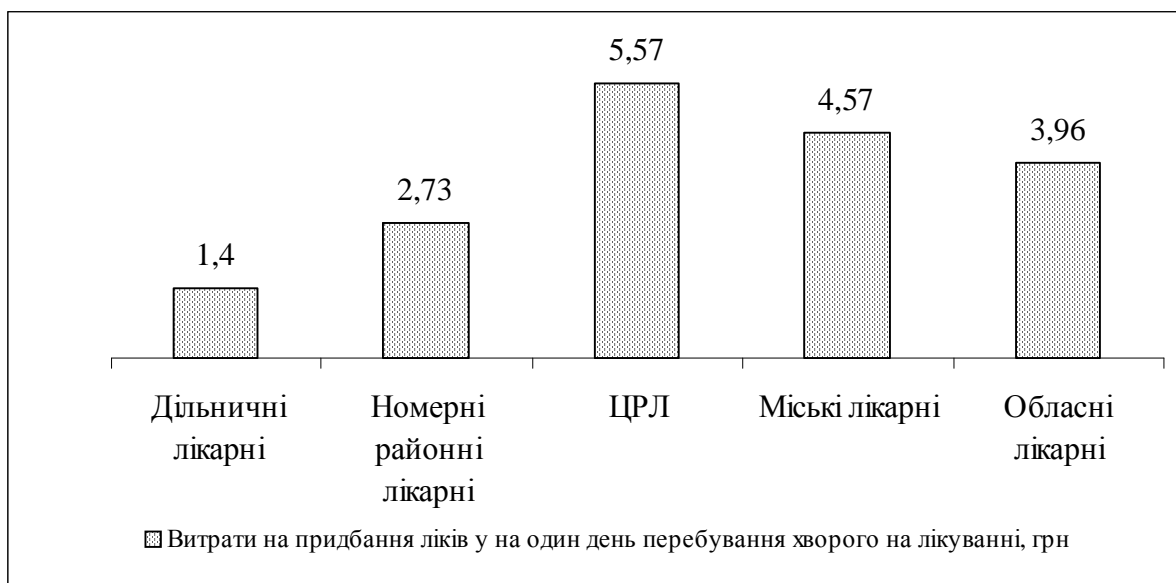


Рис. 3. Середні витрати на придбання ліків на один день перебування хворого на лікуванні у стаціонарі різного типу лікарень Полтавської області (за даними 2009 р.)

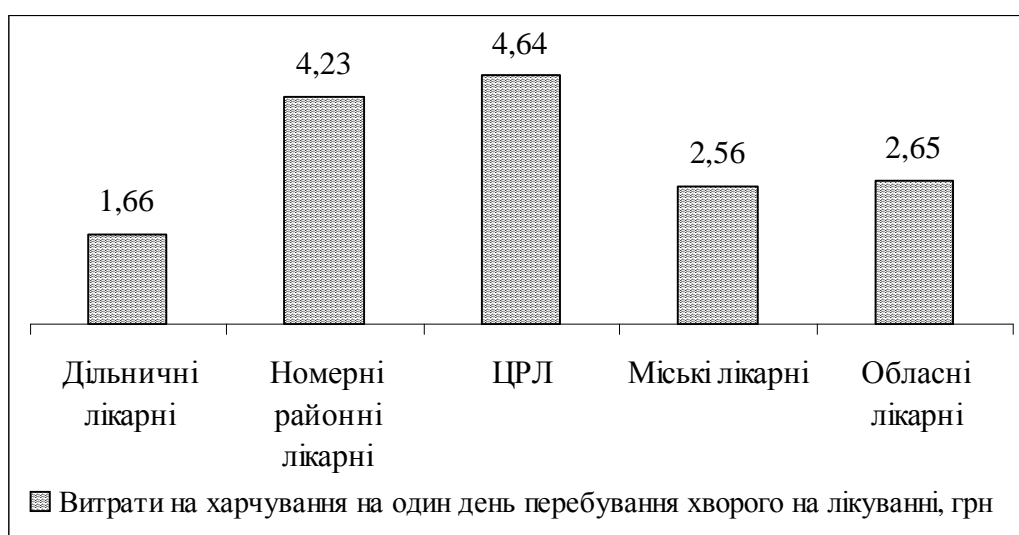


Рис. 4. Середні витрати на харчування на один день перебування хворого на лікуванні у стаціонарі різного типу лікарень Полтавської області (за даними 2009 р.)

3. Найвищі витрати на харчування в день зафіксовано на рівні ЦРЛ та номерних районних лікарень, найнижчі – на рівні міських та обласних лікарень.

4. Результати дослідження показали, що чим менша потужність ліжкового фонду, тим вищі витрати на один день перебування хворого на лікуванні у стаціонарі, отже наявна низька економічна ефективність використання ресурсів.

5. Отримані в дослідженні дані свідчать про те, що якщо обсяги інфраструктури та витрати припадають на невелику кількість пацієнтів, це, у свою чергу, збільшує середню вартість госпіталізації. Це підтверджується і результатами досліджень інших науковців [6], що ґрунтуються на доказовому менеджменті.

6. Виявлено значні розбіжності як на рівні різних типів закладів охорони здоров'я, так і окремих адміністративних територій області щодо витрат перебування хворого на лікуванні у стаціонарі, що свідчить про порушення принципів справедливості та доступності у наданні медичних послуг, нерівні можливості задоволення потреб у наданні передусім вторинної медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень сфокусовані на вивчення раціональності використання фінансових ресурсів в закладах охорони здоров'я Полтавської області.

Список літератури

1. 10 фактов о финансировании здравоохранения [Электронный ресурс] – Режим доступа : http://www.who.int/features/factfiles/health_financing/photos/ru/index9.html. – Заголовок з екрану.
2. *Маргарет Чен* Финансовый кризис и глобальное здравоохранение Выступление на консультации высокого уровня по вопросам финансового кризиса и глобального здравоохранения / Маргарет Чен [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090119/ru/index.html. – Название с экрана.
3. *Финансирование систем здравоохранения*. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад о состоянии здравоохранения в мире (исполнительное резюме). – Женева : ВОЗ, 2010. – 20 с.
4. *Финансовый кризис и глобальное здравоохранение* : доклад Консультации высокого уровня. – Женева, ВОЗ, 19 янв. 2009 г. – 25 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_ru.pdf. – Название с экрана.
5. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2009 рік* / за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – С. 95–106.
6. *McKee M. The significance of hospitals: an introduction* / McKee M., Healy J. // *Hospitals in a changing Europe*; McKee M., Healy J. (eds). – Buckingham: Open University Press, 2002. – P. 3–13.

ЗАТРАТЫ НА ОКАЗАНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ

В. П. Лысак (Киев, Полтава)

Освещены результаты анализа состояния финансирования стационарной медицинской помощи в Полтавской области в зависимости от уровня оказания медицинской помощи и эффективности его использования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **стационарная медицинская помощь, финансирование, расходы, мощность коечного фонда.**

EXPENSES FOR RENDERING OF THE STATIONARY CARE IN VARIOUS TYPES OF HEALTH CARE ESTABLISHMENTS IN POLTAVA REGION

V. P. Lysak (Kyiv, Poltava)

Results of the analysis of condition of stationary medical care financing in the Poltava region have been covered depending on level of rendering of medical care and efficiency of its use.

KEY WORDS: **stationary medical care, financing, charges, capacity of bed fund.**

Рецензент: к.мед.н. М. В. Шевченко

УДК 614.87/.88

О. В. МАЗУРЕНКО (Київ)

АНАЛІЗ ПОТРЕБ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПРИ ПОДОЛАННІ МЕДИКО-САНІТАРНИХ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРУ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вивчено потреби охорони здоров'я при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного характеру. Запропоновано класифікацію потреб охорони здоров'я. Внаслідок різних природних надзвичайних ситуацій виникають різні потреби. Потреба в ліках та засобах медичного призначення є типовою.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **надзвичайна ситуація природного характеру, охорона здоров'я, потреби.**

Вивчення потреб охорони здоров'я в осередку надзвичайної ситуації (НС) відіграє ключове значення у збільшенні спроможності подолання медико-санітарних наслідків катастрофи. В наведеному дослідженні під терміном "надзвичай-

на ситуація для охорони здоров'я" слід розуміти обставину, що виникла раптово, при якій можливості органів та закладів охорони здоров'я з попередження та ліквідації медико-санітарних наслідків НС не відповідають існуючим потребам і вимагають залучення додаткових сил та за-

© О. В. Мазуренко, 2011

собів чи суттєвої зміни повсякденних форм і методів роботи (Рада із співробітництва в галузі охорони здоров'я країн СНД 1994 р.) [5]. Наведене визначення констатує необхідність допомоги ззовні в осередку НС, а на необхідність надання допомоги деяким країнам при подоланні наслідків природних катастроф також вказує Резолюція Генеральної Асамблеї ООН 61/200 2007 р. Ключові питання подолання наслідків НС знайшли своє відображення в матеріалах Всесвітньої конференції по зменшенню небезпеки стихійних лих (Йокогама, Японія, травень 1994 р.); матеріалах міжнародної конференції "Disaster reduction" (2005, Кобе, Хйого, Японія), де визначено необхідність узагальнення знань про наслідки катастроф та впровадження попереднього досвіду "від теорії до практики" і прийнято Хйогську рамкову програму дій на 2005–2015 рр.: створення потенціалу протидії лиху на рівні держав та громад.

У публікаціях стосовно подолання наслідків НС констатовано завдання щодо вивчення потреб при НС, однак це завдання вирішене не повністю, що і обумовило актуальність даного дослідження [8;10].

Аналіз та узагальнення потреб охорони здоров'я при подоланні медико-санітарних наслідків НС природного характеру сприятиме покращенню забезпечення закладів охорони здоров'я і доповненню номенклатури лікарських засобів та виробів медичного призначення відомчого резерву МОЗ України у запобіганні та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних си-

туацій (наказ МОЗ України №331 від 10.08.2001 р. із доповненнями відповідно до наказу МОЗ України №613 від 09.09.2006 р.).

Мета роботи: проаналізувати та узагальнити складові потреб охорони здоров'я при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного характеру.

Матеріали і методи. Досліджено потреби охорони здоров'я при подоланні медико-санітарних наслідків 117 НС природного характеру, з них 42 землетрусів, 38 повеней та 37 ураганів, упродовж 1985–2010 рр. Всі НС групи дослідження відповідали надзвичайній ситуації загальнодержавного рівня (наказ Державного комітету України по стандартизації, метрології та сертифікації №552 від 19 листопада 2001 р., Державний класифікатор надзвичайних ситуацій України ДК 019-2001, чинний від 01.03.2002 р.) або надзвичайній ситуації, подолання наслідків якої потребувало міжнародної допомоги.

Інформаційним ресурсом були публікації ООН та електронний ресурс офіційного сайту Бюро координації гуманітарних справ ООН.

В роботі використано бібліосемантичний метод наукового пізнання явища. Обробка даних проводилась на основі статистичних методів.

Результати дослідження та їх обговорення. В усіх випадках НС, що розглядалися, звернення по допомогу надходило до Бюро координації гуманітарної допомоги ООН впродовж перебігу гострої фази катастрофи. Результати аналізу потреб дозволили розробити їх класифікацію (табл. 1).

Таблиця 1. Класифікація потреб при подолання наслідків надзвичайної ситуації

I. За ступенем пріоритетності	II. За рівнем надання допомоги	III. За видом потреб
1. Термінові потреби	1. Національна допомога: - територіальний рівень - центральний рівень	1. Пошук та рятування
2. Середньострокові потреби	2. Міжнародна допомога: - міжнародні організації (ООН, МФЧХ і т.п.) - урядові організації - неурядові організації (Лікарі без кордонів, Міжнародний медичний корпус і т.п.)	2. Захист від оточуючого середовища
3. Довгострокові потреби		3. Продукти харчування та питна вода
		4. Охорона здоров'я
		5. Логістика
		6. Фінансова допомога

Негайні потреби спрямовані на проведення життєзберігаючих медичних заходів та втручань відповідних гілок виконавчої влади, які обумовлені руйнацією безпечного середовища перебування людини та суттєвим обмеженням функціонування належних служб, в т.ч. системи

охорони здоров'я. Середньострокові потреби включають відновлення надання екстреної медичної допомоги, запобігання розвитку ускладнень та їх лікування. Основне завдання довгострокових потреб – створення безпечних умов перебування в ураженому регіоні. Досягають че-

рез відновлення системи охорони здоров'я, системи освіти, житла та аграрного сектору (запобігання голоду).

За видом потреби можливо розподілити на п'ять груп: I. Пошук та рятування; II. Захист від оточуючого середовища; III. Продукти харчування та питна вода; IV. Охорона здоров'я та санітарія; V. Логістика.

Результати досліджень свідчать, що залежно від виду катастрофи складові групи "Охорона здоров'я та санітарія", так само як і складові інших груп, в цілому типові, хоча і мають свої відмінності, що обумовлено видом та масштабом НС а також швидкістю розвитку події та відмінністю причин смертності та захворюваності постраждалого населення.

Вивчення потреб при подоланні медико-санітарних наслідків НС неможливе без узагальнення завдань охорони здоров'я в осередку НС. Аналіз подолання медико-санітарних наслідків землетрусів дозволив конкретизувати завдання охорони здоров'я у районах надзвичайних ситуацій: надання екстреної медичної допомоги

хворим та травмованим (проведення життєзберігаючих втручань та надання психотерапевтичної допомоги); запобігання інфекційній захворюваності, в т.ч. впровадження системи раннього попередження та проведення комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів (розслідування всіх випадків діареї, забезпечення придатними продуктами харчування та питною водою, спостереження та запобігання виникненню інтрагоспітальних інфекцій); запобігання поширенню неінфекційних хвороб (надання медичної допомоги хронічно хворим особам); остаточне лікування та реабілітація травмованих, відповідно до медичних показань, за межами осередку НС (виконання завдання обумовлює створення реабілітаційної системи для постраждалих на територіальному рівні). Майже всі завдання, що здійснювалися в різних країнах світу за різних умов різними закордонними службами охорони здоров'я, відображено в постанові Кабінету Міністрів України №827 від 11 липня 2001 року "Положення про Державну службу медицини катастроф" [4].

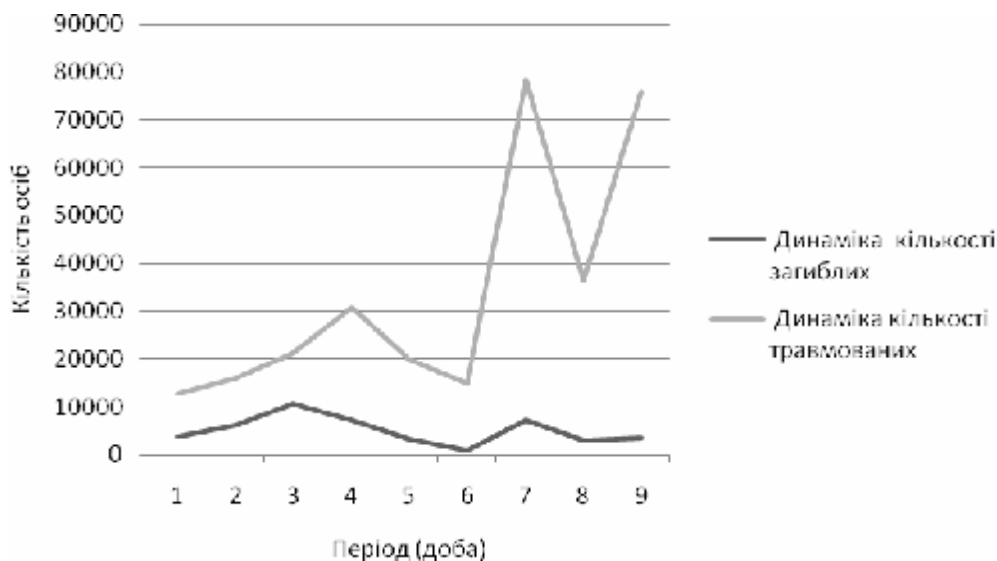


Рис. 1. Динаміка кількості загиблих та травмованих внаслідок землетрусів

На рис. 1 показано два піки смертності, які властиві смертності внаслідок тяжкої травми за звичайних умов: перший підйом обумовлений впливом травмуючого агента та знаходженням тіл загиблих під час проведення пошукової операції, другий – розвитком післятравматичних ускладнень та травматичної хвороби. Також звертає увагу збільшення кількості травмованих після 6 доби перебігу НС, коли завершено повномасштабне розгортання в осередку землетрусу мобільних госпіталів. Досвід участі автора в подоланні медико-санітарних наслідків землетрусів (Гуджарат, 2001 Індія; Бам, 2003, Іран) свідчить про велику кількість звернення до мобільного госпіталю осіб з нетяжкими травмами та/або ускладненнями травм саме на 6–8 добу.

Аналіз даних вказує на відповідність динаміки появи потреб фазі подолання наслідків НС. Так, упродовж першої доби (гострого періоду перебігу НС) надійшло 30,95 % запитів про допомогу, серед яких стосовно охорони здоров'я негайними потребами були мобільні госпіталі та медичні загони (32,16 %), медикаменти, придатна питна вода та продукти харчування (потреба госпітальних відділень мобільних госпіталів). В 9,71 % запитів потреби чітко не визначені, а потреби стосовно охорони здоров'я в 53,85 % сформульовано загальними фразами: "потрібна медична допомога" ("основні лікувальні засоби", "засоби медичного призначення" тощо), що свідчить про відсутність об'єктивної оцінки невідповідності потреб наявним ресурсам.

На другу надходить до 28,57 % запитів про допомогу, на третю добу – 16,67 %, в яких в якості потреб визначено апарати для штучної вентиляції легень, ларингоскопи, ендотрахеальні трубки, плазмозамінюючі, сольові та інфузійні розчини, антибіотики та гормони, на четверту добу – 9,52 %. На четверту добу потреби розподіляють на категорії, відповідно до їх терміновості. Так, до потреб I категорії належать медичне устаткування для лікування ускладнень травми, аптечки першої медичної допомоги, гумові рукавички, протипилові маски, намети, ковдри, мішки для тіл загиблих. Потребами II категорії визначено мобільні госпіталі, автомобілі швидкої медичної допомоги, ортопедичне обладнання (протези), обладнання для водоочищення, мобільні туалети, автомобілі для транспортування крові. До запитів одинадцятої доби з моменту землетрусу належать: хірургічні пристрої та засоби для ампутацій, обладнання для очищення води та намети. Досвід свідчить, що на одинадцяту добу переважна більшість іноземних госпіталів залишають країну, і за умов зруйнованих закладів охорони здоров'я та недостатньої кількості медичного персоналу виникають потреби надання звичайної ПМСД, в т.ч. лікування після травматичних ускладнень та лікування травматичної хвороби.

У 14,29 % випадків надання допомоги у подоланні наслідків НС було здійснено як прояв співчуття без очікування на офіційне звернення. Вид та розмір допомоги визначали відповідно до результатів визначення потреб експертами провідних міжнародних організацій, передусім агенцій ООН.

Серед потреб в усіх випадках констатовано необхідність в психосоціальній допомозі дітям та створенні дитячих реабілітаційних центрів із залученням до роботи в них національних фахівців.

На складові потреб охорони здоров'я впливають розмір території ураження, рельєф місцевості, ступінь руйнації автошляхів, погодні умови. Суттєве значення мають релігійні, культурологічні (гендерна політика) та соціальні особливості регіону. Так, в деяких країнах південно-східної Азії рівень вакцинації (імунізації) серед населення складав лише 40 %.

Вивчення потреб охорони здоров'я при повені обрано внаслідок їх поширеності в світі та, у тому числі, наявності загрози для України (Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки України Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи, 2009).

Потреби охорони здоров'я під час подолання медико-санітарних наслідків під час повені

характеризуються меншою швидкістю вражаючого фактору у порівнянні із землетрусом та іншими надзвичайними ситуаціями. Так, в групі дослідження під час повені спостерігали збільшення захворювань, які передаються через воду (гострі респіраторні інфекції, дерматомікози) та укуси змій. Результати аналізу свідчать, що під час повені в загальній структурі потреб переважає потреба в питній воді (80 %). При повені основною метою охорони здоров'я є запобігання спалаху та розповсюдженню інфекційних хвороб. З цією метою: а) здійснюють диференціальну діагностику всіх випадків діареї – інфекційна, неінфекційна (так, під час повені в Перу у 1998 р. захворюваність на холеру впродовж трьох місяців удвічі перевищувала рівень захворюваності за весь попередній рік); б) застосовують дезінфектанти, інсектициди та використовують протимоскітну сітку (запобігання захворюваності на малярію). Окрім того в ендемічно небезпечних регіонах констатовано потребу в ліках проти малярії (динаміка збільшення захворюваності на малярію в Уганді, 2007 р., складала 5,7% за тиждень), лихоманки та діареї. Сучасний протокол лікування діареї нехолерного ґенезу передбачає забезпечення та здійснення регідратації так званими пероральними регідратаційними солями (ПРС), які ще називають низькоосмолярними розчинами (ORS – oral rehydration salt), та призначення солей цинку [9], що свідчить про необхідність доповнення Переліку лікарських засобів та виробів медичного призначення резерву медичних закладів для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій (наказ МОЗ України №331 від 10.08.2001 р. із доповненнями відповідно до наказу МОЗ України № 613 від 09.09.2006 р.) препаратами для пероральної регідратації та сульфатом цинку 0,25–10,0 %, препаратами вітаміну А та забезпечення цими укладками мережі ПМСД. В групі дослідження заклади охорони здоров'я сприяли розповсюдженню серед населення резервуарів для дезінфекції питної води та її транспортування, засобів для дезінфекції води, обладнання для визначення безпеки продуктів харчування та питної води (ультрафіолетові лампи, флуоресцентні лампи, термографи для визначення температури їжі на поверхні та всередині, люметр для визначення потужності ультрафіолетового випромінювання тощо).

При подоланні медико-санітарних наслідків повені заклади охорони здоров'я забезпечують: 1) створення медичних пунктів (постів) у віддалених регіонах; 2) створення спеціалізованих медичних пунктів для осіб, які належать до групи ризику (діти до 5 років, вагітні жінки останньо-

го триместру вагітності, хронічно хворі особи та інваліди, хворі на ВІЛ/СНІД, жовтяницю тощо); 3) програму вакцинації населення проти гепатиту А, поліомієліту, правця, дифтерії, туберкульозу та, згідно з рекомендаціями ВООЗ, кору (потреба в сироватках та вакцинах складає в осередках повені понад 30 % всіх потреб охорони здоров'я); 3) забезпечення медичних пунктів засобами медичного призначення та ліками (потреба в лікарських засобах складає 96,73 % потреб охорони здоров'я); 5) проведення санітарно-освітньої роботи серед населення (під час повені у Мозамбіку (2000 р.) 81 % населення не здійснювали очистку питної води взагалі, 5 % використовували воду після кип'ятіння і 14 % – після хлорування).

Для наслідків повені характерна велика кількість евакуйованого населення як основного заходу захисту при повені. Графічне відображення емпіричних даних щодо динаміки кількості евакуйованого населення та теоретичної кривої (поліноміальна лінія тренда 2 порядку) підтверджує поступовий розвиток НС та мож-

ливість здійснення відповідними гілками виконавчої влади та охороною здоров'я запобіжних заходів щодо ураження людей внаслідок повені (рис. 2). Числовий інтервал осі Х відображає узагальнений період часу, де масштаб числового інтервалу залежить від швидкоплинності події та може знаходитись в межах від діб до тижнів.

Таким чином, головними напрямками діяльності охорони здоров'я при подоланні наслідків повені є: а) перегляд планів реагування охорони здоров'я в разі виникнення повені; б) покращення інформаційно-аналітичної та попереджувальної систем своєчасного попередження про загрозу повені та проведення евакуації населення; в) забезпечення доступу до чистої води (створення свердловин для отримання чистої води, здійснення прибирання забруднених колодязів, розповсюдження питної води в пляшках тощо); г) дослідження всіх випадків інфекційних захворювань та проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів; ґ) забезпечення населення постраждалого регіону засобами особистої гігієни.

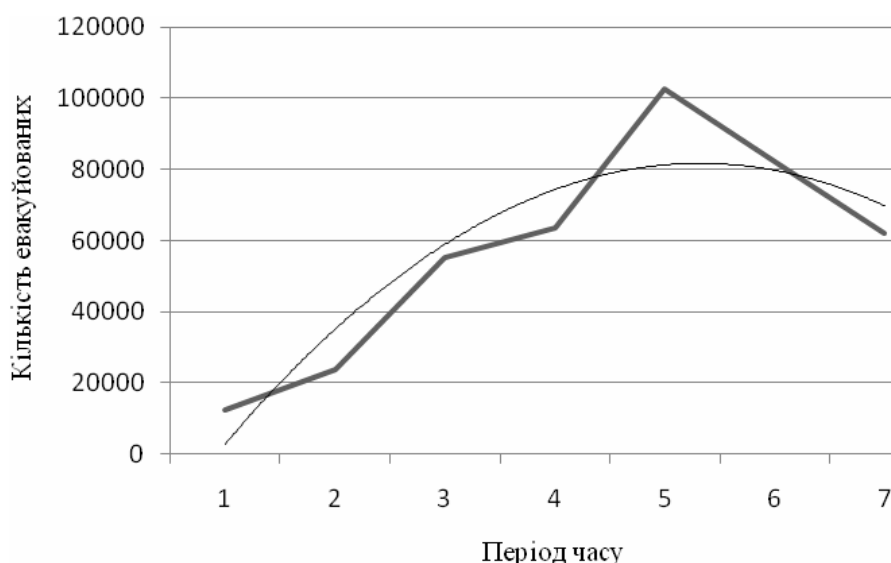


Рис. 2. Динаміка кількості евакуйованих при повені та поліноміальна лінія тренду

В групу дослідження потреб охорони здоров'я внаслідок природних НС метеорологічного походження було внесено урагани через проблеми глобального потепління клімату та потребу вивчення попереднього досвіду інших країн щодо подолання медико-санітарних наслідків цього природного явища [2]. За визначенням, при ураганах швидкість вітру сягає 33 м/с і більше за шкалою Саффіра–Сімпсона або 34,8 м/с за шкалою Бофорта. За Державним класифікатором НС України (2001 р.) застосовують термін “сильний вітер”, включаючи шквали і смерчі (швидкість вітру сягає 25 м/с). Смерчі в Україні

було зафіксовано у Волинській (1997 р.) та Львівській (2000 р.) областях. У даній роботі використано термін “ураган”.

За руйнівною силою урагани прирівнюють до землетрусів, однак частіше швидкість поширення ураганів помірна, у зв'язку з чим вдається одержати попередження та своєчасно здійснити евакуацію населення, що обумовлює потребу розгортання таборів біженців та, відповідно, їх медичного забезпечення. Під час ураганів медико-санітарні наслідки спричинені предметами, що падають або летять, камінням, деревами; заваленням людей в зруйнованих будівлях.

У структурі медико-санітарних наслідків ураганів окрім травм спостерігають збільшення захворюваності на респіраторні хвороби, кон'юнктивіти, шлунково-кишкові розлади, жовтяницю, діарею, малярію. Так, внаслідок урагану Мітч (1998) евакуйовано 30 тис. осіб, яких було розташовано в наметових містечках, у половини з них констатовано діарею, після уточнення діагнозу встановлено захворювання на дизентерію, кон'юнктивіти та малярію. Серед захворілих 20 % становили діти. При ураганах спостерігається вихід з ладу мережі електропостачання, що унеможливує стале функціонування закладів охорони здоров'я. До завдань охорони здоров'я при подоланні наслідків ураганів належать: 1) надання невідкладної медичної допомоги травмованим та хворим; 2) цілеспрямовані дії щодо запобігання спалаху інфекційних хвороб; 3) медичне забезпечення таборів біженців; 4) проведення сані-

тарно-гігієнічних заходів в осередку НС; 5) забезпечення засобами медичного призначення; 6) навчання постраждалого населення правилам поведінки в осередку НС.

Серед потреб в осередку НС переважають миючі та дезінфікуючі засоби (56,25 % всіх потреб охорони здоров'я) та основні лікувальні засоби (18,75 %). Потреба в мобільних госпіталах та медичних бригадах групи дослідження становить 8,33 %, причому співвідношення потреби в мобільних госпіталах та медичному персоналі становить 3/1, що свідчить про відносну збереженість медичного персоналу на тлі виходу з ладу закладів охорони здоров'я.

Таким чином, проведені дослідження дозволили узагальнити потреби охорони здоров'я при подоланні медико-санітарних наслідків природних катастроф відповідно до запитів про допомогу (табл. 2).

Таблиця 2. Потреби охорони здоров'я при подоланні медико-санітарних наслідків природних НС групи дослідження

Потреба	Разом			Частота запитів (%)		
	З ⁴	П	У	З	П	У
Іноземні мобільні госпіталі та медичні бригади ¹	82	0	4	32,16	0	8,33
Медичний персонал	0	1	-	0	1,09	-
Намети для спеціалізованих медичних пунктів	0	2	0	0	2,17	0
Основні лікувальні засоби ²	8	13	9	3,14	14,13	18,75
Плазмозамінюючі, сольові та інфузійні розчини	21	6	0	8,24	6,52	0
Анестетики	5	5	0	1,96	5,43	0
Антибіотики	21	4	0	8,24	4,35	0
Гормони	13	0	-	5,10	0	0
Серцево-судинні, спазмолітичні та гіпотензивні засоби	5	6	0	1,96	6,52	0
Протизапальні нестероїдні препарати	3	0	0	1,18	0	0
Аптечки першої медичної допомоги ВООЗ	13	4	2	5,10	4,35	4,17
Засоби медичного призначення (протези, контейнери для транспортування крові, мішки для тіл загиблих)	8	7	0	3,14	7,61	0
Препарати інших фармакологічних груп	5	15	1	1,96	16,30	2,08
Перев'язувальні засоби, шприци, катетери	40	0	0	15,69	0	0
Психологічна допомога постраждалим	5	1	0	1,09	1,09	0
Сироватки та вакцини ³	5	28	1	1,96	30,43	2,08
Вітаміни	3	0	0	1,18	0	0
Миючі та дезінфікуючі засоби	0	0	27	0	0	56,25
Потреби охорони здоров'я чітко не визначені	18	0	4	7,02	0	8,33
Разом по групі запитів про допомогу	255	92	48	100	100	100

Примітки:

1. При подоланні медико-санітарних наслідків ураганів співвідношення потреби в мобільних госпіталах/медичному персоналі дорівнює 3/1.
2. В запитах про допомогу термін "основні лікувальні засоби" не конкретизується, потреба відповідає визначенню та переліку ВООЗ.
3. Сироватки та вакцини, в т.ч. протиправцева сироватка, полівалентна протигангренозна сироватка, полівалентна протизміїна сироватка, вакцини проти ротавірусів, кору тощо.
4. З – землетруси, П – повені, У – ураган.

Порівняльний аналіз потреб ОЗ при НС можливо провести із застосуванням коефіцієнта подібності структур, який визначають за формулою:

$$P = 1 - \frac{1}{2} \sum_1^m |d_j - d_r|$$

де $|d_j - d_r|$ – відхилення часток. Якщо структури

при однакові, то $\sum_1^m |d_j - d_r| = 0$ і, відповідно, $P=1$,

якщо структури абсолютно протилежні, то $P=0$, чим більше схожі структури, тим більше значення P [1].

Результати розрахунків свідчать: потреби охорони при подоланні медико-санітарних наслідків при землетрусах та повенях подібні на 30% ($P=29,7$), землетрусах та ураганах – на 25%, повенях та ураганах – на 20,5%, що є свідченням значних відмінностей в структурі запитів.

Структура потреб охорони здоров'я має значні відмінності за такими складовими: мобільні госпіталі (більш ніж на 32 відсоткових пунктів (в.п.), медичний персонал, намети, сироватки та вакцини, де відхилення сягає від 2 до 28 в.п. Більш типовими є потреби в ліках та засобах медичного призначення.

Висновки

1. Типовими потребами охорони здоров'я при природних НС є ліки та засоби медичного призначення.

2. Впродовж першої доби після землетрусу 53,85% потреб охорони здоров'я не визначені

через відсутність узагальнених даних стосовно відповідності потреба/наявність.

3. Потреба в іноземних мобільних госпіталях та медичних загонах після землетрусів складає 32,16%.

4. При повені потреби охорони здоров'я обумовлені проведенням заходів щодо спалаху інфекційної захворюваності та забезпеченням первинної медико-санітарної допомоги (потреба в лікарських засобах складає 96,73% потреб охорони здоров'я).

5. При ураганах основні потреби обумовлені медичним забезпеченням евакуйованого населення та збереженням благополучної епідеміологічної обстановки (56,25% потреб складають миючі та дезінфікуючі засоби та 27,08% – основні лікарські засоби).

6. В осередку надзвичайних ситуацій навчання населення правилам збереження життя та здоров'я є обов'язкове.

7. Номенклатура лікарських засобів та виробів медичного призначення відомчого резерву МОЗ України для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій доцільно доповнити пероральними регідратаційними солями та препаратами цинку.

Перспективи подальшого дослідження у зазначеному напрямі полягають у вивченні питань щодо збільшення спроможності охорони здоров'я при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайної ситуації.

Список літератури

- Єріна А. М. Статистика / А. М. Єріна, З. О. Пальян. – К. : КНЕУ, 2010. – 351 с.
- Кочін І. В. Медицина катастроф: виробниче видання / І. В. Кочін, Г. О. Черняков, П. І. Сидоренко. – К. : Здоров'я, 2008. – 274 с.
- Організація та управління процесом надання допомоги постраждалим внаслідок землетрусів / С. О. Гур'єв, П. Б. Волянський, А. В. Терент'єва [та ін.]. – К., 2008. – 187 с.
- Положення про Державну службу медицини катастроф : постанова Кабінету Міністрів України № 827 від 11.07.2001 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
- Правові основи Державної служби медицини катастроф / Г. Г. Роцін, В. О. Волошин, І. М. Рогач [та ін.]; за заг. ред. В. О. Волошина; МОЗ України, Укр. наук.-практ. центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. – К., 2002. – 242 с.
- Терент'єва А. В. Управління надзвичайними ситуаціями / А. В. Терент'єва. – К. : ТОВ "Доктор Медіа", 2009. – 332 с.
- Філіпенко А. С. Міжнародне співробітництво у сфері запобігання та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій / А. С. Філіпенко // Вісн. Харківський нац. ун-ту внутр. справ. – 2007. – Вип. 39. – С. 236–245.
- International Medical Response to a Natural Disasters: Lessons Learned from the Bam Earthquake Experience / Hassan Abolghasemi, Mohammad Hadi Radfar, Masoud Khatami [et al.] // Prehospital and Disaster Medicine. – 2006. – Vol. 21, № 3. – P. 141–147.
- Oral Rehydration Salts / World Health Organization. – Copenhagen, 2006. – 89 p.
- Research Priorities for Surge Capacity / Richard E. Rothman, Edbert B. Hsu [et al.] // Acad Emerg Med. – 2006 – Vol. 13, № 11. – P. 1160–1168.

АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРА

О. В. Мазуренко (Киев)

Изучены потребности здравоохранения при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций природного характера. Предложена классификация потребностей здравоохранения. При различных

природных катастрофах возникают разного вида потребности здравоохранения. Типичными для здравоохранения потребностями при ликвидации последствий природных катастроф являются лекарственные средства и средства медицинского назначения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: чрезвычайная ситуация, природные катастрофы, здравоохранение, ликвидация медико-санитарных последствий, потребности здравоохранения.

THE ANALYSIS OF HEALTH CARE NEEDS AT LIQUIDATION OF MEDICAL AND SANITARY CONSEQUENCES OF EXTREME SITUATIONS OF NATURAL CHARACTER

O. V. Mazurenko (Kyiv)

The health care needs at liquidation of medical and sanitary consequences of extreme situations of natural character have been studied. The general classification of needs have been proposed. The priority needs after different natural types of disasters have been different. A typical for health care needs at liquidation of consequences of natural disaster are medications and medical supplies.

KEY WORDS: extreme situation, natural disaster, health care, liquidation of medical and sanitary consequences, needs of health.

Рецензент: к.мед.н., доц. Г. В. Курчатова

УДК 616-083.98.005

Г. О. СЛАБКИЙ, Ю. І. МАРКОВ (Київ)

МЕДИЧНЕ ОСНАЩЕННЯ СПЕЦІАЛЬНОГО АВТОМОБІЛЬНОГО ТРАНСПОРТУ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Проведено соціологічне дослідження серед лікарів швидкої медичної допомоги м. Києва. Методом анкетування вивчалася думка лікарів щодо забезпечення машин швидкої допомоги необхідними засобами для надання медичної допомоги на догоспітальному етапі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: невідкладна медична допомога, догоспітальний етап, швидка медична допомога, умови транспортування пацієнтів.

У сучасному світі постійно зростає потреба у підвищенні рівня та якості надання медичної допомоги хворим та постраждалим [4]. Особливе місце в оптимізації медичної допомоги належить організації служби швидкої та невідкладної медичної допомоги, як на догоспітальному, так і госпітальному етапах [1]. Рішення даної проблеми полягає у розробці та впровадженні новітніх медичних технологій та удосконаленні методів і методик надання медичної допомоги на догоспітальному етапі [4].

З кожним роком зростають вимоги до служби швидкої та невідкладної медичної допомоги. З

прогресом цивілізації зростає чисельність невідкладних станів, що потребують термінової адекватної медичної допомоги на місці випадку [2]. Це обумовлює високі вимоги до забезпечення спеціального автомобільного транспорту – машин швидкої медичної допомоги (ШМД) необхідним обладнанням та інструментарієм.

Мета дослідження: визначити оснащення машин швидкої медичної допомоги шляхом соціологічного дослідження лікарів різного професійного стажу та різних кваліфікаційних категорій.

Матеріали і методи. Вивчалася професійна думка лікарів ШМД щодо організації швидкої та невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі. Для цього у середині III кварталу

2010 р. проводилося анонімне анкетування лікарів з різним рівнем кваліфікації та стажем роботи [3] Київської станції ШМД з метою вивчення рівня оснащення бригад та ресурсних можливостей надання екстреної та невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі. У подальшому анкети підлягали статистичній обробці за допомогою програм Statistica 5,0 та Excel XP.

Результати дослідження та їх обговорення. Вивчено 173 заповнені лікарями підстанцій ШМД м. Києва анонімні анкети: 12 (6,9 %) – на підстанції (ПС) №1, 14 (8,1 %) – на ПС №2, 14 (8,1 %) – на ПС №3, 6 (3,5 %) – на ПС №4, 8 (4,6 %) – на ПС №5, 7 (4,0 %) – на ПС №6, 12 (6,9 %) – на ПС №7, 12 (6,9 %) – на ПС №8, 15 (8,7 %) – на ПС №9, 15 (8,7 %) – на ПС №10, 15 (8,7 %) – на ПС №11, 7 (4,0 %) – на ПС №12, 7 (4,0 %) – на ПС №14, 15 (8,7 %) – на ПС №15, 7 (4,0 %) – на ПС №16, 7 (4,0 %) – на ПС №17.

Досліджували забезпечення машин ШМД необхідним обладнанням для надання невідкладної допомоги та здійснення інтенсивної терапії на догоспітальному етапі. Найефективнішим вважали таке забезпечення, при якому рятувальник може максимально надати допомогу пацієнту при мінімальному використанні ресурсів.

За результатами опитування, забезпеченість машин ШМД сучасними засобами іммобілізації оцінюють позитивно 84,8±6,2 % респондентів (28 спостережень) зі стажем 0–5 років, 84,1±5,5 % (37 випадків) зі стажем 6–10 років, 76,5±10,3 % (13 випадків) зі стажем 11–15 років, 74,2±7,9 % (23 спостереження) зі стажем 16–20 років та 81,3±5,6% (39 випадків) зі стажем 21 і більше років. Негативно оцінюють оснащення спеціального автомобільного транспорту засобами іммобілізації відповідно вказаним групам з виробничим стажем 0–5 р. – 9,1±5,0 % респондентів (3 випадки), стажем 6–10 р. – 13,6±5,2 % лікарів (6 спостережень), стажем 11–15 р. – 23,5±10,3 % професіоналів (4 випадки), зі стажем 16–20 р. – 16,1±6,6 % опитуваних (5 спостережень), зі стажем 21 і більше років 10,4±4,4 % респондентів (5 випадків). Не визначилися з відповіддю 6,1±4,2 % респондентів із стажем 0–5 років (2 випадки), 2,3±2,2 % лікарів із стажем 6–10 років (1 випадок), жоден із професіоналів із стажем 11–15 років, 9,7±5,3 % опитуваних із стажем 16–20 років (3 випадки), 8,3±4,0 % респондентів (4 випадки) із стажем 21 і більше років.

Забезпеченість машин ШМД необхідним обладнанням для надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі сучасними засобами іммобілізації позитивно оцінюють 75,5±5,9 % лікарів (40 спостережень) з вищою кваліфікаційною категорією, 83,9±6,6 % респондентів (26 випадків) з першою категорією, 83,8±6,1 % респондентів (31 спостереження) з другою катего-

рією, 82,7±5,2 % респондентів (43 випадки) із сертифікатом лікаря-спеціаліста. Негативно оцінюють забезпеченість машин ШМД сучасними засобами іммобілізації 15,1±4,9 % професіоналів (8 спостережень) з вищою кваліфікаційною категорією, 9,7±5,3 % респондентів (3 випадки) з першою категорією, 13,5±5,6 % лікарів (5 спостережень) з другою категорією, 13,5±4,7 % опитаних (7 випадків) із сертифікатом лікаря-спеціаліста. Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями не визначилися з відповіддю 9,4±4,0% респондентів (5 спостережень) з вищою категорією, 6,5±4,4 % лікарів (2 випадки) з першою категорією, 2,7±2,7 % професіоналів (1 спостереження) із другою категорією та 3,8±2,7 % опитаних (2 випадки) із сертифікатом спеціаліста.

Актуальним на догоспітальному етапі є проведення знеболювання. Позитивно оцінюють можливість проведення знеболювання в машині ШМД 93,9±4,2 % респондентів зі стажем 0–5 років (31 випадок), 97,7±2,2 % лікарів зі стажем 6–10 років (43 спостереження), 94,1±5,7 % професіоналів із стажем 11–15 років (16 випадків), 96,8±3,2 % опитаних зі стажем 16–20 років (30 спостережень), 89,6±4,4 % лікарів (43 випадки) зі стажем 21 і більше років.

Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями позитивно оцінюють оснащення машин ШМД для проведення знеболювання пацієнтів 92,5±3,6 % респондентів (49 спостережень) із вищою категорією, 90,3±5,3 % опитаних (28 випадків) з першою категорією, 97,3±2,7 % професіоналів (36 спостережень) з другою категорією та 96,2±2,7 % респондентів (50 випадки) із сертифікатом спеціаліста.

Негативно оцінюють можливість проведення знеболювання в машині ШМД 6,1±4,2 % лікарів із стажем 0–5 років (2 випадки), 2,3±2,2 % опитаних зі стажем 6–10 років (1 випадок), жоден із лікарів зі стажем 11–15 та 16–20 років; 8,3±4,0 % респондентів (4 випадки) із стажем 21 і більше років.

Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями негативно оцінюють оснащення машин ШМД для проведення знеболювання пацієнтам 5,6±3,2 % респондентів (3 спостереження) з вищою категорією, 3,2±3,2 % респондентів (1 випадок) з першою категорією, 2,7±2,7 % респондентів (1 спостереження) з другою категорією та 3,8±2,7 % (2 випадки) респондентів із сертифікатом спеціаліста.

Не визначилися з відповіддю щодо можливості проведення знеболювання в машині ШМД 5,9±5,7 % респондентів зі стажем 11–15 років, 3,2±3,2 % респондентів із стажем 16–20 років, 2,1±2,1 % респондентів зі стажем 21 і більше років (усі зазначені групи – по 1 випадку).

Не визначилися з оцінкою оснащення машин ШМД для проведення знеболювання пацієнтів 1,9±1,9 % респондентів (1 спостереження) з вищою категорією, 6,5±4,4 % респондентів (2 випадки) з першою категорією.

Позитивно оцінюють можливості захисту дихальних шляхів в машині ШМД 78,8±7,1 % респондентів зі стажем 0–5 років (26 випадків), 77,3±6,3 % лікарів зі стажем 6–10 років (34 спостереження), 64,7±11,6 % опитаних із стажем 11–15 років (11 випадків), 90,3±5,3 % професіоналів зі стажем 16–20 років (28 спостережень) та 85,4±5,1 % респондентів (41 випадок) зі стажем 21 і більше років.

Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями позитивно оцінюють оснащення машин ШМД для здійснення захисту дихальних шляхів пацієнтів 84,9±4,9 % респондентів (45 спостережень) з вищою категорією, 77,4±7,5 % (24 випадки) з першою категорією, 86,5±5,6 % (32 спостереження) з другою категорією та 75,0±6,0 % респондентів (39 випадків) із сертифікатом спеціаліста.

Негативно оцінюють можливості проведення захисту дихальних шляхів в машині ШМД 15,2±6,2 % лікарів зі стажем 0–5 років (5 випадків), 13,6±5,2 % професіоналів зі стажем 6–10 років (6 випадків), 17,6±9,2 % респондентів зі стажем 11–15 років, 3,2±3,2 % лікарів (1 випадок) зі стажем 16–20 років та 8,3±4,0 % респондентів (4 випадки) зі стажем 21 і більше років.

Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями негативно оцінюють оснащення машин ШМД для здійснення захисту дихальних шляхів пацієнтів 7,5±3,6 % респондентів (4 спостереження) із вищою категорією, 3,2±3,2 % (1 випадок) з першою категорією, 8,1±4,5 % (3 спостереження) з другою категорією та 21,2±5,7 % респондентів (11 випадків) із сертифікатом спеціаліста.

Не визначилися з думкою щодо можливості захисту дихальних шляхів в машині ШМД 6,1±4,2 % лікарів зі стажем 0–5 років (2 випадки), 9,1±4,3 % зі стажем 6–10 років (4 спостереження), 17,6±9,2 % зі стажем 11–15 років (3 випадки), 6,5±4,4 % опитаних зі стажем 16–20 років (2 спостереження), 6,3±3,5 % професіоналів (3 випадки) зі стажем 21 і більше років.

Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями не визначилися з оцінкою щодо оснащення машин ШМД для здійснення захисту дихальних шляхів пацієнтів 7,5±3,6 % респондентів (4 спостереження) з вищою категорією, 19,4±7,1 % (6 випадків) з першою категорією, 5,4±3,7 % (2 спостереження) з другою категорією та 3,8±2,7 % респондентів (2 випадки) із сертифікатом спеціаліста.

Позитивно оцінюють можливості здійснення інфузії у машині ШМД 78,8±7,1 % респондентів зі стажем 0–5 років (26 випадків), 90,9±4,3 % лікарів зі стажем 6–10 років (40 спостережень), 82,4±9,2 % зі стажем 11–15 років (14 випадків), 87,1±6,0 % зі стажем 16–20 років (27 спостережень), 91,7±4,0 % респондентів (44 випадки) зі стажем 21 і більше років.

Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями позитивно оцінюють оснащення машин ШМД для здійснення інфузії пацієнтам 88,7±4,4 % респондентів (47 спостережень) з вищою категорією, 93,5±4,4 % (29 випадків) з першою категорією, 91,9±4,5 % (34 спостережень) з другою категорією та 78,8±5,7 % (41 спостереження) із сертифікатом спеціаліста.

Негативно оцінюють можливості проведення інфузії в машині ШМД 15,2±6,2 % лікарів із стажем 0–5 років (5 випадків), 9,1±4,3 % зі стажем 6–10 років (4 випадки), 5,9±5,7 % зі стажем 11–15 років (1 випадок), 3,2±3,2 % професіоналів (1 випадок) зі стажем 16–20 років та 4,2±2,9 % лікарів (2 випадки) зі стажем 21 і більше років.

Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями негативно оцінюють оснащення машин ШМД для здійснення інфузії у пацієнтів 3,8±2,6 % респондентів (2 спостереження) з вищою категорією, 8,1±4,5 % (3 спостереження) з другою категорією та 17,3±5,2 % (9 випадків) із сертифікатом спеціаліста. Лікарі з першою категорією не надали негативної оцінки.

Не визначилися щодо можливості здійснення інфузії у машині ШМД 6,1±4,2 % респондентів із стажем 0–5 років (2 спостереження), 11,8±7,8 % опитуваних зі стажем 11–15 років (2 випадки), 9,7±5,3 % лікарів зі стажем 16–20 років (3 спостереження), 4,2±2,9 % (2 випадки) зі стажем 21 і більше років.

Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями не визначилися з оцінкою стосовно оснащення машин ШМД для здійснення інфузії у машині ШМД пацієнтів 3,8±2,6 % респондентів (2 спостереження) з вищою категорією, 6,5±4,4 % (2 випадки) з першою категорією, та 9,6±4,1 % респондентів (5 випадків) із сертифікатом спеціаліста. Лікарі з другою категорією не надали негативної оцінки.

Забезпеченість машин ШМД необхідним інструментарієм та обладнанням для проведення інтенсивної терапії на догоспітальному етапі шляхом захисту дихальних шляхів позитивно оцінюють 78,8±7,1 % респондентів зі стажем 0–5 років (26 випадків), 75,0±6,5 % зі стажем 6–10 років (33 спостереження), 82,4±9,2 % зі стажем 11–15 років (14 випадків), 87,1±6,0 % зі стажем 16–20 років (27 спостережень), 81,3±5,6 % респондентів (39 випадків) зі стажем 21 і більше років.

Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями позитивно оцінюють оснащення машин ШМД для проведення інтенсивної терапії шляхом захисту дихальних шляхів у пацієнтів 81,1±5,4 % респондентів (43 спостереження) з вищою категорією, 83,9±6,6 % (26 випадків) з першою категорією, 86,5±5,6 % (32 спостереження) з другою категорією та 78,8±5,7 % (41 випадок) із сертифікатом спеціаліста.

Негативно оцінюють забезпеченість машин ШМД необхідним інструментарієм та обладнанням для проведення інтенсивної терапії на догоспітальному етапі шляхом захисту дихальних шляхів 15,2±6,2 % респондентів зі стажем 0–5 років (5 випадків), 15,9±5,5 % зі стажем 6–10 років (7 спостережень), 17,6±9,2 % зі стажем 11–15 років (3 випадки), 6,5±4,4 % зі стажем 16–20 років (2 спостереження), 12,5±4,8 % (6 випадків) зі стажем 21 і більше років.

Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями негативно оцінюють оснащення машин ШМД для проведення інтенсивної терапії шляхом захисту дихальних шляхів у пацієнтів 13,2±4,7 % респондентів (7 спостережень) із вищою категорією, 3,2±3,2 % (1 випадок) з першою категорією, 8,1±4,5 % (3 спостереження) із другою категорією та 17,3±5,2 % (9 випадків) із сертифікатом спеціаліста.

Не визначено оцінюють забезпеченість машин ШМД необхідним інструментарієм та обладнанням для проведення інтенсивної терапії на догоспітальному етапі шляхом захисту дихальних шляхів 6,1±4,2 % респондентів зі стажем 0–5 років (2 випадки), 9,1±4,3 % зі стажем 6–10 років (4 спостереження), 6,5±4,4 % зі стажем 16–20 років (2 спостереження), 6,3±3,5 % (3 випадки) зі стажем 21 і більше років. Серед респондентів зі стажем 11–15 років відповіді не отримано.

Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями не визначилися щодо даного питання 5,7±3,2 % респондентів (3 спостереження) із вищою категорією, 12,9±4,0 % опитуваних (4 випадки) із першою категорією, 5,4±3,7 % професіоналів із другою категорією (2 спостереження) та 3,8±2,7 % респондентів (2 випадки) із сертифікатом спеціаліста.

Забезпеченість машин ШМД необхідним обладнанням для проведення інтенсивної терапії на догоспітальному етапі шляхом здійснення оксигенотерапії позитивно оцінюють 66,7±8,2 % респондентів зі стажем 0–5 років (22 випадки), 63,6±7,3 % зі стажем 6–10 років (28 спостережень), 64,7±11,6 % зі стажем 11–15 років (11 випадків), 77,4±7,5 % зі стажем 16–20 років (24 спостереження), 75,0±6,3 % (36 випадків) зі стажем 21 і більше років.

Негативно оцінюють забезпеченість машин ШМД обладнанням для проведення оксигеноте-

рапії 33,3±8,2 % респондентів зі стажем 0–5 років (11 випадків), 36,4±7,3 % зі стажем 6–10 років (16 спостережень), 35,3±11,6 % зі стажем 11–15 років (6 випадків), 22,6±7,5 % зі стажем 16–20 років (7 спостережень), 25,0±6,3 % (12 випадків) зі стажем 21 і більше років.

Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями негативно оцінюють оснащення машин ШМД для здійснення оксигенотерапії у пацієнтів 24,5±5,9 % респондентів (13 спостережень) з вищою категорією, 29,0±8,2 % (9 випадків) з першою категорією, 37,8±8,0 % (14 спостережень) з другою категорією та 30,8±6,4 % (16 випадків) із сертифікатом спеціаліста.

Забезпеченість машин ШМД необхідним інструментарієм та обладнанням для проведення інтенсивної терапії на догоспітальному етапі шляхом здійснення інфузії позитивно оцінюють 72,7±7,8 % респондентів зі стажем 0–5 років (24 випадків), 79,5±6,1 % зі стажем 6–10 років (35 спостережень), 82,4±9,2 % зі стажем 11–15 років (14 випадків), 96,8±3,2 % зі стажем 16–20 років (30 спостережень), 89,6±4,4 % респондентів (43 випадки) зі стажем 21 і більше років.

Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями позитивно оцінюють оснащення машин ШМД для проведення інтенсивної терапії шляхом здійснення інфузії 90,6±4,0 % респондентів (48 спостережень) із вищою категорією, 100±0,0 % опитуваних (31 випадок) із першою категорією, 78,4±6,8 % професіоналів (29 спостережень) з другою категорією та 73,1±6,2 % респондентів (38 випадків) із сертифікатом спеціаліста.

Негативно оцінюють забезпеченість машин швидкої медичної допомоги необхідним обладнанням для проведення інтенсивної терапії на догоспітальному етапі шляхом здійснення інфузії 15,2±6,2 % респондентів із стажем 0–5 років (5 випадків), 13,6±5,2 % лікарів із стажем 6–10 років (6 спостережень), 5,9±5,7 % професіоналів із стажем 11–15 років (1 випадок), 3,2±3,2 % опитуваних із стажем 16–20 років (1 спостереження), 6,3±3,5 % респондентів (3 випадки) із стажем 21 і більше років.

Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями негативно оцінюють оснащення машин ШМД для здійснення інтенсивної інфузійної терапії у пацієнтів 24,5±5,9 % респондентів (3 спостережень) із вищою категорією, жоден з опитуваних із першою категорією, 10,8±5,1 % професіоналів (4 спостереження) із другою категорією та 17,3±5,2 % респондентів (9 випадків) із сертифікатом спеціаліста.

Не визначилися стосовно забезпеченості машин швидкої медичної допомоги необхідним інструментарієм та обладнанням для інтенсивної терапії шляхом здійснення інфузії 12,1±5,7 %

респондентів із стажем 0–5 років (4 випадки), $6,8 \pm 3,8\%$ лікарів зі стажем 6–10 років (3 спостереження), $11,8 \pm 7,8\%$ професіоналів із стажем 11–15 років (2 випадки), жоден із опитуваних зі стажем 16–20 років (30 спостережень), $4,2 \pm 2,9\%$ респондентів (2 випадки) із стажем 21 і більше років. Серед лікарів з різними кваліфікаційними категоріями не визначилися з оцінкою стосовно оснащення машин ШМД для здійснення інтенсивної терапії шляхом інфузійної терапії у пацієнтів $3,8 \pm 2,6\%$ респондентів (2 спостереження) із вищою категорією, жодний із опитуваних першої категорії, $10,8 \pm 5,1\%$ професіоналів із другою категорією (4 спостереження) та $9,6 \pm 4,1\%$ респондентів (5 випадків) із сертифікатом спеціаліста.

Висновки

Таким чином, опитування лікарів станцій ШМД м. Києва щодо забезпеченості машин ШМД необхідним обладнанням для надання невідкладної допомоги (у тому числі проведення інтенсив-

ної терапії) на догоспітальному етапі показало наступне:

1. Позитивно оцінили забезпеченість засобами для іммобілізації хворих $74,2\text{--}84,8\%$ опитаних, засобами для знеболення – $89,6\text{--}97,7\%$, засобами для захисту дихальних шляхів – $64,7\text{--}90,3\%$, засобами для здійснення оксигенотерапії – $63,6\text{--}77,0\%$, засобами для здійснення інфузії – $78,8\text{--}93,5\%$.

2. Недостатнім вважають рівень забезпечення засобами для іммобілізації хворих $6,1\text{--}23,5\%$ респондентів, засобами для знеболення – $2,3\text{--}8,3\%$, засобами для захисту дихальних шляхів – $3,2\text{--}21,2\%$, засобами для здійснення оксигенотерапії – $22,6\text{--}36,4\%$, засобами для здійснення інфузії – $4,2\text{--}15,2\%$.

Перспективи подальших досліджень скеровані на вивчення якості медичної допомоги хворим та постраждалим під час транспортування до закладів охорони здоров'я.

Список літератури

1. Балашов Г. В. Организация оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению на догоспитальном этапе в условиях крупных промышленных городов / Г. В. Балашов // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. уч. [“Сучасні аспекти інтенсивної терапії невідкладних станів”], (Запоріжжя, 17–18 вер. 2010 р.). – Запоріжжя, 2010. – С. 3–12.
2. Ельяшевський Б. До нових зустрічей на Галицькому медичному ралі! / Б. Ельяшевський, С. Поважук // Медицина неотложных состояний: специализированный науч.-практ. журн. – 2008. – № 1. – С. 109–112.
3. Мюллер З. Неотложная помощь: справ. практич. врача / Зёнке Мюллер; пер. с нем. – 2-е изд. – М.: МЕД пресс-информ, 2009. – 528 с.
4. Протоколи з надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі / за ред. В. Ф. Москаленка, Г. Г. Роштіна. – К.: Фарм Арт, 2001. – 112 с.

МЕДИЦИНСКОЕ ОСНАЩЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО АВТОМОБИЛЬНОГО ТРАНСПОРТА

Г. А. Слабкий, Ю. И. Марков (Киев)

Проведено социологическое исследование среди врачей скорой медицинской помощи г. Киева. Методом анкетирования изучалось мнение врачей относительно обеспечения машин скорой помощи необходимыми средствами для оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: неотложная медицинская помощь, догоспитальный этап, скорая медицинская помощь, условия транспортировки пациентов.

MEDICAL EQUIPMENT OF SPECIAL MOTOR TRANSPORT

G. A. Slabkyi, Yu. I. Markov (Kyiv)

Sociological study of ambulance physicians in Kyiv has been conducted. According to the questionnaire it is studied opinion of doctors concerning maintenance of machines of first aid with necessary means for rendering medical aid at a pre-hospital stage.

KEY WORDS: Emergency care, prehospital phase, ambulance, patients transport conditions.

Рецензент: д.мед.н., проф. І. С. Зозуля

О. К. ТОЛСТАНОВ (Київ, Житомир)

ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПРАКТИКИ/ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"
Головне управління охорони здоров'я Житомирської ОДА

Проаналізовано стан впровадження сімейної медицини в Житомирській області на рівні сільськогосподарських районів у 2005–2009 рр. Дослідження показало пріоритетність розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини в регіоні та високий рівень звертальності населення до сімейних лікарів, переважно з приводу хвороб. Водночас понаднормативне прикріплення населення та порушення співвідношення лікарів та медичних сестер ЗЛП/СМ, низький рівень кваліфікації лікарів (24,0 % неатестованих) та забезпечення їх медичними засобами значно знижують можливість лікарів ЗП/СМ надавати якісну медичну допомогу відповідно до клінічних протоколів ПМСД та призводять до високої частоти скерування пацієнтів на вищі рівні надання медичної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: первинна медико-санітарна допомога, сільське населення, сімейна медицина, лікар загальної практики – сімейної медицини, медична сестра загальної практики – сімейної медицини.

Пріоритетним напрямком розвитку охорони здоров'я сільського населення (як і розвитку охорони здоров'я загалом на державному [1;6] і міжнародному рівнях) визнано активне впровадження загальної лікарської практики на засадах сімейної медицини [4;5], що обґрунтовано в наукових працях вітчизняних вчених останніх років [2;3;7].

Нами було вивчено та проаналізовано стан впровадження в Житомирській області загальної лікарської практики/сімейної медицини та основні показники діяльності первинної ланки медичної допомоги.

Мета роботи: вивчити та проаналізувати стан впровадження сімейної медицини в Житомирській області на рівні сільськогосподарських районів.

Матеріали і методи: статистичні звіти закладів охорони здоров'я області за 2005–2009 роки.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами вивчена мережа підрозділів ЗЛП/СМ з обслуговування сільського населення області. Отримані дані вказують, що в області первинний та вторинний рівні медичної допомоги не розмежовані, і всі підрозділи ЗЛП/СМ є структурними підрозділами ЦРЛ та закладами ЗЛП/СМ, які фінансуються із місцевих бюджетів і є власністю сільських рад. Таких амбулаторій ЗЛП/СМ в області функціонує в різних організаційних формах 173. Структурних підрозділів ЗЛП/СМ в складі ЦРЛ – 21.

Найбільша кількість підрозділів ЗЛП/СМ відкрита в Новоград-Волинському (19), Житомирському (18), Овруцькому (16) районах, а найменша – в Лугинському, Малинському та Чуднівському районах – по 3. Це пов'язано з позицією місцевих органів самоуправління, оскільки, відповідно до чинного законодавства України до внесення поправок до Бюджетного кодексу у частині фінансування ПМСД сільському населенню, вони визначали мережу закладів та організаційні форми надання медичної допомоги сільському населенню.

Наступним кроком дослідження було вивчення кількості населення, яке обслуговується за принципом ЗЛП/СМ. Вивчення проводилося з визначенням питомої ваги населення в розрізі кожного адміністративного району, яке обслуговується лікарями загальної практики – сімейної медицини (ЛЗП/СМ). Загалом в області ЛЗП/СМ обслуговується 74,03 % населення, з коливанням від 25,05 % в Оленівському до 98,13 % в Малинському районі. Менше 75 % ЛЗП/СМ обслуговується в 14 (63,6 %) районах, що потребує прийняття необхідних управлінських рішень з розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини на місцях.

Далі нами було вивчено розвиток ЗЛП/СМ по обслуговуванню сільського населення Житомирської області за п'ятирічний період (2005–2009 рр.). В таблиці показано число введених штатних посад ЛЗП/СМ, чисельність прикріпленого для обслуговування вказаними лікарями населення та середню кількість населення, яке обслуговує один ЛЗП/СМ.

Слід зазначити, що за п'ять років (2005–2009 рр.) кількість населення, яке обслуговується ЛЗП/СМ, збільшилося на 194476 осіб і становить 617251 особу. Чисельність посад ЛЗП/СМ виросла на 102,5 та становить 351,0 посаду, або 6,11 на 10 тис. населення.

Середня чисельність прикріпленого до ЛЗП/СМ населення в цілому по області практично не змінилися і становить 1637,6 особи на одну посаду ЛЗП/СМ. Але відмічаються значні коливання (при нормативі 1200 осіб) від 972,2 в Оленівському районі до понад 2 тис. осіб в 3 (13,1 %) районах, найбільше в Ружинському (2731,1), що негативно впливає на доступність та якість ПМСД. На особливу увагу заслуговує ситуація в Брусилівському районі, де на одного ЛЗП/СМ в середньому припадає 8434 особи, що практично унеможливує організацію лікарської допомоги населенню, а медична допомога надається фельдшерами ФАПів.

В Ружинському районі ПМСД на засадах сімейної медицини впроваджується з 2006 р., а в Народицькому районі – з 2007 р.

Важливим показником в організації ПМСД є рівень укомплектованості посад лікарів ЗП/СМ фізичними особами та рівень їх кваліфікації. У цілому по області відмічається рівень укомплектованості посад ЛЗП/СМ фізичними особами на 81,76 %, з коливанням від 18,18 % в Олевському до 90,57 % в Коростенському районі. В 12 (52,2 %) районах рівень укомплектованості штатних посад ЛЗП/СМ складає нижче 75,0 %, що доказово знижує якість та доступність медичної допомоги населенню.

У Брусилівському районі на одній посаді працює 3 фізичні особи ЛЗП/СМ. При найбільшому навантаженні на одну посаду ЛЗП/СМ в області (8434) необхідне введення в штатний розпис посад ЛЗП/СМ з метою підвищення доступності та якості ПМСД.

Із загальної чисельності ЛЗП/СМ 14,6 % атестовано на вищу, 36,7 % на першу та 24,7 % на другу кваліфікаційні категорії. Не атестовані 24,0 % ЛЗП/СМ, які обслуговують сільське населення. Понад 50 % неатестованих ЛЗП/СМ працює в Ємільчицькому, Олевському та Ружинському районах. А в Лугинському та Народицькому районах всі ЛЗП/СМ є неатестованими.

Важливу роль в організації ПМСД на засадах сімейної медицини відіграють сімейні медичні сестри. Їх функції в організації ПМСД визначені нормативними документами. Тому питанню забезпеченості населення медичними сестрами сімейної медицини приділяється значна увага. Нами вивчалися питання введення штатних посад сімейних медичних сестер та їх укомплектованість фізичними особами, а також

співвідношення штатних посад ЛЗП/СМ та медичних сестер.

Отримані дані вказують на те, що рівень укомплектованості штатних посад сімейних медичних сестер в цілому по області становить 97,1 %, з коливаннями від 75,0 % в Народицькому районі до 100 % в 8 (34,8 %) районах області. В 4 (17,4 %) районах число фізичних осіб сімейних медичних сестер перевищує кількість посад, що вказує на нераціональність використання медичних кадрів. У Брусилівському районі посади сімейних медичних сестер не введені.

В країнах світу співвідношення лікарів та медичних сестер ЗЛП/СМ має значні коливання (від 1 до 5) та визначається функціями, які виконують останні. В Україні таке співвідношення нормативно визначено як 1:2. Проведений аналіз показав, що в Житомирській області цей норматив грубо порушується, і співвідношення становить 1:1,3. Це вказує на те, що лікарі виконують функції медичних сестер та нераціонально використовують свій робочий час.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу основних показників діяльності ЛЗП/СМ. Проведений аналіз вказує на щорічне збільшення звертальності населення за медичною допомогою до ЛЗП/СМ. При цьому слід зазначити, що звертальність сільського населення до ЛЗП/СМ перевищує аналогічну міського населення в середньому на 13,3. У 2009 р. середня звертальність сільського населення до одного ЛЗП/СМ склала 7303 із значними коливаннями від 3436,3 в Народицькому до 16563,2 в Романівському районах. Це характеризує як організаційний рівень надання ПМСД та в цілому медичної допомоги сільському населенню, так і рівень навантаження ЛЗП/СМ, що в тому числі характеризує їх авторитет серед населення. У Брусилівському районі, де найвищий рівень прикріпленого до ЛЗП/СМ населення, відмічається найнижчий рівень звертальності до нього населення – 1084,9.

Далі вивчалось питання, з якою метою населення зверталось до ЛЗП/СМ. Було визначено дві причини звернень: з приводу захворювань та з профілактичною метою. На рисунку представлено дану характеристику звернень за п'ять років (2005–2009 рр.). Основною причиною звернень є хвороби (88,9 %) та тільки у 19,1 % випадків населення звертається до ЛЗП/СМ з профілактичною метою. При цьому за п'ять років рівень звернень населення до ЛЗП/СМ з профілактичною метою скоротився на 2,6 %. Наведений аналіз вказує на те, що ЛЗП/СМ не виконують своєї першочергової функції – профілактики захворювань у населення.

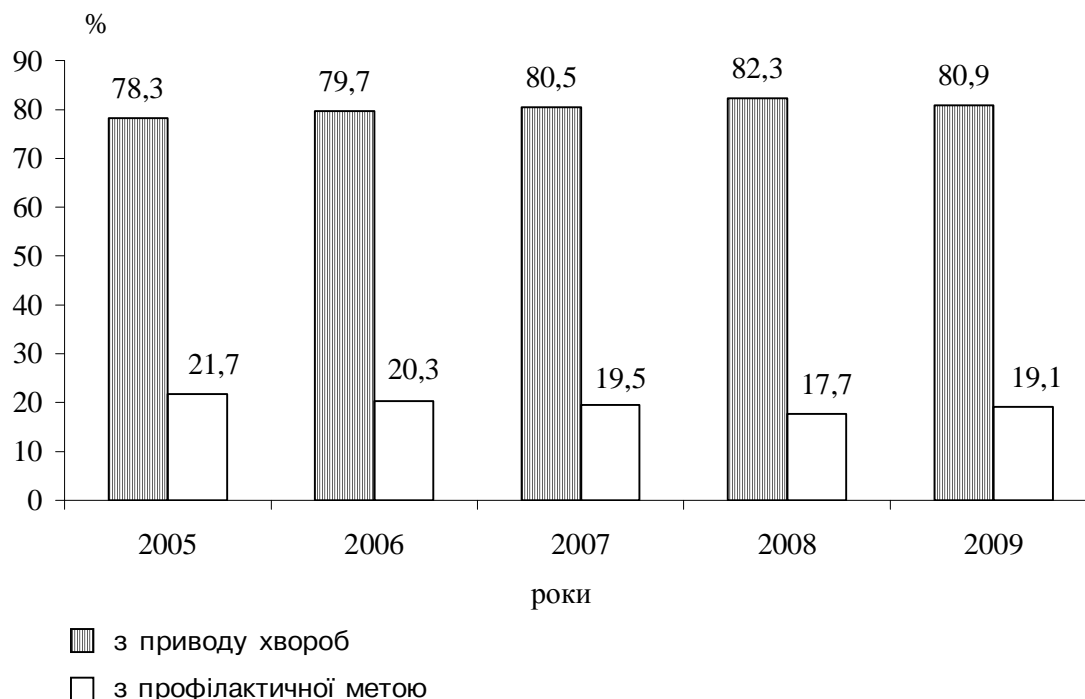


Рис. Причини звернення населення до лікарів ЗП/СМ (2005–2009 рр.), %

Результати дослідження вказують на різний рівень профілактичної роботи ЛЗП/СМ в різних адміністративних районах області. Так, питома вага звернень населення до ЛЗП/СМ з профілактичною метою коливається від 5,7 % в Ружинському до 42,3 % в Любарському районі. Відповідно звертальності населення до ЛЗП/СМ з приводу хвороб найбільша в Ружинському (94,3 %), а найменша – в Любарському (57,7 %) районах.

Враховуючи, що основною причиною звернень населення до ЛЗП/СМ стали захворювання, нами вивчалися результати лікувального процесу за наступними показниками: кількість/питома вага пацієнтів, що закінчили лікування у ЛЗП/СМ, направлених до лікарів-спеціалістів та госпіталізованих. Отримані дані вказують, що 55,88–72,5 % пацієнтів за 2005–2009 рр. відповідно закінчували лікування у ЛЗП/СМ. Питома вага пацієнтів, які закінчили лікування у ЛЗП/СМ, коливається від 6,9 % у Ружинському до 99,5 % в Овруцькому районах, що вказує на рівень кваліфікації ЛЗП/СМ та наявність умов в закладах сімейної медицини для проведення лікувальних заходів.

Далі нами вивчався рівень забезпеченості закладів ЗП/СМ приміщеннями та медичними і немедичними засобами, які необхідні для надання доступної та якісної медичної допомоги. Вивченню підлягало 222 заклади ЗП/СМ. В ході дослідження встановлено, що 8 (3,6 %) закладів знаходяться у пристосованих приміщеннях, санітарним транспортом забезпечено 144 (64,9 %) за-

клади. Тест-системи для лабораторних досліджень мають 162 (72,3 %), дефібрилятори 17 (7,7 %), а спеціальний інструментарій 187 (84,2 %) закладів ЗП/СМ. Телефонізовані та мають холодильники всі заклади ЗП/СМ, а оснащені ПК тільки 55 (24,8 %) з них. Таким чином, рівень забезпечення закладів ЗП/СМ немедичними та медичними засобами значно знижує можливості лікарів ЗП/СМ надавати якісну медичну допомогу відповідно до клінічних протоколів ПМСД, що призводить до високої частоти скерування пацієнтів на вищі рівні надання медичної допомоги.

Висновки

1. Розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини є пріоритетним для системи охорони здоров'я сільського населення Житомирської області, в якій на кінець 2009 р. відкрито 222 заклади/підрозділи ЗЛП/СМ. Водночас ці заклади не мають юридичної та фінансової самостійності, що негативно впливає на організацію надання ПМСД населенню.

2. ЛЗП/СМ області обслуговується 74,03 % населення, з коливанням від 25,05 % в Олевському до 98,13 % в Малинському районі. Менше 75 % ЗЛП/СМ обслуговується в 14 (63,6 %) районах, що потребує прийняття необхідних управлінських рішень з розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини на місцях.

3. Рівень укомплектованості посад ЛЗП/СМ фізичними особами по області становить 81,76 %, з коливанням від 18,18 % в Олевському до 90,57 % в Коростенському районі. В 12 (52,2 %) районах рівень укомплектованості штат-

Таблиця. Чисельність прикріпленого населення на 1 штатну посаду лікаря ЗП/СМ в динаміці за п'ять років (2005–2009 рр.) у Житомирській області

Район	Чисельність прикріпленого населення					Число штатних посад лікарів ЗП/СМ					Навантаження на 1 лікаря ЗП/СМ				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Андрушівський	32153	33633	36553	31965	31965	17	18,75	19,25	20,5	19,75	1891,4	1793,8	1898,9	1559,3	1618,5
Баранівський	8186	10524	19209	21028	20716	5,5	7,75	9,25	12,25	12,25	1488,4	1357,9	2076,6	1716,6	1691,1
Бердичівський	12820	12805	14425	17644	17289	8,75	9,5	10,5	13,25	13,75	1463,1	1347,9	1373,8	1331,6	1257,4
Брусилівський	5801	8940	8756	8630	8434	1	1	1	1,0	1,0	5801	8940	8756	8630	8434
Володарськ-Волинський	28642	24734	23616	23928	23890	10	11	11	11,5	12,5	2864,2	2248,5	2146,9	2080,7	1895,2
Ємільчинський	22085	22998	26846	27278	26351	10	12	14	15	5	2208,5	1916,5	1917,6	1818,5	1756,7
Житомирський	50134	51970	55303	54021	54902	32	32	35,5	33	32,5	1566,7	1624,1	1557,8	1637	1689,3
Коростівський	23495	23787	26621	25929	25266	21	18	13,25	12,25	13,25	1118,8	1321,5	2009,1	2116,6	1906,9
Корошівський	19463	32104	34726	36447	35870	12,25	21,75	23,25	25,5	24,5	1588,8	1476	1493,6	1429,3	1464,1
Луцький	3148	7492	9802	9658	9456	1	4	5	5,5	4,5	3048	1873	1960,4	1756	2101,3
Льбартський	6181	7796	9207	14013	19172	4	5	7	10,5	1,5	1545,3	1551,2	1315,3	1334,6	1825,9
Малтинський	22831	27505	41542	44636	47100	18	20,0	26	30,5	29,5	1288,4	1375,3	1597,8	1463,5	1596,6
Народичинський	0	0	5207	5207	4883	0	0	5	4	4	0	0	1041,4	1301,8	1220,8
Новоград-Волинський	39391	50187	51924	64478	71705	20,5	29	30,25	38,25	45,5	1921,5	1730,6	1716,5	1685,7	1575,9
Овруцький	44507	52330	54501	54714	58849	26	31,25	34,5	33	32,25	1711,8	1674,6	1579,7	1658	1824,8
Олевський	8632	8058	9389	10398	10694	9	9	10	11	11	959,1	893,1	958,9	945,3	972,2
Полішанський	23930	23597	27107	29920	29636	13	13	16,5	17,5	17,5	1840,8	1815,2	1642,8	1709,7	1693,5
Радомишльський	16489	20537	20167	22280	22143	12,25	14,25	13,5	11,5	11,75	1346	1441,2	1499,9	1937,4	1884,5
Романівський	10959	10933	15745	17376	14522	7	6,75	9	10	8	1565,6	1619,7	1749,4	1737,6	1815,3
Ружинський	0	15881	22669	22242	23214	0	4,5	7,5	7,5	8,5	0	3529,1	3022,5	296,6	2731,1
Червоноармійський	12336	15519	13828	15391	13490	4	5	6	5	5,5	3084	3103,8	2304,7	3078,2	2452,7
Чернівецький	12416	14234	18311	21694	24954	6,5	7,5	12	13,75	15,5	1910,2	1897,9	1525,9	1577,7	1609,9
Чуднівський	19176	18790	20173	20415	22830	10	10	11,5	11,5	1,5	1917,6	1879	1754,2	1775,2	1828

них посад ЛЗП/СМ становить менше 75,0 %, що доказово знижує якість та доступність медичної допомоги населенню.

4. Рівень укомплектованості штатних посад сімейних медичних сестер в цілому по області становить 97,1 %, з коливаннями від 75,0 % в Народицькому районі до 100% в 8 (34,8 %) районах області. В 4 (17,4 %) районах число фізичних осіб сімейних медичних сестер перевищує кількість посад, що вказує на нераціональність використання медичних кадрів.

5. Співвідношення ЛЗП/СМ та сімейних медичних сестер становить 1:1,3 при нормативі 1:2, що вказує на нераціональність використання лікарями робочого часу, оскільки вони змушені виконувати функції середнього медичного персоналу.

6. Середня чисельність прикріпленого до ЛЗП/СМ населення в цілому по області становить 1637,6 особи на одну посаду ЛЗП/СМ, з коливаннями (при нормативі, визначеному МОЗ України, 1200 осіб) від 972,2 в Олевському районі до понад 2 тис. осіб в 3 (13,1 %) районах. Найбільша чисельність прикріпленого до ЛЗП/СМ населення в Ружинському районі (2731,1 особи), що негативно впливає на доступність та якість ПМСД для сільського населення. На особливу увагу заслуговує ситуація в Брусилівському районі, де в середньому на одного ЛЗП/СМ припадає для обслуговування 8434 особи, що практично унеможлиблює організацію лікарської допомоги населенню.

7. Середня звертальність сільського населення до одного ЛЗП/СМ склала 7303, із значними

коливаннями – від 3436,3 в Народицькому до 16563,2 в Романівському районах. Наведене характеризує як організаційний рівень надання ПМСД та в цілому медичної допомоги сільському населенню, так і рівень навантаження ЛЗП/СМ, що в тому числі показує їх авторитет серед населення.

8. Основною причиною звернень населення до ЛЗП/СМ є хвороби (88,9 %), і тільки у 19,1 % випадків їх профілактика. При цьому за п'ять років рівень звернень населення до ЛЗП/СМ з профілактичною метою скоротився на 2,6 %, тобто наразі ЛЗП/СМ не виконують своєї першочергової функції – профілактики захворювань у населення.

9. Питома вага пацієнтів, які закінчили лікування у ЛЗП/СМ, коливається від 6,9 % в Ружинському до 99,5 % в Овруцькому районах, що вказує на рівень кваліфікації ЛЗП/СМ та наявність у них умов для проведення лікувальних заходів.

10. Низький рівень кваліфікації лікарів (24,0 % неатестованих) та забезпечення їх медичними засобами (тест-системами для лабораторних досліджень – 72,3 %, дефібриляторами – 7,7 %, спеціальним інструментарієм – 84,2%) значно знижує можливість лікарів ЗП/СМ надавати якісну медичну допомогу відповідно до клінічних протоколів ПМСД та призводить до високої частоти скерування пацієнтів на вищі рівні надання медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням якості надання первинної медико-санітарної допомоги.

Список літератури

1. *Енциклопедія сімейного лікаря* : в 2 кн. / за ред. А. С. Єфімова. – К. : Здоров'я, 1995. – Кн. 1. – 544 с.; Кн. 2. – 672 с.
2. *Марчук Н. В.* Обґрунтування та розробка системи організації профілактичної діяльності закладів загальної практики / сімейної медицини : автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. мед. наук / Н. В. Марчук. – К., 2008. – 24 с.
3. *Москаленко В. Ф.* Концептуальні основи розвитку та впровадження сімейної медицини в Україні / В. Ф. Москаленко // Матеріали І Українського з'їзду сімейних лікарів, м. Львів, 7–9 листоп. 2001 р. – Л., 2001. – С. 7.
4. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні* / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К., 2005. – 168 с.
5. *Панорама охорони здоров'я населення України* / за заг. ред. А. В. Підаєва, О. Ф. Возіанова, В. Ф. Москаленка. – К., 2003. – 152 с.
6. *Практическое руководство для врачей общей (семейной) практики* / под ред. акад. РАМН И. Н. Денисова. – М. : ГЭОТАРМЕД. – 2001. – 719 с.
7. *Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини* : інструктивно-методичні матеріали для сімейних лікарів / за заг. ред. проф. В. М. Пономаренка. – К., 2001. – 186 с.

ВНЕДРЕНИЕ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ / СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

А. К. Толстанов (Житомир)

Проанализировано состояние внедрения семейной медицины в Житомирской области на уровне сельскохозяйственных районов в 2005–2009 гг. Исследование показало приоритетность развития ПМСМ на

основе семейной медицины в регионе и высокий уровень обращаемости населения к семейным врачам, преимущественно по поводу болезней. В то же время сверхнормативное прикрепление населения и нарушение соотношения врачей и медицинских сестер ОВП/СМ, низкий уровень квалификации врачей (24,0 % неатестированных) и обеспечения их медицинскими средствами значительно снижают возможности врачей ОП/СМ оказывать качественную медицинскую помощь в соответствии с клиническими протоколами ПМСП и приводят к высокой частоте направления пациентов на высшие уровни оказания медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: первичная медико-санитарная помощь, сельское население, семейная медицина, врач общей практики – семейной медицины, медицинская сестра общей практики – семейной медицины.

INTRODUCTION OF THE GENERAL MEDICAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE IN HEALTH CARE SYSTEM OF RURAL POPULATION ZHYTOMYR REGION

A. K. Tolstanov (Zhytomyr)

The state of introduction family medicine in Zhytomyr region at the level of rural areas in 2005–2009 has been analyzed. Research has shown priority developments PMSM on the basis of family medicine in region and high level negotiability population to family doctors, mainly concerning diseases. At the same time the above permitted standard attachment of the population and infringement of parity doctors and nurses of GMP/FM, low level of doctors (24,0 haven't been attested) and maintenance with medical drugs considerably reduce opportunities of doctors GP/FM to render qualitative medical aid according to clinical reports PMSA and result in high frequency direction of patients on the highest levels of rendering medical aid.

KEY WORDS: the primary medical and sanitary aid, rural population, family medicine, the doctor of the general practice – family medicine, the nurse of the general practice – family medicine.

Рецензент: д.держ.упр., доц. Н. П. Кризина

УДК 614.2:364.42.001

В. М. САМОХОДСЬКИЙ (Кіровоград)

ДО МЕТОДИКИ ВИЗНАЧЕННЯ ВАРТОСТІ ПРАЦЕЗАТРАТ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ПРИ ВИКОНАННІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ

У статті обґрунтовується доцільність використання методики, що дозволяє визначити працезатрати і їх вартість як чинників мотивації більш інтенсивної і якісної роботи сімейних лікарів в процесі виконання профілактичних оглядів населення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сімейний лікар, працезатрати лікаря і їх вартість, мотивація праці лікаря.

Ефективність функціонування інституту сімейної медицини і в цілому практичної реалізації реформ в охороні здоров'я багато в чому залежить, зокрема, від того наскільки будуть обґрунтовані рекомендації щодо запровадження організаційних стандартів, розрахункових

нормативних показників, механізми оцінки працезатрат і способи мотивації практичного лікаря – головної дієвої особи у здійсненні реформ галузі. Це дозволило би суттєво покращити якість та ефективність оздоровчих заходів серед населення [1; 2; 8; 9; 11;14].

Як зазначає професор О. М. Голяченко [3], якість та ефективність медичної праці – це си-

© В. М. Самоходський, 2011

ноніми її ціни (вартості). Якщо це влучне визначення віддзеркалює економічну (фінансову) суть якості та ефективності медичної допомоги, то суть організаційних стандартів складає розуміння необхідності використання таких критеріїв, оптимальних технологій, нормативів при проведенні профілактичних оглядів, які б реалізовувались на основі згоди, при відсутності заперечень з принципових питань у більшості зацікавлених сторін і які були б прийняті чи затверджені уповноваженим на те органом [4].

На жаль, сьогоденні нормативи відображають можливість бюджету, а не потреби в технологіях і коштах на надання якісної медичної допомоги населенню.

Норма як міра праці, яка використовується для оцінки результатів праці, служить основою її оплати [5].

Профілактичний огляд, виконаний якісно, відповідно до оптимальної технології цієї роботи, є априорі економічно вигідним, оскільки дозволяє діагностувати захворювання на ранніх стадіях (скорочення термінів лікування, зменшення об'єму лікувальних процедур, здешевлення лікувального процесу).

Як відомо, приведені вище принципи в повній мірі не враховувалися системою охорони здоров'я в минулі роки. У свідомість лікарів вкладались певні ідеологічні штампи. Один з них передбачав безвідмовний прийом лікарем всіх, хто звертався протягом його робочого дня. Ідея гарна, але ніхто не визначив, хто і як повинен компенсувати лікарю понаднормативну працю. Адже бюджет лікувальної установи передбачає розмір заробітної плати лікарю тільки за офіційно встановлену тривалість його робочого дня. Тому, коли було очевидно, що кількість осіб, які потребують профілактичного огляду, значно перевищує можливості лікаря виконати цю роботу без поспіху, з забезпеченням умов технологічно оптимального часу на кожного відвідувача, наприклад 8-9 хвилин, то лікар в таких випадках свідомо скорочує термін огляду до 2-3 хвилин. Тільки таким чином практично виконувався "принцип безвідмовності", і лікарі не виходили за межі офіційної тривалості їх робочого дня. Зрозуміло, подібні профілактичні огляди не можуть бути ні якісними, ні ефективними. Можливо, така система роботи дозволила А.П. Картишу [7] стверджувати, що профілактичні огляди в нашій системі охорони здоров'я є фікцією.

Мета дослідження. Оскільки система нашої охорони здоров'я ніколи раніше не передбачала необхідності вирішення проблем якості та ефективності медичної праці шляхом наукового обґрунтування працевитрат лікаря та їх вартості в технології процесу обстеження і лікування, ми

на прикладі такого обов'язкового розділу, як «профілактичні огляди», зробили спробу розкрити механізм визначення працевитрат та їх вартості для сімейного лікаря.

Матеріали і методи. Механізм формування нормативів праці, що виконують водночас і роль економічних нормативів, ми взяли за основу визначення працевитрат і їх вартості в діяльності сімейного лікаря в процесі виконання останнім профілактичних оглядів.

Норматив працевитрат лікаря – це комплекс технологічних елементів в процесі обстеження і лікування, якісне виконання яких потребує затрати цілком визначеного робочого часу. Слід зазначити, що із всіх норм по працевитратам основоположними є норми використання часу [14]. Принципово важливим в процесі визначення працевитрат і їх вартості є облік оптимального варіанту технології обстеження та лікування хворих. При цьому ми користувалися аналітично-дослідницьким методом нормування праці медичного персоналу.

Одним із методів визначення працевитрат є хронометраж основних технологічних елементів праці лікаря при виконанні профілактичного огляду. Одиницею часу в процесі хронометражу є загальноновизначений оптимально мінімальний час, який необхідний для якісного виконання тих чи інших розділів медичної роботи.

Результати дослідження та їх обговорення. В процесі профілактичних оглядів в діяльності кожного лікаря простежується потреба виконання певної технології, специфіка якої обумовлена загальноприйнятим комплексом стандартних маніпуляцій та заходів, що часто повторюються при обстеженні пацієнта.

Хронометраж врахував такі особливості, як збільшення працевитрат при виконанні того чи іншого елемента роботи, коли виникала потреба в додаткових маніпуляціях і процедурах, і випадки, коли необхідність в таких була відсутня. Оскільки, як в нашому прикладі (табл.), спостерігалася різна частота тих і других ми встановили середній термін, який розглядався як розрахунковий норматив працевитрат, або технологічний норматив.

На основі даних табл. максимальний термін на один профілактичний огляд з урахуванням оптимальної технології його проведення складає 11 хв. 30 сек., мінімальний – 4 хв. 30 сек.; в середньому 8 хвилин робочого часу лікаря.

Для визначення довготривалості одного профілактичного огляду по основним медичним спеціальностям ми скористалися аналогічними розрахунками профільних фахівців Кіровоградської обласної лікарні, які мають значний досвід такої роботи. За їх даними, у хірурга і гінеколога це складає 10 хв., у терапевта і педіатра – 13 хв., у невропатолога – 11,5 хв., окуліста – 15 хв., ЛОР – 8 хв. технологічного часу.

Таблиця. Дані хронометражу виконання окремих елементів технології профілактичного огляду по профілю «оториноларингологія»

№ з/п	Технологічні елементи одного профілактичного огляду	Максимальний час(з врахуванням додаткових маніпуляцій).	Мінімальний час (без додаткових маніпуляцій)
1	Бесіда (скарги) з обстежуваним	30 сек	20 сек
2	Фарингоскопія	30 сек	10 сек
3	Риноскопія (можлива анестезія слизової оболонки носової порожнини)	2 хв.	30 сек
4	Задня риноскопія (можлива анестезія зіву)	2 хв.	1хв.
5	Непряма ларингоскопія (можлива анестезія зіву)	3 хв.	1 хв.
6	Отоскопія (можливий туалет слухового проходу , використання оптики та інше)	2 хв.	30сек.
7	Тест на сприйняття мови пошепки	3 хв.	2 хв.
8	Записи в амбулаторній карті	30 сек.	30 сек.
	Всього	11 хв. 30сек.	4 хв. 30 сек.

Встановлений нами розрахунковий норматив працезатрат лікаря при виконанні одного профілактичного огляду є одночасно і економічним нормативом, який може отримати вартісну оцінку у вигляді певної долі заробітної платні лікаря, встановленої державою. Оскільки вказаний норматив виражений у хвилинах, то для визначення вартості того чи іншого економічного нормативу треба розрахувати ціну однієї хвилини робочого часу лікаря. Довготривалість робочого дня сімейного лікаря на одну ставку з врахуванням п'ятиденного тижня складає 7 год. 42 хв., чи 45520 хв. Як відомо, розмір заробітної платні у медичних працівників суттєво відрізняється (категорії, стаж та інше). Тому доцільно визначати вартість однієї хвилини робочого часу, виходячи із розміру мінімальної тарифної ставки згідно з наказом Міністра праці та соціальної політики України від 05.10.2005 №308/519. За станом на грудень 2010 р. мінімальний оклад лікаря хірургічного профілю в т. ч. і сімейного лікаря без врахування за кваліфікаційну категорію і стаж складає 1182 грн за один місяць, 14184 грн за рік.

Для розрахунку вартості працезатрат, зокрема лікарів, нами використана методика В. А. Гаврилова і Ю. Н. Мисник [6].

В структурі робочого часу сімейного лікаря при виконанні профоглядів слід розрізняти три компонента:

1. Час, який необхідний для виконання т.зв. підготовчо-заключних розділів роботи (приведення в порядок робочого місця, підготовка документації, інструментів, обладнання, підведення підсумків роботи, тощо).

2. Технологічні перерви (час для відпочинку, особистих потреб, тощо).

3. «Чистий» або технологічний термін для проведення, власне, профілактичних оглядів.

Оскільки підготовчо-заключні розділи праці, відпочинок лікаря під час технологічних перерв прямо чи опосередковано сприяють покращенню якості виконання основної роботи, то вказані відрізки часу, які представлені т. зв. поправочним коефіцієнтом (Кп) повинні включатися у вартість одного профілактичного огляду.

$K_p = P : D(1.1.)$, де K_p – поправочний коефіцієнт; P – тривалість робочого дня лікаря; D – термін, необхідний для виконання комплексу технологічних нормативів працезатрат.

Наприклад, відповідно з проведеним нами хронометражем, технологічний норматив для проведення одного профілактичного огляду сімейним лікарем, як терапевтом, становить 13 хв. Підготовчо-заключні розділи роботи становлять 30 хв., технологічні перерви – 20 хв., всього – 50 хв. При загальній довготривалості робочого дня сімейного лікаря на одну ставку 7 год 42 хв. (462 хв.) тривалість роботи по виконанню технологічних елементів профілактичних оглядів становить (462хв-50хв.) – 412 хв. Отже, величина K_p складає (462хв:412хв.) – 1,12. Таким чином, повна витрата часу на проведення одного профілактичного огляду в нашому випадку визначається за формулою:

$V_p = V_t \times K_p (1,2)$, де: V_p – повний термін одного профілактичного огляду; V_t – технологічний термін одного профілактичного огляду, визначений хронометражем; K_p – поправочний коефіцієнт технологічної норми терміну одного профілактичного огляду.

Користуючись данною формулою, розрахунок реального часу, необхідного на один профілактичний огляд, повинен рахуватись не на основі «чистого» технологічного нормативу (13 хв., а з

врахуванням повного терміну (13 хв. х 1,12) - 14,56 хв. Вказану особливість доцільно врахувати при плануванні реальної кількості профілактичних оглядів на один робочий день лікарям, які беруть участь у цій роботі.

В процесі розрахунку вартості, наприклад, для сімейного лікаря одного профілактичного огляду при умові довготривалості його робочого дня 7 год 42 хв. (462 хв.), можна скористатися формулою:

$Vt = Pф \times Vt \times Kп : Pб (1,3)$, де: Vt – вартість одного профілактичного огляду;

$Pф$ – річний фонд заробітної платні лікаря;

Vt – технологічний (нормативний) термін на один профілактичний огляд;

$Kп$ – поправочний коефіцієнт розрахунків норм часу;

$Pб$ – річний бюджет робочого часу лікаря.

У нашому випадку вартість одного профілактичного огляду сімейного лікаря визначається так:

$Vt = 14184 \text{ грн} \times 13 \text{ хв.} \times 1,12 : 115962 = 1,78 \text{ грн.}$

Використовуючи інформацію про тривалість робочого дня сімейного лікаря (7 год 42 хв.) та розрахунковий норматив виконання ним одного профілактичного огляду (14,12 хв.), є можливість визначити нормативну кількість профілактичних оглядів, яку реально в межах оптимальної технології можна планувати вказаному фахівцю на один робочий день (місяць, рік) – 462 хв. : 14,12 хв. ~ 33 особи. На основі вищенаведених розрахунків неважко визначити загальну вартість нормативної кількості профілактичних оглядів для сімейного лікаря (чи лікарів, які приймали участь у профілактичних оглядах) за один робочий день: 33 особи х 1,78 грн = 58 гр. 74 коп.

Як бачимо, наша методика дозволяє розрахувати як необхідний норматив працезатрат лікаря, так і вартість цієї конкретної роботи, а також необхідної суми для оплати запрошеним для проведення профілактичних оглядів профільним фахівцем.

Система підвищуючих коефіцієнтів розміру вартості медичної послуги у нашій методиці дозволяє внести відповідні поправки до розрахунку вартості виконаного профілактичного огляду для лікарів в залежності від різниці їх кваліфікаційної категорії та стажу медичної роботи. Припустимо, що виконує профілактичний огляд сімейний лікар першої атестаційної категорії і стажем медичної роботи понад 10 років. В цьому випадку застосовується т.зв. підвищуючий коефіцієнт. Для його визначення враховується розмір мінімальної місячної тарифної ставки, розмір надбавки за першу категорію і за стаж (1182 грн + 180,0 грн + 272,4 грн) = 1634 грн. Співвідношення вказаної заробітної платні до розміру мінімального посадового окладу дано-

го лікаря 1634 грн : 1182 грн складає величину його підвищуючого коефіцієнту – 1,38. Використання такого коефіцієнта, зокрема, при виконанні лікарем профілактичних оглядів є одним із факторів мотивації праці, оскільки дає змогу вище оцінити вартість виконання аналогічної роботи більш кваліфікованим фахівцем.

Реалізація одного із основних принципів проголошеної реформи охорони здоров'я – удосконалення якості та ефективності медичної допомоги населенню – передбачає в тому числі і способи мотивації праці лікарів. Наша методика розрахунку об'єму працезатрат та їх вартості при виконанні профілактичних оглядів дозволяє визначити як конкретну величину нормативних, так і понаднормативних працезатрат та їх вартості для лікарів, які беруть участь у обстеженні населення. Саме такий спосіб оцінки праці лікарів повністю відповідає принципам рекомендованої системи оплати медичної праці, яка будується на основі, що складається із двох частин: постійної і змінної [10]. Наша методика передбачає варіант, коли нормативні працезатрати, наприклад для сімейного лікаря, складають розмір основного окладу, а понаднормативні – другої її частини, тобто змінної. Така система оплати є матеріальним стимулом, який би заохотив сімейних лікарів до більш інтенсивного та якісного проведення профілактичних оглядів.

Рекомендована методика також передбачає створення спеціальної комп'ютерної програми для сімейного лікаря, яка б звела до мінімуму витрати його робочого часу на облік, розрахунки об'ємів працезатрат і їх вартості, аналізу його роботи, моніторингу динаміки процесу профілактичних оглядів протягом всього календарного року. Така програма має значно спростити в тому числі й експертну оцінку якості та ефективності діяльності сімейного лікаря в аналізованому обов'язковому розділі роботи.

Висновки

1. Принципово важливим в процесі визначення працезатрат та їх вартості є необхідність дотримання оптимального варіанту технології виконання профілактичних оглядів.

2. Механізм визначення працезатрат сімейного лікаря дозволяє раціонально планувати кількість осіб в зоні відповідальності АСМ, яких можливо якісно обстежити протягом робочого дня, тижня, місяця тощо.

3. До набуття сімейним лікарем достатнього досвіду більш раціональним є організаційний варіант, який передбачає запрошення в АСМ бригади профільних фахівців із територіально-го медичного об'єднання для проведення профілактичних оглядів.

4. Можливість розрахунку вартості понаднормативних працезатрат дозволяє визначити

розмір матеріального стимулювання інтенсивної та якіснішої праці лікаря.

5. Створення відповідної комп'ютерної програми дозволяє звести до мінімуму витрати робочого часу сімейного лікаря на облік, розрахунки об'ємів працездатності та їх вартості, моніторингу динаміки процесу профілактичних оглядів, а контролюючим органом – проведення експертної оцінки якості та ефективності даного розділу роботи лікаря.

6. Висока якість профілактичних оглядів може бути забезпечена тільки при умові дотримання оптимальної технології цієї роботи.

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні обсягу роботи лікаря загальної практики – сімейної медицини стосовно інших розділів медицини.

Список літератури

1. Апчел О. С. Реформування системи медичного обслуговування на базі закладів сімейної медицини / О.С. Апчел // Вісн. соціальної гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 4. – С. 84–88.
2. Голяченко О. М. Організаційні проблеми гарантованого обсягу медичної допомоги, які має вирішити самостійна Україна / О. М. Голяченко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2004. – №3. – С. 46–50.
3. Голяченко О. М. Мій рецепт виходу із кризи української охорони здоров'я / О. М. Голяченко // Нов. медицини и фармации в Украине – 2010. – № 17. – С. 30–32.
4. Голяченко О. М. Реформа охорони здоров'я в Україні / О. М. Голяченко, Г. С. Стеценко, А. І. Побережний [та ін.] – Тернопіль, 2006. – 159 с.
5. Гаврилов В. А. Нормы труда в новых условиях хозяйственного механизма в здравоохранении / В. А. Гаврилов, Ю. Н. Мисник // Вопросы совершенствования и оплаты труда в здравоохран. сб. науч. труд. – М., 1989. – С. 69–71.
6. Гаврилов В. А., Мисник Ю.Н. Инструкция по определению расценок на исследования и процедуры вспомогательной лечебно-диагностической службы учреждений здравоохранения А/ВНИИ социальной гигиены, экономики и управлением здравоохранением. Н. А. Семашко. – 2-е изд., перераб. – М., 1991. – 33 с.
7. Картиш А. П. Организация амбулаторно-поликлинической помощи в условиях новых экономических отношений / А. П. Картиш // Материалы 2-го съезда соц. гигиенистов и организаторов здравоохран. Украины (Винница, 3–5 окт. 1990г.). – К. Д990.– Ч.1. – С. 19–21.
8. Концепція Державної програми розвитку медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини, схвалена розпорядженням кабінету Міністрів України від 24.07.2006 р. № 421–р.
9. Лехан В. Методичні підходи до розробки медичних стандартів. / В. Лехан, А. Гук. – К.: Сфера, 2000. – 24 с.
10. Лехан В.М. Система охорони здоров'я в Україні: підсумки, проблеми, перспективи / В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2002. – 28 с.
11. Наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».
12. Самоходський В. М. Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів реформування управління оториноларингологічної служби на етапі переходу до БСМ / Авт. докторск. дисертації. – Київ, 1994. – 32 с.
13. Самоходський В. М. Роль і місце організаційних стандартів як критеріїв у структурі стандарту якості діагностики та лікування в рамках профільних служб регіональної лікувальної установи / В. М. Самоходський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України – 2007. – № 2. – С. 72–76.
14. Устинов О. Національний проект «Здорова нація» – дорожня карта реформування медичної галузі / О. Устинов // Український медичний часопис – 2010, №5. – С. 4–7.
15. Шипова В. М. Нормирование труда в условиях перехода к медицинскому страхованию // Бюллетень НИИ Социальной гигиены, экономики и управление здравоохранением НА.Семашко.,М.1992. – С. 45–53.
16. Шипова В. М., Гаврилов В. А. Инструкция по нормированию труда врачей амбулаторного приема. М.1989.

К МЕТОДИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТОИМОСТИ ТРУДОЗАТРАТ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

В. М. Самоходский (Кировоград)

В статье обосновывается целесообразность применения методики, позволяющей определять трудозатрат и их стоимость как факторы мотивации более интенсивной и качественной работы семейных врачей в процессе выполнения профилактических осмотров населения.

Ключевые слова: семейный врач, трудозатраты врача и их стоимость, мотивация труда врача.

METHODS OF DEFINING THE COST OF WORK INPUT OF A FAMILY DOCTOR WHILE CARRYING OUT PREVENTIVE EXAMINATION

W.M. Samohodsky (Kirovograd)

The article contains substantiation of the expediency of using methods which allow to define work input and its cost as factors of motivating more intensive and quality work of family doctors in the process of carrying out preventive examination of the population.

KEY WORDS: a family doctor, doctor's work input and its cost, motivation of doctor's work.

Рецензент: д. мед. н., проф. О. М. Голяченко

ПІДГОТОВКА МЕДИЧНИХ КАДРІВ

УДК 614.2:378.14

Н. І. КОЛЬЦОВА, О. З. ДЕЦИК, Н. Б. ФЕДОРКІВ, Р. Є. КОВАЛЬЧУК
(Івано-Франківськ)

ПИТАННЯ КУЛЬТУРИ УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Івано-Франківський національний медичний університет

Стаття присвячена вивченню знань слухачів курсів підвищення кваліфікації за фахом "Організація і управління охороною здоров'я" з питань культури управління. Встановлено, що керівники закладів неналежним чином ознайомлені із комплексом проблем культури управління та особливостями формування культури закладів системи охорони здоров'я, демонструючи пріоритетність удосконалення рівня поверхневої (символічної) культури, а не вищого (ціннісного) рівня. Виявлений недостатній рівень теоретичних знань та практичних навичок керівників закладів охорони здоров'я з питань культури управління підкреслює необхідність посилення уваги до цих питань при навчанні на циклах післядипломної спеціалізації та удосконалення за фахом "Організація і управління охороною здоров'я".

КЛЮЧОВІ СЛОВА: культура управління, охорона здоров'я, післядипломна освіта.

Культура управління є складовою людської культури і являє собою форму використання загальнолюдських культурних надбань у сфері управління [1]. Відповідно у її структурі також умовно можна виділити два базові елементи:

- матеріальну культуру (засоби виробництва, предмети праці, які складають культуру праці);
- нематеріальну чи духовну культуру (норми, зразки поведінки, закони, цінності, звичаї, традиції, знання, мова, філософія, наука, релігія тощо).

Кожний вид людської діяльності характеризують певні особливості, які створюють її внутрішнє культурне середовище [3].

Заклади охорони здоров'я як соціальні утворення також мають власну культуру, якій при-

таманні певні параметри, зумовлені специфікою їх діяльності та процесів управління і медичного обслуговування. Матеріальні елементи культури закладів охорони здоров'я відображають культуру надання медичної допомоги і культуру менеджменту, реальним виявом яких є культура трудових процесів (профілактичних, діагностичних, лікувальних, реабілітаційних, управлінських, документообігу), технологічна культура (обладнання, медикаменти, матеріали, методики) і культура середовища діяльності членів організації (будівлі, їх відповідність санітарно-гігієнічним нормам умов праці персоналу та перебування пацієнтів). Духовні елементи культури закладів охорони здоров'я – це комплекс основних особ-

ливостей, які відрізняють їх від інших, визначають поведінку медичних працівників та менеджерів у процесі надання медичної допомоги населенню. Норми цієї поведінки закріплені не тільки законом, але й етичними правилами взаємовідносин між лікарем і пацієнтом, між лікарями та іншим медичним персоналом, між лікарем та родичами хворого.

У структурі культури закладу можна виокремити рівні, які визначають ступінь її розвитку [3;4]:

- рівень поверхневої (символічної) культури: манера і правила поведінки персоналу та керівників, технологія, продуктивність, місце на ринку, фірмовий одяг, будівлі тощо;

- вищий рівень ("цінність"): нормативна система цінностей, яка відображає місію закладу і формує еталони щоденної поведінки.

Культура закладу формується під впливом культури суспільства. Відповідно із розвитком культури суспільства, зміною стандартів життя змінюються й складові культури закладів охорони здоров'я, норми їх символічної культури та основні цінності. З іншого боку, культура закладів охорони здоров'я впливає й на культуру суспільства. Адже результатом виробництва цих організацій (якості надання медичної допомоги) є здоров'я населення, яке формує культуру суспільства на індивідуальному, сімейному та колективному рівнях.

Тобто одним із завдань сучасного ефективного менеджменту в охороні здоров'я є цілеспрямоване формування культури закладів, що вимагає відповідних знань їх керівників [2].

Мета дослідження полягала у визначенні шляхів поліпшення знань слухачів курсів підвищення кваліфікації за фахом "Організація і управління охороною здоров'я" з питань культури управління в організаціях.

Матеріали і методи дослідження. Було проведено соціологічне дослідження за спеціально розробленою програмою 92 керівників та заступників керівників закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області, слухачів передатестаційних циклів та циклів тематичного удосконалення з "Організації та управління охороною здоров'я".

Результати дослідження та їх обговорення. За приналежністю до керівництва закладами певного рівня і форми власності респонденти розподілились наступним чином: третинного – 37,0 %, вторинного – 34,8 %, первинного – 13,0 %, недержавної форми власності – 8,7 % та відомчі – 6,5 %.

Віковий склад (років життя) опитаних, представлений на рис. 1, вказує на достатній життєвий та професійний досвід респондентів. Відповідно лише 4,3 % з них не знали про те, що культура управління є складовою комплексу проблем науки управління.

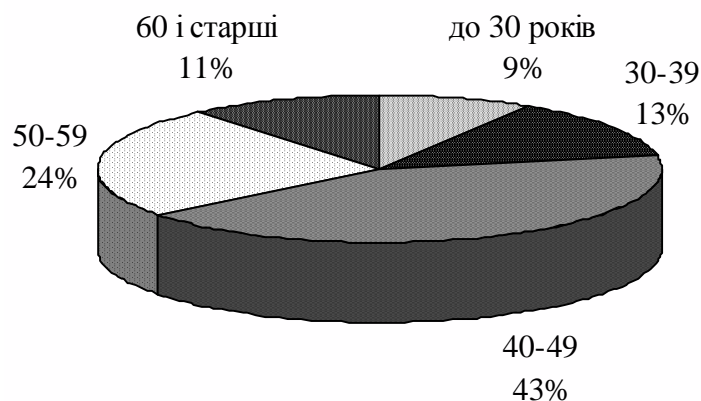


Рис. 1. Розподіл респондентів за віком

Всі опитані (100,0 %) вважали, що в закладі повинна бути унормована культура управління і правил поведінки персоналу. На думку респондентів, культура працівників сфери управління та медичного персоналу, процесу управління, правильна організація та умови праці і документообігу сприятиме осучасненню закладу, поліпшенню мотивацій до праці, рівня загальної та професійної культури, справедливому розподілу наявних ресурсів.

Усі опитані керівники впевнені, що якість медичної допомоги прямо залежить від куль-

тури управління закладом. На думку керівників закладів охорони здоров'я культура управління найбільше впливає на результативну складову якості – на задоволеність пацієнтів наданою медичною допомогою (74,2 відповідей на 100 опитаних) та медичну ефективність (відповідно 41,9) (рис. 2). Дещо меншим є її вплив на структурну складову якості допомоги (мережа, ресурси закладів, умови медичного обслуговування), головним чином за рахунок забезпечення кращої доступності (38,7 % респондентів).

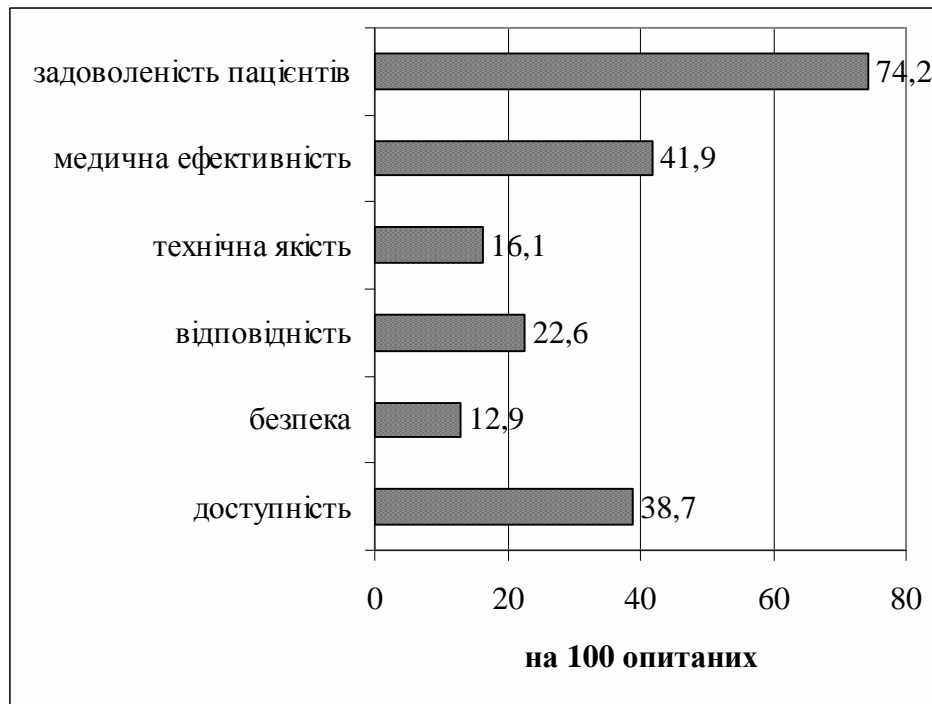


Рис. 2. Залежність основних аспектів якості медичної допомоги від культури управління (за даними опитування керівників закладів охорони здоров'я)

Водночас аналіз відповідей організаторів охорони здоров'я показав недостатню їх обізнаність щодо змісту поняття культури закладу та управління. Про це свідчить кількість відповідей щодо впливу явища на технології (16,1 %) та процес (22,6 %) надання допомоги та її безпеку (12,9 %).

Основним індикатором впливу культури закладу на якість медичної допомоги керівники вважають задоволеність нею. Проте результати нашого дослідження показали, що 87,1 % з них вивчають рівень задоволеності пацієнтів наданою медичною допомогою виключно під час проходження акредитації закладу. Поза її межми задоволеність пацієнтів вивчає тільки 22,6 % опитаних організаторів охорони здоров'я. Рівень довіри пацієнтів до лікарів закладу враховують при прийнятті управлінських рішень лише 67,8 % керівників, до середнього медичного персоналу – 54,7%, іншого – 28,9 %.

Серед культурних цінностей закладів охорони здоров'я респонденти на перше місце ставлять чесність і повагу в стосунках між співробітниками (49,0 %), а дотримання інтересів пацієнтів – тільки на друге (31,4 %). Відповідно й основними напрямками формування високої культури управління закладом керівники називали переважно удосконалення відносин з персоналом (63,0 на 100 опитаних), а поліпшення якості обслуговування та дотримання інтересів пацієнтів вважали вагомим лише 50,0–39,1 % респондентів. Це свідчить про деформацію принципу пацієнтоорієнтованості медичної допомо-

ги як однієї з основних сучасних світових культурних цінностей.

Як наслідок, у третині закладів охорони здоров'я (30,4 %) мали місце скарги пацієнтів на культуру поведінки персоналу закладу. При цьому моніторинг психоемоційного клімату в колективі, який є способом запобігання конфліктів, майже 42,0 % керівників не проводять взагалі, а решта покладається на власну інтуїцію, особисті контакти, а не наукові засади.

На недостатність знань з питань культури управління та застосування її принципів на практиці вказує й те, що тільки у 34,8 % закладів встановлені правила службового етикету. Біля 39,0 % керівників не вважають за потрібне оформляти їх на папері, тому що це "само собою зрозуміле". Відповідно, лише 42,0 % опитаних знали, що правила поведінки персоналу повинні бути відображені у правилах внутрішнього розпорядку, посадових інструкціях (41,9 %), статутах закладів охорони здоров'я (32,2 %).

Значна частина респондентів визнають недостатність знань керівників з теорії управління, вважаючи, що їх формальні лідери не відповідають сучасним науковим уявленням про управлінця-професіонала (45,2 % відповідей), та що не використовують у своїй діяльності методи наукового управління (38,7 %).

Слід зазначити, що з методів управління, які потрібно використовувати для стимулювання персоналу і суттєвого поліпшення культури управління, опитані керівники використовують:

економічні (83,9 %), соціальні (51,6 %), адміністративного примусу (12,9 %). При цьому більшість керівників застосовують комбінацію цих методів (67,4 %).

Програма дослідження містила два відкриті питання: думка респондентів щодо особливостей культури управління в закладах охорони здоров'я та заходів її поліпшення. Узагальнення відповідей показало, що понад третина керівників (37,0 %) не знали або неправильно охарактеризували особливості культури управління в охороні здоров'я. Частина опитаних знають, що культура управління в закладах охорони здоров'я залежить від прийнятих у суспільстві загальних культурних цінностей, а тому ще не відповідає сучасним світовим стандартам; частина визнають пріоритетність впливу на культуру закладу культури першого керівника, інші – психологічний клімат та взаємовідносини в колективі, необхідність орієнтації в роботі закладу на пріоритетність інтересів пацієнта. Однак достатньо повної відповіді не дав жоден з респондентів, що ще раз підкреслює важливість удосконалення цих знань.

При аналізі відповідей респондентів стосовно їх бачення шляхів наближення культури управління в закладах охорони здоров'я нашої країни до європейського рівня звертає на себе увагу, що значна частина їх має орієнтацію на удосконалення рівня поверхневої (символічної) культури, а не вищого (ціннісного) рівня. Більшість керівників першочерговими завданнями вважають поліпшення фінансування галузі, перехід на страхову медицину, визначення механізмів справедливої оплати праці медичного персоналу, приведення структури і кадрів системи охорони здоров'я у відповідність до реальної потреби, необхідність підвищення професійності кадрів управлінців та медичного персоналу, зменшення адміністративного тиску з боку вищого керівництва, створення позитив-

ного іміджу закладу. Значно менше керівників визнали необхідність змін у психології як менеджерів та медичного персоналу, так і пацієнтів.

Отримані дані свідчать про недостатню обізнаність керівників медичних закладів з питань культури управління та її особливостей в системі охорони здоров'я та, відповідно, запровадження у практичній діяльності.

Слід зазначити, що питання культури управління, на наш погляд, недостатньо відображені й у типовій програмі циклів післядипломної спеціалізації та удосконалення за фахом "Організація і управління охороною здоров'я". На відповідний розділ відводиться лише 10 годин, причому головна увага в ньому приділяється вивченню соціально-психологічних аспектів управління.

Висновки

1. Ефективний менеджмент вимагає цілеспрямованого формування культури закладів охорони здоров'я на основі сучасних світових цінностей, зокрема пацієнтоорієнтованої високоякісної медичної допомоги.

2. Встановлено, що керівники медичних закладів недостатньо обізнані з питань культури управління та особливостями формування культури закладів системи охорони здоров'я, демонструючи пріоритетність удосконалення рівня поверхневої (символічної) культури, а не вищого (ціннісного) рівня.

3. Виявлений недостатній рівень теоретичних знань та практичних навичок керівників закладів охорони здоров'я з питань культури управління підкреслює необхідність посилення уваги до цих питань при навчанні на циклах післядипломної спеціалізації та удосконалення за фахом "Організація і управління охороною здоров'я".

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати дослідження вимагають подальшого моніторингу змін у культурі управління закладами охорони здоров'я.

Список літератури

1. *Культурологія*: навч. посібн. / за заг. ред. Н. М. Юрчак. – Тернопіль : Астон, 2008. – 200 с.
2. *Уварова Л.И.* Формирование культуры управления в процессе обучения в экономическом вузе: пути повышения качества образования / Л. И. Уварова [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://yro.narod.ru/bibliotheca/econ_k2.htm. – Титул з екрану.
3. *Управління людськими ресурсами: філософські засади*: навч. посібн. / за заг. ред. В. Г. Воронкової [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://pidruchniki.com.ua/imag/manag/vor_url/_title.jpg. – Титул з екрану.
4. *Шейн Эдгар.* Организационная культура и лидерство. Раздел Управление персоналом / Эдгар Шейн [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.management.com.ua/hrm/hrm044.html>. – Титул з екрану.

ВОПРОСЫ КУЛЬТУРЫ УПРАВЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОДГОТОВКИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н. И. Кольцова, О. З. Децик, Н. Б. Федоркив, Р. Е. Ковальчук (Ивано-Франковск)

Статья посвящена изучению знаний слушателей курсов повышения квалификации по специальности "Организация и управление здравоохранением" по вопросам культуры управления. Установлено, что

руководители учреждений недостаточно ознакомлены с комплексом проблем культуры управления и особенностями формирования культуры учреждений здравоохранения, демонстрируя приоритетность усовершенствования уровня поверхностной (символьной) культуры, а не высшего (ценностного) уровня. Выявленный недостаточный уровень теоретических знаний и практических навыков руководителей учреждений здравоохранения по вопросам культуры управления подчеркивает необходимость повышения внимания к этим вопросам при обучении на циклах последиplomной специализации и усовершенствования по специальности “Организация и управление здравоохранением”.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: культура управления, здравоохранение, последиplomное образование.

MANAGEMENT CULTURE QUESTIONS IN THE SYSTEM OF POSTGRADUATE EDUCATION OF HEALTH CARE MANAGERS

N. I. Koltsova, O. Z. Detsyk, N. B. Fedorkiv, R. E. Kova'chuk (Ivano-Frankovsk)

The article is devoted the listeners of postgraduate courses on specialty “Health organization and management” knowledge evaluation on management culture questions. It is set that the health care managers are acquainted an improper rank with the complex of problems of management culture and features of forming of facility culture in the health care system, and demonstrate priority of facility culture improvement of superficial (symbolic) level, but not higher (valued) level. Found out the insufficient level of theoretical knowledge and practical skills of health care managers on the management culture questions underlines the necessity of greater attention sparing these issues at studies on the cycles of postgraduate specialization and improvement on specialty “Health organization and management”.

KEY WORDS: management culture, health care, and postgraduate education.

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

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

УДК 312.6:616-053.7:316.65

*В. В. ГОРАЧУК, Л. М. ДУДКА, С. М. СКРИПКА, Л. Д. СМІРНОВА, О. В. П'ЯНКОВА
(Київ)*

ОСОБЛИВОСТІ СПОСОБУ ЖИТТЯ ШКОЛЯРІВ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ М. КИЄВА ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
ЦРДП Оболонського району м. Києва
ДП № 1 Дніпровського району м. Києва
ДКЛ №9 м. Києва

Наведено результати соціологічного опитування школярів підліткового віку м. Києва, які засвідчили низький рівень формування навичок здорового способу життя. Саме у шкільні роки діти залучаються до куріння, пробують алкоголь і наркотики, нераціонально харчуються, практикують низьку фізичну активність та небезпечний секс. Використання даних соціологічних досліджень керівниками медичних закладів дозволить доповнити інформаційну базу при оцінці здоров'я дітей та проектуванні моделей систем охорони здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: школярі підліткового віку, соціологічне опитування, здоровий спосіб життя.

Загальновідомо, що головний фактор ризику хронічних неінфекційних захворювань – нездоровий спосіб життя, який на 50 % визначає стан здоров'я людини. Метою політики ВООЗ є досягнення до 2015 р. більш здорового способу життя для усіх прошарків суспільства. Перспектива поліпшення громадського здоров'я, пов'язана з формуванням здорового способу життя, є найбільш ефективною, ніж витрати на лікування наслідків нездорового способу життя, які щорічно потребують збільшення, але не забезпечують бажаного результату [1;4;5;6].

Вагоме соціальне значення має стан здоров'я дітей як однієї з найбільш уразливих груп до факторів ризику для здоров'я. Незадовільний стан здоров'я у дитячому віці часто призводить до його порушень упродовж всього життя людини, що створює ряд соціальних і фінансових проблем, негативно впливає на рівень соціально-економічного розвитку країни [7].

В Україні високий рівень захворюваності дітей визначає необхідність розробки дієвих профілактичних заходів, спрямованих, зокрема, на зменшення негативного впливу факторів соціального оточення і формування адекватної самозбережувальної поведінки. Особливої уваги потребує група дітей підліткового віку, серед яких реєструються найвищі рівні первинної захворюваності і накопичується хронічна патологія [2].

Рівень загальної захворюваності на всі хвороби серед дітей віком 15–17 років постійно збільшується: у 2008 р. показник склав 184418,7 випадку на 10 тис. населення відповідного віку, в 2004 р. – 157994,6 випадку, тобто зріс на 16,7 %. Зростання захворюваності відбулось практично за всіма класами хвороб, зокрема на деякі інфекційні та паразитарні хвороби – на 8,0 %, розлади психіки і поведінки – на 4,2 %, хвороби ока та додаткового апарату – на 16 %, хвороби системи кровообігу – на 18,9 %, кістково-м'язової системи – на 10,9 %, сечостатевої системи – на 12,1 %. Найвищий рівень зростання захворюваності характерний для хвороб органів дихання – на 25,1 %, та органів травлення – на 21,4 % [9,10].

Значно вищі за загальноукраїнські показники загальної та первинної захворюваності підлітків м. Києва: у 2007 р. їх рівень склав відповідно 22176,79 та 11349,41 на 10 тис. населення відповідного віку [8].

Мета дослідження: визначити особливості соціальної поведінки і фактори ризику для здоров'я школярів підліткового віку м. Києва.

Матеріали і методи дослідження. Результати анкетного опитування 403 школярів підліткового віку м. Києва (214, або 53,1±2,5 % хлопчиків та 189, або 46,9±2,5 % дівчат віком 15–17 років). Репрезентативна вибірка була

розміщена серед трьох дитячих поліклінік столиці, які обслуговують дитяче населення типових за географічним положенням районів міста (Дніпровського, Оболонського, Шевченківського). Опитування проводилось у 2010 р. вибірко-вим способом під час обов'язкових профілактичних медичних оглядів дитячого населення.

Формалізована анкета розроблена на основі рекомендацій НАМН України, ДУ "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України", МОЗ України в рамках програми "Сім'я та діти України".

Використані методи: системного аналізу, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Відповіді на блок анкетних запитань про найближче соціальне оточення та умови проживання підлітків засвідчили, що понад половина дітей – 216 (53,6±2,5 %) осіб – проживає в сім'ях, склад яких нараховує чотири і більше осіб, решта – в малочисельних сім'ях: 166, або 41,2±2,5 %, – у сім'ях з трьох осіб; 31, або 7,7±1,35 %, – у неповних сім'ях, які складаються лише з двох членів, у тому числі, один з них – респондент. Переважна більшість – 249 (61,8±2,4 %) опитаних – проживають в окремій кімнаті квартири. Батьки підлітків мають високий освітній рівень: у 164 (40,7±2,4 %) респондентів батько, а у 214 (53,1±2,5 %) – мати мають вищу освіту, а у 93 (23,1±2,1 %) дітей батько та у 96 (23,8±2,1 %) опитаних матір – середню спеціальну освіту. Найманими робітниками працюють батьки 158 (39,2±2,4 %) респондентів та матері 174 (43,2±2,5 %) підлітків, службовцями – 64 (15,9±1,8 %) та 90 (22,3±2,1 %) опитаних відповідно. У решти дітей батьки зайняті в підприємстві.

Відповіді на запитання про алкоголь і наркотики дозволили встановити, що лише 49 (12,2±1,6 %) опитаних підлітків ніколи не пробували алкоголю. Решта дітей у своєму житті мали досвід спроби алкоголю, 100 (24,8±2,2 %) осіб спробували його у віці, молодшому за 11 років, понад половина респондентів – 203 (50,4±2,5 %) – у віці 12–15 років, а 79 (19,6±2,0 %) – у віці, старшому за 16 років. Спроба алкоголю перейшла у регулярне споживання спиртних напоїв у 3,0±0,8 % підлітків, які засвідчили їх вживання впродовж 20–30 днів щомісяця. На епізодичне споживання алкоголю (від 1–2 до 3–5 днів на місяць), вказали відповідно 103 (25,6±2,2 %) та 33 (8,2±1,4 %) опитаних.

Вживання наркотичних речовин хоча б раз за своє життя заперечила переважна більшість – 364 (90,3±1,5 %) підлітків, водночас 13 (3,2±0,9 %) осіб відповіли, що пробували наркотики 10 і більше разів.

Відомо, що здорове харчування є основою успішного зростання і розвитку дітей. На регулярний прийом їжі (3–4 рази на день) вказали лише трохи більше половини – 220 (54,6±2,5 %) опитаних, на гаряче щоденне харчування – всього 168 (41,7±2,5 %) підлітків, на щоденне вживання фруктів – тільки 144 (35,7±2,4 %), а овочів – 174 (43,2±2,5 %) дітей опитаної групи.

Рівень гігієнічних навичок підлітків оцінювався за результатами відповідей на запитання про дотримання гігієни порожнини рота і чистоти рук. Вказали на те, що ніколи не чистять зуби, лише 13 (3,2±0,9 %) опитаних, решта чистить зуби від одного до трьох разів на день, що в цілому свідчить про достатній рівень гігієнічних знань і належну санітарну культуру дітей з цього питання. Разом з тим обов'язково миють руки перед їжею тільки 170 (42,2±2,5 %) респондентів, а 148 (36,7±2,4 %) опитаних роблять це нерегулярно. Іноді миють руки перед їжею або ніколи не миють 85 (21,1±2,0 %) підлітків. Навіть після відвідування туалету 52 (12,9±1,7 %) респондентів дозволяють собі не мити руки взагалі або мити їх інколи, 55 (13,6±1,7 %) опитаних не використовують або епізодично використовують мило під час миття рук. Таким чином, елементарні навички дотримання чистоти рук відсутні у значної частини опитаних, тоді як в підлітковому віці вони вже мають стати обов'язковим атрибутом соціальної поведінки.

Характер стосунків з найближчим оточенням впливає на психічний стан здоров'я підлітків, які особливо чутливі до психоемоційних стресорів. Вказали на свою повну незадоволеність стосунками з батьками 22 (5,5±1,1 %) опитаних, з вчителями – 35 (8,7±1,4 %) досліджених, зовсім не мають друзів 12 (3,0±0,8 %) дітей опитаної групи.

Для нормального розвитку дитині потрібно щоденно займатись неорганізовано будь-яким фізичним навантаженням не менше двох годин та організовано ще одну годину [3]. Результатами опитування доведено, що лише 75 (18,6±1,9 %) підлітків були фізично активними годину і більше на день усі дні тижня, а 42 (10,4±1,5 %) взагалі не долучались до будь-яких видів рухової активності (занять спортом, руховими іграми, їздою на велосипеді, бігом, танцями, швидкою ходьбою тощо). Разом з тим більшість опитаних – 252 (62,5±2,4 %) осіб – впродовж звичайного дня три і більше годин просиджують перед телевизором або комп'юте-

ром, або займаються іншими справами сидячи, що, безумовно, негативно впливає як на загальний стан їхнього здоров'я, так і на окремі його аспекти.

Аналіз відповідей на запитання про статеві стосунки засвідчив, що 231 (57,3±2,5 %) підліток у своєму віці ще не мав досвіду статевого життя, решта розпочала його з 11 років і пізніше. Впродовж останніх 12 місяців сексуальний контакт траплявся у 146 (36,2±2,4 %) опитаних, з них більшість – 116 (79,5±3,3 %) респондентів – використовували презервативи. Водночас 30 (20,5±3,3 %) підлітків, що мають статеве життя, не користувалися засобами індивідуального захисту.

Тютюнокуріння, як відомо, є фактором ризику розвитку хвороб органів дихання, травлення, системи кровообігу. У результаті опитування з'ясовано, що у 64 (15,9±1,8 %) респондентів спроба курити реалізувалась у стійку звичку споживання тютюну впродовж усіх 30 днів місяця, а ніколи не пробували курити лише 133 (33,0±2,3 %) підлітків. Характерно, що понад половина опитаних проживають в сім'ях, де курять батьки, при цьому 97 (24,1±2,1 %) підлітків є пасивними курцями, оскільки батьки або інші люди з близького оточення курять в їх присутності.

Висновки

Результати проведеного соціологічного дослідження засвідчили, що рівень сформованості навичок із здорового способу життя серед школярів підліткового віку м. Києва залишається низьким. Саме у шкільні роки відбувається залучення дітей до тютюнокуріння, вживання алкоголю, наркотичних речовин. Частина дітей не володіє санітарно-гігієнічними навичками, нерационально харчується, має недостатній рівень фізичної активності, практикує ризикову статеву поведінку.

Таким чином, інформаційна база фахівців з охорони здоров'я для оцінки здоров'я підлітків на місцевому рівні може бути доповнена результатами дослідження рольової поведінки дітей.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні можливостей використання соціологічної інформації для проектування моделей систем збереження здоров'я населення на старті дорослого життя та визначення науково обґрунтованих напрямків їх практичного застосування на рівні широкого міжсекторально-го співробітництва.

Список літератури

1. Кочін І. В. Теорія систем як основа наукового обґрунтування, методологічного і методичного забезпечення моделювання процесу формування здорового способу життя, збереження і відтворення стану здоров'я населення / І. В. Кочін, П. І. Сидоренко, І. М. Гут // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 1. – С. 137.
2. Моїсеєнко Р. О. Актуальні питання охорони материнства і дитинства в Україні / Р. О. Моїсеєнко // Перинатологія і педіатрія. – 2008. – № 4 (36). – С. 4–10.

3. Ринда Ф. Ф. Актуальні проблеми формування здорового способу життя в Україні / Ф. Ф. Ринда // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 1. – С. 131–136.
4. Рубцов А. В. Здоровье как социальная ценность / А. В. Рубцов // Экономика здравоохран. – 2005. – № 1. – С. 16–20.
5. Сокол К. М. Социологическое исследование особенностей образа жизни учащейся молодежи / К. М. Сокол // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 1–2 (9–10). – С. 168–171.
6. Удодов В. Здоровье и общество. Проблемы и решения. Аналитические записки / В. Удодов, С. Тесленко, П. Тесленко. – Донецк : Каштан, 2007. – 352 с.
7. Шкробанець І. Д. Застосування методів наукового аналізу при прийнятті управлінських рішень / І. Д. Шкробанець // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 3. – С. 107.
8. Основні показники здоров'я та медичної допомоги населенню м. Києва в 2007 році. – К., 2008. – С. 30.
9. Показники здоров'я населення та використання ресурсів в охороні здоров'я в Україні за 2003–2004 роки. – К., 2005. – С. 35.
10. Показники здоров'я населення та використання ресурсів в охороні здоров'я в Україні за 2007–2008 роки. – К., 2009. – С. 39.

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА Г. КИЕВА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В. В. Горачук, Л. М. Дудка, С. Н. Скрипка, Л. Д. Смирнова, А. В. Пьянкова (Киев)

Представлены результаты социологического опроса школьников подросткового возраста г. Киева, которые засвидетельствовали низкий уровень формирования навыков здорового образа жизни. Именно в школьные годы дети приобщаются к курению, пробуют алкоголь и наркотики, нерационально питаются, практикуют низкую физическую активность и опасный секс. Использование данных социологических исследований руководителями медицинских учреждений позволит дополнить информационную базу при оценке здоровья детей и проектировании моделей систем охраны здоровья.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: школьники подросткового возраста, социологический опрос, здоровый образ жизни.

FEATURES OF LIFE STYLE STUDENTS ADOLESCENCE AGE OF KYIV ACCORDING TO THE RESULTS OF SOCIAL STUDIES

V. V. Gorachuk, L. M. Dudka, S. N. Skripka, L. D. Smirnova, A. V. Piankova (Kyiv)

Results of sociological poll of Kyiv's schoolchildren adolescence age witnessed the lowest level of the formation healthy lifestyle have been presented. During school years children are attached to smoking, trying drugs and alcohol, have irrational feed, practice low physical activity and dangerous sex. Using the data of sociological research by managers of health establishments will allow to complete the information base for assessing health of children and design models of health care systems.

KEY WORDS: schoolchildren of adolescence age, sociological poll, healthy lifestyle.

Рецензент: к.мед.н. О. О. Дудіна

В. А. СМІЯНОВ (Суми)

ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА КОНЦЕПЦІЇ ЇЇ РОЗВИТКУ

Сумський державний університет

Проведено аналіз підходів до визначення якості медичної допомоги у світовій науковій літературі, міжнародних та вітчизняних нормативних документах. Наголошується на пріоритетності проблеми підвищення якості медичної допомоги на сучасному етапі розвитку української держави.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **якість медичної допомоги, управління якістю, стандартизація медичної допомоги.**

Якість в охороні здоров'я – це складна, багатокomпонентна система, в основу якої покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доступність, достатність процесів щодо охорони здоров'я людини (населення) на рівні науково-технічних досягнень в сучасний період. При взаємодії лікаря і пацієнта, за рекомендаціями ВООЗ, потрібно врахувати 4 компоненти якості медичної допомоги: кваліфікація лікаря, оптимальне використання ресурсів, ризик для пацієнта, задоволеність пацієнта наданою допомогою.

На сьогодні відсутнє єдине загальноприйняте визначення якості охорони здоров'я, адже проблема має безліч аспектів і кілька концепцій, що з часом змінюються і удосконалюються.

Також існує безліч визначень якості медичної допомоги (ЯМД) [1;5;9;13;18;19]. Так, Rasoveanu N. T., Jonhansen K. S. (1995) вважають, що якісна медична допомога – це та, що точно відповідає визначеним вимогам, з використанням сучасних знань і ресурсів, та забезпечує очікувану максимальну користь від її надання і зниження ризику до мінімального [26]. За визначенням ВООЗ (1998), "якість – це точне (відповідно до стандартів) виконання різних видів медичного втручання, які вважаються безпечними, доступні у фінансовому відношенні для даного суспільства і здатні здійснити позитивний вплив на рівень смертності, захворюваності, непрацездатності і нераціонального харчування" [3;7]. У міжнародних стандартах серії ISO 9000, що використовуються для розробки та сертифікації систем якості, це поняття визначається як сукупність характеристик об'єкту, що стосується його здатності задовольняти встановлені потреби [8]. Успенська І. В. і Пономарьова Г. А. розуміють якість через сукупність властивостей і характеристик медичних послуг, які

визначаються їх спроможністю задовольняти потреби людини і суспільства у зміцненні здоров'я. А одна з головних вимог до якості медичної допомоги – це задоволеність пацієнта (населення) наданими йому медичними послугами [16].

Під якістю слід розуміти оцінку медичного обслуговування та її ефективність стосовно певного випадку захворювання з урахуванням заповігання ризику його подальшого розвитку; професійні знання і наукові досягнення медицини забезпечують оптимальні клінічні, функціональні і психологічні результати, тобто під якістю в широкому понятті розуміють її оцінку і забезпечення (М. М. Веренцов, Н. В. Чепурненко, 1986) [2].

За визначенням В. Ф. Чавпецова (2000), якість медичної допомоги як об'єкт дослідження і управління являє собою властивість процесу взаємодії лікаря і пацієнта, обумовлену кваліфікацією професіонала, тобто спроможністю виконувати медичні технології, зменшувати ризик прогресування наявних у пацієнта захворювань і виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини і забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичною системою [13].

Існують ще декілька підходів до визначення ЯМД:

- якість медичної допомоги визначається використанням медичної науки і технології з найбільшою користю для здоров'я людини, але без збільшення ризику. Рівень якості, таким чином, це рівень балансу вигоди і ризику для здоров'я (А. Донабедян, 1988) [24];

- якість медичної допомоги – це належне проведення (згідно зі стандартами) всіх заходів, що є безпечними і прийнятними, використовуються в даному суспільстві і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність (М. Ремер і С. Монтойя Агиляр, ВООЗ, 1988) [18];

- якість – це виконання вимог або інструкцій (Філ Кросбі, 1979) [19];

- якість – це дотримання стандартів (Проект забезпечення якості, 1997) [10];

- якість медичної допомоги – сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої допомоги наявним потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології (Ю. М. Комаров, А. В. Коротков, Г. І. Галанова, 1997);

- під якістю медичної допомоги розуміють процес взаємодії лікаря та пацієнта, заснований на професіоналізмі лікаря, тобто його здатності знижувати ризик прогресування захворювання у пацієнта та виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини та забезпечити задоволеність пацієнта наданою йому медичною допомогою (В. В. Гришин, 1997) [4].

Об'єднана Комісія по акредитації США визначає якість як оцінку результату лікування. Через результат профілактики, діагностики і лікування розглядають ЯМД і Г. А. Сафонов, Е. А. Логінова (1989) [16]. Інститут охорони здоров'я США також вважає, що якість – це досягнення очікуваного результату (“бажані результати здоров'я”) медичної допомоги. Для пацієнта, безумовно, головним є кінцевий результат лікування (тобто досягнення позитивних результатів лікування), але при цьому суттєву роль відіграє наявність умов, в яких надається медична допомога, і характер взаємовідносин з медичними працівниками тощо [13;19].

Отже, ЯМД в сучасній науковій літературі визначається як надання службами охорони здоров'я окремим особам і населенню в цілому медичних послуг на рівні сучасної професійної підготовки, новітніх досягнень медичної науки з метою отримання очікуваних результатів.

Як бачимо, у більшості визначень якості медичної допомоги наголошується на оптимальному використанні ресурсів, але в деяких – на максимальному рівні надання медичної допомоги. У зв'язку з цим, J. Ettinger. J. Sitting (1965), H. Vuori (1980, 1985) була започаткована концепція оптимальної якості.

В статуті ВООЗ закладений принцип, відповідно до якого кожен має право на найвищий рівень досягнення здоров'я. Виходячи з цього можна припустити, що кожен має право і на найвищий рівень ЯМД. Однак таке твердження, на думку Х. Вуорі, нелогічне, оскільки ігнорується той факт, що якість – це безперервний параметр [3]. В практичному плані неспроможність таких тверджень полягає в тому, що існує економічна межа підвищення якості. Так, внаслідок швидкого розвитку досліджень з питання забезпечення ЯМД, в США в 70-і роки з'явилися публікації із застереженнями щодо наслідків застосування “високоякісної медицини”. В роботі

Brook et al. (1976) для прикладу припускається, що внаслідок застосування дуже суворих критеріїв якості витрати на медичну допомогу можуть скласти 50 % валового національного продукту, що призведе до погіршення здоров'я населення через розповсюдження ятрогенних захворювань і скорочення у населення коштів для витрат на придбання продуктів харчування [13].

Саме тому в сфері виробництва товарів та послуг, як зазначає Х. Вуорі, однією із найскладніших проблем є вибір оптимального рівня якості продукції. В теперішній час повинно бути очевидним, що при виробництві медичних послуг проблема вибору найбільш прийняттого рівня якості зводиться не до максимізації, а до оптимізації якості, а факторами, що визначають оптимальний рівень якості, є співвідношення вартості виробництва послуг та користь від них.

В розвиток концепції оптимальної якості А. Donabedian (1966) вперше запропонував концепцію логічної якості. Сутність її полягає у визначенні релевантності інформації та її використанні, оскільки при її отриманні саме потрібна інформація може залишатися непоміченою або ж для прийняття рішень її кількість надмірна, що і призводить до низької логічної якості медичної допомоги. Наприклад, підвищення великої кількості уточнюючих діагностичних процедур для визначення діагнозу з 95 % до 97 % може і не призвести до зміни лікувальної тактики. В цьому випадку низька логічна якість призведе до підвищення вартості медичного обслуговування, оскільки збір інформації є одним з найдорожчих компонентів медичної допомоги. Непотрібна інформація може бути навіть шкідливою, бо вона створює перешкоди для правильного використання та інтерпретації необхідної інформації і може викликати появу випадкових помилок в системі прийняття рішень (С. Дж. Мс. Donald, 1976; Н. Vuori, 1977) [3;23;24].

Низька логічна якість є однією з причин, що пояснюють, чому рівень якості медичного обслуговування не завжди буває оптимальним. У сфері охорони здоров'я спостерігається цілком зрозуміла тенденція до зниження логічної якості, тобто до надлишку інформації.

Таким чином, дати визначення поняттю “якість медичної допомоги” досить складно. У літературі є декілька десятків визначення ЯМД, що відрізняються не тільки в деталях, але й нерідко суперечать одне одному, що підтверджує відсутність єдиної точки зору з даного питання серед медичних працівників, у тому числі організаторів охорони здоров'я [20].

Різноманітні визначення поняття ЯМД відображають, насамперед, розходження у розумінні окремими дослідниками суті даної категорії й

галузі її застосування, що, у свою чергу, обумовлено двома чинниками.

По-перше, це пов'язано з винятковою складністю і багатоплановістю понять “медична допомога” і “якість медичної допомоги”. Так, ЯМД, що надається окремому хворому, несе одне змістовне навантаження, а ЯМД, що надається в лікувально-профілактичному закладі (ЛПЗ) або в цілому по країні, – інше. Відповідно до цього цілі побудови цих “якостей” і методи їхнього виміру можуть не збігатися. Лікарі оцінюють якість своєї роботи і діяльність своїх колег з одних позицій, хворі – з інших, органи охорони здоров'я – ще з інших і т.д. [13;17;19].

По-друге, змінюються вимоги до рівня медичної допомоги, з'являються нові можливості і нові галузі застосування цього показника з розвитком суспільства, що спонукає дослідників постійно звертатися до цього питання, але на новій основі. В цілому ж варто говорити не про одне загальне для всіх поняття “якість медичної допомоги” і шукати для нього найбільш чітке визначення, а використовувати систему понять, кожне з яких розкривало б той чи інший бік загального поняття “медична допомога” відповідно до конкретних умов функціонування системи охорони здоров'я, а усі разом ці поняття створювали б досить чітку картину стану ЯМД на будь-якому рівні.

Медична допомога, під якою розуміють комплекс лікувально-діагностичних і профілактичних заходів, проведених за визначеними технологіями з метою досягнення позитивного кінцевого результату, є основною категорією, що визначає обсяг і вміст поняття “якість медичної допомоги” [13].

Зазначений підхід до розуміння якості як категорії в медичній практиці та галузі її застосування поділяють і Н. Б. Найговзіна, А. В. Астовецький (1998), які також розрізняють окремі категорії поняття якості в медицині: це ЯМД населенню, ЯМД певного медичного закладу, ЯМД, яку отримує окремих пацієнт, якість надання конкретної медичної послуги. У зв'язку з цим принципи, механізми аналізу, критерії оцінки та кінцевих результатів стосовно якості надання медичної допомоги теж відрізняються в залежності від досліджуваного об'єкту [14].

Так, ЯМД населенню має свої специфічні критерії визначення та оцінку, пацієнту – зовсім інші, а ЯМД, що надається в ЛПЗ або в цілому в системі охорони здоров'я, визначається за окремою оціночною шкалою. Складність розуміння категорії якості, особливо в медичній практиці, зумовлена тим, що при оцінці якості об'єкту вона розглядається як сукупність її властивостей [19].

Якість медичної допомоги слід оцінювати за допомогою багатьох показників (підготовка

спеціаліста, його здібності та професійний досвід, технічна забезпеченість лікувального закладу, технології діагностики та лікування, що застосовуються тощо), тобто з використанням показників, які мають змінні значення.

По-друге, ЯМД як кінцевий результат складається з етапних результатів (якість рівня дослідження, якість діагностики, якість лікування, якість уточнення діагнозу в процесі лікування тощо).

По-третє, ЯМД є результативним показником, який стосується об'єкта “медична допомога”. Ця категорія достатньо складна і не завжди здатна відповідати встановленим або припустимим вимогам.

По-четверте, якість є похідною категорією багатьох поєднаних факторів діяльності медичних та інших спеціалістів і результатів їх взаємодії з пацієнтом.

І, нарешті, по-п'яте, категорія якості повинна одержати показову оцінку в медичній практиці [13].

Розглянемо розвиток поняття ЯМД в історичному аспекті за документами Європейського регіонального ВООЗ (1983). При визначенні поняття якості основна увага приділялась якості виконання медичних технологій (технологічна якість); якості використання наявних ресурсів та контролю ступеня ризику небезпечності травми або іншого захворювання внаслідок медичного втручання та задоволеності пацієнта медичним обслуговуванням. Забезпечення якості повинне бути спрямовано на оптимальні результати при мінімальних витратах і мінімальному ризику подальших травм або непрацездатності пацієнта.

В цій же площині Г. Бекер (1994) розглядає якість медичного обслуговування як:

- технічну якість (ефективність та адекватність діагностичного і лікувального процесу);
- якість виконання, яка характеризується задоволеністю споживача отриманою медичною допомогою та тим, в яких умовах, яким чином і в яких стосунках між лікарем і хворим відбувається медичне обслуговування.

Також виділяється ще оцінка обслуговування населення в цілому, як стан охорони здоров'я [1].

Розвиваючи цей напрямок, В. Т. Дьяченко пропонує наблизитись до розуміння ЯМД як загальноприйнятої категорії взаємовідносин пацієнта (покупця медичних послуг) та лікаря (виробника медичних послуг). На думку автора, слід відмовитись від медичної допомоги як такої та розглянути якість медичної послуги в загальному плані. При оцінці якості товарів та послуг запропоновано дві характеристики якості:

1. Якість виконання.
2. Якість відповідності.

Перша – це характеристика, що відображає ступінь задоволеності потреб пацієнта. Друга – це характеристика, що відображає ступінь відповідності прийнятим стандартам, внутрішнім специфікаціям тощо [5].

Як бачимо, цей підхід по своїй суті дуже схожий на характеристику якості, представлену Г. Бекером (1994) та запропоновану ВООЗ в 1983 р.

У 1996 р. на симпозиумі Європейського Регіонального Бюро ВООЗ у Копенгагені, що був присвячений ефективності медичної допомоги, російський вчений Г.А. Попов відзначив, що пи-

тання медичної допомоги слід одночасно розглядати в 4-х взаємопов'язаних і взаємообумовлених аспектах: якості, адекватності, продуктивності, ефективності. Якість медичної допомоги – це медична допомога, що надана в сукупності результатів – профілактики, діагностики і лікування захворювань, визначених встановленими вимогами на основі досягнень медичної науки і практики [6;7].

Близько 40 років тому А. Донабедианом були визначені класичні підходи до складових ЯМД, що повинно розглядатися з позицій “структури, процесу та результату” (рис.1) [22].

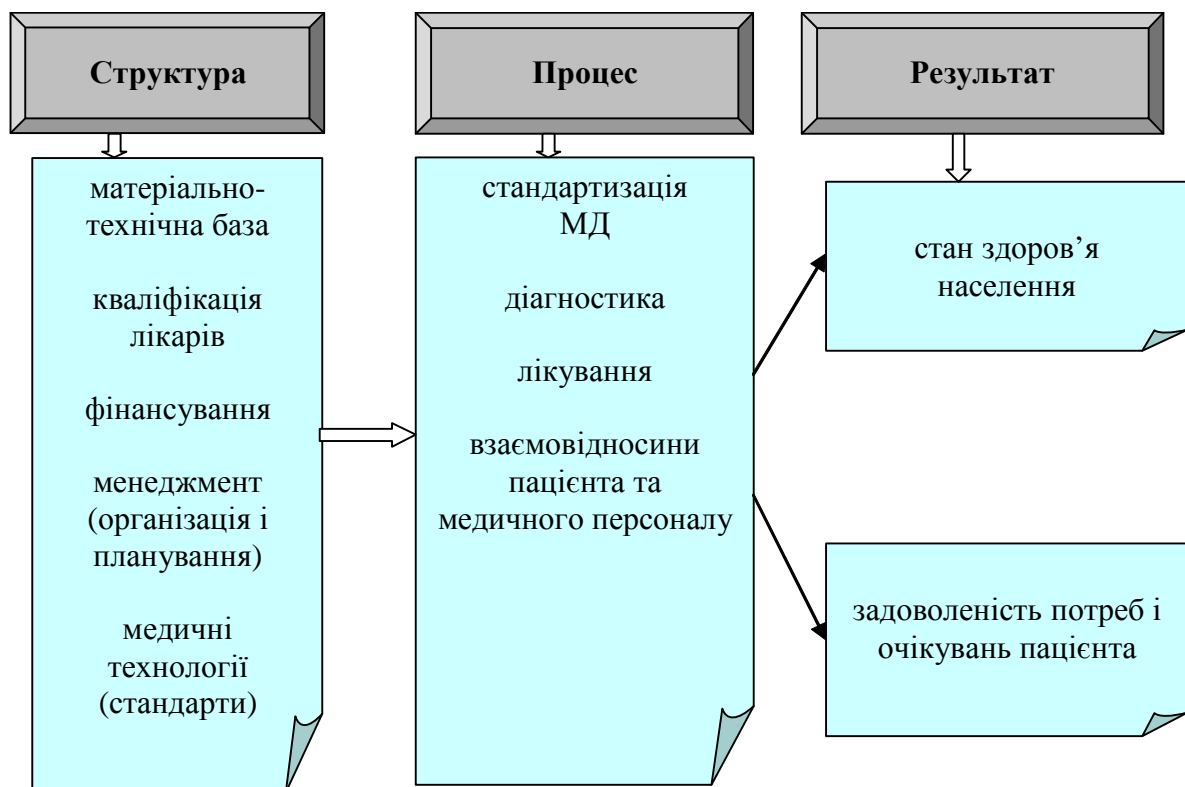


Рис. 1. Система якості медичної допомоги

Структура охоплює характеристики наявних ресурсів для надання допомоги, зокрема матеріальних ресурсів, кваліфікованих медичних і управлінських кадрів, а також організаційні аспекти (методи компенсації витрат, управління якістю медичної допомоги). Структура має бути цікавою для організацій, що опікуються акредитацією, але відомо, що існує досить слабкий зв'язок між структурою та результатами.

Під процесом розуміють характеристики медичної допомоги, що надається, тобто її обґрунтованість, адекватність за обсягом, компетентність персоналу у обранні методів, узгодженість дій та послідовність. Обмеження оцінки процесу пов'язані з тим, що ми дуже мало знаємо про оптимальний процес надання ме-

дичної допомоги і вплив відхилень від стандартів на результати лікування. Саме результати лікування є принциповою мірою якості медичної допомоги, оскільки вони мають значення для пацієнтів, платників за медичні послуги і медичних працівників. Складності оцінки якості за результатами полягають у важкості визначення тих результатів, які безпосередньо залежать від медичної допомоги, та недостатній інформації щодо можливостей покращення наслідків за умов відповідності стандартам структури й процесу в ЛПУ.

Теорія управління якістю пропонує вивчати якість в системі медичної допомоги за 8 характеристиками: професійна компетентність, доступність, економічна ефективність, особисті взає-

мини, результативність, безперервність і послідовність, безпечність, зручність [10]:

1. Професійна компетентність визначається рівнем навиків і вмінь, що реалізуються в процесі діяльності людей, які надають медичні послуги, в діяльності керівництва й обслуги.

2. Доступність медичної допомоги: під доступністю мається на увазі ступінь, в якому медична допомога може безперешкодно надаватися, незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних або мовних чинників.

3. Результативність: під результативністю мається на увазі міра, в якій лікування пацієнта призводить до поліпшення його стану або до бажаного результату.

4. Особисті взаємини: чинник взаємовідносин належить до якості взаємодії між провайдером послуг і споживачами, керівництвом і провайдерами медичної допомоги, медичними працівниками та місцевими жителями.

5. Економічна ефективність визначається відношенням між потребою в обслуговуванні та наявними ресурсами для надання допомоги. Ефективність досягається шляхом надання оптимального обсягу медичної допомоги населенню, тобто найбільше допомоги найкращої якості, що може бути досягнуто при наявних ресурсах.

6. Безперервність і послідовність: чинник безперервності віддзеркалює ступінь, в якому пацієнт одержує необхідне йому медичне обслуговування без перерв, зупинок або зайвих повторень обстежень або лікування.

7. Безпечність: чинник безпеки належить до ступеня, в якому система медичної допомоги знижує ризик пошкоджень, інфікування, побічних явищ чи інших збитків у процесі надання медичної допомоги.

8. Зручність: комфортність є однією з характеристик медичного обслуговування, що безпосередньо не належать до клінічної ефективності, але можуть позитивно вплинути на ступінь задоволеності пацієнта якістю обслуговування. Комфортність визначається зовнішнім виглядом і чистотою приміщень, що використовуються, обладнанням і персоналом, а також заходами, що вживаються для забезпечення комфорту і зручності [18].

Діяльність із забезпечення якості медичної допомоги може бути спрямована на одну або декілька характеристик з цього переліку. Вони допомагають визначити рамки, в яких працюють команди експертів при аналізі проблем якості і оцінці ступеня дотримання стандартів. Кожна з цих характеристик повинна розглядатися в світлі специфічної програми і в місцевому контексті. Всі вони мають відношення як до клінічного й організаційного аспектів надання

медичної допомоги, так і до роботи допоміжних служб [10;13].

Описані вище визначення і характеристики якості включають в себе майже всі аспекти функціонування системи ОЗ. Важливість цих характеристик стає очевидною, коли пацієнтам чи медикам необхідно визначити ЯМД зі своєї точки зору.

Для пацієнтів, що звернулися до певної медичної установи, ЯМД визначається тим, наскільки установа відповідає їхнім потребам, чи є допомога вчасною і наскільки ввічливим та уважним є медперсонал. В цілому пацієнту необхідно, щоб симптоми хвороби були ліквідовані, а сама хвороба попереджена або призупинена. Думка пацієнта є дуже важливою, бо задоволені пацієнти краще виконують призначення лікаря. Таким чином, характеристики якості, що стосуються задоволення споживача медичних послуг, безпосередньо впливають на здоров'я населення [5;19].

Пацієнти найбільш цінують результативність і доступність медичної допомоги, свої взаємовідносини з медперсоналом, а також безперервність та послідовність. Однак необхідно зазначити, що пацієнти не в повній мірі усвідомлюють, які служби та заклади ОЗ потрібні (особливо недооцінюють профілактичні служби) і зрештою не можуть адекватно оцінити професійну компетенцію.

Медперсонал зазвичай звертає більше уваги на професійну компетенцію, ефективність і безпеку. На погляд медичного працівника, ЯМД передбачає наявність у персоналу відповідних навиків, ресурсів і умов, необхідних для поліпшення стану здоров'я пацієнтів, достатніх знань і вміння виконувати професійні обов'язки.

Система ОЗ повинна обов'язково відповідати потребам і вимогам медичних працівників, як очікуванням і вимогам пацієнтів. Медичним фахівцям необхідні ефективні й професійні адміністративні і допоміжні служби в процесі надання медичної допомоги.

Зюков О.Л. для виділення змістовних компонентів, що становлять основу поняття "якість медичної допомоги", провів контент-аналіз [9]. За одиницю аналізу було прийнято наступні характеристики ЯМД:

- адекватність – застосування заходів, технологій використання ресурсів, кількісно і якісно достатніх для досягнення поставлених цілей (науково-технічний рівень, своєчасність, доступність, достатність). Під доступністю розуміється відсутність географічних, економічних, соціальних та інших перешкод при отриманні медичної допомоги, тобто можливість отримання споживачем необхідної йому допомоги у відповідний час, в певному місці, в достатньому обсязі при оптимальних витратах;

- технологічне виконання – відповідність нормативним вимогам і стандартам;
- результативність – зовнішня ефективність, що вимірює здатність медичних втручань впливати на покращення здоров'я або ступінь досягнення бажаного результату;
- ефективність – внутрішня ефективність, економічність, що відображає співвідношення результатів і витрат (ресурсів);
- здатність задовольняти потреби і очікування, або прийнятність;
- безпека – ступінь мінімізації ризиків як для пацієнта (ятрогенія), так і для персоналу.

Контент-аналіз змістовних визначень ЯМД дозволив встановити, що в 16,7 % випадків вчені визначають ЯМД як окрему характеристику, властивість, категорію (послуги, процесу, діяльності тощо); в 50,0 % – як сукупність характеристик, зміст; в 33,3 % – як оцінку, результат.

Крім цього, він показав, що в більшості визначень ЯМД підкреслюється значимість таких характеристик, як адекватність (85,0 %), результативність (65,0 %) технологічне виконання (60,0 %), задоволеність пацієнта (60,0 %), ефективність (50,0 %).

Тобто медична допомога має надаватися з максимально можливим ефектом (її результати повинні максимально відповідати науково прогнозованим), водночас мати мінімальну вартість, бути обґрунтованою, законною, відповідати очікуванням пацієнта та інвесторів і розподілятися за принципом справедливості.

У цілому в результаті контент-аналізу визначень поняття “якість медичної допомоги” виявлені фактори (характеристики), що становлять його основу:

- задоволення певних очікувань і потреб (суб'єктивний аспект);
- сукупність характеристик діяльності або процесу, організації, системи або окремої особи, а також будь-яка комбінація з них, що визначають здатність цих об'єктів задовольняти встановлені або очікувані потреби (об'єктивний аспект).

До встановлених потреб в медичній допомозі можна віднести усунення симптомів, що викликають неприємні відчуття у пацієнта або загрожують його життю. Очікувані потреби мають на увазі очікування, які звичайно відносять до стійких побажань пацієнта. Наприклад, умови, в яких подається медична допомога: безболісність, відсутність неприємних процедур, характер взаємовідносин з медичними працівниками. До очікуваних потреб належать також естетичні вимоги, національні і культурні особливості і звички споживачів.

Підходи до змістовних компонент та удосконалення ЯМД постійно змінюються залежно від

рівня розвитку суспільства, у тому числі його економіки, системи охорони здоров'я, національних пріоритетів і цінностей, пріоритетності концепції якості на певному етапі розвитку суспільства та національної системи охорони здоров'я. Задовольнити потреби всіх зацікавлених сторін в процесі надання медичної допомоги – задача складна, вирішення якої можливе завдяки управлінню якістю.

Наприкінці 40-х років ХХ століття Дж. Едвардом Демінгом була запропонована концепція безперервного покращення якості (Organization wide quality improvement (OQI)). В основу концепції безперервного підвищення якості (БПЯ) покладено цілий ряд ключових ідей, що запозичені із соціальної психології (мотивація, групова робота), психології (теорія поведінки), управління (розробка організаційних структур), статистики (контроль відхилень) і теорії систем. Таке різноманіття є однією з найсильніших сторін даної концепції (N. Neuhauser, J. E. Mc Eachern, L. Headrick, 1995) [25;26].

Запропонований Дж. Демінгом (1994) метод вибіркового статистичного контролю опирався на системний підхід до якості, що відомий як “Цикл Демінга”, або PDCA (Plan, Do, Check, Action) – ПВПД (План, Виконання, Перевірка, Дія) [13].

Перший крок планування включає розробку припустимої дії, яку необхідно виконати з метою покращення роботи. Другий крок – це реальне застосування нововведення і дослідження його дії на систему. Третій – перевірка, або вивчення, полягає в аналізі результатів виміру нововведення, оцінка його впливу на роботу системи, подальших прогнозів тощо. Четвертий крок – дія, полягає у тому, щоб закріпити або стандартизувати це нововведення або ж, навпаки, відмовитись від його впровадження в залежності від результатів експерименту.

Впровадження циклу ПВПД дозволяє медичним працівникам застосувати в лікувальних закладах нові розробки з метою удосконалення роботи, навчатися на прикладах як вдалих, так і невдалих нововведень. Під час локальних експериментів по циклу ПВПД медичні працівники набагато швидше, ніж раніше, вчать процесу вдосконалення і починають бачити більше можливостей для внесення покращення у процесі, оскільки кожна нова спроба застосовується з урахуванням раніше отриманих знань.

Широко відомі у світі менеджменту 14 ключових принципів Демінга як основа перетворень для малих і великих підприємств, як у сфері виробництва, так і у сфері обслуговування. В системі удосконалення якості відсутні покарання тільки заради цього. Помилки в діяльності розглядаються як можливість для удосконален-

ня, весь процес опирається на безперервний контроль, який здійснюється самими працівниками, а не перевіряючими організаціями. Автори цієї концепції вважають, що переважна більшість працівників бажають працювати якнайкраще, 85–95 % всіх помилок в роботі припускається в результаті збоїв в самій системі, а не через помилки окремих виконавців.

За даними В. Г. Дьяченко (1996), в медичних закладах ситуація є аналогічною: тільки біля 20 % помилок медичного персоналу пов'язано з їхніми особистими якість (низька кваліфікація, халатність, байдужість тощо), а 80 % залежить від дефектів організаційних і медичних технологій, рівня обладнання, що використовується, реактивів, витратних матеріалів і рівня підготовки адміністрації ЛПЗ. Основний напрямок цієї програми стосується запобігання негативним результатам, а не ретроспективного спостереження і виправлення постфактум. Концепція передбачає досягнення позитивних результатів завдяки контролю і удосконаленню процесів, а не способу контролю і покарання окремих працівників [5].

На сьогодні медична наукова література дуже насичена визначенням поняття якості, що калейдоскопічно змінюють одне одного. Це є цілком закономірно. Така кількість визначень пояснюється складністю явища, і кожна конкретна дефініція відображає певну позицію, знання і пріоритети [6;10].

Але, незважаючи на таку різноманітність критеріїв та компонентів якості, існування великої кількості підходів до її визначення – це об'єктивна реальність, що формує систему показників, кожний з яких має свою сферу застосування.

Таким чином, ЯМД є багатofакторним комплексним поняттям, яке характеризується ефек-

тивністю, економічністю, адекватністю, доступністю, задоволеністю пацієнтів отриманою медичною допомогою тощо. Якість також включає сукупність адекватних медичних технологій, які відповідають науково-технічному рівню розвитку суспільства та затвердженим медичним стандартам і застосовуються з метою досягнення позитивного кінцевого результату лікування [21].

З урахуванням специфіки охорони здоров'я існують 3 моделі управління ЯМД: професійна, бюрократична, індустріальна. У реальних умовах управління ЯМД в Україні ґрунтується на професійно-бюрократичному варіанті моделі. Якщо професійна модель орієнтована на високий кваліфікаційний рівень і майстерність, як єдину гарантію якості, бюрократична – це контроль і забезпечення якості, то індустріальна модель – на потреби й очікування пацієнта й інтереси всіх сторін, що беруть участь (медичного персоналу, інвестора, суспільства).

Як зазначає С. Тіллінґаст, більшість великих організацій, як на Заході, так і в колишньому Радянському Союзі, забюрократизовані, їм властиве неприйняття змін, які загрожують порушити зручне для них існування. Програма безперервного підвищення якості не принесла очікуваних результатів там, де її сприйняли як черговий розрекламований засіб. Створення атмосфери довіри між рядовими робітниками та керівниками особливо важливе там, де минуле переглянуто, нинішнє асоціюється з хаосом, а майбутнє очікують з побоюванням. Лікарі, як і інші кваліфіковані спеціалісти, мають потребу у певній самостійності в своїй роботі. Тільки якщо вони відчують, що причетні до активності у перетвореннях, тільки тоді ці зміни мають шанс на успіх (рис.2,3) [19].

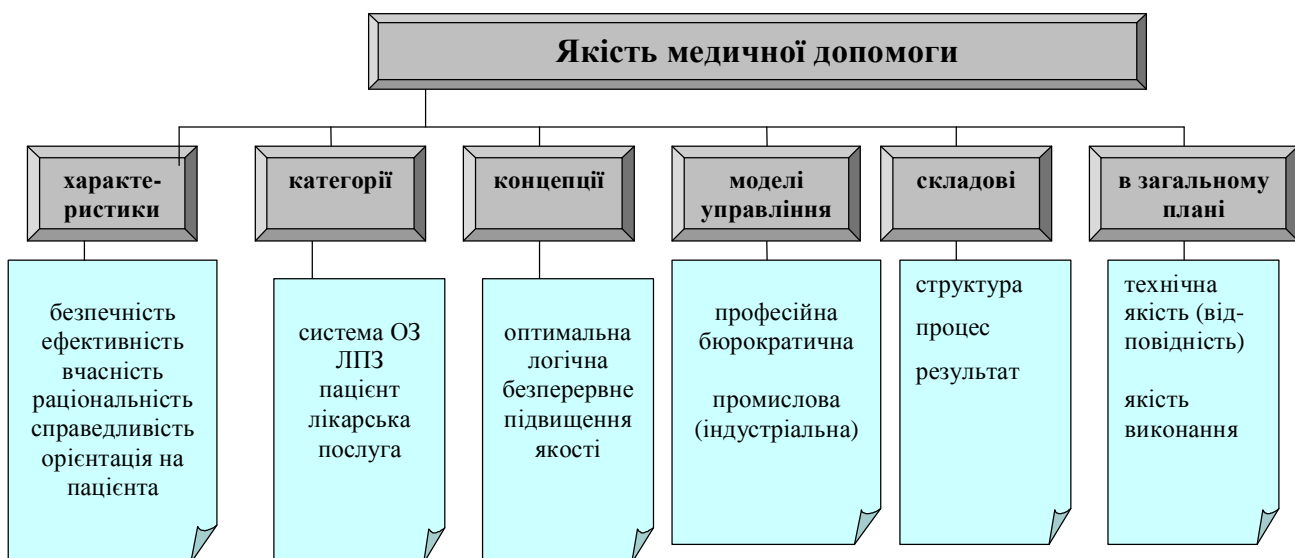


Рис. 2. Основні складові поняття ЯМД



Рис. 3. Моделі управління якістю (Р. Бомер, 1996)

Якість – “ступінь, до якого медичні послуги для окремих осіб та населення взагалі збільшують можливість бажаного результату стосовно здоров’я та є узгодженим із сучасним професійним знанням”.

Втім, яке б визначення не було обране, основним правилом є те, що “якість” повинна охоплювати всі дії, що відбуваються в охороні здоров’я, вона має бути інтегрованою у щоденну роботу, а не розглядатися окремо від неї.

В Україні приділяється значна увага перетворенням, спрямованим на поліпшення ЯМД. Напрацьована законодавча база, засобами якої здійснюється державне регулювання в сфері якості медичного забезпечення населення. Реалізується “Концепція управління якістю медичної допомоги в Україні” (2008), яка спрямована на задоволення обґрунтованих потреб і очікування споживачів медичної допомоги. Розроблено порядок управління і контролю якості (2009), який являє собою вертикально організовану функціональну структурну систему, що включає всі рівні управління – від Міністерства охорони здоров’я до окремих лікувальних закладів, а також “Галузеву програму стандартизації медичної допомоги на період до 2010 року”.

В наказі МОЗ України від 08. 2009 №189 “Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги” дано наступне визначення якості медичної допомоги:

- якість медичної допомоги – це належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність.

В програмі економічних реформ Президента України на 2010–2014 рр. “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” відмічено, що, незважаючи на проголошені в Конституції України принципи, система охорони здоров’я не забезпечує рівного безкоштовного доступу до якісних медичних послуг. Це виявляється у низькій якості медичної допомоги та в нерівному доступу до послуг охорони здоров’я. Головною метою реформи медичної сфери є поліпшення здоров’я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг належної якості. Для досягнення цього поставлено завдання підвищити якість, доступність та ефективність медичної допомоги [15].

В теперішній час європейські країни орієнтуються на шість вимірів якості як цілі для системи охорони здоров'я XXI століття, які запропоновані у 2001 р. Інститутом Медицини США. Охорона

здоров'я має бути: безпечною, ефективною, орієнтованою на пацієнта, вчасною, раціональною та справедливою (табл.) [27].

Таблиця. Шість вимірів якості з “переходу через безодню”

Центральна роль пацієнта	Надання допомоги персональній для кожного пацієнта та його індивідуальних потреб, переваг та цінностей, а також забезпечення того, щоб цінності пацієнта спрямовували всі політичні рішення
Безпека	Убезпечення пацієнтів від травм протягом надання послуг, які ставлять собі за мету допомогу
Ефективність	Забезпечення послуг, що ґрунтуються на наукових знаннях
Раціональність	Уникання зайвих витрат, включно з витратами оснащення, ресурсів, ідей та енергії
Справедливість	Забезпечення допомоги, яка не відрізняється по якості за такими особистими характеристиками, як вік, етнічна приналежність, географічне положення чи соціально-економічне становище
Вчасність	Скорочення черг, а іноді й небезпечних затримок для тих, хто послуги отримує і тих, хто їх надає

Вищезазначене свідчить, що питання поліпшення ЯМД в Україні є пріоритетними і мають бути гармонізованими з європейськими принципами, відповідати встановленим вимогам і стандартам, забезпечувати оптимальність використання галузевих ресурсів, задовольняти потреби пацієнтів та їх очікування, відповідати су-

часному рівню розвитку науки. Успішна реалізація цих завдань потребує запровадження ефективної системи управління якістю медичної допомоги населенню, що зумовлює та підтверджує актуальність подальших науково-практичних досліджень у даному напрямку.

Список літератури

1. Бекер Г. С. Оценка путей обеспечения качества медицинской помощи (проект “Здрав реформ”). – К., 1995. – 91 с.
2. Веренцов М. М. Анализ качества и эффективности здравоохранения: Обзор инфор. ВНИИМИ / М. М. Веренцов, Н. В. Чепурненко. – М., 1986. – 77 с.
3. Вуори Х. В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология / Х. В. Вуори. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1985. – 179 с.
4. Гришин В. В. Регулирование процессов становления страховой медицины / В. В. Гришин. – М. : Наука, 1997. – 352 с.
5. Дьяченко В. Т. Экспертиза качества медицинской помощи (вопросы теории и практики) / Дьяченко В. Т. – Хабаровск, 1996. – 181 с.
6. Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1993. – 322 с.
7. Здоровье населения в Европе – 1997 г. Отчет о третьей оценке прогресса на пути к достижению здоровья для всех в европейском регионе ВОЗ (1996–1997 гг.). – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1998 г. – (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, 38).
8. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.
9. Зюков О. Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття “Якість медичної допомоги” / О. Л. Зюков // Головна медична сестра. – 2009. – № 3. – С. 41–44.
10. Качество медицинской помощи // Главный врач. – 1998. – № 1. – 71 с.
11. Качество медицинской помощи // Глоссарий. – Россия-США, 2000. – 107 с.
12. Комаров Ю. М. Концептуальные подходы к управлению качеством медицинской помощи / Ю. М. Комаров, А. В. Короткова, Г. И. Галанова // Управление качеством медицинской помощи в Российской Федерации: материалы ежегодн. 4-й Рос. научн.-практ. конф. НПО “Медсоцэкономинформ”. – М., 1997. – С. 28–55.
13. 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.
14. Найговзина Н. Б. Качество медицинской помощи и его экспертиза / Н. Б. Найговзина, В. Г. Астовецкий // Экономика здравоохран. – 1998. – № 1/25. – С. 7–14.
15. Програма економічних реформ Президента України на 2010–2014 рр.
16. Сафонов Г. А. Методические подходы к оценке деятельности стационарных учреждений и качества медицинской помощи / Г. А. Сафонов, Е. А. Логинова // Стационарная медицинская помощь (основы организации). – М. : Медицина, 1989. – С. 180–185.

17. Успенская И. В. Социальный статус пациентов больницы, их затраты на лечение и удовлетворенность медицинской помощью / И. В. Успенская, Г. А. Пономарева // Экономика здравоохран. – 1999. – № 5,6. – С. 21–23.
18. Хвисюк М. І. Менеджмент в охороні здоров'я. Ч.2 / М. І. Хвисюк, І. І. Парфьонова. – Х. : ТОВ "Оберіг". – 2008. – 552 с.
19. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / Щепин О. П., Стародубов В. И., Линденбрaten А. Л., Галанова Г. И. – М. : Медицина, 2002. 176 с.: ил. – ISBN 5-225-04363-1.
20. Актуальные проблемы оценки качества медицинской помощи населению / Щепин О. П., Линденбрaten А. Л., Голодненко В. Н., Зволинская Р. М. // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1996. – № 3. – С. 24–29.
21. Якість. Качество. Quality // Термінологічний глосарій якості охорони здоров'я. – К., 1999. – 19 с.
22. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care / A. Donabedian // Milbank memorial Fund quarterly. – 1966. – Vol. 44. – P. 166–206.
23. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1. The definition of quality and approaches to its assessment / A. Donabedian. – Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1980.
24. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? / A. Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol. 260. – P. 1743–1748.
25. Jessee W. E. Medicare mortality rates and hospital quality: are they related? / W. E. Jessee, C. M. Schranz // Quality Assurance in Health Care. – 1990. – Vol. 2. – P. 137–144.
26. Racoveanu N. T. Технология для системного совершенствования медицинской помощи / N. T. Racoveanu, K. S. Jonbansen // Всемирный форум здравоохранения. – 1995. – Т. 16, № 2. – С. 27–32.
27. <http://www.evro.who.int/observatory/Glossary/Top Page phrase=0>.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И КОНЦЕПЦИИ ЕЕ РАЗВИТИЯ

В. А. Сміянов (Суми)

Проведен анализ подходов к определению качества медицинской помощи в мировой научной литературе, международных и отечественных нормативных документах. Акцентируется внимание на приоритетности проблемы повышения качества медицинской помощи на современном этапе развития украинского государства.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: качество медицинской помощи, управление качеством, стандартизація медицинской помощи.

DEFINITION OF QUALITY MEDICAL AID AND THE CONCEPT OF ITS DEVELOPMENT

V. A. Smiiianov (Sumy)

The analysis of approaches to definition of quality of medical aid in the world scientific literature, the international and domestic normative documents has been conducted. The attention focuses on priority problems of improvement quality medical aid on modern stage of development Ukrainian state.

KEY WORDS: quality of medical aid, quality management, standardization of medical aid.

Рецензент: д.держ.упр. Н. П. Ярош

УДК 616-082(1-22):001.8

Л. О. ДІДЕНКО (Вінниця)

АНАЛІЗ ЗАЛЕЖНОСТІ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПЕРВИННОГО РІВНЯ ВІД ОСНОВНИХ СТРУКТУРНИХ ХАРАКТЕРИСТИК СІЛЬСЬКОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ДІЛЬНИЦІ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Вивчалися стан та фактори, що достовірно модифікують ефективність медичної допомоги первинного рівня сільському населенню Вінницької області протягом 2007–2010 рр., на основі багатоступеневої вибірки, яка адекватно відобразила різноманітність медико-демографічних ситуацій. Показано, що основними факторами, які зумовлюють тип медико-демографічного середовища сільської лікарської дільниці (СЛД), є кількість населення та кількість сіл СЛД. Важливим показником діяльності виявилася частота викликів швидкої допомоги. Ефективність медичної допомоги достовірно підвищується з покращанням основних структурних характеристик СЛД, що доводить значну роль ПМСД в процесі зміцнення здоров'я сільського населення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: первинна медико-санітарна допомога, сільське населення, сільська лікарська дільниця.

Базові статистичні дані щодо стану здоров'я сільських мешканців оперують здебільшого показниками захворюваності та їхніми наслідками. За цих умов відчувається нестача інформації щодо зв'язку між показниками діяльності ПМСД та основними характеристиками сільської лікарської дільниці (СЛД), яка може бути отримана лише на основі поглиблених вибірових спостережень [1]. Саме така інформація є креативним джерелом формування функціоналів оптимізації медичної допомоги.

Метою дослідження було вивчення стану і факторів, які достовірно модифікують ефективність ПМСД сільському населенню.

Матеріали і методи. Дослідження за перхресним дизайном тривало протягом 2007–2010 рр. Для отримання якісно та кількісно репрезентативних висновків утворена багатоступінчаста вибірка. Перший ступінь утворений репрезентативними сільськими районами Вінницької області, обраними за ієрархічною процедурою кластеризації (описано 6 типів районів). Вивчення та узагальнення результатів проводилось на основі даних спеціально розробленої анкети суцільним методом по 27 сільським районам Вінницької області. Використання сільського району як одиниці спостереження першого ступеня багатоступеневої вибірки обумовлено необхідністю вивчення медико-демографічного середовища діяльності сільських медичних закладів першого рівня. Для забезпечення якісної і кількісної репрезентативності вибірки першого ступеня відібрали найбільш репрезентативні райони пропорційно до розмірів кластерів. З цією метою було спроектовано 19 ознак класифікації

на 2 головні компоненти за допомогою аналізу головних компонент. Ці компоненти надали 35,7% інформації від повного набору ознак. Так, перша компонента мала власне значення вектору 3,73305, друга – 3,05739 (рис. 1).

Райони відбирались відповідно до їх найкращого представництва кластерів за відстанню Махаланобіса. Ця відстань вказує віддаленість окремих районів від центру кластера, утвореного середніми значеннями 19 описових ознак. Чим менша відстань, тим репрезентативнішим є район (рис. 1). Усі включені до вибірки райони мали найменші відстані Махаланобіса, які не перевищували критичні значення, задані $\chi^2(19)$ на рівні достовірності 0,05, а саме 30,1, що доводить їх високу репрезентативність. До вибірки першого етапу з першого кластеру увійшов Погребищенський район, з другого Тиврівський, Іллінецький, Козятинський райони, з третього Гайсинський, Немирівський, Теплицький, Тульчинський райони, з четвертого Шаргородський район, з п'ятого Тростянецький, з шостого Калинівський район. Як видно з рис. 1, саме ці райони є високорепрезентативними членами відповідних кластерів. На рисунку показано, як розміщені відібрані райони у проекції на 2 головні компоненти. Останні мають дискримінантну інформативність 19,6% і 16,1%. Включені у вибірку райони чудово відтворюють загальну відмінність між 6 типами районів, яка є достовірною ($p < 0,0001$) за критерієм Лямбда Уїлкса, що склав 0,0000477 при граничному значенні на рівні $p = 0,05$ 0,014020. Характерно, що перший тип займає нижній лівий кут діаграми, у той час як шостий розташований діаметрально протилежно. 11 відібраних у такий спосіб районів вивчались суцільним методом, тобто дослі-

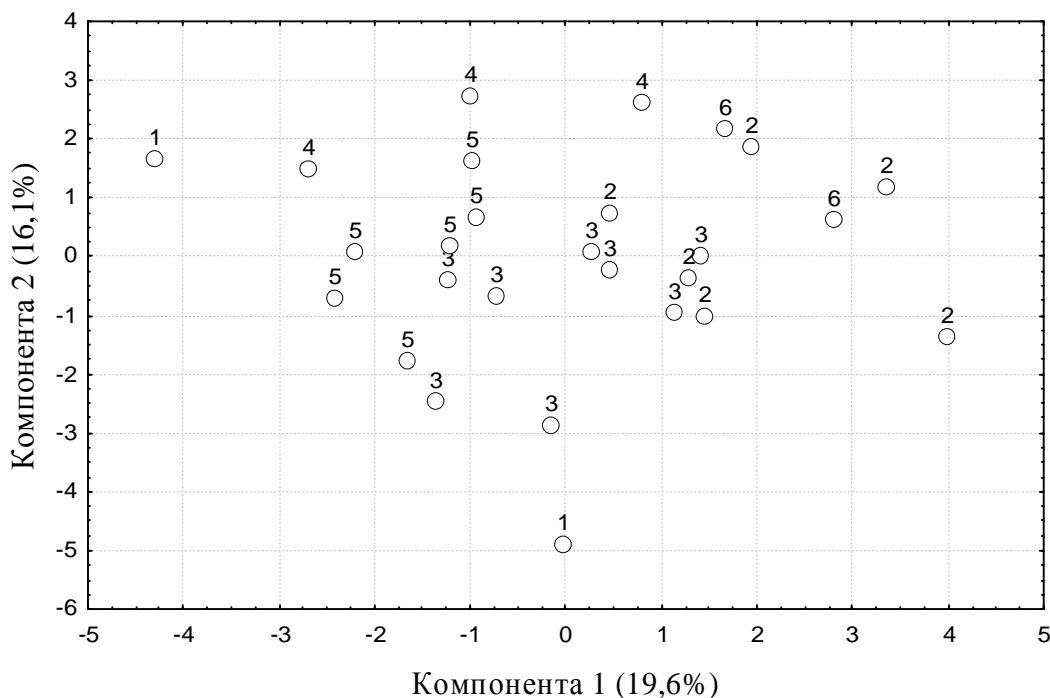


Рис 1. Проекція шести типів районів на головні компоненти (35,7 % інформації)

дження включало всі 89 СЛД даних районів, які й склали другий ступінь вибірки. Третій ступінь утворений випадково відібраними сільськими мешканцями, які обслуговуються обраними СЛД, всього 1741 чел. Проаналізовано 7800 випадків звернень по медичну допомогу, здійснених протягом 2007–2009 рр. Для поглибленого аналізу особливостей генерації медико-демографічних ситуацій на СЛД і, відповідно, уточнення переліку важливих характеристик СЛД використовували алгоритм і програмне забезпечення для створення та аналізу структурної моделі медико-соціальних чинників (Очередько О.М., 2006), за допомогою яких простежено механізм формування різних типів СЛД і визначено генеруючі фактори. В математичну основу алгоритму покладений новий малопараметричний клас розподілень, що узагальнює багатомірні розподілення, котрі виникають в ланцюгах Маркова, так званий клас “розподілень з деревоподібною структурою залежності” (ДСЗ). Розподілення з ДСЗ були введені в статистичну практику С. Чоу та не знайшли ще повного відображення в науковій літературі [2;3]. Тому розроблений алгоритм, що ґрунтується на принципах Крускала і використовує матрицю кореляцій, потребує стисло пояснення. Граф G структури залежностей нормального вектора завжди важчий за будь-яке інше дерево, яке побудоване на тих же вершинах і відмінне від G хоча б одним ребром ненульової ваги. Тому завдання знаходження G при відомій кореляційній матриці $R=||r||$ зводиться до пошуку серед дерев, які можна побудувати на вершинах $V(G)$ з вагою $r(i,j)$, дерева

найбільшої ваги. Розроблений алгоритм побудований на цих засадах і має ітераційний характер. На першому кроці обирається ребро з максимальним $r(i,j)$; на n -му кроці ($1 < n < \text{розмір матриці } R$) – ребро найбільшої ваги серед ребер, що залишилися, яке одночасно не утворює циклу з раніше обраними ребрами. Алгоритм має можливість проаналізувати дерева та “стійкість” утворених структур за допомогою зміни складу змінних, які вивчаються, що апріорі повинні утворювати цілісну структуру, вибору критичної ваги включених в дерево ребер та критичної ваги ребра, що утворює цикл з графом. Ці характеристики входять як параметри програми. Вхідні відомості до аналізу були: матриця кореляцій між 24 медико-демографічними та соціально-економічними характеристиками 89 СЛД, критична вага включення ребра 0,3 і критична вага виключених ребер, що утворюють цикл з графом - 0,8. Такі критичні значення забезпечують отримання розгалуженого дерева з наявністю певних циклів, які легко елімінуються за допомогою зіставлення ребер, обраних послідовними кроками аналізу. Застосовуючи послідовно менші значення критичної ваги ребер, що утворюють цикл з графом (а отже, і автоматичне елімінування циклів), можна переконатися в стійкості зіркоподібних утворень графу як основного об'єкту нашого аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Вивчення факторів, які формують медико-демографічне середовище СЛД на основі дослідження дерева генерацій. Результати роботи програми ДСЗ-аналізу, за допомогою якої вив-

чений процес формування різних медико-демографічних типів СЛД, наведені у вигляді графу ДСЗ медико-демографічних та соціально-економічних характеристик. Побудова графу враховувала правило лімітування розгалуженості – в граф включались тільки ті обрані програмою ребра, хоча б одна вершина яких утворювала 3 і більше розгалуження (рис. 2), де, за потужністю зірок, першу утворюють:

- кількість населення СЛД, яка достовірно ($p < 0,01$) формує такі характеристики (спільно пов'язані), як кількість сіл СЛД ($r = 0,41$, тобто більша кількість населення СЛД передбачає більшу кількість сіл);
- вікова структура населення ($r = -0,32$, тобто із збільшенням розміру сіл вікова структура молодша);
- кількість закладів виробничого призначення ($r = 0,38$, тобто більше за розміром село має більшу кількість закладів виробничого призначення, як сільськогосподарських, так і промислових);
- рівень планової госпіталізації ($r = 0,39$, тобто більша кількість населення сіл несе за собою збільшення кількості госпіталізацій в плановому порядку);
- частота викликів ШД ($r = -0,53$, тобто здатність медичного персоналу ЛПЗ первинного рівня пунктового села з більшою кількістю населення самотужки кваліфіковано надати екстрену медичну допомогу населенню відповідно призводить до зменшення кількості викликів ШД);
- недостатнє забезпечення медперсоналом ($r = -0,31$, тобто СЛД з більшою кількістю населення відповідно має вищі показники щільності проживання людей, таким чином навіть стала кількість штатного персоналу ЛПЗ первинного рівня у співвідношенні із більшою кількістю населення призводить до зменшення показника забезпеченості);
- розвиток соціальної інфраструктури пунктового села ($r = 0,38$, тобто село з більшою кількістю населення відповідно має більш розвинуту соціальну інфраструктуру);
- рівень інвалідності ($r = 0,30$, тобто більша доступність ПМСД на крупніших СЛД призводять до вищої інвалідності).

В свою чергу кількість сіл СЛД формує радіус СЛД ($r = 0,58$, тобто більша кількість сіл відповідно збільшує радіус СЛД), інтенсивність міграції ($r = 0,33$, тобто території з більшою кількістю сіл мають активніші міграційні процеси), щільність проживання населення СЛД ($r = 0,32$, тобто збільшення кількості сіл на території СЛД відповідно призводить до зростання показника щільності проживання населення).

Третя зірка утворена частотою викликів ШД як маркером неадекватності ПМСД. Стрілки на-

правлені до центру, тобто частота викликів ШД формується під впливом характеристик зірки. Саме тому тут зустрічаються характеристики, які були у складі вищенаведених зірок: радіус СЛД ($r = 0,42$, тобто збільшення радіусу СЛД призводить до зростання кількості викликів ШД), недостатнє забезпечення медперсоналом ($r = 0,37$, недостатнє забезпечення як лікарським, так і середнім медперсоналом закономірно призводить до зростання кількості викликів ШД), рівень інвалідності ($r = 0,39$, тобто більша кількість інвалідів на СЛД частіше потребують виклику ШД). Фактори, які є формуючими для зірки, утвореної частотою викликів ШД, є настільки впливовими в даному процесі, що роблять його важко прогнозованим та контрольованим.

Поза деревом генерацій медико-демографічних ситуацій СЛД залишилися ряд достовірних ($r > 0,3$, $n = 89$, $p < 0,01$) зв'язків. Вони не є формуючими, а радше змішувальними залежностями, які проте показують існуючі кореляційні закономірності. Логічне пояснення таких неструктурованих закономірностей утруднене, оскільки це, як правило, одночасні двонаправлені зв'язки, які модифікуються змішувальними ефектами інших характеристик (рис.2).

Внаслідок відсутності структурованості ми лише висловлюємо припущення щодо їх логічної інтерпретації, хоча в ряді випадків пояснення очевидне. Так, виявлений очевидний кореляційний зв'язок між питомою вагою немовлят та питомою вагою дітей до 14 років ($r = 0,52$), інтенсивністю еміграції та імміграції ($r = 0,52$). Зрозуміло, що ознаки таких корелятивних пар формуються одними і тими ж ознаками, що призводить до видимого зв'язку (змішувальний ефект). Виявлено корелятивний зв'язок між питомою вагою немовлят та інтенсивністю міграції ($r = 0,53$). Встановлено достовірні очевидні корелятивні зв'язки між питомою вагою немовлят та інтенсивністю міграції ($r = 0,53$), віддаленістю пунктового села від районного центру і віддаленістю пунктового села від доріг місцевого значення ($r = 0,32$), віддаленістю пунктового села від районного центру і газифікацією ($r = -0,37$), постарінням населення та рівнем інвалідності ($r = 0,38$). Виявлені фактори покладені в основу вивчення залежності ефективності медичної допомоги первинного рівня від основних структурних характеристик сільської лікарської дільниці

Залежність ефективності медичної допомоги первинного рівня від структурних характеристик сільської лікарської дільниці. Типові (що лежать між 10 і 90 центилями) і медіанні значення окремих характеристик медико-організаційної структури і діяльності СЛД обраних районів наведені в таблиці 1.

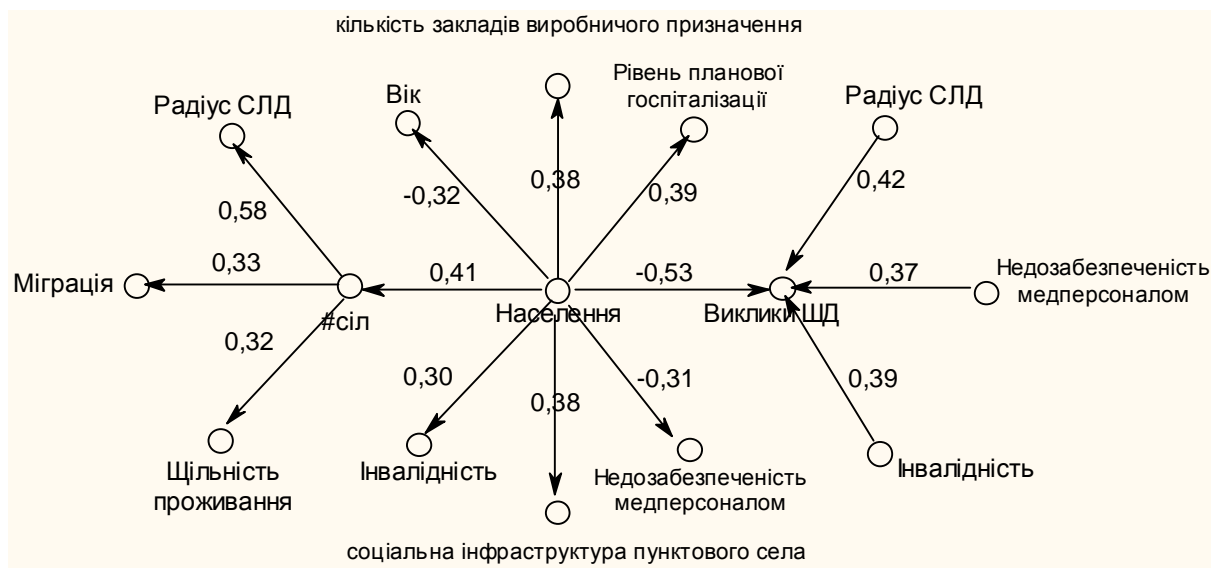


Рис. 2. Дерево генерацій медико-демографічних ситуацій СЛД за результатами аналізу деревоподібних структурних залежностей

Таблиця 1. Основні параметри розподілу обраних СЛД за характеристиками їх медико-демографічної структури*

Характеристика	10 центиль	Медіана	90 центиль
Кількість населення СЛД	1111	2593	4059
Радіус обслуговування на СЛД	5	10	16
Кількість сіл на СЛД	1	4	7
Щільність проживання населення на СЛД	6,9	36,72	70,9
Віддаленість від районного центру	9	18,8	30
Віддаленість від доріг місцевого значення	0	8,05	20
Якість доріг в межах дільниці	1	1,1685	2
Газифікованість пунктового села	0	0,5168	1
Розвиненість соціальної інфраструктури	1	1,3146	2
Кількість закладів виробничого призначення	1	1,72	3
Рівень іміграції**	3,26	25,69	56,64
Рівень еміграції**	2,97	24,31	47,38
Частка дітей до 1 року, %	0,54	0,88	1,22
Частка дітей до 14 років, %	11,85	14,78	17,76
Частка працездатного населення на СЛД, %	37,66	46,63	57,15
Питома вага населення старше 60 років	28	42,47	50,6
Смертність населення на СЛД**	15,8	21,37	27,4
Рівень первинної інвалідності на СЛД**	2,4	4,73	9,41
Рівень госпіталізації на СЛД	4,8	9,72	15
Рівень екстреної госпіталізації на СЛД	1,42	3,65	7,2
Частота викликів ШД на СЛД**	134,8	202,13	284,35
Кількість лікарів на 10 000 населення	0	5,28	9,48
Кількість середнього медичного персоналу на 10 000 населення	13,63	24,51	40,38
Дефіцит середнього медичного персоналу на 10 000 населення	0	0,29	1

Примітки: * – показник усереднено за три роки (2007–2009 рр.); ** – розраховано на 1000 населення.

Медіанна кількість населення СЛД становила 2593 з межами типових значень від 1111 до 4059 чол., тобто основу складають невеликі за розміром СЛД. Медіанний радіус обслуговування на СЛД був 10,0 км з межами типових значень від 5 до 16 км, що часто перевищує реко-

мендовані параметри 7–8 км внаслідок низької щільності розселення. Медіана розподілу щільності проживання населення на СЛД становила 36,72 з межами типових значень від 6,90 чол/км² до 70,90 чол/км². Медіанне значення кількості сіл на СЛД було 4 з межами типових

значень від 1 до 7. Медіанне значення віддаленості від районного центру 18,8 км з межами типових значень від 9 км до 30 км. Медіанне значення віддаленості від доріг немісцевого значення 8,05 км з межами типових значень від 0 (по дорозі) до 20 км. Медіана розподілу кількості закладів виробничого призначення становить 1,72 з межами типових значень від 1 до 3. Медіана розподілу СЛД за рівнем імміграції становить 25,69 ‰ з межами типових значень від 3,26 ‰ до 56,64 ‰. Медіана розподілу СЛД за рівнем еміграції становить 24,31 ‰ з межами типових значень від 2,97 ‰ до 47,38 ‰, тобто міграційні потоки досить активні, хоча й збалансовані. Як правило, еміграція пов'язана з пошуком кращої зайнятості з наступним поверненням мігрантів. Медіана розподілу СЛД за рівнем смертності становить 21,37 ‰ з межами типових значень від 15,80 ‰ до 27,40 ‰. Медіана розподілу СЛД за рівнем первинної інвалідності

становить 4,73 ‰ з межами типових значень від 2,40 ‰ до 9,41 ‰. Медіана розподілу СЛД за рівнем госпіталізованої захворюваності становить 9,72 ‰ з межами типових значень від 4,80 ‰ до 15,00 ‰. Медіана розподілу СЛД за рівнем екстреної госпіталізації становить 3,65 ‰ з межами типових значень від 1,42 ‰ до 7,20 ‰. Частота викликів ШД на СЛД має медіанне значення 202 ‰ з межами типових значень від 135 ‰ до 284 ‰, що є високими показниками.

Вивчення зв'язків основних параметрів СЛД та показників діяльності СЛД (табл. 2) показує, що кількість населення СЛД достовірно прямо корелює з радіусом дільниці ($r=0,353$; $p=0,0007$), кількістю сіл дільниці ($r=0,409$; $p<0,0001$), забезпеченістю лікарями СЛД ($r=0,697$; $p<0,0001$), середнім медичним персоналом СЛД ($r=0,421$; $p<0,0001$), частотою викликів швидкої допомоги ($r=0,940$; $p<0,0001$).

Таблиця 2. Матриця достовірних зв'язків основних параметрів СЛД та показників діяльності СЛД*

Р р	Радіус	Н сіл	Щільність	Н лікарів	% похилого віку	Смертність	Екстрена госпіталізація	ШД
Населення	0,353 0,0007	0,409 <,0001		0,697 <,0001				0,940 <,0001
Н сіл	0,580 <,0001							
Щільність проживання	-0,198 0,0628	-0,323 0,0020						
Н лікарів		0,247 0,0197						
Смертність					0,402 <,0001			
Екстрена госпіталізація	0,252 0,0168	0,204 0,0547	-0,211 0,0419	-0,235 0,0263	0,269 0,008	0,382 <,0001		
ШД	0,330 0,0016	0,404 <,0001		-0,654 <,0001	0,443 <,0001			
Н сер. перс.	0,236 0,0261	0,282 0,0075		0,717 <,0001				-0,743 <,0001

Примітка: * недостовірні зв'язки не вказані.

Виявлені зв'язки логічно вписуються в концепцію розбудови СЛД, яка опирається на кількість населення. Радіус обслуговування СЛД, крім прямого зв'язку з кількістю населення СЛД, достовірно прямо корелює з кількістю сіл дільниці ($r=0,580$; $p<0,0001$) та обернено з щільністю проживання ($r=-0,198$; $p=0,0628$). Більший радіус СЛД достовірно обумовлює вищі рівні екстреної госпіталізації ($r=0,252$; $p=0,0168$) та вищу частоту викликів швидкої допомоги ($r=0,330$; $p=0,0016$). Забезпеченість лікарями СЛД пов'язана з більшою кількістю населення ($r=0,697$; $p<0,0001$) та більшою кількістю сіл СЛД ($r=0,247$; $p=0,0197$). Краща забезпеченість середнім медичним персоналом СЛД пов'язана з

більшою кількістю сіл ($r=0,282$; $p=0,0075$), більшим радіусом СЛД ($r=0,236$; $p=0,0261$) та кращою забезпеченістю лікарями СЛД ($r=0,717$; $p<0,0001$). Рівень смертності населення СЛД достовірно прямо обумовлюється лише часткою осіб похилого віку ($r=0,402$; $p<0,0001$) та рівнем екстреної госпіталізації ($r=0,382$; $p<0,0001$). Рівень екстреної госпіталізації достовірно зменшується при зменшенні радіусу СЛД ($r=0,252$; $p=0,0168$), кількості сіл ($r=0,204$; $p=0,0547$), частки осіб похилого віку ($r=0,269$; $p=0,008$), зменшенні щільності розселення ($r=-0,211$; $p=0,0419$) та зменшенні рівня забезпеченості лікарями ($r=-0,235$; $p=0,0263$). Частота викликів ШД достовірно зменшується при зменшенні радіусу

СЛД ($r=0,330$; $p=0,0016$), кількості сіл ($r=0,404$; $p<0,0001$), частки осіб похилого віку ($r=0,443$; $p<0,0001$), збільшенні рівня забезпеченості лікарями ($r=-0,654$; $p<0,0001$), та середнім медичним персоналом дільниці ($r=-0,743$; $p<0,0001$).

Таким чином, ефективність медичної допомоги достовірно зростає за покращення основних структурних характеристик СЛД, що доводить значну роль ПМСД в процесі збереження здоров'я сільського населення навіть за далеких від бажаних умов. Крім того, логічна інтерпретація зв'язків доводить валідність та репрезентативність вибіркового матеріалу з можливістю побудови модельних конструкцій та генералізації висновків на більшій масиві сільської популяції.

Висновки

1. Встановлено, що існує значна варіація медико-демографічної ситуації на селі. Основни-

ми факторами, якими зумовлюється тип медико-демографічного середовища СЛД, є кількість населення та кількість сіл СЛД. Важливим показником діяльності є кількість викликів ШД.

2. Ефективність медичної допомоги достовірно зростає за покращення основних структурних характеристик СЛД, що доводить значну роль ПМСД в процесі збереження здоров'я сільського населення, навіть за наявності несприятливих умов.

3. Логічна інтерпретація зв'язків доводить валідність та репрезентативність вибіркового матеріалу з можливістю побудови модельних конструкцій та генералізації висновків на більшій масиві сільської популяції.

4. Удосконалення ПМСД має суттєвий резерв щодо покращення ефективності медичної допомоги сільському населенню України.

Список літератури

1. *Очередыко О. М.* Медико-соціальні основи збереження здоров'я сільських мешканців (наукова розробка соціометричних моделей для основних типів сільських населених пунктів): дис. д-ра мед. наук / О. М. Очередыко. – К., 2002. – 328 с.
2. *Очередыко О. М.* Використання алгоритмів аналізу розподілень з деревоподібною структурою залежності для пошуку чинників, які формують здоров'я / О. М. Очередыко, О. Г. Процек // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. [“Інформаційні технології в охороні здоров'я та практичній медицині”], (Київ, 12–14 черв., 2001 р.). – К., 2001. – С. 135–138.
3. *Уилсон Р.* Введение в теорию графов : пер. с англ. / Р. Уилсон. – М. : Мир, 1987. – 207 с.

АНАЛИЗ ЗАВИСИМОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПЕРВИЧНОГО УРОВНЯ ОТ ОСНОВНЫХ СТРУКТУРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕЛЬСКОГО ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА

Л. А. Диденко (Винница)

Изучены состояние и факторы, достоверно модифицирующие эффективность медицинской помощи первичного уровня сельскому населению Винницкой области на протяжении 2007–2010 гг., на основе многоступенчатой выборки, которая адекватно отображала разнообразие медико-демографических ситуаций. Показано, что основными факторами, обуславливающими тип медико-демографической среды сельского врачебного участка (СВУ), являются количество населения и количество сел СВУ. Важным показателем деятельности оказалась частота вызовов скорой помощи. Эффективность медицинской помощи достоверно растет с улучшением основных структурных характеристик СВУ, что доказывает значительную роль ПМСД в процессе укрепления здоровья сельского населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: первичная медико-санитарная помощь, сельское население, сельский врачебный участок.

ANALYSIS DEPENDENCE OF MEDICAL CARE EFFICIENCY OF THE PRIMARY LEVEL FROM THE BASIC STRUCTURAL CHARACTERISTICS OF THE RURAL MEDICAL AREA

L. A. Didenko (Vinnitsa)

Determinants significantly modifying effectiveness of primary health care to Vinnitsa rural population have being studied in 2007–2010 by multi-staged sample, rendering variety of medical and demography situations. It was found that population size and number of villages are most influential factors shaping medical and demography environment. Frequency of emergency calls appeared to be sensitive indicator of efficiency of primary health care to Vinnitsa rural population. Effectiveness of primary health care significantly improves with improvements to characteristics of primary health care, demonstrating its importance to strengthening health of rural communities.

KEY WORDS: the primary medical and sanitary help, agricultural population, a rural medical area.

Рецензент: д.держ.упр., доц. Н. П. Кризина

В. С. КИЛІВНИК, П. В. ЦВЕНЬ, І. В. КУЗЬМІН (Немирів, Вінниця)

ІНФОРМАЦІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ КІБЕРНЕТИЧНИХ СИСТЕМ В МЕДИЦИНІ

ДП "Клінічний санаторій "Авангард" ЗАТ „Укрпрофоздоровниця”,
Вінницький НТУ

Вивчені і узагальнені результати досліджень структури і властивостей кібернетичних систем, визначені шляхи їх розвитку в медицині.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: кібернетичні системи, інформаціологічний підхід.

Як наука про всі інформаційні явища, мікро- та макродинамічні процеси у Всесвіті інформаціологія базується на фундаменті інформатики і виникла в Росії в 1989 р. [9]. Інформаціологія вивчає інформаційні основи виникнення та розвитку природи і суспільства. Як природні, так і штучні інформаційні системи (ІС), відповідно і кібернетичні системи (КС), включають в себе інформаційні ресурси (ІР) та інформаційні процеси (ІП) всіх вищеназваних ІС [5-7]. Н.Вінер визначив кібернетику як науку про управління в тварині і машині. Академік А.І.Берг, зусиллями якого при АН СРСР було створено наукову раду по проблемі «Кібернетика» (1959 р.), характеризував кібернетику як науку про оптимальне, цілеспрямоване управління складними динамічними системами [1].

Якщо теоретична кібернетика вивчає проблеми математичного опису процесів управління, а технічна кібернетика розробляє керувані ІС, то прикладна кібернетика з'ясовує можливості її застосування в життєдіяльності людини.

Розділ кібернетики, який вивчає процеси управління та переробки інформації в живих організмах та колективах людей стосовно до задач лікування та профілактики захворювань, дістав назву медичної кібернетики (МК). Якщо ІР медичної кібернетики – суть ІР природних та штучних ІС, то ІП мають специфічні відмінності та поділяються на: медико-біологічні, клінічні, реабілітаційні та профілактичні.

МК почала формуватись як науковий напрямок в 50-х роках. Спочатку це стосувалось вирішення окремих задач (обробка кардіограм тощо). В наступному періоді, починаючи з 60-х років, вирішувались питання моделювання та управління організмом людини, системою охорони здоров'я, розробки медичних інформаційних систем. В той період були сформовані наступні наукові напрямки МК: фізіологічна кібернетика (вивчення та моделювання органів

та систем людини); клінічний напрямок МК (терапія, хірургія, неврологія, психіатрія тощо); МК в профілактичній медицині та управлінні охороною здоров'я. Стрімкий розвиток МК в наступні роки стримувався із-за відсутності достатньо потужної обчислювальної техніки, придатної для її використання в медичній галузі, а також відповідних спеціалістів.

Мета дослідження: визначити властивості кібернетичних систем та шляхи оптимізації їх використання в медицині.

Матеріали і методи. Вивчено і узагальнено досвід використання кібернетичних систем в клінічній медицині та охороні здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення. Теорія інформації – розділ кібернетики, що займається математичним описом і оцінкою методів передачі, зберігання, вилучення і класифікації інформації. Теорія інформації являє собою єдину наукову дисципліну, основу якої складають математичні моделі сигналів, кількісна оцінка інформації, теорія оцінки ефективності і завадостійкості інформаційних систем.

Без застосування теорії інформації стає практично неможливим створення надскладних систем управління космічними кораблями і ракетами, систем зв'язку і телебачення з використанням штучних супутників Землі, складних обчислювальних і керуючих систем тощо.

Метод теорії інформації є сукупністю прийомів дослідження інформаційних систем (наприклад, методи оцінки інформаційної спроможності джерела інформації, пропускну здатності систем передачі інформації, інформаційної ємності пристроїв, ємності запам'ятовуючих пристроїв).

Зовнішній світ, що оточує людину, впливає на неї через органи чуття з підсилювачами або без підсилювачів відчуття. Органи чуття дають людині інформацію про оточуючу дійсність. Інформація перетворюється нервовою системою і мозком, на допомогу якому може підключатися ЕОМ або найпростіші вимірювальні пристрої, а потім, після відповідного відбору, переробки і

накопичення використовується людиною для відповідних впливів у відповідь [8].

Теорія автоматичного регулювання (управління) займається розробкою проблем, пов'язаних із забезпеченням автоматичного регулювання в апаратах, пристроях, комплексах та системах [2].

Управління в кібернетичній системі являє собою процес здійснення зв'язків, як прямого, так і зворотного, між керуючою і керованою частками системи (рис.1).

Теорія автоматичного управління розглядає прості (одноконтурні) та складні (багатоконтурні)

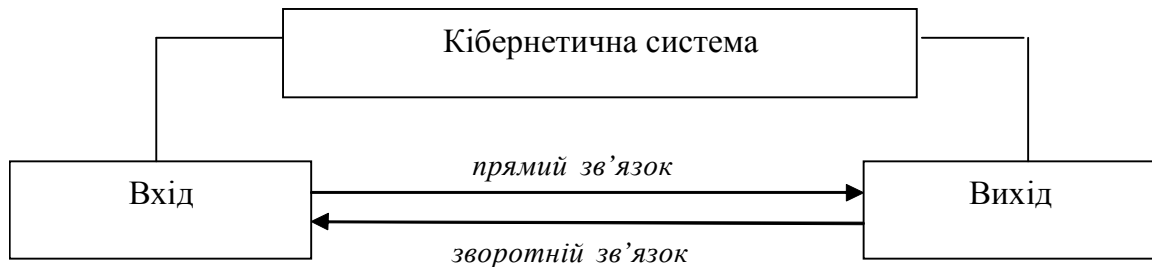


Рис. 1. Блок-схема управління в кібернетичній системі

системи. В свою чергу, як прості, так і складні системи можуть бути детермінованими, працюючими за жорсткою програмою та вірогідними, навчаючими себе системами.

Системи з автоматичним управлінням можуть працювати в трьох режимах: 1) компенсаційному, коли кібернетична система безперервно виключає (нівелює) неузгодженість між заданим програмою станом і тим станом, в який система введена тією чи іншою дією (наприклад, термостат, в якому автоматично підтримується певна температура); 2) відслідковування, коли відбувається автоматичне управління за певною, попередньо заданою, програмою (наприклад, верстати з програмним управлінням); 3) саморегулювання відбувається в складних кібернетичних системах, як правило біологічних, починаючи від клітини і завершуючи складними організмами.

Робота систем із зворотнім зв'язком піддається точному опису і розрахунку. Теорія автоматичного регулювання займається математичним формулюванням цих описів.

У зв'язку з тим, що принципи управління для технічних та біологічних систем єдині, теорія автоматичного управління з успіхом може бути використана і в біологічних кібернетичних системах [2].

Курс «Основи медичної кібернетики» викладався в деяких медичних вузах вже з 1969 р. Перший випуск лікарів-кібернетиків відбувся в

1979 р. (Москва). Завдячуючи розвитку електронно-обчислювальної техніки у 80-х роках з'являються автоматизовані центри діагностики, системи обліку та обробки медичних даних, автоматизовані робочі місця (АРМи). Цьому передували розробки вчених Лебедева С. А., Берга А. І., Ларіна В. В., Амосова М. М. Ще в 1964 р. була створена перша в СРСР автоматична діагностична система вроджених вад серця, а в 1969 р. – для діагностики уражень клапанів серця. В 1970 р. в НДІ соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ім. М. А. Семашко створена перша автоматизована система управління. В 1973 р. впроваджена система «Симфонія» для контролю за станом хворого під час оперативних втручань, а в 1974 р. – система забезпечення прийняття лікарських рішень [3].

На початку розвитку МК користувались методом «чорної скриньки» – опис систем у вигляді перетворення вхідних сигналів у вихідні із схованою внутрішньою структурою, який виявився незадовільним для опису динамічних систем. «Скринька» була замінена «простором станів» (рис. 2).

Таким чином, медична КС характеризується входом, станом та виходом. Збереження сталого стану такої системи при збуренні називається гомеостазом. Це стосується більше фізіологічних систем, зважаючи на необхідність



Рис. 2. Блок-схема управління в медичній КС

підтримання гомеостазу під час збурення. Метою керуючих впливів можуть бути будь-які задані програми, збереження структури, підтримання гомеостазу тощо. Управління, що здійснюється за участі людини та використання технічних засобів, називається автоматизованим, а теж саме, але без участі людини, – автоматичним.

Метою моделювання можуть бути формулювання та обґрунтування гіпотез про властивості біологічних об'єктів, оцінка та прогноз впливу на них різноманітних лікувальних факторів; відпрацювання моделей медичного призначення тощо.

Зворотній зв'язок в КС може бути позитивним, коли зворотній сигнал збільшує ефект входу, що сприяє втраті стійкості до збурення системи, або негативним, який підвищує їх стійкість та забезпечує підтримку гомеостазу.

До споріднених дисциплін відносять інженерну психологію, біоніку, інженерну фізіологію тощо. В роботі [4] розкрита сутність поняття «інформаційна парадигма» шляхом комплексного аналізу зв'язків з інформаційними, когнітивними, кібернетичними та інформаціологічними підходами.

Кафедра медичної кібернетики та інформатики Російського державного медичного університету ім. М. І. Пирогова та ряд інших медичних вузів Росії готують спеціалістів за спеціальністю «лікар-кібернетик». В Національному технічному університеті України створено міжуніверситетський медико-інженерний факультет, де функціонує кафедра медичної кібернетики та телемедицини. В 2011 році виповнюється 50 років заснування медичної інформатики в Україні, 25 років створення кафедри медичної інформатики НМАПО ім. П. Л. Шупика, 15 років створення кафедри клінічної інформатики та

інформаційних технологій охорони здоров'я ХМАПО. Цим подіям присвячена конференція з міжнародною участю, яка відбудеться в м. Києві в квітні цього року. Вона дасть можливість обговорити сучасні аспекти інформатизації системи здоров'я охорони, роль інформаційних технологій в безперервному професійному розвитку лікарів та провізорів; питання дистанційної освіти, телемедицини; використання сучасних інформаційних технологій в розвитку ринку медичної техніки, лікувальних засобів та медичних послуг; питання розвитку нанотехнологій в медицині.

Висновки

1. Медичні КС є невід'ємною частиною єдиного інформаційного простору (природних та штучних ІС) та основою функціонування автоматизованих та автоматичних систем управління в медицині.

2. Інтелектуалізація КС потребує інформаційно-інтелектуального забезпечення та створення стільникової інфраструктури обробки інформації (телемедицина тощо), що надзвичайно важливо для прийняття максимально ефективних клінічних рішень.

3. Інформаціологічний підхід при дослідженні інтелектуальних, нейрокомп'ютерних та трансп'ютерних систем і сіток дозволить оптимізувати функціонування КС в медицині.

4. Подальший розвиток КС в медицині неодмінно залежить від стану еволюції ЕОМ, програмного забезпечення, якості підготовки та удосконалення спеціалістів в галузі медичної інформаціології.

Перспективи подальших досліджень полягають в подальшому вивченні інформаціологічного підходу при дослідженні інтелектуальних систем і сіток, що дозволить оптимізувати їх функціонування в медицині.

Список літератури

1. Берг А. И. Кибернетика – наука об оптимальном управлении / А. И. Берг. – М. – Л.: «Энергия», 1964.
2. Водозазский Л. А. Кибернетика в медицине / Л. А. Водозазский. – М.: «Медицина», 1969. – 80 с.
3. Гаспарян С. А., Пашкина Е. С. Страницы истории информатизации России / С. А. Гаспарян, Е. С. Пашкина. – М. – 2002.
4. Геращенко Т.Г. Філософсько-методологічний аналіз сучасної парадигми інформації : дис.канд.філософ.наук: 09.00.09/ Т. Г. Геращенко. – К., 2003. – 167 с.
5. Килівник В. С. Інформаціологічні моделі штучних інформаціологічних систем та основні чинники їх впливу на організм людини / В. С. Килівник, П. В. Цвень, І. В. Кузьмін // Віс. соц. гігієни та орган. охорони здоров'я України. – 2010. – № 3. – С. 42–46.
6. Килівник В. С. Інформаціологічні моделі функціональних систем організму та їх роль в прийнятті клінічних рішень / В. С. Килівник, О. О. Галаченко, І. В. Кузьмін // Віс. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 4. – С. 8690.
7. Кузьмін І. В. Основи медичної інформаціології / І. В. Кузьмін, В. С. Килівник // Віс. соц. гігієни та орган. охорони здоров'я України. – 2008. – № 2. – С. 59–65.
8. Кузьмін І. В., Троцишин І. В., Кузьмін А. І. Основи теорії інформації та кодування / І. В. Кузьмін, І. В. Троцишин, А. І. Кузьмін. [та ін.] – Хмельницький: ХНУ, 2009. – 373 с.
9. Юзвизин И. И. Основы информациологии / И. И. Юзвизин // Информациология. – М.: Высшая школа, 2000. – 517 с.

ИНФОРМАЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ КИБЕРНЕТИЧЕСКИХ СИСТЕМ В МЕДИЦИНЕ

В. С. Киливник, П. В. Цвень, И. В. Кузьмин (Немиров, Винница)

Изучены и обобщены результаты исследований структуры и свойств кибернетических систем, определены пути их развития в медицине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: кибернетические системы, информациологический подход.

INFORMATIOLOGICAL ASPECTS OF FUNCTIONING AND DEVELOPING OF CYBERNETIC SYSTEMS IN MEDICINE

V. S. Kylyvnyk, P. V. Tsvet, I. V. Kuzmin (Nemirov, Vinnitca)

Research results of structures and characteristics of cybernetic systems have been studied and generalized the ways of their development in medicine have been determined.

KEYWORDS: cybernetic systems, informational approach.

Рецензент: д. мед.н., проф. О. М. Голяченко

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

УДК 614.07.(091)(478)

Я. В. ГАНІТКЕВИЧ (Львів)

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ ЯК НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ ШКОЛАХ УКРАЇНИ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

В статті аналізується процес формування історії медицини як предмету викладання у вищій медичній школі. Вказано на досягнення і недоліки в цій справі, особливо на тлі аналогічних процесів, що відбуваються в європейських країнах.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: історія медицини, предмет викладання.

Раніше ми проаналізували процес становлення на українських землях та в незалежній Україні української історії медицини як науки. В даній статті розглядається розвиток історії медицини як навчальної дисципліни. Початки її ще мало досліджено.

Найстаріша українська школа – Острозька академія, заснована в Острозі на Волині князем Костянтином Острозьким (1578, існувала до 1624 р.), мала шпиталь і медичний клас, в якому вивчали медицину. Оскільки там глибоко вивчали грецьку і латинську мову і літературу, то

можна припускати, що слухачі знайомилися із стародавніми текстами з історії медицини.

Перші згадки про історію медицини як навчальну дисципліну на Наддніпрянщині знаходимо у медичному класі Києво-Могилянської академії (відкритий 1802 року), де започаткував викладання історії медицини в українській вищій школі Петро Пелехін (1790-1871, уродженець Черкащини). Поруч з іншими предметами він викладав студентам Академії «Історію і літературу медицини та висловлювання древніх медичних авторів». Цей період чекає ще на своїх дослідників.

Перші відомості про викладання медикам історичних дисциплін на західних землях зна-

ходимо в кінці XVI ст. в Замойській академії, заснованій Яном Замойським (1593, існувала до 1784 року) в колишньому Замостю біля Львова на зразок Падуанського університету, найстаршій вищій школі на теренах України. У медичному класі цієї академії на кафедрі «філософії натуральної» на четвертому році викладали «натуральну історію».

У найстарішому на українських землях Львівському університеті за влади Австро-Угорщини біля 1795 року на медичному факультеті викладали лише «натуральну історію», яку читав професор Бальтазар Гакке. У 1908 році доцентом історії медицини був габілітований Владислав Шумовський (1875-1954). Під час Першої світової війни він виїхав до Києва, а пізніше перебрався до Кракова.

За польської влади у 1926 році запланованого відкриття кафедри історії та філософії медицини у Львівському університеті не відбулося із-за відсутності професора. Тільки у 1929-1930 навчальному році запроваджено курс історії медицини як обов'язковий предмет, його почав викладати терапевт Вітольд Зембіцький (Witold Ziembicki). У 1935 році урочисто відкрито в старому будинку університету (нині вул. Грушевського, 4) заклад історії медицини безпосередньо зв'язаний переходом з університетською бібліотекою.

Першим професором історії медицини став Вітольд Зембіцький (1874-1950, уродженець Львова, польського походження). Після закінчення медичного факультету у Львові він працював у клініці внутрішніх хвороб, протягом року перебував у закордонних клініках Цюриху, Страсбургу і Парижу. Він відзначався високою ерудицією, заснував часопис «Боротьба за здоров'я» (1917), був редактором «Польської лікарської газети», опублікував багато праць з історії медицини, видав низку бібліографічних та біографічних праць, співавтор «Польського біографічного словника», автор понад 500 публікацій. Його власна бібліотека нараховувала біля 15 000 назв. Таким був перший і єдиний досі професор історії медицини у Львівському університеті та на українських землях взагалі. Ця кафедра перестала існувати у 1944 р., коли В.Зембіцький виїхав до Вроцлавського університету, де заснував і очолив кафедру історії та філософії медицини.

На теренах підросійської України викладання історії медицини, започатковане в КМА, знайшло свій розвиток з відкриттям університетів – Харківського, Київського та Одеського. У Києві з відкриттям в Університеті св. Володимира медичного факультету (яке царська влада довгий час затримувала) почато викладання історії медицини в курсі “Енциклопедія і методологія ме-

дицини”. Першу лекцію прочитав 12 вересня 1841 р. професор В.О. Караваєв (1811-1892) — відомий київський хірург, організатор медичного факультету і хірургічної клініки та його перший декан.

У 1842 році для університетів Росії новим статутом запроваджено предмет “Історія і література медицини”, який читали переважно професори іноземного походження. В університеті св. Володимира пізніше курс історії медицини читали професор Микола Козлов (1814-1889), організатор і перший завідувач кафедри анатомії; Олександр Вальтер (1817-1889, уродженець Естонії), доктор медицини, професор-анатом, завідувач кафедри анатомії, він же був ініціатором будівництва Анатомічного театру, в якому сьогодні розташований Національний музей медицини України, на свої кошти видавав щотижневик «Современная медицина». Історію медицини викладав також Христіан Гюббенет (1822-1873) – професор теоретичної хірургії та шпитальної клініки; Карл-Георгій Гейбель (1839-?) – професор фармакології; та ін. Курс історії медицини викладав також Фрідріх Мерінг (1822-1887), німець за походженням, доктор медицини, професор, завідувач кафедри спеціальної патології й терапії Університету св. Володимира, пізніше опубліковано його лекції з історії медицини окремою книгою (1860).

Слід відзначити, що всі названі професори університету св. Володимира були випускниками Дерптського або Лейпцізького університетів, де на цей час було добре поставлено викладання історії медицини; чотири з них були іноземного походження.

З розпадом Російської імперії в Україні почався бурхливий розвиток української медицини, що тривав в УНР та протягом десятиріччя українського відродження. Новітню українську медицину та її історію розвивали О. В. Корчак-Чепурківський, О. М. Пучківський, П. Кучеренко, Б. Кучеренко, М. Галин, О. Черняхівський, І. Базилевич, М. Левітський, О. Тижненко та ін. О. В. Корчак-Чепурківський (1857-1947) в обширній аналітичній статті “Основні етапи будівництва та розвитку вищої медичної школи у Києві за перше десятиліття Радянської влади на Україні” писав про розвиток української національної вищої школи та реалізацію національної ідеї, роль національних принципів, про русифікаторську політику центру і владних структур. Проте викладання історії медицини в цей час ще не було налагоджено.

Після подій 1917 р. і ліквідації комуністичним режимом університетів курсу історії медицини в медичних інститутах СРСР не викладали. Тільки в 1935 р. в 1 Московському медичному інституті створено першу радянську кафедру історії ме-

дицини. У 1936 р. за ініціативи професора цього інституту І. Д. Страшуна почалося викладання історії медицини в СРСР.

У 1940 р. кафедру історії медицини Центрального інституту вдосконалення лікарів у Москві очолив проф. П. Ю. Заблудовський (родом з Поділля, з єврейської родини). В 40-х роках ХХ ст. в Інституті організації охорони здоров'я і історії медицини ім. М. А. Семашка в Москві відкрито відділ історії медицини, який мав стати союзним науково-методичним центром. Тільки у 1944 році курс історії медицини введено як обов'язковий предмет викладання в медичних вузах СРСР. Московський професор Ф. Р. Бородулін (1950-1956) розробив програму з історії медицини.

У 1948 році кафедру історії медицини заснував у 2 Московському медичному інституті професор М. П. Мультановський, який згодом підготував перший радянський підручник «История медицины», видано його тільки у 1961 році (перевидано у 1967). За редакцією професора 1-го Московського медичного інституту Б. Д. Петрова видано (1954) першу в СРСР книжку «Материалы к курсу истории медицины», пізніше – «Очерки истории отечественной медицины» (1962), «История медицины СССР» (1964). За редакцією П. Ю. Заблудовського вийшла книга «Хрестоматия по истории медицины» (М., 1968). У медичних інститутах СРСР, окрім двох столичних, не було кафедр історії медицини; протягом усього часу існування держави не було ні одного окремого інституту для дослідження історії медицини, не було спеціального періодичного видання.

Аналогічна ситуація спостерігалася в медичних інститутах УРСР, в яких у 40-х роках викладали тільки окремі питання історії охорони здоров'я. Відсутня історія медицини у списку кафедр і курсів Київського медичного інституту (1991.), хоч за іншими даними в ньому в 1948 р. було створено самостійну кафедру історії медицини. Її очолював доцент Бенюмов Рувим Янович, підполковник медичної служби, який до цього був начальником кафедри санітарної оборони. Кафедра проіснувала 11 років, у 1959 р. її ліквідували, а курс історії медицини передали кафедрі ООЗ. Протягом 1965-1988 рр. цей курс читав доцент І.М. Макаренко, пізніше — доцент М.А. Дяченко.

У Львівському медичному інституті після від'їзду проф. В.Зембіцького курс історії медицини формально існував ще три роки (1946-1948), очолюваний Ізраїлем Шапіро (1909-2001), тоді без вченого ступеня, колишній політкомісар, закінчив Харківський інститут червоної професури (1935) ((!!)) та Донецький медичний інститут (1941), згодом професор, завідувач кафедри організації охорони здоров'я, автор низки силь-

но заідеологізованих праць з історії медичної науки і освіти Західної України (И. Я. Шапиро. Из истории медицинского образования в западных областях Украины и на Буковине, Львов, 1957; Очерки по истории Львовского медицинского института, Львов, 1959 та ін.).

Перший підручник з історії медицини українською мовою вийшов лише за 18 років. Його підготував у 1964 році Сергій Авраамович Верхратський (1894-1988), видатний український історик медицини радянської доби. Він народився на Вінничині в сім'ї священика, навчався у Варшавському та Одеському університетах, був учасником Визвольних змагань. Працював як хірург, професор і завідувач кафедри шпитальної хірургії Івано-Франківського медичного інституту (1946-1971). Людина енциклопедичної ерудиції, автор багатьох наукових праць з різних питань хірургії, дослідник народної медицини; написав ряд праць (деякі з них досі неопубліковані) з історії української медицини, за що його звинувачували в "ярному націоналізмі". Написаний ним підручник значно скоротила цензура, він був перевиданий у 1974, 1983. Після смерті С. А. Верхратського П. Ю. Заблудовський доповнив і перевидав підручник (Київ, 1991, 4-те видання).

Курс історії медицини радянського періоду ґрунтувався на марксистській теорії ворожнечі суспільних груп, був значно заідеологізований, в ньому проповідували вульгарний атеїзм (як і в спеціальному курсі атеїзму), повністю замовчували роль церкви і монастирів у формуванні закладів опікування та охорони здоров'я, не згадували про роль меценатів. В радянській історії медицини не було українських лікарів і українських вчених, якщо згадували поодинокі осіб з України, то характеризували їх як російських або "вітчизняних" лікарів і учених.

Українські медичні університети, академії та інститути після розпаду СРСР отримали в спадщину дуже відсталий в порівнянні з європейським, запущений і деформований стан викладання історії медицини, як взагалі історичної науки.

В незалежній Україні настав новий період розвитку української історичної науки взагалі, та історії медицини зокрема. Відроджено і розвинуто поняття української медицини, повернено в нашу історію перші українські наукові медичні школи, імена заборонених та репресованих тоталітарним режимом лікарів та вчених-медиків, повернуто доробок української лікарської діаспори.

На жаль, викладання історії медицини у вищих медичних школах нашої держави не тільки не налагодилось за європейським взірцем, але навіть погіршилося. Україна єдина з великих держав, в якій немає ні одної кафедри історії медицини, ні інституту історії медицини.

Курс історії медицини зник із переліку кафедр і курсів, його, як правило, читають надалі викладачі кафедри організації охорони здоров'я або інших дисциплін, яких просто довантажують годинами. Такі викладачі не мають де підвищувати свою кваліфікацію (здобувати післядипломну освіту), бо ні в столичному Національному медичному університеті ім. О. О. Богомольця, ні в Національній академії медичної післядипломної освіти немає такої профільної кафедри. Вони, як правило, не ведуть наукової роботи з історії медицини, часто сприймають цю дисципліну як тимчасове другорядне навантаження.

У 1993 році МОЗ затвердило «Програму з історії медицини для студентів медичних інститутів (університетів)», яку підготувала доцент кафедри соціальної (на титульній сторінці помилково надруковано «спеціальної», це не єдина помилка) медицини, організації та економіки охорони здоров'я з курсом історії медицини Українського державного медичного університету ім. акад. О. О. Богомольця М. О. Дяченко. В програмі, викладеній на 25 сторінках, у 5 розділах викладені основні питання курсу, подано «Приблизний тематичний план лекцій» в обсязі 20 годин. Остання, десята, лекція передбачає історію розвитку медицини свого регіону. Програма досить повно відображала основні проблеми історії світової медицини, її доповнено короткими даними з історії України, про нездійснені проекти заснування медичних факультетів в Україні в XVIII ст., про внесок медиків-українців у розвиток вітчизняної і світової медицини, введено розділ «Медицина на Західноукраїнських землях», підрозділ «Медицина суверенної України».

Проте в основному в програмі збережено радянську періодизацію та спосіб викладення матеріалу, зокрема в темах «Медицина Київської Русі», реформи Петра I, «Роль терапевтів в Російській імперії», «Медицина та охорона здоров'я в Україні в післяжовтневий період» та ін. В розділах «Медицина нового часу» та «Клінічна медицина», як у радянську добу, замовчується роль українських лікарів і вчених, Самойлович і Максимович Амбодик та ін. характеризуються як вітчизняні вчені, а не як українсько-російські, випускники КМА; ні разу не згадується розвиток української медицини, розвиток української медичної науки і охорони громадського здоров'я в період УНР, в роки «українського відродження», не згадується про репресії комуністичного режиму щодо українських лікарів і вчених-медиків (хоч розділ про сталінські репресії що до лікарів ще у 1991 році П. Ю. Заблудовський увів до радянського підручника з історії медицини). Рекомендована література включала підручник С. А. Верхратського (1983, 1991), а ще українсь-

комовну книгу І. Крип'якевича з історії України; інші 12 рекомендованих праць російськомовні, з них 8 видані у Москві в радянські часи. Чи потрібна аж така їх кількість, наскільки об'єктивні відомості така література могла дати українським студентам?

За такою програмою із використанням такої медико-історичної літератури рекомендовано навчати студентів медичних університетів і академій України. Викладання історії медицини в Україні понад 10 років проводилося за радянським підручником С. А. Верхратського та за підручниками, виданими в радянську добу і пізніше в Москві. Про позитиви і недоліки підручника С. А. Верхратського говорилося раніше.

У 2003 році, на 12-ому році незалежності, Управлінням освіти і науки МОЗ України була затверджена опрацьована нами (Голяченко О. М. і Ганіткевич Я. В., рецензенти – Л. А. Пиріг, А. М. Сердюк, Ф. Я. Ступак) повністю оновлена «Програма з історії медицини для студентів медичних ВНЗ IV рівня акредитації». В ній вперше після радянської доби застосовано загально прийняту в світі періодизацію історії медицини. Впроваджено розділи історії української медицини в різні періоди української державності. Проте матеріал програми довелося втиснути в «Ор'єнтовний тематичний план лекцій і семінарських занять з історії медицини», у виділені МОЗ 14 годин лекцій (зменшено на 6 годин в порівнянні з 1993 роком!), 14 годин семінарських занять і 26 годин так званої самостійної позааудиторної роботи студентів. Це в той час, коли в зарубіжних університетах читається до 16-30 лекцій з історії медицини!. Звернення до МОЗ збільшити число годин на історію медицини за рахунок інших гуманітарних дисциплін залишається без уваги.

У 2004 році нами видано перший український короткий підручник з історії медицини (Голяченко О. М. і Ганіткевич Я. В. «Історія медицини»; рецензенти – А. Уваренко, Н. Кольцова, М. Бідюк), написаний відповідно до програми і кількості навчальних годин. В підручнику, як і в програмі, на тлі історії всесвітньої медицини вперше обширно висвітлено історію розвитку української медицини, згадано про формування перших українських національних наукових медичних шкіл, про репресії тоталітарного режиму щодо українських лікарів і вчених-медиків, виокремлено історію громадської медицини та фармації. Звичайно, ця перша спроба подати історію української медицини не може вважатися вичерпно досконалою. В кінці передмови до книжки сказано: «Певні, що надалі будуть написані вагоміші і змістовніші книги з історії української медицини».

Видання рекомендовано (2004) Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти

МОЗ України як підручник для студентів медичних ВНЗ III-IV рівня акредитації. На підручник вийшли позитивні рецензії (О. М. Ціборовський, 2005 та ін.), його закупили у Тернопільському видавництві «Лілея» для своїх студентів (і викладачів) медичні університети і академії. Проте не придбав видання Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Що дивно, серед тих, кому виявився непотрібним перший український підручник з історії медицини – Івано-Франківський медичний університет. Підручник використовують приватні медичні вищі школи.

Проте вже у 2005 р. затверджено Міністерством програму «Історія медицини. Програма навчальної дисципліни для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації» для спеціальностей «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа», яку уклали доцент Ф. Я. Ступак і асистент Н. А. Михалко з кафедри соціальної медицини та охорони здоров'я національного медичного університету імені О. О. Богомольця (рецензенти С. М. Белан, Н. М. Зеленіна, К. К. Васильєв і С. П. Руда). Особливістю програми автори вважають те, що: «медицина, медична діяльність розглядається в ній як важливий елемент культури, як соціокультурний феномен». Програма пристосована до вимог Болонського процесу, подані відповідні модулі і кредити, історія медицини складає один модуль, котрий поділяється на 5 змістових модулів. Передбачено на першому році навчання 14 годин лекцій, 16 годин практичних занять і 30 годин самостійної роботи студентів, підсумковий контроль на останньому семінарському занятті. Додано 155 питань для підсумкового контролю. Дуже шкода, що при переході на Болонський процес залишено ті ж скупі 7 лекцій. Якщо врахувати, що одна лекція відведена на історію медицини регіону, то на висвітлення історії медицини світу і медицини України залишається 6 лекцій. На історію української медицини (за усі часи!) лекцій не передбачено, відведено лише семінарське заняття, причому – одне.

Привертає увагу великий обсяг (викладена на 54 сторінках) та високий науковий рівень програми. Глибоко викладено питання історії медицини (і частково фармації) країн Стародавнього Світу, Середньовіччя, епохи Відродження, Нового часу, розглядається біомедицина, біоетика, лікарська етика та дентологія, філософія медицини. Представлена історія медицини на українських землях, подібно як в програмі О. М. Голяченка і Я. В. Ганіткевича (2003), в деяких випадках доповнена деталями. Деякі речення і абзаци (с. 27, 37, 38, 39) майже збігаються з текстом програми 2003 року. Проте, на відміну від попередньої програми, питання історії

української медицини викладені підряд із медициною світу, що, враховуючи особливості історії України, можна вважати дискусійним. Наприклад, в темі 5 «Медицина епохи Відродження» подано підзаголовок «Україна і проблема Північного (?) Відродження».

Походження програми стає яснішим, коли порівняти її з програмою і підручником професора Університету дружби народів імені Патріса Лумумби (м. Москва) Тетяни Сергіївни Сорокіної «История медицины» (з 1992 р. перевидавався у Москві 9 разів, останній – у 2009 р.). Порядок викладу матеріалу, більшість заголовків і підзаголовків, почавши з титульної сторінки, співпадають, часто дослівно. *(Цей найновіший і найповніший підручник РФ в списку літератури не наведений).* Деякі приклади зіставлення програми і підручника Т. С. Сорокіної та програми 2005 року: «Для специальностей: 040100; «Лечебное дело»; «Педиатрия»; «Медико-профилактическое дело»; «Стоматология» – в програмі 2005 року: «Спеціальної: 7.110101 «Лікувальна справа»; «Педіатрія»; «Медико-профілактична справа»; «Врачевание в первобытном обществе» – «Медицина первісного суспільства»; «Врачевание в древней Месопотамии» – «Медицина в країнах Стародавньої Месопотамії»; «Врачевание в древнем Египте (3-1 тысячелетие до н.э.)» – «Медичні знання в стародавньому Єгипті (III–I тисячоліття до н.е.)»; «Врачевание в древней Индии» – «Розвиток медичних знань в стародавній Індії»; «Врачевание в древнем Китае» – «Давньокитайська медицина»; «Врачевание в древней Греции» – «Медицина в Стародавній Греції»; «Медицина в древнем Риме» – «Медицина в Стародавньому Римі»; «Медицина периодов раннего (V–X вв.) и развитого (XI–XV вв.) средневековья» – «Медицина раннього та розвинутого Середньовіччя»; «Медицина в Византийской империи» – «Медицина в Візантійській імперії»; «Медицина народов средневекового Востока (VII–XVII века)» – Медицина народів середньовічного Сходу»; «Медицина в Западной Европе в периоды раннего и развитого Средневековья (5-15 века)» – «Медицина в Західній Європі в період раннього та розвинутого Середньовіччя»; «Медицина народов американского континента до и после конквисты» – «Медицина народів Американського континенту до і після конквісти»; «Новое время» – «Медицина нового часу»; «Общая патология (патологическая анатомия и патологическая физиология)» – «Загальна патологія (патологічна анатомія і патологічна фізіологія)»; «Физиология и экспериментальная медицина» – «Фізіологія та експериментальна медицина»; «Клиническая медицина нового времени» – «Медицина нового часу: клінічна медицина»;

«Становление международного сотрудничества в области здравоохранения» – «Міжнародне співробітництво в галузі охорони здоров'я» та ін.

Разом з тим, ближче ознайомлення виявляє нереальність нової програми: подано 11 тем на 6 лекцій (8 тема пропущена; 13 – історія медицини регіону), тобто дві теми на лекцію. Дуже нерівномірне розкриття тем, тема 2 містить лише 3 питання, тоді як більшість тем містять по 300 (!) і більше питань. Так, тема 3 – «Медицина в країнах Стародавнього Світу» містить біля 360 (!) питань, приведено понад 70 (!) джерел -папірусів і книг, в т.ч. таких об'ємних питань, як «Гіппократівський збірник», «Про медицину» Корнелія Цельса, «Про основи медицини» Галена та ін. В темах 4 та 7 – «Медицина раннього та розвинутого середньовіччя» і «Медицина нового часу» подано біля 370 питань. Таким чином на одне, часом досить емке питання лекції, дана програма відводить аж біля 10 сек! *Як насправді автори програми читають цей курс, важко уявити. А як дотримуватися такої програми викладачам університетів і академій? (Тут не я не враховую, що деякі теми можуть бути відведені на практичні заняття або на самостійну роботу, але чи це щось дасть, як не буде читатися!??)*

Програма 2005 року нагадує матеріали для підготовки високої кваліфікації істориків медицини, написання медико-історичних дисертацій, питання для самопідготовки аспірантів, а то й докторантів – істориків медицини, але аж ніяк не програму короткого курсу для студентів.

В кінці ця програма рекомендує 48 літературних джерел. Близько половини рекомендованих джерел – це видання СРСР і Російської Федерації. Важко зрозуміти принципи добору англомовної літератури (подано 8 джерел). Як основний рекомендується радянський підручник С. А. Верхратського і П. Ю. Заблудовського 1991 р. Перший український підручник історії медицини приведено в числі 47 джерел додаткової літератури. (Чи не варто було зробити навпаки?)

Чи свідомо Болонський процес використано для того, щоб відсунути від студентів єдиний український підручник і повернутися до радянського і до літератури сусідньої держави? Чи це непорозуміння, недогляд відповідальних урядовців, чи спроба реваншу колишніх сил, які прагнуть відновлення СРСР, розшматування України, які намагаються повернути панівний стан російської мови та ідеологію імперських і радянських часів?

Після розпаду СРСР і проголошення незалежності України ситуація з історією медицини погіршилася ще в зв'язку з тим, що ВАК України невідомо з яких міркувань вилучив спеціальність «Історія медицини» із переліку медичних спеціальностей. Це відняло можливість викладачам

історії медицини, які займалися науковою роботою, захистити кандидатські дисертації. Створилося замкнуте коло: в Україні немає фахівців з історії медицини, тому немає кому готувати спеціалістів і проводити захист дисертацій; а оскільки немає ВАКівської спеціальності, то немає і не буде спеціалістів - істориків медицини, які могли б захистити кандидатські чи докторські дисертації.

Після звернення групи вчених – учасників ІХ Конгресу СФУЛТу (2002) ВАК України у 2003 році відновив спеціальність «Історія медицини» – 14.02.04. Захищено вже низку кандидатських дисертацій по цій спеціальності, готується захист першої в Україні докторської дисертації з історії медицини (О. М. Ціборовський).

Для повноцінного розвитку в Україні історії медицини як університетської дисципліни необхідне створення кількох базових кафедр історії медицини (можливо, з іншими пограничними дисциплінами, як в сусідніх країнах), де можна було б готувати викладачів, підвищувати їхню кваліфікацію. Необхідно збільшити кількість годин на викладання історії медицини (за рахунок інших гуманітарних дисциплін, які тепер перевищують обсяг колишніх суспільних наук), заснувати періодичне медико-історичне видання, в якому ставилися б проблеми історії медицини як навчальної дисципліни. Необхідно систематично проводити науково-практичні конференції з обговоренням питань викладання історії медицини, потрібне діяльне товариство істориків медицини.

Для підвищення професійного рівня та виховання молодих лікарів, прищеплення їм таких рис як гуманізм, милосердя, відданість лікарській професії та дотримання лікарської етики, безкорисливості, висока моральність і патріотизм, велике значення може мати ближче ознайомлення їх із кращими здобутками української та світової медицини. Автором цих рядків опрацьовано проект «Хрестоматії з історії медицини», яка вперше за всю історію вищої медичної школи в Україні ставить завдання забезпечити широке ознайомлення лікарів, студентів і науковців з оригінальними фундаментальними працями (фрагменти в перекладі на українську мову) класиків світової медицини, авторами найважливіших відкриттів і епохальних досягнень та лауреатами Нобелівських премій (Гіппократ, Авіценна, Гарвей, Пастер, Кох, Більрот, Мечніков, Сеченов, Павлов, Шеррінгтон, Ландштейнер, Форсман та ін., всього біля 20 імен).

Оскільки багато українських видатних вчених-медиків репресовано та замовчувано, або віднесено виключно до російської науки, то в II томі хрестоматії пропонується привести фрагменти праць видатних лікарів України та украї-

нських лікарів у інших країнах світу (Самойлович, Амбодик-Максимович, Бец, Шумлянський, Чаговець, Корчак-Чепурківський, Підгаєцький, Кучеренко, Стражеско, Філатов, Амосов, Плющ, Шалімов, Горникевич, Костюк та ін.).

У III-му томі варто би містити матеріали, публікації та документи з історії української медицини, які практично залишаються досі мало відомими, та які становили би документальний базис української медицини.

Видання такої тритомної хрестоматії може суттєво підвищити престиж української медичної науки та української мови, що дуже актуально в наш час. Лікарі, науковці, студенти, які бажають глибше познайомитися з історією світової медицини, повинні мати можливість читати українські переклади (фрагменти) цих класичних праць.

Медичним видавництвом слід видавати більше літератури з історії медицини, як українських авторів, так і перекладів зарубіжних праць

із всесвітньої історії медицини. Потрібні обширні українські переклади фундаментальних праць різних народів з історії медицини, в тому числі Гіппократа, Галена, Везалія, Авіценни та ін.

Залишається актуальним питання видання українського перекладу однієї з кращих зарубіжних книг з історії всесвітньої медицини. Такий проект обговорювався нами ще в 90-х роках минулого століття з українською лікарською діаспорою і керівництвом фонду УЛТПА (д-р П. Джуль), але досі залишається нереалізованим.

Створення умов для повноцінного вивчення історії медицини студентами медичних університетів і академій вже з перших кроків навчання матиме важливе значення для формування майбутнього лікаря-патріота, дозволить на прикладі попередників прищеплювати їм ідеї гуманізму, самопожертвування, відданості професії, виховувати поняття лікарської етики, честі і неподкупності, що особливо актуально в наш час.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ КАК УЧЕБНАЯ ДИСЦИПЛИНА В ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ ШКОЛАХ УКРАИНЫ

Я. В. Ганиткевич (Львов)

В статье анализируется процесс формирования истории медицины как предмета преподавания в высшей медицинской школе. Указано на достижения и недостатки в этом деле, особенно на фоне аналогичных процессов, которые происходят в европейских странах.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: история медицины, предмет преподавания.

HISTORY OF MEDICINE AS EDUCATIONAL DISCIPLINE IN HIGHER MEDICAL SCHOOLS OF UKRAINE

Ya. V. Ganitkevich (Lvov)

Process of medicine history forming as the teaching subject at higher medical school is analyzed in the article. It is indicated on achievements and failings on this business, especially on a background analogical processes which take a place in the European countries.

KEYWORDS: history of medicine, teaching subject.

Рецензент: д. мед. н., проф. О.М. Голяченко

ВІКТОР ТИМОФІЙОВИЧ НЕКОВАЛЬ



30 січня 2011 року на 77 році життя перестало битися серце висококваліфікованого фахівця в галузі медичної та демографічної статистики, досвідченого організатора охорони здоров'я, мудрого керівника й ентузіаста своєї справи **Віктора Тимофійовича Нековаля**.

Він народився 29 серпня 1934 р. у м. Стародубі Брянської області у сім'ї службовців. Після закінчення середньої школи у 1952 р. вступив на педіатричний факультет Київського медичного інституту імені акад. О. О. Богомольця, який закінчив у 1958 р.

Віктор Тимофійович розпочав свою трудову діяльність як дільничний педіатр Шполянської центральної районної лікарні Черкаської області і швидко пройшов шлях до головного лікаря цієї лікарні. Завдяки своїй працелюбності, високій кваліфікації, людяності він зробив вагомий внесок у розвиток матеріальної бази лікарні та удосконалення медичного обслуговування населення, заслужив повагу і авторитет у співробітників і пацієнтів, усього населення Шполянського району.

У 1969 р. Віктор Тимофійович переїжджає до Києва, працює в Науково-дослідному інституті гематології та переливання крові, Республіканському інформаційно-обчислювальному центрі і Центрі медичної статистики МОЗ України, а у 1980 р. був призначений заступником головного лікаря з організаційно-методичної роботи Київської міської клінічної лікарні. Він очолив Міський центр медичної статистики, який

перетворив у Міський науково-методичний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики "Медінстат".

Прекрасний аналітик, В. Т. Нековаль уміло та ефективно поєднував науковий підхід у повсякденній роботі з практичними потребами охорони здоров'я м. Києва. Колектив цього закладу постійно брав активну участь у реформуванні системи охорони здоров'я, глибокому аналізі стану здоров'я киян і діяльності медичних закладів міста, опрацюванні нормативно-правових документів, підготовці спеціалістів у галузі медичної статистики.

Під його керівництвом "Медінстат" перетворився у мікроінститут, який зробив вагомий внесок не лише в практику охорони здоров'я, але й в медичну науку, фактично став штабом при Головному управлінні охорони здоров'я і медичного обслуговування населення Київської міської державної адміністрації.

З 2001 р. Віктор Тимофійович очолив відділ історії медичної та демографічної статистики. Чудовим пам'ятником його діяльності став створений ним Музей медичної і демографічної статистики, який дозволяє зберегти пам'ять про життя і діяльність багатьох організаторів охорони здоров'я України. На особливу повагу заслуговує його робота, присвячена вивченню і пропаганді діяльності видатного українського соціал-гігієніста та історика медицини Сергія Аркадійовича Томіліна, організація і проведення трьох конференцій, присвячених цій проблемі.

Віктор Тимофійович мав безумовний авторитет серед колег та друзів, заслужив повагу як фахівець та чуйна людина. Він завжди вирізнявся міцним характером, творчою ініціативою, сучасним мисленням, здатністю оперативно приймати обґрунтовані рішення.

Усі, хто знав Віктора Тимофійовича, любили і поважали його за людяність, велику душевну щедрість, мудрість і оптимізм. Численні почесні грамоти, якими він був нагороджений, ніщо у порівнянні з пам'яттю про цю чудову людину, справжнього професіонала, талановитого організатора, яке житиме в наших серцях.

Колектив Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України, редакція журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України" від імені усіх фахівців у галузі соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичної статистики висловлює щире співчуття рідним і близьким покійного. Світла пам'ять про Віктора Тимофійовича Нековалю назавжди залишиться у наших серцях.

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охорони здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти; організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я; міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

- Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 90 у.о. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.

- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, **прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

- Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей – не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій – не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах – не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- **рефератів російською, українською та англійською мовами з обов'язковим зазначенням прізвищ та ініціалів авторів цими мовами**, обсягом не більше 1/3–1/2 с.

- Статті набираються на комп'ютері в програмі Word, зберігаються у форматі .rtf і подаються роздруковані з дискетою. Текст реферату слід друкувати шрифтом 12 пунктів з міжрядковим інтервалом – 1,5, додержуючись таких розмірів берегів (полів): верхній і нижній – 20 мм, лівий – 25 мм, правий – 10 мм. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаються на дискеті.

- На першій сторінці зазначаються: **індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.**

- Список літератури подається відразу під текстом за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність.

Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. Оформлення бібліографії здійснюється за новим стандартом з бібліографічного опису ДСТУ ГОСТ 7.1:2006. Скорочення слів і їх поєднань наводять згідно з ДСТУ 3582-97 “Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила”.

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Нумери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X,XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.
- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.
- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, лаконічно викласти зміст статті.
- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.
- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 21 грн 90 коп. З приводу придбання звертатися за тел. : (0352) 52-80-09.

Редакційна Рада

Редакція журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України” інформує, що у зв’язку з прийняттям постанови президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. №7-05/1 “Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України”, до розгляду з приводу надрукування в журналі будуть прийматися тільки ті статті, які відповідають вимогам нижченаведеної постанови.

Бюлетень ВАК України, №1, 2003
Атестаційний процес: нормативна база

ПРО ПІДВИЩЕННЯ ВИМОГ ДО ФАХОВИХ ВИДАНЬ,
ВНЕСЕНИХ ДО ПЕРЕЛІКІВ ВАК УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА
ПРЕЗИДІЇ ВИЩОЇ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ УКРАЇНИ
від 15.01.2003 №7-05/1

Необхідною передумовою для внесення видань до переліку наукових фахових видань України є їх відповідність вимогам пункту 7 постанови президії ВАК України від 10.02.1999 р. №1-02/3 «Про публікації результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук та їх апробацію». Однак окремі установи-засновники таких видань не дотримуються вимог до складу редакційної колегії видань, не організують належним чином рецензування та відбір статей до друку, не надсилають свої наукові видання до бібліотек, перелік яких затверджено постановою президії ВАК України від 22.05.1997 р. №16/5, тим самим обмежуючи можливість наукової громадськості знайомитися із результатами дисертаційних досліджень. У зв’язку з цим президія Вищої атестаційної комісії України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Попередити установи-засновники наукових фахових видань, що у разі відсутності видань у фондах визначених ВАК бібліотек вони будуть вилучені з переліку наукових фахових видань України, в яких дозволяється друкувати результати дисертаційних досліджень.

2. Установам-засновникам фахових видань оновити склади редакційних колегій так, щоб більшість у них становили фахівці, основним місцем роботи яких є установа-засновник фахового видання.

3. Редакційним колегіям організувати належне рецензування та ретельний відбір статей до друку. Зобов’язати їх приймати до друку у виданнях, що виходитимуть у 2003 році та у подальші роки, лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв’язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв’язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтування отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

4. Спеціалізованим ученим радам при прийомі до захисту дисертаційних робіт зарахувати статті, подані до друку, починаючи з 2003 року, як фахові лише за умови дотримання вимог до них, викладених у п.3 даної постанови.

5. Встановити обов’язковим подання до ВАК України разом із клопотанням про внесення видання до переліку фахових також копії свідоцтва про державну реєстрацію друкованого засобу у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України.

6. Зобов’язати установи, які є засновниками фахових видань, протягом 2003 року надсилати до ВАК України один контрольний примірник видання із супровідним листом.

7. Експертним радам ВАК України провести до 1 січня 2004 року аналіз наукового рівня публікацій у фахових виданнях і подати президії ВАК України пропозиції щодо внесення відповідних змін до переліку фахових видань.

Голова ВАК України В.В. Скопенко
Вчений секретар ВАК України Л.М. Артюшин

ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

З 1999 р. видається журнал "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України".
Тематика журналу:

- питання державної політики охорони здоров'я;
- концептуальні основи реформування галузі;
- дослідження та прогнозування здоров'я населення;
- питання управління, економіки та інформатизації системи охорони здоров'я;
- проблеми підготовки медичних кадрів;
- правове та інформаційне забезпечення галузі тощо.

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

Слід зазначити, що журнал розрахований на керівників закладів охорони здоров'я усіх рівнів (головні лікарі районних, міських, обласних лікарень і санепідемстанцій), співробітників кафедр соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, кафедр і циклів медичної інформатики медичних закладів освіти, науковців-медиків та лікарів різних спеціальностей, студентів вищих медичних закладів освіти та курсантів закладів післядипломної освіти.

Розцінки на розміщення реклами:

кольорова на вклейці: двостороння – 300 у.о., одностороння – 170 у.о.

чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 у.о.

рекламні статті – 150 у.о. за 1 авт. арк. (40 000 знаків).

З приводу розміщення Вашої реклами в журналі звертайтеся за телефоном: (044) 576-41-09;
576-41-19

З надією на плідну співпрацю

Головний редактор,
Директор Українського інституту
стратегічних досліджень МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Г. О. Слабкий

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.93 №326 “Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики”, рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.98 №297 “Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду”, у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного співставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, Український інститут громадського здоров'я МОЗ України (з 2008 р. – ДУ “Український інститут стратегічних досліджень” МОЗ України) пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи), вартість якого становить 120 грн.

Довідки та замовлення за телефонами: **(044) 576-41-19; 576-41-09.**

Директор Українського
інституту стратегічних досліджень МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Г. О. Слабкий

Адреса редакції

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3
E-mail: uisr_moz@ukr.net

Адреса видавництва

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1
Видавництво “Укрмедкнига” Тернопільського державного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського
телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33
Розрахунковий рахунок №31252273210444 в ГУ ДКУ в Тернопільській області
МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830
Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського”
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України”

Редактор: О. В. Шумило
Художнє оформлення: Н. О. Іщенко
Комп’ютерний набір: Н. О. Іщенко
Технічний редактор: С. Т. Демчишин
Комп’ютерна верстка: О. І. Пухальська
Перекладачі: Н. Т. Кучеренко, Н. В. Шаповалова

Підп. до друку 18.02.2011. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 13,72. Обл.-вид. арк. 12,10. Наклад 600. Зам. № 72