

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

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

3 (57) / 2013

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

SHEI “Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky
Ministry of Health of Ukraine”

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ – 2013
Тернопіль – 2013

Свідоцтво про державну реєстрацію серія КВ № 374 від 23.03.99
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2013 №3(57)
Науково-практичний журнал

Періодичність виходу – щоквартально
Заснований у січні 1999 р.

Засновники: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
і ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Видавець: ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **С.О. Линник**

Ю.В. Вороненко, О.М. Голяченко (відповід. редактор), Л.Я. Ковальчук (заст. головного редактора),
Ю.Б. Яценко (заст. головного редактора) О.Р. Ситенко (відповід. редактор), 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, Н.П. Ярош

РЕДАКЦІЙНА РАДА

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

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 14.04.10 №1-05/3)
Журнал включено до міжнародної наукометричної бази Google Scholar

Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол №8 від 27.08.2013)

Передплатний індекс – 22867

Адреса редакції

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3
E-mail: uisr_moz@ukr.net
Тел./факс: (044)576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №12202-1086Р від 15.01.2007 р.

Адреса видавництва і друкарні

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1
Видавництво «Укрмедкнига» ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
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”

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи ДК №2215 від 16.06.2005

Організація медичної допомоги

Ковальчук Л.Я., Банчук М.В., Мостовий Р.Я., Марценюк В.П., Шульгай А.Г. Характеристика організаційної моделі кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги

Сміянов В.А., Степаненко А.В., Петренко В.Ю., Тарасенко С.В. Організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги у закладі охорони здоров'я

Мазуренко О.В. Модель координації національної та міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного характеру

Управління охороною здоров'я

Смірнова В.Л., Панчишин Н.Я. Роль керівників охорони здоров'я в її реформуванні

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

Безрук В.В., Ященко Л.В., Первозванська О.І. Стан захворюваності на імунізаційні захворювання нирок серед підлітків Чернівецької області

Боротьба із соціально небезпечними хворобами

Варивончик Д.В., Кальченко А.М. Оцінка непрофесійних ризиків та адекватності профілактики інфікування ВІЛ серед працівників закладів охорони здоров'я України

Здоров'я та суспільство

Гуцол Л.П. Оцінка ефективності методу гомеопатії: точка зору споживачів гомеопатичних лікарських засобів

О.Б. Кошинець Індикатори зниження якості життя хворих на первинну глаукому з пізніми стадіями

Інформатизація охорони здоров'я

Кривенко Є.М., Ситенко О.Р. Розвиток інформаційно-комунікаційних технологій в охороні здоров'я України в умовах реформування (огляд літератури)

Миронюк І.С., Мулеса О.Ю. Застосування інформаційних технологій для вирішення задачі оцінки чисельності представників груп високого ризику інфікування ВІЛ

Економіка охорони здоров'я

Литвинова О.Н., Теренда Н.О. Науково-технічний прогрес як основа переродження системи охорони здоров'я

Підготовка медичних кадрів

Ласитчук О.М. Мотиваційні аспекти вивчення акушерства студентами VI курсу лікувального факультету

Рецензії

Андрейчин М.А. Рецензія на книгу Кундієва Ю.І., Басанець А.В. «Пневмоконіоз: епідеміологія, рання діагностика, профілактика».

Organization of medical care

Kovalchuk L.Ya., Banchuk M.V., Mostovyy R.Ya., Martsenyuk V.P., Shulhay A.G. Characteristics of the organizational personnel model of primary health care

Smiianov V.A., Stepanenko A.V., Petrenko V.Yu., Tarasenko S.V. Organizational and methodological approach of medical care quality management in health care facility

Mazurenko O.V. Model of coordination for national and international public health response after natural disasters

Health care management

Smirnova V.L., Panchyshyn N.Ya. Role of health care leaders in its reformation

Health of the population: tendencies and forecasts

Bezruk V.V., Yashchenko L.V., Pervozvanska O.I. Morbidity immuno-inflammatory by the diseases of kidney among teenagers to Chernivtsi region

Struggle against social-dangerous diseases

Varyvonchik D.V., Kalchenko A.M. Nonprofessional risk assessment and adequacy HIV prevention among employees of health care institutions of Ukraine

Health and society

Hutsol L.P. The evaluation of the effectiveness of homoeopathy: the homoeopathic medicines consumers' point of view

Koshchinets O.B. Indicators of reduced quality of life patients with primary glaucoma in the late stages

Informatics health care

Kryvenko Ye.N., Sytenko Ye.R. The development of information and communication technologies in health care of Ukraine (literature review)

Myronyuk I.S., Mulesa O.Yu. The application of information technologies to solve the problem of estimation the number of groups at high risk of HIV infection

Health care economy

Lytvynova O.N., Terenda N.O. Scientific and technological progress as a basis for transforming the health care system

Medical personnel training

Lasytchuk O.M. Motivational aspects of obstetrics studying by students of Course VI medical faculty

Review

Andreychyn M.A. Review on book Kundiyeu Yu. Basanets A. «Pneumoconiosis: epidemiology, early diagnosis, prevention».

Л.Я. КОВАЛЬЧУК, М.В. БАНЧУК, Р.Я. МОСТОВИЙ, В.П. МАРЦЕНЮК,
А.Г. ШУЛЬГАЙ (Тернопіль)

ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України»

У статті наведено організаційну модель кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги, яка ґрунтується на залученні до надання медичної допомоги сімейного лікаря-фондотримача. Також запропоновано використовувати у наданні первинної медичної допомоги комунальні некомерційні неприбуткові підприємства.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: первинна медична допомога, сімейний лікар, комунальне некомерційне неприбуткове підприємство.

Серед основних завдань, які ставить перед усіма гілками влади Президент України, є пріоритетність розвитку та реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. Останнє зумовлено високою чутливістю суспільства до становища у цій сфері, якісна зміна якого не лише безпосередньо впливатиме на поліпшення умов та якості життя широких верств населення, але й водночас сприятиме зменшенню витрат громадян на отримання неякісних послуг з охорони здоров'я, втрат суспільства від погіршення якості людського капіталу.

Проблеми системи охорони здоров'я в Україні мають багатоаспектний комплексний характер, що зумовлює необхідність оновлення політики охорони здоров'я, розроблення та реалізації нових стратегій і програм. Завданням для національної системи охорони здоров'я є постійно вдосконалюватися та оновлюватися відповідно до суспільних змін і наукових досягнень. Успішна боротьба з реальними загрозами для здоров'я населення зумовлюється застосуванням інтегрального міжсекторального підходу. Вирішення проблем громадського здоров'я потребує поліпшення визначальних його детермінантів, скорочення поширеності чинників ризику, впровадження сучасних стратегій профілактики.

Головними завданнями реформи системи охорони здоров'я України є покращення якості надання медичної допомоги населенню та створення умов для медичних працівників, які б сприяли підвищенню ефективності роботи із забезпечення медичної допомоги, що включає в себе як матеріальне оснащення лікувально-профілактичних закладів, так і поліпшення побутових умов і зарплатні медичних працівників.

Важливим моментом реформ є забезпечення населення ефективною первинною медичною допомогою. Адже в усьому світі первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) є важливим інструментом впливу на поліпшення стану здоров'я населення, профілактики захворювань, підвищення якості надання медичної допомоги. На первинну ланку охорони здоров'я припадає понад 80% первинних звернень пацієнтів, які починають і закінчують лікування безпосередньо за місцем проживання.

Чинне законодавство дозволяє використовувати різні організаційні форми в наданні медичної допомоги. Серед них необхідно виділити адміністративно-правову, приватну практику сімейного лікаря-фондотримача, форму комунальних некомерційних неприбуткових підприємств.

На сьогодні відбувається розробка та впровадження моделі управління медичним обслуговуванням за принципом надання медичної допомоги на договірних (контрактних) умовах з оптимізацією механізму диференційованого розподілу коштів на її надання з пріоритетним забезпеченням ПМСД на засадах загальної практики/сімейної медицини.

Враховуючи те, що фінансування первинної ланки медичної допомоги здійснюється за подушним принципом, то кількість коштів, які виділяються на обслуговування дільниці сімейного лікаря, безпосередньо залежить від кількості населення, яке він обслуговує. Таким чином, це дозволяє на первинній ланці, окрім адміністративно-правових форм діяльності закладів, використовувати й інші, серед яких найбільш раціональною, на нашу думку, є форма сімейного

лікаря – приватного підприємця, фондотримача. Використання такої моделі збільшить мотивацію медичних працівників до підвищення рівня якості медичних послуг, а керівників медичних закладів – до зростання ефективності та збільшення обсягів медичних послуг.

Мета роботи: дати характеристику організаційної моделі сімейного лікаря-фондотримача, приватного підприємця.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено результати дворічної діяльності п'яти експериментальних сільських лікарських амбулаторій, організованих Тернопільським державним медичним університетом імені І.Я. Горбачевського.

Результати дослідження та їх обговорення. Відповідно до регламентуючих нормативних документів МОЗ України, забезпечення надання ПМСД покладається на центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), які формують мережу амбулаторій загальної практики – сімейної медицини. Штатний розпис амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, у тому числі кількість лікарів, буде залежати від територіально-адміністративної одиниці, на якій розміщена амбулаторія. У дільницю сімейного лікаря може входити декілька медичних пунктів, фельдшерських або фельдшерсько-акушерських пунктів. Усі працівники амбулаторій та підпорядкованих їм підрозділів належать до юридичної одиниці – ЦПМСД – і отримують заробітну плату відповідно до встановлених Кабінетом Міністрів України тарифних посадових окладів. Останні не є високими і не забезпечують відповідних мотивацій працівників первинної ланки до покращення якості надання медичних послуг. Не дивлячись на запровадження диференціації розміру оплати праці медичних працівників залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи, а також безперервності стажу роботи, цільового фінансування надбавок до заробітної плати за ненормований та напружений робочий графік закладів охорони здоров'я у сільській місцевості, останні не забезпечують належного рівня мотивації медичних працівників і часто не мають постійного застосування. У зв'язку з цим нами запропоновано іншу форму взаємовідносин сімейного лікаря та ЦПМСД, де сімейний лікар виступатиме як приватний підприємець, що отримав ліцензію на медичну практику із загальної практики – сімейної медицини і уклав з центром угоду на обслуговування тієї чи іншої дільниці.

Пропонована схема не передбачає додаткового фінансування та виходить з існуючого в Україні та у Тернопільській області, зокрема, фінансування медицини з розрахунку на одного жителя. Проведеними розрахунками встановлено, що для

забезпечення надання медичної допомоги на первинному, вторинному, третинному рівнях та екстреної медичної допомоги припадає 570 грн на одного жителя. Приблизно така сама сума виділяється і на одного жителя сільської місцевості. Якщо виходити з того, що, згідно з існуючими директивами МОЗ України, на ПМСД виділяється понад 30% від цієї суми, ми отримаємо 168 грн в рік на одного жителя для надання ПМСД. У межах експерименту доцільно відійти від нормативу 1200 жителів на одного сімейного лікаря, оскільки при перерахунку на одного жителя (168 грн) загальна сума не перевищує необхідних видатків. Як і у місті, одну дільницю в селі доцільно розраховувати на 1500 жителів.

Розглянемо приклад, коли сільська дільниця нараховує 2300 жителів. При цьому загальна сума виділених коштів на одну, як міську, так і сільську, дільницю з кількістю 2300 жителів складе 386400 грн, які можна поділити за схемою, поданою в таблиці 1. Для цього лікар (лікар загальної практики – сімейний лікар) повинен виступати як підприємець – фізична особа та мати ліцензію на право здійснення медичної практики.

У випадку, коли сільська дільниця нараховує 1314 жителів, загальна сума виділених коштів складе 220752 грн, які можна поділити за схемою, поданою в таблиці 2. При цьому, як в першому, так і в другому випадках, 9,42% від виділених коштів скеровується на утримання ЦПМСД.

Зауважимо, що дані розрахунки не є рекомендаційними, а наведені як приклад.

Існуюча правова база дозволяє реалізацію такої діяльності. Окрім того, наказом МОЗ України № 131 від 23.02.2012 р. «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи», в затвердженому додатку «Примірне положення про центр медичної (медико-санітарної) допомоги», п. 2.2.3, і в додатку «Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу», п. 4.8, передбачено цивільно-правові відносини ЦПМСД та лікаря загальної практики – сімейної медицини, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець.

Лікар укладає цивільно-правову угоду з ЦПМСД для надання відповідної медичної допомоги на певній дільниці й працює за другою групою згідно з податковим кодексом. Він сплачує єдиний податок – 20% від мінімальної заробітної плати; у Пенсійний фонд сплачує 34,7% за себе від мінімальної заробітної плати, а за кожного найманого працівника – 37% від зарплатні остан-

Таблиця 1. Розрахунки витрат на дільницю с. Ілавче Тербовлянського р-ну Тернопільської області*

Розрахунки витрат на дільницю													
Кількість жителів – 2300 чол.													
Сума на 1 жителя – 168 грн													
Загальна сума коштів на амбулаторію: 168x2300=386 400 грн													
Відрахування на офіс: 9,42%=36400 грн													
Сума, яка залишається в амбулаторії, – 350 000 грн													
	к-сть праців- ників	посад оклад	зароб. плата	нарахування 34,7%лікар 35,2% всі прац.	податки	придб. медикам.	витрати на оренду примі- щення	комунальні послуги	витрати на пальне	витрати на авто- мобіль	неперд- бачені витрати	на офіс	потреба коштів ВСЬОГО
					230 грн		1 грн. на рік		126 л на місяць 4.2 л на день			9.42 % від всієї суми 36400 грн.	
Сім. лікар	1	7877,33	7877,33	2733,43	на місяць								
Медсестра	1	1871	1871	658,59									
Медсестра	1	1871	1871	658,59									
Медсестра	1	1871	1871	658,59									
Санітарка	0,5	1278	639	224,93									
Водій	0,5	1394	697	245,34									
Двірник	0,25	1147	286,75	100,94									
МІСЯЦЬ	5,25		15113,1	5280,42	230	1099,58		3441,67	1385,42	437,42			
РІК			181357	63365,01	2760	13195	1	41300	16625	5249	26148,03		350000,00

*Примітка. Кошти, виділені на медикаменти, повинні бути використані повністю – це підтверджується чеками на їх придбання і відповідними записами в амбулаторних картах. Кошти, виділені на комунальні послуги, обслуговування автомобіля, пальне, зарплату для технічного персоналу, лікар-підприємець при економії може використати на власний розсуд, у тому числі на доповнення своєї зарплати та інших працівників.

Таблиця 2. Розрахунки витрат на дільницю с. Увисла Гусятинського р-ну Тернопільської області*

Розрахунки витрат на дільницю												
Кількість жителів – 1314 чол.												
Сума на 1 жителя – 168 грн												
Загальна сума коштів на амбулаторію: 168x1314=220752 грн												
Відрахування на офіс: 9,42%=20795 грн												
Сума, яка залишається в амбулаторії, – 199 957 грн												
Автомобіль «Опель-комбо» (власність сільради)												
	к-сть праців- ників	посад. оклад	зароб. плата	нарахування 34,7% лікар 35,2% всі прац.	податки	придб. медикам.	витрати на оренду примі- щення	комунальні послуги	витрати на пальне	витрати на автомобіль	на офіс	потреба коштів ВСЬОГО
					230 грн	2 грн. на		4000 грн газ		2000		
Сім. лікар	1	4500	4500	1561,5	на місяць	1 чол.		21 000 газ рік		запчастини 1000		
Медсестра	1	1335	1335	469,92		на рік		1000 грн.рік ел.ен.		обслуг.		
Медсестра	1	1869	1869	657,888			1 грн. на рік	135 грн.міс.	5 000		9,42%	
Санітарка	0,5	1278	639	224,928		2654		телефон +інтернет 135*12=1620	на рік		до всієї суми	
Водій	0,5	1699	849,5	299,024		Рекомен- довано					20975	
Двірник	0,25	1147	286,75	100,936								
МІСЯЦЬ	4,25		9479,25	3314,20	230	629	0,08	1968,33	417	250		16287,86
РІК			113751	39770,35	2760	7548	1	23620	9504	3002,65		199957,00

*Примітка. Кошти, виділені на медикаменти, повинні бути використані повністю – це підтверджується чеками на їх придбання і відповідними записами в амбулаторних картах. Кошти, виділені на комунальні послуги, обслуговування автомобіля, пальне, зарплату для технічного персоналу, лікар-підприємець при економії може використати на власний розсуд, у тому числі на доповнення своєї зарплати та інших працівників.

нього (відповідно до ризику – 36%). Окрім того, від зарплатні кожного працівника перераховується 3,6% у Пенсійний фонд і 15% – як податок на доходи фізичних осіб.

Доцільно, щоб в угоді з лікарем-підприємцем було передбачено затвердження річних кошторисів ЦПМСД. Це дасть можливість уникнути неправомірного використання коштів, а за необхідності вносити корективи щодо оптимізації їх розподілу. Зокрема при кількості жителів понад 1500 на дільниці можуть вноситися поправочні коефіцієнти на збільшення заробітної плати лікаря чи молодшого медичного персоналу.

За поданими актами виконаних робіт, які одночасно є звітами про обсяг виконаної роботи, центри щомісячно перераховують підприємцю кошти, а він використовує їх за схемою, наведеною в таблицях 1 і 2. Роботу лікаря контролюють відповідні працівники ЦПМСД. При відхиленні підприємця від обсягу та якості надання медичної допомоги пацієнтам на дільниці, регламентованої угодою, згідно з цією ж угодою повинна бути передбачена можливість її розриву з підприємцем за ініціативи центру в односторонньому порядку.

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, що працюють як підприємці на основі цивільно-правових угод з ЦПМСД в умовах лікарських амбулаторій, можуть кооперуватися з метою заміни один одного на період відпустки або інших причин відсутності на роботі, а також з метою використання більшого досвіду свого колеги за тим чи іншим напрямком медичної діяльності. Така кооперація є звичайним методом у роботі європейських і американських сімейних лікарів. Кооперування лікарів може бути корисним і в плані зменшення чисельності молодшого медичного персоналу, і доведення його до оптимальної кількості.

На нашу думку, важливо відійти від жорсткої регламентації штатного розпису та нормативів на одного лікаря – дві медсестри. Доцільно користуватися реальними потребами, що дасть можливість не тільки зекономити кошти, але й уникнути організаційних недоліків, пов'язаних з наказом № 33. Правова основа організації роботи в межах цивільно-правових угод між лікарем-підприємцем і ЦПМСД допускає таку можливість.

Як видно з таблиць 1 і 2, при такій схемі при обслуговуванні 1314 осіб лікар буде отримувати 4500 грн, медсестра – 1869 грн, санітарка – 1278 грн. Окрім того, лікар для надання медичної допомоги буде отримувати 629 грн (на місяць) для закупівлі медичних засобів і кошти на бензин у селі (3 л на день).

При обслуговуванні 2300 осіб лікар буде отримувати 7877 грн, медсестра – 1871 грн, сані-

тарка – 1278 грн. Окрім того, лікар для надання медичної допомоги буде отримувати 1099 грн (на місяць) для закупівлі медичних засобів і кошти на бензин у селі (4,2 л на день).

Переваги даної системи полягають в наступному:

- ця система саморегулюється, і сума коштів, які виділяються сімейному лікарю на надання первинної медичної допомоги, залежить від кількості жителів на дільниці, яку обслуговує сімейний лікар;

- з кожним роком збільшується кількість коштів, які виділяються на одного жителя, а відповідно, і збільшується кількість коштів, які виділяються лікарю загальної практики-сімейному лікарю;

- оскільки оплата праці сімейного лікаря здійснюється за актами виконаних робіт, то цей момент є ключовим у покращенні ефективності надання медичної допомоги.

Можна вважати, що при здійсненні цих заходів з'являється мотивація працювати в первинній ланці охорони здоров'я для лікарів та іншого медичного персоналу.

Іншим, альтернативним, напрямком розвитку первинної медичної допомоги є створення ЦПМСД – комунальних некомерційних неприбуткових підприємств.

Важливість такого господарсько-правового інституту разом із правовим станом закладів охорони здоров'я зумовлені, насамперед, положеннями Конституції України про охорону здоров'я, Основами законодавства України про охорону здоров'я та Господарського кодексу України про загальні принципи господарювання. Саме гарантії права на охорону здоров'я визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Разом з тим права закладів охорони здоров'я мають цінність лише тоді, коли вони можуть реально використовувати закладені в їх правовому статусі можливості для задоволення потреб та інтересів, зумовлених забезпеченням немайнового блага – права на здоров'я. В іншому разі гасла про забезпечення права на охорону здоров'я залишаються суто декларативними.

При таких підходах у сфері охорони здоров'я здійснюється перехід від фінансування лікувально-профілактичного закладу до фінансування надання безоплатної медичної допомоги, коли договори на виконання медичних послуг повинні укладатися між комунальним неприбутковим підприємством та пацієнтом.

Суть зміни учасників господарсько-договірних відносин полягає в тому, що відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій у межах фінансування та медичних стандартів укладають договори на надання медичних послуг.

При цьому замовником медичних послуг для територіальної громади району є органи виконавчої влади районного рівня, а виконавцем – комунальне неприбуткове підприємство, створене на базі районного комунального закладу охорони здоров'я. Тобто фактично здійснюється перехід від фінансування закладу охорони здоров'я до фінансування надання безоплатної медичної допомоги.

Отже, як альтернатива до існуючої форми закладів охорони здоров'я може бути перетворення їх у неприбуткові підприємства, які надають медичну допомогу того чи іншого рівня на основі укладених договорів. При цьому замовником виступають суб'єкти господарювання усіх форм власності та організаційно-правової форми або негосподарюючі суб'єкти, а виконавцем виступають суб'єкти господарювання, що функціонують як заклади охорони здоров'я, за наявності ліцензії на медичну практику, на конкретно визначений вид медичної діяльності. У випадку укладання договору безпосередньо зі споживачем або його представником замовником виступає безпосередньо громадянин або його представник; виконавцем – суб'єкти господарювання, що функціонують як заклади охорони здоров'я, за наявності ліцензії на медичну практику, на конкретно визначений вид медичної діяльності.

У зв'язку з цим можна припустити, що в основу політики розвитку вітчизняної галузі охорони здоров'я може бути покладена можливість рефор-

мування закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, що здійснюють діяльність як бюджетні установи, у неприбуткові підприємства (суб'єкти некомерційного господарювання).

Таким чином, запровадження у надання медичних послуг на первинному рівні сімейного лікаря – приватного підприємця дозволить збільшити мотивацію лікаря у підвищенні якості та покращенні результатів своєї діяльності.

Висновки

1. Форма надання послуг лікарем загальної практики – сімейним лікарем – приватним підприємцем, який знаходиться у цивільно-правових відносинах з ЦПМСД, саморегулюється, і сума коштів, які виділяються сімейному лікарю на надання первинної медичної допомоги, залежить від кількості жителів на обслуговуванні ним ділянки.

2. З кожним роком збільшується кількість коштів, які виділяються на одного жителя, а відповідно, і збільшується кількість коштів, які виділяються лікарю загальної практики-сімейному лікарю.

3. Форма оплати праці за актами виконаних робіт забезпечує покращення ефективності надання медичної допомоги та стимулює роботу сімейного лікаря.

4. Альтернативою до адміністративно-правової форми організації первинної медичної допомоги доцільно вважати також комунальні некомерційні неприбуткові підприємства.

Список літератури

1. Ковальчук Л. Я. Проблеми кадрового забезпечення первинної ланки охорони здоров'я та можливі шляхи їх вирішення / Л. Я. Ковальчук // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 2. – С. 30–36.
2. Концепція реформування охорони здоров'я Тернопільської області (п'ята редакція) / за ред. Л. Я. Ковальчука, М. М. Буртняка, А. Г. Шульга. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2012. – 63 с.
3. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги : наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. № 129 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Ageing and health : The European Health Report, 2002 / WHO, Eur.-Ser. № 97. – P. 61–64.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Л.Я. Ковальчук, Р.Я. Мостовый, М.В. Банчук, В.П. Марценюк, А.Г. Шульга (Тернополь)

В статье приведена организационная модель кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи, которая основывается на привлечении к оказанию первичной медицинской помощи семейного

врача – фондодержателя. Также предлагается использовать в оказании первичной медицинской помощи коммунальные некоммерческие неприбыльные предприятия.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **первичная медицинская помощь, семейный врач, коммунальное некоммерческое неприбыльное предприятие.**

CHARACTERISTICS OF THE ORGANIZATIONAL PERSONNEL MODEL OF PRIMARY HEALTH CARE

L.Ya. Kovalchuk, M.V. Banchuk, R.Ya. Mostovyy, V.P. Martsenyuk, A.G. Shulhay (Ternopil)

The article describes the organizational personnel model of primary health care. It is based on the involvement of the family physician-fondholder for medical care. It is proposed to use municipal non-profit companies to provide primary health care.

KEY WORDS: **primary health care, family physician, municipal non-profit company.**

Рукопис надійшов до редакції 20.08.2013 р.
Рецензент: д.мед.н., проф. О.М. Голяченко

УДК 614.2:725.511.001.76

В.А. СМІЯНОВ, А.В. СТЕПАНЕНКО, В.Ю. ПЕТРЕНКО, С.В. ТАРАСЕНКО (Суми, Київ)

ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Медичний інститут Сумського державного університету
ДП «Державний експертний центр» МОЗ України
Міська клінічна лікарня №5

Розроблено організаційно-методологічний підхід, що передбачає функціонування моделі системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту, впровадження якої сприятиме підвищенню ефективності прийняття і реалізації управлінських рішень для забезпечення безперервного покращення якості медичної допомоги. Запропоновано систему багаторівневих стратегій забезпечення якості медичної допомоги, що комплексно інтегрує можливі напрямки підвищення якості медичного обслуговування в Україні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **якість медичної допомоги, заклад охорони здоров'я, модель системи управління якістю медичної допомоги, внутрішній аудит, система багаторівневих стратегій.**

В Україні забезпечення якості медичної допомоги є однією з найактуальніших проблем, що зазначено у Програмі економічних реформ Президента України на 2010–2014 р.р. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [10].

Зміни у системі забезпечення якості медичних послуг визначають необхідність застосування комплексного, інтегрованого і динамічного підходу до покращення якості, спрямованого на поліпшення результатів роботи системи в цілому, постійну модифікацію та удосконалення якості медичної допомоги [1; 4-6; 14; 15; 17].

На державному рівні триває процес формування нормативно-правової бази управління якістю медичної допомоги. Напрацьована законодавча база, засобами якої здійснюється державне регулювання у сфері якості медичного забезпечення населення (законодавчі акти зі стандартизації, ліцензування, акредитації, атестації). Проте дотепер публікації щодо якості були присвячені дослідженням контролю та оцінці якості медичної допомоги на державному і регіональному рівні, вивченню окремих аспектів управління якістю медичних послуг на рівні закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) [2; 3].

Аналіз існуючої системи контролю та управління якістю медичної допомоги свідчить про відсутність механізмів безперервного покращення якості медичної допомоги у переважній більшості (ЗОЗ) України: не функціонують системи моніторингу, внутрішнього аудиту, навчання персоналу, мотивації. Недосконалою є структура компонента системи управління якістю медич-

ної допомоги. Актуальність зазначеної проблеми, її недостатнє вивчення і практична значущість обумовили вибір тематики дослідження.

Метою дослідження є розроблення організаційно-методологічного підходу до управління якістю медичної допомоги у ЗОЗ України.

Матеріали і методи. При проведенні дослідження були використані методи моделювання, синтезу та наукової абстракції, системно-структурного аналізу, аналітичний, графічний.

Результати дослідження та їх обговорення. Формування сукупності детермінант у системі управління якістю медичної допомоги в ЗОЗ створює каркас можливих напрямків покращення якості медичного обслуговування. На рис. 1 наведені результати побудови системи основних факторів забезпечення якості медичної допомоги в ЗОЗ України за допомогою діаграми Ісікави.

Загальна система основних детермінант забезпечення якості медичної допомоги в ЗОЗ України складається з чотирьох груп факторів:

1) ресурси: обсяг фінансування, медичні кадри, обладнання, умови надання медичної допомоги, ефективність використання ресурсів;

2) управління/організація на рівні держави: ліцензування, акредитація, стандартизація, зовнішній аудит, механізми фінансування (фінансування за статтями або в межах єдиного бюджету), державне регулювання діяльності суб'єктів господарювання недержавних форм власності галузі охорони здоров'я, уніфіковані клінічні протоколи, система мотивації, медичне страхування, система навчання персоналу;

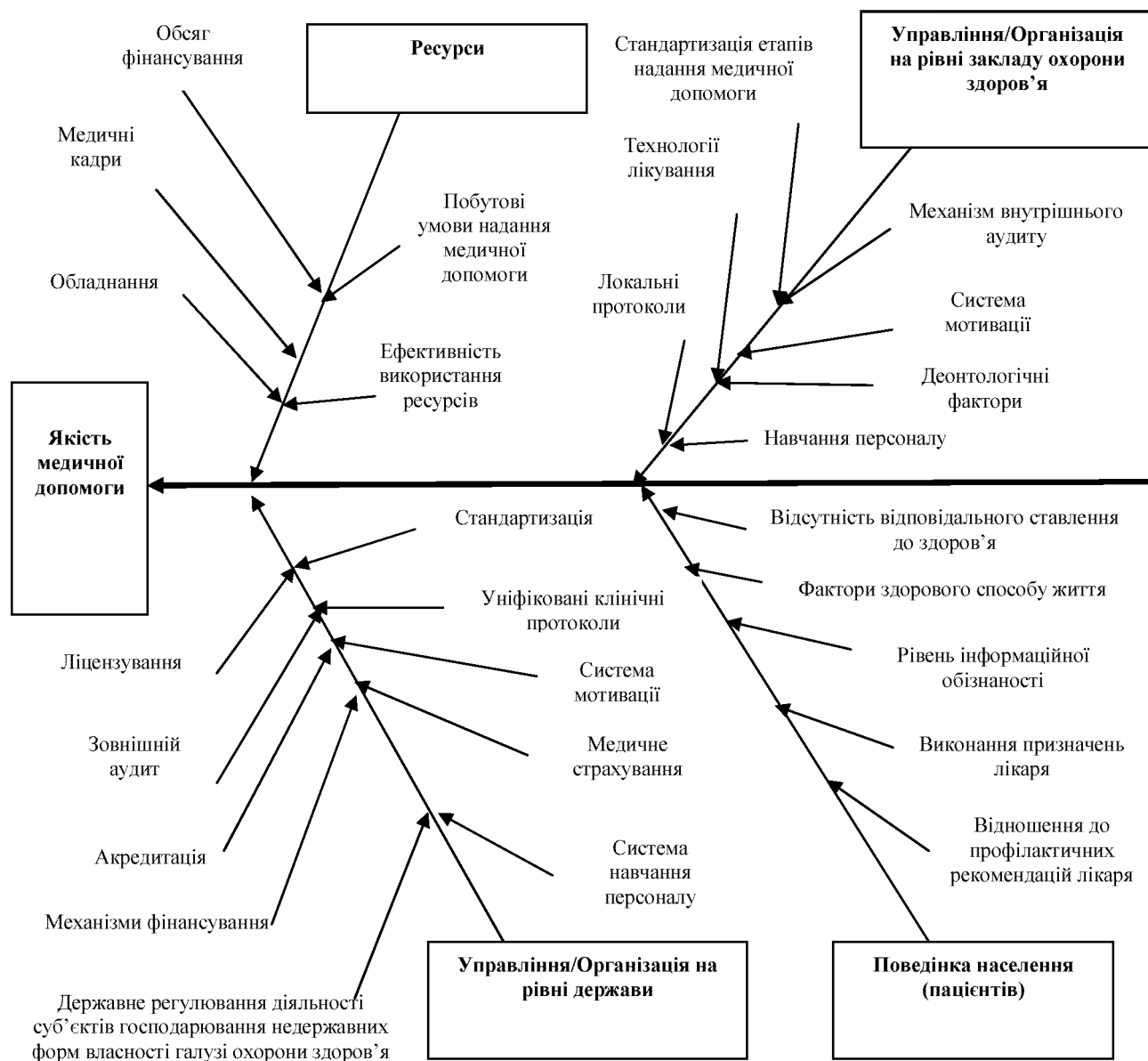


Рис. 1. Загальна система основних факторів забезпечення якості медичної допомоги у закладі охорони здоров'я України (авторська розробка)

3) управління/організація на рівні закладу: стандартизація етапів надання медичної допомоги, технології лікування, локальні протоколи, механізм внутрішнього аудиту, формування сприятливого середовища, система мотивації, деонтологічні фактори, навчання персоналу;

4) поведінка населення (пацієнтів): відсутність відповідального ставлення до здоров'я, фактори здорового способу життя, рівень інформаційної обізнаності, виконання призначень лікаря, ставлення до профілактичних рекомендацій лікаря.

Відповідно було сформовано таку систему багаторівневих стратегій забезпечення якості медичної допомоги в ЗОЗ, що комплексно інтегрують можливі напрямки підвищення якості медичного обслуговування в Україні:

1) ресурсні стратегії, що передбачають екстенсивне використання факторів виробництва у сфері охорони здоров'я (обладнання, кадрів, фінансів). До них належать: стратегія кількісного і якісного збільшення основних фондів ЗОЗ, стратегія нарощування професійного і кількісного зростання медичних кадрів; стратегія зростаючого фінансування. Такі стратегії можуть застосовуватися в умовах достатнього обсягу грошових коштів. Окремі елементи даних напрямків розвитку у сфері якості охорони здоров'я (наприклад, підвищення професійного рівня медичного персоналу ЗОЗ) можуть застосовуватися при реалізації інших груп стратегій;

2) стратегії управління/організації на рівні держави, що спрямовані на модернізацію без-

посередньо системи охорони здоров'я і пов'язані зі зміною механізмів фінансування, управління і підходів до лікування пацієнтів;

3) стратегії зміни поведінки населення (пацієнтів), що пов'язані з формуванням здоров'язберігаючих мотивацій. Вони спрямовані на формування відповідального ставлення населення до свого здоров'я і передбачають проведення ефективних комунікацій для досягнення сталих змін поведінки шляхом адресних взаємодій (рекомендацій);

4) стратегії управління/організації на рівні ЗОЗ, що передбачають застосування процесів внутрішнього аудиту, стандартизації, бенчмаркінгу, мотиваційних чинників тощо як основи підвищення ефективності управління якістю медичної допомоги.

Розглянувши чотири групи факторів системи основних детермінант забезпечення якості медичної допомоги в ЗОЗ України, ми дійшли таких висновків:

1) фактори групи «управління/організація на рівні держави» динамічно розвиваються і впливають на процеси забезпечення якості у сфері охорони здоров'я. Так, впроваджений порядок контролю якості, який є вертикально організованою функціональною системою, що включає усі рівні управління – від МОЗ до окремих лікувальних закладів; прийнята Галузева програма стандартизації медичної допомоги до 2020 року, розроблена та впроваджена «Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини», розроблений Державний формуляр лікарських засобів [7-9];

2) сучасний економічний стан економіки унеможливорює суттєве збільшення ресурсної складової підвищення якості медичного обслуговування, тому актуальними є питання ефективного використання ресурсів;

3) зміна ставлення населення на користь здоров'язберігаючих мотивацій потребує тривалого часу (10–20 років і більше);

4) впровадження системи управління якістю медичної допомоги на рівні ЗОЗ, що є найактуальнішим і перспективним напрямком для швидких змін у покращенні якості медичного обслуговування, оскільки ЗОЗ має сьогодні значний потенціал динамічного і гнучкого реагування на зміни потреб охорони здоров'я у сфері якості, що використовується не у повному обсязі.

Запропонований організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги передбачає проведення циклічної оцінки якості медичних послуг у ЗОЗ і функціонування моделі системи управління якістю медичної допомоги (рис. 2).

Базовими елементами моделі є нормативно-правове забезпечення управління якістю медичної допомоги (умовно-постійна складова); середовище забезпечення якості медичної допомоги у ЗОЗ і цикл аудиту (умовно-змінна складова).

Існуючий рівень якості медичної допомоги в ЗОЗ визначає змістовно-предметний напрямок внутрішнього аудиту якості. У свою чергу ефективність проведення циклу внутрішнього аудиту залежить від сформованого середовища забезпечення якості медичної допомоги: мотиваційної та структурної компонент, що змінюються під впливом управлінських рішень, прийнятих у результаті кожного проведеного циклу аудиту; та нормативно-правового забезпечення управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Нами сформована така послідовність організації системи управління якістю медичної допомоги в ЗОЗ на основі внутрішнього аудиту. Насамперед створюється нормативно-правова база управління якістю медичної допомоги на основі стандартизації у ЗОЗ (розробляються локальні клінічні протоколи, накази, методичні рекомендації, маршрути пацієнтів, внутрішні технологічні стандарти, форми для анкетування, річні плани тощо).

Одночасно з нормативно-правовою базою у ЗОЗ формується середовище, сприятливе для безперервного покращення якості медичного допомоги, що передбачає:

- лідерство керівництва;
 - проведення загальних зборів колективу з роз'ясненням цілей та принципів концепції безперервного покращення якості медичної допомоги (доброзичливості, конфіденційності, використання вже наявних даних, відсутності покарання або обвинувачення у результаті проведення аудиту);
 - створення структурної компоненти безперервного покращення якості медичної допомоги: необхідних моно- або мультидисциплінарних груп, до складу яких наказом головного лікаря можуть бути залучені працівники різних підрозділів даного ЗОЗ, споживачі медичних послуг; забезпечення навчання персоналу;
 - формування мотиваційної компоненти системи безперервного покращення якості медичної допомоги: системи матеріальної, моральної винагороди за надання якісної медичної допомоги та участі у роботі мультидисциплінарних груп.
- Створення середовища, сприятливого до безперервного покращення якості медичного допомоги у ЗОЗ, передбачає здійснення заходів зі зміни ставлення у колективі до проблем якості медичної допомоги (проведення обговорення серед адміністративно-управлінського персоналу у вигляді нарад, семінарів тощо; широке використання традиційних форм роботи: ранкові

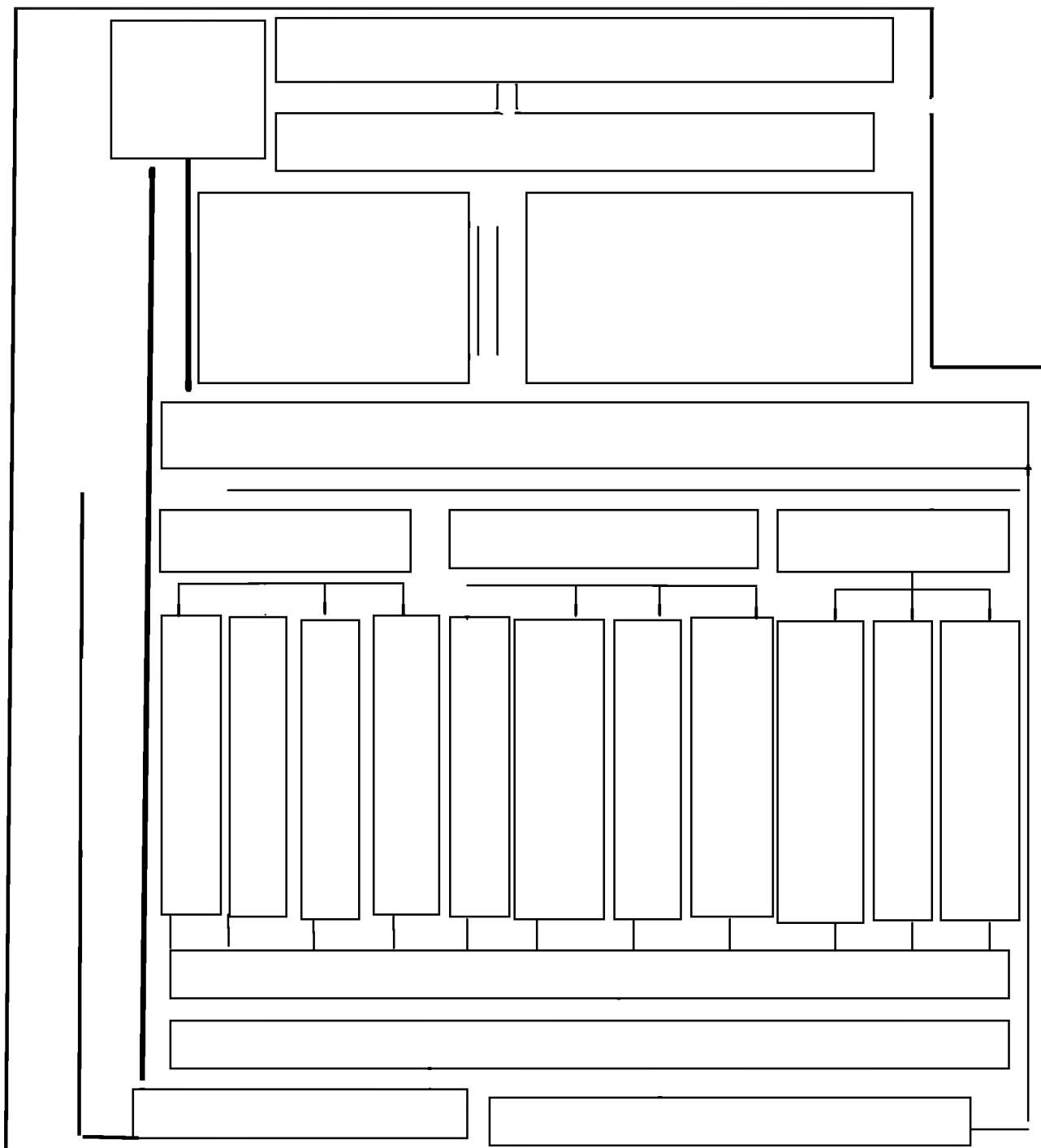


Рис. 2. Загальна модель управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту (авторська розробка)

конференції у підрозділах, клінічні конференції, засідання медичних рад, де питання управління якістю мають стати пріоритетними тощо) [11].

Однією з умов успішної реалізації політики у сфері якості є формування мотивації у персоналу медичної організації до якісного виконання своєї роботи і до активної участі у процесах управління якістю.

Сформоване сприятливе до безперервного покращення якості медичної допомоги середо-

вище уможливорює проведення внутрішнього аудиту.

Для підвищення ефективності практичного впровадження механізму внутрішнього аудиту у ЗОЗ пропонуємо таку класифікацію видів внутрішнього аудиту за критеріями аналізу і перевірки.

Перша група – аудит структури – включає такі види: фінансово-економічний аудит, аудит кадрового забезпечення, аудит матеріального забезпечення, аудит медичної документації.

Критеріальною базою видів аудиту структури виступають: фінансово-економічного аудиту – медико-економічні нормативи і розрахунки; аудиту кадрового забезпечення – необхідний кваліфікаційний склад та нормативна укомплектованість персоналу медичного закладу; аудиту матеріального забезпечення – табелі оснащення ЗОЗ, що визначають необхідний мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для проведення медичних процедур за відповідними стандартами медичної допомоги і клінічними протоколами; аудиту медичної документації – якість ведення медичної документації (заповнення медичних документів – змістовне та хронологічне).

Друга група – аудит процесу – включає такі види: клінічний аудит, технологічний аудит, організаційно-методичний аудит, аудит впровадження медичних технологій та обладнання.

Критеріальною базою видів аудиту процесу є: клінічного аудиту – локальні клінічні протоколи, які визначають обов'язкові дії з профілактики, діагностики і лікування на основі доказової медицини; технологічного аудиту – показники локальних клінічних протоколів, результати хронометражу етапів надання медичної допомоги і тривалості міжетапних періодів, кращі нормативи медичної практики ЗОЗ, які встановлені експертним шляхом; організаційно-методичного аудиту – організаційно-методичне та нормативно-правове забезпечення діяльності ЗОЗ, дотримання виконавчої дисципліни, комп'ютеризація, ви-

користання інформаційно-комунікаційних технологій; аудиту впровадження медичних технологій та обладнання – показники ефективності діяльності закладу охорони здоров'я.

Третя група – аудит результату – включає такі види: аудит задоволеності пацієнтів та медичних працівників, аудит стану здоров'я пацієнта, аудит показників здоров'я населення [13]. Думка пацієнтів та медичних працівників є основою порівняння при проведенні аудиту задоволеності пацієнтів та медичних працівників.

Критеріальною базою аудиту показників здоров'я населення є статистичні звіти. Огляди статистичних звітів надають можливість зіставляти показники, виводити динамічні ряди з метою дослідження рівня якості наданої медичної допомоги.

Вибір виду внутрішнього аудиту і критеріальної бази визначають особливості його проведення: підбір фахівців, які входять до робочої групи; обсяг первинної документації для збору інформації; елементи внутрішнього середовища ЗОЗ, що потребують змін. Тобто дієвість внутрішнього аудиту визначається функціонуванням існуючої моделі системи управління якістю медичної допомоги в ЗОЗ.

Цикл внутрішнього аудиту якості медичної допомоги складається з п'яти етапів – планування, підготовка аудиту, проведення аудиту, впровадження змін, моніторинг та оцінка впроваджень, на кожному з яких застосовуються певні інструменти управління якістю (рис. 3).

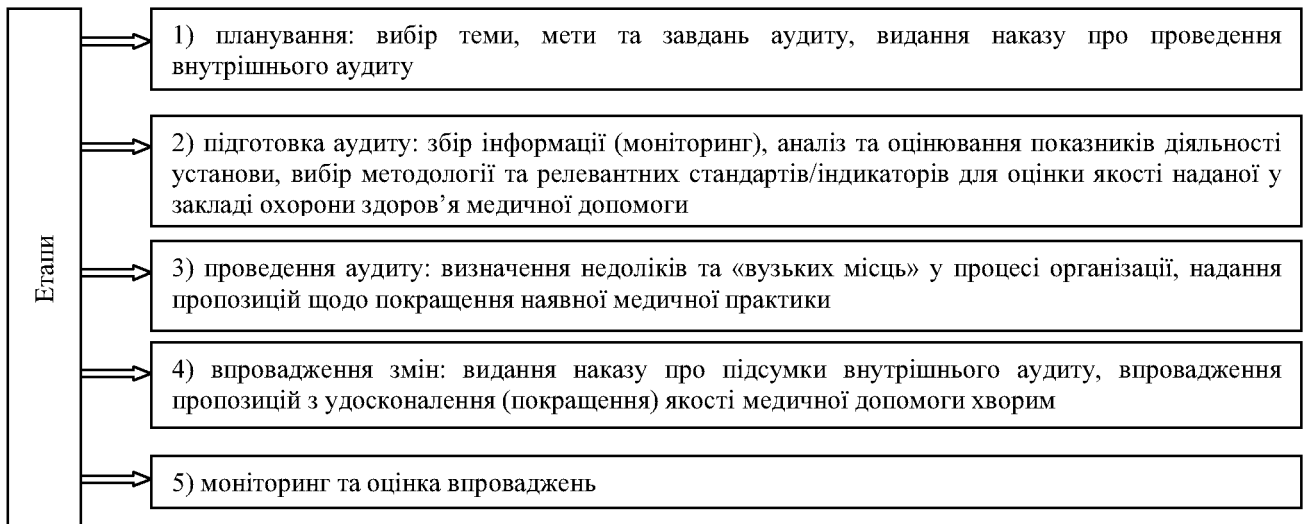


Рис. 3. Етапи внутрішнього аудиту (авторська розробка на основі [11,16])

На першому етапі внутрішнього аудиту – планування в ЗОЗ – видається наказ про проведення внутрішнього аудиту, де вказується мета і завдання аудиту.

Вибір теми є важливим етапом внутрішнього аудиту. Тема аудиту має бути актуальною та локальною, спрямованою на покращення клінічних, соціальних, епідеміологічних, профілактичних й

інших аспектів діяльності ЗОЗ. Тему аудиту, як правило, визначає головний лікар, що орієнтується на статистичні дані, результати моніторингу задоволеності пацієнтів, протоколи, дані аналізу скарг. Наприклад, проблемою може бути збільшення випадків ускладнень у хворих артеріальною гіпертензією за рік, збільшення середнього показника ліжко-днів у післяопераційних

хворих, низький рівень відвідування сімейного лікаря диспансерних хворих, збільшення кількості скарг. Потім встановлюються мета і завдання внутрішнього аудиту, що мають відповідати таким критеріям: бути специфічними (наприклад, зменшення кількості післяопераційних ускладнень); вказувати на цільову аудиторію або систему, на яку вона спрямована (для пацієнтів з артеріальною гіпертензією); бути вимірюваними (час перебування хворого у приймальному відділенні); вказувати тривалість періоду, протягом якого планується покращення якості медичної допомоги, що надається.

Етап підготовки аудиту передбачає: а) вибір методології: аналіз первинної документації, звітів, відповідності процесу лікування локальним протоколам, стандартам, моніторинг думки пацієнтів тощо; б) визначення стандартів та індикаторів якості медичної допомоги з даної теми.

Індикаторами можуть бути показники, які зазначені у офіційних протоколах або самостійно розроблені у ЗОЗ.

Стандартами можуть бути клінічні практичні керівництва, клінічні протоколи, що є покроковою інструкцією виконання певної процедури (наприклад, протокол з переливання крові), показники кращих практик тощо.

На етапі проведення аудиту аналізується накопичена інформація, виявляються недоліки та «вузькі місця» у процесі організації медичної допомоги в ЗОЗ; розробляються та надаються пропозиції щодо покращення наявної медичної практики, які оформляються протоколом засідання мультидисциплінарної групи.

Для оптимального вивчення процесу, який підлягає аудиту, та підбору членів мультидисциплінарної команди бажаним є графічне зображення основних етапів процесу, який планується покращити, що дозволяє досліджувати усі етапи і взаємозв'язки надання медичної допомоги. Доцільним є також хронометраж процесу у логічній послідовності.

Особливу увагу, на наш погляд, слід приділяти відстеженню тривалості та покращенню менеджменту міжетапного часового проміжку, оскільки більшість пацієнтів висловлюють незадоволення з приводу організації саме в міжетапні часові проміжки надання медичної допомоги у ЗОЗ (черги у поліклініці; очікування початку лікування у приймальному відділенні; очікування оформлення документації тощо).

Побудова маршруту пацієнта дозволяє чітко визначити виконавців, які потім можуть бути включені до складу мультидисциплінарної команди, виявити проблемні осередки у забезпеченні якості медичного обслуговування.

У процесі надання медичної допомоги необхідно відзначати такі етапи:

- ті, що дублюються (наприклад, і лікар, і медсестра вимірюють артеріальний тиск і температуру; повторні лабораторні та інструментальні обстеження планових хворих у стаціонарі);

- неясні (наприклад, невідомо, що відбувається з пацієнтом після виписки зі стаціонару або після амбулаторного лікування);

- симптоми «м'ячика» (наприклад, пацієнта з незрозумілим діагнозом скеровують до різних спеціалістів, хоча більшість обстежень міг призначити один лікар);

- симптоми «вузького горлечка» – симптоми скупчення людей, роботи тощо (наприклад, часто біля дверей рентген-кабінету скупчується черга);

- непотрібні кроки (наприклад, пацієнта просять здати неспецифічні аналізи при профілактичному огляді; необов'язкові консультації спеціалістів) [11].

Після зібрання даних мультидисциплінарна команда їх аналізує та інтерпретує.

На етапі впровадження змін видається наказ по закладу про підсумки внутрішнього аудиту та впровадження пропозицій з удосконалення якості медичної допомоги з визначенням терміну повторного аудиту. Потім відбувається впровадження, реєструються проблеми, що виникають.

Останній етап аудиту включає моніторинг та оцінку впроваджень. Тобто після впровадження заходів важливо продовжувати моніторинг і збір даних з метою виявлення позитивних або негативних наслідків системного впровадження певного заходу у ЗОЗ. На цьому етапі формується підсумкова оцінка ефективності внутрішнього аудиту та закріплюються досягнуті покращення в закладі. Для цього потрібно порівняти дані моніторингу до і після заходу, виявити, чи покращилися індикатори, визначити відповідність процесу запланованому, перевірити, чи все зареєстровано, підвести підсумки і зробити висновки.

На основі висновків мультидисциплінарна команда має прийняти рішення про внесення коректив у захід; визначити, які зміни мають бути зроблені; за відсутності покращення – оцінити отриманий результат; за наявності покращення – визначити можливості його поширення і закріплення у власній практиці ЗОЗ.

Висновки

1. Розроблено систему багаторівневих стратегій забезпечення якості медичної допомоги, що комплексно інтегрують напрямки підвищення якості медичного обслуговування в Україні.

2. Запропоновано класифікацію видів внутрішнього аудиту за критеріями аналізу і перевірки для підвищення ефективності практичного впровадження механізму внутрішнього аудиту, а саме: 1) аудит структури: фінансово-економічний аудит, аудит кадрів, аудит матеріального забезпечення, аудит медичної документації; 2) аудит

процесу: клінічний аудит, технологічний аудит, організаційно-методичний аудит, аудит ефективності впровадження медичних технологій; 3) аудит результату: аудит задоволеності пацієнтів та медичних працівників, аудит стану здоров'я пацієнтів, аудит стану здоров'я населення.

3. Розроблено організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги, що передбачає функціонування моделі системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту. Базовими елементами моделі є нормативно-правове забезпечення управління якістю медичної допомоги (умовно-постійна складова); середовище забезпечення якості медичної допомоги у ЗОЗ і цикл аудиту (умовно-змінна складова). Умовно-постійна складова визначає базові положення процесів управління

якістю, умовно-змінна складова – умови ефективного управління якістю медичних послуг і дієвість внутрішнього аудиту. Дана модель сприятиме підвищенню ефективності прийняття і реалізації управлінських рішень для забезпечення безперервного покращення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

4. Розроблена модель управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту впроваджена в заклади охорони здоров'я м. Суми [18].

Перспективи подальших досліджень полягають у розробленні індикаторів ефективності функціонування медико-соціальної моделі системи управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я України.

Список літератури

1. Вуори Х. В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология / Х. В. Вуори. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1985. – 179 с.
2. Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я : монографія / В. В. Горачук. – Вінниця: ТОВ «Меркьюрі-Поділля», 2012. – 213 с.
3. Зіменковський А. Б. Наукове обґрунтування концептуальної моделі управління якістю в охороні здоров'я України шляхом системного розвитку медичної стандартизації : автореф. дис. ... д-ра мед. наук зі спеціальності 14.02.03 – соціальна медицина / А. Б. Зіменковський. – К., 2007. – 32 с.
4. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О. П. Щепин, В. И. Стародубов, Г. И. Линденбратен, Г. И. Галанова. – М. : Медицина, 2002. – 176 с.
5. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія / В. Ф. Москаленко. – К. : Книга-плюс, 2008. – 320 с.
6. Основи організації та управління системою охорони здоров'я / Б. П. Криштопа та [ін.] // Панорама охорони здоров'я населення України. – К. : Здоров'я, 2003. – С. 100–115.
7. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року : наказ МОЗ України № 597 від 19.09.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12748>. – Назва з екрану.
8. Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини : наказ МОЗ України № 102/18 від 19.02.2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090219_102_.html. – Назва з екрану.
9. Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України № 529 від 22.06. 2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1003-09>. – Назва з екрану.
10. Програма економічних реформ на 2010-2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf. – Назва з екрану.
11. Рахманова Н. Внедрение проектов повышения качества медицинского обслуживания на уровне первичного звена здравоохранения / Н. Рахманова, Н. Нармухамедова. – Ташкент, 2007. – 148 с.
12. Рекомендації щодо подальшого розвитку вторинної медичної допомоги в Україні. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю / Гр. Росс та [ін.]. – К., 2009. – 44 с.
13. Сміянов В. А. Особливості застосування внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я / В. А. Сміянов // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2. – С. 113–117.
14. Степаненко А. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я / А. В. Степаненко, В. А. Сміянов // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – № 2-3. – С. 64–67.
15. Ярош Н. П. Проблеми та завдання у сфері впровадження державних соціальних стандартів надання медичної допомоги населенню України / Н. П. Ярош // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3. – С. 63–67.
16. Benjamin A. Audit: how to do it in practice / A. Benjamin // BMJ. – 2008. – № 336. – P. 1241–1245. [Electronic resource]. – URL: <http://bmj.com/cgi/content/full/336/7655/1241#responses>. – Title from a screen.
17. Qvretveit J. Каковы оптимальные стратегии улучшения качества стационарной помощи? What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? / J. Qvretveit. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2003. – 33 с. – [Електронний ресурс] – Режим доступу : www.euro.who.int/document/e82995.pdf.

18. Smeyanov V. A. Development and implementation of the internal audit mechanisms to be used in the health care facilities / V. A. Smeyanov, S. V. Tarasenko, O. I. Smeyanova // Georgian Medical News. – 2013. – Vol. 6 (219). – P. 58–60.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.А. Смеянов, А.В. Степаненко, В.Ю. Петренко, С.В. Тарасенко (Сумы, Киев)

Разработан организационно-методологический подход, предусматривающий функционирование модели системы управления качеством медицинской помощи на основе внутреннего аудита, внедрение которой будет способствовать повышению эффективности принятия и реализации управленческих решений для обеспечения непрерывного улучшения качества медицинской помощи. Предложена система многоуровневых стратегий обеспечения качества медицинской помощи, комплексно интегрирующая возможные направления повышения качества медицинского обслуживания в Украине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: качество медицинской помощи, учреждение здравоохранения, модель системы управления качеством медицинской помощи, внутренний аудит, система многоуровневых стратегий.

ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL APPROACH OF MEDICAL CARE QUALITY MANAGEMENT IN HEALTH CARE FACILITY

V.A. Smiiyanov, A.V. Stepanenko, V.Yu. Petrenko, S.V. Tarasenko (Sumy, Kyiv)

Model of health care quality management based on internal audit, implementation of which gives the feasibility to make and implement the managerial decisions to provide continuous medical care quality in a health care facility improvement has been developed. System of multi-level strategies that complex integrates possible ways to improve the quality of medical care in health care facilities of Ukraine has been proposed.

KEY WORDS: medical care quality, health care institution, model of medical care quality management, internal audit, system of multi-level strategies.

Рукопис надійшов до редакції 01.08.2013
Рецензент: д.держ.упр. Н.П. Ярош

О.В. МАЗУРЕНКО (Київ)

МОДЕЛЬ КООРДИНАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ ТА МІЖНАРОДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПОДОЛАННІ МЕДИКО-САНІТАРНИХ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРУ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Розраховано порогові значення показників надзвичайної ситуації (НС) міжнародного рівня для системи охорони здоров'я потенційно небезпечних територій України. Розроблено імітаційну модель ресурсного забезпечення потреб охорони здоров'я міжнародними ресурсами. Доведено, що динаміка надання міжнародного ресурсного забезпечення випереджає динаміку потреб охорони здоров'я уражених регіонів, починаючи з шостої доби перебігу катастрофи. Залучення провідних неурядових та волонтерських організацій скорочує термін надходження допомоги до ураженого регіону на 24 години та збільшує ресурсне забезпечення охорони здоров'я уражених територій на 20%.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: надзвичайна ситуація, міжнародний рівень, охорона здоров'я, медико-санітарні наслідки, міжнародна допомога, координація, модель.

Природні катастрофи, які призводять до масового ураження людей та руйнування безпечного середовища їх перебування, стали характерним явищем сьогодення в усьому світі [2]. Не оминула ця проблема і Україну. Відповідно до матеріалів «Національної доповіді про стан техногенної та природної безпеки України» за 2005–2012 рр., суттєву загрозу для нашої країни становлять надзвичайні ситуації (НС) метеорологічного походження, а висновки експертів-сейсмологів свідчать, що загальна площа сейсмонезбезпечних зон, з можливими землетрусами магнітудою 4–9 балів за шкалою Ріхтера, складає 123 тис. км², на яких мешкає 10929,2 тис. осіб. До потенційно небезпечних територій України з огляду на ймовірність розвитку землетрусів та повеней віднесено Вінницьку, Волинську, Львівську, Тернопільську, Івано-Франківську, Закарпатську, Чернівецьку області та АРК.

В офіційних міжнародних документах з питань подолання наслідків НС, у т.ч. в Хйогській рамковій програмі дій 2005–2015 рр (Кобе, Японія, 2005), резолюціях Генеральної Асамблеї ООН, зокрема Резолюції Генеральної Асамблеї ООН A/Res/67/231 «Международное сотрудничество в области гуманитарной помощи в случае стихийных бедствий – от оказания чрезвычайной помощи до развития» від 09.04.2013, визнано потребу залучення міжнародної допомоги, зміцнення взаємодії та координації для подолання наслідків НС.

Як свідчать результати досліджень, питання координації національної та міжнародної допомоги становить «системну проблему», яку кон-

статують у 40–90% випадків подолання наслідків НС міжнародного рівня [3;5]. Через брак координації національної та міжнародної допомоги необхідні ресурси охорони здоров'я (ОЗ) несвоєчасно надходять до осередків НС, а хворих та постраждалих транспортують до закладів охорони здоров'я, які не спроможні забезпечити відповідний вид медичної допомоги [4].

Мета роботи: розробити функціонально-організаційну модель координації національної та міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків НС.

Матеріали і методи. Проаналізовано 876 офіційних звітів про подолання наслідків НС природного характеру, які відбулись у світі упродовж 1985–2010 рр., у тому числі 279 землетрусів з 786 зареєстрованих та 2395 повеней з 3181 відомих. Групу дослідження склали 42 землетруси групи та 42 повені, що спричинили розвиток НС для системи ОЗ і при подоланні наслідків яких було залучено міжнародну допомогу.

Збір первинної інформації щодо подолання медико-санітарних наслідків повеней на території України здійснювали із застосуванням галузевої статистичної звітності в межах Урядової інформаційно-аналітичної системи МОЗ України з питань надзвичайних ситуацій, зокрема форм № 155/о, №155-1/о, №156, №65-здоров, №66-здоров. Первинну інформацію щодо природних катастроф, які відбувались на території інших країн, отримано за допомогою міжнародних баз даних, у т.ч. Центру дослідження та вивчення епідеміології надзвичайних ситуацій (OFDA/CRED), Бюро координації гуманітарних справ ООН «ReliefWeb», Міжнародного інформаційного центру надзвичайних ситуацій (CIDI).

Моделювання міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайної ситуації природного характеру ґрунтувалось на проведенні багатофакторного аналізу її ефективності.

Категорія «Координація» в роботі визначена як налагодження контактів, прийняття організаційних та управлінських рішень для своєчасного отримання та використання додаткових ресурсів для подолання медико-санітарних наслідків НС. Поняття «Взаємодія» віддзеркалює об'єднання матеріальних та людських ресурсів з метою ефективного надання медичної допомоги постраждалим [1].

При проведенні досліджень використано бібліографічний та семантичний методи наукового пізнання. Обробку даних здійснено на основі статистичних методів – зведення, групування, оцінки варіації.

Результати дослідження та їх обговорення. Розробка моделі координації національної та міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків НС передбачала визначення загальних ознак віднесення НС для системи ОЗ до міжнародного рівня. Аналіз нормативно-

правового поля з питань класифікації НС, у т.ч. постанов Кабінету Міністрів України від 15.07.1998 р. №1099 «Положення про класифікацію надзвичайних ситуацій», від 24.03.2004 р. № 368 «Про затвердження Порядку класифікації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру за їх рівнями», наказу Держстандарту України від 19.11.2001 р. №552, яким введено в дію «Державний класифікатор надзвичайних ситуацій ДК 019-2001», свідчить про відсутність у наведених документах порогових значень для НС міжнародного рівня з огляду на кількість постраждалого населення та втрати ресурсів системи ОЗ, які визначатимуть потребу звернення по допомогу до міжнародної спільноти.

Загальні ознаки віднесення НС до міжнародного рівня також не визначені в рекомендаціях провідних міжнародних організацій, що обумовило проведення певних досліджень. Так, ґрунтуючись на рекомендаціях Проекту «Сфера» для системи ОЗ визначено порогові значення НС міжнародного рівня для потенційно небезпечних територій України групи дослідження (табл. 1) [6].

Таблиця 1. Порогові значення НС природного характеру міжнародного рівня для територій групи дослідження

Напрямок, що зазнав ушкоджень	Критерії	Порогові значення потреби міжнародної допомоги, %
Питома вага втрат основних фондів охорони здоров'я потенційно небезпечних територій України	Загальний ліжковий фонд, у т.ч.	понад 77,7
	Хірургічного профілю	31
	Терапевтичного профілю	49
	Інфекційного профілю	понад 27,4
Кадрові ресурси ОЗ потенційно небезпечних територій України	Кількість постраждалих або тимчасово непрацездатних*	понад 50

Примітка: * Волинської області – 40,8%, Закарпатська область – 42,4%.

В основу розробки моделі координації національної та міжнародної допомоги покладено імітаційне моделювання залучення міжнародних ресурсів для подолання медико-санітарних наслідків НС природного характеру. В якості узагальнюючих показників, що характеризують цілісність системи, обрано час до початку надання допомоги та ступінь збільшення ресурсного забезпечення системи ОЗ уражених територій.

Опрацювання моделі передбачало певну послідовність та етапність на основі проведення багатофакторного аналізу. Кожен етап моделювання визначав деталізацію та формалізацію факторів на основі існуючого інформаційного забезпечення.

Етап I. Розробка сценарію залучення міжнародної допомоги з використанням відібраних припущень (табл. 2).

Етап II. Оцінка вразливості потенційно небезпечних територій та факторів ризику збільшення

смертності та захворюваності населення уражених територій через невідповідність ресурсів ОЗ, у т.ч. відбір ключових змінних для моделювання. До факторів ризику було віднесено: 1) неповну та несвоєчасну оцінку медико-санітарних наслідків катастрофи; 2) прийняття із запізненням рішення про направлення запиту про допомогу; 3) несвоєчасну міжнародну допомогу для проведення життязберігаючих втручань; 4) іноземні мобільні медичні формування організовані лише для надання екстреної медичної допомоги впродовж обмеженого часу. Ризик збільшення смертності та захворюваності постраждалого населення оцінено Індексом вразливості. ґрунтуючись на параметричній моделі ризику, індекс вразливості потенційно небезпечних територій України обчислено за формулою:

$$V^i = (R^i \div T^i) \times C \times I_{\text{лр}}^i,$$

де R^i – кількість загиблих, T^i – кількість травмованих, $I_{\text{лр}}^i$ – територіальний ІЛР. Значення цього

показника від 0 до 1, чим ближче до 1 – тим ступінь вразливості вищий. Для потенційно небезпечних територій України показник вразливості набуває наступних значень: Вінницька область – 0,608,

Волинська – 0,557, Львівська – 0,548, Тернопільська – 0,544, Івано-Франківська – 0,543, Закарпатська – 0,542, Чернівецька – 0,552, АРК – 0,536.

Таблиця 2. Сценарій залучення міжнародної допомоги

Дія	Час, який минув з моменту катастрофи (години)
1. Оцінка наслідків упродовж перших 10 годин після припинення впливу вражаючого фактору та визначення рівня НС	10
2. Прийняття рішення та направлення запиту про міжнародну допомогу до міжнародних організацій	Не визначено
3. Направлення міжнародної команди експертів для оцінки наслідків	12–48
4. Реагування провідних міжнародних організацій	48–72
5. Доставка допомоги ОЗ від державного кордону до осередку НС	2–6
6. Прибуття на визначене місце на ураженій території мобільного госпіталю та його розгортання	3–10
7. Початок надання медичної допомоги після прибуття	2–3
8. Розрахунковий час надходження міжнародної допомоги до початку надання медичної допомоги	77–139
8а. Розрахунковий час надходження міжнародної допомоги до осередку з моменту перетину державного кордону до початку надання медичної допомоги	7–16

Етап III. Встановлення формальної залежності між результативним показником і відібраними ключовими змінними (визначення умов кореляції). За результативну ознаку було прийнято медико-санітарні наслідки НС. У якості факторів, що впливають на результат, обрано: термін надходження допомоги, вид, обсяг та рівень донорів (міжнародні організації, міжурядові угоди, неурядові організації тощо) допомоги. Визначені фактори утворили кореляційно-регресивні залежності:

1. Кількість загиблих: $y = 6,6x^5 - 208,3x^4 + 2481,1x^3 - 13548x^2 + 32043x - 17670$, $R^2 = 0,55$;

2. Кількість травмованих та хворих із ускладненнями травми:

$$y = 2490,3x^2 - 17118x + 4117, R^2 = 0,81$$

Етап IV. Ймовірний розподіл відібраних змінних: 1) визначення обмежень можливої варіації відібраних ключових змінних; 2) встановлення ймовірнісної ваги за межами значень:

1. Рівень ресурсного забезпечення

$$y = -6,9093x^2 + 351,39x - 587,16, R^2 = 0,9792$$

2. Структурна ефективність міжнародної допомоги: землетрус – 69,58%; повінь – 62,14%.

Наведений етап ґрунтується на аналізі першочергових потреб ОЗ та складових міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків НС природного характеру.

Етап V. Генерування випадкових сценаріїв реалізації проекту з використанням відібраних допущень. Передбачає проведення імітаційного прогнозування динаміки кількості міжнародного ресурсного забезпечення системи ОЗ та

кількості постраждалих. Результати свідчать про процес випередження ресурсного забезпечення ОЗ на 40%, починаючи з шостої доби:

$$K \text{ випередження} = \frac{T_{\text{баз А}}}{T_{\text{баз В}}} = \frac{20,72}{14,82} = 1,4$$

Аналіз побудованої моделі виявив невідповідність існуючих схем реагування та часу надходження міжнародної допомоги для системи ОЗ. Досвід подолання наслідків природних катастроф свідчить про позитивну практику участі міжнародних неурядових громадських організацій (НГО) та команд волонтерів. Так, загальна кількість НГО у світі дорівнює 189, у т.ч. «Міжнародний комітет червоного хреста», який нараховує 97 млн волонтерів, «Міжнародний медичний корпус» – 4500, «Лікарі без кордонів» – 2950 волонтерів тощо, а частка наданої НГО допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків НС у сукупній структурі міжнародної допомоги при потужних землетрусах, за нашими розрахунками, становить 17,3%.

При ліквідації наслідків НС міжнародного рівня фахівці неурядових міжнародних організацій беруть участь у вирішенні низки основних завдань:

1) організації польових госпіталів для надання екстреної медичної допомоги постраждалим;

2) наданні медичної допомоги вразливим верствам населення;

3) забезпеченні ураженої системи ОЗ необхідними ресурсами, у т.ч. лікарськими засобами, виробами медичного призначення та медичним обладнанням;



Рис. 1. Модель динаміки міжнародної допомоги та кількості постраждалих

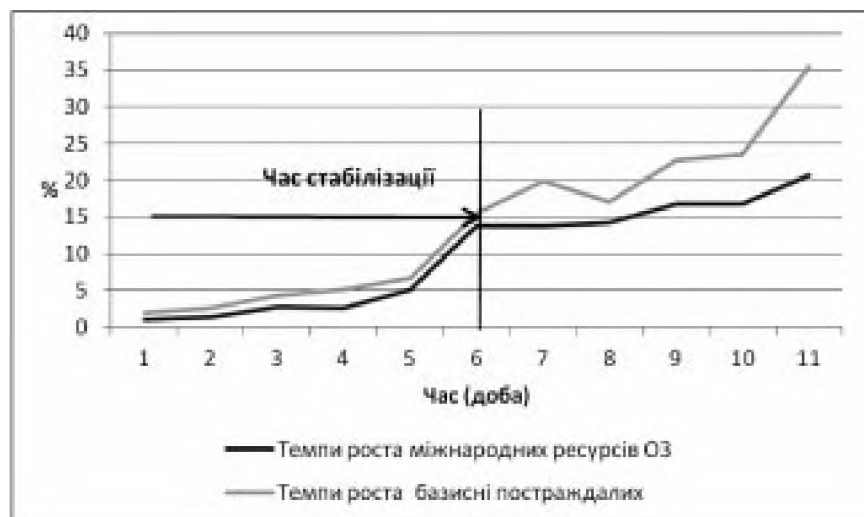


Рис. 2. Темпи зростання міжнародної допомоги та кількості постраждалих

4) координації з іншими національними та міжнародними організаціями.

Так, при землетрусах екстрену медичну допомогу серед міжнародних неурядових організацій забезпечували в 39,29% МФЧХ та представники міжнародної неурядової організації «Лікарі без кордонів» – в 21,43%. У подоланні медико-санітарних наслідків катастрофічного землетрусу 2010 р. (Гаїті) брали участь сім провідних міжнародних неурядових організацій. Лише силами «Міжнародного медичного корпусу» на уражених територіях було організовано 15 мобільних госпіталів, де щоденний прийом постраждалого населення становив понад 1000 осіб.

Механізм реагування при НС міжнародних НГО, які співпрацюють з ВООЗ, схожий з реагуванням провідних міжнародних організацій, але, за результатами наших досліджень, має певні переваги щодо можливості прискорення реагування через застосування національних комітетів

(представництв). Так, стандартна процедура реагування має ряд складових:

- мобілізація загону екстреної медичної допомоги в складі лікарів загальної практики, лікарів-хірургів, лікарів невідкладної медичної допомоги, інфекціоністів-епідеміологів, середнього медичного персоналу тощо;
- оцінка наслідків та прибуття до ураженого регіону;
- налагодження взаємодії з усіма учасниками подолання впливу катастрофи;
- проведення першочергових заходів, спрямованих на збереження життя постраждалого населення;
- підготовка та реалізація фази довготривалого перебування в регіоні та медико-санітарного забезпечення ураженого населення.

Разом з організацією надання екстреної медичної допомоги на уражених територіях мобільні медичні формування НГО розгортають Пункти первинної медико-санітарної допомоги.

Проведені розрахунки та розробка імітаційної моделі доводять доцільність включення до схеми реагування системи ОЗ національних комітетів міжнародних неурядових організацій, у т.ч. «Міжнародного Комітету Червоного Хреста та Півмісяця», «Лікарі без кордонів» тощо, що призведе до скорочення часу реагування ОЗ при подоланні медико-санітарних наслідків НС природного характеру на 24 години та збільшить ресурсне забезпечення ОЗ уражених територій на 20% (рис. 3).

Отже, впродовж гострого періоду перебігу НС природного характеру пріоритет подолання медико-санітарних наслідків катастрофи, організація екстреної медичної допомоги та проведення життє-

зберігаючих втручань належить національній системі ОЗ, проте міжнародна допомога виконує суттєву функцію ресурсної підтримки. Проведене дослідження дало змогу запропонувати методичні положення щодо розробки організаційно-функціональної моделі координації національної та міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків НС природного характеру, яка вирізняється залученням неурядових громадських та волонтерських організацій. Базисом моделі був синтез широкого спектру показників, що характеризують тяжкість НС та її наслідки, напрями національної та міжнародної координації при реагуванні системи ОЗ на природні катастрофи міжнародного рівня.

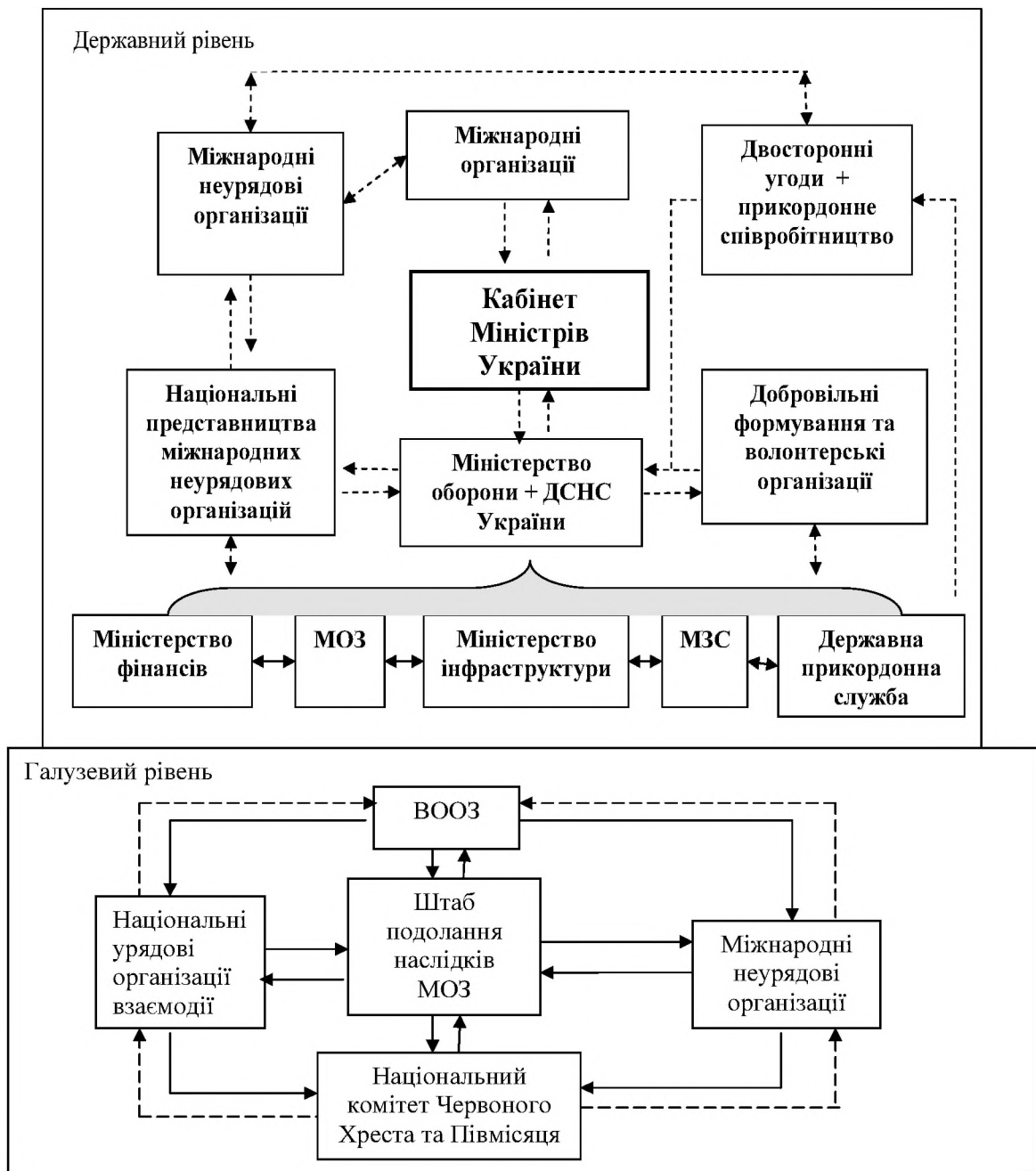


Рис. 3. Модель координації національної та міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків НС природного характеру

Підсумовуючи, слід зазначити, що власних ресурсів ОЗ України вистачає для подолання наслідків НС природного характеру, проте залучення міжнародних ресурсів скоротить час виходу з кризи та зменшить тяжкість медико-санітарних наслідків катастрофи.

Висновки

1. Визначено порогові показники звернення по міжнародну допомогу для подолання медико-санітарних наслідків НС природного характеру: втрата загальної кількості ліжкового фонду закладів ОЗ потенційно небезпечних територій України на рівні 77,7%, у т.ч. хірургічного профілю – 31%, терапевтичного – 49%, інфекційного – понад 27,4% та в разі втрати не менш ніж 50% медичного персоналу.

2. Розраховану для Волинської та Закарпатської областей НС природного характеру міжнарод-

ного рівня визначає втрата кадрових ресурсів на рівні 40,8% та 42,4% відповідно.

3. Динаміка випередження забезпечення системи ОЗ міжнародними ресурсами на 40% починається з шостої доби.

4. Доведено, що залучення провідних неурядових та волонтерських організацій скорочує термін надходження допомоги до ураженого регіону на 24 години та збільшує ресурсне забезпечення ОЗ уражених територій на 20%, що обумовлює потребу їх внесення до Планів реагування ОЗ усіх рівнів.

5. Власних ресурсів системи ОЗ України вистачає для подолання наслідків НС природного характеру, проте залучення міжнародної допомоги скорочує час виходу з кризи, що в свою чергу дозволяє зменшити медико-санітарні наслідки НС.

Список літератури

1. Аблязов Д. Е. Взаємодія та координація в державному управлінні [Електронний ресурс] / Д. Е. Аблязов // Правознавець. – 2011. – С. 42–46 – Режим доступу : <http://pravoznavec.com.ua/period/article/2550/%C4#chapter> – Назва з екрану.
2. Annual disaster statistical review 2011 the numbers and trends / Debby Guha-Sapir, Femke Vos, Regina Below, Sylvain Ponsere; WHO collaboration Centre for Research on the Epidemiology of Disaster [Electronic resource]. – Assess mode : http://cred.be/sites/default/files/2012.07.05.ADSR_2011.pdf. – Title from a screen.
3. Isabelle Rreinecke International Disaster Response Law and the Coordination of International Organisations [Electronic resource] / Rreinecke Isabelle // The ANU Undergraduate Research Journal. – 2010. – Vol. 2. – P. 143–162. – Assess mode : http://eview.anu.edu.au/anuu/vol2_10/pdf/ch09.pdf. – Title from a screen.
4. Li Hongyan (Un)natural disasters: Health Responses after Natural Hazards in Southeast Asia [Electronic resource] / Li Hongyan, Ong Suan Ee, Bill Dirodie // NTS Perspectives – 2011. – Vol. 6. – Assess mode: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/NTS_Perspectives_6.pdf. – Title from a screen.
5. Peter S Hill Effective aid in a complex environment [Electronic resource] / Peter S Hill, Scott Browna, Just Haffeld // Bulletin of the WHO. – 2011. – Vol. 89. – P. 854–854A. – doi: 10.2471/BLT.11.098285. – Assess mode : <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/12/11-098285/en/>. – Title from a screen.
6. The Sphere Project 2011 (Проект «Сфера» – Гуманитарная хартия и минимальные стандарты, применяемые при оказании помощи в случае стихийных бедствий, катастроф, конфликтов и чрезвычайных ситуаций) [Electronic resource]. – Assess mode : <http://www.ifrc.org/PageFiles/95530/The-Sphere-Project-Handbook-20111.pdf> – Title from a screen.

МОДЕЛЬ КООРДИНАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ И МЕЖДУНАРОДНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРА

О.В. Мазуренко (Киев)

Рассчитаны пороговые значения показателей чрезвычайной ситуации (ЧС) международного уровня для системы здравоохранения потенциально опасных территорий Украины. Разработана имитационная модель ресурсного обеспечения нужд здравоохранения международными ресурсами. Доказано, что динамика оказания ресурсного обеспечения опережает динамику нужд здравоохранения пострадавших регионов, начиная с шестых суток течения катастрофы.

Привлечение ведущих неправительственных и волонтерских организаций сокращает срок поступления помощи на пострадавшие территории на 24 часа и увеличивает ресурсное обеспечение здравоохранения пораженных территорий на 20%.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: чрезвычайная ситуация, международный уровень, медико-санитарные последствия, здравоохранение, международная помощь, координация, модель.

MODEL OF COORDINATION FOR NATIONAL AND INTERNATIONAL PUBLIC HEALTH RESPONSE AFTER NATURAL DISASTERS*O.V. Mazurenko (Kyiv)*

Vulnerability and threshold indexes of potentially natural disaster dangerous territories of Ukraine were calculated to address medical and sanitary consequences of natural emergency situations by asking for international support.

On the basis of simulation of the health consequences elimination in emergencies situation proved, that resource support overcoming within healthcare system by international resources begins on the sixth day. Attracting leading non-governmental and voluntary organizations will shorten aid flows in the affected areas for 24 hours and increases the healthcare resource support in affected areas by 20%.

KEY WORDS: disaster, international level, health care, health consequences, international assistance, co-ordination, model.

Рукопис надійшов до редакції 04.07.2013

Рецензент: к.е.н. Н.Т. Кучеренко

В.Л. СМІРНОВА, Н.Я. ПАНЧИШИН (Тернопіль)

РОЛЬ КЕРІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЇЇ РЕФОРМУВАННІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

У статті проаналізовані роль і вплив керівників на функціонування системи охорони здоров'я та її підрозділів в умовах реформування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: керівник, реформування, охорона здоров'я.

Існує два основні підходи у визначенні керівника. Згідно з першим, до цієї категорії належать не лише власне кадри керівників, але й персонал за фахом. Згідно з другим, до категорії керівників належать лише особи, що займають відповідну посаду та яким підпорядковуються інші члени колективу, що приймають управлінські рішення, тобто безпосередньо визначають поведінку інших людей [1;4;5].

Реформа системи охорони здоров'я в нашій країні вимагає підбору і формування керівників нового типу, здатних на практиці здійснювати цю реформу [2;6;7]. Роль і вплив керівників на функціонування системи охорони здоров'я та її підрозділів є визначальними. Саме керівники, кожен на своєму місці, є рушійною силою механізму управління, визначають рівень і стиль роботи різних ланок системи, задають темп цій роботі, визначають морально-психологічну атмосферу в колективах [3].

Мета дослідження: проаналізувати функції керівника охорони здоров'я у процесі реформування галузі.

Матеріали і методи. Досліджено офіційні статистичні матеріали МОЗ України.

Результати дослідження та їх обговорення. Значення керівника постійно зростає. Воно зумовлене такими основними причинами:

- зростаючою потребою в інтенсифікації виробництва і відповідним підвищенням питомої ваги якісних факторів зростання, радикальними зрушеннями у структурі господарчих систем;
- розширенням сфери застосування економічних методів керівництва, збільшенням числа науково обґрунтованих альтернативних варіантів управлінських рішень, ускладненням проблеми вибору серед них оптимального рішення;
- зростаючим рівнем загальної та професійної підготовки працівників, підвищенням їх інтелекту, творчої потенції та соціальної активності;

• якісними змінами у самій системі управління – розвитком демократичних засад, підвищенням зрілості колективістських стосунків за одночасного зміцнення централізованого управління.

Все це зумовлює ускладнення завдань управління, вимагає від керівника не лише всебічної освіченості та глибоких спеціальних знань, але й нового економічного мислення, що зумовлює необхідність розширення повноважень керівника за одночасного зростання його відповідальності за наслідки прийнятих рішень. Керівнику доводиться оволодівати новими формами і методами роботи, здатними забезпечити комплексне вирішення економічних і соціальних завдань.

Керівник повинен вміти створити в колективі таку моральну атмосферу, яка б сприяла ефективній діяльності і блокувала негативні фактори.

Все це повною мірою стосується і охорони здоров'я, оскільки стоїть завдання докорінного удосконалення всіх ланок медичної допомоги і покращання здоров'я людності. Це вимагає не лише підвищення рівня управління, але і якісно нових підходів до підбору і підготовки організаторів охорони здоров'я.

Визначальна місія керівника впливає з того, що він є суб'єктом управління, тобто особою, яка наділена повноваженнями приймати рішення. Керівник вирішує, що робити, і несе за це відповідальність.

Володіючи реальною владою, керівник впливає на трудовий колектив, а через нього – на характер, результати і функціонування самого об'єкта.

Отже, сучасна система управління неможлива без організуючого начала, носієм якого є керівник – ключова ланка системи управління. Він не лише презентує державу в даному колективі, але і водночас є його лідером, представником і виразником інтересів організації.

Враховуючи, що організація виробництва вимагає виключно високої трудової і виробничої дисципліни, формування згуртованого колекти-

ву, великої творчої віддачі працівників у процесі праці, роль керівника у формуванні колективної думки і спільних дій колективу є виключною. Не виняток і діяльність у сфері охорони здоров'я, адже часто громадська думка про стан медичної допомоги, її досягнення і упущення формується крізь призму сприйняття особистості головного лікаря закладу охорони здоров'я.

Керівнику доводиться виконувати різноманітні функції: адміністратора, організатора, фахівця, громадського діяча, вихователя. Виконуючи функцію адміністратора, керівник використовує свої повноваження для забезпечення діяльності системи відповідно до чинного законодавства, застосовує заходи з метою недопущення так званої «дифузії розпорядництва». Разом зі своїми помічниками він розробляє і реалізує кадрову політику – комплектує штати, здійснює підбір, навчання, розстановку і переміщення кадрів. Все це робиться таким чином, щоб виключити безвідповідальну поведінку виконавців і можливі ірраціональні конфлікти і зорієнтувати людей на інтерес до виконання свого службового обов'язку.

Як організатор, керівник створює умови, необхідні для плідної праці, цілеспрямованих і скоординованих дій підлеглих. Ця його робота вимагає чіткого розуміння мети своєї діяльності, вміння виокремити найбільш суттєві на даний час завдання, визначати передумови, методи і ресурси, необхідні для їх вирішення.

Виконуючи функцію фахівця, який професійно підготовлений та володіє знаннями і досвідом в конкретній галузі знань, керівник повинен грамотно ставити завдання, компетентно аналізувати й ефективно контролювати їх реалізацію, проводити кваліфікований інструктаж. Володіючи спеціальними знаннями, керівник вирішує завдання з меншими збоями і більшою результативністю.

Керівник є також громадським діячем і разом з громадськими організаціями приймає рішення щодо соціальних питань, сприяє громадським заходам. Він отримує різноманітну інформацію, вміле користування якою дозволяє впливати на психологічний клімат і господарчу діяльність колективу.

Виховна функція керівника органічно неподільна з його повсякденною трудовою діяльністю, оскільки для успіху в управлінні людьми треба, щоб керівник умів впливати на підлеглих не стільки силою наказу, скільки силою переконання.

Первинною матерією керівників є потенціал підлеглих і власний талант. Керівники здійснюють функції передбачення, організації, координації, мобілізації та оцінки трудових здобутків підлеглих. Сфера компетентності керівника, завдань і відповідальності є найвищою порівняно з іншими членами колективу.

На разі у вітчизняній системі охорони здоров'я наявний дефіцит команд фахівців, які змогли б стати рушійною силою розвитку як усієї галузі в цілому, так і окремих її підрозділів чи закладів зокрема. Тому одним з головних напрямків діяльності зацікавлених державних органів має стати саме підготовка відповідних спеціалістів та формування з них висококваліфікованих команд для роботи у сфері охорони здоров'я.

Висновки

1. Керівник в охороні здоров'я виконує різноманітні функції: адміністратора, організатора, фахівця, громадського діяча, вихователя.

2. До одного з головних напрямків діяльності державних органів належить підготовка та формування висококваліфікованих команд для роботи у сфері охорони здоров'я

Перспективи подальшого дослідження полягають у розробці новітніх технологій з менеджменту в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Список літератури

1. Вєденко Б. Г. Фаховість керівників медичних закладів під час реформування охорони здоров'я / Б. Г. Вєденко, В. А. Мельник // Нов. медицини и фармации. – 2011. – № 19 (391). – С. 21–22.
2. Голяченко О. М. Мій рецепт виходу із кризи української охорони здоров'я / О. М. Голяченко // Нов. медицини и фармации. – 2010. – № 17 (340). – С. 30–32.
3. Кадрова політика у реформуванні сфери охорони здоров'я : [аналіт. доп.] / Т. П. Авраменко. – К. : НІСД, 2012. – 35 с.
4. Медведовська Н. В. Сучасний стан та регіональні особливості кадрового забезпечення лікувальних закладів системи МОЗ України / Н. В. Медведовська // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 34–47.
5. Підвищення професійного рівня керівників медичних закладів – підґрунтя реформування галузі / В. М. Лобас, О. Т. Дорохова, Н. М. Адоньєва [та ін.] // Мед. освіта. – 2011. – № 3. – С. 99–101.
6. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>.

7. *Реформа охорони здоров'я в Україні: як вийти з кризи.* – К. : ВСВ «Медицина», 2010. – 80 с. – (Бібліотечка товариства «Знання»; 2010, № 3).

РОЛЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕГО РЕФОРМИРОВАНИИ

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

В статье проанализированы роль и влияние руководителей на функционирование системы здравоохранения и ее подразделений в условиях реформирования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **руководитель, реформирование, здравоохранение.**

ROLE OF HEALTH CARE LEADERS IN ITS REFORMATION

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

The role and the impact of leaders to functioning of health care system and its units in conditions of reformation have been analyzed in this article.

KEY WORDS: **leader, reformation, health care.**

Рукопис надійшов до редакції 22.06.2013 р.

Рецензент: д.мед.н., проф. О.М. Голяченко

В.В. БЕЗРУК¹, Л.В. ЯЩЕНКО², О.І. ПЕРВОЗВАНСЬКА³ (Чернівці, Київ)

СТАН ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ІМУНОЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці¹
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»²
КМУ «Міська дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці³

Гломерулонефрит – одна з найчастіших причин розвитку хронічної ниркової недостатності у дітей та підлітків. Визначена структура, захворюваність та поширеність імунзапальних захворювань у підлітків Чернівецької області. Результати дослідження дозволяють застосовувати аргументовані лікувально-реабілітаційні заходи на всіх етапах надання спеціалізованої медичної допомоги підліткам з імунзапальними захворюваннями нирок та розробити програми, спрямовані на покращення показників здоров'я та профілактику даної патології.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гломерулонефрит, захворюваність, поширеність, підлітки.

Гломерулонефрит (ГН) – це гетерогенна група імунзапальних захворювань, переважно клубочкового апарату нирок, з різною клініко-морфологічною картиною, перебігом та наслідками. На сьогодні замість ГН частіше використовується термін «гломерулопатії» для позначення сукупності різних морфологічних варіантів ГН і мембранозних нефропатій [5].

Імунзапальні захворювання нирок – це гетерогенна група захворювань з ураженням гломерулярного сегменту нефрону, до якої належать: первинні (ідеопатичні) ГН – патологія з первинним ураженням нирок, вторинні ГН – ураження нирок переважно внаслідок системних хвороб сполучної тканини та дії медикаментозних препаратів, а також швидкопрогресуючий ГН [1]. Останніми роками серед дитячого населення Чернівецької області відбулися зміни у захворюваності на ГН – спостерігається ріст нефротичної та гематуричної форм, збільшилась кількість гормонорезистентних і гормонозалежних варіантів перебігу даної патології [3;4].

Мета дослідження: виявлення регіональних особливостей захворюваності та поширеності імунзапальних захворювань нирок серед підлітків Чернівецької області.

Матеріали і методи. Вивчалися дані офіційної статистики – звітна документація про стан нефрологічної допомоги дітям Чернівецької області за період з 2008 по 2012 рр. та дані Центру медичної статистики МОЗ України щодо захворюваності та поширеності хвороб органів сечовиділення серед дитячого населення; при об-

робці використано інформаційно-аналітичний, статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення. Сучасний погляд на ГН як на одне з мультифакторних захворювань спонукає до вивчення нових предикторів його виникнення та прогресування. С.С. Костишиним та співавт. (2002), які вивчали фенотипові та нозологічні особливості у групах підлітків з 30 населених пунктів Чернівецької області, було виявлено, що підвищений рівень вологості Прут-Сіретської передгірної лісо-лучної фізико-географічної області (Вижницький, Герцаївський, Глибоцький, Сторожинецький райони) зумовлює специфічну нозологічну структуру захворювань у дітей підліткового віку, що проживають на цій території [8]. Серед хронічних захворювань перше місце належить захворюванню органів дихання (бронхіт), на другому місці – хронічний ГН та серцево-судинні захворювання (рис.).

Аналіз показників поширеності ГН серед підлітків Чернівецької області (табл. 1, 2) за період 2008–2012 рр. певним чином підтверджує імовірність впливу фізико-географічних особливостей місцевості проживання, як чинника, що може зумовлювати детермінацію розвитку ГН у дітей підліткового віку [2-7;9].

Незважаючи на нижчі від загальнодержавних показники (Україна – 0,11% за 2012 р.) поширеності і захворюваності на гострий ГН, впродовж останніх років у Чернівецькій області спостерігається негативна тенденція щодо їх збільшення серед усіх вікових груп – з 0,06% до 0,08%. Привертає увагу «неоднорідність» підвищення показників в адміністративно-територіальних одини-

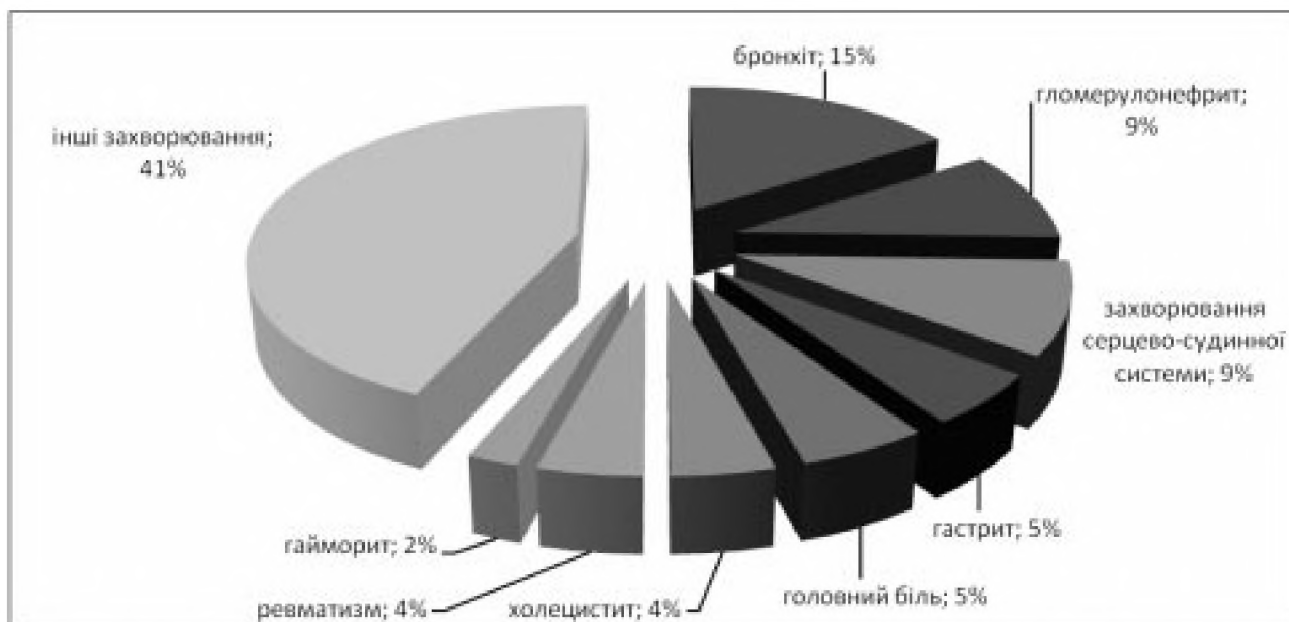


Рис. Захворюваність підлітків, що проживають на території Вижницького, Герцаївського, Глибоцького, Сторожинецького районів Чернівецької області

Таблиця 1. Динаміка поширеності та захворюваності хворобами сечостатевої системи серед дітей 0-17 років в Україні у 2010–2012 рр.

Показник	2010 р.				2011 р.				2012 р.			
	поширеність		захворюваність		поширеність		захворюваність		поширеність		захворюваність	
	абс.	на 1000 дітей	абс.	на 1000 дітей	абс.	на 1000 дітей	абс.	на 1000 дітей	абс.	на 1000 дітей	абс.	на 1000 дітей
Хвороби сечостатевої системи	458248	56,71	246370	30,49	446214	55,75	237311	29,65	431698	54,15	229211	28,75
у тому числі гострий ГН	1066	0,13	1066	0,13	1039	0,13	1039	0,13	913	0,11	913	0,11
Хронічний ГН	3233	0,4	322	0,04	2981	0,37	289	0,04	2763	0,35	300	0,04

цях області, зокрема у м. Чернівці – 0,18%, Сокирянському р-ні – 0,23%, Путильському – 0,14%, Кіцманському – 0,07%, Заставнівському – 0,09%, Хотинському – 0,08%.

Неоднозначна ситуація в області щодо показників поширеності і захворюваності на хронічний ГН. Загалом за останній п'ятирічний період спостерігається позитивна тенденція до зниження показників поширеності і захворюваності на хронічний ГН: з 0,27% при захворюваності 0,02% до 0,23% при захворюваності 0,03% (по Україні: поширеність – 0,35%; захворюваність – 0,04% за 2012 р.). Водночас у шести з 13 адміністративно-територіальних одиниць Чернівецької області спостерігається різновекторність показників серед міського та сільського дитячого населення: пере-

вищення показників у всіх вікових групах по м. Чернівці: поширеність – 0,5%, захворюваність зросла з 0,02% до 0,07%; м. Новодністровськ – поширеність 0,49%, Вижницький р-н – поширеність 0,23%, Кельменецький р-н – поширеність 0,28% (серед підлітків), Герцаївський р-н – поширеність 0,38%, Заставнівський р-н – поширеність 0,37% з ростом захворюваності до 0,18%.

Проведений аналіз статистичних даних свідчить про недостатньо активне виявлення, лікування і диспансерний нагляд за нефрологічними хворими, особливо у сільській місцевості, нечітке виконання принципів дотримання етапності надання допомоги дітям з гломерулярною патологією нирок.

Таблиця 2. Динаміка реєстрації імунізаційних захворювань нирок серед підлітків Чернівецької області (на 10000 відповідного населення) у 2008–2012 рр.

Територія	2008 р.		2009 р.		2010 р.		2011 р.		2012 р.	
	у т.ч.: гострий гломерулонефрит N00	хронічний гломерулонефрит N03	у т.ч.: гострий гломерулонефрит N00	хронічний гломерулонефрит N03	у т.ч.: гострий гломерулонефрит N00	хронічний гломерулонефрит N03	у т.ч.: гострий гломерулонефрит N00	хронічний гломерулонефрит N03	у т.ч.: гострий гломерулонефрит N00	хронічний гломерулонефрит N03
м. Чернівці	3,8	16,2	2,0	17,1	2,2	12,7	5,4	12,9	-	8,7
Вижницький	-	11,0	-	7,9	-	8,4	-	-	-	4,5
Герцаївський	-	-	-	-	6,1	-	-	6,4	-	6,6
Глибоцький	2,8	-	-	2,9	2,9	-	-	-	-	-
Заставнівський	-	-	-	4,6	-	4,8	-	5,0	-	5,1
Кельменецький	-	-	-	6,3	-	6,7	-	7,1	-	7,1
Кіцманський	-	6,9	-	7,2	3,7	3,7	3,8	3,8	-	3,8
Новоселицький	-	-	-	2,8	-	3,0	-	3,1	-	3,1
Путильський	-	16,1	-	25,1	-	17,3	8,9	-	-	26,6
Сокирянський	-	18,1	-	12,3	-	6,3	-	-	-	6,8
Сторожинецький	-	2,0	2,0	2,0	-	6,2	-	4,3	-	-
Хотинський	-	7,2	-	7,7	-	3,8	-	4,0	-	4,2
м. Новодністровськ	-	20,5	-	23,4	-	25,6	-	24,8	-	23,9
ОБЛАСТЬ	1,2	7,7	0,8	8,8	1,3	7,0	2,0	5,9		5,7

Висновки

Гломерулонефрит – одна з найбільш частих причин розвитку хронічної ниркової недостатності у дітей та підлітків. Сучасна еволюція цієї патології полягає у збільшенні частоти латентних та хронічних форм захворювання з більш раннім зниженням ниркових функцій; встановлено вплив генетичних чинників та геотериторіальних особливостей місцевості проживання.

Для покращення нефрологічної допомоги дітям (підліткам) області з імунізаційними захворюваннями нирок необхідно здійснити наступні заходи: забезпечити дотримання етапності надання нефрологічної допомоги; акцентувати ро-

боту щодо виявлення дітей (підлітків) групи ризику розвитку ГН, зокрема сільських районів Чернівецької області, та проводити їх своєчасне обстеження; організувати якісне диспансерне спостереження та дотримання планової госпіталізації у нефрологічне відділення пацієнтів (відповідно до перебігу захворювання та функції нирок).

Перспективи подальших досліджень пов'язані з виявленням факторів ризику розвитку імунізаційних захворювань у підлітків Чернівецької області з метою розробки та впровадження у практичну охорону здоров'я методів профілактики розвитку даної патології.

Список літератури

1. Дудар І. О. Імунізаційні хвороби нирок / І. О. Дудар // Medical Nature. – 2011. – № 5. – С. 23–28.
2. Медведовська Н. В. Сучасний стан здоров'я підлітків України / Н. В. Медведовська // Совр. педиатрия. – 2010. – № 6 (34). – С. 14–16.
3. Основні показники діяльності педіатричної служби в Чернівецькій області : [статист.-аналіт. дов. 2008–2010 рр.]. – Чернівці, 2011. – 328 с.
4. Основні показники діяльності педіатричної служби в Чернівецькій області : [статист.-аналіт. дов. 2010–2012 рр.]. – Чернівці, 2013. – 353 с.
5. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча нефрологія» : протокол лікування дітей з гострим та хронічним гломерулонефритом : наказ МОЗ України № 436 від 31.08.2004 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.

6. Стан здоров'я дітей 0–17 років в Україні та надання їм медичної допомоги за 2006–2008 рр. – К. : Центр мед. статистики МОЗ України, 2009. – 192 с.
7. Стан здоров'я дітей 0–17 років в Україні та надання їм медичної допомоги за 2009 рік. – К. : Центр мед. статистики МОЗ України, 2010. – 214 с.
8. Фенотипічно-нозологічні кореляції як перспективний напрямок екології людини (на прикладі мешканців різних природних зон Чернівецької області) / С. С. Костишин [та ін.] // Екологія та ноосферологія. – 2002. – Т. 12, № 3–4. – С. 94–99.
9. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – С. 65–79.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ЧЕРНОВИЦКОЙ ОБЛАСТИ

В.В. Безрук, Л.В. Ященко, О.И. Первозванская (Черновцы, Киев)

Гломерулонефрит – одна из наиболее частых причин развития хронической почечной недостаточности у детей и подростков. Определена структура, заболеваемость и распространенность иммуновоспалительных заболеваний почек у подростков Черновицкой области. Результаты исследования позволят проводить аргументированные лечебно-реабилитационные мероприятия на всех этапах оказания специализированной медицинской помощи подросткам с иммуновоспалительными заболеваниями почек и разработать программы, направленные на улучшение показателей здоровья и профилактики данной патологии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гломерулонефрит, заболеваемость, распространенность, подростки.

MORBIDITY IMMUNO-INFLAMMATORY BY THE DISEASES OF KIDNEY AMONG TEENAGERS TO CHERNIVTSI REGION

V.V. Bezruk, L.V. Yashchenko, O.I. Pervozvanska (Chernivtsi, Kyiv)

Glomerulonephritis – one of the most frequent reasons of development of chronic kidney insufficiency for children and teenagers. The structure of the incidence and prevalence of immuno-inflammatory diseases of kidney in teenagers of Chernivtsi region. The research will allow to hold the correct and reasoned medical and rehabilitation events in all stages of rendering of specialized medical care for teenagers of immuno-inflammatory diseases of kidney and to develop the programs, directed on improvement of indicators of health and prevention of disability in children.

KEY WORDS: glomerulonephritis, incidence, prevalence, teenagers.

Рукопис надійшов до редакції 18.07.2013

Рецензент: к.мед.н. О.Р. Ситенко

Д.В. ВАРИВОНЧИК, А.М. КАЛЬЧЕНКО (Київ)

ОЦІНКА НЕПРОФЕСІЙНИХ РИЗИКІВ ТА АДЕКВАТНОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ СЕРЕД ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»

Серед працівників досліджених закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) непрофесійні ризики інфікування ВІЛ формуються за рахунок статевого шляху інфікування (чол. – 56,8%, жін. – 27,8%, $p < 0,0001$) та можливого інфікування внаслідок проведення інвазивних медичних втручань в інших ЗОЗ (64,8%). Реалізація заходів щодо профілактики статевого інфікування ВІЛ є недостатньою. Лише 56,8% працівників ЗОЗ завжди при небезпечних статевих стосунках використовують презервативи, 21,8% досліджених соромляться запропонувати своєму статевому партнеру використовувати презервативи (жін. – 23,1%, чол. – 18,1%, $p < 0,01$). При збільшенні віку та зниженні рівня загальної освіти працівників використання ними презервативів під час небезпечного статевого акту знижується. Рівень добровільного та анонімного обстеження на ВІЛ серед працівників досліджених ЗОЗ є недостатнім. Лише 1/4 від досліджених працівників ЗОЗ проходили хоча б раз у житті анонімне добровільне консультування та тестування на ВІЛ. Частіше тестування проходили медичні працівники. Співвідношення між чоловіками та жінками було майже однаковим. І лише 11,1% чоловіків та 16,3% жінок, що працюють в ЗОЗ, проходили впродовж останнього року добровільне обстеження. У випадку інфекцій, які передаються статевим шляхом, вони отримали лікування ($p < 0,01$). Переважно це були медичні працівники.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ВІЛ/СНІД, ризики інфікування, медичні працівники.

Сьогодні епідемія ВІЛ/СНІДу переросла в глобальну кризу і становить одну з найбільш серйозних проблем для розвитку і соціального прогресу. У країнах, де хвороба одержала найбільше поширення, епідемія знищує досягнуті за десятиріччя результати розвитку, підриваючи економіку, створюючи загрозу для безпеки і стабільності суспільств [3].

За даними ВООЗ, зараження людини ВІЛ може відбутись як у результаті професійного, так і непрофесійного контакту зі збудником.

Професійний контакт – це контакт із кров'ю чи іншими біологічними рідинami внаслідок потрапляння їх під шкіру, на слизові оболонки чи на ушкоджену шкіру, який відбувся при виконанні службових обов'язків. Найчастіше професійний контакт можливий у медичних працівників (лікарі, середній та молодший медичний персонал, співробітники лабораторій й патолого-анатомічних відділень та судово-медичних бюро тощо), а також серед представників інших професій (військові, поліцейські/міліціонери, пожежники, рятувальники, робітники похоронних компаній тощо) [4;6;7].

Контакт непрофесійного характеру – це будь-який прямий контакт із потенційно небезпечними біологічними рідинami, які містять ВІЛ, вна-

слідок потрапляння їх на пошкоджену шкіру, слизові оболонки чи безпосередньо у вену, що відбувся у побутових умовах і не пов'язаний із професійною діяльністю:

- випадкове зараження ВІЛ у лікувальній установі, від медичного працівника чи іншого пацієнта;
- усі випадкові поодинокі контакти з кров'ю чи іншими біологічними рідинami (спермою, піхвовими виділеннями тощо), при яких існує потенційний ризик передачі ВІЛ-інфекції;
- випадкові чи навмисні укули голками, гострими предметами, інструментами, забрудненими кров'ю чи іншими біологічними рідинami, які містять ВІЛ;
- укушені рани, нанесенні ВІЛ-інфікованою людиною;
- незахищені статеві контакти із ВІЛ-інфікованою людиною чи статеві контакти із ВІЛ-інфікованою людиною, що супроводжувались зісковзуванням чи розривом презерватива;
- спільне використання шприців для введення наркотиків споживачами ін'єкційних наркотиків (разом із ВІЛ-інфікованими особами) чи вживання саморобних наркотичних речовин, забруднених біологічними рідинami, які містять ВІЛ [1;4].

Непрофесійний контакт може відбуватись у будь-якого працівника закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), але не на його робочому місці та не під час виконання ним професійних обов'язків.

На думку Міжнародної організації праці (МОП), сфера праці ідеально пристосована для організації боротьби зі СНІДом, як професійного, так і непрофесійного ризику. Важливо, щоб у цільових програмах з охорони та безпеки праці на робочих місцях враховувались місцеві умови і використовувались існуючі можливості для такої роботи [2;3;5].

Дотепер малодослідженими залишаються ризики непрофесійного ВІЛ-інфікування серед медичних працівників, що і визначило актуальність даного дослідження.

Мета дослідження: оцінити непрофесійні ризики та адекватність заходів профілактики інфікування ВІЛ серед працівників ЗОЗ України.

Матеріали і методи. Проведено анонімне опитування працівників ЗОЗ хірургічного, терапевтичного та фтизіатричного профілів м. Києва та Київської області (981 особу). Для опитування використано спеціально розроблену анкету, яка ґрунтувалась на міжнародних рекомендаціях, наведених у «Зведених практичних правилах МОП «ВІЛ/СНІД та сфера праці» (2001), «Joint ILO/WHO guidelines on health services and HIV/AIDS» (2005), «Clinical protocols for the WHO European Region: HIV/AIDS treatment and care: 13. Post-exposure Prophylaxis for HIV Infection» (2006). Результати оброблялись методами параметричної статистики, вірогідність даних визначалася з використанням коефіцієнта Стюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Частота непрофесійних ризиків інфікування ВІЛ. При аналізі отриманих у дослідженні даних визначено, що серед працівників досліджених ЗОЗ частота ризиків непрофесійного інфікування ВІЛ є найбільшою внаслідок: проведення інвазивних медичних втручань (під час надання їм медичної допомоги у інших ЗОЗ, з приводу лікувально-діагностичних та профілактичних заходів) – 47,7–62,2% досліджених та статевих контактів без презервативу (27,9–31,1%); випадкових чи навмисних травм, поранень нестерильними голками, осколками ампул, ріжучим інструментарієм (17,1–20,9%); контакту з білизною, посудом, які забруднені кров'ю чи іншими біологічними рідинами (23,2–39,7%).

При розподілі отриманих даних за статтю досліджених визначено, що серед чоловіків переважають непрофесійні ризики інфікування ВІЛ внаслідок статевих контактів без використання презервативів (чол. – 46,1%, жін. – 21,0%, $p < 0,01$). Інших значущих розбіжностей між працівниками з урахуванням їхньої статі не визначено.

Встановлено, що непрофесійні ризики інфікування ВІЛ серед працівників медичних закладів найбільші за рахунок статевих контактів без використання презервативів; у вікових групах різниці не виявлено. Те саме стосується ризику

інфікування ВІЛ за рахунок інвазивних медичних втручань непрофесійного ризику серед досліджених.

У дослідженні також визначено, що серед науковців, осіб технічного персоналу є найбільшими ризики статевого інфікування ВІЛ (81,4%), а також внаслідок проведення інвазивних медичних втручань (84,3%). Серед всіх професійних груп медичного персоналу ризики статевого інфікування ВІЛ є значно нижчими (21,1–27,3% досліджених).

Щодо ризиків непрофесійного інфікування ВІЛ серед працівників ЗОЗ різного профілю, то найбільшими ці показники є серед працівників хірургічного і терапевтичного профілю порівняно з фтизіатричним.

Таким чином, дослідженням визначено, що серед працівників ЗОЗ непрофесійні ризики інфікування ВІЛ переважно формуються завдяки низькому використанню практики «безпечного сексу». Особливо виразними ці ризики є серед осіб чоловічої статі, технічного персоналу, у віковій групі 50–59 років серед працівників хірургічного і терапевтичного профілю. Також ризики ВІЛ-інфікування можуть формуватись за рахунок інвазивних медичних втручань серед працівників обох статей, усіх професійних груп, у віці 40–59 років. Непрофесійні ризики інфікування ВІЛ внаслідок парентерального вживання психоактивних речовин чи переливання крові не є значними для працівників ЗОЗ.

Профілактика непрофесійних ризиків інфікування ВІЛ серед працівників ЗОЗ. Неспецифічна профілактика непрофесійних ризиків інфікування ВІЛ є найбільш розробленим та впровадженим в Україні напрямком боротьби з ВІЛ/СНІДом, яка ґрунтується на реалізації серед широких верств населення наступних заходів: проведенні анонімного добровільного консультування та тестування на ВІЛ; добровільного обстеження (а за необхідності – лікування) на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом, які підвищують ризик інфікування ВІЛ; впровадженні практики «безпечного сексу» з обов'язковим використанням презервативів та подолання ніяковості щодо пропонування статевому партнеру використовувати презервативи.

Проведеним дослідженням встановлено, що серед працівників ЗОЗ недостатньо використовуються заходи такої профілактики ВІЛ-інфікування. Так, лише 56,8% досліджених працівників завжди при небезпечних статевих стосунках використовують презервативи, при цьому 21,8% досліджених соромляться запропонувати своєму статевому партнеру використовувати презервативи, переважно це жінки (жін. – 23,1%, чол. – 18,1%, $p < 0,01$). Лише чверть від досліджених працівників проходила хоча б раз у житті анонімне

добровільне консультування та тестування на ВІЛ, переважно жінки (чол. – 24,1%, жін. – 24,9%, $p < 0,01$). І лише 15,0% працівників проходили впродовж останнього року добровільне обстеження, а за необхідності – лікування на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом (чол. – 11,1%, жін. – 16,3%, $p < 0,01$).

Найвищі рівні реалізації заходів профілактики статевого інфікування ВІЛ (використання презервативів та діагностика і лікування захворювань, що передаються статевим шляхом) спостерігаються серед працівників віком до 40 років і знижуються після цього віку. При цьому із віком збільшується частка осіб, які соромляться запропонувати статевому партнеру використовувати презервативи. Недостатність використання заходів профілактики статевої передачі ВІЛ особливо спостерігається серед молодших медичних сестер та технічного персоналу ЗОЗ.

Анонімне добровільне консультування та тестування на ВІЛ проходили переважно працівники віком до 50 років, які є медичними працівниками (науковці, лікарі, медичні сестри).

Що стосується реалізації індивідуальної профілактики непрофесійного інфікування ВІЛ серед працівників за стажевими групами визначено, що чим більший стаж роботи, тим частіше працівники проходять анонімне добровільне консультування та тестування на ВІЛ і частіше використовують презервативи.

Серед працівників ЗОЗ різного профілю більша вірогідність ризику інфікування ВІЛ залишається при проведенні інвазивних медичних

втручань, контакту без презервативу, незалежно від типу ЗОЗ.

За допомогою непараметричного кореляційного аналізу Спірмена визначено, що існують статистичні залежності середньої сили між віком ($r_{sp} = -0,39$, $p < 0,05$) та професійними групами працівників досліджених ЗОЗ ($r_{sp} = -0,33$, $p < 0,05$) й використанням ними презервативів для профілактики статевої передачі ВІЛ: при збільшенні віку та зниженні рівня загальної освіти їх використання знижується.

Таким чином, встановлено, що реалізація статевої профілактики інфікування ВІЛ серед працівників досліджених ЗОЗ є недостатньою, особливо серед осіб віком після 40 років, які не мають медичної освіти. Також серед цих працівників спостерігається недостатній рівень добровільного та анонімного обстеження на ВІЛ.

Висновки

Серед працівників досліджених ЗОЗ непрофесійні ризики інфікування ВІЛ формуються за рахунок статевого шляху інфікування та можливого інфікування внаслідок проведення інвазивних медичних втручань в інших ЗОЗ, особливо у віці після 40 років. При цьому недостатніми є реалізація заходів щодо профілактики статевого інфікування ВІЛ та рівень добровільного й анонімного обстеження на ВІЛ серед працівників досліджених ЗОЗ, особливо серед працівників віком після 40 років і тих, що не мають медичної освіти.

Подальші дослідження будуть спрямовані на оцінку психологічних механізмів, що формують ризики непрофесійного інфікування ВІЛ серед медичних працівників.

Список літератури

1. ВООЗ і МОП: Спільні керівні принципи ВООЗ/МОП щодо постконтактної профілактики з метою попередження інфікування ВІЛ (Женева, 2008) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/PEP/en>. – Назва з екрану.
2. ВООЗ: Здоров'я працівників: Глобальний план дій (2008–2017), 16-а Світова асамблея з питань охорони здоров'я, Женева, 23 травня 2007 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf. – Назва з екрану.
3. Лиск Ф. ВІЧ/СПИД і сфера труда. Свод практических правил МОТ по вопросу: «ВИЧ/СПИД и сфера труда» / Ф. Лиск // Глобальная программа МОТ по ВИЧ/СПИДу и сфере труда. – Женева: МОТ, 2002. – 2 с.
4. Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции // Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе : Клинические Протоколы для Европейского региона ВОЗ / под ред. И. Ерамова, С. Матич, М. Мюнз. – ВОЗ, 2006. – С. 521–552.
5. Рекомендація МОП № 200 щодо ВІЛ/СНІДу та сфери праці 2010 р. : матеріали Міжнародної конференції праці, 99-а сесія. – Женева, 2010.
6. Терц М. Медицинские работники Украины как профессиональная группа риска по ВИЧ/СПИД / М. Терц // Эпидемия ВИЧ/СПИДа. – 2007. – № 1. – С. 55–62.
7. Occupational and non-occupational post-exposure prophylaxis for HIV infection (HIV-PEP): Joint ILO/WHO Technical Meeting for the Development of Policy and Guidelines: Summary report. – Geneva, WHO, 2005.

ОЦЕНКА НЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИСКОВ И АДЕКВАТНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ СРЕДИ РАБОТНИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

Д.В. Варивончик, А.М. Кальченко (Киев)

Среди исследованных работников учреждений здравоохранения (УЗ) непрофессиональные риски инфицирования ВИЧ формируются за счет полового пути инфицирования (муж. – 56,8%, жен. – 27,8%,

$p < 0,0001$) и возможного инфицирования вследствие инвазивных медицинских вмешательств в других УЗ (64,8%). Реализация мероприятий по профилактике полового инфицирования ВИЧ недостаточна. Только 56,8% работников УЗ всегда при опасных половых отношениях используют презервативы, а 21,8% исследованных стесняются предложить своему половому партнеру использовать презервативы (жен. – 23,1%, муж. – 18,1%, $p < 0,01$). При увеличении возраста и снижении уровня общего образования работников использование ими презервативов при опасном половом акте снижается. Уровень добровольного и анонимного обследования на ВИЧ среди работников является недостаточным. Только 1/4 от исследованных работников УЗ проходили хотя бы раз в жизни анонимное добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ. Чаще тестирование проходили медицинские работники. Соотношение между мужчинами и женщинами было почти одинаковым. И только 11,1% мужчин и 16,3% женщин, работающих в УЗ, проходили в течение последнего года добровольное обследование. В случае инфекций, передающихся половым путем, они получили лечение ($p < 0,01$).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **ВИЧ/СПИД, риски инфицирования, медицинские работники.**

NONPROFESSIONAL RISK ASSESSMENT AND ADEQUACY HIV PREVENTION AMONG EMPLOYEES OF HEALTH CARE INSTITUTIONS OF UKRAINE

D.V. Varyvonych, A.M. Kalchenko (Kyiv)

Among the workers of surveyed health care facilities (HCF) unprofessional risk of HIV infection are formed by sexual transmission (men – 56.8%, women – 27.8%, $p < 0,0001$) and possible infection as a result of invasive medical interventions in other HCF (64.8%). The implementation of measures on prevention of sexual HIV infection is far from being efficient. Only 56.8% workers always use condoms for dangerous sexual relations, 21.8% examined are ashamed of proposing his/her sexual partner to use condoms (women – 23.1%, men – 18.1%, $p < 0,01$). With the aging and with the decrease of the level of general education of workers, the use of condoms by them for dangerous sexual acts decreases. The level of voluntary and anonymous HIV examination of HCF workers is not high. By the last year only 1/4 health workers of HCF were subjected to a voluntary consulting and testing on HIV at least once in their life. Health workers have been tested more frequently. The relationship between men and women was almost equal. Only 11.1% men and 16.3% women, working in HCF, were subjected to voluntary examination in the recent year. In the case of infections, transmitted by sex, they were cured ($p < 0,01$).

KEY WORDS: **HIV/AIDS, risk of infection, medical workers.**

Рукопис надійшов до редакції 01.07.2013.
Рецензент: д.мед.н., проф. Л.А. Чепелевська

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДУ ГОМЕОПАТІЇ: ТОЧКА ЗОРУ СПОЖИВАЧІВ ГОМЕОПАТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Проведене медико-соціологічне дослідження стосовно ефективності методу гомеопатії з точки зору респондентів віком від 19 до 30 років. Проаналізовано думку споживачів гомеопатичних лікарських засобів щодо ефективності методу, його безпечності, а також досвід застосування гомеопатичних препаратів при різних захворюваннях. На основі отриманих в ході дослідження даних вивчено наявність гомеопатичних лікарських засобів в аптеках різних регіонів України та уподобання респондентів щодо їх вибору.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гомеопатія, гомеопатичні лікарські засоби, медико-соціологічне дослідження.

Питання поліпшення здоров'я населення і підвищення ефективності медичного обслуговування у нашій країні були і залишаються надзвичайно актуальними [8].

Розвиток вітчизняної фармації, яка відіграє вагомий роль у сучасній системі охорони здоров'я України, ґрунтується сьогодні на Концепції Державної цільової програми «Розвиток імпортозамінних виробництв в Україні та заміщення імпортованих лікарських засобів вітчизняними, у тому числі біотехнологічними препаратами та вакцинами на 2011–2021 рр.» [5].

На сьогодні актуальним вважається створення і виробництво лікарських засобів (ЛЗ) з натуральної сировини, а також оптимізація забезпечення населення ЛЗ природного походження [2;7]. Зважаючи на це, одним з перспективних напрямків сучасної медицини, на наш погляд, є розвиток гомеопатичної фармації, адже гомеопатичні лікарські засоби (ГомЛЗ) давно зарекомендували себе як достатньо ефективні і безпечні [1;3;4;6;9;10].

Незважаючи на те, що ефективність методу гомеопатії та маркетингові аспекти забезпечення ГомЛЗ населення України вже вивчалися, вони мають на сьогодні, швидше, ретроспективне значення [6;13].

Враховуючи вищезазначене, а також те, що соціально-медичні дослідження допомагають у розв'язанні багатьох проблем медичної практики, адже розкривають перспективи удосконалення системи охорони здоров'я [12], ми провели дослідження, метою якого було проаналізувати думку респондентів віком від 19 до 30 років щодо гомеопатії як методу профілактики і лікування. Науковий інтерес до вивчення думки цієї вікової групи населення був зумовлений тим, що, за да-

ними вітчизняних науковців, саме особи віком від 21 до 30 років найчастіше є споживачами гомеопатичних лікарських засобів [6].

Мета дослідження:

1. Виявити частоту застосування методу гомеопатії респондентами, їхніми родичами, знайомими.
2. Вивчити ефективність гомеопатичного методу при різних захворюваннях, його безпечність на основі досвіду респондентів, їхніх родичів і знайомих.

3. Встановити наявність ГомЛЗ в аптеках, їхню доступність за ціною, безпечність, переважне уподобання респондентами, а також їхніми родичами і знайомими, ГомЛЗ вітчизняних чи зарубіжних виробників.

Матеріали і методи. Для проведення даного соціологічного дослідження була розроблена програма, яка включала етапи визначення об'єкта і предмета дослідження, визначення генеральної сукупності і формування репрезентативної вибірки, розробку інструменту дослідження (анкети) [11], його апробацію і корекцію, збір, обробку та аналіз даних, оцінку результатів дослідження.

Дизайн дослідження характеризувався такими параметрами:

- об'єктом дослідження була думка респондентів (студентів 4, 5, 6 курсів вищих навчальних медичних закладів України) щодо гомеопатії як методу профілактики і лікування;
- місце збору даних – Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (Київ), Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Одеський національний медичний університет, Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського (Сімферополь), Донецький національний медичний університет імені М. Горького (табл.);

- інструмент збору даних – анкета;
- термін проведення анкетування – грудень 2011 р. – листопад 2012 р.;
- метод збору даних – безповоротне вибіркове анонімне письмове опитування (кожен респондент заповнював анкету лише один раз).

Отримано 1754 анкети, з яких відібрано і опрацьовано 1697 якісно заповнених анкет.

Слід зазначити, що на деякі питання анкети респонденти мали можливість давати одразу кілька відповідей, тому сума відсотків не завжди дорівнювала 100.

Таблиця. Розподіл респондентів за місцем навчання

Навчальний заклад	Кількість респондентів
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова	440
Донецький національний медичний університет імені М. Горького	165
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (Київ)	253
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького	211
Одеський національний медичний університет	287
Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського (Сімферополь)	341
Разом	1697

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз анкет, які було отримано під час проведення цього медико-соціологічного дослідження, показав, що 560 (33,0%±1,1%) респондентів навчалися на 4 курсі зазначених медичних університетів, 565 (33,3%±1,1%) респондентів – на 5 курсі, 572 (33,7%±1,1%) респондента – на 6 курсі. Достовірних відмінностей щодо кількості опитаних респондентів у розрізі курсів навчання не виявлено.

За статтю студенти розподілилися наступним чином: 507 чоловіків (29,9%±1,1%) і 1190 (70,1%±1,1%) жінок, тобто чоловіків було в 2,35 разу менше ($p < 0,001$).

Половина респондентів мали вік 21–22 роки – 50,1%±1,2%; вік 23–24 роки мали 21,9%±1,0% опитаних, 19–20 років – 16,9%±0,9%, 25 років і старше – 6,9%±0,6%.

Проведене дослідження передусім дозволило з'ясувати, чи доводилося самим респондентам особисто використовувати метод гомеопатії для лікування. Виявилось, що 68,6%±1,1% респондентів не використовували ніколи гомеопатію, а 31,4%±1,1% застосовували цей метод лікування ($p < 0,001$). Встановлено, що достовірно частіше застосовували метод гомеопатії жінки, ніж чоловіки: 33,6%±1,4% проти 26,2%±2,0% ($p < 0,05$). Також встановлено, що найчастіше застосовувалися комплексні гомеопатичні препарати (у 55,5%±2,2% випадків), достовірно рідше (у 26,5%±1,9% випадків) – однокомпонентні препарати ($p < 0,001$) і дуже рідко (в 5,3%±1,0% випадків) – антигомотоксичні препарати (рис. 1). Респонденти-жінки в 3,7 разу частіше використовували комплексні гомеопатичні препарати, ніж чоловіки, і в 2,4 разу частіше – однокомпонентні гомеопатичні препарати.

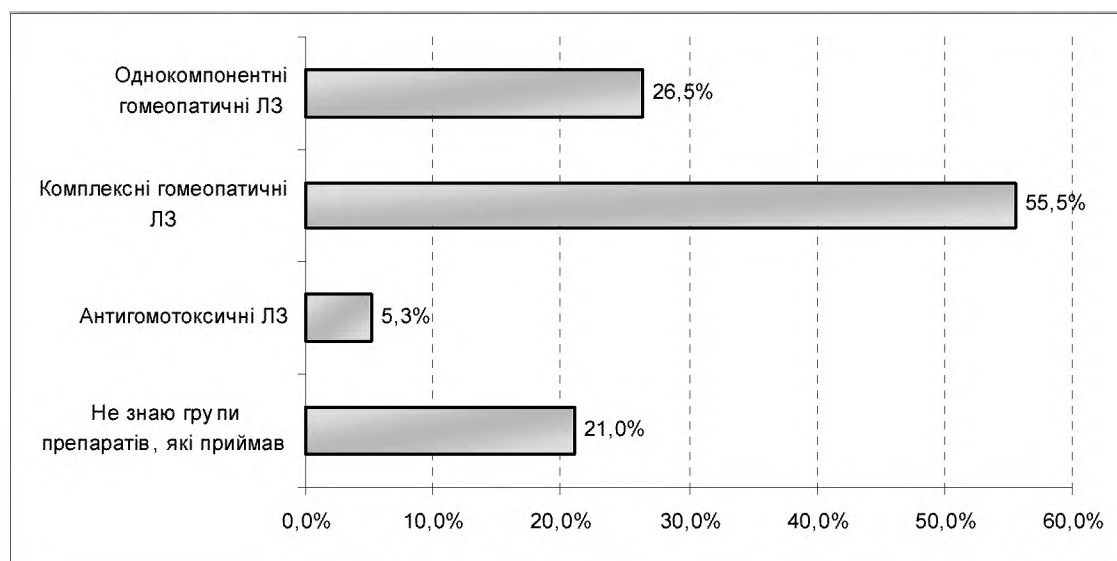


Рис. 1. Структура гомеопатичних лікарських засобів, застосовуваних респондентами

Вивчення питання про використання гомеопатичних засобів родичами та/або знайомими респондентів розкрило факт застосування такого лікування в $41,3\% \pm 1,2\%$ випадків проти невикористання гомеопатичного лікування ними в $58,7\% \pm 1,2\%$ випадків ($p < 0,001$). Родичами та/або

знайомими респондентів, за даними цього дослідження (рис. 2), також достовірно частіше ($p < 0,001$) використовувалися комплексні гомеопатичні препарати (у $39,9\% \pm 1,8\%$ випадків) порівняно з однокомпонентними ($15,5\% \pm 1,4\%$) та антигомотоксичними ($5,7\% \pm 0,9\%$).

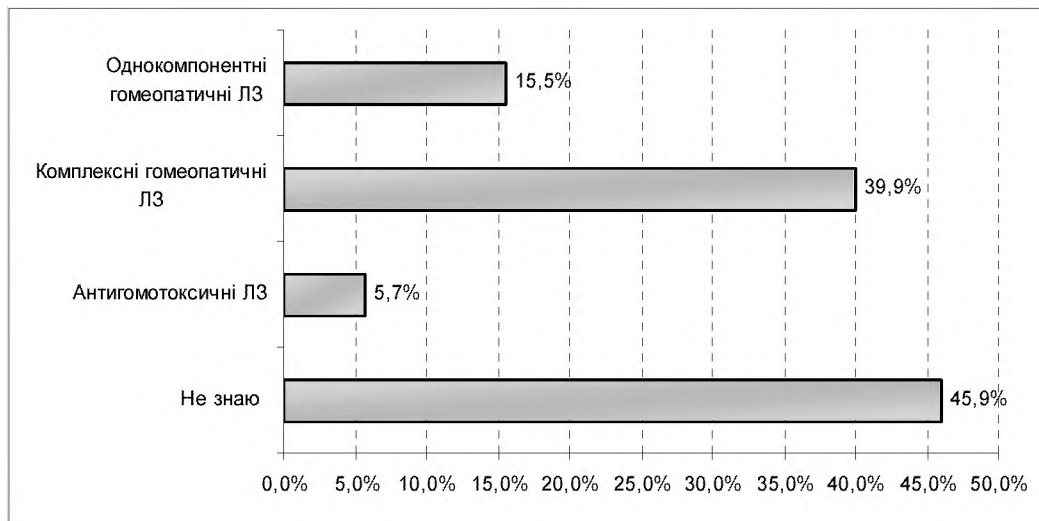


Рис. 2. Структура застосування гомеопатичних лікарських засобів родичами/знайомими респондентів

Вивчення думки респондентів щодо ефективності лікування показало наступне. Як високоефективний метод лікування оцінили гомеопатію тільки $5,8\% \pm 1,0\%$ респондентів, як ефективний – $52,5\% \pm 2,2\%$ респондентів і як неефективний – $9,4\% \pm 1,3\%$. Відповідь «важко відповісти» дали $32,3\% \pm 2,0\%$ респондентів. У розрізі даного дослідження (рис. 3) достовірних відмінностей у відповідях на це питання не

виявлено, проте спостерігались такі тенденції: респонденти-жінки частіше вважали гомеопатію ефективним методом порівняно з чоловіками ($54,2\% \pm 2,5\%$ проти $47,4\% \pm 4,3\%$) та водночас рідше оцінювали гомеопатію як неефективний та високоефективний метод лікування порівняно з респондентами-чоловіками (відповідно $8,3\% \pm 1,4\%$ проти $12,8\% \pm 2,9\%$ і $5,3\% \pm 1,1\%$ проти $7,5\% \pm 2,3\%$).

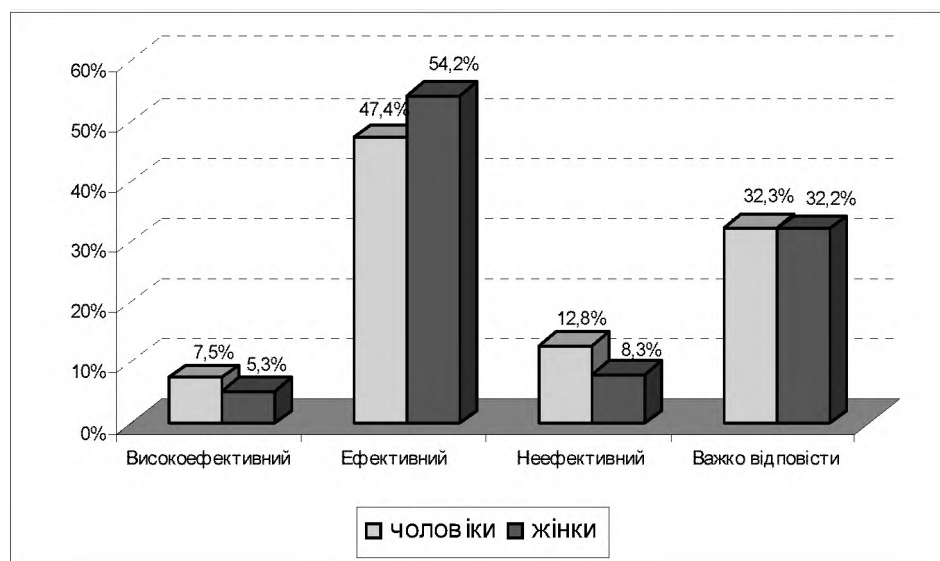


Рис. 3. Оцінка респондентами ефективності методу гомеопатії за власним досвідом

Подібні тенденції було знайдено в цьому дослідженні щодо оцінки ефективності гомеопатичного лікування родичами та/або знайомими

респондентів: $6,4\% \pm 0,9\%$ оцінили його як високоефективне, $49,2\% \pm 1,9\%$ – як ефективне і $10,0\% \pm 1,1\%$ – як неефективне.

Така ж ситуація зберігається й при аналізі оцінки ефективності гомеопатичного лікування родичами/знайомими респондентів у розрізі статі. Проте слід зазначити, що респонденти-жінки достовірно частіше ($p < 0,05$) порівняно з чоловіками відмічали, що їх родичі/знайомі оцінюють метод гомеопатії як ефективний – $52,0\% \pm 2,2\%$ проти $41,0\% \pm 3,7\%$. Протилежна тенденція виявлена щодо оцінки методу гомеопатії як вискооефективного – респонденти-чоловіки у цьому випадку частіше жінок ($p > 0,05$) зазначали саме таку оцінку їхніми родичами/знайомими: $9,5\% \pm 2,2\%$ проти $5,4\% \pm 1,0\%$. Неефективним достовірно частіше вважали метод гомеопатії $14,6\% \pm 2,6\%$ родичів(знайомих) респондентів-

чоловіків проти $8,4\% \pm 1,2\%$ родичів/знайомих респондентів-жінок ($p < 0,05$).

Вивчення ефективності гомеопатичного лікування виявило, що $74,8\% \pm 1,1\%$ респондентів відмічають найбільшу ефективність методу гомеопатії при використанні його з метою профілактичного лікування; $20,0\% \pm 1,0\%$ респондентів зазначають його ефективність при лікуванні гострих захворювань. Точка зору респондентів щодо ефективності гомеопатичного лікування хронічних захворювань різних органів і систем відображена на рис. 4. В ході соціологічного дослідження виявлено, що респонденти-жінки достовірно частіше відзначали ефективність гомеопатичного лікування при захворюваннях нервової системи, ніж чоловіки ($20,8\% \pm 1,2\%$ і $16,6\% \pm 1,7\%$ відповідно).

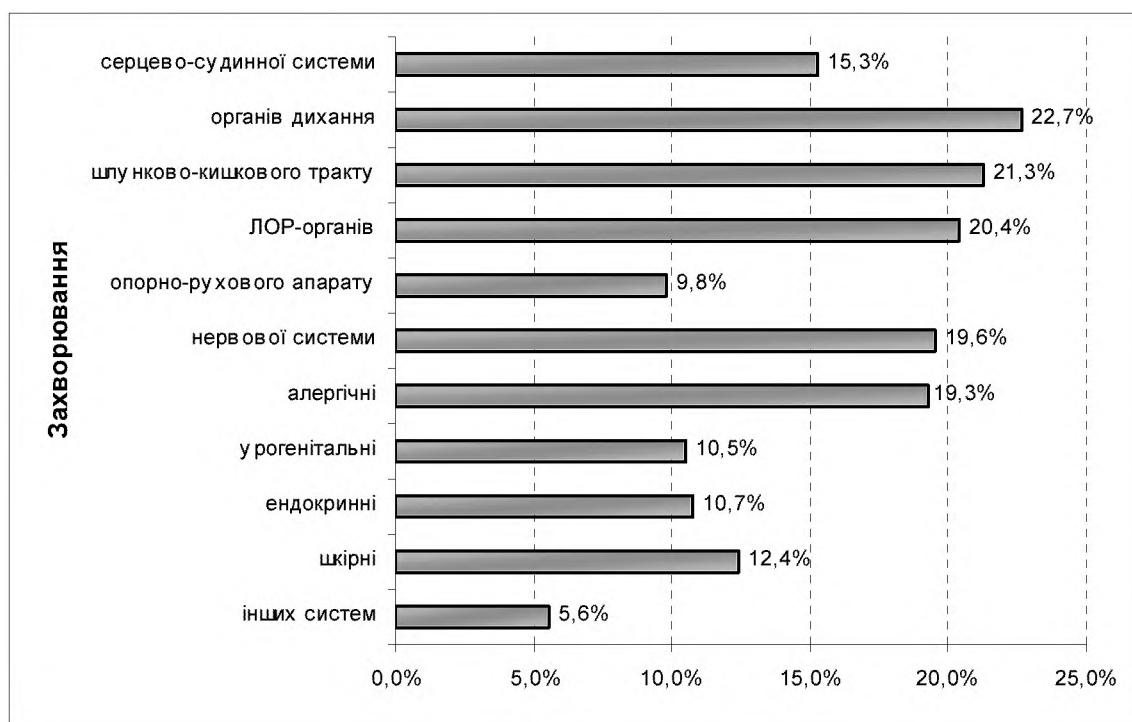


Рис. 4. Аналіз думки респондентів щодо ефективності методу гомеопатії при лікуванні хронічних захворювань

При вивченні питання щодо побічних ефектів ГомЛЗ отримано негативну відповідь у $84,4\% \pm 1,6\%$ випадків. $75,6\% \pm 1,6\%$ респондентів зазначили відсутність таких побічних ефектів за досвідом родичів та/або знайомих. При дослідженні наявності побічних ефектів у разі застосування ГомЛЗ респондентами чоловіками і жінками виявлено ідентичні тенденції. Проте знайдено достовірні відмінності за показниками у розрізі статі. Так, респонденти-жінки порівняно з респондентами-чоловіками частіше відмічали відсутність побічних ефектів при використанні гомеопатичних лікарських засобів: $87,2\% \pm 1,7\%$ проти $75,9\% \pm 3,7\%$ ($p < 0,05$).

Подібні тенденції у розрізі статі було знайдено при аналізі відповідей респондентів на питання

щодо спостереження побічних ефектів при застосуванні гомеопатичних лікарських засобів рідними та/або знайомими респондентів чоловіків і жінок.

Аналіз відповідей респондентів на питання «При використанні яких гомеопатичних ліків Ви спостерігали побічні дії?» виявив наступне: однакова кількість респондентів ($3,19\% \pm 0,8\%$) вказала однокомпонентні гомеопатичні препарати і комплексні гомеопатичні препарати і дуже мало респондентів ($1,31\% \pm 0,5\%$) вказали на антигомотоксичні препарати. $8,63\% \pm 1,2\%$ респондентів зазначили, що їм «важко відповісти на це питання».

Аналіз відповідей респондентів на питання «При використанні яких гомеопатичних ліків Ваші рідні/знайомі спостерігали побічні дії?» показав

наступне. Виникнення побічної дії при використанні однокомпонентних гомеопатичних препаратів зазначили 3,00%±0,6% респондентів, комплексних гомеопатичних препаратів – 3,99%±0,7%, антигомотоксичних препаратів – 1,00%±0,4%. Не змогли відповісти на це питання 17,4%±1,4% респондентів.

Щодо питання про наявність в аптеках гомеопатичних препаратів 43,1%±1,2% респондентів (без достовірних відмінностей за статтю) відповіли, що ГомЛЗ завжди є в аптеках їхнього міста. Водночас 16,1%±0,9% дали негативну відповідь на це питання і 40,8%±1,2% відповіли, що не знають.

Констатовано уподобання респондентами вітчизняних ГомЛЗ – у 26,8%±1,9% випадків та препаратів іноземного виробництва – у 55,7%±2,2 % випадків, без достовірних відмінностей у розрізі статі.

Встановлено, що причина достовірно частішого вибору зарубіжних ГомЛЗ порівняно з вітчизняними полягає у впевненості респондентів у їхній високій ефективності (37,5%±2,1%), відсутності побічних ефектів (21,6%±1,8%), доступності за ціною (17,8%±1,7%), постійній наявності їх в аптеках (23,6%±1,8%).

Достовірних відмінностей при аналізі цієї думки респондентів у розрізі статі не виявлено. Як респонденти-чоловіки, так і респонденти-жінки підкреслили високу ефективність іноземних гомеопатичних препаратів (42,1%±4,3% і 36,0%±2,4% відповідно); їх постійну наявність в аптеках (18,8%±3,4% і 25,3%±2,2%); доступність за ціною (14,3%±3,0% і 19,0%±2,0%); відсутність побічних ефектів (23,3%±3,7% і 21,0%±2,0%).

Висновки

1. Досвід застосування методу гомеопатії мали 31,4%±1,1% респондентів та 41,3%±1,2% їхніх родичів/знайомих. Переважна більшість респондентів (55,5%±2,2%) застосовувала для лікування комплексні гомеопатичні лікарські засоби.

2. Ефективним методом лікування вважають гомеопатію 52,5%±2,2% респондентів; 5,8%±1,0% – високоефективною і тільки 9,4%±1,3% – неефективною. Про ефективність гомеопатії з досвіду родичів і знайомих зазначили 49,2%±1,9% респондентів, високу ефективність – 6,4%±0,9%, неефективність – 10,0%±1,1%.

3. За результатами дослідження найбільшу ефективність методу гомеопатії респонденти відзначали при використанні його з метою профілактичного лікування (74,8%±1,1%). При лікуванні гострих захворювань ефективність методу гомеопатії зазначили 20,0%±1,0% респондентів.

4. При лікуванні хронічних захворювань респонденти спостерігали ефективність методу гомеопатії частіше при патології органів дихання, шлунково-кишкового тракту, алергічних захворюваннях і патології нервової системи. На відсутність побічних ефектів при застосуванні гомеопатичних лікарських засобів вказали 84,4%±1,6 % респондентів з власного досвіду і 75,6%±1,6% – з досвіду своїх рідних/знайомих.

4. Постійну наявність гомеопатичних лікарських засобів в аптеках свого міста зазначили 43,1%±1,2% респондентів. Достовірно більше споживачів (55,7%±2,2%) надають перевагу гомеопатичним лікарським засобам іноземних виробників, оскільки вважають їх високоефективними. Серед інших чинників прихильності до іноземних гомеопатичних препаратів респонденти передусім зазначають їх постійну наявність в аптеках, відсутність побічних ефектів та доступність за ціною.

Перспективи подальших досліджень полягають в аналізі та використанні результатів, отриманих при анкетуванні інших вікових та соціальних груп населення, яке проводилося в рамках цього медико-соціологічного дослідження, з висвітленням їх у науковій літературі.

Список літератури

1. Бадья Л. М. Комплексные гомеопатические препараты / Бадья Л. М. – К. : ООО «ДСГ Лтд»; ЗАО «Национальный Гомеопатический Союз», 2002. – 40 с.
2. Віртуальний скринінг як методологія наукомістких технологій пошуку нових лікарських засобів / Р. Б. Лесик, Б. П. Громовик, Д. В. Атаманюк, В. М. Ябчанка // Фармац. журн. – 2004. – № 6. – С. 66–75.
3. Гарник Т. П. Современное развитие гомеопатии как метода комплементарной и альтернативной медицины / Т. П. Гарник, Т. Н. Козыменко, Л. Н. Киркилевская // Фітотерапія. Наук.-практ. часоп. – 2008. – № 2. – С. 3–7.
4. Гуцол Л. П. Основы гомеопатії : [навч. посібн. для студентів вищих мед. навч. закладів IV рівня акред.] / Л. П. Гуцол. – Вінниця : Нова Книга, 2011. – 344 с.
5. Концепція Державної цільової програми «Розвиток імпортозамінних виробництв в Україні та заміщення імпортованих лікарських засобів вітчизняними, у тому числі біотехнологічними [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/78579>. – Назва з екрану.
6. Мнушко З. Н. Гомеопатические лекарственные средства глазами потребителей / З. Н. Мнушко, И. А. Грекова // Провизор. - 2000. - № 4. - С. 16-19.
7. Мониторинг отношения потребителей к применению препаратов растительного происхождения / Б. П. Громовик, Е. В. Юрченко, С. С. Павлычко, В. П. Попович // Провизор. – 2000. – № 14. – С. 14–16.

8. Москаленко В. Ф. Реформування систем охорони здоров'я: сучасний погляд [Електронний ресурс] / В. Ф. Москаленко // Сх.-європ. журн. громадського здоров'я. – 2008. – № 3. – Режим доступу : http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Chem_Biol/Sigz/2008_3/PH_N3_2008_9.pdf. – Назва з екрану.
9. Мощич О. П. Гомеопатія – ефективна система терапії, профілактики і адаптації / О. П. Мощич // Матеріали наук. симп. з міжнар. уч. [«Нетрадиційні методи лікування (натуропатія) з позицій доказової медицини»], (м. Київ, 16 бер. 2013 р.). – К., 2013. – С. 52–54.
10. Мощич О. П. Місце гомеопатії в медичній практиці, історичні, методологічні аспекти і перспективи / О. П. Мощич // Укр. гомеопат. щорічник. – Т. 8. – Одеса : Астропринт, 2005. – С. 33–39.
11. Організація соціологічних опитувань пацієнтів/їх представників і медичного персоналу в закладах охорони здоров'я : [метод. реком.] / Горачук В. В., Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г. [та ін.]. – К., 2012. – 21 с.
12. Слабкий Г. О. Стан і перспективи розвитку соціально-медичних досліджень в Україні [Електронний ресурс] / Г. О. Слабкий // Сх.-європ. журн. громад. здоров'я. – 2008. – № 3. – Режим доступу : http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Chem_Biol/Sigz/2008_3/PH_N3_2008_10.pdf. – Назва з екрану.
13. Стан вітчизняного ринку монокомпонентних гомеопатичних лікарських засобів та напрямки його оптимізації / О. Ю. Сергеева, С. О. Тихонова, О. І. Тихонов, С. В. Хіменко // Вісн. фармації. – 2007. – № 4. – С. 63–67.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА ГОМЕОПАТИИ: ТОЧКА ЗРЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Л.П. Гуцол (Винница)

Проведено медико-соціологічне дослідження щодо ефективності методу гомеопатії з точки зору респондентів в віці від 19 до 30 років. Проаналізовано думку споживачів гомеопатичних лікарських засобів щодо ефективності методу, його безпеки, а також досвід застосування гомеопатичних препаратів при різних захворюваннях. На основі отриманих в ході дослідження даних вивчено наявність гомеопатичних лікарських засобів в аптеках різних регіонів України та переваги респондентів щодо їх вибору.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гомеопатия, гомеопатические лекарственные средства, медико-социологическое исследование.

THE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF HOMOEOPATHY: THE HOMOEOPATHIC MEDICINES CONSUMERS' POINT OF VIEW

L.P. Hutsol (Vinnytsia)

Medical and sociological research on the effectiveness of homeopathy method is carried out from the point of view of respondents in the age from 19 till 30 years. Opinion of consumers of homeopathic medicines on effectiveness of the method, its safety, and also experience of application of homeopathic medicines at various diseases have been analysed. On the basis of the data received during research presence of homeopathic medicines in pharmacies of different regions of Ukraine and preference of respondents for their choice has been investigated.

KEY WORDS: homoeopathy, homoeopathic medicines, medical and sociological investigation.

Рукопис надійшов до редакції 30.07.2013 р.
Рецензент: д.мед.н., проф. О.М. Голяченко

О.Б. КОЩИНЕЦЬ (Івано-Франківськ)

ІНДИКАТОРИ ЗНИЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГЛАУКОМУ З ПІЗНИМИ СТАДІЯМИ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України

Дослідження проводилось на базі офтальмологічних відділень стаціонарів трьох центральних районних лікарень Івано-Франківської області. Опитано репрезентативну групу 515 осіб, яких за важкістю глаукоматозного ураження поділено на дві основні групи: 347 хворих з I–II (початковими) стадіями первинної глаукоми та 168 пацієнтів з III–IV (пізними) стадіями захворювання. Доведено, що розвиток незворотних змін зорових функцій при пізніх стадіях глаукоми взаємопов'язаний із суттєвим погіршенням якості життя, основними індикаторами якого є обмеження повсякденної активності (OR=7,33; 95%CI: 3,90–13,79); низька самооцінка здоров'я (OR=4,54; 95%CI: 2,74–7,53); соціальна ізоляція, яка проявляється самотністю (OR=2,64; 95%CI: 1,92–3,62) та відмовою від активного громадського життя (OR=1,79; 95%CI: 1,21–2,65); поглиблення відчуття тривоги і депресії (OR=2,34; 95%CI: 1,45–3,78) та соціальної незахищеності (OR=2,28; 95%CI: 1,38–3,76). Не одержано достатніх доказів щодо взаємозв'язку якості життя власне хворих на глаукому із загальним низьким у соціумі рівнем матеріального добробуту, задоволеністю життєвою ситуацією і досягненнями. Отримані результати свідчать про потребу хворих на глаукому з III–IV стадіями, особливо самотніх, в соціальній та психологічній допомозі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: первинна глаукома, якість життя.

Якість життя (ЯЖ) – це інтегральна оцінка фізичного, психічного і соціального функціонування хворого, яке ґрунтується на його суб'єктивних відчуттях [1;5-8]. У сукупності ці три компоненти визначають здоров'я людини. Тому перед сучасними системами охорони здоров'я стоїть завдання не тільки надавати медичну допомогу з метою відновлення втрачених функцій, але й поліпшувати ЯЖ та самопочуття пацієнтів [6].

Згідно з ВООЗ, критеріями ЯЖ є: фізичні (енергійність, втома, фізичний дискомфорт, сон і відпочинок); психологічні (самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення); ступінь незалежності (повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування); життя в суспільстві (соціальна активність, соціальні зв'язки, дружні зв'язки, суспільна значущість, професіоналізм); навколишнє середовище (житло та побут, безпека, дозволя, доступність інформації, екологія: клімат, забрудненість, густонаселеність); духовність і особисті переконання [4-6;8;9].

Відомо, що у хворих ЯЖ загалом є гіршою, ніж у здорових. У цьому контексті особливе значення має глаукома, як важке хронічне захворювання, що займає одне з провідних місць серед причин сліпоти і послаблення зору в усьому світі [4;8;10-12]. За даними деяких наукових досліджень, наявність зорових порушень має більший вплив на зниження ЯЖ, ніж симптоми серцево-судинних захворювань, у тому числі тих, що становлять реальну загрозу для життя [1;8].

Вивчення ЯЖ хворих на глаукому є важливим критерієм ефективності лікування та відображення потреби у медичній та соціальній допомозі, особливо на пізніх стадіях захворювання.

Метою дослідження стало визначення основних параметрів ЯЖ хворих на первинну глаукому залежно від стадії захворювання.

Матеріали і методи. За спеціально розробленою програмою на підставі міжнародного стандартизованого запитальника ЯЖ (NEI-VFQ) [4], адаптованого до завдань дослідження, на базі офтальмологічних відділень стаціонарів трьох центральних районних лікарень Івано-Франківської області обстежили репрезентативну групу 515 осіб, хворих на первинну глаукому. За важкістю глаукоматозного ураження поділили їх на дві основні групи: 347 респондентів з I–II (початковими) стадіями первинної глаукоми та 168 хворих на глаукому з III–IV (пізними) стадіями захворювання. Крім того, обстежених ділили за статтю, віком (до 55, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80 років і старші) та за місцем проживання (міські чи сільські мешканці).

Вивчали категорійний розподіл у досліджуваних групах таких критеріїв ЯЖ, як: психологічні (самооцінка, негативні переживання); ступінь незалежності (повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування); життя в суспільстві (соціальна активність, сімейний стан, громадські зв'язки, суспільна значущість, самоактуалізація); навколишнє середовище (задоволеність власним добробутом та його об'єктивний рівень).

Для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного

чинника на 100 обстежених і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію хі-квадрат (χ^2) [3].

Для вивчення впливу окремих чинників на формування пізніх стадій глаукоми використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI). Якщо 95% CI містив одиницю, то вплив досліджуваного чинника розцінювався як несуттєвий [2].

Результати дослідження та їх обговорення. Враховуючи, що в медицині ЯЖ насамперед асоціюється із здоров'ям («health-related quality of life» [9]), на наш погляд, одним з найважливіших її індикаторів є суб'єктивна оцінка хворими власного здоров'я. У нашому дослідженні встановлено, що тільки $9,6 \pm 1,3\%$ опитаних хворих на глаукому вважають своє здоров'я добрим. Правда, більшість опитаних ($75,2 \pm 1,9\%$), незалежно від статі та місця проживання ($p > 0,05$), вважають свій стан здоров'я задовільним. Однак частка тих, хто повністю не задоволений станом свого здоров'я, досить суттєва – $15,2 \pm 1,6\%$. Логічно, що частка невдоволених зростає з віком ($p < 0,001$) до третини ($30,3 \pm 4,9\%$) респондентів

у віці понад 80 років. Вірогідно, це пов'язано не тільки з наявністю глаукоми, але й з іншими хронічними захворюваннями, притаманними людям похилого віку.

Як видно з рис. 1, інтенсивність зорових порушень суттєво впливає на самооцінку здоров'я загалом ($p < 0,001$). Так, серед осіб з III–IV стадіями глаукоми тільки $6,0 \pm 1,8\%$ оцінили свій стан здоров'я як добрий, в той час як у групі з I–II стадіями захворювання таких було $11,3 \pm 1,7\%$ відповідно. І навпаки, третина респондентів з пізніми стадіями глаукоми вважала своє здоров'я незадовільним ($29,3 \pm 3,5\%$), що утричі частіше, ніж хворі з початковими стадіями ($8,4 \pm 1,5\%$). За допомогою розрахунку показника відношення шансів доведено, що наявність пізніх стадій глаукоми збільшує й шанси низької самооцінки здоров'я ($OR = 4,54$; $95\% CI$: $2,74-7,53$).

Низьку самооцінку здоров'я часто супроводжує тривога та депресія. Встановлено, що серед респондентів досить поширеними були скарги на наявність дистресів у їхньому житті. Стабільне відчуття тривоги та депресії, незалежно від віку, статі, місця проживання ($p > 0,05$), супроводжувало практично кожного шостого хворого на глаукому ($16,1 \pm 1,6\%$), а у абсолютної більшості ($78,6 \pm 1,8\%$) опитаних воно виникало час від часу.

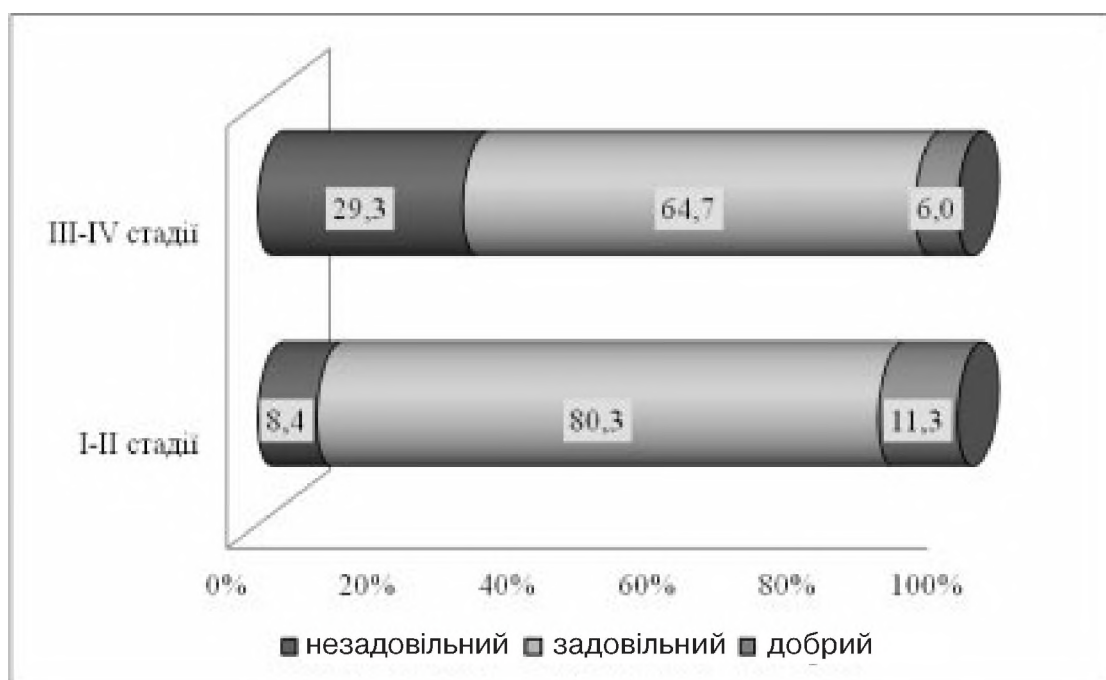


Рис. 1. Самооцінка стану здоров'я респондентами досліджуваних груп

Водночас у хворих на глаукому з пізніми стадіями скарг на постійні часті стреси (рис. 2) зареєстровано удвічі більше – $24,4 \pm 3,3\%$ порівняно із $12,1 \pm 1,8\%$ хворих з початковими стадіями ($p < 0,001$). Очевидно, визнання невиліковності захворювання і страх можливої втрати зору викликає негативні емоції, збільшує шанси тривоги та депресії ($OR = 2,34$; $95\% CI$: $1,45-3,78$).

Ще одним важливим критерієм ЯЖ є індекс соціальної активності – відвідування знайомих, друзів та людей, з якими об'єднують спільні інтереси (гуртка, товариства, церкви тощо). З одного боку, це зменшує відчуття самотності і є позитивним в плані соціальної підтримки, з іншого – проявляє рівень потреби хворих у соціальній допомозі. У цьому плані достатньо несприятливими

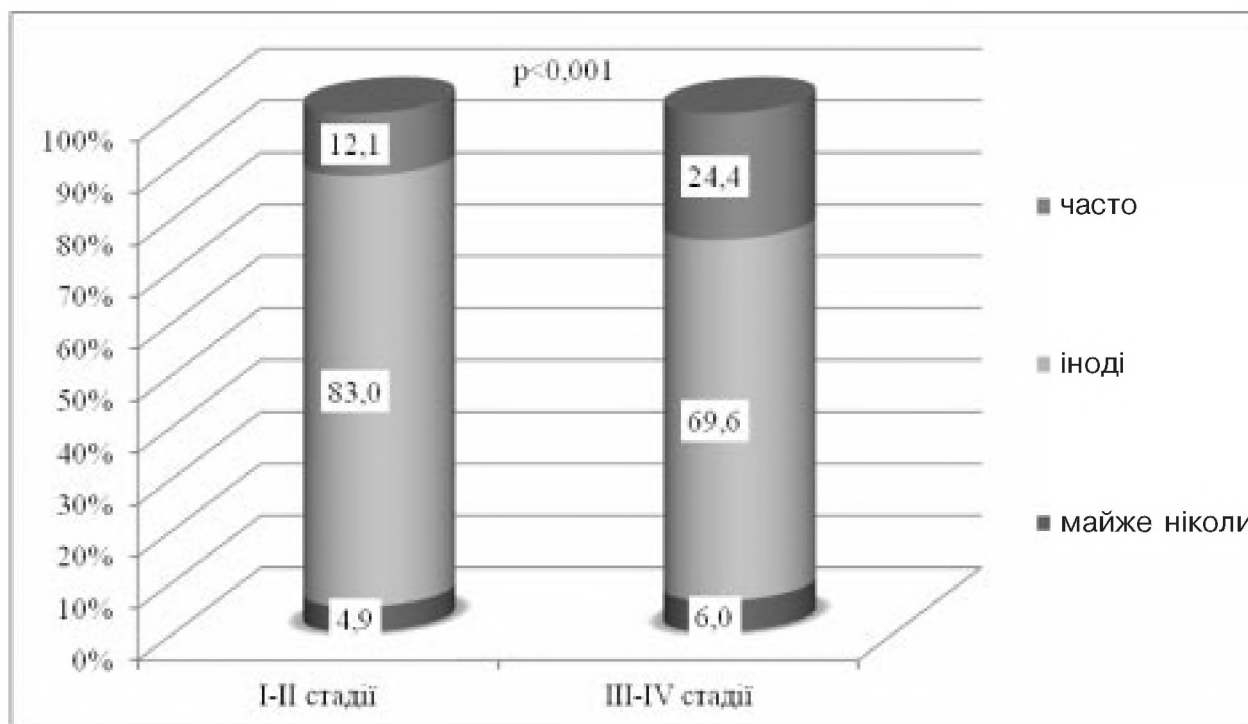


Рис. 2. Порівняльна характеристика частоти стресових ситуацій у хворих на первинну глаукому залежно від важкості процесу

виявились результати нашого дослідження. Третина опитаних ($30,7 \pm 2,0\%$), незалежно від статі та місця проживання, вказали, що зовсім не беруть участь в активному громадському житті (не відвідують друзів, родину, церкву тощо), а половина ($52,0 \pm 2,2\%$) – що роблять це час від часу.

Зрозуміло, що індекс соціальної активності знижується з віком: із $8,0 \pm 5,4\%$ у віці до 55 років, які зовсім не беруть участь у житті громади, до $73,0 \pm 4,7\%$ у віці 80 і старші ($p < 0,001$).

Встановлено також, що у групі з III–IV стадіями глаукоми частка соціально неактивних у 1,5 разу вища, ніж у групі з I–II стадіями глаукоми: $39,3 \pm 3,8\%$ проти $26,5 \pm 2,4\%$ ($p < 0,05$). При цьому доведено, що при більш пізньому перебігу захворювання шанси соціальної ізоляції, а отже потреби у соціальній допомозі, суттєво вищі ($OR = 1,79$; $95\%CI$: $1,21-2,65$).

Однією з вагомих причин таких низьких рівнів соціальної активності, зокрема при розвитку пізніх стадій, безумовно, може бути значне обмеження життєдіяльності внаслідок такого інвалідизуючого захворювання, як глаукома. Встановлено, що дві третини респондентів ($73,7 \pm 2,0\%$), у тому числі тотальна більшість ($92,8 \pm 2,0\%$) хворих з III–IV стадіями порівняно з $63,4 \pm 2,7\%$ респондентів з початковими стадіями ($p < 0,001$), відповіли ствердно на запитання, чи обмежила хвороба їхню життєдіяльність. Тобто зі збільшенням втрати зорових функцій зменшуються шанси повноцінної самостійної повсякденної активності ($OR = 7,33$; $95\%CI$: $3,90-13,79$), а отже ЯЖ хворих на глаукому.

Основною причиною обмеження повсякденної активності (рис. 3) респонденти, незалежно від статі, місця проживання та стадії захворювання ($p > 0,05$), називали зниження працездатності ($75,4 \pm 2,3$ відповідей на 100 опитаних), яке цілком зрозуміло наростало з віком ($p < 0,001$). Привертає увагу, що практично 40% ($38,6 \pm 2,6\%$) хворих на глаукому відчують залежність від ліків. Значний відсоток опитаних відзначили, що їх повсякденну активність знижують постійні негативні переживання ($28,0 \pm 2,4\%$), болі та відчуття знесилення ($21,4 \pm 2,2\%$).

Встановлено значне обмеження життєдіяльності, що супроводжує розвиток захворювання, очевидно, відбивається і на можливостях самоактуалізації хворих. Так, тільки $14,8 \pm 1,6\%$ опитаних вважають, що повністю змогли досягти успіху в житті. Щоправда категорично впевнених у протилежному також була незначна кількість – $9,5 \pm 1,3\%$. Більшість респондентів ($60,4 \pm 2,2\%$) вважали, що частково досягли запланованого у житті. Мабуть, до них можна віднести й тих $15,3 \pm 1,6\%$, яким важко було дати чітку відповідь на це запитання.

Відсутність достовірної різниці у самооцінці рівня досягнення життєвих амбіцій між порівнюваними групами за важкістю проявів захворювання ($p > 0,05$) вказує на те, що відчуття самореалізації залежить не тільки від стану здоров'я, але й від комплексу різних чинників, у тому числі соціально-економічних, соціально-психологічних, культурних, релігійних, етичних тощо. Як ілюстрація, сільські

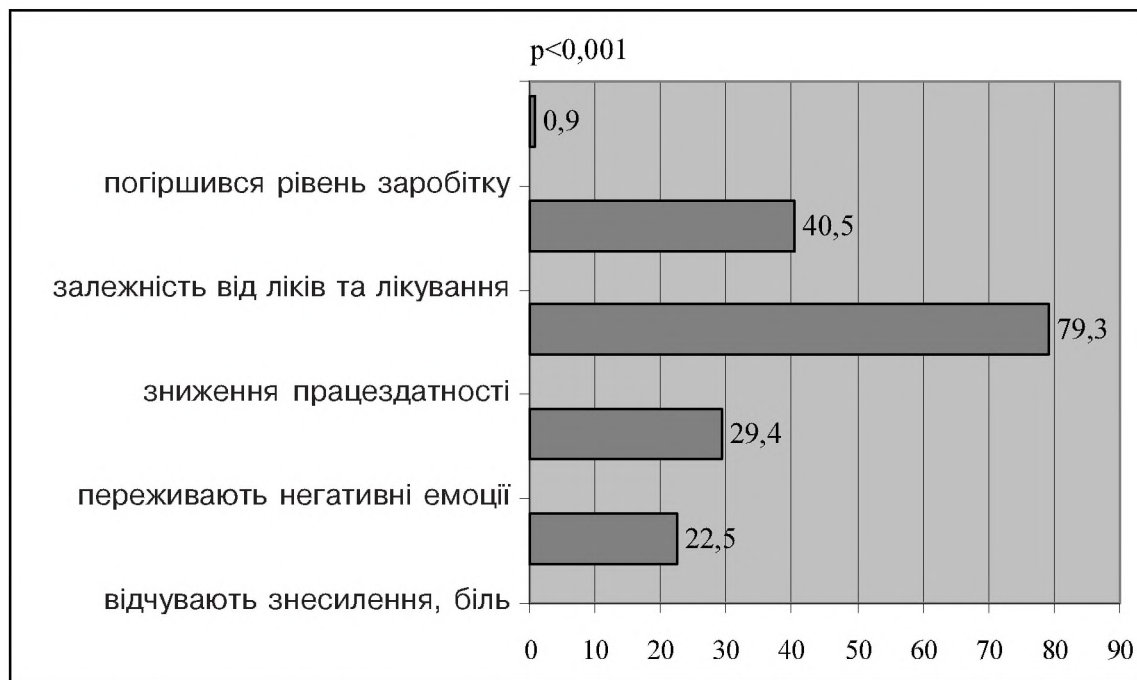


Рис. 3. Характеристика причин зниження повсякденної активності респондентів (на 100 опитаних)

мешканці, де можливості самовираження значно нижчі, загалом виявились більш задоволеними рівнем своєї успішності, ніж міські ($p < 0,01$). Досить високими були частки задоволених і у старших вікових групах ($p < 0,001$).

Важливим компонентом ЯЖ є матеріальний добробут. Зокрема рівень матеріального благополуччя вивчали як за даними суб'єктивної самооцінки, так і за середньомісячною сумою доходу на одного члена сім'ї. Встановлено, що задоволені своїм рівнем добробуту тільки менше половини респондентів: $42,9 \pm 2,2\%$ з них оцінили його як середній і зовсім мало ($6,1 \pm 0,8\%$) – як високий. Значна частка опитаних ($41,7 \pm 2,2\%$) вважали його нижчим середнього і практично кожен десятий ($12,2 \pm 1,4\%$) – низьким.

Зауважимо, що самооцінка рівня добробуту не відрізнялась в основних групах порівняння за важкістю захворювання. Проте достовірно ($p < 0,001$) погіршувалась з віком та була нижчою серед сільських мешканців ($p < 0,05$). Закономірними виявились і гендерні оцінки рівня доходу респондентів. Хворі на глаукому жінки удвічі частіше від чоловіків вважали свої доходи низькими ($16,1 \pm 2,3\%$ проти $8,3 \pm 1,7\%$), хоча розподіл решти оцінок не мав таких яскравих відмінностей ($p = 0,53$).

Вивчення об'єктивного рівня матеріального добробуту показало, що на момент опитування (2010 р.) частка хворих на глаукому, середньомісячний дохід яких на одного члена сім'ї відповідав прожитковому мінімуму і вище, становила дещо менше половини опитаних ($45,0 \pm 2,2\%$). Водночас майже 40% ($39,2 \pm 2,2\%$) хворих на глаукому мали дуже низький показник середньо-

місячного доходу на одного члена сім'ї – менше встановленої межі бідності (755 грн/міс.). Ще у $15,6 \pm 1,6\%$ респондентів цей показник був вищим від межі бідності, але нижчим від прожиткового мінімуму (більше 825 грн/міс. на одного члена сім'ї). Вказані дані значно гірші, ніж суб'єктивні оцінки респондентів. Як вже було показано, тільки 6% вважали свої доходи низькими. Поясненням цьому можуть бути невраховані інші доходи, або те, що при суб'єктивній оцінці респонденти порівнюють себе із подібними за рівнем добробуту сусідами, знайомими, родичами.

У результаті більшість опитаних хворих на первинну глаукому ($77,7 \pm 1,8\%$), незалежно від статі, віку чи місця проживання ($p > 0,05$), відчувають себе соціально незахищеними. В якості головних причин такого відчуття опитані хворі в основному називали економічні, а саме – низьку пенсію ($78,8 \pm 2,1\%$), більш акцентовано серед жінок ($86,2 \pm 2,5\%$ проти $71,5 \pm 3,2\%$ чоловіків, $p < 0,05$).

Разом з тим відчуття соціальної незахищеності особливо поширене серед хворих з III–IV стадіями глаукоми – $86,3 \pm 2,7\%$ проти $73,5 \pm 2,4\%$ респондентів з I–II стадіями ($p < 0,01$). Очевидно, не тільки рівень матеріального добробуту, але й незадоволені потреби у соціальній підтримці з боку держави, сім'ї, близьких спричинює вищі шанси такого відчуття у хворих з пізніми стадіями глаукоми (OR=2,28; 95%CI: 1,38–3,76).

Підтвердженням висловленої гіпотези можуть бути результати порівняльного аналізу сімейного стану обстежених. Встановлено, що, хоча більшість респондентів ($64,5 \pm 2,1\%$) перебували у шлюбі, третина хворих ($35,6 \pm 2,1\%$) на первин-

ну глаукому – самотні особи, які не мають супутників життя, головним чином внаслідок того, що овдовіли ($30,9 \pm 2,0\%$), а не через розлучення ($3,9 \pm 0,9\%$) чи тому, що ніколи не перебували у шлюбі ($0,8 \pm 0,4\%$).

Сімейний стан респондентів цілком закономірно змінювався з віком ($p < 0,001$), переважно за рахунок зростання частки вдівців (з нуля серед осіб молодших за 55 роки до $77,5 \pm 4,4\%$ у віці понад 80 років) і протилежного зменшення числа осіб, що перебувають у шлюбі (з $84,0 \pm 7,3\%$ у віці до 55 років до $20,2 \pm 4,3\%$ у осіб старше 80 років).

Встановлено суттєві відмінності у сімейному стані хворих на глаукому за статеву ознакою – частка самотніх серед обстежених жінок була удвічі вищою, ніж серед чоловіків ($p < 0,001$).

Особливо тривожить висока частка самотніх серед хворих з пізніми стадіями захворювання ($p < 0,01$), які, як уже зазначалось, здебільшого мають виразні порушення зору і, як ніхто, вимагають сторонньої допомоги та підтримки. Проте результати дослідження показали, що практично половина з них ($47,9 \pm 5,2\%$) – самотні (рис. 4). Враховуючи встановлену у дослідженні різницю у віковій структурі, зрозуміло, чому питома вага овдовілих серед «старшої» за складом групи хворих на глаукому з III–IV стадіями суттєво вища, ніж серед хворих з початковими стадіями, – $37,5 \pm 3,7\%$ проти $27,7 \pm 2,4\%$. Загалом доведено, що у самотніх осіб (вдівців, розлучених тощо) шанси розвитку пізніх стадій захворювання суттєво вищі (OR=2,64; 95%CI: 1,92-3,62).

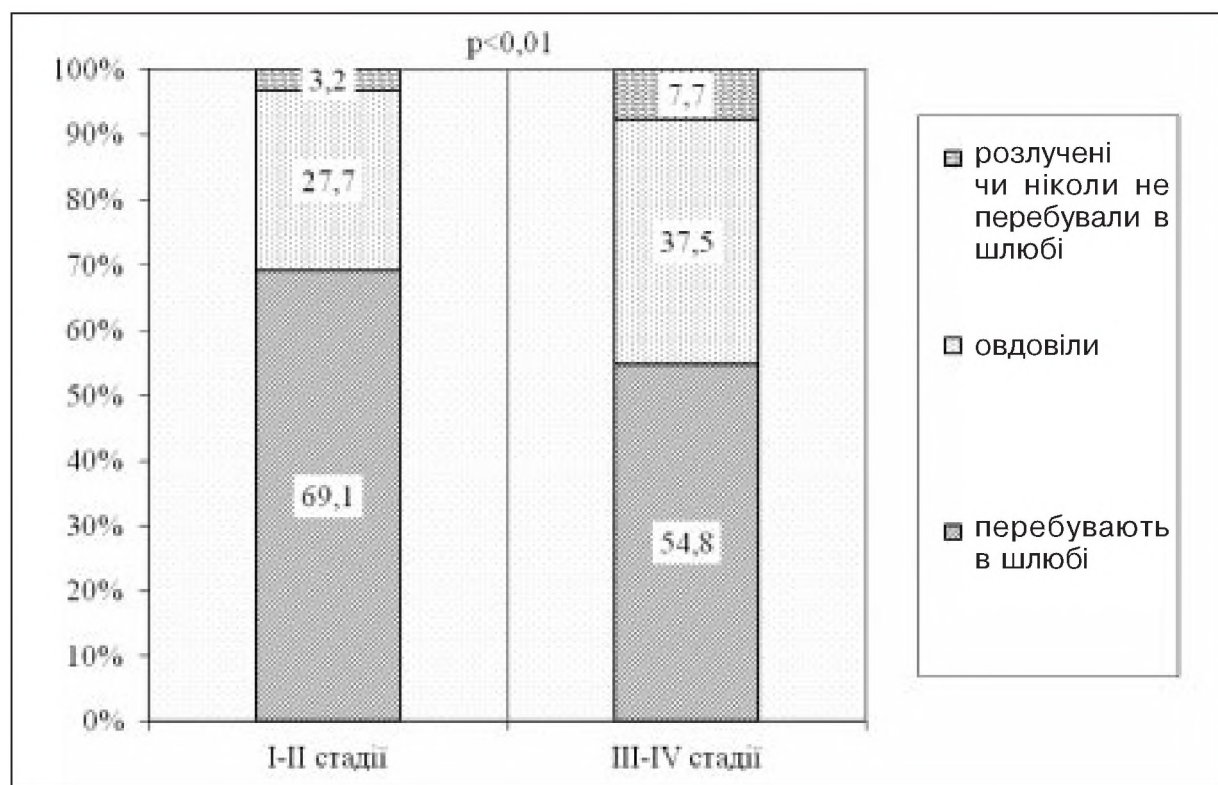


Рис. 4. Характеристика сімейного стану хворих на глаукому з різними стадіями

Більшість опитаних, як міських, так і сільських мешканців, вказали, що проживають разом із чоловіком чи дружиною ($63,7 \pm 2,1\%$). Проте самотніми є хоч і значна частина респондентів, але менша від очікуваної, – тільки $15,0 \pm 1,6\%$, очевидно, за рахунок того, що $20,3 \pm 1,8\%$ вказали, що проживають разом із дітьми, $5,7 \pm 1,0\%$ – з внуками. Тобто досить часто ще зустрічаються розширені родини, що повинно би згладжувати почуття самотності і бути позитивним в плані соціальної підтримки.

Подібна ситуація спостерігається і в основних порівнюваних групах (за важкістю перебігу захворювання). Тільки половина ($55,1 \pm 3,8\%$) хво-

рих на глаукому з III–IV стадіями проживають спільно з чоловіком чи дружиною порівняно з $67,9 \pm 2,5\%$ хворих на глаукому з I–II стадіями. Частка зовсім самотніх досить суттєва, але відрізняється менше – $19,2 \pm 3,0\%$ проти $13,0 \pm 1,8\%$ ($p > 0,05$). Відповідно $29,9 \pm 3,5\%$ та $25,1 \pm 2,3\%$ хворих мешкають разом з дітьми та внуками. Хоча, на наш погляд, це сурогатний чинник комфортної соціальної підтримки. Адже у дослідженні встановлено, що найсприятливішим для хворих на глаукому є спільне проживання з чоловіком або дружиною, яке достовірно знижує шанси розвитку пізніх стадій (OR=2,37; 95%CI: 1,73-3,26; $p < 0,05$).

Встановлений комплекс несприятливих чинників, притаманних розглянутому контингенту населення, очевидно, призвів до того, що більшість з них, незалежно від статі, віку, місця проживання, стадії захворювання ($p > 0,05$), оцінили свою життєву ситуацію як складну та напружену ($64,4 \pm 2,1\%$). Тобто порушення зорових

функцій у хворих на глаукому має негативний вплив на основні показники ЯЖ. Причому з розвитком пізніх стадій глаукоми суттєво зростають шанси соціальної ізоляції хворих на фоні високої тривожності, відчуття незахищеності, низької самооцінки здоров'я та, особливо, акцентовано обмеження повсякденної діяльності (рис. 5).

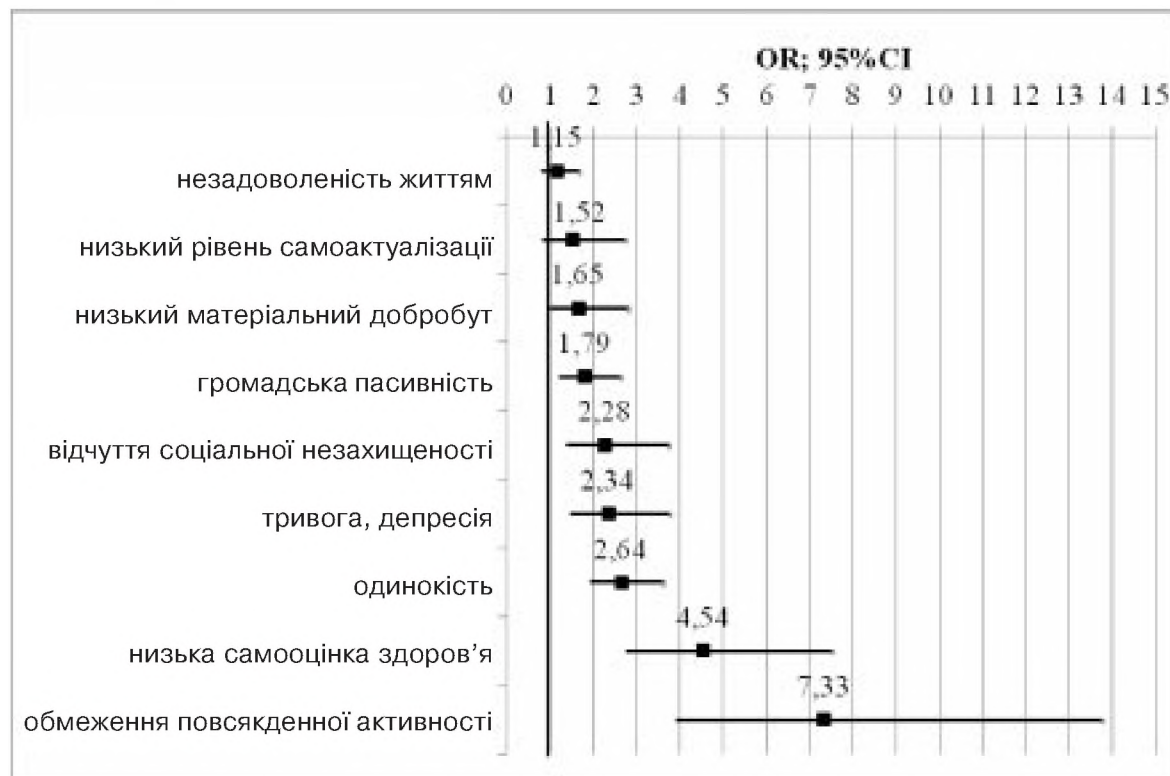


Рис. 5. Шанси зниження основних складових якості життя у хворих з пізніми стадіями глаукоми

Висновки

1. Доведено, що розвиток незворотних змін зорових функцій при пізніх стадіях глаукоми взаємопов'язаний із суттєвим погіршенням якості життя, основними індикаторами якого є обмеження повсякденної активності (OR=7,33; 95%CI: 3,90-13,79); низька самооцінка здоров'я (OR=4,54; 95%CI: 2,74-7,53); соціальна ізоляція, яка проявляється самотністю (OR=2,64; 95%CI: 1,92-3,62) та відмовою від активного громадського життя (OR=1,79; 95%CI: 1,21-2,65); поглиблення відчуття тривоги і депресії (OR=2,34; 95%CI: 1,45-3,78) та соціальної незахищеності (OR=2,28; 95%CI: 1,38-3,76).

2. Не одержано достатніх доказів щодо взаємозв'язку якості життя власне хворих на глаукому і загалом низьким у соціумі рівнем матеріального добробуту, задоволеністю життєвою ситуацією і досягненнями.

3. Отримані результати свідчать про потребу хворих на глаукому з III-IV стадіями, особливо самотніх, у соціальній та психологічній допомозі.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати будуть використані для створення удосконаленої моделі системи профілактики первинної глаукоми.

Список літератури

1. Алексеев В. Н. Исследование качества жизни больных / В. Н. Алексеев, О. А. Малеванная // Клин. офтальмол. – 2003. – № 3. – С. 113–115.
2. Бабиц П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабиц, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Укр. мед. часоп. – 2005. – № 2 (46). – С. 113–119.
3. Децик О. З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікар. вісн. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5–8.
4. Илларионова А. Р. Исследование качества жизни у больных глаукомой / А. Р. Илларионова // Вестн. офтальмол. – 2003. – № 3. – С. 11–15.

5. Лехан В. М. Якість життя в медичних дослідженнях (огляд літератури) / В. М. Лехан // Вісн. соц. медицини та орг. охорони здоров'я України. – 2004. – № 1. – С. 57–62.
6. Москаленко В. Ф. Здоровье и здравоохранение: Ключевые императивы : [монография] / В. Ф. Москаленко. – К. : ООО «Издательский дом «Авицена», 2011. – 251 с.
7. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб. : Нева, 2003. – 320 с.
8. Подходы к оценке качества жизни офтальмологических больных / Е. С. Либман, М. Р. Гальперин, Е. Е. Гришина, М. Ю. Сенкевич // Клини. офтальмол. – 2002. – Т. 3, № 3. – С. 119–121.
9. Ягенський А. В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці [Електронний ресурс] / А. В. Ягенський, І. М. Січкарук [Електронний ресурс] // Внутренняя медицина. – 2007. – № 3 (3). – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/418>. – Титул з екрану.
10. Hideko Sawada. Evaluation of the relationship between quality of vision and visual function in Japanese glaucoma patients / Hideko Sawada, Takeo Fukuchi, Haruki Abe // Clin. Ophthalmol. – 2011. – Vol. 5. – P. 259–267.
11. Population and High-Risk Group Screening for Glaucoma: The Los Angeles Latino Eye Study Invest Ophthalmol / Brian A. Francis, Rohit Varma [et al.] // Vis Sci. – 2011. – August. – Vol. 52 (9). – P. 6257–6264.
12. Which quality of life score is best for glaucoma patients and why? [Electronic resource] / Phillip Severn, Scott Fraser, Tracy Finch, Carl May // BMC Ophthalmol. – 2008. – Vol. 8,2. – Assess mode: <http://www.biomedcentral.com/1471-2415/8/2>. – Title of the screen.

ИНДИКАТОРЫ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ

О.Б. Кошинець (Ивано-Франковск)

Исследование проводилось на базе офтальмологических отделений стационаров трех центральных районных больниц Ивано-Франковской области. Опрошено репрезентативную группу 515 человек, которые по тяжести глаукоматозного поражения были разделены на две основные группы: 347 больных с I–II (начальными) стадиями первичной глаукомы и 168 пациентов с III–IV (поздними) стадиями заболевания. Доказано, что развитие необратимых изменений зрительных функций на поздних стадиях глаукомы взаимосвязано с ухудшением качества жизни. Его основными индикаторами являются: ограничение повседневной активности (OR=7,33; 95%CI: 3,90-13,79); низкая самооценка здоровья (OR=4,54; 95%CI: 2,74-7,53); социальная изоляция, проявляющаяся одиночеством (OR=2,64; 95%CI: 1,92-3,62) и отказом от активной общественной жизни (OR=1,79; 95%CI: 1,21-2,65); усугубление чувства тревоги, депрессии (OR=2,34; 95%CI: 1,45-3,78) и социальной незащищенности (OR=2,28; 95%CI: 1,38-3,76). Не получено достаточных доказательств касательно взаимосвязи качества жизни собственно больных первичной глаукомой и в целом низким в социуме уровнем материального достатка, удовлетворенностью жизненной ситуацией и достижениями. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости обеспечения больным глаукомой III–IV стадии, особенно одиноким, социальной и психологической помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **первичная глаукома, качество жизни.**

INDICATORS OF REDUCED QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH PRIMARY GLAUCOMA IN THE LATE STAGES

О.Б. Koshchinetc (Ivano-Frankivsk)

The study was conducted at the ophthalmic departments of three District Hospitals in Ivano-Frankivsk region. A representative group of 515 persons has been surveyed grouped per severity of glaucomatous damage into two main groups: 347 patients with I–II (initial) stages of primary glaucoma and 168 patients with III–IV (late) stages of the disease. We found that development of irreversible changes in visual function in the later stages of glaucoma is interrelated to the worsening quality of life. Its main indicators are: restriction of daily activities (OR=7,33; 95% CI: 3,90-13,79); low health self-evaluation (OR=4,54; 95% CI: 2,74-7,53), social isolation, which are manifested by lonely (OR=2,64; 95% CI: 1,92-3,62) and the reduce of public activity (OR=1,79; 95% CI: 1,21-2,65); worsening feeling of anxiety, depression (OR=2,34; 95% CI: 1,45-3,78) and of social insecurity (OR=2,28; 95% CI: 1,38-3,76). There was no evidence regarding the relationship of quality of life in patients with mere primary glaucoma and generally low level of well-being in society, satisfaction with life situation and achievements. Results of the study highlight the need for patients with III-IV stages of glaucoma, especially lone, social, and psychological care.

KEY WORDS: **primary glaucoma, quality of life.**

Рукопис надійшов до редакції 20.08.2013 р.
Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда

Є.М. КРИВЕНКО, О.Р. СИТЕНКО (Київ)

РОЗВИТОК ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Проаналізовано підходи до комунікацій в охороні здоров'я України у процесі реформування галузі охорони здоров'я; визначено роль керівників органів регіональної влади та управлінь охорони здоров'я у впровадженні інформаційно-комунікаційних технологій; виділено основні проблемні питання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інформаційно-комунікаційні технології, інформаційно-комунікаційна робота, реформування.

Інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ) активно застосовуються в усіх сферах життя країни. Вони відіграють важливу роль у формуванні конкурентного потенціалу, розвитку міжнародних відносин.

Впровадження у повсякденну діяльність українського суспільства елементів ІКТ дозволить нашим співвітчизникам стати більш інтелектуально сформованими, конкурентоспроможними, упевненими в собі, а у кінцевому підсумку – більш успішними у протистоянні складним викликам сучасного світу. Саме тому одним з найголовніших пріоритетів нашої країни має бути розвиток інформаційно-комунікаційних технологій та формування інформаційного суспільства [14].

Мета роботи – дослідити підходи до комунікацій з підготовки реформування системи охорони здоров'я.

Матеріали і методи. У статті використано аналітичний метод.

Результати дослідження та їх обговорення. Законом України «Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007–2015 роки» [9], іншими нормативно-правовими актами, розвиток інформаційного суспільства, орієнтованого на інтереси людей, відкритого для всіх, в якому кожен міг би створювати і накопичувати інформацію та знання, мати до них вільний доступ, користуватися і обмінюватися ними, щоб надати можливість кожній людині повною мірою реалізувати свій потенціал, сприяючи суспільному і особистому розвитку та підвищуючи якість життя, визначено одним з головних пріоритетів України.

У «Стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні» [12] відмічено, що загальносвітовою тенденцією є трансформація індустріального суспільства в свої наступні стадії – інформаційне суспільство та суспільство знань, що відбувається в умовах посилення глобалізації, активності та комунікацій усіх суб'єктів державної політики та національної економіки, масштабного, глибокого та динамічного проникнення інформаційно-комунікаційних технологій в усі сфери життєдіяльності особи, суспільства, суб'єктів господарювання та держави, зростання складності, кількості та невизначеності проблем, насамперед глобальних, кількості та рівня загроз в інформаційній сфері, цифрової нерівності.

Рациональне врахування впливу комплексу цих та інших різновекторних факторів, а також особливостей стану та розвитку країни потребує окремої державної політики з розвитку інформаційного суспільства та суспільства знань, що вимагає об'єднання зусиль держави, бізнесу та громадянського суспільства.

Тому для більшості країн розвиток інформаційного суспільства є одним з національних пріоритетів і розглядається як загальнонаціональна задача. Інформаційно-комунікаційні технології відводиться роль необхідного інструменту соціально-економічного прогресу, одного з ключових чинників інноваційного розвитку економіки.

Водночас ступінь розбудови інформаційного суспільства в Україні є недостатнім і не відповідає потенціалу та можливостям України, оскільки:

- є недосконалою загальнодержавна політика;
- відсутні національна стратегія розвитку інформаційного суспільства в Україні та національний план дій щодо її реалізації;

- нормативно-правова база інформаційної сфери не в повному обсязі забезпечує її розвиток, уповільнено впроваджуються відповідні європейські правові норми та інформаційні стандарти тощо;

- некоординовано відбувається запровадження інструментів електронної демократії, електронного правосуддя, електронного парламентаризму та представництва;

- інституціональний механізм формування, координації та контролю за виконанням завдань розбудови інформаційного суспільства, незважаючи на адміністративну реформу, є недосконалим;

- рівень інформаційної представленості України в Інтернет-просторі залишається низьким, а присутність україномовних інформаційних ресурсів – недостатньою;

- відсутні системні державні рішення, спрямовані на створення національних інноваційних структур (центрів, наукових парків і технопарків) з розробки конкурентоспроможних вітчизняних ІКТ;

- на національному та місцевому рівнях не сформовані механізми ефективної громадської участі та громадського контролю за реалізацією пріоритету розбудови інформаційного суспільства;

- результати розробки і впровадження ІКТ, що проводяться на замовлення органів державної влади, не завжди носять системний характер, зокрема:

- впровадження цих засобів має переважно локальний, відомчий характер;

- недостатніми темпами розвиваються інфраструктура доступу населення до веб-сайтів органів державної влади та інші засоби інформаційно-довідкової підтримки та обслуговування населення;

- отримання громадянами та організаціями державних послуг, а також інформації, пов'язаної з діяльністю органів державної влади, здебільшого вимагає їхнього особистого звернення до цих органів, а також надання запитів і документів на паперовому носії, що призводить до значних витрат часу і створює значні незручності для населення;

- органи регіональної влади серйозно відстають від центральних органів державної влади за рівнем інформаційно-технологічного забезпечення адміністративно-управлінських процесів, а також розвитку інформаційно-технологічної інфраструктури та державних інформаційних систем;

- незначна кількість органів державної влади використовує комплексні системи електронного документообігу;

- не забезпечено завдання розбудови інфраструктури, рішень та стандартів в галузі обміну даними в електронному вигляді на міжвідомчому рівні, а також з населенням та організаціями, що стає особливо актуальним у міру подальшого розвитку державних інформаційних систем;

- залишається низьким рівень комп'ютерної грамотності державних службовців, що актуалізує питання організації безперервного навчання державних службовців та оцінки навичок використання ІКТ.

В Україні відбувається реформа системи надання медичної допомоги населенню, модель якої відпрацьовується в пілотних регіонах, паралельно з названим процесом модернізується система охорони здоров'я всієї країни [11].

Останніми роками фінансування системи охорони здоров'я зростає, але при цьому ефективність діяльності системи охорони здоров'я та задоволеність пацієнтів отриманою допомогою прогресивно знижується [3;6]. Проведений аналіз такого стану з вивченням досвіду організації медичної допомоги в країнах Європи [5;18] вказує на недоліки, передусім, законодавчого характеру, що впливає на неефективну організацію системи медичної допомоги населенню.

Аналіз початку реформ показав, що одним з найбільш недосконалих питань є також відсутність єдиної стратегії комунікацій з питань реформування системи. Для вирішення цієї проблеми рекомендуються певні кроки та етапи комунікацій в процесі реформування системи охорони здоров'я.

Проведений аналіз чинної нормативно-правової бази [9;8;10;12;15], наукових публікацій в Україні [2-4;7;13;16] та за кордоном [1;17;19] дає змогу зробити такі висновки та запропонувати модель для регіонів, які не належать до пілотних, з питань комунікацій при підготовці до реформування медичної допомоги.

Усі учасники процесу реформування повинні чітко визначитися, для кого проводиться реформа (системи надання медичної допомоги, системи охорони здоров'я, медичних працівників чи населення та пацієнтів закладів охорони здоров'я безпосередньо). Згідно з Конституцією України, Законами України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р. № 3611-VI та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI, реформу слід проводити в інтересах населення країни з метою забезпечення умов для збереження здоров'я та профілактики захворювань, а для пацієнтів – забезпечення доступною, якісною та ефективною медичною допомогою з відповідним захистом від фінансових ризиків на випадок хвороби.

На рівні МОЗ України необхідно організувати навчання керівників усіх гілок регіональної влади та чиновників від охорони здоров'я з питань реформування (мета, завдання, процес, терміни,

індикатори результатів реформи). На цьому етапі слід узгодити всі питання щодо подальших кроків регіональної влади з підготовки до проведення реформ.

У кожному регіоні керівники органів регіональної влади та управлінь охорони здоров'я мають визначити учасників процесу підготовки до реформування системи медичної допомоги в регіоні. До них слід залучити керівників усіх гілок місцевої влади, закладів охорони здоров'я, засоби масової інформації, вищі медичні навчальні заклади і безпосередньо кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я, недержавні організації, медичних працівників, громадські та ветеранські об'єднання та організації, неформальних лідерів, працівників освіти як таких, що мають вагомий вплив на населення, і обов'язково – населення регіону.

На рівні регіонів доцільно провести відповідні семінари та тренінги для всіх керівників органів місцевої влади та керівників закладів охорони здоров'я. Важливо, щоб такими видами інформування були охоплені всі без винятку названі категорії людей, які приймають відповідні рішення. Під час проведення цієї роботи слід детально аналізувати приклади діяльності закладів охорони здоров'я регіону (як негативні, так і позитивні) з визначенням причин, розглядати результати соціологічних досліджень серед населення щодо доступності (фізичної та фінансової) та якості медичної допомоги, а також серед медичних працівників щодо задоволеності умовами праці, можливостей впровадження сучасних організаційних та медичних технологій і надання медичної допомоги пацієнтам в обсягах, визначених галузевими стандартами України.

Подібна інформаційна робота не може бути одноразовою – вона повинна бути плановою і регулярною. Її успішність визначається в разі прихильності до проведення реформи не менше 75% учасників.

Керівники органів місцевої влади та закладів охорони здоров'я регіону у свою чергу повинні проводити відповідну інформаційну роботу з працівниками органів влади та об'єктивно доносити до них мету, завдання, процес, терміни, індикатори результатів реформи.

Таким чином, усі, хто приймає та готує відповідні рішення з майбутньої реформи системи медичної допомоги населенню, мають бути поінформованими з питань сутності реформи, до якої починає готуватися регіон.

До проведення комунікацій з керівним складом на рівні регіону і місцевими органами влади та керівниками закладів охорони здоров'я слід залучити працівників кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я вищих медичних навчальних закладів. Вони ж надалі залучаються

до комунікацій з усіма категоріями населення, а також з працівниками засобів масової інформації. При цьому процеси комунікацій та підготовчий період необхідно проводити паралельно.

Як показує досвід країн світу, де проводилися реформи систем охорони здоров'я, найбільшими противниками реформ є організатори охорони здоров'я і безпосередньо медичні працівники (лікарі та медичні сестри, які мають надзвичайний вплив на пацієнтів). Оскільки пацієнтами є люди різних категорій, у т.ч. ті, хто приймає рішення, та працівники засобів масової інформації, позиція медичних працівників у підготовці до проведення реформи системи медичної допомоги є надзвичайно важливою.

Проведення тільки роз'яснювальної роботи в комунікаціях з даною категорією населення буде малоефективним. Це можна зробити тільки на початку комунікаційної кампанії. На наступних етапах комунікацій, які мають бути теж систематичними і охоплювати усіх медичних працівників регіону, надзвичайно важливим є ознайомлення кожного спеціаліста і фахівця з його майбутнім місцем роботи, посадою та рівнем оплати праці. Забезпечення кожного медичного працівника умовами праці та заробітною платою, які його задовольняють, є запорукою успіху. Але треба звернути увагу, що такий крок слід робити не в кінці підготовчого періоду, коли громадська думка про майбутню реформу вже сформувалася, а на початку (відразу після аналізу системи та розробки проекту майбутньої мережі та спеціалізації майбутніх закладів охорони здоров'я).

В комунікаційній роботі з медичними працівниками необхідно врахувати ще одну важливу річ. Як правило, значна частина керівників закладів охорони здоров'я, особливо на початку підготовки до реформи, не будуть її прихильниками. Тому доручати таким керівникам проводити інформаційну роботу в колективах закладів охорони здоров'я, де вони працюють, недоречно. Сюди слід скеровувати прихильників реформи із числа головних позаштатних спеціалістів управлінь охорони здоров'я, представників влади, працівників вищих медичних навчальних закладів тощо.

До проведення інформаційної роботи серед усіх верств населення важливо залучити працівників центрів здоров'я, забезпечивши їх відповідним ресурсом.

Для ефективної підготовки та проведення реформи системи медичної допомоги необхідно, щоб її прихильниками були керівники і члени недержавних організацій, громадських і ветеранських об'єднань та організацій, неформальні лідери, працівники освіти. Вони мають значний вплив як на населення в цілому, так і на осіб, які приймають рішення. Для досягнення поставленої мети слід використовувати усі можливі форми кому-

нікацій (від індивідуальних і групових до загальних зборів таких організацій та об'єднань). Масові форми комунікацій треба детально готувати, передбачивши можливі запитання та підготувавши об'єктивні аргументовані відповіді на них. Невдалі та неефективні масові форми комунікацій, як правило, призводять до негативного ставлення її учасників до самої ідеї, що підлягала обговоренню. Під час проведення інформаційної роботи з даною категорією населення бажано використовувати не загальностатистичні дані та політичні лозунги, а конкретно розглядати проблеми, притаманні даній місцевості чи регіону, і пропонувати оптимальні шляхи їх вирішення. Ефективними будуть поїздки представників даної категорії учасників процесу, як і перших трьох, у пілотні регіони до реформованих закладів, де отримано позитивні медичні, соціальні та економічні результати. Представники даної категорії комунікацій, які стали прихильниками реформи, проводитимуть, у свою чергу, активну пропагандистську роботу серед населення на користь реформи системи медичної допомоги [4].

Враховуючи, що реформа проводиться для населення та пацієнтів закладів охорони здоров'я, значні зусилля в комунікаційній роботі необхідно скеровувати на ефективне інформування населення незалежно від його місця проживання. Для цього слід розробити комплексну регіональну програму комунікацій з населенням. Все населення регіону має отримувати регулярну, дозовану, з різних джерел, об'єктивну та різнопланову інформацію (яка не принижуватиме гідності медичних працівників) щодо системи охорони здоров'я в регіоні, проблем, досвіду країн світу та пілотних регіонів, шляхів вирішення проблем у ході реформування системи. Важливо довести, що кожна людина в регіоні отримуватиме більш якісну, доступну медичну допомогу, і показати, як цього досягти.

Значне місце в комунікаційному процесі відводиться засобам масової інформації, особливо не заснованим владою. Вони впливають на всі

категорії населення. Тому робота з журналістами має особливе значення. Спочатку необхідно проводити сплановану, цілеспрямовану інформаційну роботу через засоби масової інформації, керівники яких є прихильниками реформи, а у подальшому, через організацію постійно діючого семінару, залучати до даної роботи ширше коло як засобів масової інформації, так і окремих журналістів [4;13].

Висновки

Актуальність аналізу інформаційно-комунікаційних технологій, що застосовуються в охороні здоров'я України, обумовлена і недосконалістю інформаційно-комунікаційної політики, спрямованої на роз'яснення мети, завдань та очікуваних діяльності галузі охорони здоров'я, і, як наслідок, виникненням ситуації, коли до громадськості потрапляє суперечлива інформація, що призводить не лише до неадекватної і недостатньої поінформованості, але й до поглиблення недовіри до дій уряду. Ці недоліки стали особливо помітними в ході реформування галузі.

На основі отриманих даних (результатів дослідження існуючої системи інформування з питань реформування охорони здоров'я, визначення потреб в інформаційному супроводі заходів з реформування охорони здоров'я тощо) буде можливо науково обґрунтувати створення адекватної системи комунікаційних технологій в охороні здоров'я України.

Проведені дослідження дозволять визначити загальні принципи ефективної інформаційно-комунікаційної роботи, надати тактичні і стратегічні рекомендації, що дозволять працівникам системи МОЗ України та інших зацікавлених структур покращити рівень інформування органів влади та громадськості з питань охорони здоров'я, а також взаємодію між ними.

Перспективи досліджень полягають у подальшому вивченні розвитку інформаційно-комунікаційних технологій в охороні здоров'я в період реформування галузі.

Список літератури

1. *Всесвітній саміт з питань інформаційного суспільства* [Електронний ресурс]. – Access mode : [http : // www.informationssociety.wordpress.com](http://www.informationssociety.wordpress.com). – Title from screen.
2. *Гойда Н. Г. Медико-соціологічна інформація як інструмент управління якістю медичної допомоги* / Н. Г. Гойда, В. В. Горачук // *Медична та біологічна інформатика та кібернетика : віхи розвитку : матеріали конф. з міжнар. уч.* – К., 2011. – С. 27.
3. *Задоволеність медичною допомогою як критерій якості її надання* / О. З. Децик, Н. І. Кольцова, О. Л. Самотовка [та ін.] // *Мед. перспективи.* – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 71–74.
4. *Комунікації у процесі впровадження та супроводу реформування* / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Яценко, Л. В. Яценко [та ін.] // *Україна. Здоров'я нації.* – 2012. – № 2–3. – С. 176–181.
5. *Менеджмент качества. Удовлетворенность потребителей. Рекомендации по правилам поведения для организаций (ISO 10001:2007)* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.norm_load.ru/SNiP/Data1/57/57037/index.htm – Заголовок з екрану.
6. *Модернізація України – наш стратегічний вибір : Щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України.* – К., 2011. – 416 с.

7. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення : аналіт. доп. / Т. П. Попченко. – К. : НІСД, 2012. – 96 с.
8. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : Указ Президента України від 6 грудня 2005 р. №1694 // Офіц. вісн. України. – 2005. – 21 груд. – № 49, ст. 3054. – С. 35.
9. Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007-2015 роки : Закон України від 09.01.2007 р. №537-V [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Заголовок з екрану.
10. Про першочергові завдання щодо впровадження новітніх інформаційних технологій : Указ Президента України від 20 жовтня 2005 р. №1497/2005 // Урядовий кур'єр. – 2005. – 1 листоп. – № 207. – С. 3–4.
11. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Заголовок з екрану.
12. Про схвалення Стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні : розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 травня 2013 р. № 386-р [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Заголовок з екрану.
13. Різун В. В. Теорія масової комунікації / В. В. Різун. – К. : Видавничий центр "Просвіта", 2008. – 260 с.
14. Розвиток інформаційно-комунікаційних технологій та формування інформаційного суспільства [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.nmrda.kw.ukrtel.net>. – Заголовок з екрану.
15. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – К. : Сфера, 2005. – С. 167.
16. Рудий В. М. Роль органів місцевого самоврядування та місцевих державних адміністрацій у забезпеченні реформ системи медичного обслуговування населення в Україні / В. М. Рудий [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.eu-shc.com.ua>. – Заголовок з екрану.
17. Сагов А. И. Повышение эффективности управления региональной системой здравоохранения в современных условиях (на материалах Чеченской Республики) : автореф. дис. ... канд. эконом. наук : спец. 08.00.05 / А. И. Сагов. – Грозный, 2012. – 26 с.
18. Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах // Policy Analysis. – № 613 (March 18, 2008).
19. Coulter A. Patients' experiences with hospital care in five countries / A. Coulter, P. D. Cleary // Health Aff. – 2001. – № 20. – Р. 24–52.

РАЗВИТИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УКРАИНЫ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Е.Н. Кривенко, Е.Р. Ситенко (Київ)

Проанализированы подходы к коммуникациям в здравоохранении Украины в процессе реформирования отрасли здравоохранения; определена роль руководителей органов региональной власти и управлений здравоохранения во внедрении информационно-коммуникационных технологий; выделены основные проблемные вопросы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: информационно-коммуникационные технологии, информационно-коммуникационная работа, реформирование.

THE DEVELOPMENT OF INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES IN HEALTH CARE OF UKRAINE (LITERATURE REVIEW)

Ye.N. Kryvenko, Ye.R. Sytenko (Kyiv)

Approaches to health communications of Ukraine in the health reform process have been analysed, the role of the leaders of the regional authorities and health departments in the implementation of information and communication technologies has been defined, and highlights the main problematic issues.

KEY WORDS: information and communication technologies, information and communication work, reform.

Рукопис надійшов до редакції 26.07.2013 р.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Б. Яценко

І.С. МИРОНЮК, О.Ю. МУЛЕСА (Київ, Ужгород)

ЗАСТОСУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ВИРІШЕННЯ ЗАДАЧІ ОЦІНКИ ЧИСЕЛЬНОСТІ ПРЕДСТАВНИКІВ ГРУП ВИСОКОГО РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

У роботі представлено оригінальну методику визначення оціночної чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ на регіональному рівні. Дана методика лягла в основу розробленої інформаційно-аналітичної системи, яка у процесі прийняття рішень забезпечує урахування як доступних об'єктивних джерел інформації, так і суджень експертів. Запропонована інформаційно-аналітична система заснована на використанні методів теорії прийняття рішень, методології послідовного аналізу варіантів, з використанням апарату нечітких множин, які є більш прийнятними до застосування при проведенні визначення чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ на регіональному рівні, ніж класична методологія комплексного підходу з використанням статистичної та соціологічної інформації та її аналізу методом коефіцієнтів, яка застосовується для проведення оцінок на національному рівні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: група високого ризику інфікування ВІЛ, оціночна чисельність, інформаційно-аналітична система.

В умовах концентрованої стадії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, яка наразі констатується в Україні [17], представники груп високого ризику інфікування ВІЛ залишаються основною рушійною силою епідемії [4]. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, в країнах концентрованої стадії епідемії та обмежених ресурсів на протидію поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу необхідно спрямовувати максимальні зусилля на заходи попередження розповсюдженню інфекції саме серед представників груп високого ризику інфікування [9]. Оцінка загальної чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, як на національному, так і регіональному рівні, є важливим стратегічним ресурсом для подальшого прийняття рішень щодо відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу. Так, результати оцінки чисельності груп високого ризику використовуються для оцінки та прогнозування епідемічної ситуації, ефективного планування профілактичних програм та розвитку ВІЛ-сервісних організацій, оцінки та планування надання спеціалізованої медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам та інше [2]. Для визначення оціночної чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ найбільш поширеною в Україні є складна методологія комплексного підходу з використанням статистичної та соціологічної інформації з різних джерел та її аналіз методом коефіцієнтів [12].

Аналіз сучасних підходів та методів, які застосовуються при вирішенні описаних завдань,,

показав, що переважна більшість з них потребує значних фінансових затрат (зокрема, при проведенні спеціальних соціологічних досліджень), крім того, результати, отримані в процесі прийняття рішень, залежать від суб'єктивних характеристик (досвіду, схильності до оптимізму тощо) особи, що приймає рішення (ОПР), а тому часто не відображають реального стану речей [15]. Саме через ці обставини, результати застосування таких підходів та методів доцільно враховувати лише із значними поправками.

Широке впровадження інформаційних технологій в галузі науки, техніки, суспільного виробництва та народного господарства стало наслідком збільшення обсягів інформації, необхідної для аналізу та обробки, як при проведенні наукових досліджень, так і при здійсненні різного роду людської діяльності в ряді прикладних галузей [16]. В свою чергу, застосування комп'ютерної техніки з впровадженням методів теорії прийняття рішень при вирішенні ряду прикладних проблем є об'єктивною необхідністю, зумовленою дослідженням слабо структурованих або неструктурованих задач. Відомо, що критеріями оцінки достовірності отриманих результатів науково-прикладних досліджень є рівень відображення ними реального стану речей, гнучкість щодо змін в початкових даних, мінімізація витрат при їх отриманні. Розробка інформаційно-аналітичної системи, яка б відповідала описаним вимогам та дозволяла б отримувати результати у зручній і доступній формі, потребує застосування сучасних інформаційних технологій, в яких

будуть реалізовані методи та алгоритми, використання яких дозволяє розв'язувати слабо структуровані та неструктуровані задачі прийняття рішень в умовах невизначеності. Серед таких методів варто виділити методи теорії прийняття рішень [3], які широко використовуються для обробки та інтерпретації результатів експертних опитувань [6]; методи теорії нейронних мереж [7], елементи якої ефективно використовуються для розв'язання задач кластеризації [21] та ідентифікації [8].

Однією з галузей, вирішення актуальних завдань якої потребує впровадження нових розробок в сфері інформаційних технологій, є галузь охорони здоров'я загалом та система протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу зокрема. Дослідження в даному напрямку, як правило, проводяться без залучення аналітиків та експертів в галузі інформаційних технологій та теорії прийняття рішень [1,2,19].

Разом з тим у системі протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, зокрема в напрямку визначення оціночної чисельності цільових груп впливу соціально-медичних програм, необхідно впроваджувати новітні інформаційні технології, які забезпечують не лише високу точність та надійність результатів [16], але є менш вартісними і не потребують окремих широкомасштабних соціологічних досліджень.

Мета роботи - розробити інформаційно-аналітичну систему для проведення оцінки чисельності представників груп високого ризику інфікування ВІЛ, яка б у процесі прийняття рішень забезпечувала врахування як об'єктивних джерел інформації, так і суджень експертів в галузі охорони здоров'я, психології, соціології тощо.

Матеріали і методи. Для створення інформаційно-аналітичної системи (ІАС) проведення оцінки чисельності представників груп високого ризику інфікування ВІЛ (ГВР) [15] нами було використано ряд класичних та сучасних методів теорії прийняття рішень, які широко використовуються для обробки та інтерпретації результатів експертних опитувань; метод теорії нейронних мереж, елементи якої ефективно використовуються для розв'язання задач кластеризації та ідентифікації, до яких, в загальному виді можна звести задачу оцінки чисельності представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ та задачу оцінки міри можливої належності особи до групи ризику [14].

Враховуючи, що визначення оціночної чисельності окремої групи одиниць, в даному випадку чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, є задачею в умовах високого рівня невизначеності, ми використовували поняття та положення теорії нечітких множин [18], апарат яких дозволяє "об'єктивізувати суб'єктивність", тобто максимально використати суб'єктивні суджен-

ня експертів, отримані шляхом проведення експертних опитувань. Зокрема для забезпечення можливості кількісної обробки анкетних даних особи, які за своєю природою є якісними показниками, нами було використано поняття лінгвістичної змінної [10] та побудовано ряд нечітких множин для таких лінгвістичних змінних як "Вік", "Сімейний стан", "Місце проживання" тощо.

При розробці ІАС підтримки прийняття рішень для вирішення поставленої мети проведено моделювання та реалізацію наступних завдань, які лягли в основу розробленої нами методики визначення оціночної чисельності представників груп ризику:

- формування соціально-демографічного портрету представника групи підвищеного ризику, на основі наявної експертної та статистичної інформації;
- підбір експертів для проведення експертиз, відповідно до їх компетентності;
- оцінки кількості представників групи підвищеного ризику в конкретному населеному пункті;
- визначення міри можливої належності до групи підвищеного ризику для особи, заданої анкетними даними.

На первинному етапі підготовки інформації нами було підібрано групу експертів та проведено ряд експертних опитувань. Результати експертиз були визначені шляхом застосування таких методів обробки експертної інформації, як метод суворого та несуворого ранжування [6], медіана Кемени-Снелла [6] та представлені у вигляді нечіткої бази знань. Також було враховано вагові коефіцієнти експертів, обчислені на основі особистих анкет експертів за допомогою документального методу [11]. Для обробки правил нечіткої бази знань нами було використано алгоритм нечіткого логічного виведення Мамдани [20].

В основі запропонованої нами ІАС лежить обробка даних соціально-демографічного портрету представника групи високого ризику інфікування ВІЛ, що потребує обробки великої кількості інформації та аналізу багатьох варіантів, тому для того, щоб зменшити як розмірність простору об'єктів, які розглядаються, так і їх кількість, в інформаційно-аналітичних системах ми використали методологію послідовного аналізу варіантів [13], зокрема метод $\tilde{W}_2$ [14] первинного відсіву "неперспективних" об'єктів для задачі визначення кількості осіб, що належать групі підвищеного ризику, за допомогою якого, на попередньому етапі аналізу задачі, здійснюється відсів заздалегідь "неперспективних" варіантів і тим самим зменшується обсяг оброблюваної інформації.

Результати дослідження та їх обговорення. При побудові ІАС нами було враховано основні принципи її створення, закріплені державним стандартом, такі як принцип системності,

сумісності, стандартизації, уніфікації та ефективності [5]. Дотримання принципу системності передбачало побудову чіткої системи з добре виробленими інформаційними зв'язками між її складовими. Такий підхід дозволив забезпечити найвищу ефективність її функціонування і досягти

оптимального варіанту структури. Сумісність та стандартизація дозволили домогтися ефективної взаємодії різних інформаційно-аналітичних систем при вирішенні комплексних задач. Основною складовою ІАС став банк даних, який логічно можна поділити на декілька частин (рис. 1).

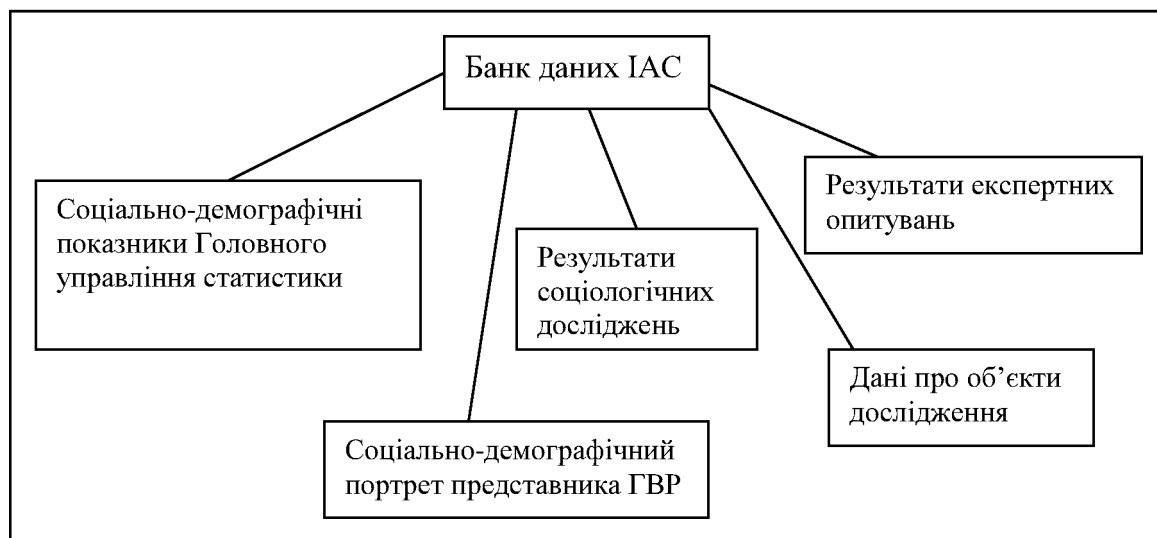


Рис. 1. Структура банку даних ІАС

Загалом банк даних – це система взаємопов'язаних між собою таблиць, елементарними складовими яких є записи. Інформацію, що утворює блок даних ІАС, можна поділити на статичну та динамічну. За ознакою походження виділено загальну статичну та спеціальну статичну інформацію. До загальної статичної інформації віднесено інформацію, яку можна отримати з відкритих джерел. Вона не зазнає впливу ОПР та експертів, є незмінною і коректується тільки спеціально уповноваженими установами. До загальної статичної інформації віднесено соціально-демографічні показники управління статистики (атрибути $S_1, S_2, \dots, S_n$), які характеризують статевий та віковий склад населення регіону; відомі результати проведених соціологічних досліджень серед представників ГВР ($C_1, C_2, \dots, C_n$), які дають загальну характеристику соціально-демографічного портрету суб'єктів, що досліджуються (за їх наявності). Блок спеціальної статичної інформації складається з атрибутів, що утворюють систему ознак соціально-демографічного портрету особи, яка належить до ГВР ($K_1, K_2, \dots, K_n$), і формується ОПР з урахуванням особливостей досліджуваного регіону та характеристик його населення; правил, отриманих в результаті експертних опитувань щодо соціально-демографічного портрету осіб, які належать до ГВР ($P_1, P_2, \dots, P_T$). До динамічної складової блоку даних ІАС належить інформація про досліджуваній регіон/особу ($D_1, D_2, \dots, D_N$): дані про кількісний та статевий склад, рівень безробіття тощо.

Загальна статистична інформація, яка формує банк даних ІАС, отримується із значної кількості джерел (рис. 2).

Проектування банку даних ІАС передбачає визначення його структури та принципів функціонування. Основний принцип, якого було дотримано, – принцип відкритості, згідно з яким система повинна давати можливість як редагувати існуючі записи, так і додавати нові у зручній для користувача формі, що відображено на рис. 2 – «Інші джерела». Для цього в банку даних ІАС було створено таблиці, з використанням записів яких можна здійснювати переведення початкових даних до безрозмірних величин (табл. 1).

Інші таблиці – складові банку даних ІАС – містять інформацію у перетвореному відповідно до заданих в банку даних таблиць, що зробить зручним не лише введення оператором даних, але й можливим здійснювати програмне формування звітів про результати обчислень у зручному форматі.

У процесі реалізації поставлених нами завдань виникає потреба розв'язання ряду похідних задач, серед яких можна виділити наступні: задача ранжування ознак за ступенем впливу на формування соціально-демографічного портрету особи; задача підбору експертів для проведення експертиз, що полягає у встановленні рівня їх компетентності; задача формування нечіткої бази знань, правила якої міститимуть експертну інформацію про зв'язок ознак соціально-демографічного портрету та мірою належності особи

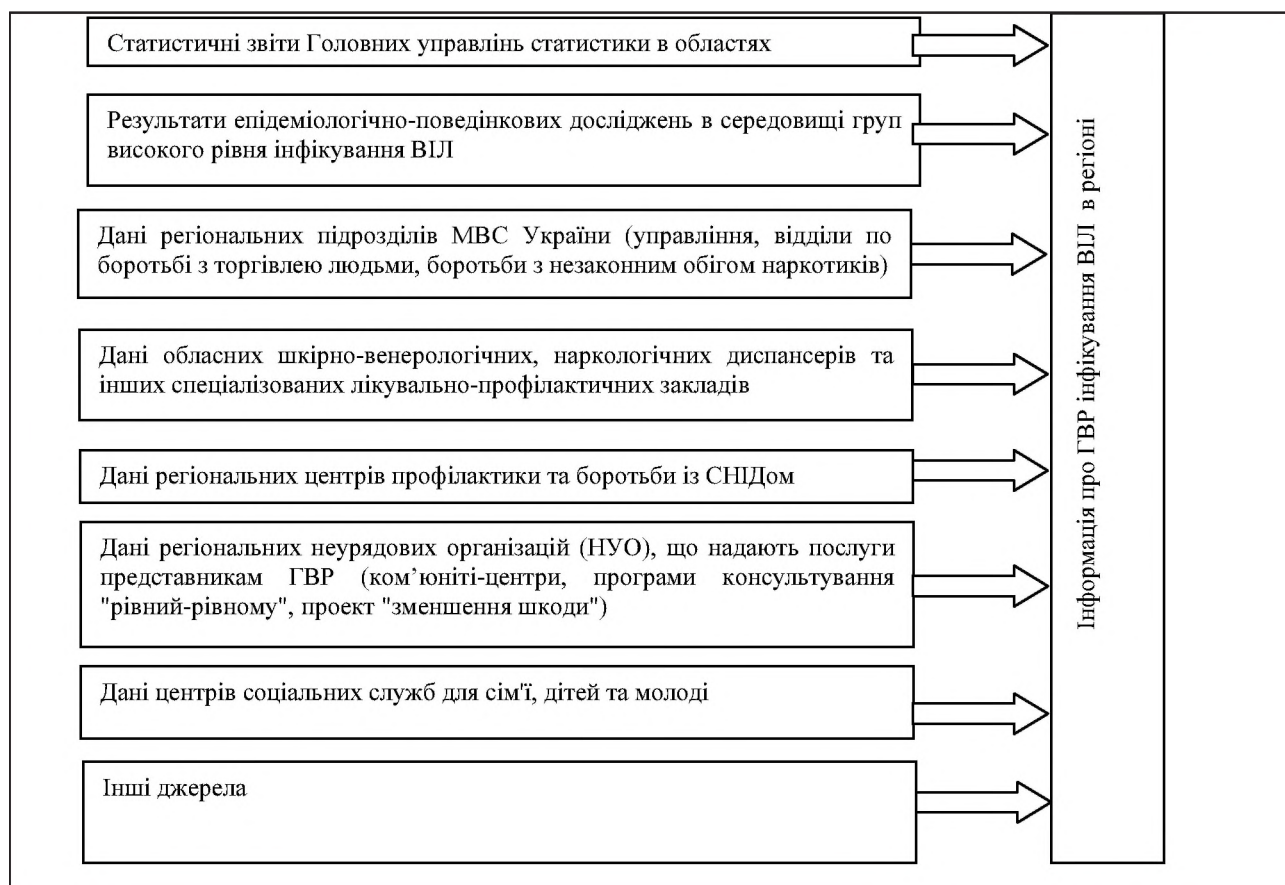


Рис. 2. Джерела отримання загальної статистичної інформації про ГВР інфікування ВІЛ в регіоні

Таблиця 1. Приклад таблиці відповідності ознак їх числовим еквівалентам

Ознака	Значення	Числовий еквівалент
Вік особи	Ціле число з відрізка [14;52]	
Сімейний стан	Незаміжня	0
	Розлучена	1
	Перебуває в громадянському шлюбі	2
	Офіційно заміжня	3
Освітній рівень	Незакінчена середня освіта	0
	Середня освіта	1
	Середня спеціальна освіта	2
	Вища освіта	3
Місце проживання	Проживає в тому ж місті, де і працює	0
	Проживає в сільській місцевості	1
	Проживає в іншому місті	2
Рід занять	Безробітна	0
	Навчається	1
	Працює	2

до групи підвищеного ризику. Тому формально схему функціонування ІАС можна відобразити наступним чином (рис. 3).

Відповідно до запропонованої схеми (рис.3), ІАС діє наступним чином: з банку даних ІАС інформація надходить до її функціональних мо-

дулів; перший блок ІАС містить реалізацію методів, за допомогою яких можна сформувати групу експертів для проведення експертиз, також для кожного експерта визначається його коефіцієнт компетентності; блок «ранжування ознак» містить реалізацію діалогової процедури

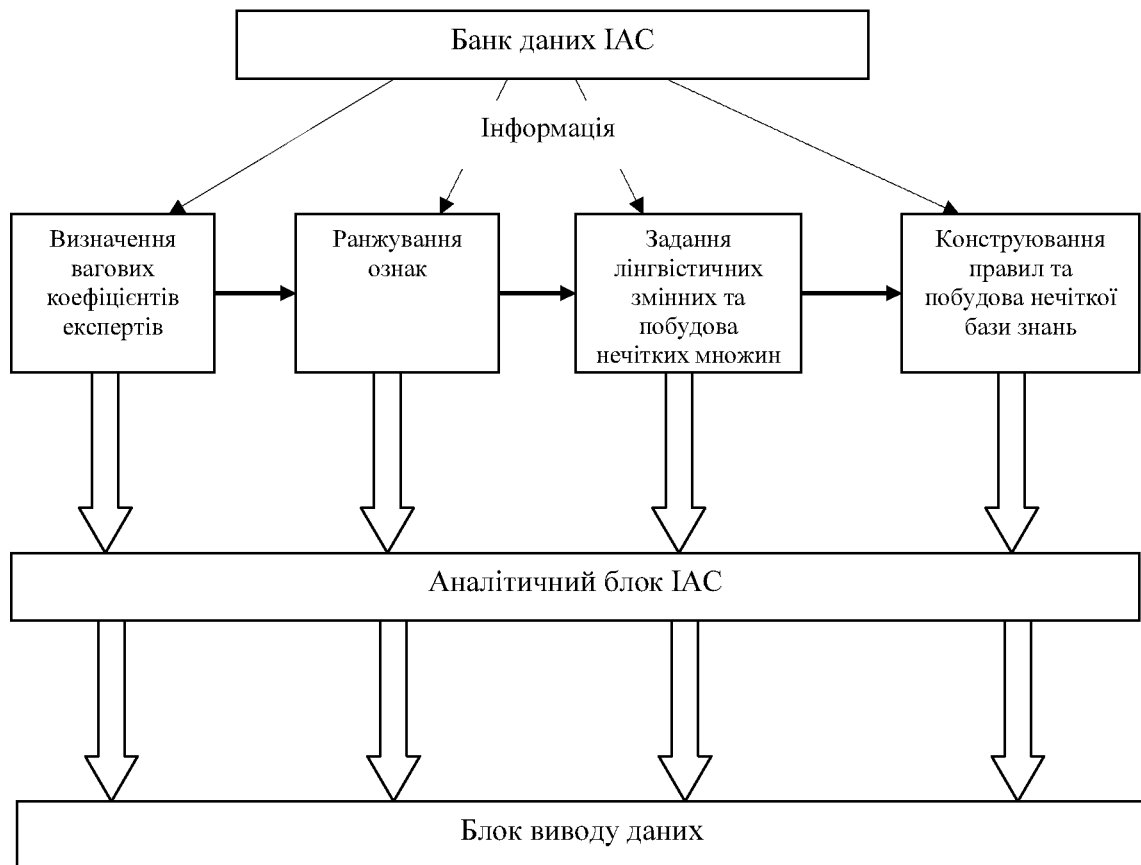


Рис. 3. Функціональна схема ІАС

розбиття ознак, які утворюють соціально-демографічний портрет особи, що належить до ГРВ, на групи відповідно до їх впливу на сам портрет; використовуючи роботу блоку “Завдання лінгвістичних змінних та побудови нечітких множин” ОПР має змогу в зручній формі описати такі лінгвістичні змінні, як “Вік”, “Сімейний стан”, “Освітній рівень” тощо, та побудувати відповідні їм нечіткі множини; в свою чергу, блок конструювання правил нечіткої бази знань містить процедуру, за допомогою якої можна здійснити аналіз проведених експертних опитувань, відповідно до них побудувати правила та саму нечітку базу знань.

Аналітичний блок ІАС містить реалізацію зазначених вище методів, послідовне застосування яких, відповідно до розробленої нами методики, дозволить розв’язувати розглянуті задачі.

Розглянемо для прикладу задачу визначення оціночної чисельності осіб ГРВ, що належать до групи жінок секс-бізнесу (ЖСБ) [14]. Суттєвою проблемою задачі на сьогодні є те, що на даний момент не існує єдиних усталених критеріїв віднесення особи до вказаної групи високого ризику інфікування ВІЛ. Основні критерії включення особи до цієї групи населення визначаються для кожного дослідження окремо.

Оцінку міри можливої належності особи до вказаної групи пропонується проводити з вико-

ристанням соціально-демографічного портрету особи, що належить групі ЖСБ. Для опису такого соціально-демографічного портрету експертами було виокремлено наступні ознаки, які можуть мати суттєвий вплив на належність чи неналежність особи до даної групи: вік особи; сімейний стан; освітній рівень; рід занять; місце проживання. Також вищевказані ознаки, ОПР, за допомогою методу несупоряданого ранжування було розбито на групи за їх впливом на оцінку, причому до групи 1 відносимо ознаки з найбільшим рангом, до останньої – з найменшим:

- Група 1. Рід занять.
- Група 2. Вік, Сімейний стан.
- Група 3. Освітній рівень.
- Група 4. Місце проживання.

Нами було введено вектор характеристик особи $K = \{k_1, k_2, k_3, k_4, k_5\}$, компонентами якого є наступні величини:

- k_1 – компонента, що вказує на вік особи, причому $k_1 \in [14, 52]$ і приймає цілі значення;
- k_2 – компонента, що містить дані про сімейний стан особи, при цьому $k_2 \in \{\text{незаміжня особа; розлучена особа; особа, що перебуває в громадянському шлюбі; офіційно заміжня особа}\}$;
- k_3 – компонента, що містить дані про освітній рівень особи, при цьому $k_3 \in \{\text{неповна середня освіта; повна середня освіта; середня спеціальна освіта; вища освіта}\}$;

- k_4 – компонента, що містить дані про місце проживання особи, при цьому $k_4 \in \{\text{особа проживає у тому ж місці, де і працює; особа проживає в сільській місцевості; особа проживає в іншому місті}\}$

- k_5 – компонента, що містить дані про рід занять особи, при цьому $k_5 \in \{\text{безробітна особа; особа, що навчається; особа, що працює}\}$.

Усі компоненти вектора характеристик є лінгвістичними змінними, для яких ОПР сформовано наступні терм-множини:

- $T_1 = \{\text{неповнолітня особа; особа молодого віку; особа зрілого віку; особа старшого віку}\};$

- $T_2 = \{\text{нестабільний сімейний стан, неорганізований сімейний стан, організований сімейний стан}\};$

- $T_3 = \{\text{низький освітній рівень, середній освітній рівень, високий освітній рівень}\};$

- $T_4 = \{\text{віддалене місце проживання, наближене місце проживання}\};$

- $T_5 = \{\text{стабільний рід занять; нестабільний рід занять}\}.$

Функції належності для відповідних нечітких множин було побудовано методом парних порівнянь побудови функцій належності, оскільки універсальні множини кожної змінної є скінченими [18].

Також нами описано лінгвістичну змінну, яка характеризує ступінь належності особи до вказаної групи: $C = \{\text{імовірність належності особи до групи ЖСБ}\}$ з наступною терм-множиною: $T_C = \{\text{Висока імовірність належності до групи ЖСБ; Низька імовірність належності до групи ЖСБ}\}.$

Нечіткі множини для заданих лінгвістичних змінних задані функціями належності Заде [10].

На наступному етапі нами було проведено експертизу за участю залучених експертів. Експертам була запропонована наступна ординальна шкала оцінки імовірності належності об'єкта до заданої групи: $\{\text{Низька імовірність, Висока імовірність}\}$. На основні заданої шкали експерти мали відповісти на запитання типу: “Чи вірно, що якщо *освітній рівень* особи високий, то імовірність її належності до групи ЖСБ *Низька*?”, “Чи вірно, що якщо *сімейний стан* особи неорганізований, то імовірність її належності до групи ЖСБ *Висока*?” тощо.

На основі даних, отриманих таким шляхом, нами було побудовано нечітку базу знань, яку утворюють правила наступного виду:

- Для ознак першої групи: “Якщо *рід занять* стабільний, то *імовірність* належності до групи ЖСБ *низька*”, тощо.

- Для ознак другої групи: “Якщо особа *молодого віку* і *сімейний стан* неорганізований, то *імовірність* належності до групи ЖСБ *висока*”, тощо.

- Для ознак третьої групи: “Якщо *освітній рівень* особи високий, то *імовірність* належності до групи ЖСБ *низька*”, тощо.

- Для ознак четвертої групи: “Якщо місце *проживання особи* віддалене, то *імовірність* належності особи до групи ЖСБ *висока*”, тощо.

При цьому у базу знань було введено ті правила, які в результаті експертного опитування отримали найбільший ранг. Ранг правила визначався як сума рангів експертів, що задали відповідне правило.

У свою чергу коефіцієнти компетентності експертів були обчислені за допомогою документального методу, який дозволяє врахувати такі об'єктивні характеристики експертів, що можуть мати вплив на компетентність, як освіта, досвід роботи в проблемній галузі, наявність наукових здобутків в даній галузі тощо. Для прикладу нами було відібрано анкети 20 осіб з вищевказаними ознаками (табл. 2).

Як видно з таблиці 2, особи були відібрані таким чином, щоб в результаті роботи ІАС можна було проаналізувати різні комбінації наборів ознак, а отже, і зробити висновки про вплив ознак різних груп на імовірність належності особи до групи ЖСБ.

Позначимо множину осіб через $O = \{O_j\}$, $j = \overline{1, 20}$. Відповідно до розробленої нами методики визначення кількості осіб, що належать до заданої групи, ми вважали, що особа може належати до групи ЖСБ, якщо ступінь її належності не нижчий за поріг $\Delta = 0.75$.

Застосувавши процедуру $\tilde{W}_2$ з чотирма ітераціями, ми отримали наступні результати: до вказаної групи з множини заданих об'єктів можуть належати тільки чотири об'єкти: $O_3, O_{12}, O_{16}, O_{17}$, причому ступені належності до групи у перерахованих об'єктів відповідно є такими: 0.80, 0.77, 0.77, 0.83. Всі інші об'єкти з множини O були або відсіяні в ході проведення ітерацій процедури $\tilde{W}_2$, або мають ступінь належності, яка не перевищує вказаний поріг Δ .

Як бачимо, на формування результуючої оцінки суттєвий вплив має розбиття ознак на групи за значущістю, тобто за впливом на оцінку. Оскільки до першої групи ознак експертами віднесений рід занять особи, то і серед об'єктів, які в результаті роботи алгоритму віднесені до групи ризику, всі мають одне і те саме значення цієї ознаки – „безробітна”.

Можна також порівняти значення ознак для O_5 та O_{12} . Як видно, дані об'єкти відрізняються тільки родом занять. Але перший, за результатами роботи процедури, не належить до групи G , а другий – належить зі ступенем належності 0.77.

Слід також зазначити, що суттєвий вплив на результат має початковий поріг Δ , який в загальному випадку задає особа або особи, що приймають рішення, і в ході роботи ІАС може бути змінений. Так, в нашому прикладі початковий поріг Δ за рекомендацією ОПР було визначено як $\Delta = 0.75$

Таблиця 2. Значення компонент вектора ознак за результатами анкетування ЖСБ

№ з/п	Характеристики особи				
	компонента, що вказує на вік особи (k_1)	компонента, що вказує на сімейний стан особи (k_2)	компонента, що вказує на освітній рівень особи (k_3)	компонента, що вказує на місце проживання особи (k_4)	компонента, що вказує на рід занять особи (k_5)
1	15	незаміжня	неповна середня	місто	навчається
2	16	незаміжня	неповна середня	село	навчається
3	17	незаміжня	неповна середня	інше місто	безробітна
4	18	незаміжня	середня	інше місто	працює
5	25	незаміжня	середня спеціальна	село	працює
6	19	незаміжня	неповна середня	село	навчається
7	19	незаміжня	середня	місто	навчається
8	24	громадянський шлюб	вища освіта	місто	працює
9	36	розлучена	середня спеціальна	місто	безробітна
10	24	заміжня	вища освіта	село	безробітна
11	32	розлучена	вища освіта	інше місто	працює
12	25	незаміжня	середня спеціальна	село	безробітна
13	19	незаміжня	неповна середня	місто	навчається
14	31	розлучена	вища освіта	село	працює
15	25	заміжня	неповна середня	село	навчається
16	19	незаміжня	неповна середня	село	безробітна
17	19	незаміжня	середня спеціальна	інше місто	безробітна
18	32	незаміжня	вища освіта	інше місто	безробітна
19	20	Заміжня	середня спеціальна	село	навчається
20	19	незаміжня	неповна середня	село	навчається

З метою визначення ефективності запропонованої методики визначення оціночної чисельності представників груп високого ризику на окремій території було проведено за даною методикою визначення оціночної чисельності ЖСБ серед уже відомої групи ЖСБ. Так, нами було використано дані паспортних частин поведінкових анкет спеціального епідеміологічно-поведінкового дослідження серед 50 осіб ЖСБ, яке було проведено у 2011 р. у Закарпатській області. За результатами розрахунків за запропонованою методикою, серед 50 осіб, що належать до групи ЖСБ, після запуску процедури $\tilde{W}_2$ при $\Delta = 0.75$ до групи ризику було віднесено 48 осіб (відносна похибка 4%). Отже, за відносної похибки 4% при проведенні досліджень із застосуванням розробленої нами технології, всі особи ЖСБ, анкети яких були оброблені, були б віднесені до даної групи високого ризику інфікування ВІЛ. Для задач такого типу, які характеризуються високим ступенем невизначеності, відносна похибка 4% є припустимою [3].

Слід зазначити, що метод є чутливим до результатів експертних опитувань, тобто залежить від компетентності експертів та від професійної думки ОПР. Також важливо, що проведення оцінки за заданою

методикою не потребує значних фінансових затрат та є гнучким до зміни факторів, що формують соціально-демографічний портрет особи.

Висновки

Враховуючи, що існуючі методики оціночної чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ потребують високовартісних досліджень, а тому, як правило, вони охоплюють незначну частину цільової групи і результати узагальнюються, застосування інформаційних технологій для вирішення задачі оцінки чисельності ГВР є актуальним. Представлена ІАС, в ході роботи якої забезпечено урахування як інформації, отриманої з об'єктивних джерел, так і суджень експертів, дає можливість проводити визначення оціночної чисельності ГВР інфікування ВІЛ на окремих територіях адміністративних одиниць з використанням інформації із доступних джерел без застосування додаткових досліджень, що робить дану методику більш доступною в умовах обмежених ресурсів. Саме методики, засновані на методах теорії прийняття рішень, нейронних мереж тощо, з використанням нечітких множин, є більш прийнятними до застосування при проведенні визначення чисельності ГВР інфікування ВІЛ на регіональному рівні, наприклад, на території окремо

взятої адміністративно-територіальної одиниці (місто, район), ніж класична методологія комплексного підходу з використанням статистичної та соціологічної інформації з різних джерел та її аналіз методом коефіцієнтів, яка застосовується для оцінок на національному рівні.

Використання описаної ІАС забезпечує отримання результатів оцінки чисельності ГВР у зручній формі, не потребує значних фінансових витрат та дозволяє в діалоговому режимі вносити зміни у банк даних ІАС на будь-якому етапі роботи системи. Такий підхід до розробки системи робить можливим використання ІАС для

визначення кількості осіб, що належать до ГВР, в будь-якому населеному пункті, та здійснення порівняння результатів оцінки як у близьких за характеристиками населених пунктах, так і у містах, які значно різняться між собою.

Перспективи подальших досліджень. Запропонована нами методика оцінки чисельності осіб, що належать до ГВР інфікування ВІЛ, та розроблена на її основі ІАС буде використана для розрахунку оціночної чисельності ГВР в Закарпатті, що дозволить ефективно планувати та розробляти програми та заходи протидії епідемії ВІЛ/СНІДу на регіональному рівні.

Список літератури

1. Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2012 рік / Г. Берлева, К. Думчев, М. Касянчук [та ін.]. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 68 с.
2. Аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2009 рік / Г. О. Берлева, К. В. Думчев, Ю. В. Кобища [та ін.]. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010. – 104 с.
3. Блюмин С. Л. Модели и методы принятия решений в условиях неопределенности / С. Л. Блюмин, И. А. Шуйкова. – Липецк : ЛЭГИ, 2001. – 138 с.
4. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. №38. – К. : МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2012. – 20 с.
5. Глушков В. М. Макроэкономические модели и принципы построения ОГАС / В. М. Глушков. – М. : Статистика, 1975. – 340 с.
6. Гнатієнко Г. М. Експертні технології прийняття рішень : [монографія] / Г. М. Гнатієнко, В. Є. Снитюк. – К. : ТОВ «Маклаут», 2008. – 444 с.
7. Горбаченко В. И. Сети и карты Кохонена [Электронный ресурс] / В. И. Горбаченко. – Режим доступа: <http://gorbachenko.self-organization.ru/index.html>. – Название с экрана.
8. Гроп Д. Методы идентификации систем / Д. Гроп. – М. : Мир, 1979. – 302 с.
9. Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. / ЕРБ ВОЗ. – 2011. – 63 с.
10. Заде Л. Понятие лингвистической переменной и ее применение в принятии приближенных решений / Л. Заде. – М. : Мир, 1976. – 167 с.
11. Корченко О. Г. Методи оцінки якості експерта у сфері інформаційної безпеки [Електронний ресурс] / О. Г. Корченко, Д. А. Горницька, Є. В. Іванченко. – Режим доступу : http://avia.nau.edu.ua/doc/2011/2/2_3.pdf. – Назва з екрану.
12. Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / О. М. Балакірева, М. Ю. Варбан, Г. В. Довбах [та ін.]. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2008. – 96 с.
13. Методы и алгоритмы автоматизированного проектирования сложных систем управления / Волкович В. Л., Волюшин А. Ф. [и др.]. – К. : Наукова думка, 1984. – 216 с.
14. Мулеса (Швалагін) О. Ю. Нечітка ступінчата модель послідовного аналізу варіантів / О. Ю. Мулеса (Швалагін) / Вісн. ЧДТУ. – 2012. – № 3. – С. 9–13.
15. Мулеса О. Ю. Аналіз інформаційної технології підтримки прийняття рішень для задач охорони здоров'я / О. Ю. Мулеса // Вост.-европ. журн. передових технологій. – 2013. – № 3/2 (63). – С. 19–23.
16. Мулеса О. Ю. Інформаційна технологія для деяких задач охорони здоров'я / О. Ю. Мулеса // Обчислювальний інтелект – 2013 : матеріали міжнар. наук.-техн. конф. – Черкаси, 2013. – С.227.
17. Определение стадии эпидемии ВИЧ-инфекции в Украине / Ю. В. Круглов, В. А. Марциновская, И. В. Нгуен [и др.] // Профілактична медицина (епідеміологія, мікробіологія, вірусологія, паразитологія, інфекційні хвороби). – 2010. – № 3 (11). – С. 14–18.
18. Орловский С. А. Проблемы принятия решений при нечеткой исходной информации / С. А. Орловский. – М. : Наука, 1981. – 208 с.
19. Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні / О. М. Балакірева, Л. М. Гусак, Г. В. Довбах [та ін.]. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2006. – 28 с.
20. Снитюк В. Є. Прогнозування. Моделі. Методи. Алгоритми : [навч. посібн.] / В. Є. Снитюк. – К. : Маклаут, 2008. – 364 с.
21. Ту Дж. Гонсалес Р. Принципы распознавания образов / Ту Дж. Гонсалес Р. – М. : Мир, 1978. – 412 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ ОЦЕНКИ ЧИСЛЕННОСТИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ*И.С. Миронюк, О.Ю. Мулеса (Киев, Ужгород)*

В работе представлена оригинальная методика определения оценочной численности групп высокого риска инфицирования ВИЧ на региональном уровне. Данная методика легла в основу разработанной информационно-аналитической системы, которая в процессе принятия решений обеспечивает учет как доступных объективных источников информации, так и суждений экспертов. Предложенная информационно-аналитическая система основана на использовании методов теории принятия решений, методологии последовательного анализа вариантов, с использованием аппарата нечетких множеств, более приемлемыми для применения при проведении определения численности групп высокого риска инфицирования ВИЧ на региональном уровне, чем классическая методология комплексного подхода с использованием статистической и социологической информации и ее анализа методом коэффициентов, которая применяется для проведения оценок на национальном уровне.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: группа высокого риска инфицирования ВИЧ, оценочная численность, информационно-аналитическая система.

THE APPLICATION OF INFORMATION TECHNOLOGIES TO SOLVE THE PROBLEM OF ESTIMATION THE NUMBER OF GROUPS AT HIGH RISK OF HIV INFECTION*I.S. Myronyuk, O.Yu. Mulesa (Kyiv, Uzhgorod)*

The paper presents an original method for determining the estimated number of groups at high risk of HIV infection at a regional level. This technique is the basis of the developed information and analytical system, which in the decision-making process ensures that both the available objective information sources and expert judgment. The proposed information and analytical system based on the use of methods of decision theory, methodology sequential analysis options with the use of fuzzy sets, which are more suitable for use in the course of determining the number of groups at high risk of HIV infection at a regional level than the classical methodology for an integrated approach using statistical and sociological data and its analysis by factors applicable to assessments at the national level.

KEY WORDS: group at high risk of HIV infection, the estimated number, information and analytical system.

Рукопис надійшов до редакції 03.07.2013.

Рецензент: д.мед.н. В.Й. Шатило

НАУКОВО-ТЕХНІЧНИЙ ПРОГРЕС ЯК ОСНОВА ПЕРЕРОДЖЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Проаналізовано вплив сучасних напрямків розвитку науки на систему охорони здоров'я; запропоновано економічні шляхи, які можуть вивести систему охорони здоров'я із сучасного кризового стану.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: науково-технічний прогрес, реформа системи охорони здоров'я, інформаційні технології.

Розвиток людства постійно супроводжувався вдосконаленням матеріального виробництва. Взаємовідносини всіх елементів продуктивних сил характеризувалися безперервним розвитком як організації самого виробництва, так і його технологій. Основою технологій є стан засобів праці.

Не є винятком у цьому напрямку і система охорони здоров'я. Саме розвиток засобів виробництва визначає технологію системи медичної допомоги.

Мета дослідження: проаналізувати вплив сучасних напрямків розвитку науки на систему охорони здоров'я та вивчити економічні шляхи покращення її стану.

Матеріали і методи. Досліджено офіційні статистичні матеріали МОЗ України.

Результати дослідження та їх обговорення. Тенденція технологічного розвитку охорони здоров'я на всіх його етапах вкладається в загальновідоме твердження щодо лікування: «спочатку слово, тоді рослина і аж потім ніж». Причому слід звернути увагу на те, що даний алгоритм спіралеподібно повторюється на всіх етапах розвитку системи. Окремий, і часто досить стрімкий, розвиток проходить кожна складова.

«Спочатку було слово!». Слово лікаря виступало як заспокійлива і обнадійлива складова. Згодом слово використовували як програмну дію, що лягло в основу психотерапії, потім лінгвістики. Сьогодні високі технології використовують різночастотне випромінювання з метою впливу на молекулярний, атомний рівень.

Використання рослин також зазнавало змін. Якщо спочатку рослини використовували як відвари та настої, то згодом навчилися робити з них витяжки, екстракти. Сьогодні ми вміємо використовувати ферментні та гормональні складові рослин, не кажучи про можливості генної інженерії.

Щодо застосування «ножа» як технічного втручання в організм, то зміни відбуваються в тісному сплетінні з техногенним розвитком суспільства – від звичайного односплавного скальпеля до малоінвазивної хірургії, а далі до гамма-ножа. Високотехнологічне обладнання сьогодення здебільшого орієнтоване на діагностику і аналогів у минулому немає. Відповідно таке «отехногенення» неминуче призведе до зміни системи виробничих відносин і в системі охорони здоров'я.

Інформаційні технології у системі охорони здоров'я сьогодні є вельми актуальними: електронні журнали, електронна медична бібліотека, Кокранівська бібліотека, портали головних спеціалістів, соціальної мережі медпрацівників, експертні системи, автоматизовані бази даних, бази даних, бази знань, телемедичних мереж, окремі добірки інформації, що існують виключно в електронній формі та розповсюджуються по каналах Internet та електронної пошти.

Телемедицина – це той напрям інформаційних технологій, який наблизить надання медичної допомоги впритул до пацієнта через телемедичні консультації, теленавчання, проведення телемедичних лекцій, відеосемінарів, конференцій; отримують розвиток мобільні телемедичні комплекси (переносні, на базі реанімобіля тощо) для роботи на місцях аварій, розвиваються телемедичні системи динамічного спостереження тощо [2].

Насторожує максимальне використання Internet-ресурсу для дистанційного лікування хворих. Кардинальне і швидкісне лікування практично всього спектру соматичної патології сьогодні пропагується Internet-сіткою. За плату хворого (причому будь-якими способами: через банк, Internet-рахунок, телефон, поштою тощо) може проконсультувати в режимі on-line, E-mail, Skype чи особистої зустрічі лікар з будь-якої території України або іншої держави. Ці моменти не можна не враховувати при реформуванні системи охорони здоров'я України.

Освоєння і використання атомної енергії зробило людину незрівнянно могутнішою, як у творенні, так і в руйнації. Діагностика і лікування онкологічних, гематологічних захворювань сьогодні в основному ґрунтується на використанні атомної енергії.

Біотехнології зробили абсурдним змагання людини із машиною – миттєві обчислення, мільярдні обчислювальні операції, багатоцільовий системний аналітичний прогноз тих чи інших процесів чи подій, миттєва обробка гігантських масивів інформації – сьогодні це вже не прерогатива людини. На даному етапі люди працюють над проблемою з'єднання людського розуму із комп'ютерним чіпом. Уже проведено перші вдалі спроби вживити в головний мозок людини інформаційні чіпи на кремнієвих кристалах.

Людина впритул підійшла до вирішення проблеми трансплантації шляхом вирощування органів із власних стовбурових клітин без настання реакції відторгнення тканин. Розшифрування генотипу людини – не що інше, як основа абсолютно нового напрямку розвитку медицини та біології.

У системі охорони здоров'я України дотепер переважав екстенсивний шлях розвитку. Це призвело до створення велетенської матеріальної бази, яка стала неймовірно матеріалоемною. При загальному фінансуванні галузі у 2012 році понад 53 млрд грн, що становило 14,2% бюджету, галузь опинилась у фінансовому цейтноті, тому що 80% даних коштів було витрачено тільки на заробітну плату (табл.).

Таблиця. Динаміка бюджетних витрат на охорону здоров'я в Україні за період 2009-2013 рр. (млрд грн)

Рік	Зведений бюджет України	Видатки на охорону здоров'я	% бюджету
2009	288,6	38,0	13,2
2010	255,0	41,1	16,1
2011	314,6	46,1	14,7
2012	373,9	53,0	14,2
2013 (проект)	376,9	53,6	14,2

Зрозуміло, що більшими витрати з бюджету на одну галузь бути не можуть. Тому для збереження обсягів поставлених завдань слід реформувати саму галузь, що, власне, сьогодні і відбувається. Водночас слід звернути увагу, що очевидний і найпростіший шлях вирішення питання – скорочення системи – у даному випадку є неприйнятним. З огляду на це в основу сучасного нагального реформування охорони здоров'я слід покласти переважаючий інтенсивний шлях розвитку системи. Удосконалення продуктивних сил, раціональне використання наявних ресурсів, застосування нових технологій, широке запровадження досягнень науково-технічного прогресу – це ті шляхи, які можуть вивести систему охорони здоров'я на шлях розвитку і процвітання [1;3;5].

Технічний прогрес. За визначенням, технічний прогрес включає в себе відкриття нових знань і використання їх на практиці, удосконалення нових методів виробництва, нових форм управління. Технічний прогрес та інвестиції тісно пов'язані, оскільки технічний прогрес вимагає нових інвестицій у нові машини і механізми, обладнання. Але це не обов'язково пов'язано з дорогим обладнанням. Коли втілюються досягнення науково-технічного прогресу, дуже велика відповідальність лягає на винахідників. Факт наукових досягнень сам по собі ще не означає благо. Чи готові люди у своїй масі сприйняти досягнення технічного прогресу?

У таку залежність потрапила сьогодні і система охорони здоров'я. Технічне озброєння системи охорони здоров'я сьогодні потребує значних інвестицій, в разі більших, ніж має сьогоднішня система. Водночас ефективність використання даного обладнання далеко не пропорційна затратам на нього. Тому в систему охорони здоров'я необхідно залучати фахівців, які б могли проводити економічний аналіз доцільності використання певних конкретних технологічних новацій для покращення діагностики та лікувального процесу.

Вченим Гарвардської медичної школи під керівництвом Шрірара Косурі вдалося розробити алгоритм запису на ДНК необмеженої кількості інформації. Практична реалізація цього проекту вилілась у запису на ДНК електронної версії книги Джорджа Черча «Регенезис як синтетична біологія перевинайде природу і нас самих» обсягом 658 кілобайт інформації. Дана робота демонструє, що щільність запису на ДНК-носії у мільйони разів перевищує сьогоднішні можливості флеш-пам'яті і жорстких дисків. Можна собі тільки уявити, які зміни можуть очікувати людство у найближчому майбутньому.

Затрати капіталу. Економічне зростання нерозривно пов'язане із капіталовкладеннями. У розвинених капіталістичних країнах приблизно 1/5 реального приросту національного доходу відбувається за рахунок збільшення капіталовкла-

день (інвестицій). Світовий досвід показує, що капіталовкладення групуються за певними напрямками [4]. Передусім так звані «вимушені» капіталовкладення, які забезпечують безпеку суспільства, безпеку виробництва тощо. За логікою ці капіталовкладення мали б бути безумовно вкладеними, проте практика українського господарювання показує, що якраз на цих напрямках найбільше економлять.

Другий канал інвестицій спрямований на вкоринення економічної системи на ринку, створення їй стабільного і позитивного іміджу.

Логічно, що подальші вкладення будуть спрямовані на утримання безперервного функціонування економіки, росту технічної озброєності, запровадження нових технологій тощо як третій канал.

Четвертий напрям капіталовкладень буде спрямований на режим економії або інтенсифікацію виробництва та зорієнтований водночас на зростання прибутковості виробництва.

І, насамкінець, будь-яка економічна діяльність потребує вкладання ризикових коштів, спрямованих на розвиток нових напрямків, виходу на нові ринки, тобто тієї діяльності, яка здійснюватиметься вперше, і прогнози щодо успішних результатів мають велику ймовірність ризику.

Слід також наголосити на такій головній позиції капіталовкладень, як рентабельність. Практика показує, що в економіці склались емпіричні, тобто вибудовані на практичному досвіді, норми прибутку. Так, кошти, вкладені у зміцнення позицій на ринку, повинні приносити до 6% прибутку, в стабілізацію ситуації – до 12%, капіталовкладення, орієнтовані на зростання прибутків, працюють з рентабельністю до 20% і ризикові кошти вкладаються з позитивними сподіваннями на 20–25% рентабельності.

Таким чином, при реформуванні системи охорони здоров'я слід керуватися саме такою матрицею капіталовкладень для отримання позитивного результату.

Для України пріоритетними напрямками капіталовкладень є:

- формування закінчених багатогалузевих комплексів на базі безвідходного оброблення сировини і випуску продукції на рівні світових стандартів;
- розгортання високотехнологічних виробництв і сучасної інфраструктури;

- переозброєння базових галузей і виробничої інфраструктури на основі досягнутого світового техніко-технологічного рівня і переважаючого його;

- прискорений розвиток соціальної інфраструктури і сфери послуг.

Про високу інтенсифікацію суспільного виробництва свідчить той факт, що всі результати людської діяльності подвоюються кожні 40 років, наука за цей період розвивається у чотири рази швидше, а інформаційні потоки, як уже відмічалося, подвоюються щорічно. Більшість усіх вагомих відкриттів відбулось після 60-х років XX століття. Якщо людство продовжуватиме розвиватись такими ж темпами, то дуже у недалекому (протягом життя, можливо, навіть одного покоління) майбутньому життю на Землі набуде абсолютно нових суспільно-економічних форм.

Якщо цю ситуацію розглянути через призму охорони здоров'я, то прийдемо до парадоксу сучасного стану системи. З одного боку, сьогоднішня реформа орієнтована на розширення первинної ланки медичної допомоги, тобто акцент зроблений на сімейному лікарі і скороченні або оптимізації вузькоспеціалізованої допомоги. Така позиція обумовлюється потребою доступності до медичної допомоги і є цілком обґрунтованою. З іншого боку, необхідність засвоєння лавиноподібного обсягу інформації у сфері медицини знаходиться на межі людських можливостей. Іншими словами, лікар стає перед фактом вибіркового засвоєння даної інформації – а це прямий шлях до диференціації лікарів вузьких профілів. Воістину, стаємо перед вирішенням споконвічного філософського закону про єдність і боротьбу протилежностей.

Висновки

Для вирішення цієї складної ситуації на допомогу сімейному лікарю повинні бути використані усі можливості діагностичного обладнання та стандарти лікування. У складніших випадках необхідно залучати можливості телемедицини, електронних баз та бібліотек.

Перспективи подальших досліджень у цих напрямках полягають у вивченні змін у системі підготовки майбутніх сімейних лікарів із залученням економічних та інформаційних напрямків, фахівців з управління та фінансування у сфері охорони здоров'я та якісного переосмислення майбутнього розвитку медичних технологій усіма спеціалістами охорони здоров'я.

Список літератури

1. *Адміністративні та функціональні реформи в системі охорони здоров'я* : аналітичний огляд / за заг. ред. В. Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 54 с.
2. *Бицань О.* Інтеграція як стратегія розвитку медицини III тисячоліття / О. Бицань // *Здоров'я України*. – 2003. – № 79. – С. 7–8.

3. Голяченко О. М. Економіка української здоровоохорони / О. М. Голяченко, А. О. Голяченко. – Вінниця, 1996. – 100 с.
4. Крупка М. І. Основи економічної теорії : [підр.] / М. І. Крупка, П. І. Островерх, С. К. Реверчук. – К. : Атака, 2001. – 344 с.
5. Система охорони здоров'я в Україні: оцінка сучасної ситуації та напрями майбутнього розвитку (виступ Міністра охорони здоров'я України В. М. Москаленка на Другій щорічній міжнародній донорській конференції). – К., 2001. – 26 с.

НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИЙ ПРОГРЕСС КАК ОСНОВА ПЕРЕРОЖДЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О.Н. Литвинова, Н.А. Теренда (Тернополь)

Проанализировано влияние современных направлений развития науки на систему здравоохранения; предложено экономические пути, которые могут вывести систему здравоохранения из современного кризисного состояния.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: научно-технический прогресс, реформа системы здравоохранения, информационные технологии.

SCIENTIFIC AND TECHNOLOGICAL PROGRESS AS A BASIS FOR TRANSFORMING THE HEALTH CARE SYSTEM

O.N. Lytvynova, N.O. Terenda (Ternopil)

Influence of modern trends of science development on the health care system has been analysed; economic ways that can lead health care system from contemporary crisis have been proposed.

KEY WORDS: scientific and technological progress, health care system reforming, information technologies.

Рукопис надійшов до редакції 25.06.2013 р.
Рецензент: д.е.н., проф. В.С. Коломийчук

МОТИВАЦІЙНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ АКУШЕРСТВА СТУДЕНТАМИ VI КУРСУ ЛІКУВАЛЬНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

У статті висвітлена проблема формування позитивних мотиваційних настроїв до вивчення акушерства студентами випускного курсу медичного вузу та проаналізовано фактори впливу на мотиваційні аспекти навчання. Розкрито підхід до формування особистісного сенсу навчально-пізнавальної діяльності майбутніх лікарів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: мотивація до навчання, студенти, акушерство.

Педагогічна практика вузів щоденно ставить викладачів перед необхідністю вирішення цілого ряду методичних питань, пов'язаних з підготовкою і проведенням лекцій, практичних занять, складання їх методичних розробок. Це вимагає від викладача певної системи професійних психолого-педагогічних, методичних знань, навичок і вмінь, що відповідають сучасним вимогам педагогічної діяльності. Серед переліку методичних вмінь перше місце посідає вміння визначати актуальність навчальної теми, її професійну значущість, створити позитивну мотивацію щодо її вивчення. Високий рівень мотивації та пізнавального інтересу студентів до теми є важливою умовою ефективності сприймання, запам'ятовування, осмислення навчального матеріалу та подальше його використання у професійних ситуаціях [5]. Вищесказане спонукає викладача до переосмислення своєї викладацької діяльності, поглиблення знань, щодо мистецтва викладання. Багато наукових публікацій присвячені аналізу мотивації навчальної діяльності, чи то іноземними студентами, чи на перших курсах вищих навчальних закладів [2;4]. У доступній нам літературі немає даних щодо проблем зниження мотиваційних чинників у студентів випускного курсу медичного вузу при вивченні непрофільної дисципліни.

Мета роботи: аналіз факторів, що безпосередньо впливають на мотиваційні аспекти навчання студентів випускних курсів медичних вузів та наведення можливих шляхів підвищення мотивації до здобуття фундаментальних професійних знань та вмінь.

Матеріали і методи. У дослідженні використано досвід роботи та спілкування зі студентами випускних курсів медичного університету, що вивчають акушерство після отримання розподі-

лу за іншими спеціальностями. Проаналізовано результати спостереження викладачів за поведінкою та взаємовідносинами студентів у групі, а також враховувалися індивідуальні бесіди зі студентами та анонімне анкетування.

Результати дослідження та їх обговорення. Спонукальні фактори до оволодіння професійними знаннями і навиками студентами різноманітні. Основною категорією мотиваційної сфери особистості більшість учених вважає мотив – це внутрішнє спонукання особистості до діяльності, що пов'язана із задоволенням певної потреби. Мотивами можуть бути ідеали, інтереси особистості, її переконання, соціальні настанови, ціннісні орієнтації [1]. Зокрема можна виділити пізнавальні, творчі та соціальні мотиви (особистого престижу, отримання статусу, самореалізації, самоствердження, матеріально-прагматичні). В основі мотивації до навчання закладені суперечності, що виникають у житті студента і спонукають його до активної діяльності, спрямованої на їх розв'язання [7]. Слід зазначити, що творча мотивація притаманна лише тим студентам, які отримують задоволення від навчання, прагнуть і докладають великих зусиль для досягнення більш високого рівня, незважаючи на можливі труднощі і перешкоди в процесі самореалізації. Зрозуміло, що вагому роль у формуванні мотиваційних чинників у процесі вивчення конкретної дисципліни відіграє викладач. Проте навіть висококваліфікований викладач не зможе досягнути бажаного результату, якщо його зусилля не будуть узгоджені з мотиваційною основою навчального процесу. Тому одним з актуальних наукових завдань сучасної освіти є дослідження мотиваційної сфери особистості як фактора ефективності засвоєння учбового матеріалу [3;6].

Мотиваційні чинники до навчання у студентів-першокурсників та випускних курсів мають

суттєві відмінності, що зумовлено зміною мотиваційних пріоритетів, віковими особливостями, соціальним та сімейним статусом, а також формуванням усталеного відношення до навчання. При вивченні акушерства та гінекології (модуль 4) на шостому курсі викладачі нашої кафедри зіткнулися з проблемою зниження мотивації до навчання. В анкетах студенти обґрунтовували дану ситуацію тим, що вони не будуть працювати за вузькою лікарською спеціалізацією, відмічали низьку майбутню заробітну плату лікаря та невраховування ранжування студентів та їхнього рейтингу при отриманні спеціалізації. Російськомовні іноземні студенти часто посилялися на свої релігійні переконання та індивідуальні особливості світосприйняття. Слабка мотивація студентів до навчання призводить до неякісної самостійної роботи з підготовки до занять та недостатнього рівня засвоєння практичних навиків та вмінь. Не можна сказати, що ставлення до навчального процесу у всіх групах було однаковим. Так, ми звернули увагу, що у групах з високою успішністю студенти мали високий рівень мотивації, яка була багаторівневою. Основні мотиви, які ними керували, – задоволення від процесу навчання та його результатів, що необхідні в майбутній професійній діяльності, можливо й не пов'язані з вузькою спеціалізацією. Такі студенти проявляли поглиблений інтерес до дисципліни, прагнули до самовдосконалення та визнання з боку викладача та товаришів по групі.

Практика викладання доводить, що одним з ефективних засобів навчальної мотивації студентів є регулярність вияву спонукань (зовнішня мотивація), що призводить до стабільності мотивів у навчанні. Наприклад, опитування студентів на кожному занятті спонукає їх до систематичної самостійної позааудиторної роботи, причому, залежно від індивідуальності студента, мотиви можуть бути як позитивні (мотиви сатисфакції, досягнення), так і негативні (мотиви уникнення проблем). Часто вони взаємопов'язані.

Великий вплив на навчальну мотивацію студентів має безпосередньо викладач, його педагогічна майстерність та рівень професіоналізму. Вміння зацікавити слухачів, пробудити пізнавальний інтерес до навчання, здатність передати свій досвід та повага до студента роблять процес навчання привабливим, активізують внутрішні мотиваційні чинники. Викладачі нашої кафедри постійно наголошують на практичному застосуванні знань з дисципліни «Акушерство та гінекологія», як в професійній діяльності лікаря, так і в проблемних життєвих ситуаціях. Розповіді про реальні складні акушерські ситуації викликають активізацію емоційної сфери студентів і є одним з прийомів комунікативної атаки, важливим у формуванні початкової мотивації [6]. Наступні

наші дії спрямовані на підтримку зацікавленості у подальшому навчанні, так звана «підтримуюча мотивація», яка включає метод долання перешкод та метод делегування. На цьому етапі студенти курують тематичних жінок під керівництвом викладача, розв'язують ситуаційні задачі, відповідають на тести. Перераховані завдання є складовими підсумкової державної атестації і є ще одним із засобів формування мотивації до навчання. Ця робота вимагає певних інтелектуальних зусиль, викликає зацікавлення і сприяє становленню високого рівня внутрішньої мотивації студента, оскільки дає можливість проявляти творчу самостійність та ініціативу в навчанні. Цьому також допомагає використання завдань, вирішення яких вимагає від студентів активної пошукової діяльності.

У процесі викладання дисципліни важливо встановлювати зі студентами партнерські стосунки, створювати ситуації успіху, котрі можна розглядати як мотив до розвитку і самовдосконалення. Такий підхід особливо актуальний для випускників медичного університету.

Таким чином, результати дослідження визначають необхідність розробки стратегії педагогічного впливу та визначення форм і умов розвитку в студентів мотивації відповідального ставлення до навчання і, як наслідок, – до майбутньої професійної діяльності. Це стає можливим завдяки створенню оптимальних умов для саморозвитку і самоактуалізації студентів, поєднання колективних та індивідуальних форм навчальної діяльності, співвіднесення навчального матеріалу з майбутньою професійною діяльністю студентів, моделювання ситуацій, які вимагають підтримки або ж спонукання до діяльності.

Висновки

1. Формування мотивації у студентів є однією з головних проблем сучасної системи освіти. Використання цілого комплексу методів мотивації при вивченні акушерства сприяє підвищенню рівня професійної підготовки майбутніх лікарів.

2. Внутрішня мотивація студентів до навчання опосередковано підтримується професіоналізмом викладача, партнерськими стосунками у процесі навчання, можливістю здобути значний практичний досвід та можливістю використовувати інтеграційні форми навчання.

3. Форма викладання змістового модуля повинна відповідати сукупній картині мотиваційних аспектів групи.

Перспективи подальших досліджень полягають у необхідності поглибленої розробки стратегії педагогічного впливу, удосконалення існуючих методик викладання і навчальних планів, що використовуються на випускних курсах медичних університетів, з метою підвищення мотивації та стимулювання навчальної діяльності.

Список літератури

1. Батрин Н. В. Проблема підвищення мотивації студентів вищих навчальних закладів економічного профілю / Н. В. Батрин // Наукові записки. – 2012. – № 4. – С. 158–163. – (Серія «Педагогіка»).
2. Запорожан В. М. Міжнародне науково-освітнє співтовариство як каталізатор реформування / В. М. Запорожан, В. Й. Кресюн, О. В. Чернецька // Мед. освіта. – 2009. – № 2. – С. 34–36.
3. Кочарян О. С. Структура мотивації навчальної діяльності студентів : [навч. посібн.] / О. С. Кочарян, Є. В. Фролова, В. М. Павленко. – Х.: Нац. аерокосм. ун-т ім. М.Є.Жуковського «Харк. авіац. ін-т», 2011. – 40 с.
4. Малинаускас Р. К. Мотивация студентов разных периодов обучения / Р. К. Малинаускас // Соц. исследования. – 2005. – № 2. – С. 134-138.
5. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки та проведення практичних занять в медичних вузах : [метод. посібн.]. – К. : Хрещатик, 2004. ? 80 с.
6. Психолого-педагогічні аспекти реалізації сучасних методів навчання у вищій школі : [навч. посібн.] / за ред. М. В. Артюшиної, О. М. Котикової, Г. М. Романової. – К. : КНЕУ, 2007. – 528 с.
7. Фіцула М. М. Педагогіка / М. М. Фіцула. – вид. 2-е, випр. і доп. – К. : Академвидав, 2006. – С. 86–87.

МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ АКУШЕРСТВА СТУДЕНТАМИ VI КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

О.М. Ласыччук (Ивано-Франковск)

В статье рассмотрена проблема формирования положительных мотивационных настроений к изучению акушерства студентами выпускного курса медицинского вуза и проанализированы факторы влияния на мотивационные аспекты учебы. Раскрыт подход к формированию личностного смысла учебно-познавательной деятельности будущих врачей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **мотивация к учению, студенты, акушерство.**

MOTIVATIONAL ASPECTS OF OBSTETRICS STUDYING BY STUDENTS OF COURSE VI MEDICAL FACULTY

О.М. Lasytchuk (Ivano-Frankivsk)

In the article is lighted up problem of forming of positive motivational moods by the students of final course medical Institution and are analysed the factors of influence on the motivational aspects of studies. Approach is exposed to forming of personality sense of educational-cognitive activity of future doctors.

KEY WORDS: **motivation to the studies, students, obstetrics.**

Рукопис надійшов до редакції 23.08.2013 р.
Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда

КУНДІЄВ Ю.І., БАСАНЕЦЬ А.В.

ПНЕВМОКОНІОЗ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, РАННЯ ДІАГНОСТИКА, ПРОФІЛАКТИКА.

– К. : ВД «АВІЦЕНА», 2012. – 192 с.

Автори монографії – видатний гігієніст академік Ю.І. Кундієв і доктор мед. наук А.В. Басанець – ґрунтовно проаналізували та узагальнили результати власних багаторічних досліджень і сучасні дані літератури з епідеміології, ранньої діагностики та профілактики пневмокониозу, що належить до тяжких професійних хвороб.

Наведено розгорнуту характеристику фізичних властивостей пилу та його окремих фракцій, математичні методи розрахунку їх концентрацій, прилади і способи гігієнічної оцінки повітря робочої зони. Акцентовано увагу на ризиках розвитку пневмокониозу у робітників вугільної промисловості.

Особливу увагу зацікавлених читачів приверне всебічний аналіз захворюваності гірників України на пневмокониоз, динаміки показників протягом багаторічного спостереження. Зазначено, що офіційні статистичні дані не завжди відображають реальний рівень захворюваності, що нерідко обумовлено частими змінами законодавства. Вказано шляхи усунення недоліків такої статистики.

Висвітлено сучасні уявлення про патогенез, клініку та ускладнення пневмокониозу. Автори доводять, що у патологічний процес залучаються не тільки легені, але й інші органи та системи. Результат дії мінерального пилу залежить як від його кількості, природи і видових властивостей, так і від індивідуальної чутливості організму. Важливу роль відіграють альвеолярні макрофаги, оскільки вони поглинають і транспортують пилові частинки у легеневу тканину, індукують нагромадження прозапальних і профіброгенних медіаторів. У свою чергу, цитокіни активізують фібробласти й інші клітини, що призводить до надлишкової продукції колагену. Морфологічні зміни виникають у легеневій тканині, а також у верхніх дихальних шляхах, трахеї, бронхах, плеврі, лімфатичних вузлах і судинах легень. Детально описано етапність патанатомічних змін. За клінічним перебігом виділено гострий і хронічний пневмокониоз.

Вказано частоту респіраторних симптомів пневмокониозу за результатами анкетування 614 шахтарів основних підземних професій. Найчастішими були скарги на задишку і кашель. Наведено переконливі статистичні дані про зростання клінічних проявів пневмокониозу у працівників із збільшенням стажу роботи в підземних умовах. Перераховано можливі ускладнення з боку серцево-судинної системи, органів дихання та інших систем.

Окремий розділ монографії присвячено використанню рентгенологічного методу та комп'ютерної томографії у візуалізації пневмокониозу, оцінці їх діагностичного значення. Наведено низку комп'ютерних томограм високої роздільної здатності, що показово ілюструють різні клінічні та патоморфологічні варіанти цієї легеневої патології.

До основних методик функціонального дослідження бронхолегеневої системи при пневмокониозі віднесено спірометрію, бодіплетизмографію та респіронографію. Важливо зазначити, що автори інтерпретують результати практичного застосування цих способів залежно від категорії пневмокониозу.

Значну увагу приділено проблемі спадкової схильності до пневмокониозу. Обґрунтовано перспективу зниження рівня захворюваності шляхом проведення генетичного скринінгу та моніторингу серед відповідних працівників вугільної промисловості, з метою виявлення осіб з високим ризиком захворіти. Разом з тим автори застерігають, що встановлення факту такої схильності залежить не тільки від можливостей медицини, а й від норм юриспруденції та біоетики.

Наголошено на правовій стороні цього питання і необхідності обов'язкового надання інформації особам, яких приймають на роботу зі шкідливими умовами, про можливий розвиток пневмокониозу.

Окремий розділ присвячено сучасній стратегії первинної, вторинної та третинної профілактики пневмокониозу. Науковці закликають ширше впроваджувати нові програми моніторингу пневмокониозу, в реалізації яких мають брати участь інженерно-технічна, санітарно-епідеміологічна служби, науково-дослідні підрозділи. Але найбільший профілактичний успіх принесе впровадження у виробництво новітніх гірничодобувних технологій з мінімальним залученням людей до пилонебезпечного технологічного процесу. Запропоновано конкретні організаційні, технологічні та інші заходи щодо вирішення цієї проблеми. Названо недоліки у сучасній системі державного контролю за умовами праці.

У вторинній профілактиці пневмокониозів значну увагу приділено робітникам, які вже мають клінічні ознаки захворювань легень і порушення функціонального стану організму, необхідності формування диспансерних груп. Запропоновано вдосконалену систему діагностики пневмокониозу для впровадження у виробничі умови.

У третинній профілактиці пневмоконіозів важливе місце відведено своєчасній експертизі вірогідного зв'язку захворювання з умовами праці та забезпеченню медико-соціальної і трудової реабілітації постраждалих.

Зважаючи на отримані важливі дані про пневмоконіоз та способи його попередження, варто порадити авторам продовжити дослідження, залучивши до співпраці імунологів, інфекціоністів,

пульмонологів та інших фахівців. На нашу думку, особливої уваги заслуговує вивчення впливу дуже частих інтеркурентних інфекцій на перебіг пневмоконіозу, зокрема грипу та ГРВІ. Без сумніву, монографія зацікавить профільних науковців і практикуючих лікарів й сприятиме поліпшенню профілактичної роботи на вугільних підприємствах.

*М.А. Андрейчин, проф., чл.-кор. НАМН України
(Тернопіль)*

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ "Медичні науки") ДАК 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, **експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи) та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 150 у.о. за один авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата за публікацію 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** та одного **англійською 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 (формат збереження – .rtf) і подаються у роздрукованому вигляді та на електронному носії/електронною поштою (**s.nauka@ukr.net**). **Дискети не приймаються!**

На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. Список літератури подається відразу під 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. Оформлення бібліографії здійснюється за новим стандартом з бібліографічного опису ДСТУ 7.1:2006.

У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, лаконічно викласти зміст статті. 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) мають бути в чорно-білій гамі, будуються в тих самих програмах, що і текстовий файл, та подаються разом із текстовим файлом. 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.

Скорочення слів і їх поєднань наводять згідно з ДСТУ 3582-97 “Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила”.

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 Х перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.

Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.

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 47 грн. 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 організовують 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
Вчений секретар ВАК України

В.В. Скопенко
Л.М. Артюшин

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 к.держ.упр.

С.О. Линник

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.**

Директор Українського
інституту стратегічних досліджень МОЗ України, к. держ. упр.

С.О. Линник

Редактор: О. В. Шумило
Художнє оформлення: І. В. Бутенко
Технічний редактор: С. Т. Демчишин
Комп'ютерна верстка: О. І. Пухальська
Перекладачі: Н. Т. Кучеренко

Підп. до друку 28.08.2013. Формат 60х84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 9,07. Обл.-вид. арк. 8,57. Наклад 600. Зам. № 233