
СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

© *Дуфинець В. А., Грузєва Т. С.

УДК 614.21:362.1

*Дуфинець В. А., Грузєва Т. С.

ПРОФІЛАКТИКА НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Мукачівський приватний центр «Візу» (м. Мукачево)

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (м. Київ)

gruzeva@mail.ru

Дослідження виконувалося в рамках НДР кафедри організації охорони здоров'я та соціальної медицини НМУ імені О. О. Богомольця і є фрагментом НДР «Обґрунтування сучасної системи профілактики хронічних неінфекційних захворювань та формування здорового способу життя» (термін виконання – 2014-2016 рр., № державної реєстрації 0114U000508).

Вступ. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років визначила цілі та принципи розбудовочих процесів, цінності, архітектуру системи охорони здоров'я з акцентом на пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги (ПМД) [9]. Ефективність роботи первинної ланки охорони здоров'я багато в чому залежить від застосування профілактичних технологій, які дозволяють попереджувати захворювання, впливати на керовані чинники ризику з метою їх скорочення, зміцнювати потенціал здоров'я. Пріоритетність профілактичного вектору розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я вимагає вирішення багатьох організаційних, управлінських, інформаційних, економічних та інших проблем. Безумовно, що удосконалення та підвищення ефективності потребують усі види профілактичної діяльності на різних рівнях охорони здоров'я. При цьому особливої уваги потребують питання забезпечення проведення профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ) в первинній ланці охорони здоров'я, де починають і закінчують лікування 80% пацієнтів [3,5,12].

Підвищена увага до питань профілактики НІЗ обумовлена тим, що саме ця патологія є провідною причиною захворюваності, якій можна запобігти, передчасної смертності та непрацездатності населення. На частку НІЗ в даний час в Європейському регіоні ВООЗ припадає 86% смертності і 77% тягаря цих хвороб. За оцінками експертів, до 2030 року на частку НІЗ припадатиме до 75% випадків смерті в світі [1,2,6,10,13-14].

З огляду на існуючі тенденції здоров'я та можливості його поліпшення, обґрунтування сучасних форм та методів профілактичної діяльності в первинній ланці охорони здоров'я вимагає поглибленого вивчення стану проведення профілактичної роботи, виявлення її особливостей, рівня знань фахівців з питань профілактичних втручань, їх прихильності реалізації профілактики тощо. Надзвичайно важливим є дослідження сучасних вимог до проведення профілактики, визначення відповідної нормативно-правової бази, врахування рекомендацій міжнародних організацій, кращого досвіду різних країн у вирішенні вказаних питань.

Метою роботи є дослідження особливостей стану здоров'я населення Закарпатської області, діяльності системи охорони здоров'я та здійснення профілактики НІЗ в первинній ланці для обґрунтування напрямів удосконалення профілактичної діяльності.

Об'єкт і методи дослідження. Передбачено використання комплексу методів, а саме бібліографічного, інформаційно-аналітичного, медико-статистичного, соціологічного, системного підходу, контент-аналізу тощо.

Відповідно до мети дослідження розроблена його програма, яка забезпечувала послідовне вирішення усіх поставлених у роботі завдань. В основу її формування було покладено системний підхід, який дозволяє розглядати здоров'я населення і профілактику його порушень як складну відкриту систему з різноманітними взаємозв'язками та комплексним впливом багатьох різноспрямованих чинників. Для послідовної реалізації програми було сформовано низку етапів, кожен з яких спрямовувався на вирішення поставленої мети.

Перший етап полягав у поглибленому аналізі зарубіжних та вітчизняних науково-інформаційних джерел щодо особливостей формування здоров'я під впливом чинників ризику, існуючої методології

вивчення та оцінки, організації профілактичної діяльності. Результати першого етапу дозволили оцінити ступінь розробки проблем, пов'язаних із організацією профілактики НІЗ в первинній ланці охорони здоров'я, окреслити не вирішені аспекти та напрями проведення наукового дослідження. Другий етап передбачав створення програми з формуванням завдань, вибір адекватних методів, об'єктів та одиниць спостереження, та розрахунок необхідних обсягів досліджень. Розрахунки необхідної кількості спостережень соціологічних досліджень здійснювалися за методами математичної статистики. Третій етап включав вибір інструментарію дослідження, четвертий – розробку плану його виконання, п'ятий – вирішення організаційних елементів, шостий – проведення досліджень (збір даних, контроль). Після проведення досліджень було реалізовано восьмий етап – здійснено зведення та розробку отриманої інформації, проведення медико-статистичного аналізу, формулювання висновків.

Джерельною базою для медико-статистичного аналізу здоров'я населення та діяльності регіональної системи охорони здоров'я слугували дані Державної служби статистики України, ЦМС МОЗ України, Закарпатського обласного медичного інформаційно-аналітичного центру [4,5,8,11].

Базами проведення соціологічного дослідження з вивчення питань реалізації профілактичних стратегій було обрано заклади ПМД Закарпатської області, що обумовлено особливостями здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я, специфікою регіону тощо. У роботі використано інструментарій для проведення соціологічних досліджень з визначення рівнів знань, умінь, навичок та ставлення лікарів, які працюють в закладах ПМД, щодо профілактики та лікування НІЗ.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз медико-статистичних даних виявив тенденцію до незначного скорочення чисельності населення Закарпатської області протягом 1991-2013 років на 9,0 тис., або на 0,71%. Чисельність населення області становила у 2013 році 1256,9 тис. осіб, або 2,8% всього населення України. Щодо медико-демографічних характеристик, то показник народжуваності в області в 2013 році становив 14,7 на 1000 населення, що є вищим від середнього в Україні показника (11,1%) на 32,4%. Протягом 1991-2013 років народжуваність в області зросла з 10,9 до 14,7‰, тобто на 34,9%.

За величиною загального показника смертності населення (1182,6 на 100 тис.) область має найменше значення показника в рейтингу адміністративних територій. Даний показник на 23,1% є меншим національного. Протягом 1991-2013 років загальний показник смертності збільшився з 9,1 до 11,8 на 1000 населення, тобто на 29,7%. Високі рівні народжуваності при відносно невеликих рівнях смертності обумовлюють природний приріст населення, який становив у 1991 році – 1,8‰, у 2013 році 2,9‰.

Структуру смертності населення Закарпатської області формують хвороби системи кровообігу (58,3%), онкологічні захворювання (12,9%), хвороби органів травлення (5,3%), зовнішні причини (5,1%),

хвороби органів дихання (2,5%). Порівняння показників смертності населення області від провідних причин з національними вказує на важливість успішного вирішення питань боротьби з НІЗ для даного регіону та удосконалення профілактичних засад, апробації сучасних профілактичних програм.

За рівнем смертності населення від хвороб системи кровообігу (689,1 на 100 тис.) область посідає одне з останніх місць серед адміністративних територій України, маючи на 29% нижчий показник. За рівнем смертності від злویкісних новоутворень (153,1 на 100 тис.) та хвороб органів дихання (29,7 на 100 тис.) область також займає кращі місця в Україні, з показниками, які на 24,1% та на 18,6% нижчі від середніх в країні. Рівень смертності від хвороб органів травлення (62,2 на 100 тис.) дещо перевищував у 2013 році національний показник (61,6 на 100 тис.).

Поширеність хвороб серед населення області становила у 2013 році 163,2 тис. випадків на 100 тис. осіб, що є меншим, ніж середній показник в Україні (185,7 тис. на 100 тис.). Захворюваність складала 92,0 тис. випадків на 100 тис. осіб, що на 9,4% нижче, ніж в середньому в країні. Відносно невисокі рівні захворюваності і поширеності хвороб можуть свідчити як про дійсно кращий рівень здоров'я мешканців області, так і про невисоку доступність медичної допомоги та поганий рівень виявлення патології.

Структуру поширеності хвороб в основному формують хвороби системи кровообігу (33,1%), органів дихання (19,3%), органів травлення (11,3%), ендокринної системи (7%), ока і його придаткового апарату (4%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (3,9%), сечостатевої системи (3,8%) та інші. У структурі захворюваності переважають хвороби органів дихання (42,5%), системи кровообігу (8%), органів травлення (7,9%), травми та отруєння (6,2%), хвороби ока та його придаткового апарату (5,5%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,3%), сечостатевої системи (4,4%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (3,9%).

Виявлено перевищення обласних показників над національними за класом хвороб крові, кровотворних органів (2125,3 та 1693,6 на 100 тис. населення), хвороб органів травлення (18455,8 та 17965,2), ендокринних хвороб (11447,1 та 8982,1 відповідно). Серед дорослого населення Закарпаття спостерігається більша поширеність гіпертонічної хвороби на 3,7%, ішемічної хвороби серця – на 12,3%, стенокардії – на 24,5%.

Рівень поширеності злویкісних новоутворень становив у 2013 році 1548,9 випадку на 100 тис. населення, що менше від середнього показника в країні на 35,5%. Проте викликає обґрунтовану тривогу значне число запущених випадків раку серед вперше виявлених. Питома вага хворих із запущеними випадками (III і IV стадій для візуальних локалізацій та IV стадія для всіх інших локалізацій) серед хворих з уперше встановленим діагнозом злویкісних новоутворень, у 2013 році досягла 18,9%. При цьому показник питомої ваги хворих із запущеними випадками раку ротової порожнини перевищував національний на 17,1%, гортані – на 28,7%, стра-

воходу – на 9,6%, ободової кишки сечового міхура – на 7,3%, молочної залози – на 16,9%, шийки матки – в 2 рази, яєчників – в 1,6 рази, щитоподібної залози – 2,2 рази. Летальність до 1 року серед вперше зареєстрованих онкохворих становить в цілому 30,7%, що перевищує національний показник (28,1%), у т. ч. серед хворих на рак ротової порожнини – 44,4% проти 39,2%, стравоходу – 72% проти 63,8% трахеї, бронхів і легень – 60,6% проти 58,2%, щитоподібної залози – 7,7% проти 5,0%. Це свідчить про поганий стан здоров'я населення Закарпатської області й про незадовільний рівень профілактичної, діагностичної та лікувальної роботи закладів охорони здоров'я.

Регіональна система охорони здоров'я Закарпатської області має значні ресурси, включаючи мережу, матеріальну і технологічну базу, професійні кадри. Забезпеченість лікарняними ліжками становить 8827 ліжок, або 70,4 ліжка на 10 тис. населення, що є на 12,5% нижчою, ніж середній в країні показник (80,5 на 10 тис.). Рівень госпіталізації, який становить 19,9 на 100 осіб, також є нижчим за середній (22,4). Досить розвиненою є мережа денних стаціонарів, що нараховує 106 закладів, в яких розгорнуто 1629 ліжок, або 13,0 ліжок на кожні 10 тис. населення. Проте це значно менше від середнього в Україні (15,9 на 10 тис.). В денних стаціонарах області за 2013 рік проліковано 71,7 тис. хворих, що становить 572,7 на 10 тис. населення. В області також функціонувало 111 стаціонарів вдома. В стаціонарах вдома протягом 2013 року було проліковано 65,3 тис. населення, або 521,2 на кожні 10 тис., що є близьким до середнього показника в країні (523,9 на 10 тис.).

В Закарпатській області швидкими темпами розвивається мережа закладів первинної медичної допомоги. У 2013 році нараховувалося 266 таких закладів. Зміни кількості закладів відбулися за рахунок створення центрів ПМСД як самостійних юридичних осіб. У містах функціонують 17 закладів загальної практики/сімейної медицини, у сільській місцевості – 249. В них обслуговується 1251,3 тис. населення.

Забезпечення області кадровими ресурсами охорони здоров'я є найменшим серед регіонів України. Зокрема забезпеченість штатними посадами лікарів, включаючи лікарів НДІ та закладів підготовки кадрів, становить 36,6 на 10 тис. при національному показнику – 50,7 на 10 тис., а зайнятими посадами – 34,7 проти 45,8 на 10 тис. В закладах охорони здоров'я працюють 4,6 тис. лікарів, 10,6 тис. молодших спеціалістів з медичною освітою тощо. Укомплектованість лікарських посад в закладах охорони здоров'я за 2013 рік складає 94,6%. Укомплектованість молодших спеціалістів з медичною освітою досягла 97,2%. Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів становила у 2013 році 89,4 %, що є суттєво вищою від національного показника (68,7%).

Результати соціологічного опитування фахівців первинної ланки закладів охорони здоров'я Закарпатської області щодо їх знань, вмінь, навичок здійснення профілактики НІЗ засвідчили, що розподіл респондентів за статтю був наступний: чоловіки –

20,5%, жінки 79,5%. Щодо вікових груп, то респонденти у віці 25-44 роки становили 67%, 35-44 роки – 14,8%, 45-54 роки – 11,4%, старше 55 років – 6,8%.

Необхідно відмітити, що всі опитані вказали на те, що профілактична робота входить у їхні обов'язки. На профілактичну роботу, як найбільш важливу, вказали 34,1% фахівців, тоді як на лікувально-діагностичну – 58%, а на як профілактичну, так і лікувально-діагностичну – 7,9%. Ставлення до профілактичної роботи як до свого обов'язку у лікарів в цілому корегувало зі ставленням до профілактики як основи власного способу життя. Індекс маси тіла менше 25 мали 75,3% опитаних, від 25 до 29,9 було виявлено у 8%, понад 30 – 6,7%.

Що стосується артеріального тиску, то нижче норми він був у 29,5% респондентів, нормальний – у 43,2%, граничний – у 19,3%, вищим за норму – 8% лікарів первинної ланки. Водночас, 11,3% респондентів мали знижений рівень вмісту глюкози в крові. Розподіл респондентів за рівнем холестерину в крові показав, що нижче 3,6 ммоль/л мали 28,1%, в межах 3,6-6,2 ммоль/л – 70,2%, вище 6,2 ммоль/л – 1,7%.

Викликає обґрунтовану тривогу той факт, що серед фахівців ПМД виявлено значну частоту поведінкових чинників ризику розвитку основних хронічних неінфекційних захворювань. Так, курильний статус підтвердили 11,4% опитаних медичних працівників. При цьому, серед чоловіків показник досягав 22,2%, серед жінок – 8,6%. Це високі показники поширеності куріння. У ході дослідження виявлено значний відсоток осіб з низьким рівнем фізичної активності. До 30 хвилин в день витрачали на ходьбу 1,2% опитаних, від 30 до 60 хвилин – 17,9%. Незадовільним є режим харчування більшості фахівців первинної ланки. Так, 36,5% осіб на робочому місці споживають їжу, яку приносять з дому, харчуються в їдальні 23,5%. Разом з тим, 23,5% взагалі не вживають їжу протягом робочого дня, що свідчить про порушення режиму харчування.

Вивчення самооцінки здоров'я працівників закладів охорони здоров'я на первинному рівні свідчить, що 4,5% вважають його поганим, і лише 10,2% – відмінним.

При аналізі особливостей проведення профілактичної роботи і призначення діагностичних досліджень встановлено, що вимірюють артеріальний тиск всім пацієнтам, незалежно від мети візиту, 87,5% опитаних, тоді як 9,1% – лише пацієнтам з групи ризику, 3,4% – тільки за наявності скарг у пацієнта. Вимірювання холестерину крові призначають усім пацієнтам 16,3% респондентів, пацієнтам з групи ризику – 74,4%, за наявності скарг – 9,3. Вимірювання антропометричних даних проводять усім пацієнтам, незалежно від мети візиту, 87,3% медичних працівників, пацієнтам з груп ризику – 10,3%, тільки за наявності скарг у пацієнта – 1,2%, ніколи – 1,2%. Рентгенівське обстеження грудної клітки призначають усім пацієнтам 30,7% лікарів, пацієнтам з груп ризику – 44,3%, тільки за наявності скарг у пацієнта – 25%. Толерантність до глюкози у всіх пацієнтів визначають 17,9% фахівців первинної ланки охорони здоров'я, у пацієнтів з груп ризику – 46,4%, тільки за наявності скарг у пацієнта – 34,5%, ніко-

ли – 1,2%. Обстеження молочної залози усім жінкам проводять 50% лікарів, пацієнтам з груп ризику – 36,8%, тільки за наявності скарг у пацієнта – 12,6%. Проаналізовано результати вивчення особливостей призначення інших діагностичних обстежень.

Визначено оцінку проведення фахівцями первинної ланки консультування пацієнтів щодо зменшення ризику розвитку основних НІЗ та корекції способу життя. Виявлено різну ступінь участі лікарів в здійсненні профілактичної роботи серед населення. Так, бесіди про відмову від куріння завжди проводять 28,4% респондентів, необхідність дотримання раціональної дієти – 18,2%, скорочення вживання алкоголю – 26,4%, зменшення надмірної маси тіла – 20,5%, підвищення фізичної активності – 36,4%. В рамках прийому постійно наполягають на відмові від куріння 58% фахівців, від випадку до випадку – 13,6%. Що стосується раціональної дієти, то 67,1% опитаних проводять з пацієнтами відповідну роботу в рамках прийому, 13,6% – від випадку до випадку, 1,1% – ніколи. На корекції алкогольної поведінки від випадку до випадку наполягають 17,2% лікарів, 1,2% – ніколи. На необхідність зменшення надмірної ваги тіла вказують в рамках прийому 56,8% фахівців первинної ланки, від випадку до випадку – 22,7%. Про необхідність підвищення фізичної активності епізодично говорять 17%, практично не говорять – 1,1%.

Всі опитані працівники закладів охорони здоров'я первинного рівня вважають, що вони повинні брати участь у заходах з профілактики захворювань серед населення, яке обслуговується. Необхідність інформування пацієнтів про кожен спосіб лікування та обстеження перед їх призначенням підтвердили 96,6%. При цьому, 98,9% вважають гігієнічне виховання пацієнтів складовою частиною заходів зі зміцнення здоров'я і профілактики захворювань.

Практично усі опитані підтвердили, що метою профілактичних втручань повинна бути зміна поведінки пацієнтів в тому напрямі, котрий вважається правильним з медичної точки зору (98,9%). Водночас, 92,9% опитаних медичних працівників вказали, що успіх заходів зі зміцнення здоров'я і профілактики захворювань залежить, головним чином, від мотивації учасників. На вирішальну роль лікаря у проведенні просвітницької роботи серед пацієнтів і спостереженні за ними вказали 17,2% респондентів, тоді як 82,8% – не погодилися з цим твердженням. Думку про те, що неважливо, як надається інформація, а важливо те, що вона взагалі надається, висловили 21,8% респондентів, спростували її – 78,2%. Важливість співвідношення заходів зі зміцнення здоров'я і профілактики захворювань з особливостями пацієнта, тобто врахування його віку, освіти, професії, підтвердили 95,5%, заперечили – 4,5% фахівців.

У ході дослідження встановлено недостатній рівень знань про здоровий спосіб життя та профілактику чинників ризику у певної частини працівників закладів ПМД. Використовують у своїй роботі індекс маси тіла 87,5%. Тільки 51,2% респондентів правильно оцінюють норму фізичного навантаження.

На недостатність методичних матеріалів з організації профілактичної роботи з населенням вказали 21,8% респондентів. Наявні керівництва регулярно використовують лише 79,8%, при цьому 15% з тих, хто не користується наявними керівництвами з профілактики, вказали на відсутність досвіду, 25% – на складність, 50% – на невпевненість в їх ефективності, 10% – на інші причини.

Встановлено інформаційні, освітні та методичні потреби працівників ПМД з питань профілактики та лікування НІЗ. Виявлено необхідність розробки методичних матеріалів і забезпечення ними фахівців, проведення тренінгів як оптимальної форми навчання і підвищення кваліфікації з питань профілактики. З огляду на це, навчальні програми з питань профілактики НІЗ потребують суттєвого доопрацювання з урахуванням сучасних досягнень медичної науки, доказової медицини, з включенням до них питань про сучасні методи скринінгу чинників ризику розвитку НІЗ; інформування пацієнтів про чинники ризику і можливості їх корекції; оцінка і прогноз за сумарним ризиком розвитку серцево-судинних захворювань; методологічні аспекти проведення консультування; формування мотивації і навичок здорового способу життя; створення індивідуальних програми профілактичного і оздоровчого втручання; надання освітньо-інформаційних послуг; надання рекомендацій з профілактики, лікування, реабілітації; оцінка динаміки і результатів профілактичних втручань; гігієнічне навчання і виховання; моніторинг здоров'я.

Висновки

Отже, результати дослідження дозволили встановити наявні проблеми в здоров'ї населення Закарпатської області, які характеризуються значним поширенням неінфекційних хвороб та чинників ризику їх розвитку. Виявлено недоліки у здійсненні медичної профілактики, прогалини в знаннях, брак вмінь, недосконалість навичок, часто відсутність прихильності медичних працівників до проведення профілактичної роботи.

У ході дослідження виявлено наявність у медичних працівників поведінкових та метаболічних чинників ризику НІЗ, у т. ч. надмірної маси тіла (8%), ожиріння (6,7%), підвищеного систолічного кров'яного тиску (8%), діастолічного кров'яного тиску (6,9%), підвищеного рівня вмісту холестерину в крові (1,7%), недостатнього рівня фізичного навантаження (21,1%), нераціонального режиму харчування (23,5%). Як наслідок, 4,5% опитаних оцінили рівень свого здоров'я як поганий.

На профілактичну роботу, як найбільш важливу, вказали 34,1% фахівців, тоді як на лікувально-діагностичну – 58%, на профілактичну та лікувально-діагностичну – 7,9%. Суттєвою є частка тих, хто обов'язкові діагностичні обстеження та профілактичні втручання призначає лише особам з груп ризику, або за наявності скарг пацієнта.

Низькою є частота консультацій пацієнтів щодо зменшення ризику розвитку основних НІЗ. Ніколи не проводять або проводять епізодично профілактичну роботу з населенням щодо відмови від куріння 13,6% медичних працівників первинної

ланки охорони здоров'я, щодо раціональної дієти – 14,7%, зменшення вживання алкоголю – 18,4%, зменшення надмірної маси тіла – 22,7%, підвищення фізичної активності – 18,1%. Недооцінюють значущість способу подачі профілактичної інформації 21,8% медичних працівників. Не вважають за необхідне співвідносити заходи з профілактики з особливостями пацієнта 4,5% респондентів.

Серед опитаних виявлено певну частину осіб, які не чітко знають показники норми кров'яного тиску, рівня цукру в крові тощо, 12,5% не використовують у своїй роботі показник індексу маси тіла. Недостатнім є рівень знань з різних питань раціонального харчування.

Викликає занепокоєння той факт, що 2,3% медичних працівників первинної ланки не вважають концепцію здорового способу життя корисною, а 6,8% сумніваються в її корисності. А 5,9% стверджують, що результати профілактики надто малі і не виправдовують зусиль. При цьому 50,6% працівників первинної ланки вказують, що пацієнти не цікавляться профілактикою захворювань і не бажають витратити на неї час. На відсутність часу займатися профілактикою вказують 9,5% респондентів.

Серед причин низького рівня профілактичної роботи вказуються погане викладання питань профілактики у ВМНЗ (62,5%), відсутність чіткої регламентації цього виду діяльності в посадових обов'язках працівників первинної ланки, брак методичних матеріалів, інших джерел інформації, низький рівень використання керівництв з питань профілактики, методичної літератури тощо.

Такий стан речей свідчить про нагальну необхідність створення сучасних навчальних програм

для працівників первинної ланки охорони здоров'я з питань профілактики НІЗ і формування здорового способу життя в системі безперервної професійної медичної освіти. Пріоритетом має стати формування навчальних програм для безперервної професійної освіти фахівців ПМД з питань профілактики та лікування НІЗ з включенням до них питань загальних проблем здоров'я внаслідок провідної хронічної патології, етіології НІЗ, принципів ведення пацієнтів з НІЗ, методів оцінювання, внутрішнього моніторингу тощо.

Вимагає удосконалення навчально-методичне забезпечення реалізації нових навчальних програм за пріоритетними темами сучасних аспектів профілактики та лікування НІЗ, оцінки, моніторингу та управління чинниками ризику розвитку хронічної патології, насамперед, хвороб системи кровообігу, включаючи рівень артеріального тиску, вміст холестерину та цукру крові, куріння, зловживання алкоголем, нераціональне харчування, низьку фізичну активність. Запропоновано розробити новий сучасний інструментарій для підвищення кваліфікації медичного персоналу ПМД з питань удосконалення профілактики НІЗ, насамперед, хвороб системи кровообігу, онкологічних захворювань, обструктивних хвороб легень та цукрового діабету, офтальмологічної патології.

Перспективи подальших досліджень

За результатами наукового дослідження планується розробити низку організаційних та науково-освітніх заходів щодо підвищення рівня знань, вмінь і прихильності фахівців первинної ланки профілактичної діяльності та дослідити ефективність їх впровадження.

Література

1. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г. / Женева: ВОЗ, 2013 г. – 170с.
2. Европейська база даних «Здоров'я для всіх» (онлайнова база даних) – Копенгаген: ЄРБ ВООЗ, 2014 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>. – Назва з екрану.
3. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия / ЕРК ВОЗ. – Мальта, 10-13 сентября 2012 г. – 18 с.
4. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 1990-1999 роках (статистично-аналітичний довідник) – К.: ЦМС, 2000. – 208 с.
5. Мережа закладів та основні показники діяльності системи охорони здоров'я Закарпатської області за 2013 рік / – Ужгород, 2014. – 128 с.
6. Мировая статистика здравоохранения. 2012 год. – Женева: ВОЗ, 2013. – 176 с.
7. Московская декларация: Первая глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (М., РФ, 28-29 апреля 2011 г.). – Женева: ВОЗ, 2011 г.
8. Населення України 2013: демографічний щорічник. – К.: Державна служба статистики України, 2014. – 449 с.
9. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. – МОЗ України, МФ «Відродження», 2015. – 41 с.
10. Основные показатели здоровья в Европейском регионе ВОЗ. 2013 г.: В центре внимания – неинфекционные заболевания. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2013. – 10 с.
11. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2012-2013 роки. – К.: Центр медичної статистики МОЗ України, 2014. – 328 с.
12. Предотвращение хронических болезней: жизненно важное вложение средств / Доклад ВОЗ. – Канада: Агенция общественного здоровья, 2005. – 33 с.
13. Mathers C. D. Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results / C.D. Mathers, D. Loncar. – Женева: ВОЗ, 2005. – 130 с.
14. McDaid D. Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации? / D. McDaid, M. Drummond, M. Suhrcke. – ЕРБ ВОЗ, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2008. – 32 с.

УДК 614.21:362.1

ПРОФІЛАКТИКА НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Дуфинець В. А., Грузева Т. С.

Резюме. В статті представлено результати дослідження стану здоров'я населення Закарпатської області, поширеності хронічної патології та чинників ризику її розвитку. Охарактеризовано показники діяльності регіональної системи охорони здоров'я, у т. ч. профілактичної роботи фахівців первинної ланки. Оцінено рівень профілактичних знань, умінь лікарів та їх прихильність до профілактики.

Ключові слова: здоров'я, неінфекційні захворювання, чинники ризику, профілактика, консультування, спосіб життя.

УДК 614.21:362.1

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕ- НИЯ ЗАКАРПАТСКОЙ ОБЛАСТИ

Дуфинець В. А., Грузева Т. С.

Резюме. В статье представлены результаты исследования состояния здоровья населения Закарпатской области, распространенности хронической патологии и факторов риска ее развития. Охарактеризованы показатели деятельности региональной системы здравоохранения, в т. ч. профилактической работы специалистов первичного звена. Дана оценка уровню профилактических знаний, умений врачей и их приверженности профилактике.

Ключевые слова: здоровье, неинфекционные заболевания, факторы риска, профилактика, консультирование, образ жизни.

UDC 614.21:362.1

PREVENTION OF NONCOMMUNICABLE DISEASES IN PRIMARY CARE OF ZAKARPATTIA REGION

Dufynets V. A., Gruzieva T. S.

Abstract. The paper presents results of a study on health status in Zakarpattia region, the prevalence of chronic diseases and risk factors for their development. We characterized the functioning of regional health systems, including prevention work by primary care professionals. We also studied doctors' level of knowledge and skills about prevention, and their commitment to prevention.

We established available health problems in the population of Zakarpattia region characterized by widespread noncommunicable diseases and risk factors for their development, revealed shortcomings in the implementation of preventive medicine, gaps in knowledge, lack of skills, inadequate skills of often health care workers to provide prevention work.

The study revealed the presence of medical staff behavioral and metabolic risk factors for noncommunicable diseases, including excessive weight gain (8%), obesity (6.7%), increased systolic blood pressure (8%), diastolic blood pressure (6.9%), increased levels of blood cholesterol (1.7%), insufficient physical activity (21.1%), and unhealthy diet (23.5%). As a result, 4.5% of respondents rated the quality of their health as poor.

A total of 34.1% of experts reported preventive work to be the most important, while 58% – medical-diagnostic and 7.9% – prevention and treatment and diagnostic. Essential part of them administer diagnostic examinations and preventive intervention only to persons at risk, or when the patient complaints.

Few consultations are aimed to reduce patients' risk for major noncommunicable diseases. As many as 13.6% primary health care medical workers never or occasionally perform preventive work with the population regarding smoking cessation, 14.7% – on a rational diet, 18.4% – reducing the use of alcohol, 22.7% – reducing excess body weight, 18.1% increase physical activity. The importance of providing prevention information has been indicated by 21.8% of health workers. Do not consider it necessary to relate the prevention to patient characteristics 4.5% of respondents.

Disturbing is the fact that 2.3% of primary health care workers do not find the concept of healthy lifestyle beneficial and 6.8% questioned its usefulness, 5.9% said that the effects from prevention are too small and do not justify the effort. Thus, 50.6% of workers in primary care indicate that patients are not interested in the prevention of disease and do not want to waste their time. The lack of time to deal with the prevention was pointed by 9.5% of respondents.

Among the reasons for the low level of preventive work, insufficient teaching for higher medical prevention (62.5%), lack of clear regulation of this activity as a function of primary care workers, lack of teaching materials and other sources of information, low usage guidelines for prevention, instructional materials etc. were indicated.

This situation demonstrates the urgent need for up-to-date training programs for employees of primary health care concerning the prevention of noncommunicable diseases and a healthy lifestyle in the system of continuous professional medical education. The priority should be set to the development of training programs for continuous professional training of public health care professionals in the prevention and treatment of noncommunicable diseases including aspects of the prevention and correction of risk factors for noncommunicable diseases, management of patients with noncommunicable diseases, methods of assessment, internal monitoring etc.

Keywords: health, noncommunicable diseases, risk factors, prevention, counseling, lifestyle.

Рецензент – проф. Голованова І. А.

Стаття надійшла 03.11.2015 року