

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

За редакцією Ю.В. Вороненка

*Допущено МОЗ України
як підручник для студентів
вищих навчальних закладів
I-II рівнів акредитації за спеціальностями
“Сестринська справа”, “Лікувальна справа”,
“Акушерська справа”, “Медико-профілактична справа”*

Тернопіль
“Укрмедкнига”
2002

ББК 51.1я723
С 69
УДК 614.2(075.3)

Авторський колектив:

Ю.В. Вороненко, доктор мед. наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки; **Л.О. Прус**, канд. мед. наук, доцент; **А.П. Чуйко**, канд. мед. наук, доцент, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця; **О.А. Затула**, викладач Харківського медичного училища № 1; **О.М. Оніщенко**, директор Харківського базового медичного училища № 1.

Рецензенти:

Завідувач кафедри соціальної медицини і ООЗ Дніпропетровської медичної академії, д.м.н., професор **В.М. Лехан**.

Завідувач кафедри соціальної медицини і АСУ з економікою охорони здоров'я Луганського медичного університету, д.м.н. **Г.В. Бесполудіна**

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я:
Підручник / За ред. Ю.В. Вороненка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 332 с.

ISBN 966-7364-93-3

У підручнику висвітлено основні проблеми та завдання соціальної медицини та організації охорони здоров'я, методи аналізу та оцінки показників здоров'я населення, організацію надання медичної допомоги різним контингентам населення та його санітарно-епідеміологічного забезпечення, напрямки реформування галузі охорони здоров'я, аналізу діяльності закладів охорони здоров'я, проведення медико-соціальної експертизи працездатності.

До окремих тем розроблені тести для самоконтролю та перевірки знань студентів з цих тем і наведені еталони відповідей до них.

Підручник написаний відповідно до програм, затверджених Міністерством охорони здоров'я України та розрахований для студентів навчальних закладів I-II рівнів акредитації, які навчаються за спеціальностями "Сестринська справа", "Лікувальна справа", "Акушерська справа", "Медико-профілактична справа".

ББК 51.1я723
УДК 614.2(075.3)

ISBN 966-7364-93-3

© Ю.В. Вороненко та ін., 2002

1. СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ЯК НАУКА ПРО СУСПІЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ПІДГОТОВКИ СЕРЕДНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Зацікавленість у збереженні та зміцненні здоров'я супроводжує всю історію людства, починаючи з стародавніх цивілізацій. Ця потреба була головною рушійною силою появи медицини взагалі та системи організації охорони здоров'я зокрема.

Виділення соціальної медицини та організації охорони здоров'я в самостійну науку відбулося наприкінці XIX і на початку XX століття, коли для цього були створені відповідні історичні умови. Суспільство намагалось перейти від повсякденної реєстрації виникнення хвороб, інвалідизації та смертності населення до цілеспрямо-ваного наукового впливу на ці явища.

Народження соціальної медицини було якісним стрибком людства від емпіричного розуміння формування суспільного здоров'я до наукового узагальнення цих закономірностей, їх прогнозу та утвердження шляхів його надійного захисту та зміцнення.

Однак аж до початку XX ст. не існувало спеціальних курсів, кафедр соціальної гігієни, не було й спеціальних періодичних видань. Спочатку наукові та навчальні заклади такого профілю виникли в Німеччині, де вже в 70-х роках минулого століття були запроваджені деякі реформи в галузі охорони здоров'я (введено соціальне страхування за рахунок коштів підприємств, державного бюджету та самих трудящих, організовані амбулаторії, деякі диспансери та інше). В 1905 р. А. Гротьян заснував у Берліні наукове товариство соціальної гігієни та медичної статистики. Це товариство сприяло створенню організацій, які займались питаннями охорони здоров'я дітей, боротьби з туберкульозом і алкоголізмом в соціально-медичному аспекті, однак проіснувало воно лише до початку Першої світової війни. В 1920 р. А. Гротьян домігся організації першої в світі кафедри

соціальної гігієни в Берлінському університеті. Згодом і в інших університетах Німеччини створювались подібні курси та кафедри, а також дослідницькі установи, в яких працювали відомі соціал-гігієністи Е. Ресле, Ф. Принцінг, А. Фішер тощо. Вони сконцентрували увагу на першочерговій ролі соціальних умов і факторів, які визначають громадське здоров'я, та на ролі державних соціальних заходів у його охороні. На численних прикладах вони показали значення соціальної етіології масових захворювань трудящих, у першу чергу на туберкульоз, на психічні, венеричні та інші захворювання.

В другій половині XIX - початку XX ст. сформувався соціально-медичний напрямок у громадській медицині. Представниками його в Україні були земські лікарі (М. Уваров, М. Тезяков, П. Кудрявцев, П. Діатропов, С. Ігумнов, А. Смідович та ін.) і вчені гігієністи (В. Субботін, А. Якобій, І. Скворцов, О. Корчак-Чепурківський, В. Фавр).

В Україні були проведені комплексні соціально-гігієнічні дослідження праці та побуту сільськогосподарських робітників земськими санітарними лікарями Херсонської губернії, фабричних робітників. Велике місце в дослідженнях зайняло вивчення інфекційної захворюваності як актуальної проблеми того часу.

Гігієністи та лікарі розробили важливі положення соціальної медицини: вплив соціальних факторів на здоров'я населення, недостатність одних лише медичних заходів для його покращання та необхідність вжиття широких суспільних заходів, участь громадськості у вирішенні питань охорони здоров'я, реалізації вимог профілактики.

Питання основ громадської медицини викладались ще в XIX столітті на медичному факультеті Київського університету на кафедрі державного ведення лікарської справи. Викладання соціально-медичних питань і статистики розпочалось із створенням у 1871 р. першої в Україні кафедри гігієни, медичної поліції, медичної географії та статистики при Київському університеті. Затверджений її керівником, В. Субботін багато уваги надавав громадській медицині.

Створенню кафедр соціальної гігієни передували пошуки шляхів викладання цього предмета. В 1922 р. було запропоновано значно розширити викладання гігієни, поділивши його на три частини – загальну гігієну, соціальну та професійну. До змісту предмета соціальної гігієни пропонувалось включити історію її розвитку, демографію

з медичною статистикою, вчення про соціальні хвороби, громадську організацію охорони здоров'я в Росії та на Заході. Пропозиція була прийнята та з 1922-1923 навчального року реалізована.

Першою в Україні була створена кафедра соціальної гігієни в Харківському медичному інституті. В жовтні 1923 р. першим завідувачем кафедри став М. Гуревич. Тоді ж аналогічна кафедра була організована в Одеському медичному інституті. Її очолив Л. Громашевський, одночасно завідуючи кафедрою епідеміології.

В Київському медичному інституті в січні 1924 р. була заснована кафедра соціальної гігієни. Її очолив С.С. Каган. На кінець 1925 року була створена широка мережа наукових, навчальних і практичних соціально-медичних установ, що стало передумовою інтенсивного розвитку соціальної медицини в Україні в наступні роки. Особливістю цих років є тенденція до координації зусиль усіх соціально-медичних установ з метою поглиблення досліджень.

У травні 1941 р. кафедри соціальної гігієни були перейменовані в кафедри організації охорони здоров'я, що й визначило відповідне коло їх завдань. На чверть століття було заборонено не тільки проводити соціально-медичні дослідження, а й викладати такий предмет.

В 1966 р. соціальна гігієна була відновлена як наука і предмет викладання, а кафедри перейменовані в кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. Згодом, у 90-ті роки ХХ ст. змінилася назва дисципліни та кафедр: замість терміна "соціальна гігієна" була запропонована назва "соціальна медицина".

Цей предмет викладається як у вищих медичних навчальних закладах, так і в середніх спеціальних закладах.

До основних завдань соціальної медицини відносять:

- вивчення стану здоров'я населення та процесів його відтворення;
- забезпечення всебічної характеристики зрушень (динаміки), які відбуваються в показниках здоров'я населення країни в цілому, а також на регіональних рівнях, в соціально-економічних, еколого-географічних зонах, населених пунктах, окремих колективах;
- наукове розкриття умов і чинників, які призводять до позитивних і негативних відхилень у стані здоров'я різних соціальних вікових-статевих та інших груп населення;

- розробка напрямків оздоровлення населення та визначення принципів системи охорони здоров'я, його теоретичних та організаційних основ;

- аналіз діяльності органів та закладів охорони здоров'я, створення їх раціональних структур і наукове обґрунтування найбільш доцільних форм організації роботи, проведення реформування та реструктуризації;

- створення різнострокових прогнозів та планів розвитку системи охорони здоров'я з метою проведення цілеспрямованих заходів з підтримання належного рівня здоров'я.

В програмах підготовки середніх медичних працівників передбачене викладання соціальної медицини та організації охорони здоров'я в досить значному об'ємі.

Розвиток і вдосконалення заходів, спрямованих на збереження та покращання суспільного здоров'я потребує значної участі середніх медичних працівників: медичних сестер, фельдшерів, лаборантів. Збільшуються вимоги до рівня їх фахової підготовки, зростає роль цих працівників у вирішенні різних медико-соціальних проблем, які виникають у конкретній особистості, в певних групах населення тощо.

Перед системою охорони здоров'я постійно постає завдання забезпечення всьому населенню країни найвищого можливого рівня кваліфікованої, загальнодоступної профілактичної та лікувальної допомоги, яка надається відповідною мережею лікувальних, профілактичних і реабілітаційних закладів.

Вирішення цього відповідального завдання неможливе без належного розвитку сестринської справи як однієї з найважливіших складових частин системи охорони здоров'я.

В умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні зростає попит на кадри середніх медичних працівників різної кваліфікації та освітнього рівня.

Досліджуючи становлення та розвиток сестринської справи за кордоном і в Україні, М. Шегедин в монографії "Медсестринство у світі" (1999 р.) зазначає, що сестринська справа пройшла довгий шлях розвитку. На початку становлення цієї справи значний вплив на неї справили релігії, які заохочували різну благочинну діяльність, однією з частин якої був догляд за хворими.

У XVII та XVIII століттях в Європі почали створювати навчальні програми для підготовки сестер милосердя, якими опікувалися релігійні організації.

Інтенсивний розвиток сестринської справи почався в XIX ст., великий внесок у цей процес зробила Флоренс Найтінгел. Вона отримала підготовку з сестринського догляду в Німеччині, вивчила досвід роботи сестер милосердя у Франції.

Флоренс Найтінгел керувала роботою сестер милосердя під час Кримської війни (1854 р.), згодом відкрила школу медичних сестер у Лондоні. Програмою цієї школи було передбачене як теоретичне навчання протягом одного року, так і два-три роки практики в лікарні.

Відзначаючи видатну роль Найтінгел у розвитку сестринської справи, Міжнародний комітет Червоного Хреста в 1912 році заснував медаль імені Флоренс Найтінгел як найвищу нагороду медичним сестрам та їх помічникам. Цією медаллю нагороджено близько 1000 осіб*.

В Україні виникнення сестринської справи також пов'язане з прийняттям християнства та його подальшим становленням.

Як зазначає М. Шегедин (1999 р.), за часів середньовіччя навчальних медичних закладів в Україні не було, медициною займалися члени певних професійних цехів, наприклад хірурги-цирульники.

Наприкінці XVIII ст. українські землі відійшли до двох держав: Росії та Австрії, при цьому на теренах Західної та Східної України розвиток медицини мав особливості.

Створення системи медичної служби та медичної освіти в Західній Україні було доручено доктору медицини Андрію Крупинському, за клопотанням якого у Львові почалося читання лекцій з медицини для осіб, які, не маючи дипломів, займалися лікарською, акушерською чи аптекарською практикою.

1 жовтня 1773 р. відбулося урочисте відкриття Львівського акушерського колегіуму, навчання в якому тривало один-три роки.

Згодом цей колегіум був перетворений на акушерську школу, яку потім перейменували на Державну акушерську школу. Її навчальний

* Шегедин М. Медсестринство у світі. – Львів: державне видавництво “Край”, 1999. – С.20.

план включав, до речі, суспільну гігієну та законодавство про вагітних.

У 1885 році при загальній лікарні у Львові була відкрита перша школа медичних сестер.

У 30-ті роки ХХ ст. була відкрита “Приватна школа догляду за хворими”. Проте середніх медичних працівників в Західній Україні було дуже мало.

Після возз’єднання Західної України з УРСР швидкими темпами розвивалось створення закладів охорони здоров’я, різних навчальних закладів, у т.ч. фельдшерсько-акушерських шкіл.

На теренах Російської імперії перші повивальні бабки (акушерки) з’являються на початку ХVІІІ століття.

В 40-х роках ХVІІІ ст. були започатковані медико-хірургічні школи так званих підлікарів, згодом в Петербурзі та Москві були відкриті школи “бабичьего дела”.

В 80-х–90-х роках ХVІІІ ст. в Україні функціонувала Єлисаветградська медико-хірургічна школа. Вже в кінці ХVІІІ ст. медична освіта була поділена на лікарську та підлікарську (фельдшерську).

На початку ХІХ ст. було збудовано державні лікарні в різних губернських і повітових містах України, де поруч з лікарями працювали фельдшери.

В 1822 р. вийшло в світ російською мовою перше видання для спеціальної підготовки персоналу з догляду за хворими. З 30-х років ХІХ ст. при великих лікарнях створювались фельдшерські школи.

Кримська війна (1853-1856 рр.) змінила уявлення про роль сестер милосердя. Видатний хірург М.І. Пирогов визнав можливим залучати сестер милосердя до участі в наданні допомоги пораненим і хворим воїнам на полі бою.

В подальшому підготовкою сестер милосердя опікувалося Російське товариство Червоного Хреста, їх підготовкою займалися також громади монастирського типу.

Численні сестри милосердя брали активну участь в медичному забезпеченні армії під час наступних воєн, які вела Російська імперія (російсько-турецької, російсько-японської, першої світової війни).

Підготовку фельдшерів і медичних сестер здійснювали фельдшерські школи в Києві та Харкові (з середини ХІХ ст.), при

військових відомствах існували курси лікарських помічників і військово-фельдшерські школи.

Введення земського самоврядування (60-ті роки XIX ст.) сприяло подальшому розвитку підготовки фельдшерів, фельдшерів-акушерок. На селі поряд зі стаціонарними фельдшерськими пунктами існувала система виїзної фельдшерської допомоги, проте забезпеченість населення медичною допомогою була недостатньою.

Фельдшерські пункти як складова частина фабрично-заводської медицини створювались також на окремих підприємствах.

У роки першої світової війни медична служба та освіта занепали. Вже в 20-ті роки XX ст. в середніх медичних навчальних закладах почалася підготовка акушерок, медсестер загального профілю, сестер з охорони материнства та дитинства.

Були узаконені фельдшерські школи з 3-річним терміном навчання; школи медичних та ясельних сестер з 2-річним терміном навчання; курси медичних лаборантів та зубних техніків з 1-річним терміном підготовки*.

Згодом при відділах охорони здоров'я були організовані спеціальні курси підготовки старших медичних сестер.

Самовіддана праця медичних сестер у роки другої світової війни допомогла багатьом пораненим і хворим воїнам повернутися до лав армії чи до мирної праці.

В 50-х роках XX ст. середня медична освіта була уніфікована, встановлено три типи навчальних закладів, а саме:

- медичні училища, які готували фельдшерів, акушерок, санітарних фельдшерів, фельдшерів-лаборантів і зубних лікарів;
- фармацевтичні училища для підготовки фармацевтів;
- училища для підготовки зубних техніків.

Протягом наступних років до середини 70-х років в Україні розширювалась мережа медичних училищ, збільшувалась кількість учнів у них, згодом деякі периферійні медучилища були ліквідовані.

Після перегляду була введена атестація середніх медичних працівників з присвоєнням кваліфікаційної категорії (без категорії, друга, перша, вища).

* Шегедин М. Медсестринство у світі. – Львів: державне видавництво “Край”, 1999. – С.39.

З 90-х років у незалежній Україні відбулися зміни в підготовці середніх медичних працівників.

Відповідно до “Закону про освіту” (1992 р.) в Україні передбачене запровадження неперервної ступеневої освіти чотирьох рівнів. Термін “середня спеціальна освіта” замінено терміном “вища освіта першого рівня”, її надають заклади освіти першого рівня акредитації, з’являються коледжі – заклади освіти другого рівня акредитації, які надають базову вищу освіту та ступінь бакалавра.

Підготовка медичних сестер-бакалаврів проводиться в трьох медичних коледжах (Львівському, Вінницькому та Черкаському), в Миколаївському та Рівненському медичних училищах і восьми вищих медичних закладах III-IV рівнів акредитації.*

Факультети сестринської справи почали створювати в медичних університетах і академіях України.

В 1997 р. вперше в Україні випущено близько 80 медичних сестер-бакалаврів. Ці спеціалісти, згідно з нормативно-правовими документами МОЗ України, можуть займати посади медичної сестри лікувально-профілактичного закладу, старшої медичної сестри відділення, медичної сестри спеціалізованого відділення, медичної сестри-викладача медичних навчальних закладів I та II рівнів акредитації, медичної сестри сімейного лікаря.

В сучасних умовах продовжується підготовка фельдшерів як помічників сімейного лікаря в дільничній лікарні, лікарській амбулаторії, як головної особи в фельдшерсько-акушерських пунктах.

Нових підходів вимагає підготовка медичних сестер загальної практики (сімейних) з підвищеним рівнем освіти, які працюватимуть із сімейним лікарем.

Ці працівники повинні вміти здійснювати такі дослідження та процедури, якими володіє сестринський персонал, що працює за сучасних умов з лікарями різних спеціальностей (запис електрокардіограми, визначення гостроти слуху, вимірювання внутрішньоочного тиску тощо).

Проте основою діяльності сімейної медсестри мають бути знання та вміння, які необхідні для визначення стану здоров’я членів

* Шегедин М. Медсестринство у світі.– Львів: державне видавництво “Край”. 1999 р.– С.71.

родини, виявлення в них факторів ризику для оцінки особливостей взаємовідносин у родині.

Подальший розвиток підготовки середніх і молодших медичних спеціалістів, їх атестація та введення до штату закладів охорони здоров'я посад медичних сестер-бакалаврів передбачені наказом МОЗ України № 116 від 11.05.98 р. "Про заходи щодо подальшого розвитку медсестринства в Україні".

Наказом МОЗ України № 35 від 24.02.2000 р. затверджено положення про особливості ступеневої освіти медичного та фармацевтичного спрямування, до якого ввійшли освітньо-кваліфікаційні рівні молодшого спеціаліста (спеціальності – лікувальна справа, сестринська справа, лабораторна діагностика, медико-профілактична справа, стоматологія, акушерська справа, стоматологія ортопедична) та бакалавра (спеціальності – сестринська справа, лабораторна діагностика та інші), затверджені згідно з чинним законодавством.

Нагальна проблема сучасності – зростання престижу сестринського персоналу, який працює чи працюватиме в закладах і підрозділах, що забезпечують первинну медико-санітарну допомогу, а також удосконалення підготовки сестринського та фельдшерського персоналу, підвищення рівня їх кваліфікації на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України.

На цю потребу впливають багато чинників, а саме: зміни демографічної ситуації (постаріння населення), зростання поширеності хронічних захворювань, значна кількість абортів, погіршення здоров'я вагітних жінок і дітей, ускладнення медичних технологій. Зростає потреба в медико-соціальній патронажній допомозі, в закладах (підрозділах) сестринського догляду. Нові реалії розвитку системи охорони здоров'я, до яких відноситься інтенсивний розвиток надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини, розвиток стаціонарозамінюючої допомоги (денних і домашніх стаціонарів) також впливають на розширення об'єму професійної діяльності медичних сестер.

Має змінитися ставлення до середнього медичного працівника як помічника лікаря, який працює під його контролем і за його вказівками, оскільки зростає значення цього працівника.

Сестринський персонал у системі ПМСД стає рівноправним учасником здійснення всіх видів лікувально-профілактичної роботи в сім'ї. Сфера діяльності цих працівників включає не тільки медичну, але й психологічну та соціальну допомогу.

Середнім медичним працівникам належить важлива роль у діяльності, спрямованій на оздоровлення та планування сім'ї як складовим частинам збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я, тобто заходам з відтворення здорового покоління.

Певні зрушення, які відбуваються в системі підготовки середнього медичного персоналу в державі, поступово змінюють взаємовідносини між ним і лікарями. Потрібна наполеглива праця, щоб прискорити цей процес, а також, щоб змінити взаємовідносини між населенням і медичними сестрами.

Цим вкрай необхідним зрушенням має сприяти діяльність Асоціації медичних сестер України, створеної в 1997 р.

Важливе значення в реалізації нових підходів до ролі середнього медичного персоналу в системі охорони здоров'я мають рішення Другої європейської конференції Всесвітньої організації охорони здоров'я із сестринської справи та акушерства, яка відбулася в червні 2000 р. у Мюнхені.

На конференції були прийняті рішення, спрямовані на покращання навчання та подальшої підготовки цього персоналу. Запропоновано також внесення змін законодавчого характеру щодо регламентацій взаємовідносин між медичними сестрами та іншими категоріями професійних працівників системи охорони здоров'я.

На конференції була прийнята клятва медсестри та акушерки, в якій зазначено:

“Дотримуючись принципів політики “Здоров'я-21”, я зобов'язуюсь використовувати свої знання, досвід і гуманістичне відношення до людей на благо охорони здоров'я суспільства. Моя вища ціль полягає в тому, щоб, працюючи разом із громадськістю, покращувати здоров'я населення та забезпечити право кожної людини на належну лікувально-профілактичну допомогу та догляд. Разом із колегами медичними сестрами та акушерками, в співробітництві з іншими медичними працівниками та громадськістю я буду постійно докладати зусиль для формування здорового способу життя та

створення здорових умов на місцях роботи та проживання населення.

Критерієм ефективності моєї роботи буде більш високий рівень здоров'я окремих осіб, сімей і населення.

Надаючи допомогу та забезпечуючи професійний догляд за хворими, я завжди буду керуватися високими ідеалами співчуття та моральності”.

Підсумковий документ конференції одержав назву “Мюнхенська декларація”.

В програмах підготовки медичних сестер і фельдшерів відповідне місце посідає соціальна медицина та організація охорони здоров'я як наука про громадське здоров'я та систему його охорони. Це визначається необхідністю розуміння взаємозв'язків показників здоров'я з різними чинниками, які впливають на нього. Необхідно зважати на те, що серед цих чинників важливе місце займає спосіб життя, а у формуванні здорового способу життя діяльність середнього медичного персоналу має велике значення.

Вивчення основ організації медичного забезпечення дозволяє цьому персоналу визначити власну роль у наданні лікувально-профілактичної допомоги, в здійсненні державного санітарно-епідеміологічного нагляду.

Це сприятиме задоволенню потреби населення в реалізації права на здоров'я, передбаченого міжнародними та державними нормативно-законодавчими документами.

Контрольні питання

1. Коли почала формуватися соціальна медицина як наука, що є предметом її вивчення?
2. Які земські лікарі та вчені-гігієністи сприяли розвитку соціально-медичного напрямку в медицині в Україні?
3. Коли та де були створені перші кафедри соціальної гігієни (медицини)?
4. Роль середніх медичних працівників у збереженні та зміцненні здоров'я населення.
5. Розвиток сестринської справи в Європі в XIX ст., значення діяльності Флоренс Найтінгел.

6. Розвиток сестринської справи в Західній Україні з кінця XVIII ст.- 40-х років XX століття.

7. Підготовка середнього медичного персоналу в Східній Україні як частині Російської імперії.

8. Підготовка фельдшерів, медичних сестер, лаборантів і зубних техніків в УРСР з 20-х років XX ст. до 90-х років.

9. Сутність неперервної ступеневої освіти середнього медперсоналу, яка розвивається, починаючи з 90-х років XX ст. в незалежній Україні.

10. Роль середнього медперсоналу в ланках первинної медико-санітарної допомоги.

11. Значення соціальної медицини та організації охорони здоров'я в системі підготовки середнього медперсоналу.

2. ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ

2.1. Організація та проведення статистичного дослідження

В медичних закладах і їх підрозділах постійно ведеться облік різноманітної діяльності, вивчаються показники здоров'я населення, здійснюється обробка відповідних даних, їх аналіз. Значну роль у цій відповідальній роботі відведено середньому медичному персоналу, який здійснює облік власної діяльності, а також допомагає лікарю при підготовці різних даних для внесення їх до звітних документів. Крім того, середні медичні працівники можуть допомагати лікарю в організації та проведенні наукових статистичних досліджень.

Статистика як самостійна наука вивчає кількісну сторону масових суспільних явищ у нерозривному зв'язку з їх якісними характеристиками в конкретних умовах місця та часу.

Галузь статистики, яка вивчає питання, пов'язані з медициною, гігієною та громадською охороною здоров'я, називається медичною статистикою.

Медична статистика вивчає:

- здоров'я всього населення та окремих його груп шляхом дослідження даних про його чисельність і склад, природний рух, фізичний розвиток, захворюваність тощо;
- виявляє взаємозв'язки показників здоров'я з різними чинниками середовища;
- вивчає дані про структуру, діяльність і кадри лікувально-профілактичних, санітарно-профілактичних закладів;
- організацію та проведення лабораторно-клінічних досліджень з оцінкою вірогідності результатів спостережень.

Оскільки встановлення закономірностей різних показників здоров'я населення та оцінка діяльності закладів охорони здоров'я можливі на основі вивчення значної за обсягом і різноманітної за змістом інформації, статистичний метод займає чільне місце в

соціальної медицині як науці про суспільне здоров'я та громадську охорону здоров'я.

Вивчення статистичного методу передбачає насамперед засвоєння методики та організації проведення статистичного дослідження, його етапів.

Етапи статистичного дослідження являють собою послідовність дій при вивченні певного явища (мал.1).

I етап. Складання плану та розробка програми дослідження (підготовчий)			
МЕТА СТАТИС- ТИЧНОГО ДОСЛІ- ДЖЕННЯ передбачає	Визначення притаманних явищу закономірностей та зв'язків цього явища з іншими		
	Розробка заходів зі зниження впливу несприятливих чинників на здоров'я		
	Визначення нових напрямків у розвитку медичної науки та практики		
	Розробка заходів з впровадження результатів роботи в практику охорони здоров'я		
	Розробка заходів щодо оптимізації медичної допомоги		
ЗАВДАННЯ ДОСЛІ- ДЖЕННЯ	Перелік конкретних досліджень, результати яких сприятимуть досягненню мети (визначення рівня та структури явищ, що вивчаються в конкретних групах населення, визначення впливу різних чинників на ці явища, визначення обсягу та якості медичної допомоги)		
ОБ'ЄКТ СПО- СТЕРЕЖЕННЯ	Сукупність осіб чи явищ, носіїв необхідної інформації		
ОДИНИЦЯ СПОСТЕРЕ- ЖЕННЯ	Окрема особа, окреме явище – елементи об'єкта, яким притаманні ознаки, що підлягають обліку (вік, стать, стаж, діагноз тощо)		
ОРГАНІЗА- ЦІЙНІ ЕЛЕМЕНТИ	Фінансування, терміни виконання, виконавці тощо		
МЕТОДИ (ВИДИ) ДОСЛІ- ДЖЕННЯ	<i>За часом</i>	<i>Ступенем охоплення</i>	<i>Способом збору інформації</i>
	поточне; одночасне	суцільне; не суцільне; (вибіркове)	безпосередня реєстрація; викопіювання; опитування
ПРОГРАМА ДОСЛІ- ДЖЕННЯ	<i>Статистичного спостереження</i>	ознаки, які внесені в облікові документи (карти, анкети, журнали)	
	<i>Розробки та зведення</i>	макети таблиць:	проста; групова; комбінаційна
	<i>Статистичного аналізу</i>	вибір похідних величин та методик обробки даних	

II етап Реєстрація (збір) даних	Заповнення облікових документів		Поточний контроль реєстрації	
III етап Розробка та зведення даних	Контроль документів	Шифрування	Розподіл за групами	Підрахунок по групах
	Групування ознак	1) типологічне (описові, якісні ознаки) – стать, діагноз тощо		
		2) варіаційне (кількісні ознаки) – вік, зріст тощо		
Зведення (заповнення таблиць)	Обчислення похідних величин (відносних, середніх)		Графічне зображення	
IV етап Статистичний аналіз	Інтерпретування та порівняння даних	з нормативами, стандартами, середніми рівнями, даними інших закладів, у динаміці, по регіонах		
	Формулювання висновків			
	Літературне оформлення результатів			
	Пропозиції для впровадження в практику			

Мал. 1. Етапи статистичного дослідження.

Процес статистичного дослідження можна розділити на такі етапи:

- складання плану статистичного дослідження, розробка його програми;
- реєстрація та збирання статистичного матеріалу;
- розробка та зведення даних;
- статистичний аналіз.

I етап. Складання плану статистичного дослідження та розробка його програми

A. План статистичного дослідження

Мета статистичного дослідження передбачає:

- визначення притаманних явищу закономірностей та зв'язків цього явища з іншими;
- розробку заходів зі зниження впливу несприятливих чинників на здоров'я;
- визначення нових напрямків у розвитку медичної науки та практики;
- розробку заходів з впровадження результатів роботи в практику охорони здоров'я;

- розробку заходів щодо покращання медичної допомоги.

Наприклад, вивчення динаміки захворюваності населення може бути пов'язане з визначенням впливу на цей процес стану довкілля, складу населення за віком і статтю тощо.

Завдання статистичного дослідження являє собою:

перелік конкретних досліджень, результати яких сприятимуть досягненню мети: визначення рівня (числа випадків захворювань на 1000 населення) та структури (питомої ваги окремого захворювання серед усіх захворювань) явищ, що вивчаються в конкретних групах населення, визначення впливу різних чинників на ці явища, визначення обсягу та якості медичної допомоги (число відвідувань поліклініки на 1 жителя, повнота обстежень вагітних жінок тощо).

Об'єкт спостереження:

сукупність осіб чи явищ, носіїв необхідної інформації (населення району чи дільниці, госпіталізовані до лікарні, померлі вдома чи в лікарні тощо).

Одиниця спостереження:

окрема особа, окреме явище – елементи об'єкта, яким притаманні ознаки, що підлягають обліку (новонароджений, випадок захворювання чи госпіталізації, працюючий, хворий тощо).

Потрібно вирішити, за який *період часу* слід одержати одиниці спостереження, а також визначити *місце проведення* дослідження (лікарська дільниця, цех, відділення стаціонару, кабінет поліклініки, школа тощо).

Треба також визначити *виконавців* і відповідні *кошти*, які будуть виділені для спеціально організованого дослідження.

Визначають також *методи (види)* статистичного дослідження, які розподіляють:

- *за часом*: поточне (реєстрація одиниць спостереження протягом певного часу: захворювань, ускладнень); одночасне (реєстрація одиниць спостереження на певний час, дату: перепис населення, одноденний перепис госпіталізованих до стаціонару).

- *за ступенем охоплення матеріалу*: суцільне (реєструють усі одиниці спостереження: гострозаразні інфекційні захворювання, туберкульоз); не суцільне, в т.ч. вибіркоче (реєструють частину

одиниць спостереження, які слід відібрати так, щоб вони якомога повніше відображали те явище, яке вивчається).

• *за способом збирання інформації*: безпосередня реєстрація, викопіювання, опитування.

Б. Програма статистичного дослідження

Програма *статистичного спостереження* – перелік ознак (вік, стать, стаж, діагноз, маса тіла при народженні, термін перебування в стаціонарі тощо), які внесені чи можуть бути внесені в облікові документи (карти, анкети, журнали). Ці ознаки мають бути притаманні кожній одиниці спостереження.

Програма розробки та зведення – це складання макетів таблиць, у яких мають бути передбачені послідовність і взаємозв'язки між ознаками, що вивчаються.

Таблиця повинна мати повну назву, в якій визначається суть, час і місце отриманих даних з вказівками одиниць виміру, назву граф і рядків, підсумки по горизонталі та вертикалі. Основні ознаки в таблиці – підмет (об'єкт вивчення) та присудок (ознаки, які характеризують підмет).

Щоб розробити макети таблиць, треба провести групування; тобто вибрати (визначити) групи за обліковими ознаками на основі якісного аналізу.

Групування може бути *типологічним* – за описовими, якісними ознаками (діагноз, професія тощо) та *варіаційним* – за кількісними ознаками (терміни госпіталізації (діб), зріст, маса тіла).

Таблиці бувають *прості*, *групові* та *комбінаційні* (табл. 1-3).

В простій таблиці наводиться числовий розподіл даних за однією ознакою.

Таблиця 1

Розподіл за діагнозами хворих дітей, які звернулись до дитячої поліклініки

Діагноз	Кількість випадків
....	
.....	
Всього	

У груповій таблиці може бути кілька присудків, тобто кілька ознак, не пов'язаних між собою.

Таблиця 2

**Розподіл за віком і статтю хворих дітей,
які звернулися до дитячої поліклініки**

Діагноз	Стать		Вік (роки)				Разом
	ч	ж	До 1	1-3	4-6	7-14	
....							
....							
Всього							

У комбінаційній таблиці ознаки, які наводяться в присудку, пов'язані між собою.

Таблиця 3

**Розподіл за віком і статтю хворих дітей,
які звернулись до дитячої поліклініки**

Діагноз	Вік (роки), стать								Разом
	До 1		1-3		4-6		7-14		
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж	
....									
....									
Всього									

II етап. Реєстрація та збирання статистичного матеріалу

Проводиться реєстрація та облік ознак, які підлягають вивченню відповідно до програми статистичного спостереження та його обсягу.

Здійснюється поточний контроль повноти збирання матеріалу, правильності заповнення облікових документів і формування при необхідності комп'ютерної бази даних.

III етап. Розробка та зведення даних

На цьому етапі проводиться:

- шифрування (умовне позначення) матеріалу за ознаками, що підлягають обліку;
- розподіл одиниць спостереження на однорідні групи;
- підрахунок по групах та зведення в таблиці;
- розрахунок похідних величин.

Використання комп'ютерної техніки на сучасному етапі дозволяє автоматизувати значну частину процедур третього етапу.

Заключний етап дослідження – **четвертий етап** – це аналіз, інтерпретація даних. Цей етап здійснюється лікарями за участю середніх медичних працівників.

Будь-яка аналітична робота завершується літературним оформленням, формулюванням висновків дослідження та розробленням пропозицій для впровадження результатів дослідження в практику охорони здоров'я.

Контрольні питання

1. Що є предметом вивчення медичної статистики?
2. Які основні етапи статистичного дослідження?
3. Які головні елементи плану статистичного дослідження?
4. Що таке об'єкт і одиниця статистичного спостереження?
5. Які існують методи (види) статистичного дослідження з огляду на обсяг використаного матеріалу, часу та способів збирання інформації?
6. Що таке програма статистичного спостереження?
7. Що таке програма розробки та зведення статистичного матеріалу?
8. Що таке групування статистичних матеріалів, види групувань?
9. Що таке статистичні таблиці, їх види, правила побудови?
10. Зміст другого етапу статистичного дослідження.
11. Зміст третього етапу статистичного дослідження.
12. Зміст четвертого етапу статистичного дослідження.

2.2. Відносні величини. Графічні зображення статистичних даних

Статистичне зведення матеріалу дослідження закінчується отриманням абсолютних величин, що відображають розміри вивченого явища на певний період. Часто ці відомості важливі самі по собі (чисельність населення на території за даними перепису, кількість ліжок, лікарів і т.д.).

Але абсолютні величини здебільшого виявляються мало придатними для порівняння, для виявлення закономірностей явищ, тому

що абсолютний розмір явища в цих випадках необхідно порівняти з розміром сукупності, в якій воно виникло. Для цього визначають відносні величини, які дозволяють порівнювати явища.

Відносні величини широко застосовуються в практиці охорони здоров'я, особливо при аналізі роботи закладів, для характеристики здоров'я населення. Тому середні медичні працівники повинні знати види та можливості застосування відносних величин, графічних зображень статистичних даних, уміти обчислювати та аналізувати відносні величини.

Розрізняють відносні величини *інтенсивності, екстенсивності, співвідношення та наочності* (мал. 2).

Показники інтенсивності відображають силу, частоту, інтенсивність поширення явища в середовищі, в якому воно відбувається та з яким воно пов'язане органічно.

Інтенсивні показники можуть бути виражені у відсотках (%), якщо основа прийнята за 100, в промілях (‰,) якщо основа прийнята за 1000 і т.д.

Розмір основи для визначення явища вибирають, враховуючи його розповсюдження: чим більш воно розповсюджене, тим менше основа.

Інтенсивні показники можуть бути *загальними та спеціальними*.

Загальні показники використовують для визначення рівня певного явища серед всього середовища. Наприклад, рівень пневмонії серед усіх дітей.

$$\frac{\text{Кількість випадків пневмонії у дітей} \cdot 1000}{\text{Чисельність дітей}}$$

Спеціальні показники дозволяють визначити поширеність тих чи інших явищ в окремих групах (вікових, статевих, за стажем роботи тощо).

Для порівняння показники можна порівнювати в динаміці, по окремих територіях, серед різних контингентів.

Показник співвідношення – це співвідношення двох явищ, не пов'язаних між собою. Наприклад, забезпеченість населення ліжками, середніми медичними працівниками, кількість лабораторних досліджень на 100 відвідувань поліклініки та інші. Ці показники визначаються в різних одиницях виміру. Методика їх розрахунку



Мал. 2. Відносні величини.

така ж, як і інтенсивних показників. Різниця полягає в тому, що останні характеризують частоту явища, породженого даним середовищем і з ним пов'язані. Це не притаманне показникам співвідношення.

Приклад розрахунку показника співвідношення:

$$\text{Забезпеченість населення лікарняними ліжками} = \frac{\text{Кількість ліжок} \cdot 1000 (10000, \dots)}{\text{Чисельність населення}}$$

Показники співвідношення можна порівнювати між собою в динаміці та по територіях, закладах.

Показники екстенсивності характеризують розподіл абсолютного числа певного явища на його складові частини, тобто показують, яку частку (питому вагу, відсоток) складає та чи інша частина явища у всьому явищі.

Наприклад, частка викликів швидкої допомоги до дітей серед усіх викликів, питома вага пневмонії у дітей серед усіх хвороб органів дихання.

$$\frac{\text{Кількість випадків пневмонії у дітей} \cdot 100}{\text{Кількість випадків хвороб органів дихання у дітей}}$$

Порівнювати екстенсивні показники в динаміці, по окремих територіях не можна. Так, зменшення питомої ваги пневмонії серед усіх хвороб органів дихання може бути обумовлене збільшенням випадків грипу та інших респіраторних вірусних інфекцій, а всі хвороби органів дихання приймаються за 100.

Екстенсивні показники досить широко використовуються з метою з'ясування розподілу певного явища на складові частини, але вони мають значення тільки для даного часу, території, закладу.

Показники наочності відображають зміни, які відбуваються з тим чи іншим явищем у часі, або показують їх розбіжності по окремих територіях, закладах, в різних групах населення.

Цей показник дозволяє визначити, у скільки разів або на скільки відсотків збільшився чи зменшився розмір явища, яке досліджується.

Наприклад, поширеність хвороб органів травлення 3 роки тому становила 90 %, у звітному році цей показник дорівнює 115 %.

Якщо попередній рівень прийняти за 100, а рівень у звітному році за x , то результат буде дорівнювати

$$x = \frac{115 \cdot 100}{90} = 127,7 \text{ ‰}$$

Показник наочності (ПН) дорівнює $x - 100$, тобто

$$127,7 \text{ ‰} - 100 \text{ ‰} = 27,7 \text{ ‰}$$

Поширеність хвороб органів травлення зросла на 27,7 ‰.

При значних розбіжностях порівнюваних величин краще визначити в кратності, тобто у скільки рядів одна величина більша (менша) від іншої.

Наприклад, рівень захворюваності населення на хвороби системи кровообігу у 1996 р. становив 33,2, в 2000 р. – 51,0 на 1000 дорослого населення.

Показник зріс у

$$51,0 \text{ ‰} : 33,2 \text{ ‰} = 1,5 \text{ раза.}$$

За допомогою показників наочності можна порівнювати абсолютні числа, показники інтенсивності, співвідношення та середні величини.

2.3. Графічні зображення статистичних даних

Графіки використовуються з метою полегшення сприйняття матеріалу, його статистичного аналізу, порівняння отриманих даних. Вони допомагають краще зрозуміти чисельні співвідношення ознак, закономірності та взаємозв'язок окремих явищ, зробити висновки наочними (мал. 3).

Лінійні діаграми використовують для наочного зображення процесів, які показують розвиток явища у часі, його динаміки, представленої у вигляді суцільної лінії при безперервності процесу. Явище на такій діаграмі подається у вигляді лінії, яка може бути прямою, ламаною, кривою (температурний лист хворого, помісячна вага дитини, захворюваність залежно від віку та інші).

Мета використання	Наочність	Полегшення статистичного аналізу	Краще засвоєння матеріалу, що вивчається	
Вимоги	Правильний вибір зображення	Назва	Масштаб (рівень, явище, час)	Умовні позначення



Мал. 3. Графічні зображення статистичних даних.

При побудові лінійної діаграми застосовують систему прямокутних координат, відрізки часу відтворюють на осі абсцис (вісь x), а на осі ординат (вісь y) у відповідному масштабі наносять позначки, величина яких відповідає конкретному значенню явища. Після цього на діаграмі визначають координати (крапки), які знаходяться на пересіченні двох відповідних прямих.

Крапки з'єднуються лініями. На одній лінійній діаграмі можна зобразити декілька кривих, що дозволяє порівняти динаміку різних показників. Щоб ці лінії відрізнялись одна від одної, їх малюють різними кольорами чи різними лініями (суцільною, перервною тощо) (мал. 4).

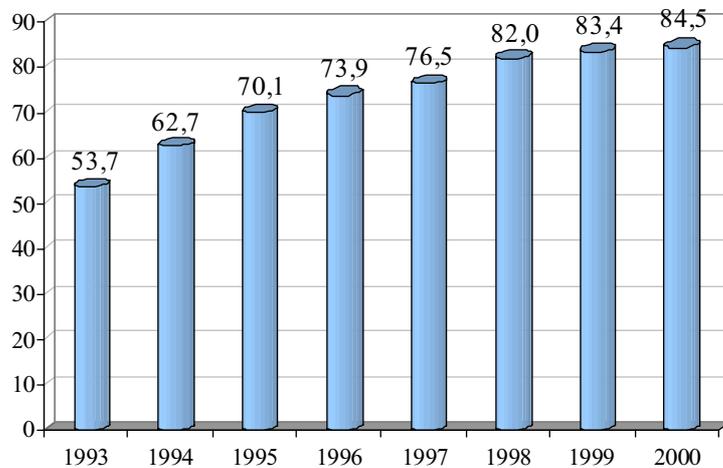


Мал. 4. Динаміка рівнів поширеності та первинної захворюваності населення України за 1988-1998 рр. (на 1000 населення).

Стовпчикові діаграми відображають абсолютні числа, інтенсивні показники (рівні захворюваності, смертності, летальності), показники співвідношення для одного чи кількох періодів, територій, закладів, окремих груп населення.

При побудові стовпчикової діаграми необхідно накреслити систему прямокутних координат, визначити розміри кожного стовпчика

та інтервали між ними. Основа стовпчиків, яка повинна бути однакового розміру, розміщується на осі абсцис, а верхня його частина буде відповідати величині показника, який нанесений у відповідному масштабі відносно осі ординат. Кожний окремий стовпчик відповідає окремому явищу чи одному явищу за різні періоди часу. Відстань між стовпчиками повинна бути однаковою, проте іноді вони розміщуються один біля одного (мал. 5).



Мал. 5. Охоплення вагітних дворовим ультразвуковим обстеженням (%).

Стовпчикові діаграми використовуються не тільки для порівняння явища в динаміці, а й для демонстрації складу певного явища (внутрішньостовпчикові діаграми).

Внутрішньостовпчикові діаграми використовують для характеристики структури певного явища (смертності, захворюваності та ін.), його складових частин.

Складові частини явища подаються у вигляді відсотків до загального числа. При цьому висота стовпчика приймається за 100 % та ділиться на частини пропорційно питомій вазі окремих частин у відсотках. Їх розташовують в порядку зниження (зростання) відсотків.

Структуру досліджуваного явища (захворюваності, смертності та інших) можна подати також у вигляді секторної діаграми (мал. 6).



Мал. 6. Структура смертності населення України в 2000 р. (%).

Для побудови секторної діаграми радіусом довільної величини окреслюють коло, на ньому відкладають у градусах частки кола, пропорційні відсотковому розподілу зображених даних, які визначають за формулою

$$x = 360 : 100 \cdot a = 3,6 \cdot a,$$

де x – число градусів, a – число відсотків.

Частки кола з'єднують лініями з його центром, утворюючи сектори, розмір яких наочно демонструє структуру явища.

Картодіаграма відрізняється від картограми тим, що на географічну карту певної території наносять у невеликому масштабі лінійні, стовпчикові діаграми, які можуть відображати абсолютні чи відносні числа. Це дозволяє визначити коливання показників у регіонах. Величини показників можуть бути зображені відповідним кольором чи штриховкою.

Картограми та картодіаграми дають уяву про територіальну поширеність певного явища в абсолютних чи відносних величинах,

які розташовують на географічних картах. Картограми є способом наочного зображення практичних показників, які характеризують окремі географічні одиниці (райони, області, держави) за тією чи іншою ознакою (мал. 7).



Мал. 7. Рівень малюкової смертності в областях України за 2000 рік (%).

Контрольні питання

1. Яке значення мають абсолютні величини, які можливості їх використання?
2. Які відносні величини застосовують для аналізу статистичних даних?
3. В чому полягає сутність інтенсивних показників. Коли їх використовують?
4. У яких випадках використовуються екстенсивні показники, яка їх сутність?
5. У яких випадках використовують показники співвідношення та наочності, яка методика їх визначення?

6. Які відносні величини використовують для порівняння різних явищ в динаміці, по регіонах, в окремих групах населення?
7. Які види графіків використовують для зображення статистичних даних?
8. З якою метою використовують лінійні діаграми, які правила їх побудови?
9. У яких випадках використовують стовпчикові діаграми, які правила їх побудови?
10. Яка мета використання внутрішньостовпчикових та секторних діаграм, які правила їх побудови?
11. Які можливості використання картограм та картодіаграм?

2.4. Середні величини

Крім відносних величин, для розробки отриманих статистичних даних широко використовують середні величини (мал.8).

Середні величини використовують:

- для характеристики організації роботи закладів охорони здоров'я (середня зайнятість ліжка, термін перебування в стаціонарі, кількість відвідувань на одного мешканця та інше);
- для характеристики показників фізичного розвитку (зріст, маса тіла, окружність голови новонароджених та інше);
- для визначення медико-фізіологічних показників організму (частота пульсу, дихання, рівня артеріального тиску та інше);
- для оцінки даних медико-соціальних та санітарно-гігієнічних досліджень (середнє число лабораторних досліджень, середні норми харчового раціону, середня тривалість перебування хворого в лікарні та інше).

Середні величини можна визначати для оцінки різних явищ чи станів за умови наявності *достатнього числа спостережень якісно однорідних сукупностей* (групи хворих на якесь захворювання певного віку та статі тощо).

Окремі значення варіант певної ознаки позначаються літерою "x". Число, яке показує, як часто зустрічається та чи інша варіанта у складі даного ряду, називається частотою (**f**). Сума частот (Σf) дорівнює загальному числу спостережень (**n**).

Галузь застосування	Вивчення фізичного розвитку	Визначення медико-фізіологічних показників організму	Характеристика діяльності закладів охорони здоров'я	Оцінка даних медико-соціальних досліджень
Вимоги до сукупності, що вивчається	Якісна однорідність		Достатність числа спостережень	
Елементи варіаційного ряду	Варіанта (x) числове значення ознаки		Частота (f) число випадків ознаки	
Основні параметри ряду	Середня величина \bar{X}	Середнє квадратичне відхилення (δ)		Похибка середньої величини (m)
Використання параметрів	Обчислення похибки середньої величини Визначення ймовірного числа спостережень в певних інтервалах $\bar{X} \pm 1\delta$ -68,3% частот $\bar{X} \pm 2\delta$ -95,5% частот $\bar{X} \pm 3\delta$ -99,7% частот Визначення амплітуди ряду Відновлення крайніх значень			Визначення довірчого інтервалу, тобто меж, в яких може знаходитись дійсне значення середньої величини з певною ймовірністю (68,%; 95,5%; 99,7%)

Види та характеристика рядів	Простий		Згрупований		Дискретний (перервний)	Інкретний (безпервний)
	нерангований	рангований	неінтервальний	інтервальний	варіанти представлені тільки цілими числами (результати підрахунку)	варіанти представлені цілими і дробовими числами (результат виміру)
Формули розрахунку основних параметрів ряду	варіанти записані в міру їх отримання	варіанти розміщені у порядку збільшення чи зменшення	в групі об'єднані однакові варіанти	в групі об'єднані варіанти в певних межах (з однаковим інтервалом)		
	Середня арифметична				Середнє квадратичне відхилення (δ)	Середня похибка середньої величини (m)
	проста		зважена			
$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$		$\bar{X} = \frac{\sum xf}{n}$		$\delta = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2 f}{n}}$ $\delta = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2}{n}}$ $\delta = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2}{n-1}}$ (при $n < 30$)	$m = \pm \frac{\delta}{\sqrt{n}}$	

Мал. 8. Середні величини.

Варіаційний ряд може бути *простим*, де кожна варіанта представлена окремо, тому частота кожної з них дорівнює одиниці. Наприклад, розподіл хворих за частотою пульсу: 69, 74, 70, 66, 68, 70, 69, 70, 75, 74, 72, 72, 68. Даний ряд є також *нерангованим*, тому що варіанти не систематизовані. Систематизувавши варіанти в порядку збільшення чи зменшення їх числового значення, даний ряд можна перетворити в *рангований*: 66, 68, 68, 69, 69, 70, 70, 70, 72, 72, 74, 74, 75, 7.

Якщо варіанти згрупувати за їх абсолютним значенням, то можна отримати *згрупований* варіаційний ряд, де кожна варіанта представлена зі своєю частотою. Для нашого прикладу:

x	66	68	69	70	72	74	75
f	1	2	2	3	2	2	1

Наведений згрупований ряд є *неінтервальним*, тому що групування проведено без конкретного інтервалу за абсолютним значенням кожної варіанти.

Варіаційні ряди, де значення варіант представлено у вигляді інтервалів, називаються *інтервальними*. У вигляді інтервального ряду часто представляють ознаки зі значною кількістю варіант. При цьому значення кожної варіанти знаходиться в межах певного інтервалу (табл. 4).

Таблиця 4

Розподіл хлопчиків 7 років за зростом

Зріст (x)	Число хлопчиків (f)
125,0 - 126,9	4
127,0 - 128,9	12
129,0 - 130,9	8
131,0 - 132,9	4
Всього	n = 28

Всі варіаційні ряди за якісною характеристикою розподіляються на *дискретні* (перервні), в яких варіанти можуть бути представлені тільки цілими числами та отримані в результаті підрахунків (число ударів пульсу, число захворювань, число ліжко-днів, відвідувань) та *інкретні* (безперервні), де варіанти можуть бути представлені як цілими, так і дробовими числами, або є результатом вимірів (зріст, маса тіла, концентрація цукру в крові).

Загальну характеристику варіаційного ряду проводять за допомогою наступних параметрів: середньої арифметичної величини (\bar{X}), середнього квадратичного відхилення (δ), середньої похибки середньої величини (m), амплітуди-різниці між найбільшою та найменшою варіантами ($x_{\max} - x_{\min}$).

Середня арифметична – найбільш поширений за частотою використання вид середніх величин. Вона може бути *простою* та *зваженою*. Для простого варіаційного ряду, в якому кожна варіанта повторюється один раз, визначається *проста середня арифметична*, яка розраховується як відношення суми значень варіант до загального числа спостережень.

Приклад. Розподіл групи студентів за масою тіла

x (кг)	f
59	1
60	1
61	1
62	1
63	1
64	1
$\Sigma x = 369$	$\Sigma f = 6$

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}, \text{ де } x - \text{значення окремих варіант;}$$

n – загальне число спостереження

Σ – знак суми.

$$\bar{X} = \frac{369}{6} = 61,5 \text{ кг.}$$

Для згрупованого варіаційного ряду, в якому окремі варіанти можуть повторюватись декілька разів, визначається *зважена середня арифметична*, де варіанти (x) беруть участь у загальній сумі неодноразово, а ніби зважено за числом відповідних частот (f).

Приклад. Розподіл групи студентів за масою тіла

x (кг)	f	xf
59	2	118
60	3	180

61	9	549
62	6	372
63	4	252
64	1	64
	$\Sigma f = 25$	$\Sigma xf = 1535$

$$\bar{X} = \frac{\sum xf}{n}$$

$$\bar{X} = \frac{1535}{25} = 61,4 \text{ кг.}$$

Середня арифметична є важливим параметром для характеристики явища, що вивчається. В той же час вона не розкриває коливання ознаки в досліджуваній сукупності.

Середня величина більш повно відображає явище в тому випадку, коли окремі значення явища будуть менше відрізнятись від неї.

Приклад. Дні перебування на листку непрацездатності в двох групах хворих.

I група		II група	
x (дні)	$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$	x (дні)	$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$
6	$\bar{X} = \frac{42}{6} = 7$ днів	3	$\bar{X} = \frac{42}{6} = 7$ днів
6		4	
7		6	
7		6	
7		9	
9		14	
$\Sigma x = 42$		$\Sigma x = 42$	
n = 6		n = 6	

Середня величина в обох прикладах дорівнює 7 днів, але значення варіант у обох рядах по-різному відрізняються. В першому прикладі різниця між крайніми варіантами незначна $(9 - 6) = 3$.

В другому прикладі різниця більш виражена $(14 - 3) = 11$, тому середня краще характеризує сукупність у першому випадку.

Для характеристики коливання (мінливості ознак) досліджуваної сукупності використовується *середнє квадратичне відхилення* (δ).

Формули для розрахунку δ :

$$\delta = \sqrt{\frac{\sum d^2}{n}} \text{ - для простого варіаційного ряду;}$$

$$\delta = \sqrt{\frac{\sum d^2 f}{n}} \text{ - для згрупованого варіаційного ряду;}$$

$$d = x - \bar{X}.$$

Якщо число спостережень (n) менше 30, то в знаменнику замість n підставляють $n-1$.

Розрахунок середнього квадратичного відхилення (δ) для прикладу, наведеного вище (середня арифметична = 61,4кг)

x (кг)	f	$d(x - \bar{X})$	d^2	$d^2 f$
59	2	$59 - 61,4 = -2,4$	5,76	11,52
60	3	-1,4	1,96	5,88
61	9	-0,4	0,16	1,44
62	6	0,6	0,36	2,16
63	4	1,6	2,56	10,24
64	1	2,6	6,76	6,76
	$\sum f$ 25			$\sum d^2 f$ 38

Чим більшим є середнє квадратичне відхилення, тим більшим буде ступінь різноманітності ознак сукупності та менш типовою середня. Наприклад, аналіз організації госпіталізації хворих показав, що середня тривалість доопераційного періоду при плановій госпіталізації в двох стаціонарах складає:

Лікарня № 1	Лікарня № 2
$\bar{X} = 3,1$ дня	$\bar{X} = 3,2$ дня
$\delta = 0,3$ дня	$\delta = 0,9$ дня

Середня тривалість підготовки до операції в обох стаціонарах практично однакова, проте середнє квадратичне відхилення, що відображає її коливання, в лікарні № 1 значно менше. Це є свідченням вищої типовості середньої величини та, ймовірно, результатом кращої організації госпіталізації і підготовки до оперативного лікування.

У випадках, коли значення ознак більше відхиляються від середньої величини (лікарня № 2), узагальнююча варіація знаходиться під впливом більш різнорідних умов і досліджувана сукупність хворих за якістю організації їх госпіталізації є менш однорідною. Таким чином, середня величина, яка характеризує цю менш однорідну сукупність, буде менш типовою.

Для визначення середньої величини і середнього квадратичного відхилення в інтервальних варіаційних рядах потрібно визначити середину інтервалу (варіанту центральну). Варіанта центральна в дискретному ряді визначається як півсума крайніх значень кожної групи, в інкретному ряді до нижньої межі кожної групи треба додати половину інтервалу.

Далі всі розрахунки проводяться так, як у прикладах, наведених вище (тільки за варіантою центральною).

Контрольні питання

1. В яких випадках використовують середні величини?
2. Яким вимогам повинен відповідати матеріал дослідження при визначенні середніх величин?
3. Які існують види варіаційних рядів, їх складові частини?
4. Які параметри характеризують варіаційний ряд?
5. Яка методика обчислення середньої арифметичної простої?
6. Яка методика обчислення середньої арифметичної зваженої?
7. Яке практичне використання середнього квадратичного відхилення (δ)?
8. Яка методика обчислення середнього квадратичного відхилення?

2.5. Оцінка вірогідності результатів дослідження

В процесі аналізу розраховані показники та середні величини (середня тривалість лікування, частота ускладнень, рівень летальності та інші) розглядають як узагальнюючі величини. Якщо результати отримано на основі достатнього за кількістю та якісно однорідного матеріалу, то можна вважати, що вони досить точно характеризують досліджувані явища.

Проте не виключена ситуація, коли при проведенні повторних досліджень показник, який був визначений шляхом вибіркового спостереження, в значній мірі може відрізнятись від результату суцільного спостереження.

Для оцінки вірогідності результатів будь-яких вибірових досліджень визначають середню похибку відносної (m_p) чи середньої величини ($m_{\bar{x}}$).

Середня похибка для відповідних показників (середніх величин) при значному числі спостережень ($n > 30$) може бути розрахована за наступними формулами:

$$m_{\bar{x}} = \frac{\delta}{\sqrt{n}} - \text{середня похибка середньої величини};$$

$$m_p = \sqrt{\frac{Pq}{n}} - \text{середня похибка відносної величини};$$

де: δ – середнє квадратичне відхилення;

n – число спостережень у вибірковій сукупності. При малому числі спостережень ($n < 30$) в знаменнику замість n використовують $n-1$.

P – величина показника, виражена в %, ‰ і т.д.;

$q = (1-P)$; $(100-P)$; $(1000-P)$ і т.д., де від одиниць, в яких вимірювався показник, треба відняти величину самого показника.

У нашому прикладі для розрахунку середньої величини (\bar{X}) та середнього квадратичного відхилення (δ), наведеного в темі “Середні величини” середня похибка (m) дорівнює:

$$m = \frac{\delta}{\sqrt{n}} = \frac{1,26}{\sqrt{25}} = \frac{1,26}{5} = 0,25 \text{ кг.}$$

Середня похибка дозволяє визначити *довірчі межі*, в яких з певною ймовірністю може знаходитись дійсне значення отриманого показника.

Довірчі межі визначаються за формулою:

$$\bar{X}_{\text{ген}} = \bar{X}_{\text{виб}} \pm t m_{\bar{X}};$$

де: $\bar{X}_{\text{ген}}$ – значення середньої величини, отриманої в генеральній сукупності (якби визначали \bar{X} для всіх студентів);

$\bar{X}_{\text{виб}}$ – значення середньої величини, отриманої на вибірковій сукупності (в нашому прикладі для 25 студентів);

m – похибка середньої величини;

t – коефіцієнт вірогідності (може бути заданим $t = 2$ або $t = 3$ з різними ступенями точності: 95,5%, 99,7%).

Для нашого прикладу середня маса тіла студентів (отримана на вибірковій сукупності) для генеральної сукупності з ймовірністю 95,5 % може знаходитись в межах:

$$\bar{X}_{\text{ген}} = \bar{X}_{\text{виб}} \pm t m_{\bar{X}} = 61,4 \pm 2 \cdot 0,25, \text{ тобто від } 60,9 \text{ до } 61,9 \text{ кг.}$$

В практичній роботі часто виникає необхідність підтвердити наскільки *вірогідна різниця між одержаними величинами* двох сукупностей.

Для цього визначають коефіцієнт вірогідності (критерій Стьюдента), який визначають за формулою:

$$t = \frac{|\bar{X}_1 - \bar{X}_2|}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} - \text{для середніх величин};$$

$$t = \frac{|P_1 - P_2|}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} - \text{для відносних величин.}$$

При великому числі спостережень ($n > 30$) різниця між показниками є суттєвою, якщо отриманий коефіцієнт t буде дорівнювати 2, або буде більший 2. Це відповідає вірогідності безпомилкового прогнозу 95,5 %, ризик похибки $p < 0,05$. При $t > 3$ вірогідність безпомилкового прогнозу 99,7 %, ризик похибки $p < 0,01$.

Для медико-біологічних досліджень достатньо отримати t не менше 2, щоб можна було вважати, що різниця між двома порівнюваними показниками суттєва.

При малому числі спостережень ($n < 30$) отриманий коефіцієнт t оцінюється за спеціальною таблицею Стьюдента.

Контрольні питання

1. Що означає вираз “оцінити вірогідність результатів дослідження”?
2. З якою метою визначають середню похибку відносної чи середньої величини?
3. Від чого залежить розмір середньої похибки?
4. Що таке “довірчі межі” та як вони визначаються?
5. Що таке довірчий коефіцієнт вірогідності t ?
6. Як оцінити отриманий коефіцієнт t при великій і малій вибірках?
7. У яких випадках різниця між середніми чи відносними величинами вважається статистично вірогідною?

2.6. Динамічні ряди

Для виявлення закономірностей у стані здоров'я населення та в наданні медичної допомоги відповідні показники аналізуються в динаміці (забезпеченість населення лікарями, середнім медичним персоналом, ліжками, середня кількість відвідувань на одного жителя в рік, народжуваність, смертність, захворюваність тощо).

Процес розвитку змін окремих явищ (у тому числі медико-соціальних) за часом у статистиці прийнято називати *динамікою*, для відображення якої будують відповідні ряди. Отже, *динамічний ряд* – це ряд статистичних величин, що відтворюють зміни явища в часі та розташовані в хронологічному порядку через певні проміжки часу.

Складовими елементами ряду динаміки є його рівні та показники часу (роки, квартали, місяці тощо) чи моменти (періоди часу). *Рівні ряду* – це величини, з яких складається динамічний ряд – розмір того чи іншого явища, досягнутий протягом певного періоду чи на певний момент часу.

Залежно від того, як рівні ряду відображають стан явища, динамічні ряди за своїм видом можуть бути:

- *Моментними* – величини ряду характеризують явище на будь-який певний момент часу (кількість середнього медичного персоналу на початок календарного року, виявлені хворі при медичному огляді тощо).

- *Інтервальними* – рівні ряду визначають за певний період часу (число випадків госпіталізації протягом року, число викликів бригад швидкої допомоги протягом доби тощо).

Величини, які вивчають у динаміці (рівні ряду), можуть бути представлені у вигляді абсолютних чисел, відносних (інтенсивні показники, співвідношення) та середніх величин.

Методи медичної статистики дозволяють вимірювати розміри змін, що відбулись протягом певного періоду часу, та кількісно охарактеризувати спрямованість їх розвитку. З даною метою використовують наступні показники: абсолютний приріст, темп росту, темп приросту.

Абсолютний приріст – це різниця між даним рівнем ряду і тим, що прийнятий за основу (попереднім, початковим).

Абсолютний приріст показує, на скільки одиниць у абсолютному вираженні змінився рівень того чи іншого періоду порівняно з тою чи іншою базою. Один і той же абсолютний приріст відносно різних початкових рівнів може показувати різний темп.

Темп приросту – відношення абсолютного приросту за даний період часу до абсолютного рівня попереднього періоду, виражене у відсотках.

Абсолютний приріст може бути позитивним або негативним, а відповідно, темп приросту також може бути позитивним або негативним.

Способи розрахунку вказаних показників представлені на наступному прикладі.

Поширеність захворювань серед підлітків в Україні (‰)

Роки	Абсолютний рівень	Абсолютний приріст	Темпи приросту, %
1996	1063,5	–	–
1997	1188,4	+124,9	+11,7
1998	1290,7	+102,3	+8,6
1999	1431,5	+140,8	+10,9

Зразок розрахунку:

Абсолютний приріст:

для 1997 р. $1188,4 - 1063,5 = + 124,9$;

для 1998 р. $1290,7 - 1188,4 = + 102,3$ і т.д.

Темпи приросту:

для 1997 р. $124,9 : 1063,5 = 0,117 \cdot 100 = 11,7\%$

для 1998 р. $102,3 : 1188,4 = 0,086 \cdot 100 = + 8,6\%$ і т.д.

Висновки: протягом 4-х років поширеність захворювань серед підлітків збільшувалась, темп приросту коливався в межах від 8,6 до 11,7 %.

Якщо рівні динамічного ряду коливаються та важко визначити спрямованість розвитку певного явища, можна провести вирівнювання ряду, для цього можна провести збільшення періодів.

Наприклад, якщо є дані про кількість захворювань за місяцями року, тоді можна визначити суми даних по чотирьох кварталах року.

Можна визначити групову середню величину. Методика представлена на типовому прикладі:

Роки	1994	1995	1997	1998	1999	2000
Питома вага щеплень дітей вакциною АКДП, %	86,0	85,0	87,8	87,3	89,4	88,6

Зразок розрахунку: визначивши середню арифметичну величину за даними 1994 р. і 1995 р., тобто $\bar{X}_1 = \frac{86 + 85}{2} = 85,5\%$ для наступних 1997 р. і 1998 р. та 1999 р. і 2000 р., ці величини становлять відповідно:

$$\bar{X}_2 = \frac{87,8 + 87,3}{2} = 87,55\% ;$$

$$\bar{X}_3 = \frac{89,4 + 88,6}{2} = 89,0\% .$$

Отже, вирівняний ряд набуває такого вигляду (%) 85,5; 87,5; 89,0, тобто величини наведеного показника мають тенденцію до зростання.

Контрольні питання

1. Що являють собою динамічні ряди; їх складові частини?

2. Якими даними можуть бути представлені ряди динаміки?
3. Які є види рядів динаміки?
4. Які показники застосовують для обчислення рядів динаміки, яка методика їх обчислення?
5. У яких випадках проводиться вирівнювання динамічних рядів?
6. Який метод застосовують для вирівнювання динамічних рядів?

2.7. Метод стандартизації

В практиці охорони здоров'я та в наукових дослідженнях часто виникає необхідність зіставлення показників здоров'я населення, а також показників діяльності закладів охорони здоров'я в різних за своїм складом сукупностях (показники захворюваності в різних за віковим складом або стажем роботи колективах; показники смертності, народжуваності на територіях, що відрізняються за віковим складом населення; показники летальності в окремих відділеннях стаціонару, що відрізняються термінами доставки хворих, які потребують екстреної хірургічної допомоги тощо).

В таких випадках різниця між загальними показниками може бути обумовлена неоднорідністю складу порівнюваних груп. Дії цих побічних чинників слід відокремити (еліминувати), інакше порівняння розміру явищ у таких сукупностях втрачає свій зміст.

Для елімінування впливу побічних чинників на розмір явища, що вивчається в різних за складом сукупностях, використовують *метод стандартизації*.

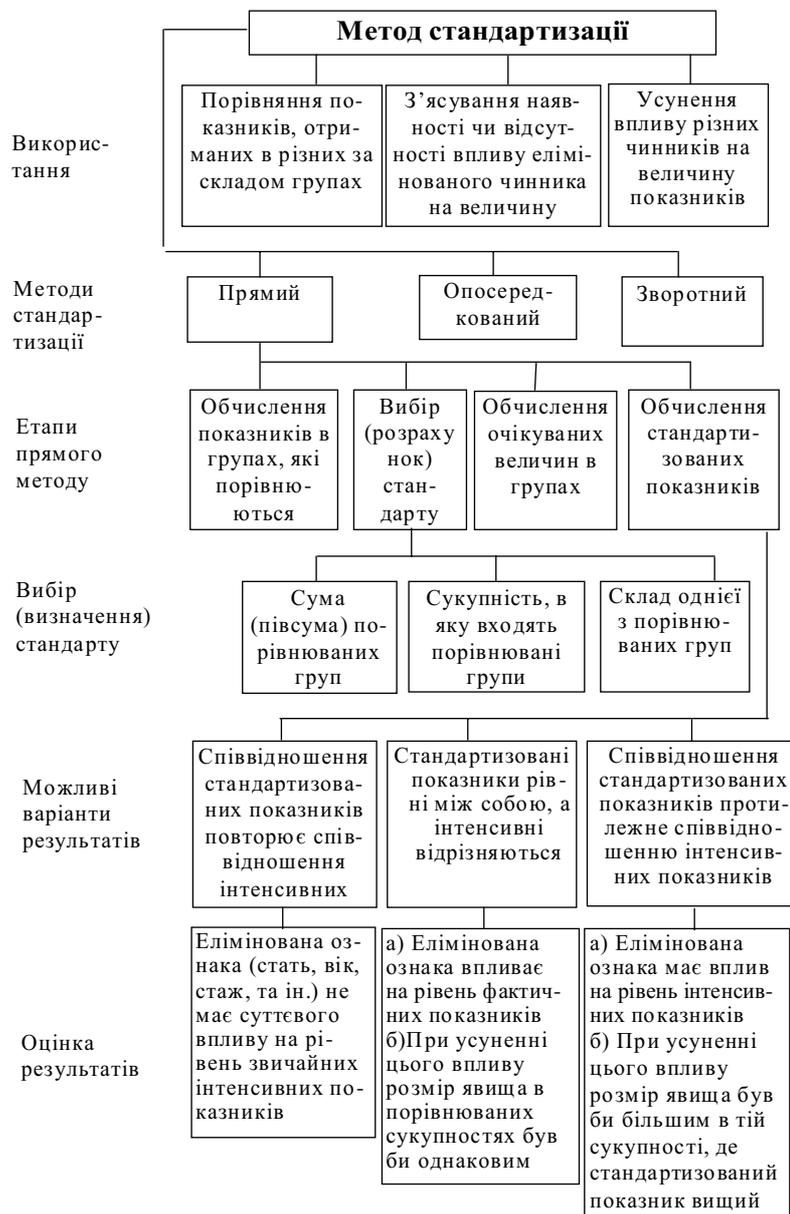
Стандартизовані показники показують, якими були б загальні коефіцієнти в порівнюваних сукупностях, якби ці сукупності мали однаковий склад за тією чи іншою ознакою.

Уміння використовувати цей методичний прийом при проведенні аналізу матеріалів має суттєве практичне значення, чим і продиктована необхідність його вивчення.

Практична значимість методу стандартизації:

- дозволяє порівняти частоту (рівень) однотипних явищ у неоднорідних групах;
- дозволяє оцінити вплив досліджуваного фактора на величину загальних інтенсивних показників.

Існує *три методи стандартизації*: прямий, опосередкований та зворотний (мал. 9).



Мал. 9. Метод стандартизації.

Вибір будь-якого з методів стандартизації визначається формою представлення первинного матеріалу, зручністю та швидкістю розрахунків, даними попередніх досліджень.

Найчастіше використовується *прямий метод*. Він застосовується у випадках наявності складу (розподілу) явища за окремими складовими частинами (вік, стать, стаж, термін госпіталізації тощо), а також розподілу за цими ж ознаками середовища, в якому вивчається дане явище.

Розрахунок проводиться за наступною схемою:

- розрахунок погрупових і загальних інтенсивних показників;
- вибір і розрахунок стандарту (стандартом є склад порівнюваних груп, які умовно беруться однаковими в порівнюваних групах. Це може бути склад однієї з порівнюваних груп, сумарний або середній склад обох груп, відомий склад будь-якої іншої групи);
- розрахунок “очікуваного” числа хворих за стандартом;
- обчислення стандартизованих показників.

Детальна методика розрахунків стандартизованих показників наводиться в спеціальній літературі.

Контрольні питання

1. В яких випадках використовують стандартизовані показники?
2. В чому полягає практична значимість методу стандартизації?
3. Які існують методи стандартизації?
4. В якому випадку застосовується прямий метод стандартизації?
5. Які існують види стандартів?
6. Як проводиться оцінка стандартизованих показників?

2.8. Кореляція

Всі зміни, що відбуваються в природі, є взаємопов’язаними та взаємообумовленими. Мінливість певної ознаки, як наслідок зміни інших параметрів, в свою чергу обумовлює мінливість інших ознак. Проте вказана залежність у окремих ситуаціях проявляється по-різному. Так, якщо зміна одного параметра на певну величину завжди призводить до зміни іншого також на певну фіксовану величину,

можна говорити про *функціональну залежність* між ними. Такий взаємозв'язок часто має місце при вивченні хімічних і фізичних явищ (закон Бойля-Маріотта), в математиці, геометрії (зміна радіуса на певну величину призведе до зміни довжини кола також на певну фіксовану величину).

В медико-біологічних дослідженнях залежність між окремими параметрами не має функціонального зв'язку – певному значенню одного параметра може відповідати декілька значень іншого, що можна визначити як *кореляційний зв'язок*. При зміні однієї ознаки неможливо абсолютно прогнозувати величину, на яку зміняться інші. Прикладом такої залежності є маса тіла та зріст дітей, тяжкість патології та терміни лікування, концентрація шкідливих речовин у робочій зоні та рівень захворюваності працівників, число еритроцитів і вміст гемоглобіну тощо.

Визначення характеру зв'язку між певними параметрами проводять шляхом розрахунку коефіцієнта кореляції, який залежно від його характеру та форми представлення даних може бути розрахований різними методами.

Коефіцієнт парної кореляції відображає характер зв'язку двох ознак. Він може бути розрахованим при зіставленні двох рядів у вигляді рангового коефіцієнта кореляції (ρ) і лінійного коефіцієнта кореляції (r).

Кореляційна залежність відрізняється за направленістю, силою зв'язку (табл. 5).

Таблиця 5

<i>Направленість зв'язку – визначається за знаком коефіцієнта кореляції</i>		
<i>Прямий зв'язок (позитивний) – динаміка параметрів є однонаправленою – збільшення одного параметра обумовлює збільшення іншого (зростання екологічного навантаження обумовлює зростання рівня захворюваності населення)</i>	<i>Зворотний зв'язок (негативний, від'ємний) – динаміка параметрів є різнонаправленою – збільшення одного параметра обумовлює зменшення іншого (при збільшенні віку дітей спостерігається зниження рівня захворюваності)</i>	
<i>Сила зв'язку</i>		
<i>Слабка</i>	<i>Середня</i>	<i>Сильна</i>
<i>Пряма</i>		
Від 0 до 0,29	Від 0,30 до 0,69	Від 0,70 до 0,99
<i>Зворотна</i>		
Від 0 до -0,29	Від -0,30 до -0,69	Від -0,70 до -0,99

Лінійність зв'язку має першочергове значення при попарному порівнянні факторів, але втрачає свою значимість при багатофакторних моделях. Направленість зв'язку визначається за алгебраїчним знаком коефіцієнта кореляції, сила зв'язку – за абсолютним значенням коефіцієнта кореляції. Якщо $r = 0$, можна говорити про відсутність зв'язку, а при $r = 1$ – про функціональний зв'язок між досліджуваними факторами.

Ранговий коефіцієнт кореляції. Особливість коефіцієнта – простота обчислення при недостатній точності дозволяє його використовувати для орієнтовного аналізу з проведенням швидких розрахунків, при визначенні даних у напівкількісному, описовому вигляді. Він базується на визначенні рангу кожного значення ряду. Методику розрахунку наведено на прикладі характеристики взаємозв'язку між рівнем щеплення та частотою захворюваності (табл. 6).

Порядок розрахунків:

Таблиця 6

Райони	Охоплення щепленнями населення в окремих районах, %	Захворюваність, ‰	Порядкові номери (ранги)		Різниця рангів (x - y)	Квадрат різниці рангів
	x	y	x	y	d	d ²
1	15,0	22,0	1	4	-3	9
2	20,0	28,0	2	5	-3	9
3	25,0	18,0	3	3	0	0
4	30,0	14,0	4	2	2	4
5	35,0	10,0	5	1	4	16

$$\sum d^2 = 38$$

1. Визначаємо ранги для значень кожної величини ряду (x) та (y). Рангування обох рядів повинно бути однонаправленим, наприклад, від меншого до більшого.

2. Визначаємо відхилення значень першого ряду від другого (d).

3. Підносимо отримані результати до квадрата та визначаємо їх суму ($\sum d^2$).

Підставляємо отримані результати у формулу:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)} = 1 - \frac{6 \cdot 38}{5(25 - 1)} = 1 - \frac{228}{120} = 1 - 1,9 = -0,9$$

Висновок: між рівнем охоплення населення щепленнями та частотою захворюваності виявлено сильний, зворотний кореляційний зв'язок.

Більш точним, але й більш складним для обчислення, є розрахунок коефіцієнта лінійної кореляції. Його розраховують при наявності двох не згрупованих рядів, дані в яких наведені кількісними ознаками. Методика наведена в спеціальній літературі.

Контрольні питання

1. Види зв'язку між явищами (ознаками).
2. Сутність функціонального та кореляційного зв'язку.
3. Характеристика направленості та сили кореляційного зв'язку.
4. Які методи використовують для розрахунку коефіцієнта кореляції?
5. В яких випадках можна обчислити коефіцієнт рангової кореляції?
6. В яких випадках можна обчислити коефіцієнт лінійної кореляції?
7. Яка методика обчислення коефіцієнта рангової кореляції ?

3. ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

3.1. Визначення поняття “здоров’я”. Чинники, що обумовлюють здоров’я населення

Серед основних стратегічних завдань діяльності системи охорони здоров’я є:

- збереження та зміцнення оптимального рівня здоров’я населення та подовження його активного довголіття;
- вивчення впливу умов і чинників, які призводять до позитивних і негативних відхилень у стані здоров’я окремих груп населення.

Існує багато визначень поняття “здоров’я”.

З точки зору здоров’я окремої людини, тобто індивідуального підходу, може бути два варіанти:

Теоретичний, при якому здоров’я визначається як ідеал, до якого треба прагнути. В цьому плані найбільш придатним є визначення ВООЗ: *“Здоров’я – це стан повного соціального, біологічного та психологічного благополуччя, коли функції всіх органів і систем урівноважені з навколишнім середовищем, відсутні якісь захворювання, хворобливі стани на фізичні дефекти”*.

З точки зору *практичного* індивідуального підходу треба дати відповідь, здорова чи хвора та чи інша людина. При цьому головним є *стан організму, коли він здатний повноцінно виконувати свої функції*.

Популяційне здоров’я – здоров’я населення та окремих його груп у країні, області, регіоні. Популяційне здоров’я – це умовне статистичне поняття. Для його визначення не існує єдиного критерію, тому в практичній роботі використовують комплекс медичних показників (мал. 1).

У формуванні рівня здоров’я населення велику роль відіграють фактори ризику (ендогенні чи екзогенні).

<p>1. Демографічні (народжуваність, смертність, очікувана тривалість життя тощо)</p> <p>2. Захворюваність (загальна, інфекційна, госпітальна тощо)</p> <p>3. Фізичний розвиток (морфофункціональний та біологічний розвиток, гармонійність)</p> <p>4. Інвалідність (первинна та загальна)</p> <p>5. Донозологічний стан (імунітет, опірність систем, активність ферментів тощо)</p>
--

Мал. 1. Популяційний підхід до визначення поняття “здоров’я”.

Фактори ризику – це додатковий несприятливий вплив на організм, який підвищує ймовірність виникнення захворювання чи настання смерті.

Інтенсивність впливу окремих груп факторів різна і коливається в значних межах.

Перше місце за впливом на здоров’я населення посідає *спосіб життя* (більше 50 %). До цього відносяться: куріння, зловживання алкоголем, наркотики, гіподинамія, погані матеріально-побутові умови, шкідлива праця тощо.

На другому місці за силою впливу на здоров’я знаходяться *біологічні фактори* (вік, стать, спадковість, конституція тощо). На них припадає близько 20 %.

Третє місце посідають фактори *навколишнього середовища* (стан повітря, води, продуктів харчування, рівень радіації тощо) – близько 20 %.

І четверте місце посідають *суто медичні фактори* – лікувально-профілактичні та санітарно-протиепідемічні заходи (щеплення проти інфекційних захворювань, якість надання медичної допомоги тощо). Ці фактори лише на 10 % визначають стан здоров’я.

З наведених даних можна зробити *важливий висновок: найголовнішим напрямком зусиль зі збереження та зміцнення здоров’я*

населення є покращання способу життя та стану навколишнього середовища.

Для вивчення здоров'я населення використовують значну кількість інформації, що закладена в різних джерелах (офіційна облікова та звітна документація, спеціально організований облік випадків захворювань, дані лабораторних і інструментальних досліджень тощо).

Дослідження здоров'я населення дає змогу отримувати різнобічну інформацію, у тому числі передбачає розподіл населення за групами здоров'я з переважним використанням даних про захворюваність (мал. 2).

Група	Критерії
I	ЗДОРОВІ (0-1 випадків гострих респіраторних захворювань за рік)
II	ПРАКТИЧНО ЗДОРОВІ (особи з факторами ризику, преморбідним станом; не більше 2-3 випадків гострих респіраторних захворювань за рік)
III	ХВОРІ З КОМПЕНСОВАНИМ СТАНОМ (особи з хронічними хворобами без загострень; 4 і більше випадків гострих респіраторних захворювань за рік)
IV	ХВОРІ З СУБКОМПЕНСОВАНИМ СТАНОМ (особи з загостреннями хронічних хвороб протягом року)
V	ХВОРІ З ДЕКОМПЕНСОВАНИМ СТАНОМ (хронічні хворі в стадії декомпенсації)

Мал. 2. Групи та критерії здоров'я населення.

Всесвітня організація охорони здоров'я в генеральній концепції для національних служб охорони здоров'я "Здоров'я для всіх в двадцять першому столітті" визначила, що воно базується на трьох фундаментальних цінностях:

- здоров'я як визначальне право людини;
- справедливість у відношенні здоров'я та солідарності в діях як між країнами, так і всього суспільства в кожній країні;
- відповідальність окремих осіб, груп населення та організацій за подальший розвиток охорони здоров'я, а також їх участь у цьому процесі.

3.2. Медико-соціальні проблеми демографічних процесів. Демографічна ситуація в Україні та сучасному світі

Серед медичних показників здоров'я населення важливу роль відіграють демографічні показники.

Демографія – наука про населення (від “демос” – народ, “графо” – описувати), або *статистика населення* (мал. 3).

Статистичне вивчення населення проводиться за двома основними напрямками:

1) характеристика населення на певний час (його *чисельність, склад, особливості розселення* тощо) – так звана *статика* населення;

2) характеристика процесів зміни чисельності населення – *динаміка* чи рух населення. Останній, у свою чергу, поділяється на *механічний рух* населення (зміни, що відбуваються під впливом переселень – *міграційних* процесів) і так званий *природний рух* населення (зміни, що відбуваються внаслідок народжуваності та смертності і характеризують процеси *відтворення населення*).

Демографічні дані широко використовуються в практиці охорони здоров'я для:

- оцінки стану здоров'я населення;
- планування заходів з охорони здоров'я;
- складання науково обгрунтованих прогнозів і цілеспрямованої організації медичної допомоги;
- вибору пріоритетів в охороні здоров'я населення (працездатне населення, підлітки, особи похилого віку).

Основним джерелом інформації про чисельність і склад населення є *перепис населення*, який проводиться в основному через 10 років.

Під час перепису проводиться опитування населення. Відповіді розраховані на чесність, ніяких документів сам опитуваний чи його родина не пред'являє. Отримані дані є конфіденційними, ніхто не має права їх розголошувати.

Перепис населення – це, так би мовити, фотографування населення на якусь дату та час (призначається критичний момент перепису).



Мал. 3. Методика вивчення демографічних процесів.

При переписі в 2001 році критичним моментом є нуль годин з 4 на 5 грудня. Сам перепис проходить з 5 по 14 грудня.

В періоди між переписами робиться спеціальний перерахунок чисельності населення на основі попереднього перепису, матеріалів про народжуваність, смертність і міграцію на даній території.

3.2.1. Чисельність і склад населення

За даними ООН, абсолютний щорічний приріст населення становить приблизно 80 млн, головним чином, за рахунок країн, що розвиваються. В економічно розвинутих країнах темпи зростання чисельності населення значно нижчі – всього 0,4 % за рік. За прогнозами, у 2050 році на земній кулі буде проживати 9 млрд, із них 90 % у країнах, що розвиваються.

На початок 2001 р. чисельність населення України становила 49,3 мільйона чоловік.

Україна є шостою за чисельністю населення країною Європи після Росії, ФРН, Великої Британії, Франції, Італії та другою серед країн СНД і Балтії.

До 1993 р. чисельність населення України щорічно збільшувалась в основному за рахунок механічного приросту. Тепер більше від'їжджає з країни, ніж приїжджає. Так, в 2000 р. виїхали на постійне проживання в інші країни більше 100 тисяч, а приїхали тільки близько 54 тисяч чоловік.

За прогнозами, чисельність населення України до 2050 р. скоротиться на 40 %.

Співвідношення *міського* та *сільського* населення України протягом останніх років майже стабільне: відповідно, 68 % міського населення та 32 % сільського населення. Отже, в структурі переважає міське населення, тобто має місце тенденція *урбанізації*.

По областях відмічаються великі розбіжності (від 50 до 90 % міського населення в окремих областях).

У *статевій структурі населення України переважають жінки – 54 %*. Це обумовлено перш за все різним рівнем смертності серед чоловіків і жінок, на що впливають як біологічні, так і соціальні чинники. На великих популяціях співвідношення числа народжень

хлопчиків і дівчаток стабільне: на 100 дівчаток народжується 104-105 хлопчиків. Ось чому серед дітей переважають хлопчики; в молодому та середньому віці чисельність чоловіків і жінок приблизно однакова, в похилому віці чисельність жінок перевищує чисельність чоловіків внаслідок більш високої смертності останніх. Так, якщо на 100 чоловіків у віковій групі 18-29 років припадає 101 жінка, то у віці 60 і старшому, відповідно, 262.

Така статева особливість характерна майже для всіх країн світу. Тільки в 17 із 191 країни в структурі населення переважають чоловіки (Туреччина, Ліван, Ірак, Конго, Лівія та інші).

Для *вікової структури* населення України характерні дві найважливіші тенденції:

- зменшення частки дітей;
- зростання питомої ваги населення старших вікових груп.

Зменшення частки дітей пов'язане зі зниженням рівня народжуваності. Так, питома вага дітей в Україні в 1989 році становила 21 %, а в 1999 році – 19 %.

Особливо значне зниження питомої ваги дітей в останні роки спостерігається серед міського населення.

За прогнозом Міністерства економіки України, до 2025 року частка дітей в структурі населення знизиться до 16,8 %, тоді як питома вага населення у віці 60 років і старшому зросте до 30 % і більшою мірою це стосується сільського населення.

Процес *постаріння населення* характерний для більшості економічно розвинутих країн.

Поглиблення процесу постаріння населення України в 90-х роках обумовлене, головним чином, зниженням *рівня народжуваності*.

Постаріння населення впливає на:

- зменшення народжуваності;
- збільшення смертності;
- збільшення захворюваності, множинність патології;
- зростання економічного навантаження на працездатний вік (*економічне навантаження* – це співвідношення дітей і осіб пенсійного віку до чисельності працездатного населення);
- організацію адекватної медичної та соціальної допомоги людям літнього віку.

3.2.2. Механічний рух населення

Розрізняють *механічний рух населення*, чи *міграцію*, – переміщення його груп як у самій країні, області, районі – *внутрішню міграцію*, так і виїзд за межі держави – *зовнішню міграцію*: еміграцію (виїзд за межі даної країни на постійне проживання) та імміграцію (в'їзд до даної країни на постійне проживання).

Механічний рух населення може сприяти перенесенню інфекційних, появи та розповсюдженню інших захворювань. Ось чому облік міграційних процесів – важлива умова для оцінки санітарного стану населення, а точна інформація про неї дозволяє забезпечити своєчасну організацію медичної допомоги мігрантам як на шляху слідування, так і після прибуття на нове місце проживання.

3.2.3. Природний рух населення

Більше значення для оцінки здоров'я має природний рух населення – зміна його чисельності внаслідок взаємодії основних демографічних явищ: народжуваності та смертності.

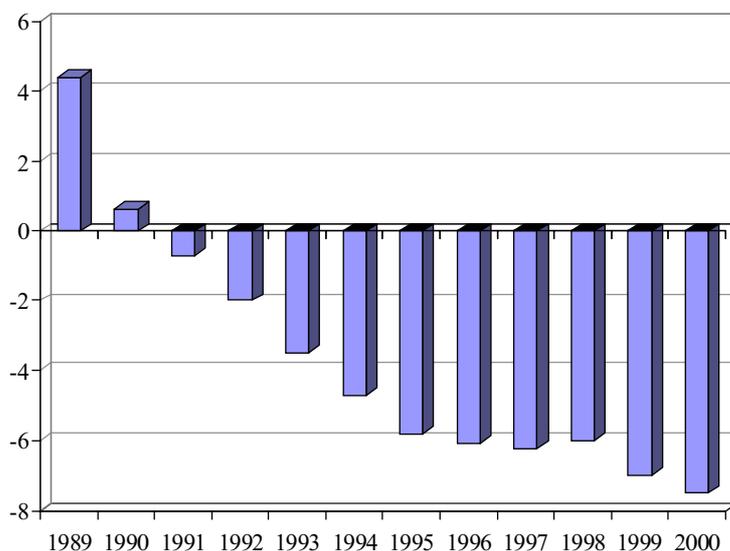
Природний рух або відтворення населення показує, чи забезпечують існуючі рівні народжуваності та смертності приріст населення. Різниця між показниками народжуваності та смертності одержала назву *природного приросту*.

Для того, щоб чисельність населення не зменшувалась, народжуваність має бути вищою за смертність, тобто має бути *позитивний природний приріст*.

Саме таким був природний приріст в Україні до 1991 р., але починаючи з 1991 р. в цілому в Україні, а в сільській місцевості ще з 1979 р., показники смертності почали перевищувати показники народжуваності, тобто був зафіксований так званий *негативний (від'ємний) природний приріст* населення або *депопуляція* (мал. 4).

Негативний природний приріст населення в Україні в 90-х роках є результатом сукупної дії:

- низької народжуваності,
- високої смертності,
- несприятливої вікової структури.



Мал. 4. Природний приріст населення в Україні за 1989-2000 рр.

До основних демографічних показників належать показники народжуваності, смертності, природного приросту, середньої очікуваної тривалості життя, а також один з вікових показників смертності – смертність немовлят, тобто дітей у віці до одного року.

3.2.4. Народжуваність

Визначення поняття “народжуваність” досить складне.

Потрібно розрізняти такі поняття, як живонародження та мертвонародження.

- *Живонародження* за визначенням ВООЗ є повне вигнання чи витягнення продукту зачаття з організму матері незалежно від терміну вагітності, який після такого відокремлення дихає чи виявляє інші ознаки життя, такі як: серцебиття, пульсація пуповини чи відповідні рухи довільної мускулатури незалежно від того, перерізана пуповина чи ні, чи відшарувалась плацента. Кожен продукт такого народження вважається живонародженим.

- *Смерть плода (мертвонароджений плід)* – є смерть продукту зачаття до його повного вигнання чи вилучення з організму матері

незалежно від тривалості вагітності: на це вказує той факт, що після такого відокремлення плід не дихає чи не виявляє будь-яких інших ознак життя, таких як: серцебиття, пульсація пуповини чи відповідні рухи довільної мускулатури.

Заява про реєстрацію народження дитини повинна бути подана до державного органу реєстрації актів громадянського стану (ЗАГСу) *не пізніше трьох місяців з дня народження дитини*, а при народженні мертвої дитини – *не пізніше трьох діб* (ст. 164 Кодексу України про шлюб і сім'ю).

Реєстрація проводиться при пред'явленні довідки лікувального закладу про народження дитини – “Медичне свідоцтво про народження” (ф. №103/о-95), яке видається під час виписки матері зі стаціонару всіма закладами охорони здоров'я, де приймають пологи. У випадках пологів удома медичне свідоцтво про народження видає той заклад охорони здоров'я, медичний працівник якого (лікар, фельдшер, акушерка) приймали пологи. В разі народження без надання медичної допомоги факт і час народження повинні бути підтверджені підписами двох свідків, а також заповненням “Медичної довідки про перебування дитини під наглядом лікувального закладу” (ф. № 103-1/о-96).

Народжуваність, як і інші демографічні явища, визначається за допомогою статистичних показників.

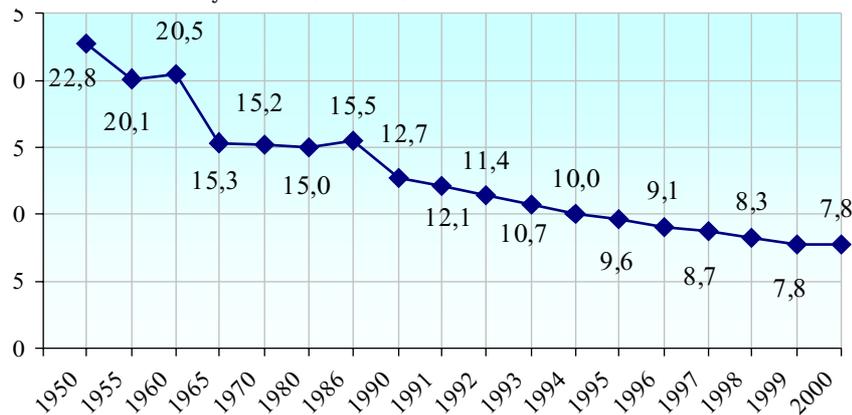
Перш за все розраховується *загальний показник народжуваності*. Як і більшість показників природного приросту, він визначається числом народжених живими у розрахунку на 1000 населення.

$$\begin{array}{l} \text{Загальний показник} \\ \text{народжуваності} \\ \text{(частота} \end{array} = \frac{\text{Число народжених живими за рік} \cdot 1000}{\text{Середньорічна чисельність населення}}$$

народжуваності)
Але більш точно процес відтворення населення можна охарактеризувати, якщо розраховувати народжуваність не серед усього населення, а лише серед жінок фертильного віку (15-49 років). Цей показник називається *спеціальним показником народжуваності (фертильності, плодючості)* та розраховується таким чином:

$$\begin{array}{l} \text{Спеціальний} \\ \text{показник} \\ \text{народжуваності} \end{array} = \frac{\text{Число народжених живими за рік} \cdot 1000}{\text{Число жінок віці 15-49 років}}$$

Рівень загальної народжуваності в Україні у повоєнний час невинно знижувався (мал. 5).



Мал. 5. Динаміка народжуваності в Україні (1950-2000 рр.) (на 1000 населення).

Сучасний показник народжуваності найнижчий за весь період повоєнної історії нашої держави – 7,8 на 1000 населення в 2000 році.

Більшою мірою це зафіксовано серед міського населення.

Спостерігається значна територіальна диференціація показників народжуваності (від 6,1 до 12,0 на 1000 населення окремих областей).

Серед основних тенденцій народжуваності в Україні слід відзначити зменшення не тільки загального, але й спеціального показника (плодючості, фертильності). В 1990 р. цей показник становив 53, а в 2000 р. – 30 на 1000 жінок у віці 15-49 років.

Зниження значною мірою відбувається за рахунок міського населення, де рівень його складає 25 ‰, а серед сільського населення – 43 ‰.

Серед чинників, що впливають на народжуваність, більша частина сприяє її зменшенню. До них належать:

- зменшення числа шлюбів і збільшення числа розлучень;
- активне залучення жінок до суспільного життя;
- зайнятість певної частини жінок у виробництвах з небезпечними та шкідливими умовами праці;
- незадовільний стан репродуктивного здоров'я жінок;
- економічна ситуація в суспільстві;
- національні традиції.

3.2.5. Смертність населення

Одним з найважливіших демографічних показників громадського здоров'я є смертність, яка характеризує здоров'я населення з точки зору поширення найбільш тяжкої патології.

Заява про реєстрацію повинна бути зроблена *не пізніше трьох діб з дня смерті* чи виявлення трупа, а в разі неможливості одержання довідки лікувального закладу або висновку судово-медичної експертизи чи прокурора – не пізніше п'яти.

Підставою для реєстрації є видані лікувальним закладом “*Лікарське свідоцтво про смерть*” (форма № 106/0-95) або “*Фельдшерська довідка про смерть*” (форма № 106-1/0-95), рішення суду про встановлення факту смерті чи оголошення громадянина померлим, а також повідомлення з місць позбавлення волі.

Загальний показник смертності характеризує частоту випадків смерті за рік на 1000 населення, що проживає на конкретній території. Його розраховують так:

$$\text{Загальний показник смертності} = \frac{\text{Число померлих за рік} \cdot 1000}{\text{Середньорічна чисельність населення}}$$

Спеціальні показники смертності – це смертність *за статтю* (у чоловіків і жінок), *за віком* (в окремих вікових групах) і *за причинами* (від окремих класів, груп і нозологічних форм захворювань).

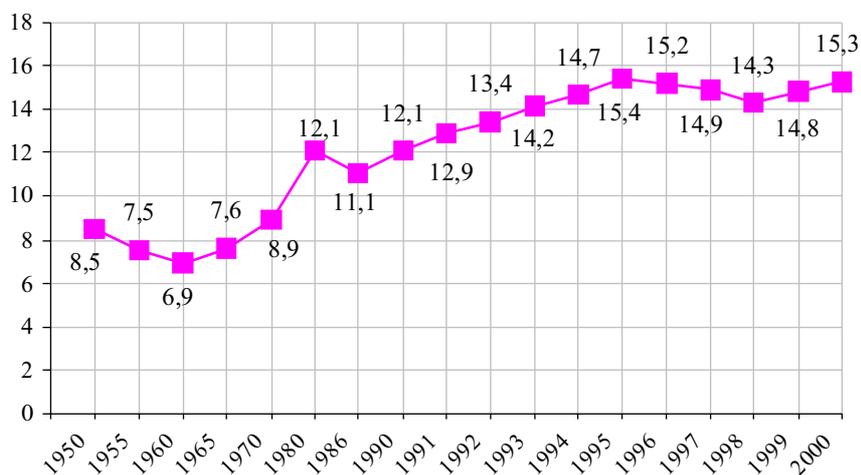
Починаючи з 1965 і до 1995 р. показник загальної смертності мав неспинну тенденцію до зростання, а з 1995 року почав поступово, хоч і дуже повільно, знижуватись, але знову відмічається підвищення (мал. 6). В 2000 р. смертність – 15,3 на 1000 населення.

В еволюції показників смертності накопичилось багато чинників, які призводили до її підвищення, і це ще буде довго відчуватись.

Тому і за межами ХХ століття Україну очікують процеси, що будуть впливати на коливання показників смертності.

Нині рівень смертності в Україні в 2 рази вищий, ніж у розвинених країнах світу.

В показниках смертності по окремих областях великі розбіжності (від 10 до 19 на 1000 населення).



Мал. 6. Динаміка смертності в Україні (1950-2000 рр.)
(на 1000 населення).

Зростання смертності в першій половині 90-х років охопило майже всі вікові групи, крім дитячих контингентів.

Найбільш суттєве це збільшення було у віковому інтервалі 25-55 років.

Викликає тривогу те, що максимальне підвищення у відносно молодому віці: в 40-44-річних чоловіків на 73 %, у 20-29-річних жінок на 57 %.

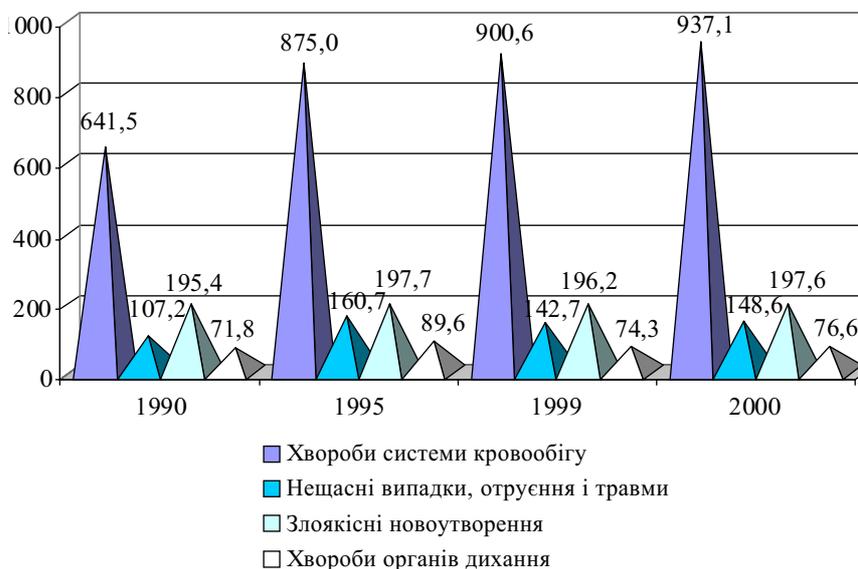
Найбільш потерпілою категорією виявилися міські чоловіки працездатного віку, а це призвело до значної надсмертності чоловіків. Рівень їхньої смертності більш ніж у 3 рази перевищує такий у жінок віком 16-65 років.

Смертність чоловіків вища від смертності жінок, але ступінь надсмертності чоловіків у відношенні до жінок різний.

В Україні у вікових групах 30-39 років, смертність чоловіків перевищує смертність жінок майже в 4 рази, що пов'язано з захворюваннями цивілізації (нешасні випадки, хвороби органів дихання, злоякісні новоутворення).

Чоловіки традиційно більше вживають алкоголю, тютюну. На цей феномен впливають і біологічні та генетичні фактори, а також соціальні: шкідливі умови праці, нічні зміни тощо.

Рівні смертності населення за окремими причинами різні (мал. 7).



Мал. 7. **Смертність населення за основними причинами (на 100 тис. населення).**

Основною причиною смертності є хвороби системи кровообігу, і частота цих захворювань зростає. В структурі смертності на цю групу припадає 60,3 % всіх смертей.

На другому місці як за частотою, так і в структурі смертності – злоякісні новоутворення (13,5 % від всіх померлих).

За останні 10 років смертність від новоутворень практично не зазнала змін. Найбільшу питому вагу серед них мають новоутворення органів травлення.

Загрозливими стають масштаби смертності від зовнішніх причин – нещасні випадки, отруєння і травми (близько 10 % у структурі смертності).

Після різкого підвищення у першій половині 90-х років (в 1,5 раза) в подальшому спостерігається його зниження (в 1995 р. – 160 і в 2000 р. – 148,6 випадків на 100 тис. населення).

Четверте місце посідають показники смертності від хвороб органів дихання (близько 7 % у структурі смертності).

Після досить суттєвого зростання в першій половині 90-х років рівень смертності від хвороб органів дихання в останні роки знизився

і за частотою вийшов на межу 1990 року, з якого починалося його підвищення.

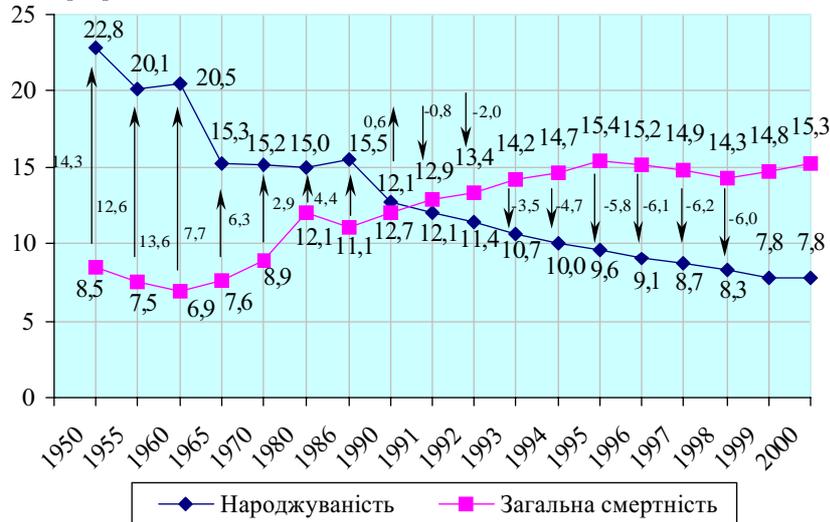
Позитивні зміни спостерігаються в смертності населення майже від усіх хвороб органів дихання.

Суттєво знизився рівень смертності від пневмонії та бронхіальної астми, хронічного бронхіту.

На захворювання, що посідають перші чотири місця в структурі смертності, припадає від 85 до 95 % усіх випадків смерті.

Підвищення смертності в Україні за останні роки пов'язане з постарінням населення, змінами в навколишньому середовищі.

В Україні спостерігається негативна ситуація за основними демографічними показниками (мал. 8).



Мал. 8. Динаміка основних демографічних показників в Україні (1950-1999 рр.) (на 1000 населення).

Як видно з наведених даних, народжуваність зменшується, смертність підвищується і природний приріст став негативним.

Країна ввійшла в стійку фазу *депопуляції*.

Чисельність населення скоротилась у 2000 році майже на 400 тис. Народилось 385 тис., а померло 758 тис.

Якщо народжуваність за показниками практично не відрізняється від європейських країн, то щодо збільшення показників смертності аналогів Україні немає.

3.2.6. Смертність немовлят (малюкова смертність)

Смертність немовлят – один із вікових показників смертності. Він характеризує частоту смерті дітей на першому році життя.

Смертність немовлят виділяють із проблем смертності внаслідок її соціального зниження. Цей показник називають “санітарним барометром” країни. Він надзвичайно чутливо реагує на зрушення в соціально-економічному та санітарному стані країни, медичному обслуговуванні, економічних умовах, способі життя різних верств населення.

Динаміка смертності немовлят свідчить про значні коливання (табл. 1).

Таблиця 1

Смертність немовлят в Україні (на 1000 народжених живими)

Рік	‰
1950	73,0
1980	15,7
1990	12,8
1991	13,9
1996	14,5
1997	14,0
1998	12,8
1999	12,8
2000	11,9

Так, в 1993-1995 рр. спостерігалось різке підвищення смертності, а за останні роки цей показник значно зменшився і в 1999 р. вийшов на рівень 1990 року – 12,8 ‰. В 2000 році цей показник становив 11,9 на 1000 народжених живими.

До 1996 р. смертність серед міського населення була вища, а з 1996 року – серед сільського.

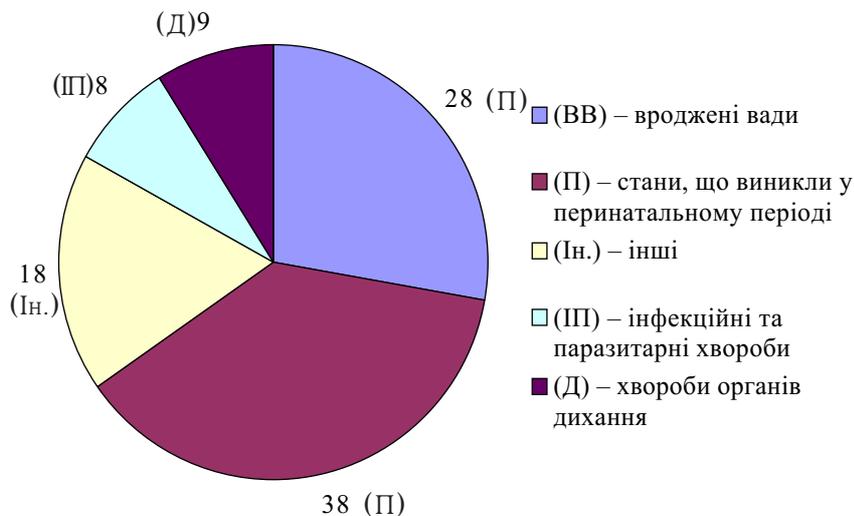
В показниках смертності в окремих областях України розбіжності складають від 10,3 до 14,9 ‰.

В країнах СНД смертність немовлят також залишається високою.

Туркменія – 37,5 ‰; Росія – 17,2 ‰; Грузія – 15,3 ‰; Білорусь – 12,4 ‰ (1997 р.). На той час в Україні смертність була 14 ‰.

У країнах Західної Європи показники смертності немовлят значно нижчі: Фінляндія – 3,9 %; Німеччина – 5,3 %; Голландія – 5,5 %; Англія – 6,2 % (1996 р.).

Смертність *із причин* протягом останніх років залишається стабільною (мал. 9).



Мал. 9. Питома вага окремих причин смерті немовлят (1999 р., %).

Перше місце посідають стани, що виникли в перинатальному періоді, на другому – вроджені вади розвитку, на третьому – хвороби органів дихання, на четвертому – інфекційні та паразитарні хвороби.

У порівнянні з 1990 р. дещо зменшилась частота смертності від вроджених вад і прискореними темпами продовжує зменшуватись рівень смертності від хвороб органів дихання (на 34,5 %).

На рівень смертності впливає велика група чинників (мал. 10).

На основі смертності у вікових групах населення формується ще один статистичний показник, що віддзеркалює особливості смертності в різних групах населення – це *показник дожиття*.

Особливо різко зменшується цей показник у чоловіків.

В Україні рівень смертності немовлят визначається за методикою, рекомендованою ВООЗ. Вона передбачає розрахунок показника окремо для дітей, що померли у віці до 1 року з покоління

поточного та попередніх років, відносно відповідного числа дітей, що народилися живими в попередньому та поточному роках.



Мал.10. Вплив основних чинників на рівень смертності немовлят.

Формула розрахунку рівня смертності немовлят, за рекомендаціями ВООЗ, така:

$$\text{Рівень смертності немовлят} = \frac{\text{Число померлих у віці до 1 року з покоління поточного року} \cdot 1000}{\text{Число дітей, що народилися живими в поточному році}} + \frac{\text{Число померлих у віці до 1 року з покоління минулого року} \cdot 1000}{\text{Число дітей, що народилися живими в минулому році}}$$

Окремо виділяють смертність у *неонатальний, ранній неонатальний та постнеонатальний* періоди життя дитини.

Методика розрахунку показників ранньої неонатальної, неонатальної, постнеонатальної смертності

$$\text{Рівень ранньої неонатальної смертності} = \frac{\text{Число померлих протягом перших семи днів життя (168 год)} \cdot 1000}{\text{Число народжених живими в поточному році}}$$

$$\text{Рівень неонатальної смертності} = \frac{\text{Число померлих протягом перших повних 28 днів життя} \cdot 1000}{\text{Число народжених живими в поточному році}}$$

$$\text{Рівень постнеонатальної смертності} = \frac{\text{Число померлих у віці від 29 днів до одного року} \cdot 1000}{\text{Число народжених живими в поточному році} - \text{Число померлих на першому місяці життя}}$$

Питома вага неонатальної смертності в загальній смертності немовлят у більшості країн становить 50-60 %.

Говорити про стійку тенденцію здоров'я немовлят поки що не можна. Тим паче, що співвідношення між неонатальною та постнеонатальною смертністю залишається ще більш несприятливим, ніж було в 1990 р.

Не може бути низьким показник смертності немовлят у країнах, де показники смертності від екзогенних причин ще досить високі (табл. 2).

Таблиця 2

Питома вага показників в окремі періоди життя в загальній смертності дітей у віці до 1 року, %

Показники	1990 р.	1999 р.
Неонатальна смертність	56,5	52,5
в т.ч. рання	44,7	38,0
пізня	11,8	14,5

Особливо несприятливе співвідношення неонатальної та постнеонатальної смертності в сільській місцевості, де цей показник не перевищує 40 %.

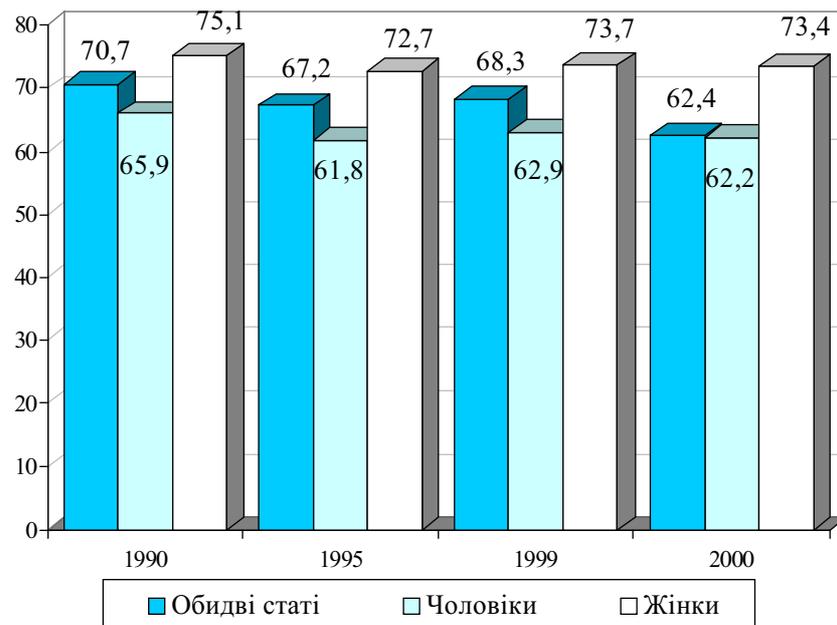
3.2.7. Середня очікувана тривалість життя

Серед демографічних показників є ще один, який використовується для інтегральної оцінки стану здоров'я населення, – *середня очікувана тривалість життя* – це середнє число років, що належить прожити поколінню, яке народилося (ровесникам певного віку) при умові, якщо протягом наступного життя показники смертності будуть такими ж, як і в роки, для яких робились розрахунки.

У 2000 р. середня очікувана тривалість життя чоловіків становила 62,2 року, а у жінок – 73,4 року (мал. 11).

На сьогодні Україна за тривалістю життя на 10 років відстала від Західної Європи. У чоловіків ця різниця становить 13 років, у

жінок – 9 років. І це тим більше прикро, бо в середині 60-х років Україна зрівнялась із Західною Європою, США та Японією за цими показниками.



Мал. 11. Середня очікувана тривалість життя (роки).

Нині рейтинг України серед країн за середньою тривалістю життя дуже низький (102 місце у жінок і 126 – у чоловіків).

Демографічну ситуацію в Україні протягом останнього десятиліття характеризують як незадовільну.

Загальна тенденція демографічної ситуації в Україні:

- зменшення чисельності населення;
- урбанізація;
- зменшення частки дітей у структурі населення;
- постаріння;
- зниження народжуваності;
- підвищення загальної смертності;
- зменшення середньої очікуваної тривалості життя;
- негативний приріст населення;

- збільшення депопуляції;
- зміна потоків мігрантів;
- збільшення числа дітей, народжених поза шлюбом.

Контрольні питання

1. Визначення поняття “здоров’я”.
2. Медичні показники здоров’я.
3. Провідні групи чинників, що впливають на здоров’я населення.
4. Демографія як наука, її зміст.
5. Переписи населення та методика їх проведення.
6. Динаміка чисельності населення в Україні, його розподіл за місцем проживання.
7. Статеві-віковий склад населення.
8. Показники природного руху населення.
9. Документи, які використовуються для вивчення природного руху населення.
10. Методика обчислення загального та спеціальних коефіцієнтів народжуваності і смертності.
11. Медико-соціальні аспекти регулювання народжуваності.
12. Загальна смертність. Динаміка та основні її причини.
13. Смертність немовлят. Динаміка та структура причин смертності немовлят в Україні, шляхи зниження.
14. Поняття про середню очікувану тривалість життя. Тенденції показників в Україні.

3.3. Методика вивчення захворюваності населення

3.3.1. Методи та джерела вивчення захворюваності

Захворюваність населення – збірне поняття, що включає в себе показники, які характеризують рівень різних захворювань та їх структуру серед усього населення або окремих його груп на даній території.

В комплексі медичних показників здоров’я захворюваність посідає особливе місце. Її медико-соціальне значення визначається тим, що саме захворювання є основною причиною смерті, тимчасової

та стійкої втрати працездатності, що, в свою чергу, призводить до великих економічних втрат суспільства, негативного впливу на здоров'я майбутніх поколінь.

Населення не завжди звертається за медичною допомогою. Захворювання здебільшого стає доступним для реєстрації лише тоді, коли хворий звертається за допомогою. Внаслідок цього повнота даних про захворюваність перш за все залежить від об'єму та характеру медичної допомоги, її доступності та якості.

Вірогідна інформація про рівень і характер захворюваності населення необхідна для комплексної оцінки стану здоров'я, визначення потреби населення в окремих видах медичної допомоги, а також для планування та оцінки якості та ефективності роботи лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ).

У зв'язку з цим середні медичні працівники повинні знати методичку обліку та аналізу захворюваності, такі знання потрібні з точки зору розуміння відповідних дій лікаря за певних умов, а також тому, що середній медичний персонал бере безпосередню участь в обліку та оцінці окремих видів захворюваності.

Основними методами вивчення захворюваності є методи, що передбачають використання таких даних:

- звертань за лікарською допомогою в медичні заклади;
- медичних оглядів окремих груп населення;
- про причини смерті;
- опитування населення;
- спеціальних вибіркового досліджень.

Кожний метод має позитивні сторони та недоліки, які необхідно знати та враховувати в практичній діяльності. Жоден з них не дає вичерпного уявлення про захворюваність населення. Тільки використання їх у поєднанні дозволяє одержати досить повну інформацію (табл. 3).

Вивчення захворюваності за даними звертань дозволяє найбільш повно враховувати так звані "гострі" захворювання. Цей метод не потребує додаткових коштів.

При вивченні захворюваності за даними медичних оглядів повнота інформації про захворюваність залежить від:

- систематичного їх проведення;

- участі лікарів необхідних спеціальностей;
- достатнього діагностичного забезпечення;
- контролю своєчасності та повноти оглядів.

Таблиця 3

Порівняльна характеристика основних методів вивчення захворюваності населення

Найменування методу	Переваги методу	Недоліки методу
1. Метод реєстрації звертань за медичною допомогою	<ul style="list-style-type: none"> – доступність для всіх верств населення; – безперервність та динамічність спостереження за станом здоров'я населення; – оперативність обліку захворювань; – найбільш повний облік гострих захворювань; – можливість виділення вперше зареєстрованих протягом року захворювань; – більша економічність 	<ul style="list-style-type: none"> – неповний облік хронічних захворювань; – неповний облік початкових і безсимптомних стадій та форм хвороб; – неповний облік захворювань у випадках: недостатньої доступності медичної допомоги; недостатньої повноти реєстрації захворювань і ступеня спеціалізації медичної допомоги; низької санітарної культури населення; при обслуговуванні населення в приватних медичних закладах
2. Вивчення захворюваності за даними медичних оглядів	<ul style="list-style-type: none"> – достатньо повний облік хронічних захворювань; – виявлення хвороб на початкових стадіях; – незалежність результатів оглядів від доступності медичної допомоги, санітарної культури населення тощо 	<ul style="list-style-type: none"> – неможливість обліку гострих захворювань; – охоплення тільки окремих груп населення: дітей, учнівської молоді, працівників деяких професій; – досить висока вартість

При використанні цього методу забезпечується найбільш повний облік раніш не відомих хронічних захворювань або тих, з приводу яких населення активно не звертається до медичних закладів. Перевагою цього методу є також виявлення початкових форм і стадій захворювань, уточнення діагнозу деяких хронічних захворювань тощо.

Вивчення захворюваності за даними *причин смерті* є додатковим методом до двох вищевказаних. Він особливо актуальний щодо обліку тих захворювань, які можна зареєструвати тільки при звертанні за одержанням лікарського свідоцтва про смерть (їдеться про хворих,

що раніше не звертались до медичних закладів і померли вдома), а також раптових хвороб, які дають високу летальність і не були виявлені першими двома методами (інфаркти, інсульти, травми тощо).

Якщо в попередні роки методи вивчення захворюваності за даними звертань і медичних оглядів були провідними, то в сучасних умовах, при появі значного числа недержавних медичних закладів і особливо при впровадженні елементів страхової медицини, найбільш повна інформація про захворюваність може бути отримана за даними спеціальних вибіркового досліджень і опитування населення.

Перевагою методу *опитування* є можливість обліку захворювань, з якими населення не зверталось з тих або інших причин за медичною допомогою, а також з'ясування думки людини щодо свого захворювання.

В той же час йому певною мірою притаманна суб'єктивність, пов'язана з самодіагностикою захворювань, а також значною кількістю помилкових відповідей на запитання анкети.

Вивчення захворюваності з використанням окремо кожного із вказаних методів не дає уявлення про дійсну вичерпну поширеність патології. Цим завданням більш повно відповідають *спеціальні вибірково, поглиблені* дослідження. При їх проведенні визначають регіональні, статеві-вікові особливості захворюваності при різних рівнях медичного забезпечення.

Неодмінною умовою при вивченні здоров'я населення, зокрема захворюваності, є уніфікація підходу лікарів різних країн світу до визначення та формулювання діагнозів хвороб, що дає можливість порівнювати захворюваність у часі та в різних регіонах.

Починаючи з 1962 р., в нашій країні використовується Міжнародна класифікація хвороб, травм і причин смерті (МКХ), яка періодично переглядається та затверджується спеціальним комітетом експертів з медичної статистики та підкомітетом з класифікації хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я.

МКХ-10 включає 19 класів хвороб та два додаткові розділи (табл. 4).

В сучасний період у нашій державі вивчаються кілька видів захворюваності, які мають відповідні облікові документи та систему показників (табл. 5).

Таблиця 4

**Міжнародна класифікація хвороб Десятого перегляду
(МКХ-10)**

I	Інфекційні та паразитарні хвороби
II	Новоутворення
III	Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму
IV	Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин
V	Розлади психіки та поведінки
VI	Хвороби нервової системи
VII	Хвороби ока та його придаткового апарату
VIII	Хвороби вуха та соскоподібного відростка
IX	Хвороби системи кровообігу
X	Хвороби органів дихання
XI	Хвороби органів травлення
XII	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини
XIII	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини
XIV	Хвороби сечостатевої системи
XV	Вагітність, пологи та післяпологовий період
XVI	Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді
XVII	Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії
XVIII	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявляються при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках
XIX	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників
Крім 19-ти класів хвороб, до МКХ-10 включено два додаткових розділи:	
XX	Зовнішні причини захворюваності та смертності
XXI	Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я.

Таблиця 5

**Основні джерела інформації та показники,
що характеризують окремі види захворюваності**

№	Методи вивчення, види захворюваності	Основні джерела інформації	Основні показники
1	2	3	4
1	За даними звертань за медичною допомогою	Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів. Талон амбулаторного пацієнта	Загальна захворюваність (поширеність захворювань). Первинна захворюваність. Структура загальної та первинної захворюваності
1.1	Загальна захворюваність		

Продовження табл. 5

1	2	3	4
1.2	Інфекційна	Екстрене повідомлення	Рівень і структура інфекційної захворюваності
1.3	Неепідемічна	Повідомлення про важливі неепідемічні захворювання	Рівень і структура неепідемічної захворюваності
1.4	Госпіталізованих хворих	Статистична карта пацієнта, що вибув із стаціонару	Рівень і структура захворюваності госпіталізованих хворих
1.5	Із тимчасовою втратою працездатності	Листок непрацездатності	Число випадків тимчасової непрацездатності (ТН) на 100 працюючих. Число календарних днів ТН на 100 працюючих. Середня тривалість одного випадку ТН
2	За даними медичних оглядів (цільових, попередніх, періодичних)	Список осіб, що підлягають медичним оглядам	
3	За даними про причини смерті	Лікарське свідоцтво про смерть. Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть. Фельдшерська довідка про смерть	Показники рівня та структури захворюваності, що призвели до смерті

3.3.2. Загальна захворюваність

Загальна захворюваність враховує поширеність усіх хвороб серед усього населення в цілому та окремих захворювань у певних його групах на даній території за результатами звертань.

Показники загальної захворюваності дають змогу оцінити рівні захворювань, виявлених і зареєстрованих у амбулаторно-поліклінічних закладах протягом календарного року.

Загальна захворюваність вивчається на основі поточної реєстрації *усіх первинних звертань хворих*.

Первинним звертанням при *хронічних* захворюваннях вважається *перше* звертання в даному році.

При *гострих* захворюваннях, які можуть мати місце кілька разів протягом року, враховується *перше* звертання з приводу кожного випадку.

Джерелом інформації про загальну захворюваність є два документи: “Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів” (ф. № 025-2/0) та “Талон амбулаторного пацієнта” (ф. № 025-6/0, ф. 025-7/0).

На кожний випадок *гострого* захворювання заповнюється окремий “Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів” з позначкою “+”. У “Талоні амбулаторного пацієнта” при гострих захворюваннях поруч з назвою діагнозу позначається код “1”. Таким чином, в однієї людини протягом року може бути зареєстровано кілька випадків гострих захворювань.

Діагнози *хронічних* захворювань реєструються лише один раз протягом року. Якщо діагноз встановлено вперше в житті хворого, – позначкою “+” у “Статистичному талоні для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів” або кодом “2” в “Талоні амбулаторного пацієнта”. Якщо діагноз хронічного захворювання встановлено раніше, то при першому відвідуванні лікаря кожного наступного року в “Статистичному талоні для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів” ставиться позначка “-“ чи код “3” у “Талоні амбулаторного пацієнта”.

Інформація згаданих вище облікових документів є основою для складання “Звіту про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу” (ф. № 12).

Розрізняють такі основні *показники загальної захворюваності*:

- *первинна захворюваність* – рівень вперше зареєстрованих захворювань за календарний рік на даній території; при цьому враховуються всі гострі та вперше встановлені протягом року хронічні захворювання;

- *загальна захворюваність, або поширеність захворювань*, – рівень усіх зареєстрованих захворювань за календарний рік: гострих і хронічних (зареєстрованих при першому звертанні в поточному році, а виявлених як в поточному, так і в попередні роки);

- *структура первинної та загальної захворюваності населення*.

Ці показники розраховуються так:

$$\text{Первинна захворюваність} = \frac{\text{Кількість захворювань, які зареєстровані вперше в даному році (всі гострі + вперше виявлені хронічні захворювання)} \cdot 1000}{\text{Середньорічна чисельність населення}}$$

Загальна захворюваність (поширеність усіх зареєстрованих захворювань)	=	$\frac{\text{Кількість усіх зареєстрованих протягом даного року захворювань (гострі + хронічні, виявлені як у поточному, так і в попередніх роках)} \cdot 1000}{\text{Середньорічна чисельність населення}}$
Структура первинної захворюваності та поширеності захворювань	=	$\frac{\text{Кількість усіх зареєстрованих протягом року захворювань даного класу, групи, нозологічної форми (вперше зареєстрованих)} \cdot 100}{\text{Кількість усіх (уперше) зареєстрованих протягом року захворювань}}$

3.3.3. Інфекційна захворюваність

Обов'язковій реєстрації та спеціальному обліку підлягають такі захворювання: черевний тиф, паратифи, інші інфекції, викликані сальмонелами, бруцельоз, усі форми дизентерії та ряд інших. Перелік захворювань, який періодично змінюється, регламентує МОЗ України.

Встановлено також порядок позачергових повідомлень при особливо небезпечних інфекціях у разі появи їх на території нашої країни.

Особливий облік передбачено також для виявлених інфікованих і хворих на СНІД, що регламентується спеціальними інструктивно-методичними документами.

Екстрене повідомлення про виявлене інфекційне захворювання повинен заповнити лікар поліклініки чи іншого медичного закладу, незалежно від того, де мешкає хворий. Таким же чином необхідно діяти при виявленні інфекційного захворювання в особи, госпіталізованої для лікування до стаціонару, чи при зміні діагнозу хворого, що вже знаходиться на лікуванні. Заповнює екстрене повідомлення і лікар швидкої медичної допомоги.

В сільській місцевості, окрім лікарів сільських дільничних лікарень і амбулаторій, повідомляти про ці хвороби зобов'язані завідувачі фельдшерсько-акушерських пунктів.

Екстрені повідомлення в лікувально-профілактичних закладах реєструються в журналі реєстрації інфекційних захворювань.

Всі екстрені повідомлення мають бути протягом 12 год направлені до санітарно-епідеміологічної станції, котра забезпечує епідеміологічне обстеження осередку інфекційного захворювання за місцем його виявлення (незалежно від місця проживання хворого).

Для аналізу *інфекційної захворюваності* застосовуються такі показники:

- частота виявлених захворювань (співвідношення їх числа до чисельності населення даної території; показники розраховуються на 100 тисяч населення);
- сезонність (за основу беруться дані про число захворювань по місяцях, показники сезонних коливань – це співвідношення даних за місяць до середньорічних);
- частота госпіталізації та повнота охоплення нею (в першому випадку – це відношення числа госпіталізованих до чисельності населення, в другому – до числа виявлених захворювань, у відсотках);
- частота захворювань за віком, статтю, професією (співвідношення числа захворювань у відповідній групі до чисельності населення даної групи);
- число виявлених бацилоносіїв на 1000 обстежених.

3.3.4. Захворюваність на найважливіші неепідемічні захворювання

Спеціальному обліку підлягають такі хвороби:

- злоякісні новоутворення;
- психічні хвороби;
- венеричні хвороби;
- активний туберкульоз;
- тяжкі мікози.

Для реєстрації *неепідемічних захворювань* існують *два основні документи*:

1. Повідомлення про хворого, якому вперше в житті встановлено діагноз активного туберкульозу, венеричної хвороби, трихофітії, мікроспорії, фавусу, корости, трахоми, психічного захворювання (ф. № 089/0).

2. Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом раку чи іншого злоякісного новоутворення (ф. № 089/0).

Вони заповнюються лікарями всіх лікувально-профілактичних закладів, які вперше встановили вказані захворювання при звертанні хворих до поліклініки, при обстеженні їх у стаціонарі, при відданні хворого вдома або при профілактичному медичному огляді.

Відповідні повідомлення (після їх заповнення) передаються до профільних спеціалізованих диспансерів, в яких здійснюється всебічне обстеження хворих та осіб, які контактували з ними. Ці заклади проводять лікування хворих та активне динамічне спостереження за ними, а також за контактними особами.

Детальному вивченню підлягає також захворюваність госпіталізованих хворих – “*госпіталізована*” *захворюваність*. Облік цього виду захворюваності необхідний для оцінки обсягу лікарняної допомоги, її своєчасності, тривалості та результатів лікування.

3.3.5. Захворюваність із тимчасовою втратою працездатності

Цей вид захворюваності вивчається серед працюючих і враховує випадки захворювань, результатом яких є невихід на роботу, та становить значну частину первинних звертань за медичною допомогою.

Обліковий документ – листок непрацездатності – видається лікуючими лікарями та фельдшерами, яким надано це право відповідним органом охорони здоров'я.

На основі цих документів складається звіт про причини тимчасової непрацездатності, ф. № 23-ТН-здоров'я. На підприємствах, які мають медико-санітарну частину, поліклініку чи лікарський здоров'я пункт, вказаний звіт заповнює лікар або фельдшер, що призначений адміністрацією цих лікувально-профілактичних закладів (наказ МОЗ України № 253 від 12.10.2000 р.).

Захворюваність працюючих із тимчасовою втратою працездатності аналізується за такими *основними показниками*:

$$\text{Показник випадків тимчасової непрацездатності на 100 працюючих} = \frac{\text{Число випадків тимчасової непрацездатності}}{\text{Середня чисельність працюючих}} \cdot 100$$

$$\begin{aligned} \text{Показник календарних днів тимчасової непрацездатності на 100 працюючих} &= \frac{\text{Число календарних днів тимчасової непрацездатності}}{\text{Середня чисельність працюючих}} \cdot 100 \\ \text{Середня тривалість випадку тимчасової непрацездатності} &= \frac{\text{Число календарних днів тимчасової непрацездатності}}{\text{Число випадків тимчасової непрацездатності}} \\ \text{Показник структури захворюваності з тимчасовою втратою працездатності} &= \frac{\text{Число випадків (або календарних днів) непрацездатності з даного захворювання}}{\text{Число випадків (днів) непрацездатності при всіх захворюваннях}} \cdot 100 \end{aligned}$$

3.3.6. Основні тенденції окремих видів захворюваності

Загальна захворюваність.

За даними звертань населення за медичною допомогою протягом останніх десятиріч *рівні поширеності усіх хвороб* знаходяться в межах від 1100 до майже 1500 випадків захворювань на 1000 населення (мал. 12), *рівні первинної захворюваності*, відповідно, 600-800 ‰.

З окремих захворювань *найбільш високі рівні поширеності* при-таманні хворобам системи кровообігу, органів дихання та органів травлення.

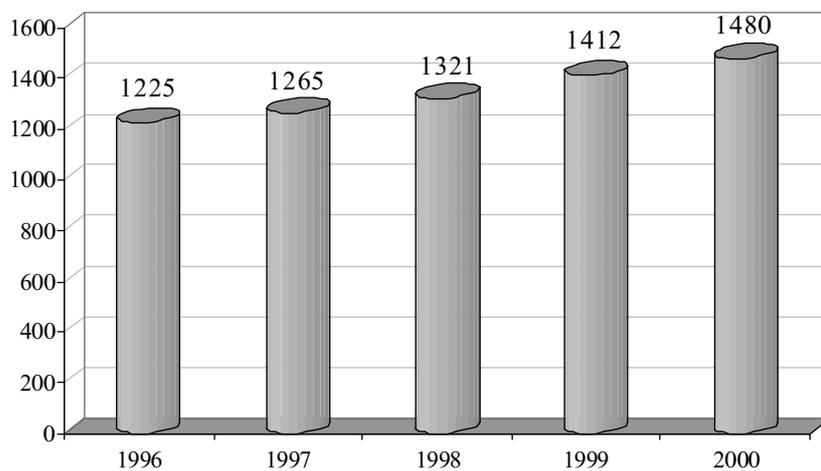
На три вищезазначені класи припадає 55 % випадків серед усіх зареєстрованих хвороб (мал. 13).

Серед вперше зареєстрованих протягом року захворювань най-більші рівні мають хвороби органів дихання, нервової системи та органів чуття, травми та отруєння.

Існують досить *суттєві відмінності* як показників поширеності, так і первинної захворюваності *за віком* (мал. 14).

Найбільш високі рівні як поширеності, так і первинної захворюваності реєструються серед дитячого населення, особливо у дітей до 1 року – близько 2000 випадків на 1000 населення.

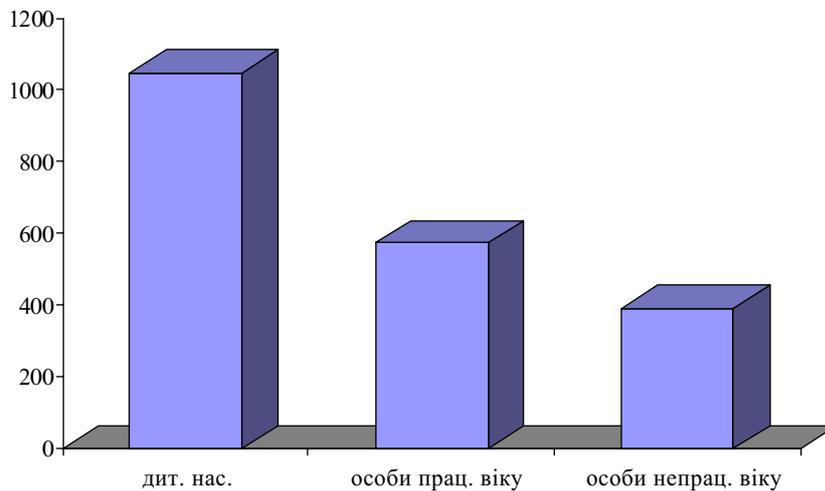
Зі збільшенням віку первинна захворюваність зменшується.



Мал. 12. Загальна захворюваність населення (на 1000 населення).



Мал. 13. Структура поширеності захворювань за класами хвороб (у відсотках).



Мал. 14. Показники первинної захворюваності серед окремих вікових груп за даними звертань по медичну допомогу (‰).

Вказана тенденція пов'язана зі зменшенням звертань за медичною допомогою, на що істотно впливає відсутність потреби в одержанні лікарняного листа у більшості осіб пенсійного віку.

Загальні тенденції рівнів первинної захворюваності серед *чоловіків і жінок* майже однакові, а поширеність хвороб у жінок вища, ніж у чоловіків.

Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності

Зменшення захворюваності з тимчасовою втратою працездатності є значним резервом у покращанні здоров'я, підвищенні продуктивності праці та добробуту народу.

Впродовж останніх років відбувається незначне скорочення показників числа календарних днів на 100 працюючих і середньої тривалості одного випадку. В той же час частота випадків дещо зростає.

На рівень захворюваності з тимчасовою втратою працездатності впливають *різні чинники*. Основними з них є:

- санітарно-гігієнічні умови праці;
- організація виробничих процесів;
- умови побуту;
- організація та якість медичного обслуговування;
- якість лікарської експертизи працездатності;

- склад працюючих за віком, професією, стажем роботи тощо.

Найбільш високі рівні тимчасової непрацездатності в цілому по всіх галузях притаманні хворобам органів дихання, а саме гострим респіраторним інфекціям та грипу. Значні рівні характерні для хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (за числом випадків), а також травмам і отруєнням (за числом днів).

Зниження цього виду захворюваності можливе лише при комплексній взаємодії адміністрацій підприємств, громадських організацій, лікувально-профілактичних і санітарно-профілактичних закладів.

Інфекційна захворюваність

Зміни *інфекційної захворюваності* досить динамічні. Завдяки успіхам мікробіології, вірусології, імунології, епідеміології були ліквідовані та локалізовані спалахи особливо небезпечних з них – віспи, чуми, холери. Значно зменшилась розповсюдженість дитячих інфекцій, керованих засобами імунопрофілактики. Розвиток санітарії та гігієни призвів до переривання основного механізму передачі кишкових інфекцій. Завдяки успіхам медицини в лікуванні новими високоефективними антибіотиками, сульфаніламидами тощо в більшості розвинутих країн світу вони вже не відносяться до 10 перших причин смерті населення.

Але цілий ряд інфекцій, переважно вірусної етіології (грип, вірусні гепатити, СНІД), має тенденцію до зростання.

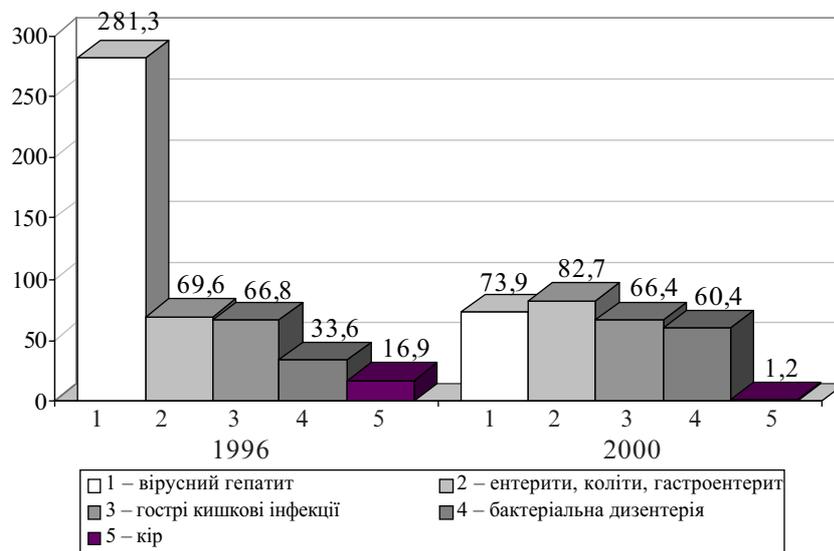
Проблема інфекційної захворюваності актуальна й для нашої держави. Серед всіх інфекційних хвороб, що реєструються в Україні (за МКХ-10), *найбільший вплив* на стан здоров'я мають вірусні гепатити, гострі кишкові та інфекції, керовані засобами специфічної профілактики, певні вірусні та паразитарні хвороби.

Захворюваність на деякі з них представлена на малюнку 15.

З початку 90-х років ХХ ст. розпочалося зростання захворюваності на туберкульоз у багатьох регіонах світу та країнах, у т.ч. в країнах СНД.

З 1996 по 2000 рр. в Україні захворюваність на активний туберкульоз зросла з 45,8 до 58,9*, тобто майже в 1,3 раза. Більш високі показники реєструють серед міського населення.

* Діяльність галузі охорони здоров'я за 2000 рік, завдання щодо подальшого її розвитку та покращання рівня здоров'я населення України, МОЗ України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001.– 129с.



Мал. 15. Захворюваність населення України на окремі інфекційні хвороби за 1996, 2000 рік (на 100 тис. населення).

Невідкладні заходи щодо боротьби з туберкульозом визначені Указом Президента України від 11.05.2000 р. № 679/2000, розроблена Національна програма боротьби з туберкульозом, основною метою якої є неухильне зниження захворюваності та поширеності цього захворювання, а також зниження смертності та інфікованості.

Суттєво зростає захворюваність на синдром набутого імунodefіциту (СНІД). Збудник СНІДу – вірус імунodefіциту людини (ВІЛ) виділено в 1983 р. За досить короткий час СНІД розповсюдився в усьому світі.

Якщо в 1988-1994 рр. в Україні реєструвалися окремі випадки, то в 1995 р. почалася епідемія.

З 1996 по 2000 рр. кількість ВІЛ-інфікованих зросла більш ніж в 5 разів. Лише за 2000 р. зареєстровано більше 6 тисяч нових випадків ВІЛ-інфекції*.

* Діяльність галузі охорони здоров'я за 2000 рік, завдання щодо подальшого її розвитку та покращання рівня здоров'я населення України, МОЗ України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 129с.

Перша, повільна хвиля, була пов'язана з особами, які мали багато статевих партнерів, друга хвиля, що розпочалася в 1995 р., – з розповсюдженням ВІЛ-інфекції в середовищі ін'єкційних наркоманів, які є провідною групою ризику. Постійне виявлення підлітків свідчить про тенденцію омолодження СНІДу. Найризикованішим є вік 13-19 років.

З 1993 по 1999 рр. число хворих на наркоманію, що знаходяться під диспансерним спостереженням, зросло майже вдвічі, суттєво збільшилась кількість осіб з епізодичним вживанням наркотиків.

В 1999 р. в Україні розроблена Програма профілактики СНІДу та наркоманії, основною метою якої є попередження подальшого поширення наркоманії в Україні, зменшення зараження ВІЛ-інфекцією та захворювань на СНІД і їх негативного впливу на соціально-економічний розвиток держави.

З ініціативи Міністерства охорони здоров'я здійснюється ціла низка міжнародних проектів, спрямованих на локалізацію епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекцією та СНІДом.

Згідно з Наказом МОЗ України № 235 від 27.09.99 передбачено збільшення діагностико-детоксикаційних, реабілітаційних та інших підрозділів територіальних наркологічних закладів.

Важливу роль у формуванні стану здоров'я населення відіграють *хвороби системи кровообігу (ХСК), зловикористання психоактивних речовин та травматизм.*

Їх значення в окремих показниках здоров'я відчутно відрізняється (табл. 6).

Таблиця 6

Рангові місця поширеності окремих захворювань, рівня госпіталізації та смертності за класами хвороб серед всього населення

Класи хвороб	Рангові місця		
	смертності	поширеності	рівня госпіталізації
Новоутворення	2	12	7
Хвороби системи кровообігу	1	2	1
Хвороби органів дихання	4	1	3
Хвороби органів травлення	5	3	2
Нещасні випадки, отруєння, травми	3	8	5

Вказані захворювання обумовлюють майже 85 % причин смертності, значні рівні госпіталізації, високу частоту інвалідизації, значну потребу в спеціалізованій медичній допомозі. Вони призводять до великих економічних втрат суспільства та особистості.

Протягом 1990-1999 рр. первинна захворюваність на ХСК в Україні зросла з 22,1 до 39,1 ‰, а поширеність з 174,8 до 316,8 ‰ (в 1,7 раза).

Зріс також і рівень смертності. Найбільше значення серед цих хвороб мають гіпертонічна хвороба (на яку в країні страждають майже 13 млн. осіб, проте лікується лише 23 %), ішемічна хвороба серця та цереброваскулярні хвороби.

Розвиток цих хвороб пов'язаний з психоемоційним перевантаженням, нераціональним харчуванням (що призводить до ожиріння), недостатньою фізичною активністю, курінням, спадковістю.

Указом Президента України від 4.02. 1999 р. № 117/99 затверджена Програма профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні, завданнями якої є пропаганда здорового способу життя, зміцнення організацій охорони здоров'я кадрами та ресурсами, забезпечення ефективної діагностичної, лікувальної, реабілітаційної допомоги хворим на АГ і на її ускладнення.

Проблема *злоякісних новоутворень* загострилася в другій половині ХХ ст. За період з 1990 по 1999 рр. первинна захворюваність на ці хвороби в Україні дещо зросла (з 3,0 до 3,17 ‰), особливо на рак щитовидної залози, проте захворюваність дітей зросла значніше.

Структура захворюваності має статеві особливості: у чоловіків перше місце займає рак легень, а у жінок – рак молочної залози. Відбувається накопичення контингентів хворих.

До основних чинників ризику виникнення новоутворень належать канцерогени (хімічні, фізичні), вірусні агенти та успадкована генетична схильність. Важливе значення має своєчасне виявлення цих захворювань, для чого впроваджуються скринінгові програми ранньої діагностики онкопатології за допомогою відповідних тестів.

Невпинно зростає *рівень травматизму*, і хоча в структурі поширеності захворювання він не займає провідного місця, проте його значення в інвалідності та смертності досить відчутне.

Зростання травматизму в усьому світі має епідемічний характер.

Розрізняють побутовий, виробничий, вуличний, дорожньо-транспортний, спортивний травматизм.

Найбільш поширеним в Україні є побутовий травматизм (майже 3/4 всіх травм), друге місце посідає вуличний травматизм, третє – виробничий травматизм.

Загальні рівні травматизму найбільші в регіонах зі значним розвитком промисловості металургійної, гірничої, металообробної, хімічної.

Високий рівень травматизму притаманний дітям (0-14 років).

Таким чином, *сучасний стан здоров'я населення України*, який досить суттєво відтворюють показники *захворюваності*, характеризується такими основними *тенденціями*:

1. Зростає поширеність і первинна захворюваність за більшістю класів хвороб.
2. Зростає частота переходу гострих захворювань у хронічні.
3. Домінуюче місце в структурі посідають хронічні неінфекційні захворювання, передусім хвороби органів дихання, системи кровообігу, нервової системи та органів чуття.
4. Підвищується частота вроджених вад і спадкових захворювань.
5. Значно збільшується інфекційна захворюваність, і в першу чергу туберкульоз, кишкові інфекції, вірусний гепатит.
6. Зростає поширеність соціально обумовлених хвороб, насамперед туберкульозу, СНІДу.
7. Відбувається диференціація рівнів захворюваності в основних соціальних групах, зокрема підвищення захворюваності серед мало-забезпечених верств населення.

Контрольні питання

1. Поняття про захворюваність населення, її медико-соціальне значення.
2. Методи вивчення захворюваності, їх переваги та недоліки.
3. Види захворюваності, джерела інформації для їх вивчення.
4. Загальна захворюваність, особливості реєстрації захворюваності.
5. Інфекційна захворюваність і захворюваність на найважливіші неепідемічні захворювання, особливості їх обліку.

6. Захворюваність із тимчасовою втратою працездатності, її значення.
7. Основні тенденції загальної захворюваності та захворюваності з тимчасовою втратою працездатності.
8. Динаміка інфекційної захворюваності.
9. Особливості захворюваності на туберкульоз і СНІД.
10. Тенденції захворюваності на хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, травматизм.

3.4. Методика вивчення інвалідності та основні тенденції її показників

Поняття *інвалідності* тісно пов'язане з критеріями працездатності.

На відміну від захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, інвалідність характеризується стійкою (постійною або тривалою, не менш ніж на один рік) втратою працездатності або її значним зниженням, тобто повною або частковою неможливістю продовжувати професійну діяльність за станом здоров'я.

Інвалідність є одним з найважливіших показників здоров'я населення, що має не тільки медичне, але й соціально-економічне значення.

Вона дуже тісно пов'язана із захворюваністю населення і, по суті, завжди є її результатом. Це ж відноситься і до інвалідності дітей внаслідок анатомічних дефектів і вроджених вад.

Людині, яка втратила працездатність на тривалий час, встановлюється певна група інвалідності: I, II, III. Визначенням причин та групи інвалідності займаються *медико-соціальні експертні комісії (МСЕК)*. Ці комісії визначають ступінь обмеження життєдіяльності людини, причину та час настання інвалідності, встановлюють потреби інвалідів у соціальній допомозі, розробляють індивідуальні програми реабілітації та адаптації інвалідів до нових умов їх життя та праці.

Причини (види) інвалідності досить різноманітні. До них відносять:

- загальне захворювання;
- професійне захворювання;

- трудове каліцтво;
- інвалідність з дитинства;
- в зв'язку з Чорнобильською катастрофою;
- інваліди війни та прирівняні до них за пільгами;
- до початку трудової діяльності.

До найбільш важливих *показників інвалідності* відносяться загальна інвалідність (відношення кількості осіб, які визнані інвалідами, до загальної чисельності населення) та первинна інвалідність – інвалідизація (відношення кількості осіб, уперше визнаних інвалідами, до загальної чисельності населення). Обидва показники розраховують на 10 тис. населення.

Вивчення інвалідності є важливою медико-соціальною проблемою, особливо в сучасних умовах, у зв'язку з триваючим процесом постаріння населення та збільшенням числа осіб старшого віку з хронічними захворюваннями, які призводять до інвалідності.

На стан показника інвалідності, крім демографічних і екологічних чинників, значною мірою впливають соціально-економічні умови життя та соціальна політика держави щодо інвалідів.

Загальна інвалідність усього населення на 60 % зумовлена загальними захворюваннями, 15 % припадає на інвалідів війни та прирівняних до них за пільгами, 10 % складають інваліди з дитинства (мал. 16).

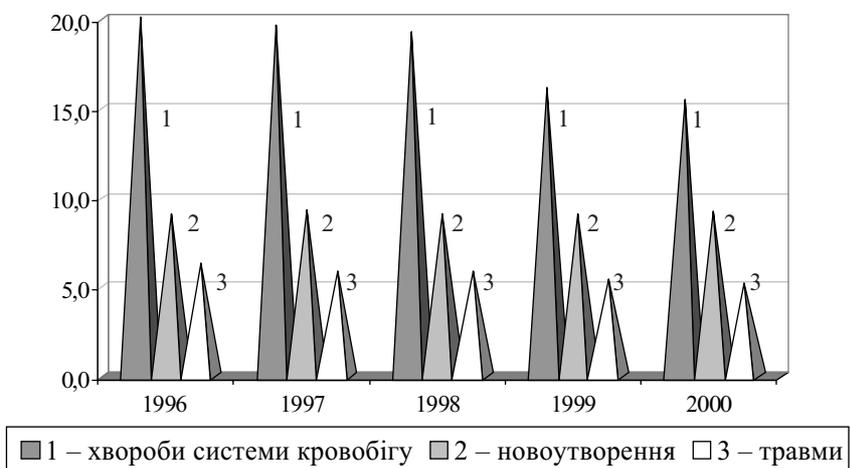
Слід зазначити, що хоча частка інвалідів внаслідок аварії на ЧАЕС складає всього 3 %, проте вплив наслідків цієї аварії на інвалідність від загальних захворювань є досить суттєвим.

Провідні місця в *загальній та первинній інвалідності* займають хвороби системи кровообігу, новоутворення та травми. За період з 1996 по 2000 рр. відбулися певні позитивні зрушення рівнів первинної інвалідності при хворобах системи кровообігу та травмах (мал. 17).

Показники *первинної інвалідності* всього населення з 1996 по 2000 рр. знизилися з 48,6 до 43,5 на 10 тис. населення (на 11%), дорослого – на 17,6 % (з 62,1 до 52,8 на 10 тис. дорослого населення), проте рівні інвалідності працездатного населення не зменшились (54,1-54,0 на 10 тис. працездатного населення).



Мал. 16. Структура інвалідності в Україні (в %, 2000 р.)



Мал. 17. Показники первинної інвалідності (на 10 тис. дорослого населення за основними класами хвороб).

Зростає інвалідність дітей (у віці 0-16 років). З 1996 по 2000 рр. її рівень зріс на 24 %.

Провідні місця в структурі причин інвалідності дітей займають хвороби нервової системи (28 %, половина припадає на церебральний параліч), вроджені аномалії (17,7 %) і психічні розлади (16,5 %).

Разом із хворобами органів чуттів це становить 75 % усіх випадків інвалідності серед дітей віком 0-16 років.

Зниження інвалідності вимагає поєднаних зусиль держави, працівників системи охорони здоров'я, інших служб і відомств.

У державі розроблена комплексна система розв'язання проблеми інвалідності, одним із заходів якої є створення в окремих областях центрів медико-соціальної реабілітації інвалідів. Складовою частиною цієї системи має бути профілактика первинної інвалідності, насамперед дітей та населення працездатного віку.

Контрольні питання

1. Поняття про інвалідність.
2. Види інвалідності.
3. Показники, що характеризують інвалідність.
4. Основні тенденції інвалідності окремих груп населення.

3.5. Фізичний розвиток

У сучасних умовах фізичний розвиток розглядається як один з основних критеріїв здоров'я окремої людини та населення загалом.

Значення та широке використання показників фізичного розвитку полягає у тому, що, на відміну від інших (захворюваність, смертність, інвалідність), вони є прямими позитивними характеристиками здоров'я.

За визначенням *Є.Я. Беліцької*, фізичний розвиток – сукупність ознак, які характеризують рівень і динамічні зміни ряду морфологічних, функціональних властивостей окремого індивіда та колективів людей, виражених у вигляді загальних і групових характеристик (стандартів фізичного розвитку).

Стан фізичного розвитку можна розглядати як результат взаємодії внутрішніх (ендогенних) і зовнішніх (екзогенних) чинників. До перших належать:

- спадковість, здоров'я матері;
- фізичний стан батьків;
- особливості внутрішньоутробного розвитку.

До других:

- природно-кліматичні;
- соціально-економічні (економічний розвиток суспільства, умови праці та побуту, характер професії тощо).

Інформація про фізичний розвиток використовується в практичній діяльності лікарів різного фаху, в першу чергу педіатрів і спеціалістів у галузі гігієни дітей та підлітків.

Визначення показників фізичного розвитку здійснюють *середні медичні працівники*, які мають бути добре обізнані зі значенням цих показників для оцінки здоров'я окремої особи, колективу, а також із відповідними методиками дослідження вказаних показників здоров'я.

Спостереження за фізичним розвитком починається з моменту народження дитини. В подальшому воно проводиться в дитячих поліклініках, дошкільних закладах і школах, середніх і вищих навчальних закладах, під час призову на військову службу, при проведенні цільових і періодичних медичних оглядів, а також при спеціальних вибіркових дослідженнях стану здоров'я різних груп населення.

Розрізняють біологічний та морфофункціональний розвиток дитини. Біологічний розвиток оцінюють за допомогою таких критеріїв:

- річне зростання довжини тіла;
- динаміка маси тіла протягом року;
- термін зміни молочних зубів на постійні;
- осифікація кисті за даними рентгенограми;
- ступінь розвитку вторинних статевих ознак;
- термін першої менструації у дівчат.

За вказаними критеріями для кожного віку розробляються стандарти біологічного розвитку, з якими порівнюють фактичні дані конкретної дитини. Після цього проводиться *оцінка біологічного*

розвитку у порівнянні з паспортними даними за трибальною шкалою: *відстає, відповідає, випереджає*.

З метою оцінки *морфофункціонального розвитку дитини* використовуються критерії:

- зріст (довжина тіла стоячи);
- маса тіла;
- розмір грудної клітки;
- м'язова сила кисті рук;
- життєва місткість легень;
- відповідність вищезазначених ознак одна одній.

За зазначеними параметрами також розробляються статеві стандарти для держави та окремих регіонів. З ними порівнюються одержані дані та проводиться *оцінка морфофункціонального розвитку* за трибальною шкалою: *гармонійний, дисгармонійний та різко дисгармонійний*.

Застосовується спостереження за фізичним станом дорослого населення та вивчення особливостей фізичного розвитку різних контингентів і впливу на нього конкретних чинників.

При проведенні *масових медичних обстежень* застосовується *комплекс ознак* для оцінки фізичного розвитку:

- *антропометричні* – зріст стоячи, маса тіла, розмір грудної клітки; при поглиблених дослідженнях – додатково зріст сидячи, розміри голови, довжина плеча, передпліччя, гомілки, стегна;
- *функціональні, фізіометричні* – життєва ємність легень (спірометрія), м'язова сила кисті (динамометрія);
- *соматоскопічні* – будова тіла, розвиток м'язів, форма грудної клітки, ніг, вираженість вторинних статевих ознак, пульс, артеріальний тиск тощо.

Статистична обробка одержаних матеріалів проводиться методами варіаційної статистики шляхом складання варіаційних рядів, рівнянь регресії тощо.

Аналіз одержаних даних проводиться за допомогою:

- сигмальної оцінки;
- індивідуальної оцінки за шкалою регресії.

Останній метод є більш вичерпним, бо дає можливість врахувати різні ознаки у взаємозв'язку, виділити осіб з гармонійним і дисгармонійним розвитком.

Показники фізичного розвитку в сучасних умовах не є складовою офіційної статистичної звітності, що не дозволяє постійно оцінювати його стан у населення всієї країни. Це можна робити на основі спеціальних вибіркового досліджень, які проводяться в таких напрямках:

- *динамічне спостереження за фізичним розвитком одних і тих же контингентів;*
- *визначення закономірностей фізичного розвитку в різних статеві-вікових групах населення та динаміки за певний період часу;*
- *розробка регіональних статеві-вікових стандартів з метою індивідуальної та групової оцінки фізичного розвитку дітей;*
- *оцінка ефективності оздоровчих заходів.*

Систематичні спостереження за показниками фізичного розвитку населення протягом останніх десятиріч дозволили встановити кілька *найбільш істотних закономірностей:*

1. Відбулося *прискорення темпів фізичного розвитку* підростаючого покоління – акселерація, для якої характерні зміна вихідного рівня фізичного розвитку при народженні, прискорення темпів розвитку в усіх вікових групах і більш ранній всебічний розвиток дітей та підлітків.

2. *Зростає число випадків дисгармонійного фізичного розвитку*, зокрема дисгармонія темпів психічного та фізичного розвитку.

3. *Значною є частка осіб з надлишковою масою тіла*, чому сприяють зміни способу життя, харчування, гіподинамія тощо, проте останнім часом зросла частка дітей, особливо підлітків, що мають дефіцит маси тіла.

Контрольні питання

1. Визначення поняття “фізичний розвиток”.
2. Практичне значення показників фізичного розвитку.
3. Методи та критерії оцінки показників фізичного розвитку дітей та підлітків, у т. ч. при масових обстеженнях.
4. Основні тенденції показників фізичного розвитку протягом останніх десятиліть.

4. ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Основи організації лікувально-профілактичного забезпечення дорослого населення

Однією з основних галузей охорони здоров'я є *лікувально-профілактична справа*, в якій задіяна більша частина медичних працівників. На забезпечення її функціонування виділяються значні кошти з асигнувань, передбачених на охорону здоров'я.

Заклади та працівники галузі виконують провідну функцію системи, займаючись попередженням та виявленням хвороб, забезпечуючи лікування хворих, надаючи їм різні види медичної допомоги.

Незалежно від того, в якій галузі охорони здоров'я працюють ті чи інші лікарі та середні медичні працівники, вони мають бути добре обізнані з принципами організації лікувально-профілактичної допомоги, з напрямками її розвитку, із завданнями та функціями різних лікувально-профілактичних закладів.

Лікувально-профілактична допомога – це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, ранню діагностику, медичну допомогу особам з гострими та хронічними захворюваннями, на реабілітацію хворих та інвалідів з метою продовження їх активного довголіття.

До видів лікувально-профілактичної допомоги відносяться амбулаторно-поліклінічна, швидка, стаціонарна та санаторно-курортна.

Амбулаторно-поліклінічна допомога надається особам, які потребують періодичного медичного спостереження, лікування на догоспітальному етапі та проведення профілактичних заходів. Її отримують при звертанні безпосередньо в амбулаторно-поліклінічному закладі чи вдома.

Швидка медична допомога – це медична допомога хворим при раптових захворюваннях з тяжким перебігом і постраждалим

від нещасних випадків. Вона надається закладами швидкої та екстреної медичної допомоги в максимально можливому обсязі за місцем виклику, під час транспортування та госпіталізації.

Стационарна допомога надається хворим, які потребують постійного медичного нагляду, застосування складних методів обстеження та інтенсивного лікування, а також оперативних втручань, що не можуть бути виконані в амбулаторних умовах.

Організація лікувально-профілактичної допомоги ґрунтується на таких *принципах*:

- єдність лікувальної та профілактичної допомоги;
- безкоштовність надання всім громадянам гарантованого рівня первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), обсяг якої за діючим законодавством має встановлюватися Кабінетом Міністрів України;
- послідовність амбулаторної та стаціонарної допомоги;
- етапність спеціалізованого медичного забезпечення;
- дільнично-територіальний;
- спеціалізація та інтеграція лікувальної допомоги;
- переважне обслуговування окремих соціально значущих груп населення.

Дільнично-територіальний принцип в умовах переходу до страхової медицини та при її впровадженні може дещо трансформуватись, оскільки головною особою в медичному забезпеченні населення має бути сімейний лікар (загальної практики).

Лікувально-профілактична допомога здійснюється:

- лікувально-профілактичними акредитованими закладами;
- службою швидкої медичної допомоги;
- окремими медичними працівниками, які мають ліцензію.

В наданні лікувально-профілактичної допомоги населенню України беруть участь медичні заклади різних рівнів:

- медичні заклади сільських адміністративних районів – центральні районні лікарні та районні лікарні, районні та міжрайонні диспансери, дільничні лікарні, лікарські амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти;
- міський рівень – лікарні, диспансери, консультативно-діагностичні та медичні центри;

- обласний рівень – обласні лікарні та диспансери, міжобласні та обласні спеціалізовані центри;

- державний рівень – спеціалізовані медичні центри, клініки науково-дослідних інститутів і вищих навчальних закладів.

Згідно з Основами законодавства України про охорону здоров'я (1992 р.) розрізняють первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу.

Первинна лікувально-профілактична допомога як основна частина медико-санітарної допомоги, передбачає консультацію лікаря загальної практики (сімейного), діагностику та лікування основних найбільш поширених захворювань, направлення пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних заходів.

Вторинна (спеціалізована) допомога передбачає кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику та лікування лікарями-спеціалістами.

Третинна (високоспеціалізована) допомога надається лікарями (або їх групами), які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики та лікування захворювань, а також захворювань, що рідко зустрічаються.

В діючій системі охорони здоров'я первинна та вторинна лікувально-профілактична допомога надається в амбулаторіях, сільських дільничних лікарнях, поліклініках, міських і центральних районних лікарнях.

Третинну допомогу забезпечують спеціалізовані та багатопрофільні лікарні (обласні, центральні міські), діагностичні та медичні центри, диспансери.

Ефективність усіх перелічених видів лікувально-профілактичної допомоги залежить значною мірою від професіоналізму та кваліфікації всього медичного персоналу, в т.ч. середнього.

Середні медичні працівники, які працюють у закладах, що надають різну за обсягом медичну допомогу, повинні мати відповідну медичну освіту, постійно підвищувати свою кваліфікацію з метою оволодіння відповідними знаннями та навичками.

Вимоги до цих працівників постійно зростають у зв'язку з ускладненням і появою нових медичних технологій.

Однією з обов'язкових умов, що забезпечують належну якість медичної допомоги, є проведення *ліцензування та акредитації* лікувально-профілактичних закладів.

Ліцензуванню підлягають:

- усі лікувально-профілактичні заклади незалежно від форм власності;
- особи, що займаються індивідуальною медичною діяльністю;
- особи, які одержали дипломи цілителя та мають намір займатись народною медициною.

В Україні проводиться державна *акредитація закладів охорони здоров'я* для суттєвого підвищення якості медичної допомоги населенню та підготовки до введення страхової медицини. Цей захід передбачає також приведення медичної мережі лікувально-профілактичних закладів у відповідність до наявних ресурсів охорони здоров'я.

Мета акредитації – офіційне визнання закладу на наявність у ньому умов для надання певного виду лікувально-профілактичної допомоги.

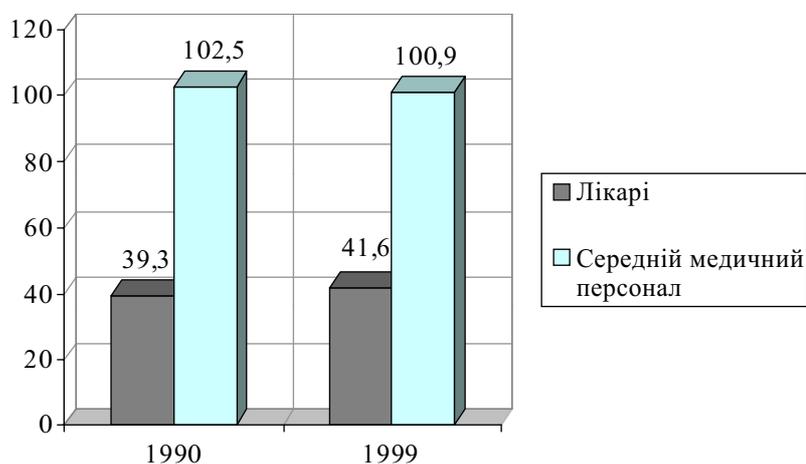
Акредитація закладів охорони здоров'я дозволяє визначити відповідність їх діяльності встановленим стандартам, нормам і правилам.

При проведенні акредитації оцінюється діяльність усіх підрозділів лікувально-профілактичного закладу, в тому числі якість медичної допомоги, яка залежить від ефективності роботи як лікарів, так і середнього медичного персоналу.

У системі охорони здоров'я працюють спеціалісти з вищою та середньою медичною освітою (мал. 1).

Слід зауважити, що співвідношення між лікарями та середнім медперсоналом протягом зазначеного часу майже не змінювалося (1:2,6 – в 1990 р., 1:2,4 – у 1999 р.). Воно значно відрізняється від прийнятого в багатьох країнах (1:5, 1:6). Забезпеченість лікарями досить значна, проте власне лікувальною роботою займається приблизно 70% усіх лікарів (27 на 10 тис. населення).

Штатні нормативи регламентуються відповідним наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. “Про тимчасові штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я”.



Мал. 1. Забезпеченість населення України лікарями та середнім медперсоналом, 1990-1999 рр. (на 10 тис. жителів).

Відповідно до спеціальностей середніх медичних працівників в закладах охорони здоров'я, для них передбачені такі посади, що увійшли до класифікатора професій ДК 003-95:

- Акушерка.
- Акушерка жіночої консультації.
- Акушерка стаціонару.
- Інструктор-дезінфектор.
- Інструктор із санітарної освіти.
- Інструктор з трудової терапії.
- Лаборант з бактеріології.
- Лаборант з імунології.
- Лаборант клініко-діагностичної лабораторії.
- Лаборант (медицина).
- Лаборант з патологоанатомічних досліджень.
- Лаборант санітарно-гігієнічної лабораторії.
- Лаборант судово-медичної лабораторії.
- Лаборант (фармація).
- Лікар зубний.
- Оптометрист.
- Помічник лікаря-епідеміолога.

Помічник лікаря-стоматолога.
Рентгенолаборант.
Сестра медична.
Сестра медична-анестезист.
Сестра медична дитячої поліклініки.
Сестра медична дитячого стаціонару.
Сестра медична з дієтичного харчування.
Сестра медична з косметичних процедур.
Сестра медична з лікувальної фізкультури.
Сестра медична з масажу.
Сестра медична операційна.
Сестра медична патронажна.
Сестра медична поліклініки.
Сестра медична станції (відділення) швидкої та невідкладної медичної допомоги.
Сестра медична старша.
Сестра медична стаціонару.
Сестра медична зі стоматології.
Сестра медична з фізіотерапії.
Сестра медична з функціональної діагностики.
Статистик медичний.
Технік зубний.
Технік протезист-гіпсовиливальник.
Фармацевт.
Фельдшер.
Фельдшер-лаборант.
Фельдшер санітарний.
Фельдшер із санітарної освіти.
Фельдшер станції (відділення) швидкої та невідкладної медичної допомоги.

На сучасному етапі основний обсяг лікувально-профілактичної допомоги населенню України надається *в лікарнях*.

Якщо в лікарні надається тільки стаціонарна допомога, тоді вона є закладом для постійного перебування пацієнтів з травмою, тим чи іншим захворюванням або підозрою на нього, в якому забезпечується короткочасне чи довготривале лікарське обслуговування,

а саме – спостереження, встановлення діагнозу, лікування та відновлення працездатності.

Спеціалізована лікарня – це заклад для надання стаціонарної допомоги хворим з однією певною патологією.

Багатопрофільна лікарня – це заклад, який забезпечує стаціонарною допомогою хворих з різними патологічними станами.

За діючою номенклатурою лікарні розрізняються за адміністративно-територіальним поділом (міські, районні, обласні), за профілем (багатопрофільні та спеціалізовані), за належністю до певного відомства (на водному транспорті – центральна басейнова, басейнова, портова; на залізничному транспорті – центральна дорожня, вузлова, лінійна), за категорією, що визначається кількістю лікарняних ліжок.

До *посадових осіб*, що беруть участь в управлінні лікарнею в містах, відносяться:

- головний лікар;
- завідувач поліклініки (у кожній поліклініці з кількістю лікарських посад до 20);
- заступник головного лікаря з поліклінічного розділу роботи (при наявності понад 20 посад лікарів амбулаторного прийому замість посади завідувача поліклініки);
- заступник головного лікаря з медичної частини (при наявності не менше 300 ліжок у стаціонарі та не менше 40 лікарських посад у самостійній поліклініці);
- заступник головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності (при числі посад лікарів амбулаторного прийому не менше 25);
- заступник головного лікаря з акушерсько-гінекологічної допомоги (в лікарні, яка має понад 100 ліжок цього профілю замість посади завідувача відділення);
- заступник головного лікаря з хірургічної допомоги (в лікарні на 800 і більше ліжок, яка має не менше 300 ліжок хірургічного профілю; якщо в лікарні немає заступника з акушерсько-гінекологічної допомоги, то акушерські та гінекологічні ліжка відносять до хірургічних);
- заступник головного лікаря з економічних питань (1 посада на 110 і більше ліжок).

До посадових осіб відносяться також:

- завідувач господарства;
- старша медична сестра лікарні чи поліклініки (в самостійних поліклініках з числом лікарських посад не менше 30).

Старша медична сестра лікарні безпосередньо підпорядкована головному лікарю та його заступникові з медичної частини. Вона організовує та контролює роботу середнього та молодшого медичного персоналу, за допомогою лікарів здійснює заходи щодо підвищення його кваліфікації, очолює Раду медичних сестер лікарні, контролює правильність обліку, розподілу та зберігання медикаментів, перев'язувального матеріалу.

Лікувально-профілактична допомога надається також у *самостійних поліклініках*, мережа яких поступово зростає. Тенденція до подальшого збільшення останніх зберігається, що пов'язано з підвищенням ролі позалікарняної допомоги в умовах реорганізації фінансування охорони здоров'я.

Контрольні питання

1. Види лікувально-профілактичної допомоги.
2. Організаційні принципи надання лікувально-профілактичної допомоги.
3. Лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) різних рівнів.
4. Участь різних ЛПЗ у наданні первинної, вторинної та третинної медичної допомоги.
5. Значення ліцензування та акредитації.
6. Посадові особи, які беруть участь в управлінні ЛПЗ.
7. Роль старшої медичної сестри в організації роботи лікарні.

4.2. Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги міському населенню

Цей вид допомоги, як найбільш масовий та соціально значущий, займає провідне місце в медичному забезпеченні населення. Амбулаторно-поліклінічна допомога надається переважно в амбулаторіях і поліклініках.

Амбулаторія – заклад, який надає медичну допомогу хворим з однієї або кількох основних лікарських спеціальностей.

У *поліклініці* надається допомога з багатьох спеціальностей.

Як у амбулаторіях, так і в поліклініках здійснюється лікування хворих при звертанні в ці заклади, а також проводиться профілактична робота. Крім того, вони надають медичну допомогу хворим і вдома.

Поліклініка відрізняється від амбулаторії обсягом і рівнем лікувально-профілактичної допомоги, в останній її забезпечують лікарі основних 4-5-и спеціальностей. В амбулаторіях можуть також надавати допомогу тільки сімейні лікарі (лікарі загальної практики).

Основні завдання міської поліклініки:

- надання первинної та спеціалізованої кваліфікованої медичної допомоги амбулаторно та вдома;
- проведення диспансерного спостереження за різними контингентами;
- проведення лікарської експертизи працездатності;
- організація та проведення профілактичних заходів, включаючи і протиепідемічні;
- медико-гігієнічне виховання населення;
- вивчення показників здоров'я населення.

До складу поліклініки входять різні підрозділи (мал. 2)

Основні розділи роботи поліклініки:

- профілактична, включно з протиепідемічними заходами;
- лікувально-діагностична;
- організаційно-методична.

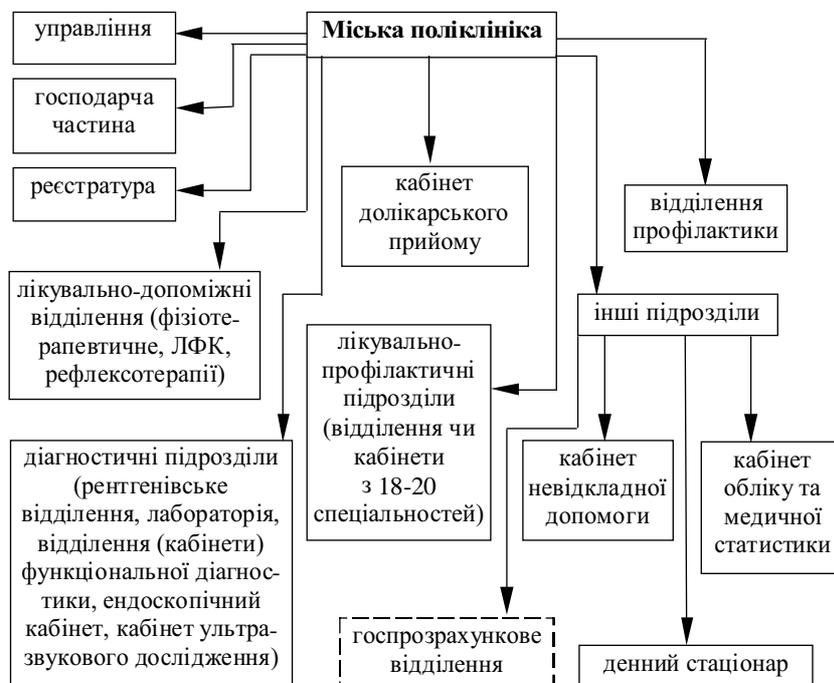
До *профілактичних заходів* відносяться як суто профілактичні (первинні), так і потенційно-профілактичні (вторинні).

Первинні заходи:

- щеплення;
- гігієнічне виховання населення;
- диспансерне спостереження за здоровими та особами з факторами ризику;
- санітарно-протиепідемічні заходи.

Вторинні заходи:

- своєчасне виявлення інфекційних захворювань і повідомлення про інфекційного хворого в санітарно-епідеміологічну станцію;



Мал. 2. Структура міської поліклініки.

- організація ізоляції хворих, спостереження за контактними та одужуючими;

- організація поточної дезінфекції.

Лікувально-діагностична робота включає:

- раннє виявлення захворювань та повноцінне своєчасне обстеження хворих;

- лікування хворих в поліклініках і вдома, в тому числі в стаціонарах удома із застосуванням відповідного комплексу методів відновлювального лікування;

- надання невідкладної медичної допомоги при раптовому порушенні стану здоров'я хворого;

- обстеження, відбір і направлення хворих на госпіталізацію;

- відбір і обстеження хворих для санаторно-курортного лікування;

- проведення експертизи тимчасової втрати працездатності;
- відбір і направлення хворих з ознаками стійкої втрати працездатності до медико-соціальних експертних комісій.

Організаційно-методична робота включає:

- аналіз стану здоров'я населення;
- оцінку діяльності поліклініки, її підрозділів і персоналу;
- впровадження в практику нових ефективних методів і засобів профілактики, діагностики, лікування, а також організаційних форм і методів роботи;
- організацію та забезпечення підвищення кваліфікації медичного персоналу (направлення на післядипломну підготовку та стажування в стаціонарах, проведення науково-практичних конференцій і семінарів).

Для виконання різнопланових завдань у поліклініці згідно з наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. передбачені численні посади лікарів, середніх і молодших медичних працівників.

Встановлюються такі посади середнього медичного персоналу:

- 1,5 посади дільничних медичних сестер на кожну посаду лікаря-терапевта дільничного;
- 1 посада на кожну посаду лікарів лікарських кабінетів (за винятком хірурга, ортопеда-травматолога, на кожну посаду яких передбачені 2 посади медичних сестер);
- 1 посада медичних сестер процедурного кабінету в зміну на 10 посад лікарів, які ведуть амбулаторний прийом;
- 1 посада медичних сестер з фізіотерапії на 15 тис. умовних фізіотерапевтичних одиниць на рік;
- 1 посада акушерки оглядових кабінетів на 30 тис. дорослого міського населення, але не менше 1 посади в зміну на поліклініку.

Ефективність діяльності поліклініки залежить від правильної організації роботи всіх її підрозділів і медичного персоналу. Це стосується насамперед розробки оптимальних графіків роботи, регулювання потоку відвідувачів, чим займаються безпосередньо керівні посадові особи, а також реєстратура, долікарський кабінет і самі лікарі.

Завдання реєстратури:

- довідково-інформаційне забезпечення;

- попередній та невідкладний запис на прийом і викликів додому – телефонних та за безпосередніми заявками пацієнтів;
- регулювання інтенсивності потоку людей (направлення при потребі до долікарського кабінету, до відділення профілактики тощо) з метою створення рівномірного навантаження лікарів;
- оформлення та зберігання медичної документації;
- своєчасний підбір і доставка до лікарських кабінетів медичної документації, зокрема карт амбулаторних хворих (якщо вони зберігаються в поліклініці, а не у жителів).

Безпосередні обов'язки кожного з реєстраторів визначає завідувач реєстратури. На цю посаду призначають досвідчену медичну сестру. Посади медичних реєстраторів устанавлюються з розрахунку однієї на 10 лікарів, які ведуть амбулаторний прийом.

У значній більшості випадків населення звертається насамперед до дільничного лікаря, який надає амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню за дільнично-територіальним принципом. *Суть* його полягає в спостереженні за закріпленими контингентами територіальної дільниці, наданні їм кваліфікованої лікарської допомоги.

Дільничний терапевт насамперед забезпечує первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД), проте його функції у її наданні звужені порівняно з тими, що має виконувати сімейний лікар (лікар загальної практики), який надає пацієнтам різнопрофільну лікувально-профілактичну допомогу та допомагає їм у вирішенні медичних і соціальних проблем.

Дільничний терапевт проводить прийом хворих у поліклініці, відвідує їх удома за викликами чи з власної ініціативи, забезпечує диспансерне спостереження за контингентами, що його потребують, здійснює експертизу працездатності.

До обов'язків дільничного терапевта входить також організація, в разі необхідності, своєчасної госпіталізації хворих після всебічного обстеження їх у поліклініці.

Якщо хворому потрібна консультація завідувача відділення чи інших лікарів-спеціалістів, то терапевт повинен її призначити та зробити все необхідне для своєчасного проведення.

Значне місце в роботі дільничного терапевта займає профілактична робота (профілактичні огляди, диспансеризація окремих груп населення, гігієнічне виховання тощо).

Безпосереднім помічником дільничного терапевта є *дільнична медична сестра*. Вона допомагає лікарю під час амбулаторного прийому – готує робоче місце, перевіряє наявність необхідної документації та надходжень медичних карток амбулаторного хворого з реєстратури (якщо ці документи зберігаються в картотеці поліклініки), при потребі вимірює артеріальний тиск, проводить термометрію, пояснює хворим порядок підготовки до лабораторних та інструментальних досліджень тощо. Медсестра також заповнює під контролем лікаря облікову медичну документацію (статистичні талони для реєстрації заключного діагнозу чи талони амбулаторного пацієнта, екстрені повідомлення про інфекційне захворювання, довідки про тимчасову непрацездатність), виписує направлення на діагностичні обстеження.

Дільнична медична сестра виконує призначені лікарем медичні маніпуляції, інформує лікаря про виконання діагностичних і лікувальних процедур хворими, що лікуються вдома, запрошує диспансерних хворих на прийом до лікаря. При цьому вона видає направлення на діагностичні дослідження цим хворим.

Складні та відповідальні функції дільничної служби потребують планування та координації її взаємодії з різними підрозділами поліклініки. Цю роботу забезпечує *завідувач терапевтичного відділення*.

Важливим структурним підрозділом поліклініки є *відділення профілактики*.

Його основні завдання:

- проведення профілактичних медичних оглядів з метою раннього виявлення хворих і осіб з високим ризиком захворювань;
- організація, облік і контроль за проведенням диспансеризації;
- участь у розробці заходів первинної і вторинної профілактики;
- медико-гігієнічне навчання та виховання населення.

У цьому відділенні на постійній основі працює переважно середній медичний персонал. Керує його роботою завідувач відділення – лікар-терапевт, посада якого встановлюється в поліклініці, яка обслуговує 30 тисяч і більше дорослого населення (замість 0,5 посади лікаря).

Якщо на базі поліклініки розміщена жіноча консультація, тоді профілактичні огляди жінок забезпечує вона. В іншому випадку в структурі поліклініки є *оглядовий кабінет*, для роботи в якому виділяється одна посада акушерки в зміну на 30 тисяч дорослого міського населення. Вона має бути підготовлена за фахом з онкології, гінекології та проктології.

Основні завдання акушерки цього кабінету:

- проведення оглядів жінок за їх згодою (незалежно від віку та хвороби), що вперше протягом року звернулися до поліклініки, з метою раннього виявлення передпухлинних захворювань і злоякісних новоутворень жіночих статевих органів і молочних залоз;
- обов'язкове взяття мазків з піхви та цервікального каналу, відправлення їх до цитологічної лабораторії;
- направлення осіб з виявленою патологією до відповідних спеціалістів;
- заповнення відповідної облікової документації;
- збирання акушерсько-гінекологічного анамнезу.

У складі відділення профілактики може діяти як структурна одиниця *чоловічий оглядовий кабінет*. У ньому працює фельдшер, підготовлений за фахом з онкології, урології та проктології.

Метою створення такого кабінету як і оглядового жіночого є виявлення передпухлинних захворювань і новоутворень.

Діяльність відділення профілактики сприяє реалізації *диспансерного методу*, сутністю якого є:

- активне виявлення контингентів, які підлягають диспансеризації, та взяття їх на облік;
- повне комплексне обстеження осіб, які цього потребують;
- активне лікування;
- динамічне спостереження за станом здоров'я;
- надання рекомендацій щодо працевлаштування;
- розробка та проведення заходів профілактики захворювань і запобігання ускладненням.

Контингенти диспансеризованих поділяються на 2 групи: перша – здорові та особи з факторами ризику, друга – хворі.

Відбір осіб для диспансерного спостереження проводиться як за медичними, так і соціальними показаннями.

До контингентів дорослого населення, що підлягають диспансерному спостереженню за *медичними показаннями*, відносяться:

- особи, що мають фактори ризику;
- хворі на окремі хронічні захворювання;
- часто та тривало хворіючі.

За *соціальними показаннями* диспансерному спостереженню підлягають:

- працюючі в шкідливих і небезпечних умовах праці;
- працівники харчових, комунальних і дитячих закладів;
- вчителі загальноосвітніх шкіл;
- особи з факторами ризику соціального характеру.

В лікувально-профілактичних закладах проводяться цільові, попередні та періодичні медичні огляди.

Цільові медичні огляди проводяться для виявлення деяких захворювань на ранніх стадіях (туберкульозу, новоутворень тощо).

Попередні медичні огляди проводяться з метою обстеження певних контингентів при прийомі на роботу, навчання.

Відповідно до статті 31 Основ законодавства України про охорону здоров'я (1992 рік) Кабінет Міністрів України Постановою № 532 від 5 серпня 1994 року затвердив перелік категорій населення, які щороку проходять *обов'язкові медичні огляди за рахунок бюджетних коштів*:

- підлітки віком 15-17 років;
- учні системи профтехосвіти;
- студенти вищих навчальних закладів;
- ветерани війни; особи, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною;
- ветерани праці; особи, які мають особливі трудові заслуги перед Батьківщиною;
- особи, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Стосовно літніх людей передбачено забезпечити в поліклініках їх щорічний медичний огляд для своєчасного лікування, профілактики хронічних захворювань і виявлення осіб, які потребують медико-соціальної допомоги. Для надання цієї допомоги планується створення при поліклініках спеціальних медико-соціальних відділень. Передбачене створення клініко-діагностичного центру "Здоров'я

літніх людей” Академії медичних наук України відповідно до Програми “Здоров’я літніх людей” (1998 р.)

В поліклініці проводиться реабілітація хворих і тих, що одужують. В її проведенні в переважній більшості випадків задіяна система первинної медико-санітарної допомоги.

До методів медичної реабілітації відносять:

- лікувальну фізкультуру;
- фізіотерапію;
- психотерапію;
- механотерапію;
- трудотерапію.

Поліклініка разом із санітарно-епідеміологічною станцією (СЕС) проводить комплекс протиепідемічних заходів, у здійсненні яких беруть участь усі лікувально-діагностичні підрозділи і насамперед дільнична служба.

Для надання невідкладної допомоги хворим вдома та при звертаннях до поліклініки з 20-ої до 8-ої години, а також у вихідні дні в поліклініках працюють *пункти (відділення) невідкладної медичної допомоги*.

У цьому підрозділі працює лікар-терапевт, який надає медичну допомогу хворим. Йому допомагає фельдшер або медична сестра, до функцій яких відносяться:

- прийом і реєстрація телефонних викликів і звертань пацієнтів, передача викликів лікарям поліклініки;
- надання хворим при самозверненні долікарської медичної допомоги в разі відсутності лікаря;
- передача виклику при необхідності на станцію швидкої медичної допомоги;
- телефонна передача в СЕС екстреного повідомлення про інфекційне захворювання, даних у реєстратуру поліклініки про важко хворих для активного спостереження за ними лікарями дільниць (сімейними);
- підготовка необхідних матеріалів та інструментів.

Працівники даного підрозділу забезпечують надання медичної допомоги хворим за їх викликами, а також у випадках передачі

викликів станцією швидкої медичної допомоги. Крім того, частина виїздів пов'язана з виконанням призначених медичних процедур.

Доцільним і можливим є також перенесення окремих видів лікувально-профілактичної допомоги зі стаціонарів до закладів первинної медико-санітарної допомоги. Цьому сприяє створення організаційних форм *стаціонарозамінюючої медичної допомоги*, до яких відносяться:

- денні стаціонари в поліклініках;
- домашні стаціонари;
- лікарняні стаціонари (відділення, палати) денного перебування.

В *денний стаціонар* направляють хворих, здатних до активного пересування, при відсутності протипоказань для лікування в поза-лікарняних умовах і потреби суворого постільного режиму. В денних стаціонарах можна лікувати хворих у випадках:

- прийому деяких медикаментів, що потребує спостереження за станом пацієнта протягом певного часу;
- при внутрішньовенному крапельному введенні ліків;
- при підготовці хворого до складних діагностичних обстежень;
- при потребі в наданні невідкладної допомоги з приводу раптового погіршення стану під час перебування в поліклініці.

Така форма надання медичної допомоги як домашні стаціонари потребує подальшого удосконалення. Для їх повноцінного функціонування слід забезпечити хворому кваліфікований сестринський догляд, необхідні дослідження, належні методи та методики лікування, соціальну підтримку, корекцію харчування тощо.

В разі погіршення стану здоров'я пацієнтів при лікуванні в домашніх чи денних стаціонарах їх терміново госпіталізують у стаціонарні відділення лікарні.

При лікуванні в денних і домашніх стаціонарах слід використовувати всі можливості лікувально-діагностичних підрозділів відповідного закладу.

Досвідчені медичні сестри працюють у кабінеті *долікарського прийому*. Вони проводять антропометричні вимірювання, вимірюють артеріальний тиск, температуру тіла, видають направлення на обстеження, заповнюють паспортну частину посильного листка до медико-соціальної експертної комісії та санаторно-курортної карти,

можуть вирішувати питання про терміновість направлення хворого до лікаря.

В умовах медичного районування, притаманного великим містам, сучасні поліклініки надають багатопрофільну *спеціалізовану медичну допомогу*, обсяг якої залежить від їх потужності, розподілу спеціалізованих відділень і спеціалістів.

В медичному забезпеченні населення важлива роль належить *лікувально-допоміжним та діагностичним підрозділам*: фізіотерапевтичному відділенню, ЛФК, клініко-діагностичній лабораторії, рентгенівському відділенню (кабінету), кабінету функціональної діагностики, ендоскопічному кабінету.

Їх діяльність суттєво впливає на якість діагностики та лікування. Обсяг виконуваної ними роботи досить значний, у зв'язку з розвитком медичних технологій він постійно збільшується.

Ці підрозділи укомплектовуються лікарями та відповідним середнім медичним персоналом.

Середній та молодший медичний персонал у своїй роботі керується вказівками відповідних лікарів, безпосередньо підпорядкований *старшій медичній сестрі поліклініки*, до основних завдань якої відноситься:

- раціональна організація праці середнього та молодшого медичного персоналу;
- забезпечення своєчасного виконання лікування, призначеного хворим у поліклініці та вдома.

Ця посадова особа складає графіки роботи середнього та молодшого медичного персоналу, інструктує їх при прийомі на роботу стосовно охорони праці та техніки безпеки, ознайомлює їх із посадовими інструкціями, правилами внутрішнього трудового розпорядку та контролює виконання цих інструкцій і правил.

Старша медична сестра відповідає за своєчасне заміщення медичних сестер і санітарок, які з якоїсь причини не вийшли на роботу, здійснює систематичний контроль за своєчасним і кваліфікованим виконанням лікувальних і діагностичних призначень лікарів стосовно хворих як у поліклініці, так і вдома, відповідає за санітарно-гігієнічний стан поліклініки та проведення необхідних протиепідемічних заходів.

Вона повинна забезпечити своєчасне виписування, облік, розподіл і використання медичного інструментарію, медикаментів, перев'язувального матеріалу, бланків спеціального обліку (листоків непрацездатності, лікарських свідоцтв про смерть, бланків рецептів із пільговою платнею, на наркотичні засоби).

Старша медична сестра безпосередньо забезпечує чітку роботу реєстратури, процедурного та інших кабінетів, де працює тільки середній медичний персонал.

Вона здійснює контроль за придатністю та збереженням медичної апаратури та обладнання, своєчасністю їх ремонту та списання.

Відповідно до цих численних і важливих обов'язків *старша медична сестра має право:*

- брати участь у вирішенні питань прийому на роботу та звільнення середніх і молодших медичних працівників;
- представляти цей персонал до заохочення чи накладання дисциплінарних стягнень;
- контролювати його діяльність;
- здійснювати тимчасове переміщення середніх і молодших медичних працівників із наступним інформуванням керівництва поліклініки.

Разом із керівництвом поліклініки *старша медична сестра* розробляє та проводить заходи з підвищення кваліфікації середніх медичних працівників. До цих заходів відносяться:

- проведення сестринських конференцій;
- забезпечення засвоєння суміжних спеціальностей;
- направлення на курси підвищення кваліфікації.

Старша медична сестра керує роботою Ради медичних сестер.

Контрольні питання

1. Завдання міської поліклініки.
2. Структура міської поліклініки
3. Завдання реєстратури.
4. Дільничний принцип обслуговування, обов'язки дільничного терапевта.
5. Обов'язки дільничної медичної сестри, її роль у медичному забезпеченні населення дільниці.

6. Завдання жіночого та чоловічого оглядового кабінетів, функції середніх медичних працівників цих кабінетів.
7. Сутність диспансерного методу.
8. Методи відбору контингентів для диспансерного спостереження, види медичних оглядів.
9. Призначення пункту невідкладної допомоги, функції середніх медичних працівників цього підрозділу.
10. Організаційні форми стаціонарозамінюючої допомоги, їх значення, роль середнього медичного персоналу в їх діяльності.
11. Завдання кабінету долікарського прийому, функції медичної сестри цього підрозділу.
12. Функції, обов'язки та права старшої медичної сестри поліклініки.

4.3. Організація стаціонарної допомоги міському населенню

В організації медичної допомоги міському населенню важливе місце займає стаціонарна допомога. В стаціонарах лікується лише 20% пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою, проте це, як правило, хворі з важким перебігом захворювань.

Стаціонарна допомога надається в різних лікарняних закладах, провідна роль серед них належить лікарням. У міських лікарнях розміщена чверть всього ліжкового фонду країни.

Показання для направлення пацієнта до цілодобового стаціонару:

- наявність невідкладних або екстрених показань;
- застосування інтенсивних методів лікування;
- необхідність проведення складних досліджень;
- соціально-побутові умови пацієнта.

Значна частина міських стаціонарів об'єднана з поліклініками, проте на сучасному етапі в умовах децентралізації управління охороною здоров'я функціонують також лікарні, в яких надається тільки стаціонарна допомога.

Основні завдання стаціонару:

- надання спеціалізованої цілодобової стаціонарної допомоги в достатньому обсязі;

- апробація та впровадження сучасних методів діагностики, лікування, профілактики;
- комплексне відновлювальне лікування;
- експертиза працездатності;
- гігієнічне виховання населення.

Кількість ліжок на 1 посаду лікаря за профілем відділень різна – від 12 (гематологія) до 40 (туберкульозне для хворих на кістково-суглобовий туберкульоз).

Посади середнього медичного персоналу залежать від кількості ліжок і системи обслуговування хворих (дво- чи триступеневої).

При триступеневій системі задіяні лікар, середній і молодший медичний персонал, а при двоступеневій – лікар і середній медичний персонал.

Цілодобовий пост медичних сестер (палатних) встановлюється на різну кількість ліжок: мінімальна – 10 ліжок при 3-ступеневій та 8 ліжок при 2-ступеневій у інфекційному боксованому та для хворих на нейроінфекції відділеннях.

У багатьох відділеннях (неврологічному, терапевтичному, кардіологічному) один цілодобовий пост при триступеневій системі обслуговування хворих передбачений на 25 ліжок, а при двоступеневій – на 20 ліжок.

На дещо більшу кількість ліжок передбачений один цілодобовий пост у хірургічному, офтальмологічному, отоларингологічному, гінекологічному відділеннях (на 30 і 25 ліжок при відповідній системі обслуговування хворих).

Крім палатних, встановлюють такі посади медсестер:

- медична сестра для організації індивідуального догляду за важкохворими;
- операційна;
- перев'язувальна;
- з дієтичного харчування;
- процедурного кабінету;
- з фізіотерапії, масажу та інші.

Встановлюють посади:

- старших медичних сестер відділень з розрахунку на відповідну кількість посад лікарів-завідувачів відділень;

- старшої операційної медичної сестри при наявності не менше 3 посад операційних і перев'язувальних сестер замість однієї з них;
- старшої медичної сестри фізіотерапевтичного відділення (кабінету) при наявності в лікарні не менше 5 таких посад з фізіотерапії та масажу (замість однієї з них).

Встановлюють також *посади молодшого медичного персоналу*: сестер для догляду хворих і палатних при триступеневій; прибиральниць (палатних) при двоступеневій системах обслуговування, а також сестер банних, процедурного кабінету, лабораторій тощо.

Приймальне відділення може бути централізованим, тобто єдиним для всього стаціонару, та децентралізованим. Централізоване забезпечує розподіл хворих по всій лікарні, децентралізовані – по окремих відділеннях (інфекційному, акушерському, гінекологічному тощо).

Основні завдання приймального відділення:

- реєстрація хворих, що поступають до стаціонару та виписуються, заповнення паспортної частини медичної карти стаціонарного хворого;
- встановлення (уточнення) діагнозу;
- обґрунтування госпіталізації;
- надання при потребі невідкладної допомоги;
- санітарна обробка;
- взяття матеріалу для лабораторних досліджень, експрес-діагностика, рентгено- та функціональні дослідження;
- визначення профілю спеціалізованого відділення та направлення до нього;
- реєстрація відмов у госпіталізації з визначенням причини;
- надання довідкової інформації про госпіталізованих хворих.

У міських багатопрофільних лікарнях можуть бути розгорнуті різні *спеціалізовані відділення* (7-12 профілів), що залежить від потужності лікарні, наявності в місті інших лікарень, від розподілу відділень, наприклад, між міською та центральною районною лікарнями.

До складу багатопрофільних лікарень входять такі спеціалізовані відділення: терапевтичні, кардіологічні, хірургічні, травматологічні, оториноларингологічні, офтальмологічні, інфекційні тощо.

Стационарне лікувальне відділення складається з палат і різних приміщень медичного та господарчого призначення (операційний блок, перев'язувальна, маніпуляційний кабінет, ординаторська, кабінети завідувача відділення та старшої медичної сестри, допоміжні приміщення тощо). Палати переважно розраховані на 2-4 ліжка. В інфекційних лікарнях для забезпечення ізоляції хворих передбачені бокси.

Структура відділень залежить від специфіки лікувального процесу.

У лікарнях можуть діяти *відділення (палати) денного перебування* хворих з гострими та хронічними захворюваннями, стан здоров'я яких не потребує цілодобової госпіталізації.

Стационарного лікування, спостереження потребують також пацієнти, стан здоров'я яких не загрожує життю, але потребує проведення протирецидивних курсів, підпримуючої терапії. Для цього створюють *відділення сестринського догляду* для надання медичної допомоги хронічним хворим і особам похилого віку в умовах лікарняного стаціонару, організованого за наказом управліннь охорони здоров'я.

Основні завдання відділення сестринського догляду:

- догляд, проведення побутової реабілітації та необхідної підтримуючої терапії при довготривалому перебігу хвороби, зокрема хворим похилого віку, переважно самотнім, а також при інкурабельній патології;

- лікування згідно з вимогами медико-технологічних стандартів;
- безперервне лікування хворих, направлених поліклінікою;
- експертиза непрацездатності працюючого населення;
- відновлення працездатності.

При потребі в разі погіршення стану хворих переводять в спеціалізовані відділення. Створюються також лікарні для хворих на термінальній стадії (хоспіси) переважно в обласних центрах, містах Києві та Севастополі. Їх створення передбачено Програмою "Здоров'я літніх людей".

Для надання спеціалізованої медичної допомоги при окремих захворюваннях створюється мережа самостійних спеціалізованих закладів-диспансерів.

Диспансер – це заклад, в якому надається амбулаторна та стаціонарна допомога при певних захворюваннях (туберкульоз,

венеричні хвороби, психічні, ендокринні захворювання тощо), а також постраждалим від Чорнобильської аварії.

Диспансери поділяються на районні, міські та обласні.

До складу диспансеру входять поліклініка (диспансерне відділення) та стаціонар.

Лікування хворих проводиться лікарями диспансерів, а також працівниками інших лікувально-профілактичних закладів (поліклінік, стаціонарів різних типів лікарень, санаторно-курортних закладів тощо).

Патронажна робота проводиться патронажними та дільничними сестрами під контролем лікаря.

Вона включає:

- вивчення умов життя та праці хворого;
- гігієнічне виховання хворого та членів сім'ї, навчання методам індивідуальної профілактики;
- контроль за виконанням режиму та забезпечення систематичного відвідування диспансеру;
- сприяння хворому в працевлаштуванні, отриманні різних видів соціальної допомоги.

Роль різних лікувально-профілактичних закладів у наданні спеціалізованої стаціонарної допомоги різна як за обсягом, так і за рівнем, що залежить, крім іншого, від типу відповідного закладу.

Головними посадовими особами в штатній структурі стаціонарного відділення є його завідувач, лікарі-ординатори, старша сестра, медичні сестри, сестра-господарка та молодший медичний персонал.

На посаду *завідувача* призначають найбільш кваліфікованого спеціаліста, який має значний досвід практичної роботи. Він здійснює безпосереднє керівництво діяльністю відділення, контролює лікувально-діагностичну роботу підрозділу.

Спостереження за станом хворих, їх лікування здійснює *лікар-ординатор*. За орієнтовними нормативами на одну посаду ординатора в більшості відділень припадає в середньому 25 ліжок.

Лікар-ординатор у першу чергу оглядає хворих, що поступили, проводить і призначає потрібні діагностичні обстеження, складає план лікування та забезпечує його виконання.

Старшій медичній сестрі відділення відводиться активна роль у організації роботи підпорядкованих їй медичних сестер і молодшого медичного персоналу. Ця посада вимагає досвіду та високої кваліфікації. Старша медична сестра забезпечує складання графіків роботи середнього та молодшого персоналу, своєчасне заміщення працівників, які не вийшли на роботу, здійснює систематичне поповнення відділення медичним інструментарієм, медикаментами, предметами догляду за хворим.

Старша медична сестра відповідає за дотримання санітарно-епідеміологічного режиму, за правильність зберігання та обліку сильнодіючих медикаментів.

Ця посадова особа складає відповідні документи на харчування хворих, контролює якість їжі та її роздачу, веде облік поступлення та виписки хворих і передає до приймального відділення відомості про наявність вільних ліжок.

Старша медична сестра контролює своєчасне та якісне виконання медичними сестрами призначень лікарів, збереження та стан медичного інструментарію, апаратури, виконання правил прийому та виписки хворих.

Безпосередній догляд хворих здійснюють *палатні сестри*, які беруть участь у обходах, спостерігають за станом здоров'я пацієнтів, виконують відповідні призначення лікаря.

Графіки їх роботи можуть бути дво- чи тризмінні. При розподілі часу передбачають дві денні зміни та одну нічну. Частіше практикують такий графік: одні медичні сестри працюють тільки в денні зміни щоденно, а інші, працюючи в нічні, чергуються.

У великих відділеннях є також посада *медичної сестри процедурного кабінету*, в хірургічних – *операційної та перев'язувальної медсестер*.

Для всіх них розроблені спеціальні стандарти, технології щодо організації та виконання робіт. Питаннями удосконалення їх професійної діяльності, підготовки та підвищення рівня знань, розробки вищевказаних стандартів, захистом інтересів займаються Асоціації та Ради медичних сестер.

Скеровує та контролює роботу середнього та молодшого медичного персоналу стаціонару *старша медична сестра*.

Вона організовує проведення заходів щодо раціональної організації роботи середнього та молодшого медичного персоналу відділень, допомагаючи старшим медичним сестрам відділень.

Старша медична сестра контролює складання та виконання графіків роботи середнього та молодшого персоналу підрозділів стаціонару, роботу цього персоналу з догляду та обслуговування хворих (проводячи регулярні обходи відділень).

Ця посадова особа забезпечує своєчасне виписування, правильність обліку, розподілу, використання, зберігання медикаментів і перев'язувального матеріалу, контролює виконання підпорядкованих їй персоналом правил внутрішнього розпорядку та дотримання правил безпеки праці, а також дотримання санітарно-гігієнічних і протиепідемічних норм і правил у підрозділах стаціонару.

Участь старшої медичної сестри в підвищенні кваліфікації середнього та молодшого медичного персоналу полягає в проведенні сестринських конференцій, у вивченні та обміні досвідом роботи середнього медичного персоналу відділень.

Старша медична сестра разом із завідувачами відділень розглядає випадки порушень трудової дисципліни середнім і молодшим медичним персоналом, а також вносить пропозиції про накладання відповідних стягнень.

На сучасному етапі зростає роль усіх середніх медичних працівників у організації лікувально-діагностичного процесу, підвищуються вимоги до рівня їх підготовки, удосконалюється система освіти. Це вплине на диференціацію їх посад, обов'язків і функцій.

Стаціонарна допомога поглинає значну частину коштів, виділених на фінансування охорони здоров'я. Це зобов'язує її менеджерів, всіх медичних працівників розробляти та запроваджувати заходи раціонального використання ліжкового фонду.

Вивчення досвіду роботи різних стаціонарів свідчить про наявність *резервів для покращання якості стаціонарної допомоги та ефективного використання ліжкового фонду*. Цьому сприяє усунення дефектів в організації амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги, а саме:

- обґрунтований відбір амбулаторно-поліклінічними закладами та стаціонарами хворих, своєчасна їх госпіталізація;

- організація системи госпіталізації хворих удома (домашні стаціонари);
 - розширення діапазону обстежень і лікування в амбулаторно-поліклінічних закладах, всебічна підготовка планових хворих до госпіталізації;
 - своєчасна організація консультацій у поліклініках і стаціонарах (використання консультативно-діагностичних центрів, організація диспетчерських служб у стаціонарах);
 - встановлення чітких взаємозв'язків між поліклініками (сімейними лікарями) та стаціонарами;
 - рівномірна, протягом тижня, госпіталізація та виписка хворих;
 - зведення до мінімуму в стаціонарах повторення досліджень, проведених перед госпіталізацією;
 - інтенсифікація діагностичного та лікувального процесів із застосуванням найефективніших методик;
 - своєчасна діагностика та лікування в стаціонарі основного і супровідних захворювань, ускладнень;
 - організація диференційованого стаціонарного лікування (з урахуванням стану здоров'я хворого, об'єму надання допомоги) та догляду (індивідуальні пости для важкохворих, відділення (палати) сестринського догляду);
 - впровадження комплексної системи контролю якості роботи стаціонару;
 - впровадження відповідних інформаційних технологій для своєчасного отримання інформації про роботу окремих структурних підрозділів і оперативне її використання;
 - уніфікація медичної документації, скорочення витрат часу лікарів і середнього медичного персоналу на її заповнення;
 - централізація окремих процесів (стерилізація інструментарію, окремих матеріалів, доставка до відділення медикаментів, білизни);
 - удосконалення управління лікарнею, налагодження постійного зв'язку з різними підрозділами та виконавцями.
- Враховуючи участь усіх підрозділів лікарні в єдиному процесі обстеження, лікування, догляду за хворими, особливо важливим є підвищення ефективності праці персоналу, пов'язане з виконанням функціональних обов'язків.

Результати стаціонарного лікування відчутно залежать від обґрунтованого вибору профілю відділення.

Рациональному використанню ліжкового фонду сприяє також організація денних стаціонарів у амбулаторно-поліклінічних закладах, стаціонарів домашніх і денного перебування.

Контрольні питання

1. Основні завдання стаціонару.
2. Формування штатів стаціонару, посади медичних сестер.
3. Завдання приймального відділення.
4. Структура лікувального відділення стаціонару.
5. Відділення сестринського догляду, його завдання.
6. Види диспансерів; зміст патронажної роботи середнього медичного персоналу цих закладів.
7. Завдання та функції старшої медичної сестри стаціонару.
8. Графіки роботи палатних медичних сестер, їх функції.
9. Завдання та функції старшої медичної сестри стаціонару.
10. Резерви покращання якості стаціонарної допомоги.

4.4. Організація первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини

Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах адаптації галузі до нових економічних відносин передбачає насамперед визначення місця та ролі ПМСД у всій медичній допомозі. Вона має забезпечити значний обсяг лікувально-профілактичної допомоги при суттєвому покращанні її якості.

ПМСД ґрунтується на засадах сімейної медицини, впровадження якої визначається низкою передумов. Насамперед, це потреба в економії коштів державних і пацієнта.

Слід зазначити також, що стрімкий розвиток спеціалізованої лікувальної допомоги, поряд із позитивним значенням, призвів до втрати відповідальності лікаря за хворого.

Сімейний лікар, працюючи тривалий час з постійними контингентами, може враховувати вплив на їх здоров'я різноманітних чинників, зокрема такого важливого як спосіб життя.

Він детально вивчає особистість, її сімейне та соціальне оточення, враховуючи медичні, психологічні та соціальні аспекти стану здоров'я.

Сімейний лікар, допомагаючи пацієнтам при захворюванні, у вирішенні певних проблем соціального плану, стає авторитетною людиною і до його порад прислухаються, він може впливати на різні сторони життя населення.

Сімейний лікар – це дипломований медичний працівник, який особисто надає первинну медико-санітарну та безперервну допомогу окремим хворим, сім'ям і населенню дільниці, незалежно від віку, статі та виду захворювання.

Він допомагає хворим у своєму кабінеті, за місцем проживання, іноді в лікарнях. Йому належить пріоритет у розв'язанні всіх проблем пацієнтів.

Сімейний лікар постійно наглядає за хворими з хронічними, рецидивними та невиліковними хворобами. Тривалий контакт з ними дозволяє відстежувати ситуацію, налагоджувати добрі стосунки, побудовані на довірі. Відповідальність за все населення базується на співпраці з колегами медичної і немедичної сфер.

Реформуючи первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейної медицини, Україна враховує світовий досвід і вивчає різні форми її організації.

Фактично в наданні ПМСД беруть участь численні лікувально-профілактичні заклади: самостійні поліклініки та амбулаторії (в тому числі амбулаторії сільських дільничних лікарень), поліклінічні відділення міських, центральних районних, районних лікарень, дитячі поліклініки, жіночі консультації, медико-санітарні частини, а також заклади долікарської допомоги (фельдшерські здоровпункти, фельдшерсько-акушерські та акушерські пункти). До них долучаються заклади швидкої медичної допомоги.

Здійснення поступового переходу до практики сімейного лікаря (лікаря загальної практики) потребує значного часу. Передача дітей на обслуговування сімейному лікареві здійснюватиметься в певній послідовності. Спочатку йому передадуть дітей старших 12 років, потім старших 7, 3, 1 року та нарешті всіх. Закінчення цього етапу

завершить перехід від дільнично-територіального принципу до сімейного з правом вільного вибору лікаря.

Завдання сімейного лікаря певною мірою тотожні з завданнями дільничного терапевта, оскільки в обох випадках мова йде про обслуговування конкретного контингенту та виконання не тільки суто лікувальних заходів. Проте є й *відмінності*, пов'язані насамперед з тим, що сімейний лікар надає допомогу не тільки з приводу хвороб терапевтичного профілю.

Лікар загальної практики (сімейний) самостійно починає та закінчує лікування основної маси пацієнтів, при потребі звертається до консультантів або направляє хворого на стаціонарне лікування в плановому чи екстреному порядку.

Обов'язки, права, відповідальність сімейного лікаря, стосунки визначені відповідним положенням.

Залежно від форм організації сімейної медицини з сімейними лікарями в деяких країнах можуть співпрацювати не тільки сімейні медичні сестри, але й помічники лікаря. Рівень підготовки останніх дозволяє виконувати більш складні функції порівняно з медсестрами.

Виникає потреба в підготовці медичних сестер-менеджерів для структур сімейної медицини.

Постає питання про розширення сфери діяльності сімейних медичних сестер, які поруч з безпосереднім виконанням призначень лікаря та допомогою йому під час прийому хворих, повинні брати участь у наданні психологічної та соціальної допомоги опікуваним контингентам.

Обов'язки сімейної медичної сестри досить різноманітні. До них належать:

- активна участь в проведенні профілактичної, протиепідемічної та санітарно-просвітньої роботи;
- проведення допологового та післяпологового патронажу вагітних жінок і породіль;
- взяття матеріалу для лабораторних досліджень;
- надання при потребі екстреної медичної допомоги;
- допомога лікареві під час прийому та при оперативних втручаннях;

- роз'яснення хворим порядку підготовки до різних обстежень;
- виконання призначень лікаря;
- контроль за виконанням хворими лікувальних і оздоровчих рекомендацій;
- заповнення різних облікових документів.

Сімейні медичні сестри мають здійснювати значний обсяг обстежень і маніпуляцій, вони частково перебирають на себе виконання процедур, притаманних медичним сестрам, які в сучасних умовах працюють з лікарями-спеціалістами.

Медичні працівники системи сімейної медицини активно співпрацюють зі службами соціального захисту. Сімейному лікареві може бути підпорядкований соціальний робітник за угодою з органами соціального захисту.

Сімейний лікар має право доручати середньому медичному персоналові та соціальним працівникам види діяльності, які не потребують його компетенції.

Суттєво зростає роль сімейних медичних сестер у формуванні здорового способу життя, у плануванні сім'ї.

Погіршення репродуктивного здоров'я залежить від багатьох чинників. Відповідно до цього багатоплановими, комплексними мають бути заходи, спрямовані на покращання репродуктивного здоров'я. У проведенні цих заходів виняткове місце належить працівникам сімейної медицини, особливо сімейним медичним сестрам, які мають бути добре обізнаними зі станом здоров'я опікуваних сімей, з різними (не тільки медичними) їх проблемами.

Ці посадові особи повинні здійснювати медико-гігієнічне навчання населення, забезпечуючи його відповідною інформацією та безпосередньо навчати застосуванню протизаплідних методів і засобів.

Важливою проблемою є підняття престижу середніх медичних працівників, у т. ч. зайнятих у системі сімейної медицини, формування в них вміння приймати самостійні рішення.

В регіонах і містах України застосовують різні організаційні форми надання ПМСД. Діють сімейні амбулаторії з одним лікарем, відділення сімейних лікарів (бригади). Більш доцільною вважають

групову практику, є досвід роботи поліклініки сімейної медицини (м. Дніпродзержинськ). Середня чисельність населення, яке обслуговує сімейний лікар, коливається в межах 1500-1900 (в містах), і 1100-2100 (в селах).*

На основі накопиченого досвіду відпрацьовують раціональні моделі сімейної медицини та форми взаємодії цієї ланки з іншими медичними закладами. При цьому поступово змінюють завдання, функції, організаційні форми діяльності існуючих амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів. Існуючі великі поліклініки перетворюються на консультативно-діагностичні та реабілітаційні центри, з якими співпрацюють лікарі групової практики чи окремі сімейні лікарі.

Перші підсумки впровадження сімейної медицини в державі свідчать про її ефективність. Сімейний лікар здійснює до 60% діагностичної роботи, зменшується число направлень до спеціалістів, рівень госпіталізації. Суттєво знижується кількість викликів швидкої допомоги.**

Впровадження та розвиток сімейної медицини в державі є важливою складовою частиною реалізації Європейської політики ВООЗ “Здоров’я для всіх у 21 ст. (“Здоров’я-21”).

Ця політика ставить завдання зміцнення здоров’я людини протягом всього життя. Здоров’я визнається як основоположне право людини та необхідна передумова високої якості життя. Відповідно до цього надається значення подальшому розвитку систем охорони здоров’я та передусім сімейної медицини.

Багатопланові комплексні заходи щодо організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини передбачені відповідною Постановою Кабінету Міністрів України.

На виконання цієї постанови реалізуються конкретні заходи поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (план затверджений наказом МОЗ України № 214 від 11.09.2000 р.).

* Охорона здоров’я в Україні. Проблеми та перспективи / За ред. В.М. Пономаренка. – К., 1998. – 310 с.

** Діяльність галузі охорони здоров’я за 2000 р., завдання щодо подальшого її розвитку та покращання рівня здоров’я населення України. МОЗ України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 129 с.

Проте належне місце має зайняти відповідальність окремих осіб, груп населення та різних організацій за охорону здоров'я власну та відповідних контингентів.

Контрольні питання

1. Чинники, які впливають на необхідність впровадження сімейної медицини.
2. Організаційні форми надання ПМСД на засадах сімейної медицини.
3. Розширення функцій працівників системи сімейної медицини.
4. Роль середніх медичних працівників (менеджерів, сімейних медичних сестер у медичному забезпеченні населенню).
5. Значення сімейних медичних сестер у реалізації Європейської політики ВООЗ “Здоров'я для всіх у 21 столітті”.

4.5. Організація лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню

Медична допомога сільському населенню надається на *загальних засадах*, проте здійснення лікувальних та профілактичних заходів у оптимальному обсязі та на достатньому рівні ускладнюється низкою обставин, які потрібно враховувати при її організації.

Серед них можна виділити:

- соціально-економічні умови;
- медико-демографічні особливості;
- стан захворюваності та інвалідності;
- природні умови;
- розвиток інфраструктури загалом і мережі медичних закладів зокрема.

Доступність лікувально-профілактичної допомоги ускладнюється особливостями розселення сільського населення, які обумовлюють низькі рівні захворюваності за даними звертань. Число відвідувань лікаря та рівень загальної захворюваності зменшуються при збільшенні відстані від села до сільської дільничної лікарні (амбулаторії). В той же час показники “вичерпаної” захворюваності,

встановлені в результаті поглиблених спеціальних вибірових досліджень, досить значні.

Мережа лікувально-профілактичних закладів складалася протягом тривалого часу. При її формуванні насамперед враховували специфіку системи розселення сільського населення з її географічними, економічними та соціальними особливостями.

Поступово в міру розбудови мережі і зростання забезпеченості медичним персоналом в її формуванні набув чинності *принцип етапності*.

I етап – сільська лікарська дільниця забезпечує первинну медико-санітарну допомогу.

II етап – районні медичні заклади надають в основному вторинну (спеціалізовану) допомогу (первинна допомога на цьому етапі надається лише мешканцям районного центру та прилеглих до нього сіл – приписної дільниці).

III етап – обласні лікарні та диспансери забезпечують вузько-спеціалізовану допомогу.

В сучасних умовах сформувався ще й *IV етап*, який представлений міжобласними та державними спеціалізованими центрами. Крім того, в наданні медичної допомоги сільському населенню значну участь беруть і міські ЛПЗ.

Отже, на кожному наступному етапі населення отримує більш високу за ступенем складності медичну допомогу.

Залучення до медичного забезпечення сільського населення міських і обласних ЛПЗ дозволяє певною мірою зменшити розбіжності в рівнях забезпеченості міських та сільських мешканців (особливо це стосується стаціонарної допомоги).

Значно складніше забезпечити сільське населення *амбулаторно-поліклінічною допомогою*, з огляду на те, що помітну роль в ній відігравали та продовжують відігравати середні медичні працівники.

Із загального числа відвідувань сільськими жителями медичних закладів I та II етапів (7,4 на одного жителя) на перший припадає лише 2,3, що не є достатнім.

Це свідчить про нагальну потребу *зміцнення ПМСД*, необхідність більш активного запровадження засад сімейної медицини.

Сільська лікарська дільниця відіграє важливу роль у наданні загальнодоступної медичної допомоги, проведенні профілактичних і оздоровчих заходів.

При *організації сільських дільниць* враховується:

- чисельність населення;
- особливості його розселення;
- площа території району;
- відстань між поселеннями;
- стан шляхів.

На кінець 1999 року в Україні налічувалося майже 3300 сільських лікарських дільниць.

Середня чисельність населення на дільниці в 1991-1997 роках становила відповідно 4,7 і 4,4 тисячі, середній радіус 7,2-7,3 км.*

На значній частині дільниць ПМСД надають лікарські амбулаторії, а на третині – дільничні лікарні, до складу яких входять і лікарські амбулаторії.

Головний заклад – *дільнична лікарня* чи *самостійна лікарська амбулаторія*.

Основні завдання дільничної лікарні:

- забезпечення населення дільниці амбулаторною та стаціонарною лікарською допомогою;
- здійснення лікувально-профілактичних і загальнооздоровчих заходів з охорони здоров'я матері та дитини;
- організація та проведення заходів щодо профілактики та зниження захворюваності та травматизму;
- запровадження сучасних методів профілактики, діагностики та лікування;
- організаційно-методичне керівництво та контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я лікарської дільниці.

Обсяг і профілі *стаціонарної допомоги* визначають, виходячи з потужності лікарні, укомплектованості відповідними фахівцями. Незалежно від потужності стаціонару в будь-якій сільській лікарні повинна надаватись допомога терапевтичним та інфекційним хворим.

* Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / За ред. В.М. Пономаренко. – К., 1998. – 310 с.

В ній повинні приймати пологи, забезпечувати невідкладну хірургічну та лікувально-профілактичну допомогу дітям.

Посади медсестер (палатних) встановлюються з розрахунку один цілодобовий пост на 25 ліжок терапевтичних і на 20 ліжок педіатричних (але не менше одного поста).

Для забезпечення лікування та догляду за хворими, крім лікарів, передбачені посади медичних сестер.

В сільських дільничних лікарнях лікують переважно хворих терапевтичного профілю. Значну частину їх госпіталізують не стільки за медичними, скільки за соціальними показаннями (одинокі люди похилого віку, що потребують догляду та проведення підтримуючого лікування). Протягом тривалого часу частка таких хворих коливалася в межах 40-60%.

Дільничні лікарні малопотужні, їх кадрове та матеріально-технічне забезпечення недостатнє. Внаслідок зростання вимог до якості медичної допомоги населення тяжіє до закладів, які надають спеціалізовану та більш якісну допомогу.

Відповідно до цього *обсяги надання сільському населенню стаціонарної допомоги значно зменшилися* саме на первинному рівні, тобто в дільничних лікарнях.

Важливим розділом роботи сільської лікарської дільниці є *амбулаторна допомога*.

Сільська амбулаторія здійснює:

- раннє виявлення захворювань і факторів ризику;
- своєчасне лікування хворих у амбулаторії та вдома;
- відбір осіб, які потребують диспансерного спостереження, своєчасне їх обстеження, лікування та оздоровлення;
- організацію швидкої та невідкладної допомоги;
- направлення на консультації і підготовку до огляду лікарями-спеціалістами районних закладів при їх плановому виїзді на сільську лікарську дільницю;
- своєчасну госпіталізацію хворих;
- експертизу тимчасової непрацездатності;
- направлення на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК) хворих з ознаками стійкої непрацездатності;
- динамічне спостереження за станом здоров'я жінок і дітей;

- складання графіків і проведення консультативних прийомів хворих на території діяльності ФАПів;

- проведення оздоровчих і протиепідемічних заходів.

До *структури амбулаторії*, як складової частини лікарні, входять реєстратура, кабінети лікарів, маніпуляційний, перев'язувальний кабінети.

Якщо на дільниці діє самостійна лікарська амбулаторія, до її складу мають також входити лікувально-допоміжні та діагностичні підрозділи (кабінети фізіотерапевтичний, рентгенографічний, функціональної діагностики, а також клінічна лабораторія).

Амбулаторну допомогу в сільських лікарських амбулаторіях надають лікарі: *терапевти, педіатри, стоматологи*. Деякі амбулаторії укомплектовані *сімейними лікарями (загальної практики)*.

Відповідно до наказу МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. на 1000 дорослого населення орієнтовно передбачено 0,6 посади терапевта та 0,25 посади стоматолога, на 1000 дитячого – 1,25 посади педіатра та 0,25 посади стоматолога.

Посади акушерів-гінекологів і хірургів встановлюють за умови, що чисельність населення на дільниці буде перевищувати 10 тисяч.

На сьогоднішній день, з огляду на конкретні умови, можна створювати лікарські амбулаторії в сільських населених пунктах з чисельністю понад 1000 жителів, передбачивши обов'язково, крім терапевта, ще й посаду педіатра.

Відповідно до посад лікарів цим же наказом передбачені посади дільничних медичних сестер для обслуговування дорослого населення та дітей.

Посада фельдшера передбачена в кожній амбулаторії, посада акушерки вводиться на 2000 чоловік населення (але не менше однієї посади на амбулаторію).

Вводиться одна посада медичної сестри на 10 ліжок денного стаціонару при роботі в одну зміну.

Обсяг і якість амбулаторної допомоги на сільській дільниці залежать від укомплектування штатних посад, кваліфікації медперсоналу, матеріально-технічного забезпечення, налагодження взаємозв'язків із ЛПЗ наступних етапів.

Важливу роль в медичному забезпеченні відіграють *фельдшерсько-акушерські пункти, кількість яких у 2000 р. становила майже 16200.*

Медичний персонал ФАПів надає населенню лікувально-профілактичну допомогу, здійснює комплекс профілактичних, оздоровчих, протиепідемічних заходів, здійснює поточний санітарний нагляд, забезпечує раннє виявлення інфекційних захворювань.

Цей перелік свідчить про те, що саме вони розпочинають надавати первинну медико-санітарну допомогу, оскільки обслуговують значну частину сільських жителів – 33-37%.

При формуванні мережі ФАПів враховують чисельність населення в конкретному поселенні, а також відстань від нього до пунктового села.

Згідно з діючими нормативами передбачене введення таких посад:

Найменування посади	Число посад при обслуговуванні				
	від 300 до 900 жителів	від 900 до 1200 жителів	від 1200 до 1800 жителів	від 1800 до 2400 жителів	від 2400 до 3000 жителів
Середній медичний персонал (акушерка, дільнична медична сестра)	0,5	1	1,5	2	2,5
Медична сестра з масажу	виходячи з норм навантаження та обсягу роботи				
Медична сестра з фізіотерапії	з розрахунку 1 посада на 15 тис. умовних фізіотерапевтичних одиниць на рік				
Молодша медична сестра	0,5	1	1	1	1

Посада завідувача (фельдшер, акушерка, медична сестра) вводиться у кожному фельдшерсько-акушерському пункті.

Примітки:

1. Штатні нормативи застосовуються при розрахунку штатів фельдшерсько-акушерських пунктів, розташованих на відстані більше як 2 км від інших лікувально-профілактичних закладів (у тому числі фельдшерсько-акушерських пунктів).

Їх застосування до фельдшерсько-акушерських пунктів, що створюються в населених пунктах, розташованих на відстані до 2 км від інших лікувально-профілактичних закладів, погоджується з органом охорони здоров'я за наявності водних і інших перешкод.

2. У населеному пункті з числом жителів до 300 організуються фельдшерсько-акушерські пункти з введенням однієї посади завідувача ФАПом і 0,5 посади молодшої медичної сестри.

Проте ці нормативи не повинні стримувати розвиток мережі ФАПів за умов існуючого або можливого в подальшому зменшення чисельності населення. Фактично в сучасних умовах ФАПи чи фельдшерські пункти можуть створюватись і в поселеннях, де мешкає менше 200 жителів. Наприклад, у Житомирській області 12,7% ФАПів функціонують саме у таких селах, при цьому близько 51% їх віддалені на 7 км і більше від лікарської амбулаторії.*

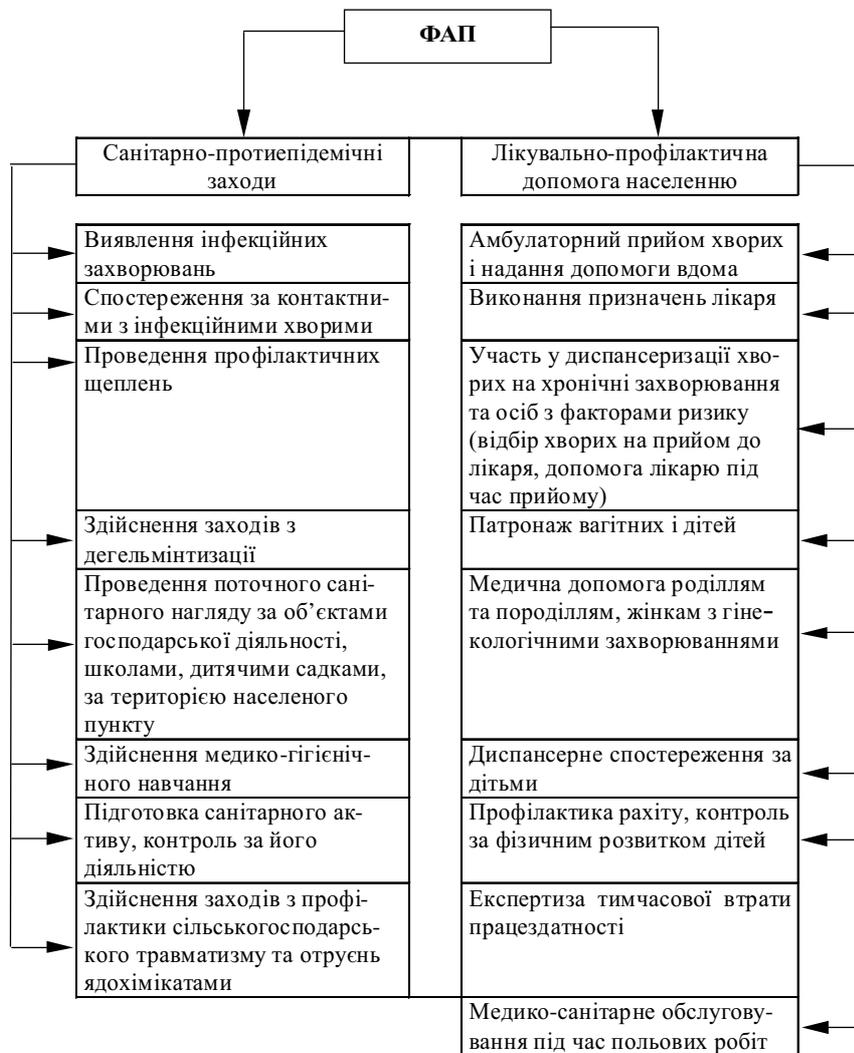
Здійснювана медичними працівниками ФАПів робота складається з двох розділів і представлена на малюнку 3.

Згідно з відповідним рівнем підготовки та посадою, обов'язки завідувача ФАПу та акушерки відрізняються, хоча є функції, притаманні обом цим працівникам.

Обов'язки завідувача ФАПу:

- проведення амбулаторного прийому та обслуговування викликів;
- виконання призначення лікарів, проведення певних фізіотерапевтичних процедур і лабораторних досліджень;
- участь у організації профілактичних медичних оглядів, у відборі осіб для диспансерного спостереження;
- організація перевезення хворих до відповідних лікувальних закладів, супровід при цьому хворих дітей віком до одного року;
- раннє виявлення інфекційних хворих; забезпечення ізоляції, а при необхідності госпіталізації цих хворих;
- здійснення патронажу хворих на туберкульоз, психічні розлади; участь у їх амбулаторному лікуванні;
- проведення щеплень;
- проведення протиепідемічних заходів у осередках інфекційних захворювань;
- проведення поточного санітарного нагляду за належними об'єктами та територією населеного пункту;
- проведення заходів профілактики сільськогосподарського травматизму;

* Уваренко А.Р., Парій В.Д. Первинна медико-санітарна допомога на селі. Монографія. – Житомир. Полісся.–1998.–208 с.



Мал. 3. Основні напрямки діяльності фельдшерсько-акушерського пункту (ФАП)

- здійснення медико-гігієнічного навчання населення;
- складання планів роботи ФАПу;

- заповнення облікових документів і складання звіту фельдшерсько-акушерського пункту (ф. № 024);
- видача листків непрацездатності (згідно з відповідним наказом обласного відділу (управління) охорони здоров'я.

Обов'язки акушерки ФАПу:

- щорічний перепис дітей віком до 15 років;
- проведення амбулаторного прийому дітей, вагітних, гінекологічних хворих і надання медичної допомоги вдома;
- організація при захворюваннях дітей (особливо раннього віку) консультації дільничного лікаря (педіатра), своєчасна госпіталізація до відповідної лікарні;
- проведення профілактичних оглядів усіх жінок;
- патронаж вагітних і дітей;
- направлення при потребі жінок до акушера-гінеколога;
- виконання призначень лікарів дітям, вагітним і гінекологічним хворим;
- проведення певних фізіотерапевтичних процедур і лабораторних досліджень;
- надання невідкладної допомоги при гострих захворюваннях і нещасних випадках;
- проведення щеплень;
- медико-гігієнічне навчання жінок і дітей.

Фельдшер і акушерка мають право:

- в межах своєї компетенції проводити обстеження, встановлювати діагноз, призначати лікування;
- виконувати необхідні маніпуляції;
- виписувати рецепти (за винятком сильнодіючих і отруйних засобів);
- видавати довідки.

Важлива роль у діяльності ФАПів відводиться *профілактиці травматизму* та забезпеченню санітарно-епідемічного благополуччя. З цією метою медичні працівники здійснюють поточний санітарний нагляд за освітньо-виховними закладами, фермами та переробними виробництвами, джерелами водопостачання тощо, проводять щеплення відповідно до діючого календаря і за епідеміологічними показаннями.

За даними дослідження, проведеного в Житомирській області, на профілактичну роботу ФАПів витрачають близько 30% робочого часу.

Досить значну частину робочого дня займає амбулаторний прийом хворих і надання їм медичної допомоги вдома.

За даними 1997 р., 68% хворих отримують медичну допомогу на ФАПах і одна третина (32%) – вдома, навантаження на одну зайняту посаду досягає майже 2900 відвідувань.*

Середні медичні працівники ФАПів заповнюють досить численні облікові документи.

За даними облікових документів заповнюють “Звіт фельдшерсько-акушерського пункту” (ф. № 024), затверджений наказом Державного Комітету України та МОЗ України № 256/184 від 31.07.2000.

Вторинна спеціалізована лікувально-профілактична допомога сільському населенню надається в районних медичних закладах.

Провідним закладом II етапу є центральна районна лікарня (ЦРЛ). На ці лікарні припадає чверть ліжкового фонду країни.

ЦРЛ забезпечує надання *спеціалізованої кваліфікованої* допомоги населенню району та є *центром організаційно-методичної роботи*, оскільки здійснює керівництво всіма лікувально-профілактичними закладами на території району, несе відповідальність за організацію та якість медичної допомоги.

Посади лікарів у стаціонарі залежать від кількості ліжок і профілю відділень. Відповідно до цього формуються штати середніх медичних працівників.

Основні завдання ЦРЛ:

- безпосереднє надання первинної амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню райцентру та приписної дільниці;
- надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги всьому населенню району;
- забезпечення швидкою та невідкладною медичною допомогою населення району;
- впровадження в практику роботи ЛПЗ району сучасних методів і засобів профілактики, діагностики та лікування;

* Уваренко А.Р., Парій В.Д.. Первинна медико-санітарна допомога на селі. Монографія. – Житомир. Полісся.–1998.– 208 с.

- організація консультативної допомоги;
- організаційно-методичне керівництво роботою всіх ЛПЗ району, а також контроль за їх діяльністю;
- розробка та впровадження заходів, спрямованих на підвищення якості медичного забезпечення;
- розробка, організація та здійснення заходів щодо підвищення кваліфікації медичних кадрів та раціонального використання медичних кадрів і матеріально-технічних ресурсів;
- планування, фінансування та організація матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я району.

Виконання цих складних і багатопланових завдань покладено на відповідні структурні підрозділи у лікарні (мал. 4).

У випадках, коли потужність деяких ЦРЛ не дозволяє створювати спеціалізовані відділення (офтальмологічні, урологічні, травматологічні), створюють *міжрайонні відділення*.

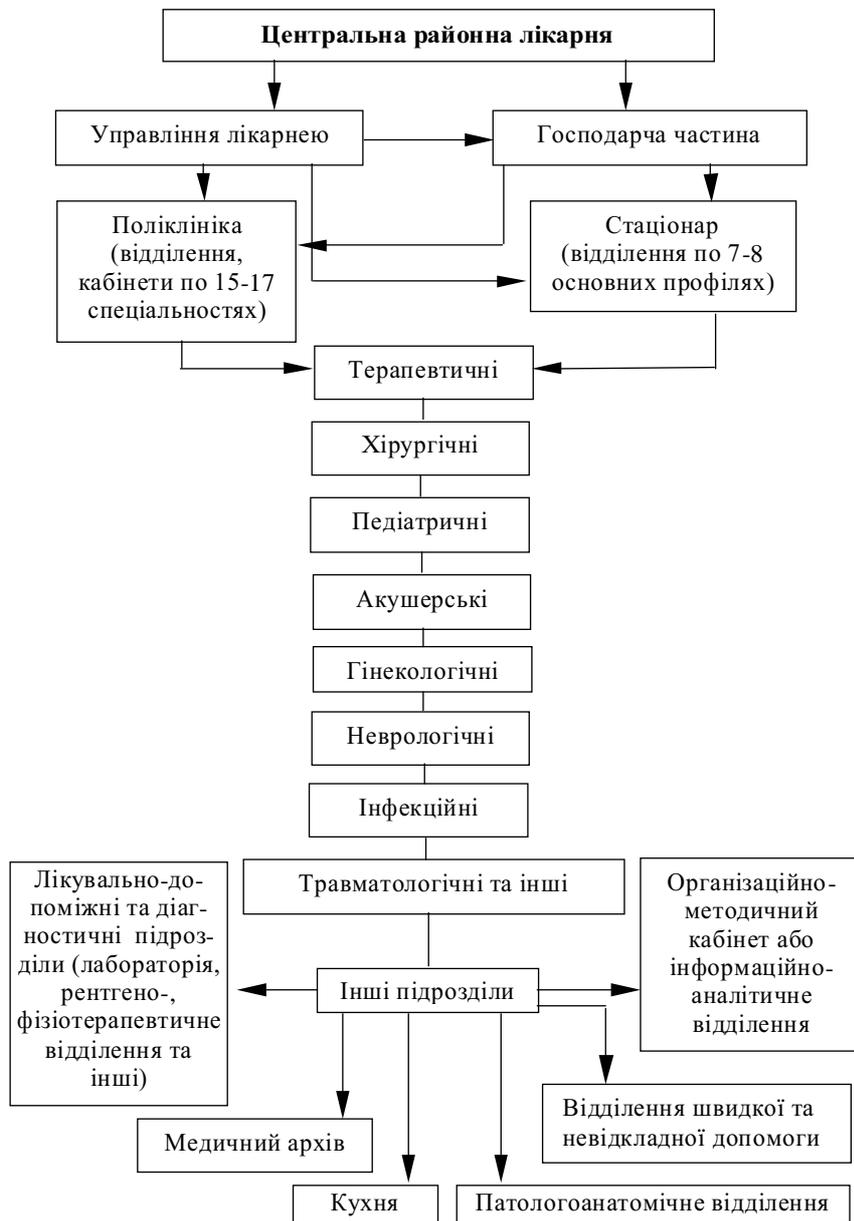
В стаціонарах центральних районних лікарень нормативи встановлення посад медичних сестер (палатних) практично не відрізняються від нормативів, передбачених для стаціонарів міських лікарень.

Важливу роль у організації роботи ЦРЛ відіграє *організаційно-методичний кабінет*, очолюваний заступником головного лікаря з медичного обслуговування населення району. В останній час замість цих кабінетів в складі ЦРЛ створюють *інформаційно-аналітичні відділення*.

Штатними в них є посади лікарів-методистів, фельдшерів, акушерок, медичних статистиків, операторів персональних комп'ютерів тощо (залежно від чисельності населення).

Напрямки організаційно-методичної роботи:

- аналіз показників здоров'я населення;
- аналіз показників роботи ЛПЗ району;
- вивчення та розповсюдження передового досвіду роботи;
- планування та організація виїздів спеціалістів ЦРЛ на сільські дільниці для консультативної допомоги населенню та лікарям;
- планування та забезпечення проведення профілактичних медичних оглядів;
- планування та організація підвищення кваліфікації медичних працівників районних і дільничних ЛПЗ;



Мал. 4. Структура центральної районної лікарні.

- розробка заходів щодо покращання медичного забезпечення населення району.

Важлива роль у організації медичної допомоги дітям у сільській місцевості належить районному педіатру. До його функцій відносяться:

- консультативна допомога працівникам ЛПЗ районного центру, сільських лікарських дільниць з питань організації медичної допомоги дітям;

- відвідування ФАПів і сільських лікарень (амбулаторій), огляд здорових і консультація хворих дітей, перевірка своєчасності проведення профілактичних щеплень і санітарно-протиепідемічних заходів;

- контроль за проведенням диспансерного нагляду за дітьми, насамперед першого року життя; за проведенням профілактичних щеплень дітям;

- складання спільно із санітарно-епідеміологічною станцією (СЕС) плану протиепідемічних заходів, спрямованих на боротьбу з дитячими інфекційними захворюваннями, участь у його виконанні;

- забезпечення підвищення кваліфікації з педіатрії для лікарів сільських дільниць, медичних працівників дитячих дошкільних закладів і шкіл, патронажних сестер, медичного персоналу ФАПів;

- відвідування дитячих дошкільних закладів, контроль за їх діяльністю;

- аналіз звітів дитячих лікувально-профілактичних закладів, вивчення та оцінка стану здоров'я дітей сільського району та діяльності ЛПЗ, узагальнення отриманих даних і розробка конкретних заходів щодо підвищення якості медичної допомоги;

- залучення представників місцевих органів влади, громадських організацій, активу Товариства Червоного Хреста до проведення заходів, спрямованих на поліпшення медичної допомоги дітям.

Провідними закладами третього етапу медичного забезпечення населення області є *обласні лікарні*. Кількість їх становить 27, в них розміщено 21,7 тис. ліжок, тобто 5% всього ліжкового фонду держави. Вони забезпечують населення високоспеціалізованою допомогою.

Поряд із безпосередньою участю в забезпеченні стаціонарної та консультативної поліклінічної допомоги обласна лікарня координує лікувально-профілактичну та організаційно-методичну роботу, яку здійснюють лікарні та диспансери в містах і районних центрах

області. Цей заклад є базою для підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу.

Основні завдання обласної лікарні:

- забезпечення населення області в повному обсязі високо-спеціалізованою стаціонарною та консультативною поліклінічною допомогою;
- організація та надання екстреної та консультативної медичної допомоги на території області;
- впровадження в практику роботи лікарні сучасних методів і засобів діагностики, лікування, досвіду роботи кращих ЛПЗ;
- підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів області;
- організація, керівництво та контроль за статистичним обліком і звітністю, складання зведених звітів, аналіз показників діяльності лікувально-профілактичних закладів області;
- розробка заходів, спрямованих на підвищення якості медичного забезпечення та на покращання здоров'я населення.

Важливим структурним підрозділом обласної лікарні є *консультативна поліклініка*, до функцій якої відносяться:

- надання високоспеціалізованої консультативної допомоги хворим за направленнями лікувально-профілактичних закладів області;
- вирішення питань про подальше лікування проконсультованих хворих з визначенням медичної технології та місця;
- залучення до консультації висококваліфікованих лікарів-спеціалістів лікарні та інших ЛПЗ, а також працівників науково-дослідних інститутів і медичних вузів;
- направлення до ЛПЗ, які надіслали на консультацію хворих, висновків із зазначенням установленого в поліклініці діагнозу, проведеного та рекомендованого лікування;
- розробка для ЛПЗ області пропозицій (пам'яток) про порядок та показання для направлення хворих до консультативної поліклініки;
- організація та проведення (разом з відділенням екстреної та планово-консультативної допомоги) виїзних консультацій лікарів-спеціалістів до районів, а також заочних консультацій для лікарів ЛПЗ області;

- систематичний аналіз по районах області випадків розбіжностей діагнозів між ЛПЗ, які направили хворих на консультацію, та консультативною поліклінікою;

- аналіз помилок, допущених лікарями ЛПЗ при обстеженні та лікуванні хворих перед направленням їх до консультативної поліклініки;

- складання оглядів і інформаційних листків про стан і рівень лікувально-діагностичної роботи в районах і ЛПЗ області.

Одним із завдань обласної лікарні є *організація та надання екстреної і планово-консультативної допомоги*. Ця робота планується та виконується самостійним підрозділом-відділенням з аналогічною назвою. Воно організує цілодобову диспетчерську службу (фельдшерську) прийому та реєстрації викликів із лікарень районів, міст області і забезпечує своєчасне надання екстреної та планово-консультативної допомоги населенню. До роботи залучають спеціалістів обласної лікарні, інших ЛПЗ області, співробітників медичних вузів, науково-дослідних інститутів за узгодженням з відповідними закладами та установами, згідно з наказом відповідного управління охорони здоров'я.

Після надання необхідної медичної допомоги на місці, у разі необхідності, відділення забезпечує транспортування хворих до обласного центру, в окремих випадках за межі області до відповідних ЛПЗ.

З цією метою воно використовує як санітарну авіацію, так і наземний транспорт, залежно від стану хворого, відстані, метеорологічних умов, сезону, часу доби тощо.

Особливості різних регіонів потребують подекуди при скороченні ліжкового фонду дільничних лікарень заміни звичної трьохетапної системи надання стаціонарної допомоги (дільничні, районні, обласні лікарні) двохетапною (районні, обласні лікарні).

Скорочення ліжок у дільничних лікарнях можна компенсувати певним чином за рахунок стаціонарозамінюючої допомоги – денних стаціонарів. Доцільно також мати певну кількість ліжок у сільській амбулаторії (3-5 ліжок) для тимчасової госпіталізації хворих, що потребують стаціонарного лікування на наступних етапах.

Скорочення стаціонарної допомоги на першому етапі має бути компенсоване збільшенням обсягу лікарської амбулаторної допомоги

та її наближенням до сільських жителів, що можливе за умови поступової заміни фельдшерських закладів лікарськими.

Потребує нагального вирішення здійснення комплексу заходів щодо покращання проведення диспансеризації та оздоровлення сільського населення. З метою підвищення якості профілактичних оглядів і розробки лікувально-профілактичних заходів диспансерним хворим передбачено залучати до цієї роботи не тільки спеціалістів ЦРЛ, але й обласних ЛПЗ (згідно з наказом МОЗ України № 261 від 29.10.99).

Покращання якості лікувально-профілактичної допомоги вимагає подальшого розвитку швидкої та невідкладної допомоги, яка забезпечується на другому етапі районними лікарнями.

Управлінські рішення повинні бути спрямовані на збереження мережі закладів лікарської допомоги, оскільки від цього залежить її доступність.

Реорганізація системи лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню повинна відбуватись поступово. Ліжка дільничних лікарень можуть використовуватись як медико-соціальні і для відділень сестринського догляду, тобто мова йде не про механічне скорочення стаціонарної допомоги на першому етапі, а про її переорієнтацію на нові організаційні форми, доцільні з точки зору економічної ефективності і соціально-психологічних позицій. З цим пов'язано відношення населення до реорганізації медичного забезпечення, сприйняття ним змін в системі охорони здоров'я.

Контрольні питання

1. Чинники, що впливають на організацію медичного забезпечення сільського населення.
2. Етапи надання медичної допомоги сільському населенню, їх лікувально-профілактичні заклади.
3. Завдання дільничної лікарні та сільської амбулаторії.
4. Особливості формування мережі ФАПів, розділи їх діяльності.
5. Обов'язки медичних працівників ФАПів.
6. Основні завдання ЦРЛ.
7. Особливості структури ЦРЛ.

8. Значення обласної лікарні в медичному забезпеченні населення області.

9. Напрямки реорганізації медичного забезпечення сільського населення.

4.6. Організація лікувально-профілактичної допомоги працюючим на промислових підприємствах

Одним з напрямків організації діяльності органів і закладів охорони здоров'я, з урахуванням людських потреб, стало наближення лікувально-профілактичної допомоги до місця проживання і роботи населення.

У сучасних умовах лікувально-профілактичну допомогу робітникам промислових підприємств надають: медико-санітарні частини, територіальні лікарні, поліклініки, диспансери.

Принцип переважного обслуговування працюючих на промислових підприємствах (або наближення медичної допомоги до місця їх роботи) в найбільшій мірі втілюється в діяльності медико-санітарних частин.

Медико-санітарна частина (МСЧ) – це комплексне медичне об'єднання, в структурі якого є поліклініка, стаціонар, жіноча консультація, фельдшерські (як виняток лікарські) здоровпункти. Вона надає лікувально-профілактичну допомогу, здійснює керівництво санаторіями-профілакторіями, дієтичними їдальнями та підвідомчими дошкільними дитячими закладами. Іноді медико-санітарна частина може бути представлена лише однією самостійною поліклінікою.

Є два типи МСЧ:

- *відкриті* (обслуговують не тільки працюючих на підприємствах і членів їх сімей, а й населення, яке проживає в районі їх діяльності);

- *закриті* (надають медичну допомогу тільки працюючим на підприємстві).

В медико-санітарних частинах відкритого типу, крім цехових лікарських дільниць, створюють також територіальні терапевтичні дільниці відповідно до діючих нормативів.

Самостійні *МСЧ* організують на підприємствах із урахуванням чисельності працюючих.

Основними завданнями медико-санітарних частин є:

- максимальне наближення до місця роботи кваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги;
- розробка та проведення спільно з санепідстанцією, адміністрацією та профспілками підприємств заходів, спрямованих на оздоровлення праці та побуту працюючих;
- запобігання та зниження захворюваності загальної, професійної, з тимчасовою непрацездатністю, а також травматизму, інвалідності.

Відповідно до основних завдань медико-санітарна частина *організовує та забезпечує:*

- кваліфіковану, спеціалізовану медичну допомогу в поліклініці та в стаціонарі;
- диспансерне спостереження за контингентами осіб, об'єднаних загальними фізіологічними ознаками, умовами праці, за медичними показаннями;
- організацію та проведення спільно із санепідстанцією попередніх, періодичних, цільових медичних оглядів;
- експертизу тимчасової непрацездатності;
- заходи з реабілітації хворих і інвалідів, включаючи й рекомендації щодо переведення на роботи з полегшеними умовами праці (спільно з адміністрацією підприємства та медико-соціальними експертними комісіями);
- медичний відбір осіб, які за станом здоров'я потребують дієтохарчування;
- направлення на санаторно-курортне лікування, до санаторіїв-профілакторіїв;
- аналіз причин захворюваності з тимчасовою і стійкою втратою працездатності, травматизму, професійної захворюваності, участь в розробці заходів з їх профілактики та зниження;
- своєчасне виявлення, госпіталізацію та інформування санепідстанції про інфекційних хворих, нагляд за контактними, проведення щеплень та інших протиепідемічних заходів;

- оцінку спільно з профспілками підприємств показників захворюваності з тимчасовою та стійкою втратою працездатності, розробку комплексного плану санітарно-оздоровчих заходів і здійснення спільно з адміністрацією та профспілками контролю за їх виконанням;

- проведення санітарно-просвітньої роботи;
- підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Організаційною основою діяльності всіх лікувально-профілактичних закладів, що обслуговують працюючих на промислових підприємствах, є *цехова дільничність*.

Доцільність організації амбулаторно-поліклінічної допомоги за таким принципом пояснюється можливим впливом на здоров'я технології виробництва, особливостей умов праці в окремих цехах. Обізнаність зі специфікою виробничого процесу дозволяє лікареві ґрунтовно аналізувати захворюваність, виявляти конкретну патологію та, головне, при змозі попереджувати її, вирішувати питання про раціональне працевлаштування, дієтичне харчування тощо.

Цеховий дільничний терапевт працює в тісному контакті з лікарем з гігієни праці.

В цехах, окрім адміністративного персоналу, який відповідає за виробничу діяльність, створюються *громадські організації* – комісія соціального страхування цехового комітету профспілки і комісія з охорони праці. Медичні працівники співпрацюють з ними при вирішенні питань санаторного лікування, дієтичного харчування, направлення до санаторію-профілакторію, щодо поліпшення технології виробництва, умов праці та побуту в цехах, попередження травматизму та інвалідизації працюючих.

Важливе місце в роботі цехового дільничного лікаря займає *аналіз* захворюваності з тимчасовою втратою працездатності працюючих з метою їх оздоровлення та запобігання економічним збиткам.

Систематичного та ретельного аналізу потребують *виробничий травматизм, професійні захворювання та отруєння*. На підприємстві повинен вестись їх облік. Кожен з таких випадків має бути своєчасно та кваліфіковано розглянутий комісією з техніки безпеки та інспектором з охорони праці профспілкової організації разом із медичними працівниками з наступним обов'язковим проведенням в оперативному порядку необхідних заходів з усунення причин, що призвели до цього.

Одним з найважливіших розділів роботи медико-санітарних частин, поліклінік, здоровпунктів є організація та проведення профілактичних медичних оглядів із розробкою подальших оздоровчих заходів.

За характером і змістом профілактичні медичні огляди умовно можна розподілити на *попередні, періодичні та цільові*.

Попередні – проводяться перед початком навчання і трудової діяльності.

Періодичні – проводяться з визначеною періодичністю чи кратністю у процесі роботи.

Цільові – проводяться з метою:

- виявлення ранніх форм окремих захворювань;
- виявлення порушень або відхилень у стані здоров'я, що можуть призвести до аварійних ситуацій (передрейсові огляди водіїв транспорту – повітряного, залізничного, автомобільного, річкового, морського).

Якою б не була форма плану проведення медичного огляду, він повинен забезпечити виконання таких обов'язкових положень:

- участь в огляді цехового лікаря, як головного організатора;
- проведення комплексного та повного обстеження з метою подальшого виключення додаткових цільових оглядів;
- проведення огляду працюючого у вільний для нього від роботи час;
- наближення огляду до місця роботи;
- динамічний аналіз захворюваності з одночасним обстеженням санітарно-гігієнічних умов праці, при обов'язковій участі адміністрації підприємства, профспілкової організації та санітарного лікаря СЕС з гігієни праці тощо.

До складу МСЧ входять здоровпункти – лікарські та фельдшерські.

Медичний персонал здоровпунктів надає працюючим первинну допомогу, вирішує питання щодо проведення в цехах профілактичних і організаційних заходів, запланованих цеховим лікарем.

Штатні нормативи медичного персоналу здоровпунктів встановлюються згідно з наказом МОЗ України № 33 від 23 лютого 2000 р. (табл. 1).

Таблиця 1

Посади медичного персоналу фельдшерських здоровпунктів

Найменування посад	Кількість посад при чисельності працівників (учнів) (чоловік)		
	500-800	801-1500	1501-2000
Завідувач здоровпункту – фельдшер або медична сестра	1	1	1
Фельдшер, акушерка, медична сестра	–	0,5-1	1,5-2
Фельдшер або медична сестра	1 посада при чисельності працівників у другу зміну на підприємствах гірничорудної та хімічної промисловості – не менше 300 (для обслуговування підземних робіт і при меншій чисельності) на підприємствах інших галузей і транспорту – не менше 500 чоловік; 1 посада при чисельності працівників у третю зміну, відповідно, не менше 200 і 300 чоловік (для обслуговування підземних робіт і при меншій чисельності); 1 посада при чисельності працівників у четверту зміну – не менше 100 чоловік (для обслуговування підземних робіт і при меншій чисельності)		

Штатні нормативи фельдшерських здоровпунктів на підприємствах промисловості та зв'язку, шахтах, у вищих і середніх спеціальних навчальних закладах, професійно-технічних, технічних, торгових, кулінарних, торгово-кулінарних і мореплавних училищах передбачають посаду середнього медичного персоналу при чисельності працюючих (учнів) не менше 500-800 у кожному. На об'єктах капітального будівництва вона має становити не менше 500 на одному чи декількох поряд розташованих.

Два та більше здоровпунктів на одному промисловому підприємстві можуть організовуватись за узгодженням з органами охорони здоров'я, якщо медична допомога на кожному з них надається не менше 1500 працюючим; на підземних роботах відповідно при чисельності не менше 500.

Підприємства, організації, установи, при яких створюються здоровпункти, повинні безкоштовно надавати та утримувати приміщення здоровпункту із забезпеченням опалення, освітлення, водопостачання, охорони, прибирання та ремонту.

На малих підприємствах, де немає медико-санітарних частин, здоровпункти організовують відповідні лікарні (поліклініки).

В головних цехах великих промислових підприємств можуть бути організовані здоровпункти з цілодобовим чергуванням середнього медичного персоналу. Вони переважно працюють під загальним керівництвом цехових лікарів і є базою для роботи інших спеціалістів поліклініки медсанчастини.

Черговий персонал здоровпункту, крім виконання своїх поточних обов'язків (надання невідкладної допомоги при травмах, отруєннях і захворюваннях), виконує різні планові лікувально-оздоровчі та санітарно-гігієнічні заходи.

Основні види робіт:

- виконання лікувальних призначень цехового терапевта;
- здійснення щеплень робітникам і службовцям;
- проведення навчання робітників само- та взаємодопомози при травмах;
- обробка мікротравм;
- забезпечення відвідувань робітниками та службовцями поліклініки чи здоровпункту при проведенні чергового профілактичного огляду, лекцій та санітарно-просвітніх бесід;
- контроль за виконанням адміністрацією та профсоюзною організацією підприємства, навчального закладу рекомендацій цехового лікаря, санепідстанції щодо поліпшення санітарно-гігієнічних умов праці, навчання;
- допомога лікарю в розробці та аналізі захворюваності з тимчасовою втратою працездатності;
- допомога лікарю в якісному проведенні диспансеризації працюючого контингенту.

Контрольні питання

1. Медико-санітарна частина, умови її створення, структура, основні завдання.
2. Цехова дільниця, принципи її організації.
3. Основні напрямки роботи дільничного цехового терапевта.
4. Медичні огляди – види, організація та проведення.
5. Умови для організації фельдшерських здоровпунктів.
6. Основні обов'язки фельдшера фельдшерського здоровпункту.

4.7. Організація медичного забезпечення потерпілих від аварії на Чорнобильській АЕС

На території всієї України мешкає значна кількість населення, яке постраждало від аварії на Чорнобильській АЕС у 1986 році.

Чорнобильська трагедія призвела до тяжких змін здоров'я, і велика кількість постраждалих вимагає від органів охорони здоров'я постійної роботи, спрямованої на здійснення медико-санітарного забезпечення цього контингенту.

Негативні зміни здоров'я багато в чому залежать від *характеру опромінювання*. Частина населення зазнала гострого опромінювання, частина – хронічного, на значну кількість людей впливали його обидва види. До цього контингенту відноситься велика кількість учасників ліквідації аварії та евакуйованих, які всі роки після гострого опромінювання продовжують жити в радіоактивно забруднених місцевостях з тривалою дією хронічного опромінювання.

У лютому 1991 року було прийнято *Закон України* “Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”.

Цей закон ґрунтується на основних положеннях щодо реалізації конституційного права громадян на охорону життя та здоров'я і створює єдиний порядок визначення категорій зон радіоактивного забруднення територій, умов проживання та трудової діяльності, соціального захисту потерпілого населення. Відповідно до нього виділено *чотири зони радіоактивного забруднення*:

1. зона відчуження;
2. зона безумовного (обов'язкового) відселення;
3. зона гарантованого добровільного відселення;
4. зона посиленого радіоактивного контролю.

Держава бере на себе відповідальність за пов'язані з аварією збитки громадянам і їх дітям і зобов'язується відшкодувати за:

- пошкодження здоров'я чи втрату працездатності громадянами та їх дітьми;
- втрату годувальника;
- матеріальні втрати.

На державу покладено зобов'язання щодо:

- визначення доз опромінення, своєчасного медичного обстеження, лікування;
- організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності;
- затвердження переліку спеціалізованих медичних закладів із забезпеченням лікування постраждалих.

З метою реалізації медичних та медико-соціальних програм захисту населення від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, техногенних катастроф, стихійного лиха, залучення іноземних інвестицій для подальшого впровадження технологій для потреб охорони здоров'я Кабінет Міністрів України постановив утворити Національний центр здоров'я на базі Військово-медичного центру Військово-повітряних сил України (Постанова від 22.03.1999, № 430).

З метою найбільш ефективного вирішення проблем медико-соціального забезпечення визначених осіб в Україні діє Державний реєстр (ДР) (єдина інформаційна система).

Головним його завданням є здійснення контролю за станом здоров'я та вивчення найближчих і віддалених медичних наслідків Чорнобильської катастрофи.

Постраждалі особи підлягають *щорічному медичному обстеженню* (диспансеризації), *санаторно-курортному лікуванню*.

В регіонах найбільшого зосередження таких контингентів створюються *спеціалізовані центри*, в т.ч. дитячі, для обстеження, лікування, соціально-психологічної реабілітації та профорієнтації.

Постановою Кабінету Міністрів України від 4 жовтня 1996 р. № 1218 затверджено перелік *спеціалізованих медичних закладів*, що забезпечують лікування постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи (обласні спеціалізовані диспансери та лікарні з центрами радіаційного захисту, Український спеціалізований диспансер радіаційного захисту та інші).

Первинна медико-санітарна допомога постраждалим надається дільничними лікарями. Вони ведуть їх повний облік, направляють на стаціонарне, санаторно-курортне, реабілітаційне лікування, на консультацію до спеціалізованих медичних закладів.

У лікувально-профілактичних закладах призначають лікаря, відповідального за організацію допомоги даному контингенту.

Він зобов'язаний здійснювати:

- контроль за переміщенням контингенту (прибули, вибули та ін.);
- аналіз здоров'я;
- своєчасне внесення до Державного реєстру зміни в стані здоров'я;
- експертну оцінку якості надання допомоги тощо.

Спеціалізовані медичні заклади:

- надають кваліфіковану консультативну допомогу постраждалим за направленням лікувально-профілактичних закладів;
- координують заходи щодо диспансерного спостереження за потерпілими;
- впроваджують в роботу лікувально-профілактичних закладів нові методи діагностики та лікування постраждалих;
- проводять аналіз організації амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги потерпілому населенню.

Захворюваність потерпілих має тенденцією до щорічного зростання.

Як свідчать дані, показники поширеності захворювань дорослих і підлітків до 1991 року, незважаючи на тенденцію до зростання, залишались нижчими порівняно з середніми для України. З 1992 р. відмічається більш високий її рівень серед потерпілих. Первинна захворюваність потерпілих значно збільшилась.

Зростання стосується всіх класів хвороб.

У структурі захворюваності перші п'ять місць займають захворювання органів дихання, нервової системи та органів чуття, травми та отруєння, хвороби системи кровообігу та сечостатевої системи.

Частота цих захворювань зросла в 2,0-6,0 разів.

Відбувається зростання невисоких за рівнем захворювань: новоутворень – у 3,0 рази, хвороб крові та кровотворних органів – у 3,8, хвороб кістково-м'язової системи – в 4,5 рази.

Слід відзначити, що серед класу новоутворень половину (50,9%) складають злоякісні. За останні 10 років їх рівень підвищився більш як у 2 рази.

Важливою медико-соціальною проблемою Чорнобильської катастрофи є соціально-психологічний стрес. Він обумовив психічну дезадаптацію, зростання психічних і психосоматичних захворювань, особливо серед “ліквідаторів” аварії. Пріоритетною в цьому плані стає організація системи медико-соціальної реабілітації з відкриттям відповідних центрів у місцях найбільшої концентрації постраждалих.

Чорнобильська катастрофа стала для України національною трагедією. За минулі після неї роки багато чого зроблено з подолання наслідків.

Незважаючи на все зроблене, є ще дуже багато не вирішених проблем, які державі дуже складно подолати. Це стосується як питань науки, технологічних можливостей, так і питань подолання медичних та багатьох інших наслідків аварії.

Контрольні питання

1. Зони радіоактивного забруднення території України внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС.
2. Обов'язки держави щодо потерпілих від Чорнобильської катастрофи.
3. Хто надає первинну медико-соціальну допомогу постраждалим?
4. Завдання спеціалізованих медичних закладів з надання допомоги постраждалим.
5. Зміни стану здоров'я потерпілих.

4.8. Організація швидкої медичної допомоги

Однією з найбільш вагомих складових частин системи охорони здоров'я в забезпеченні медичною допомогою населення на догоспітальному етапі є служба швидкої медичної допомоги (*ШМД*).

Служба швидкої медичної допомоги в Україні представлена спеціальними закладами – станціями, підстанціями (пунктами), лікарнями швидкої медичної допомоги.

Швидка медична допомога – це екстрена позалікарняна медична допомога в максимальному обсязі при раптових захворюваннях

і при нещасних випадках на місці та під час транспортування до стаціонарів.

Допомога хворим при гострих або загостреннях хронічних хвороб, які знаходяться на амбулаторному обслуговуванні територіальної поліклініки, відноситься до *невідкладної медичної допомоги*. Вона надається черговим лікарем поліклініки (із кількості лікарського складу поліклініки), який разом із фельдшером (медичною сестрою) виїжджає на виклик до хворого для надання екстреної медичної допомоги вдома.

Станція швидкої медичної допомоги (СШМД) згідно з “*Положенням про станцію швидкої медичної допомоги*” (Наказ Міністерства охорони здоров’я України № 175 від 19.06.96 р.) є медичним закладом, що надає цілодобову екстрену медичну допомогу дорослому та дитячому населенню на догоспітальному етапі при нещасних випадках і станах із загрозою життю чи здоров’ю.

Екстрену медичну допомогу вона надає при потребі всім *за місцем виклику, при транспортуванні* до лікувальних закладів, при *безпосередньому зверненні*. Станція функціонує в режимі *цілодобового* чергування та готовності до надання екстреної медичної допомоги населенню *визначеної території* обслуговування, а в разі виникнення надзвичайних ситуацій – *і за її межами*.

Основні функції станції швидкої медичної допомоги:

- прийом від населення викликів і їх забезпечення;
- надання на догоспітальному етапі згідно з медико-економічними стандартами екстреної медичної допомоги хворим і потерпілим;
- перевезення хворих і потерпілих, що потребують медичного супроводу, до стаціонарів лікувально-профілактичних закладів;
- підготовка та направлення виїзних бригад поза межі території обслуговування для участі в ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій;
- ведення обліку вільних ліжок у стаціонарах лікувально-профілактичних закладів і визначення місць екстреної госпіталізації;
- діагностично-консультативні та довідково-інформаційні послуги населенню по телефону;
- накопичення та оновлення запасів медикаментів, перев’язувального матеріалу, виробів медичного призначення, укладок-наборів

тощо для роботи в повсякденних умовах і при виникненні надзвичайних ситуацій;

- забезпечення взаємодії з іншими медичними закладами, правоохоронними органами, пожежними частинами, службою екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях, іншими рятувальними та оперативно-ремонтними службами;
- забезпечення спадкоємності та взаємозв'язку з лікувально-профілактичними закладами при наданні екстреної медичної допомоги;
- оперативне інформування органів управління охорони здоров'я та інших зацікавлених організацій про нещасні випадки, катастрофи, надзвичайні та інші визначені ситуації тощо.

Для надання екстреної медичної допомоги створюються *виїзні бригади*, кількість і вид яких визначається головним лікарем за потребами, але не менше ніж 0,7 на 10 тисяч населення.

Виїзна бригада швидкої медичної допомоги – основна функціональна одиниця станції (підстанції) – надає цілодобово екстрену допомогу на догоспітальному етапі дорослому та дитячому населенню при загрозливих життю та здоров'ю станах.

Режим її роботи залежить від кількості викликів.

За призначенням бригади розподіляються на:

- загальнопрофільні;
- спеціалізовані;
- фельдшерсько-перевізні.

До спеціалізованих відносяться:

- кардіореанімаційні;
- психіатричні;
- неврологічні;
- інтенсивної терапії та реанімації, в тому числі дитяча реанімаційна.

Підпорядкована диспетчеру та старшому черговому станції бригада за їх наказом виїжджає на виклик протягом 2-х хвилин після його отримання та повинна приступити до надання допомоги через 15 хвилин і 30 хвилин відповідно в міській та сільській місцевості.

Лікар швидкої медичної допомоги повинен вміти швидко орієнтуватися за будь-яких обставин, точно поставити діагноз, приймати правильне рішення, бо від цього залежить подальша доля людини.

Персонал швидкої допомоги (лікарі, фельдшери, санітари) незалежно від фаху, кваліфікації, перед тим як приступити до самостійної роботи, повинні пройти стажування у найдосвідченіших спеціалістів загального профілю, ознайомитися з роботою спеціалізованих бригад, різноманітною апаратурою, методами діагностики та надання допомоги на догоспітальному етапі.

Роботу *середніх медичних працівників* на станції швидкої допомоги очолює *старший фельдшер*. Він відповідає за підготовку середнього та молодшого медичного персоналу, здійснює контроль за своєчасним поповненням медикаментів, заміною використаного оснащення, систематично наглядає за справністю апаратури та навчанням персоналу правильному користуванню нею.

Перед обов'язковим стажуванням старший фельдшер знайомить нових працівників із характером майбутньої роботи, з оснащенням бригад і машин. Після визначення рівня засвоєння матеріалу та оволодіння практичними навичками формуються групи, з якими старший фельдшер і лікарі спеціалізованих бригад проводять цикл занять за спеціальною програмою.

В подальшому один-два рази на місяць старший фельдшер у присутності лікарів спеціалізованих бригад проводить заняття з середнім медичним персоналом, інформуючи та знайомлячи працівників із новими медикаментами та новими методами реанімації.

Старший фельдшер контролює забезпеченість підрозділів і служб необхідним устаткуванням, апаратурою, виробами медичного призначення та іншим майном.

Він також слідкує за дотриманням санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів, виконанням правил асептики та антисептики.

Фельдшер швидкої медичної допомоги повинен:

- знати принципи організації, тактику надання медичної допомоги та евакуації постраждалих при аваріях, катастрофах, пожежах тощо;
- знати клініку, особливості надання медичної допомоги та госпіталізації хворих особливо небезпечними інфекціями;
- володіти медичною апаратурою та знати показання для застосування дихальної та наркозної апаратури;

- володіти технікою накладання транспортних шин;
- працювати самостійно, кваліфіковано надавати термінову долікарську допомогу на догоспітальному етапі та за профілем госпіталізувати хворих і постраждалих;
- вміти приймати пологи та надавати відповідну допомогу породіллі.

Підстанція (пункт) швидкої медичної допомоги – структурний підрозділ на правах відділення, який забезпечує своєчасну екстрену медичну допомогу на догоспітальному етапі дорослому та дитячому населенню при загрозливих для життя чи здоров'я станах.

Вона організується на території обслуговування станції швидкої медичної допомоги з *урахуванням*:

- 15-хвилинної в міській і 30-хвилинної в сільській місцевості транспортної доступності до меж зони обслуговування;
- чисельності населення;
- його вікового складу;
- наявності та стану транспортних шляхів;
- насичення району промисловими підприємствами та сільсько-господарськими комплексами;
- наявності лікувально-профілактичних закладів і матеріальної бази для їх розміщення.

Лікарня швидкої медичної допомоги – це лікувально-профілактичний заклад, призначений для цілодобового надання стаціонарної екстреної допомоги населенню при гострих захворюваннях, травмах, нещасних випадках, отруєннях у повсякденних умовах і надзвичайних ситуаціях.

Вона може організовуватись в обласних центрах і містах із населенням не менше 300 тисяч за встановленим порядком і функціонувати як самостійний заклад або входити до складу об'єднання швидкої медичної допомоги.

Основні функції лікарні швидкої допомоги:

- цілодобовий прийом і госпіталізація доставлених бригадами ШМД, іншим транспортом і тих, хто звернувся безпосередньо в приймальне відділення та за направленням лікувально-профілактичних закладів;

- екстрена кваліфікована та спеціалізована медична допомога хворим і потерпілим, медичне сортування потерпілих при їх масовому надходженні до лікарні;
- невідкладний лікарський огляд хворих і потерпілих, що поступили в приймальне відділення, їх госпіталізація за показаннями незалежно від наявності вільних місць;
- переведення хворих і потерпілих для подальшого стаціонарного лікування та реабілітації в інші лікувально-профілактичні заклади міста для забезпечення оперативного використання ліжкового фонду.

Щорічно на земній кулі від нещасних випадків вмирає близько 2 мільйонів чоловік. Тільки дорожньо-транспортні пригоди призводять до каліцтва десятків мільйонів чоловік і смерті понад 300 тисяч. На воді з різних причин щорічно потопає близько 200 суден, при цьому гине понад 150 тисяч чоловік.

Катастрофа – це ситуація, пов’язана з раптовим природним явищем або діями людини, що призводить до численних жертв, які потребують екстреної медичної допомоги чи захисту. В таких умовах *виникає диспропорція між силами, засобами та методами* повсякденної роботи органів і закладів охорони здоров’я з однієї сторони та *потребою* постраждалих у допомозі – з іншої.

Надзвичайна ситуація – це неочікувані, раптові обставини, пов’язані з промисловими аваріями, катастрофами, стихійним і екологічним лихом із притаманними їм невизначеністю, складністю в прийнятті рішень, значними економічними збитками, людськими жертвами. Вони потребують великих людських зусиль, матеріальних витрат і багато часу для їх ліквідації.

З огляду на неможливість передбачити катастрофу слід все ж пам’ятати про її ймовірність і розробити попередні заходи щодо захисту від неї, організації рятувальних робіт, надання медичної та інших видів допомоги.

В Україні за останні роки поряд із удосконаленням швидкої допомоги, зміцненням її матеріально-технічної бази вирішувались також і організаційні питання ліквідації наслідків катастроф.

Так, на виконання наказу МОЗ України № 209 від 25.12.90 р. *“Про організацію служби екстреної медичної допомоги у*

невідкладних ситуаціях” була проведена значна робота з реорганізації існуючої системи органів і закладів.

Організовані:

- *республіканська служба*, до складу якої увійшли центр екстреної медичної допомоги з бригадами постійної готовності; спеціалізовані бригади швидкого реагування й підсилення, станції (відділення) швидкої медичної допомоги;

- *Київський регіональний центр екстреної медичної допомоги* (реорганізована республіканська станція санітарної авіації МОЗ);

- науково-практичне *об'єднання “Медицина катастроф”* у складі Київського НДІ хірургії та трансплантології Київського регіонального центру екстреної медичної допомоги (залишаючи за ними юридичну та фінансову самостійність);

- визначені *головні регіональні заклади* з окремих проблем надання екстреної медичної допомоги.

- *територіальні центри екстреної медичної допомоги* – відділення екстреної та планово-консультативної медичної допомоги обласних лікарень, станції (відділення) швидкої медичної допомоги.

При базових закладах і філіях науково-практичних об'єднань (НПО) *“Медицина катастроф”* організовані бригади постійного спорядження з цілодобовим режимом роботи.

Контрольні питання

1. Визначте поняття “швидка медична допомога”.
2. Заклади, що надають швидку медичну допомогу населенню.
3. Основні функції станції швидкої медичної допомоги.
4. Виїзні бригади швидкої медичної допомоги.
5. Завдання старшого фельдшера (станції, відділення), фельдшера швидкої медичної допомоги.
6. Медицина катастроф, роль служби швидкої медичної допомоги в ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

5. ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ

5.1. Медико-соціальні аспекти охорони здоров'я матері та дитини

Охорона здоров'я матері та дитини – це комплекс державних і громадських заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок і дітей та покращання демографічної ситуації, на забезпечення здорового всебічного розвитку молоді та дітей. Будь-яке суспільство має бути зацікавленим у відтворенні та збереженні повноцінного людського потенціалу.

Медико-соціальне значення системи охорони здоров'я матері та дитини визначається її провідною роллю в збереженні та поліпшенні здоров'я жінки, зниженні материнської смертності та смертності немовлят, вихованні здорового, гармонійно розвиненого покоління.

Здійснення численних державних, громадських, медико-соціальних заходів повинно відбуватися на основі засад, передбачених відповідними законодавчими актами.

Законодавча база охорони здоров'я жінок і дітей в Україні включає більшість визнаних на міжнародному рівні прав людини.

Згідно з Конституцією України:

- людина, її життя та здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю (стаття 3);
- кожна людина має невід'ємне право на життя і здоров'я та право на їх захист (стаття 27);
- кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (стаття 49).

У 1991 р. Україна ратифікувала Конвенцію ООН про права дитини, підписала Всесвітню декларацію про забезпечення виживання, захисту та розвитку дітей і розробила план дій щодо її реалізації.

Вирішення проблем охорони здоров'я матері та дитини, в т.ч. медичного забезпечення, залежить від соціального та економічного статусу жінки.

Рівність прав чоловіка та жінки в усіх сферах життя закріплена 24 статтею Конституції. Реалізація задекларованої рівності може бути реально забезпечена лише належними соціально-економічними умовами.

Важливе значення має створення оптимальних умов для забезпечення прав жінок. Це передусім стосується реалізації положень, визначених документами Міжнародної організації праці (МОП).

Більшість з них так або інакше спрямована на захист репродуктивної функції жінки.

Конвенція МОП № 103 (1952 р.) передбачає державну допомогу майбутній матері – забезпечення необхідного рівня життя, медичної допомоги, заборону під час вагітності працювати в важких та шкідливих умовах, надання відпустки до та після пологів, для виховання дитини.

Ці положення знайшли відтворення в VII розділі *Основ законодавства України про охорону здоров'я* (1992 р.).

Чільне місце у вирішенні проблем збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я належить заходам щодо планування сім'ї.

Мета планування сім'ї, за визначенням ВООЗ, полягає в:

- запобіганні небажаних вагітностей;
- можливості регулювати час народження дитини;
- самостійному визначенні сім'єю кількості дітей;
- народженні бажаних здорових дітей;
- профілактиці захворювань, які передаються статевим шляхом;
- профілактиці безпліддя.

В Україні затверджена Національна програма планування сім'ї (1995 р.).

З метою виконання цієї програми та проекту Фонду Народонаселення ООН "Підтримка Національної програми планування сім'ї", а також для покращання стану репродуктивного здоров'я наказом МОЗ України від 17.03.99 р. за № 64 в роботу центрів планування сім'ї впроваджується менеджмент-інформаційна система (МІС) "Репродуктивне здоров'я".

Принцип найкращого забезпечення інтересів дитини відповідно до статті 3 Конвенції ООН закріплено в Кодексі про шлюб і сім'ю, Цивільному, Кримінальному, Кодексі законів про працю, Основах законодавства України про охорону здоров'я. Він відтворений також у законах України щодо освіти, сприяння соціальному становленню та розвитку молоді, соціального захисту інвалідів і громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

На соціальний захист сімей з дітьми спрямований Закон України "Про державну допомогу сім'ям з дітьми" (1993 р. із змінами, внесеними в 1999 р. № 563-XIV).

Цей закон установлює гарантований державою рівень матеріальної підтримки сімей з дітьми шляхом надання державної допомоги з урахуванням складу сім'ї, її доходів, віку, стану здоров'я дітей тощо.

До видів державної допомоги віднесена допомога:

- з вагітності та пологів;
- при народженні дитини;
- з догляду за дитиною;
- з догляду за дитиною-інвалідом;
- з тимчасової непрацездатності.
- в зв'язку з доглядом за хворою дитиною;
- на дітей одиноких матерям;
- на дітей, які перебувають під опікою, піклуванням;
- на неповнолітніх дітей, батьки яких ухиляються від сплати аліментів, або коли стягнення аліментів неможливе.

З 1996 р. держава реалізує *Національну програму "Діти України"*.

Питаннями соціального захисту жінок і дітей займаються також *неурядові організації*. В державі діють і співпрацюють понад 20 всеукраїнських жіночих організацій (Спілка жінок України, Союз українок, Жіноча громада та ін.), майже 400 неурядових організацій, які проголошують роботу з дітьми як свою статутну діяльність (Дитячий фонд України, Український молодіжний Чорнобильський фонд, Асоціація захисту дітей-інвалідів тощо), близько 80 організацій та об'єднань регіонального рівня.

В Україні діє ряд *міжнародних програм*, спрямованих на вдосконалення системи охорони материнства та дитинства.

Міжнародну допомогу в їх здійсненні надають установи ООН (ВООЗ, ЮНІСЕФ), Європейський Союз, уряди США, Німеччини, Канади, Великої Британії, Франції тощо, а також міжнародні фонди та неурядові організації.

Зміст наведених законодавчих документів і державних програм свідчить про забезпечення організаційних засад діяльності держави щодо охорони материнства та дитинства. В місцевих органах виконавчої влади створені підрозділи з відповідних питань.

Для реалізації державної політики в сфері охорони дитинства Кабінет Міністрів України (Постанова від 3 серпня 2000 р. № 1200) реорганізував Міжвідомчу комісію з координації дій щодо виконання Конвенції ООН про права дитини Всесвітньої декларації про забезпечення виживання, захисту та розвитку дітей і Національної програми “Діти України”, в Міжвідомчу комісію з питань охорони дитинства.

Без активної державної соціальної та фінансової підтримки служб охорони материнства та дитинства створити належні умови для поліпшення їх здоров'я неможливо.

В квітні 2001 р. прийнятий Закон України “Про охорону дитинства”. Цей закон визначає охорону дитинства в Україні як стратегічний загальнонаціональний пріоритет і з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіту, соціальний захист і всебічний розвиток встановлює основні засади державної політики в цій сфері.

Проте в першу чергу зусилля держави та громадськості повинні бути спрямовані на діяльність відповідних служб, ефективність якої залежить від багатьох чинників.

Передусім потрібно провести ретельний аналіз стану системи, її засад, матеріально-технічної бази, організації та якості діяльності лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я.

Забезпеченню *медичною допомогою жінок і дітей* буде сприяти:

- збереження служб охорони здоров'я матері та дитини, їх адаптація до змін в економіці держави;
- реформування ПМСД на засадах сімейної медицини, з визначенням її пріоритетності жінкам і дітям;

- впровадження ефективних технологій в роботу лікувально-профілактичних закладів;
- профілактика захворюваності;
- гігієнічне виховання з акцентом на пропаганду здорового способу життя.

Медична допомога жінкам і дітям ґрунтується на загальних принципах організації лікувально-профілактичної допомоги, проте має більш виражену профілактичну спрямованість і надається поетапно:

I етап – медична допомога майбутній матері та підготовка її до материнства;

II етап – комплекс заходів з антенатальної охорони плода, здійснюваних спеціалізованими акушерсько-гінекологічними закладами, загальною мережею лікувально-профілактичних закладів, санаторіями для вагітних;

III етап – інтранатальна охорона плода – забезпечення допомоги при пологах у акушерських відділеннях пологових будинків чи багатопрофільних лікарень, або в дільничних лікарнях;

IV етап – лікувальна допомога новонародженим у відділеннях новонароджених пологових будинків і відділеннях новонароджених дитячих лікарень;

V етап – охорона здоров'я дітей дошкільного віку, здійснення профілактичних заходів;

VI етап – охорона здоров'я дітей шкільного віку.

Важливими складовими частинами системи охорони здоров'я матері та дитини є акушерсько-гінекологічна допомога та лікувально-профілактична допомога дітям.

Акушерсько-гінекологічна допомога надається в 464 жіночих консультаціях, 89 пологових будинках, а також акушерських і гінекологічних відділеннях лікарень.

Розширюється мережа медико-генетичних закладів, до яких відносяться обласні та міжобласні, регіональні центри, медико-генетичні консультації, Львівський НДІ спадкової патології, Інститут генетики репродукції (м. Київ).

Створено центри, відділення, кабінети дитячої та підліткової гінекології. Кабінети відкриті в обласних центрах і великих містах.

У деяких регіонах у кожному районному центрі працюють лікарі-гінекологи дитячого та підліткового віку.

Лікувально-профілактична допомога дітям надається в самостійних дитячих поліклініках і поліклініках у складі дитячих об'єднаних лікарень.

5.2. Організація акушерсько-гінекологічної допомоги

Акушерсько-гінекологічна допомога може надаватися як у самостійних лікувально-профілактичних закладах – пологових будинках і жіночих консультаціях, так і у відповідних відділеннях різних лікарень, поліклінік або медико-санітарних частин, в Українському консультативно-діагностичному центрі матері та дитини.

Вона забезпечується також у перинатальних центрах і в Центрі реабілітації репродуктивної функції жінки, в Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України.

Важливе місце в забезпеченні всіма видами акушерсько-гінекологічної допомоги займає *пологовий будинок*.

До складу *пологового будинку* можуть входити *стаціонар і жіноча консультація*; остання може функціонувати самостійно.

До управлінського апарату пологового будинку відносяться:

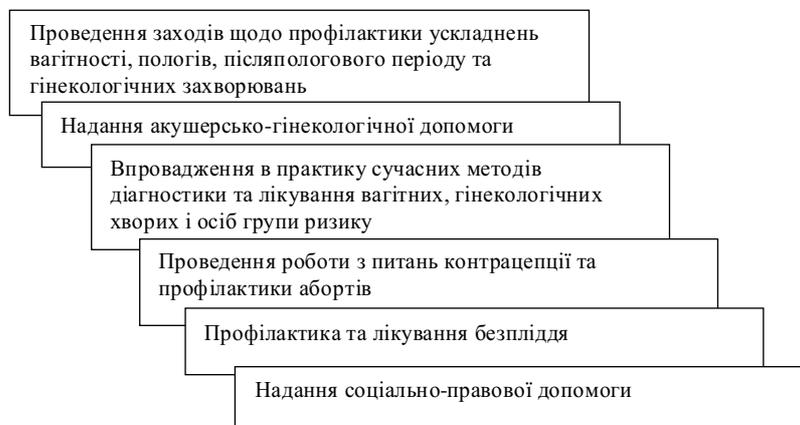
- головний лікар;
- заступник головного лікаря з медичної частини;
- завідувач жіночої консультації;
- головна медична сестра.

Головний лікар відповідає за лікувально-профілактичну, адміністративно-господарську, фінансову діяльність.

Головна (старша) медична сестра безпосередньо підпорядкована головному лікарю та його заступнику з медичної частини. Вона здійснює контроль за роботою середнього та молодшого медичного персоналу щодо виконання призначень лікарів, догляду та обслуговування жінок і новонароджених, дотримання санітарно-гігієнічних правил, а також забезпечує своєчасність виписки, правильність обліку, збереження та використання медикаментів і перев'язувального матеріалу.

Амбулаторно-поліклінічну акушерсько-гінекологічну допомогу забезпечує жіноча консультація, до складу якої входять реєстратура, кабінети лікарів (акушерів-гінекологів, терапевта, стоматолога), інші підрозділи (лабораторія, маніпуляційний та фізіотерапевтичний кабінети, кабінет УЗД, операційна, денний стаціонар).

Жіноча консультація проводить багатопланову лікувально-профілактичну роботу (мал. 1).



Мал.1. Основні завдання жіночої консультації.

Штати лікарів акушерів-гінекологів згідно з наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. формуються з розрахунку: одна посада лікаря на 3300 жіночого населення.

Посади акушерок вводяться відповідно до посад акушерів-гінекологів.

Жіноча консультація забезпечує:

- раннє виявлення вагітних, до 12 тижнів вагітності, взяття їх під диспансерне спостереження;
- систематичне спостереження – 12-13 разів при нормальному перебігу вагітності (1 раз на місяць у першій половині, 2 рази на місяць у другій половині та 3-4 – після 32 тижнів);
- огляд вагітних терапевтом 2 рази та стоматологом, іншими спеціалістами за показаннями;
- проведення лабораторних та функціональних досліджень: аналіз крові 3-4 рази, сечі при кожному відвідуванні консультації,

двічі реакція Васермана, на резус-належність і групу крові, при необхідності біохімічні дослідження тощо;

- ультразвукове дослідження на 16-18-у та 22-24-у тижнях вагітності;

- медико-генетичне консультування сімей зі спадковою патологією (народження дітей з вадами розвитку при попередніх вагітностях, звичні викидні, мертвонародження нез'ясованої етіології, наявність уроджених аномалій та психічних захворювань у родичів I-III ступенів родинної спорідненості).

Якщо вагітна працює в шкідливих умовах, консультація видає довідку про необхідність переведення жінки на іншу роботу.

За діючим законодавством вагітним жінкам надають відпустку на 70 днів до та 56 після пологів (загалом на 126 днів). У разі ускладнених пологів, при народженні кількох дітей відпустка продовжується на 14 днів. Жінкам, які мешкають у зонах радіоактивного забруднення, відпустка надається на 180 днів.

Крім лікувально-профілактичної допомоги вагітним, акушери-гінекологи жіночих консультацій забезпечують *медичну допомогу гінекологічним хворим*, прошарок яких досить значний. Гінекологічні захворювання виявляють при звертанні пацієнтів, проведенні профілактичних оглядів з використанням сучасних діагностичних методів.

Крім жіночих консультацій, в проведенні профілактичних оглядів беруть участь оглядові кабінети поліклінік (поліклінічних відділень) і амбулаторій. Значна частина гінекологічних захворювань виявляється за даними звертань.

У жіночих консультаціях, як і в інших амбулаторно-поліклінічних закладах, створюють денні стаціонари. Особливості їх роботи визначаються специфікою патології даного контингенту.

Акушер-гінеколог жіночої консультації співпрацює з *акушеркою*.

Її обов'язки:

- виконання лікувальних і діагностичних призначень лікаря в консультації та вдома;

- підготовка до амбулаторного прийому;

- допомога лікарю при проведенні оглядів, лікувальних і оперативних маніпуляцій;

- патронаж вагітних і породіль;
- проведення санітарно-освітньої роботи;
- контроль за роботою молодшого медичного персоналу.

В жіночих консультаціях, що мають не менше 8 посад акушерів-гінекологів, встановлюється посада *старшої акушерки*, яка відповідає за:

- забезпечення своєчасного та якісного виконання середнім медперсоналом лікарських призначень;
- поповнення, збереження та використання медикаментів, перев'язувального матеріалу, інструментів;
- збереження та облік отруйних, наркотичних і сильнодіючих ліків;
- своєчасний обмін медичної документації між жіночою консультацією та стаціонаром пологового будинку;
- складання графіків роботи середнього та молодшого медичного персоналу.

Важливі функції щодо надання кваліфікованої стаціонарної допомоги жінкам у період вагітності, під час пологів, у післяпологовому періоді, а також при гінекологічних захворюваннях належать стаціонарам пологових будинків. У цих закладах надається також кваліфікована медична допомога новонародженим і здійснюється догляд за ними в період перебування їх у пологовому будинку.

Для здійснення цих завдань у стаціонарі функціонують відповідні підрозділи (мал. 2).

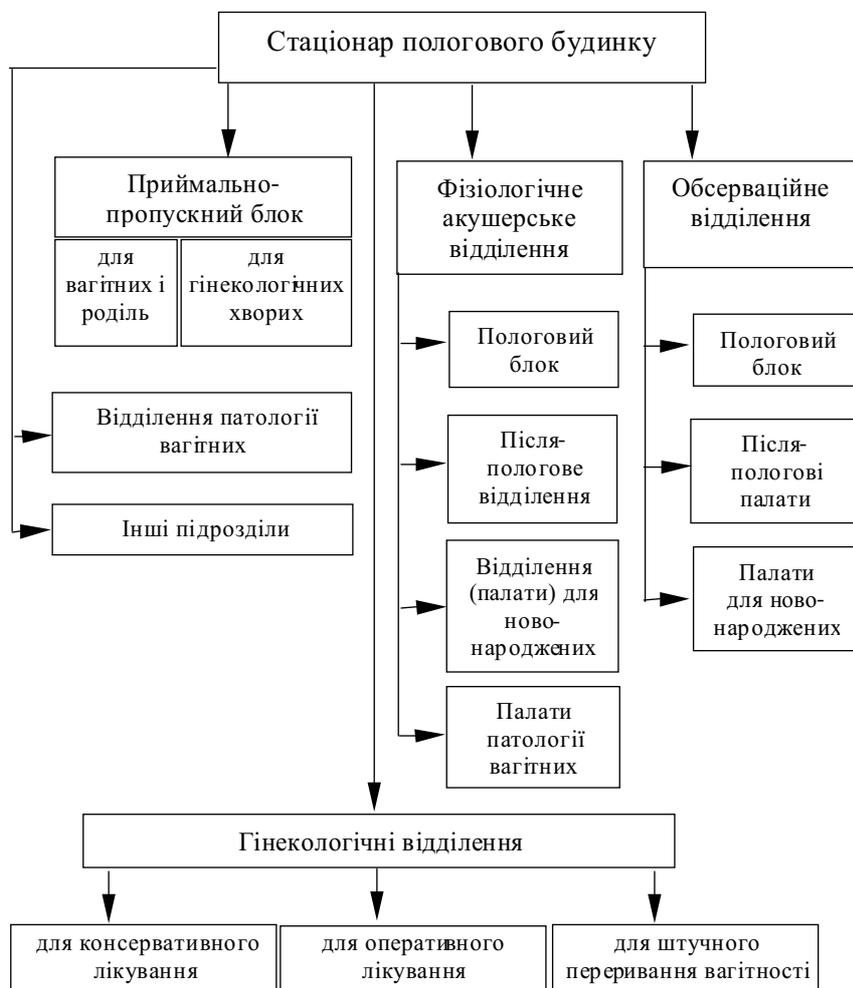
Планова госпіталізація вагітних жінок до пологового будинку (відділення) проводиться лікарем акушером-гінекологом, при його відсутності, акушеркою.

Певна частина вагітних та жінок з гінекологічними хворобами поступають до стаціонару за екстремими показаннями.

Значна частина акушерських ліжок знаходиться у фізіологічному відділенні. Його пологовий блок найбільш потужний, операційні повинні бути обладнані всім необхідним.

За штатом у відділенні працюють завідувач, акушери-гінекологи.

Для забезпечення медичної допомоги новонародженим встановлено посади завідувача відповідного відділення, педіатра.



Мал.2. Структура стаціонару пологового будинку.

Встановлюються також посади середнього медичного персоналу:

- в оглядовому кабінеті фізіологічного та обсерваційного відділень по одному цілодобовому посту;
- в палатах акушерського фізіологічного відділення – один цілодобовий пост на 35 ліжок, у відділенні патології вагітності – один пост на 20 ліжок;

- у передпологовій та пологовій палатах – один цілодобовий пост на 50 акушерських фізіологічних ліжок і ліжок патології вагітності;

- в акушерському обсерваційному відділенні – один цілодобовий пост на 15 ліжок;

- для обслуговування новонароджених акушерського фізіологічного відділення – один цілодобовий пост на 15 ліжок для дітей, у обсерваційному відділенні – один пост на 6 ліжок;

- для обслуговування недоношених новонароджених дітей – з розрахунку один цілодобовий пост на 4 ліжка.

У гінекологічних відділеннях передбачено один цілодобовий пост на 30 ліжок.

Обов'язки та зміст роботи завідувача акушерського (гінекологічного) відділення та відділення новонароджених мають багато спільного з роботою завідувача будь-якого відділення стаціонару.

Проте в їх діяльності більшого значення набуває забезпечення взаємодії в роботі з завідувачами жіночої консультації, дитячої поліклініки та інших ЛПЗ. Це стосується наступництва в обслуговуванні жінок і дітей, підготовки жінок до госпіталізації, а дітей до передачі під спостереження дитячої поліклініки. Крім цього, ці завідувачі мають організовувати правовий захист жінок і дітей.

Акушер-гінеколог відповідного відділення стаціонару безпосередньо забезпечує прийом вагітних і хворих, проводить обстеження, робить призначення, заповнює документацію.

Під час перебування вагітної в передпологовій палаті лікар спостерігає за її здоров'ям і станом плода, приймає пологи. Акушерка може надавати медичну допомогу при неускладнених пологах.

Лікар гінекологічного відділення обстежує та лікує хворих, контролює виконання призначень.

Акушерка акушерського відділення готує жінок до огляду лікаря, допомагає йому при проведенні маніпуляцій та оперативних втручань, здійснює окремі маніпуляції, приймає неускладнені пологи та проводить первинну обробку новонароджених, нескладні лабораторні дослідження, догляд за породіллю. В разі патологічного перебігу пологів і післяпологового періоду вона терміново викликає лікаря.

Старша акушерка відділення відповідає за роботу середнього та молодшого персоналу відділення, складає графіки роботи цього

персоналу, відповідає за систематичне поповнення відділення медикаментами, інструментами, за правильністю його збереження та використання.

Лікар і акушерка дбають про запровадження сучасних методів лактації.

Педіатр відділення (палати) новонароджених проводить лікувально-профілактичні заходи щодо забезпечення їх фізичного, нервово-психічного розвитку, догляду, обстеження, вигодовування.

Медична сестра здійснює нагляд за новонародженими та лікування відповідно до рекомендацій лікаря, допомагає йому при виконанні маніпуляцій, контролює правильність материнського годування, а також забезпечує змішане, штучне годування тим новонародженим, які його потребують.

У відділенні новонароджених дітей виділяють окреме *приміщення для пастеризації та зберігання грудного молока*. Цю роботу здійснює спеціально підготовлена медична сестра, відповідальність за роботу якої несе старша медична сестра та завідувач відділення новонароджених дітей.

Зціджування при необхідності молока у породіль організовує акушерка післяпологового відділення.

При прийомі дитини до відділення для новонароджених медична сестра звіряє документи (текст браслеток, медальйона та історії новонародженого), відмічає точний час прийому та стан дитини, зважує дитину, записує його масу тіла та температуру в історію розвитку новонародженого, проводить повторну обробку новонародженого, слідкує за станом пупкового залишку.

Медична сестра готує дитину та матір до кожного годування.

Здоровим доношеним новонародженим проводиться первинна протитуберкульозна вакцинація. Це проводить медична сестра, підготовлена в туберкульозному диспансері, яка одержала допуск до цієї роботи.

Медична сестра бере активну участь у підготовці та проведенні виписки дитини з пологового будинку. Віддає матері медичне свідоцтво про народження (ф. № 103/о) і обмінну карту ф. № 113/о (відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про породіллю).

Старша медична сестра сповіщає в день виписування дитини по телефону дитячу поліклініку за місцем проживання про основні дані щодо дитини – для проведення першого патронажу вдома.

Стан здоров'я вагітних протягом останніх років погіршився в зв'язку з негативним впливом багатьох чинників.

Зростає частота екстрагенітальної патології. За даними досліджень кафедри соціальної медицини та охорони здоров'я Національного медичного університету, проведених в одному з промислових районів м. Києва, з 1990 по 1999 рр. частота екстрагенітальних захворювань зросла з 21,8 до 50,2 на 100 вагітних, тобто у 2,3 раза. Така ж тенденція характерна для гінекологічних захворювань – показник збільшився в 1,8 раза (з 21,1 до 38,2 на 100 вагітних).

Збільшується число ускладнень і оперативних втручань. Частка нормальних пологів в Україні з 1994 по 1998 рр. зменшилась з 34,2 до 30,8%.*

Вкрай негативно на стан репродуктивного здоров'я жінок впливають аборти.

Досить відчутне зниження рівня абортів за період з 1990 до 1998 рр. не повинно заспокоювати громадськість. Річ у тім, що частота абортів в Україні перевищувала аналогічний показник Франції в 2,6 раза, не кажучи вже про Нідерланди, де цей показник становив лише 5,6‰.**

Загальновизнаними наслідками штучних абортів є не тільки порушення репродуктивного здоров'я (безплідність, запальні процеси), а також їх віддалені наслідки (зниження фізіологічної зрілості новонароджених тощо).

Зниження загальної кількості офіційно зареєстрованих абортів в Україні супроводжується підвищенням їх при першій вагітності. За даними соціологічного опитування “Здоров'я – 1996” першу вагітність переривали близько 14% жінок.***

* Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я. (Щорічна доповідь. 1998 р.). –К, – 1999. – 594 с.

** Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я. (Щорічна доповідь. 1998 р.). –К, – 1999. – 594 с.

*** Здоров'я дітей та жінок в Україні, Кабінет Міністрів України, МОЗ України. – Київ, 1997.– с. 70.

Кількість штучних абортів за даними різних країн зростає серед молоді. Ця ситуація притаманна і Україні, де частота цих абортів з 1994 по 1998 рр. зросла в 3 рази, що пов'язано з незадовільною системою інформації з питань планування сім'ї, низьким рівнем сексуальної культури населення, недостатнім розвитком служби планування сім'ї.

Про погіршення репродуктивного здоров'я свідчить також зростання частоти невиношувань вагітності з 1990 р. Це стосується передчасних пологів і викиднів. Найбільший ризик невиношування спостерігається серед вагітних з екстрагенітальною патологією, особливо при анеміях, частота яких з 1990 по 1999 рр. збільшилась у 4,5 рази.

Одним з показників репродуктивного здоров'я є *безпліддя*. Згідно з визначенням ВООЗ, неплідним вважається шлюб, при якому в дітородному віці за умови регулярного статевого життя впродовж року, без застосування протизаплідних засобів, жінка не вагітніє.

За даними окремих досліджень, народження дитини в США та економічно розвинутих країнах Європи є проблемою для 14-22% сімейних пар. В Україні безплідні шлюби становлять близько 15%.

Значною проблемою для багатьох країн є народження дітей з низькою масою тіла – до 2500 г. Вони відносяться до групи високого ризику. В країнах Європи, як і в Україні, частка таких дітей становить 6%.*

Недоношені діти, новонароджені з низькою масою та народжені хворими потребують значної уваги, складних методик обстеження, догляду, лікування.

Стан здоров'я новонароджених залежить насамперед від факторів *ризиків з боку матері* (ендокринна патологія, звичні викидні, лікування безпліддя, екстрагенітальна патологія тощо).

Значна захворюваність новонароджених, комплексний негативний вплив багатьох чинників на розвиток плода, перебіг пологів і результати вагітності зумовлюють необхідність певної реорганізації акушерської стаціонарної допомоги.

* Медична статистика України. МОЗ України. – Київ, 1997. – с. 93.

Організують регіональні перинатальні центри для медичного забезпечення вагітних високого ризику з огляду на вагому – до 10% – частку таких жінок у популяції репродуктивного віку.

Контрольні питання

1. Медико-соціальне значення системи охорони здоров'я матері та дитини.
2. Заклади, в яких надається акушерсько-гінекологічна допомога.
3. Завдання жіночої консультації.
4. Структура жіночої консультації.
5. Основні організаційні елементи медичного забезпечення вагітних.
6. Завдання стаціонару пологового будинку.
7. Структура стаціонару пологового будинку.
8. Обов'язки завідувача та лікаря-ординатора акушерського (гінекологічного) відділення.
9. Основні обов'язки старшої акушерки та акушерки відділення стаціонару.
10. Основні обов'язки медичної сестри відділення новонароджених.
11. Особливості стану здоров'я вагітних жінок.

5.3. Організація медичної допомоги дітям

Згідно із Законом України “Про охорону дитинства” (26 квітня 2001 р. № 24047-III) визначено термін “дитина” та “дитинство”.

Дитина – особа віком до 18 років (повноліття), якщо згідно з законом, застосовуваним до неї, вона не набуває прав повнолітньої раніше.

Дитинство – період розвитку людини до досягнення повноліття.

Лікувально-профілактична допомога дітям є невід'ємною частиною охорони материнства та дитинства. Вона забезпечує організацію медичного спостереження за здоровими дітьми та надання їм при необхідності кваліфікованої допомоги.

В наданні цієї допомоги беруть участь медичні заклади різних рівнів, заклади освіти та соціального забезпечення.

Серед них є об'єднана *дитяча лікарня* з поліклінічним відділенням, стаціонаром, з лікувально-допоміжними та діагностичними підрозділами, медичним архівом тощо.

В загальній системі медичних заходів, спрямованих на охорону здоров'я дітей, *провідне місце* займає *амбулаторно-поліклінічна допомога*, яку забезпечують у поліклінічних відділеннях дитячих, міських, центральних районних лікарень, у самостійних дитячих поліклініках, а також у підрозділах і закладах сімейної медицини.

Дитяча поліклініка є провідним закладом у наданні лікувально-профілактичної допомоги. Якість її роботи впливає на результати поліклінічного та стаціонарного лікування, а також на рівень госпіталізації, тривалість перебування в стаціонарі, на частоту викликів швидкої медичної допомоги.

В дитячих поліклініках проводять комплекс заходів, спрямованих на запобігання та раннє розпізнавання патології, зниження захворюваності та смертності, особливо немовлят.

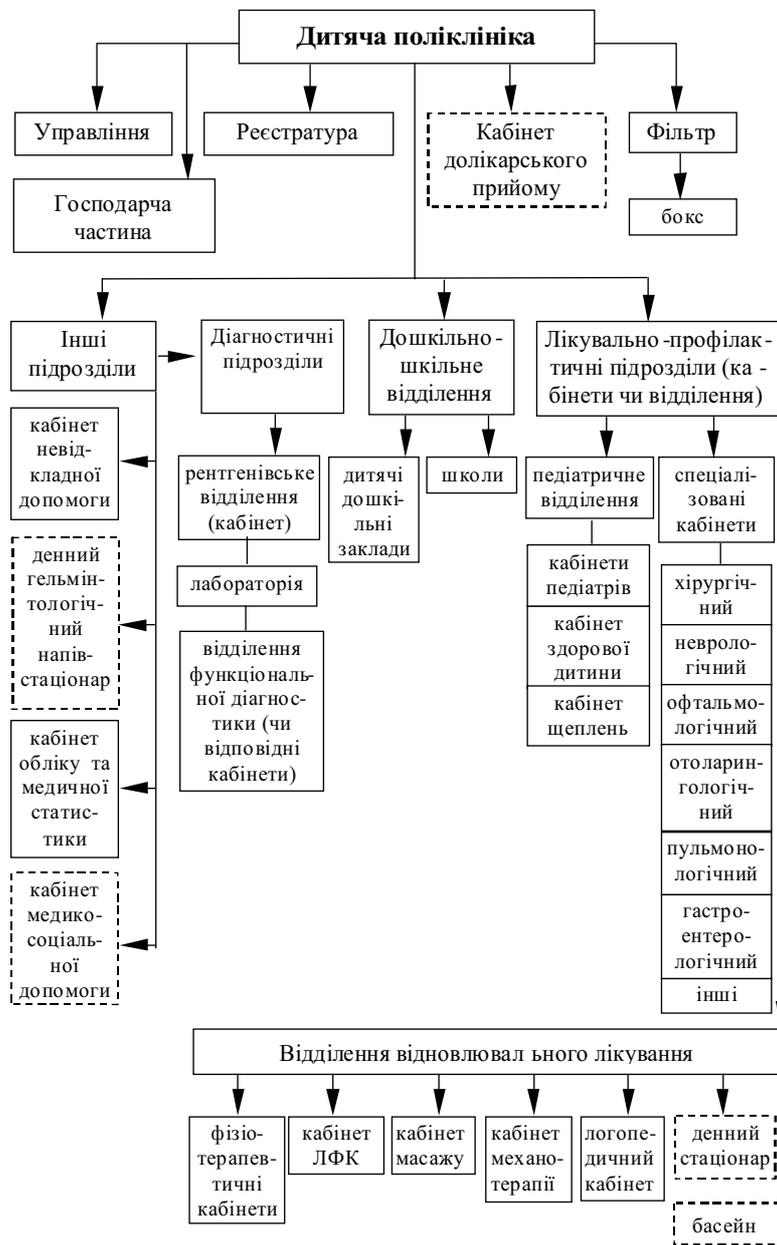
Робота дитячої поліклініки проводиться в таких напрямках:

- організація та здійснення комплексу профілактичних заходів (включаючи профілактичні огляди дітей та диспансерне спостереження відповідно до груп здоров'я та виду патології);
- протиепідемічні заходи (своєчасне виявлення інфекційних захворювань, ізоляція хворих, планування та проведення профілактичних щеплень);
- лікувально-консультативна допомога дітям у поліклініці та вдома;
- лікувально-профілактична робота в дитячих дошкільних закладах і школах;
- організаційно-методична робота.

Для забезпечення цієї діяльності сформувалась відповідна структура дитячих поліклінік (мал. 3).

На сучасному етапі поліклініки надають медичну допомогу дітям від народження до 18 років у поліклініці, вдома, в дошкільних закладах і школах.

Діяльність поліклініки забезпечують *медичні працівники, штати* яких встановлюються з урахуванням чисельності дитячого населення, особливостей його розселення, форм роботи закладу (підрозділу), зумовлених сучасними умовами господарювання.



Мал. 3. Структура дитячої поліклініки.

Крім педіатрів, у дитячих поліклініках працює численна група лікарів інших фахів (хірурги, ортопеди-травматологи, психоневрологи, офтальмологи, отоларингологи, ендокринологи, кардіоревматологи, урологи, алергологи та ін.).

У поліклініці працює чисельний *середній та молодший медичний персонал*. Медичні сестри не тільки допомагають у роботі лікарям. Є підрозділи, в яких працює тільки середній та молодший медичний персонал.

Передбачені такі посади середнього медичного персоналу:

- Посади медичних сестер дільничних установлюються з розрахунку 1,5 посади на кожну посаду лікаря-педіатра дільничного.

- Посади медичних сестер лікарських кабінетів установлюються з розрахунку:

 - 2 посади на кожну посаду лікаря-ортопеда-травматолога;

 - 1 посада на кожні 2 посади лікарів: неврологів, кардіоревматологів, ендокринологів, гастроентерологів, нефрологів, гематологів, дерматологів і 1 посада на кожну посаду лікарів інших спеціальностей.

- Посада медичної сестри кабінету функціональної діагностики Для безпосереднього обслуговування дітей у школах та дитячих садках передбачені посади медичних сестер або фельдшерів з розрахунку 1 посада на:

 - 700 учнів шкіл;

 - 100 дітей дитячих садків;

 - 50 дітей санаторних дитячих садків;

 - 300 учнів спеціальних шкіл для розумово відсталих дітей.

Роботою середнього та молодшого медичного персоналу поліклініки керує *старша медична сестра* цього закладу.

До її обов'язків відносяться:

- складання раціональних графіків роботи підпорядкованого їй персоналу та своєчасне заміщення медичних сестер, що не вийшли на роботу;

- вхідний інструктаж середніх і молодших працівників, яких приймають на роботу, щодо охорони праці, техніки безпеки, ознайомлення їх з посадовими інструкціями, правилами внутрішнього розпорядку;

- контроль за дотриманням середнім і молодшим медичним персоналом правил внутрішнього розпорядку;
- своєчасне виписування, облік, розподіл, використання медичного інструментарію, перев'язувального матеріалу, бактеріальних препаратів, бланків спеціального обліку;
- організація чіткої роботи підрозділів, у яких працюють тільки середні медичні працівники;
- контроль за санітарно-гігієнічним станом поліклініки, за проведенням усіх необхідних протиепідемічних заходів.

Чіткість роботи поліклініки в значній мірі залежить від діяльності *реєстратури*.

Основні завдання реєстратури ідентичні для поліклінік, що надають допомогу дорослому населенню, вони описані в розділі “Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги міському населенню”.

Щоб вивільнити лікаря від виконання функцій, невласливих рівню його підготовки, в поліклініках функціонують *кабінети долікарського прийому*. На кваліфікований середній медичний персонал цього кабінету покладено виконання таких *функцій*:

- проведення контрольного годування немовлят;
- обробка мікротравм;
- видача довідок про епідемічну обстановку за місцем проживання, виписок з історії розвитку дитини та направлень на дослідження в зв'язку з оформленням до дошкільного закладу, школи, від'їзду на санаторне оздоровлення;
- проведення антропометричних вимірювань;
- визначення температури тіла та артеріального тиску перед оглядом педіатра.

Одним з принципів охорони здоров'я, який має особливе значення в педіатричній практиці, є її *профілактичний характер*.

Профілактика завжди займала чільне місце в діяльності поліклініки. Проте в сучасних умовах з урахуванням особливостей розвитку та перебігу цілої низки хвороб, послаблення захисних сил організму дитини, зумовленого численними несприятливими антропогенними чинниками навколишнього середовища та способу життя, роль запобіжних заходів зростає.

Спостереження за здоровими дітьми раннього віку, крім персоналу педіатричних дільниць, здійснюють працівники створених у дитячих міських і районних поліклініках *кабінетів (відділень) здорової дитини*. В них працюють лікар і досвідчені медичні сестри.

При обслуговуванні поліклінікою до 15 тис. дітей вводиться 1 посада медичної сестри, при обслуговуванні понад 15 тис. дітей – 2 посади в зміну.

Робота *кабінету здорової дитини* спрямована на формування та збереження здоров'я дітей.

Його працівники повинні пропагувати здоровий спосіб життя, навчаючи батьків основам виховання, а саме організації відповідно до віку дитини режиму, раціонального харчування, фізичного виховання, загартовування та догляду.

Медичний персонал кабінету надає допомогу дільничним лікарям щодо проведення занять у школах молодих матерів, індивідуальних і колективних бесід з батьками дітей раннього віку, в забезпеченні їх методичними матеріалами з питань охорони здоров'я дитини.

В кабінеті батьків навчають догляду за дітьми, проведенню масажу та гімнастики, загартовуючих процедур; виготовленню харчування, правильному введенню догодівлі та пригодівлі, пропагують впровадження плавання в грудному віці.

Значна увага надається пропаганді грудного вигодовування.

Працівники кабінету з метою профілактики рахіту забезпечують батьків відповідними препаратами, організують при необхідності ультрафіолетове опромінення дітей, разом із дільничним лікарем-педіатром і медичною сестрою проводять індивідуальну підготовку малюків до виховання в дошкільному закладі.

Персонал кабінету відповідає за оволодіння медичними сестрами всіма питаннями профілактичної роботи з дітьми.

Важливе значення має налагодження зворотного зв'язку між персоналом кабінету здорової дитини та дільничною службою, що дає змогу своєчасно виявляти порушення в розвитку дитини та помилки батьків щодо догляду.

В кабінеті повинна бути зібрана відповідна санітарно-освітня література, таблиці, пам'ятки, наочні посібники з основних питань

профілактичної роботи. Матеріали слід постійно поновлювати та використовувати при оформленні приміщень поліклініки стендами, вітражами, санітарними бюлетенями тощо.

Відповідно до завдань кабінет слід забезпечити такими методичними матеріалами та наочними посібниками:

- таблиці режиму за віковими групами;
- методичні рекомендації з грудного вигодовування;
- стенди, що пропагують грудне вигодовування;
- таблиця-схема природного та штучного вигодовування дітей на першому році життя;
- виставка наборів соків, пюре, посуду для вигодовування та харчування дітей різного віку;
- таблиці показників фізичного та нервово-психічного розвитку дітей раннього віку;
- стенди з комплексами масажу та фізичних вправ для дітей раннього віку (за віковими періодами);
- схеми загартовування;
- виставки предметів догляду, особистої гігієни, одягу, взуття, іграшок для дітей різного віку;
- схема проведення специфічної та неспецифічної профілактики рахіту;
- стенд з підготовки дитини до дошкільного закладу;
- методичні рекомендації органів охорони здоров'я з основних питань профілактичної роботи.

Досить часто, через 1-1,5 місяця після пологів, у жінок може настати так званий “лактаційний криз”, тобто короткочасне зменшення об'єму лактації. Це фізіологічне явище. При дотриманні певних умов лактація відновлюється.

Відповідні рекомендації розроблені ВООЗ і ЮНІСЕФ і передбачають тимчасове збільшення числа годувань до 10-12 разів на добу, прикладання дитини до обох грудей при кожному годуванні, обов'язкове нічне годування, застосування за показаннями лактогенних медпрепаратів тощо.

Працівники кабінету здорової дитини та дільничний медперсонал повинні навчити жінку цим діям і проконтролювати їх виконання.

Повноцінне забезпечення дітей медичною допомогою та якісне виконання профілактичних заходів значною мірою залежать від *дільничної служби*.

Головні завдання в роботі *дільничного педіатра* полягають у формуванні, збереженні та зміцненні здоров'я дітей, подальшому зниженні захворюваності та смертності, забезпеченні оптимального фізичного та нервово-психічного розвитку за рахунок широкого впровадження комплексу профілактичних заходів.

Дільничний педіатр здійснює постійний зв'язок із жіночою консультацією, проводить антенатальний патронаж, що має особливо важливе значення для вагітних жінок з групи ризику.

Допомоговий патронаж спрямований на підготовку родини до появи новонародженого. Його частіше здійснює дільнична медична сестра, яка знайомиться з соціальними умовами родини, надає поради стосовно харчування та побуту вагітної жінки. При потребі у проведенні допомогового патронажу бере участь дільничний педіатр (наявність у вагітної захворювань системи кровообігу, ендокринної патології, токсикозу, ускладненого акушерського анамнезу, несприятливих соціально-побутових умов).

Лікар-педіатр опікується здоров'ям дітей від моменту виписки з пологового будинку.

Під наглядом педіатра перебуває в середньому 800 дітей за місцем їх компактного проживання (дільничний принцип).

Він відвідує новонароджених у перші три дні після виписки з пологового будинку, контролює дії дільничної медичної сестри, проводить прийом дітей у поліклініці.

Важливим розділом діяльності дільничного педіатра є *профілактичне спостереження* за здоровими дітьми. Згідно з діючими методичними рекомендаціями у ньому беруть участь також лікарі інших фахів.

Педіатр направляє дітей на консультацію, необхідні лабораторні дослідження та спеціальну комісію для встановлення протипоказань до щеплень на певний строк або повністю, разом із медичною сестрою дільниці планує їх проведення.

Він проводить *динамічне спостереження за групою диспансерного обліку*, здійснює оздоровлення дітей разом із лікарями інших фахів, оцінює ефективність диспансеризації, забезпечує обстеження,

необхідні оздоровчі та профілактичні заходи дітям перед вступом до дошкільних закладів і школи, проводить облік і відбір тих, хто за станом здоров'я потребує санаторного лікування.

Дільничний педіатр відвідує хворих *удома* в разі виклику, надає їм необхідну допомогу з призначенням при необхідності фізіотерапевтичних методів і лікувальної фізкультури, спостерігає за хворою дитиною до одужання, контролює лікування, при потребі госпіталізує дитину чи дозволяє відвідувати поліклініку.

Лікування вдома дитини до одного року потребує щоденного відвідування лікаря для контролю своєчасної госпіталізації важко хворих у разі його неефективності, інформації керівництва про причини її затримки, направлення до СЕС даних про виявлені інфекційні хвороби та проведений комплекс заходів на попередження їх поширення.

Слід зазначити, що за здоровими дітьми лікарі повинні проводити спостереження безпосередньо в поліклініці.

В разі гострого перебігу захворювань або загострень хронічних хвороб лікування дитини та її обстеження лікар проводить у домашніх умовах.

Питання про лікування вдома дітей раннього віку, хворих на запалення легень, гострі кишкові захворювання, вирішує дільничний педіатр спільно із завідувачем педіатричного відділення чи головним лікарем поліклініки.

Під час першого відвідування хворої дитини вдома педіатр призначає лікування, рекомендує режим і характер харчування, дає поради батькам щодо догляду дитини.

При потребі дитині надають невідкладну допомогу, тому лікар повинен мати відповідний набір медикаментів.

Хворих дітей першого року лікують переважно в стаціонарі. Якщо стан здоров'я та умови життя дозволяють лікувати їх удома, дітям виписують рецепти на безкоштовну видачу ліків на весь курс лікування.

Педіатр і медична сестра ведуть щоденне спостереження за хворими дітьми раннього віку до їх одужання, забезпечують здійснення необхідних лікувальних і діагностичних процедур.

Частоту відвідувань дітей більш старшого віку визначає лікар-педіатр, враховуючи характер та перебіг захворювань.

Помічником дільничного педіатра є *дільнична медична сестра*.

Основні обов'язки дільничної медичної сестри дільниці:

- профілактична робота з виховання здорової дитини;
- надання медичної допомоги хворим дітям удома за призначенням лікаря;
- медико-гігієнічне навчання населення;
- облік роботи.

Відповідно до цих обов'язків *дільнична медична сестра* проводить:

- патронаж вагітних жінок (не менше 2 разів);
- патронаж новонароджених і дітей 1-го року життя;
- перепис дитячого населення;
- виклик на прийом дітей диспансерної групи, здорових дітей, які не відвідали своєчасно дитячу поліклініку, та тих, що потребують огляду перед проведенням щеплень;
- медико-гігієнічне навчання дітей та батьків;
- навчання матерів догляду за дітьми, проведенню масажу та комплексу гігієнічних вправ;
- інформація працівників дитячих дошкільних закладів і шкіл про дітей, які захворіли на інфекційні хвороби чи були в контакті з такими хворими;
- допомога педіатру під час прийому дітей у поліклініці (підготовка медичної документації, інструментарію, виконання антропометричних вимірювань, проведення контрольних годувань, направлення дітей на обстеження та консультацію);
- підвищення професійної кваліфікації.

У ранньому дитячому віці можна здійснити багато заходів щодо поліпшення здоров'я, запобігання розвитку в майбутньому хвороб із хронічним перебігом та нейтралізації впливу численних чинників ризику. Саме ці обставини зумовлюють провідний принцип роботи на педіатричній дільниці – профілактичний.

Серед профілактичних заходів значне місце займає *протиенідемична діяльність*.

Основними розділами протиепідемічної роботи на педіатричній дільниці є:

- облік дітей, котрі підлягають щепленням, планування цієї роботи;
- специфічна імунізація дітей – проведення щеплень відповідно до рекомендованих термінів;
- підготовка до щеплень дітей, які часто хворіють, при наявності в анамнезі алергічних реакцій на введення вакцин;
- підготовка матеріалів щодо протипоказань до проведення щеплень для обговорення на комісії, виконання рекомендацій цієї комісії;
- контроль за дітьми після проведення щеплень, облік незвичайних реакцій, профілактика та лікування ускладнень після щеплень;
- аналіз ефективності щеплень на дільниці;
- своєчасне виявлення інфекційних захворювань, повідомлення СЕС;
- ізоляція (госпіталізація) хворих.

Профілактичні щеплення в містах здійснюють у відповідних кабінетах при дитячих поліклініках, а в сільській місцевості – в лікувально-профілактичних закладах сільської лікарської дільниці чи в поліклінічному відділенні районних лікарень. Щеплення дітям, які відвідують дитячі дошкільні заклади та школи, проводять у цих закладах.

Кабінети щеплень дитячих поліклінік, які обслуговують 10 тисяч дітей і більше, очолюють лікарі-імунологи, в поліклініках меншої потужності загальне керівництво їх роботою можуть здійснювати головний лікар поліклініки, його заступник або завідувач педіатричного відділення дитячої поліклініки.

Посади медичних сестер кабінетів щеплень установлюються з розрахунку одна посада в зміну.

Зміст роботи кабінету щеплень:

- розробка спільно з дільничним лікарем планів профілактичних щеплень на території обслуговування;
- організація та проведення запланованих профілактичних щеплень;

- ведення карти профілактичних щеплень;
- відвідування вдома дітей після щеплення для з'ясування стану здоров'я дитини, а також після проведення біологічних (імунологічних) проб, якщо діти не з'явилися для перевірки до поліклініки;
- організація дільничним медичним персоналом точного обліку дітей, які підлягають щепленням, відбору їх для щеплень і забезпечення прибуття на процедуру;
- складання щомісячних і річних звітів про виконання щеплень;
- вивчення ефективності щеплень за допомогою імунологічних реакцій та аналізу захворюваності дітей порівняно з даними про вакцинацію;
- контроль за організацією та проведенням щеплень дітям у дитячих закладах району обслуговування;
- організація та проведення занять з лікарями та середнім медичним персоналом для підвищення кваліфікації щодо щеплень;
- облік дітей, яким протипоказані щеплення (встановлення протипоказань для щеплень і дати подальшого їх проведення вирішується спеціальною комісією). В історії розвитку дитини обов'язково слід зробити відповідний запис за підписами членів комісії.

Організацію та проведення профілактичних щеплень систематично контролює санітарно-епідеміологічна станція.

Перед направленням на щеплення педіатр оглядає дитину. Щеплення проводять у маніпуляційному кабінеті, де роблять відповідний запис до журналу обліку профілактичних щеплень. Патронажна сестра дільниці вносить відповідні відомості до історії розвитку дитини, а медична сестра кабінету щеплень, яка веде картотеку, робить запис у карті профілактичних щеплень.

Багатогранна, складна та відповідальна робота педіатричної служби поліклініки потребує відповідної організації та вдосконалення. Цим займається *завідувач педіатричного відділення* поліклініки.

Цій посадовій особі допомагає *старша медична сестра* педіатричного відділення, яка керує роботою підпорядкованого їй середнього та молодшого персоналу, складає графіки їх роботи, здійснює контроль за роботою дільничних медичних сестер, за плануванням щеплень. Вона отримує медикаменти, здійснює їх облік, розподіл. Ця посадова особа контролює спадкоємність у роботі дитячої поліклініки з жіночими консультаціями, пологовими будинками,

стаціонарами; разом із завідувачем відділення здійснює перевірку роботи медичного персоналу дошкільних закладів і шкіл, здійснює заходи з підвищення кваліфікації підпорядкованого їй персоналу, бере участь у складанні звіту поліклініки.

Важливим розділом у роботі лікаря-педіатра та медичної сестри дільниці є *підготовка дітей до вступу до дошкільних закладів*. До заходів, які проводить медичний персонал дитячої поліклініки з цього питання, належать такі:

- робота з батьками (поради привчити малюка до спілкування з дітьми та дорослими; максимальне наближення домашнього режиму до умов дошкільного закладу; поступове відучування дітей від неприйнятних для дитячих колективів звичок (годування з пляшки, колихання тощо);

- проведення курсу оздоровчих заходів дітям, які відстають у фізичному та нервово-психічному розвитку, часто хворіють, зокрема на рахіт, ексудативний діатез, анемію;

- повторні консультації психоневролога та інших фахівців дітей групи ризику;

- завершення щеплень не пізніше як за один місяць до початку відвідування дошкільного закладу, при неможливості їх проведення – визначення протипоказань і наступне їх проведення в дошкільному закладі через 1-1,5 місяця після закінчення періоду адаптації;

- прийом дитини після гострого захворювання до дошкільного закладу не раніше як через два тижні після одужання.

При наявності протипоказань до щеплень дозволяється прийом дитини до дитячого закладу без щеплень. Наступне щеплення призначається після закінчення періоду адаптації.

Питання про направлення до дитячого закладу дітей групи ризику, а також дітей з хронічними захворюваннями та природженими вадами розвитку вирішує індивідуально залежно від стану здоров'я кожної дитини спеціальна комісія із залученням лікарів відповідного фаху.

Підготовка до навчання в школі передбачає огляд дітей віком 3 та 5 років отоларингологом, окулістом, невропатологом, стоматологом, хірургом, ортопедом, а при показаннях логопедом, фтизіатром, кардіоревматологом, ендокринологом, дерматологом. Це дає змогу своєчасно оздоровити виявлених хворих дітей.

Напередодні вступу до школи лікар-педіатр та інші фахівці знову оглядають дитину, оцінюють ефективність проведеного лікування, стан здоров'я дитини та функціональну підготовленість до навчання. Дітям знову проводять антропометричні вимірювання, клінічний аналіз крові та сечі.

Відомості про диспансерне спостереження з докладним аналізом, висновками про стан здоров'я та рекомендаціями щодо подальшого спостереження за дитиною в умовах школи фіксуються в медичній карті, яку передають у школу до початку навчального року.

Медична допомога дітям, що відвідують дошкільні заклади та школи надається медичними працівниками *дошкільно-шкільного відділення*, роботою якого керує завідувач.

Обов'язки лікарів дошкільного закладу:

- проведення планових профілактичних оглядів дітей перед щепленням, контроль за його проведенням;
- призначення дітям діагностичних проб, лабораторних досліджень і лікування;
- спостереження за диспансерною групою хворих дітей;
- рекомендації щодо організації харчування дітей;
- медичний контроль за фізичним вихованням і загартовуванням дітей;
- робота з профілактики травматизму, його облік і аналіз усіх випадків травм;
- контроль за умовами побуту, вихованням, харчуванням;
- медико-гігієнічне навчання;
- робота щодо захисту дітей від інфекційних захворювань.

Безпосереднім помічником лікаря, виконавцем його призначень та інших функцій є медична сестра або фельдшер дошкільного закладу.

Обов'язки медичної сестри:

- участь у лікарських оглядах дітей, проведення антропометричних вимірювань, визначення гостроти зору тощо;
- проведення загартовування, профілактичних щеплень, діагностичних проб, збирання матеріалу для лабораторних досліджень, виконання інших призначень лікаря;
- ізоляція хворих дітей, проведення огляду, термометрії та інших заходів стосовно дітей, які контактували з інфекційними хворими, організація поточної дезінфекції;

- надання долікарської допомоги дітям при гострих захворюваннях чи травмах;
- медико-гігієнічне навчання;
- контроль за санітарно-гігієнічним та протиепідемічним режимом, медичним обстеженням персоналу дошкільного закладу;
- складання заявок на медикаменти, медичний інструментарій та апаратуру, бакпрепарати, дезінфікуючі засоби;
- оформлення відповідних облікових документів.

Велике значення у вихованні здорового покоління має *медичне забезпечення школярів*, адже саме у цьому віці продовжується розвиток дитини.

З урахуванням цього шкільний лікар повинен мати відповідну підготовку і, головне, профілактичне й гігієнічне мислення.

Шкільний лікар зобов'язаний:

- своєчасно організовувати та проводити медичні огляди школярів, робити висновки про стан здоров'я (з урахуванням зауважень фахівців);
- визначати кожній дитині медичну групу для занять фізичною культурою та призначати лікувально-оздоровчі процедури;
- оцінювати результати медичних оглядів школярів;
- здійснювати медичний контроль за фізичним вихованням, за режимом навчання, зокрема трудового, за харчуванням учнів, проведенням санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів;
- проводити роботу щодо професійної орієнтації школярів з урахуванням стану їхнього здоров'я;
- виявляти учнів, що потребують звільнення від перехідних і випускних іспитів з подачею матеріалів на розгляд відповідної комісії;
- проводити амбулаторний прийом у школі та надавати медичну допомогу тим, хто її потребує;
- проводити медико-гігієнічне навчання персоналу школи, батьків і учнів;
- забезпечувати систематичне спостереження за диспансерною групою хворих, сприяти їх оздоровленню, в тому числі безпосередньо в школі;
- підтримувати зв'язок з дільничними педіатрами.

Середній медичний персонал зобов'язаний:

- допомагати лікарям у проведенні медичних оглядів, у виконанні призначень після оглядів;
- проводити скринінгові тести (вимірювання артеріального тиску, визначення гостроти зору тощо);
- доводити до відома педагогічного колективу результати оглядів учнів і рекомендації лікарів-фахівців;
- здійснювати контроль за організацією харчування, гігієнічними умовами навчання та виховання, за додержанням санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму, виконанням санітарних вимог у харчоблоці та проведенням обов'язкових медичних оглядів його працівників.

До обов'язків середнього медичного персоналу входять також:

- контроль за організацією трудового навчання учнів, самообслуговуванням;
- контроль за своєчасним обов'язковим медичним обстеженням персоналу школи та виконанням усіх необхідних досліджень;
- проведення профілактичних щеплень;
- спостереження за учнями, що мали контакт з дітьми, хворими на інфекційні хвороби;
- проведення спільно з лікарем амбулаторного прийому учнів, проведення роботи щодо профілактики травматизму, його облік;
- проведення обліку і контроль за зберіганням медичного інвентарю, медикаментів, матеріалу для щеплень, за своєчасним їх поповненням.

Структурним підрозділом дитячої поліклініки є *пункт (відділення) невідкладної допомоги*, який надає допомогу вдома, а також у поліклініці у вихідні дні. В ньому працює *лікар-педіатр та фельдшер*. Цей підрозділ надає необхідну медичну допомогу дітям при станах, які безпосередньо не загрожують життю хворого, обслуговує виклики, що надійшли після припинення прийому їх у поліклініках, бере участь у обслуговуванні домашніх стаціонарів.

Основні завдання фельдшера пункту невідкладної допомоги:

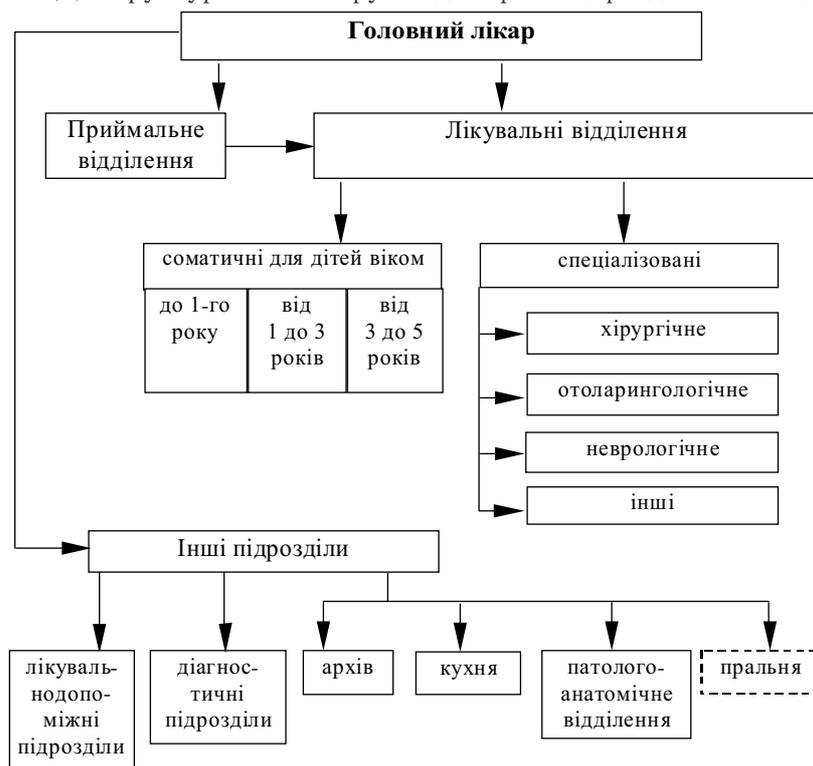
- прийом і реєстрація телефонних викликів і звертань, передача викликів лікарям;
- надання хворим медичної допомоги безпосередньо в пункті за відсутності в цей час лікаря;

- передача при необхідності виклику на станцію швидкої медичної допомоги;
- передача по телефону екстрених повідомлень про інфекційне захворювання в СЕС, даних в реєстратуру поліклініки про важко хворих для активного спостереження за ними дільничними педіатрами;
- забезпечення пункту необхідними матеріалами та інструментами.

У медичному забезпеченні дітей важливе місце посідає *стаціонарна допомога*.

Основним завданням дитячої лікарні (відділення) є надання висококваліфікованої допомоги в достатньому обсязі та належної якості.

До структури стаціонару входять різні підрозділи (мал. 4).



Мал. 4. Структура стаціонару дитячої багатопрофільної лікарні.

В дитячих стаціонарах посади медичних сестер (палатних) установлюються з розрахунку один цілодобовий пост у значній частині відділень – на 20 ліжок при тріступеневій системі обслуговування та на 15 ліжок при двоступеневій системі.

В інфекційних відділеннях кількість ліжок зменшується та становить відповідно 13 і 10.

Менше число ліжок передбачене в офтальмологічному та ЛОР-відділеннях (10 і 8).

Вводяться посади операційної та перев'язувальної медичних сестер, медсестер з фізіотерапії (за нормативами, аналогічними для міських лікарень).

Роботу середнього та молодшого медичного персоналу стаціонару планує та організовує його *головна (старша) сестра*. Вона контролює складання та виконання графіків роботи підлеглого їй персоналу відділень стаціонару, контролює виконання цим персоналом посадових інструкцій, правил внутрішнього трудового розпорядку.

Ця посадова особа приймає участь у підвищенні кваліфікації середнього та молодшого медичного персоналу відділення, забезпечує своєчасне виписування, правильність обліку, розподілу та використання медикаментів, перев'язувального матеріалу, медичного інструментарію.

Важливу роль в організації роботи стаціонару відіграє *примальне відділення*. Воно забезпечує:

- ізоляцію дітей, які були в контакті з інфекційними хворими;
- надання першої невідкладної допомоги;
- санітарну обробку;
- облік руху хворих у стаціонарі;
- довідково-інформаційні функції;
- виписку зі стаціонару.

Лікувальні відділення розраховані на 40-60 ліжок з ізольованими одна від одної палатними секціями на 20-30 ліжок.

Палати мають бути невеликими, на 3-4 ліжка, що дозволяє заповнювати їх одночасно з урахуванням віку та захворювання дитини.

Під час лікування дітей у стаціонарі матері надається можливість перебувати разом із дитиною в спеціальних відділеннях сумісного перебування матері та дитини в лікарні.

В будь-якому відділенні дитина перебуває під наглядом *лікаря-ординатора*, який обстежує її, встановлює діагноз, визначає план лікування, перевіряє правильність та своєчасність виконання всіх призначень медичною сестрою, проводить санітарно-освітню роботу. Він бере участь у обході хворих разом із завідувачем відділення.

В багатьох стаціонарах запроваджено спеціальні листки призначень, які зі слів лікаря заповнює медична сестра під час обходу хворих. При виконанні призначень медична сестра робить у цьому листку відповідну позначку та після заповнення підклеює листок до медичної карти стаціонарного хворого.

Керує всією роботою відділення *завідувач*, який контролює роботу лікарів-ординаторів, розглядає з ними всі складні для діагностики та лікування випадки, скликає консилиум. Під його керівництвом і за його участю підвищують кваліфікацію лікарів та середній медичний персонал.

Завідувачу відділення допомагає *старша медична сестра* відділення, яка забезпечує дотримання графіка роботи середнього та молодшого медичного персоналу, своєчасне його заміщення в разі невиходу на роботу, займається поповненням медичного інструментарію, медикаментів, предметів догляду за хворими. Ця посадова особа відповідає за дотримання протиепідемічного режиму, складає заявки на харчування хворих, веде облік поступлення та виписки хворих. Старша медична сестра здійснює контроль за своєчасним і якісним виконанням медичними сестрами призначень лікарів. Вона виконує деякі адміністративні обов'язки: здійснює зв'язок з іншими відділеннями лікарні та різними закладами, викликає за вказівкою лікаря фахівців на консилиум, встановлює порядок направлення хворих на окремі процедури та на обстеження.

Розпочинаючи роботу до зміни палатних сестер, старша медична сестра перевіряє санітарний стан відділення, наявність медикаментів, білизни, обліковує їх, інформує завідувача, одержує від нього вказівки, бере участь у обході хворих.

Графіки роботи медичних сестер слід складати з розрахунком забезпечення більшої безперервності в спостереженні за хворими дітьми однією і тією ж медичною сестрою.

У роботі лікарень практикуються дво- та тризмінні чергування. При двозмінному чергуванні зміна сестер відбувається двічі на добу, з чергуванням по 12 год. удень і вночі та одним вихідним днем після денного та двома днями після нічного чергування. Найбільш доцільним є тризмінний графік, при цьому вранці та вдень працюють одні й ті самі особи, а медичні сестри, котрі чергують уночі, працюють позмінно. Недоліком його є часта зміна персоналу.

При здачі чергування медичні сестри повинні обійти палати, передати відомості про важкохворих дітей. Передача нічного чергування має відбуватися в присутності старшої медичної сестри.

Медичне обслуговування дітей, які мешкають у сільській місцевості, здійснюється на загальних засадах. Відмінності у формах організації різних видів медичної допомоги зумовлені особливостями розселення сільського населення, щільністю населення, станом шляхів тощо.

Лікувально-профілактичну допомогу дітям забезпечують заклади сільської лікарської дільниці, районні, обласні лікарні та диспансери.

Значна частина сільських дітей перебуває під систематичним спостереженням фельдшера чи медичної сестри. Для підвищення кількості лікарських відвідувань важливо укомплектувати всі сільські лікарські дільниці педіатрами, підвищувати кваліфікацію з педіатрії терапевтів, оскільки вони також беруть участь у наданні медичної допомоги дітям.

В умовах недостатнього укомплектування сільських лікарських дільниць лікарями-педіатрами лікувально-профілактичну роботу серед дітей здійснюють лікарі загального профілю та середні медичні працівники.

Медичне спостереження за дітьми раннього віку в сільській місцевості здійснює *акушерка*, за старшими дітьми – *фельдшер*.

Їх обов'язки:

- щорічний перепис дітей віком до 18 років при подвірних обходах;
- облік прибулих з іншого місця проживання новонароджених;
- патронажні відвідування новонародженого: в перші 3 дні після виписки з пологового будинку, в 2 тижні та у віці одного місяця, щомісячне спостереження протягом першого року (число спостережень залежить від стану здоров'я дитини);

- контроль за фізичним розвитком дітей (систематичне зважування та вимірювання);
- при захворюванні особливо дітей раннього віку обов'язкова консультація з дільничним лікарем, своєчасна госпіталізація до дільничної чи районної лікарні;
- систематичний патронаж дітей, які перебувають під диспансерним наглядом з приводу гіпотрофії, рахіту, захворювань травної системи, ревматизму, туберкульозної інтоксикації, після гострих захворювань, недоношених і дітей, що перебувають на штучному вигодовуванні чи ранній пригодівлі;
- обладнання в приміщенні ФАП "Куточка дитини", де мають бути терези, ростомір, стіл для сповивання, виставка предметів догляду за дитиною та санітарно-освітня література;
- своєчасне проведення профілактичних щеплень та їх облік;
- лікувально-профілактична та санітарно-протиепідемічна робота в дошкільних закладах і школах;
- медико-гігієнічне навчання;
- протитуберкульозна робота серед дітей.

Спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну допомогу дітям у ЦРЛ забезпечують 4-6 фахівців, а також 18-20 спеціалістів, які обслуговують доросле населення. Їм виділяють певні години для прийому дітей.

Центром висококваліфікованої спеціалізованої допомоги дітям є *дитяче відділення обласної поліклініки чи обласна дитяча лікарня.*

В сучасний період стан здоров'я значної частини дітей та підлітків залишається незадовільним. Рівні та особливості окремих показників здоров'я представлені в розділах, присвячених показникам захворюваності, інвалідності, фізичного розвитку, смертності немовлят.

Медико-соціальне обслуговування дітей-сиріт, дітей, що залишились без піклування батьків, дітей з вадами фізичного розвитку здійснюється в будинках дитини загального типу (для дітей від народження до трьох років) та спеціалізованих (для дітей від народження до чотирьох років).

Типовим положенням про будинок дитини, затвердженим наказом МОЗ України № 123 від 18.05.98 р., визначені завдання щодо

постійного спостереження педіатра (і в разі потреби інших спеціалістів) за вихованцями, проведення двічі на рік поглиблених медичних оглядів вихованців, лікування, корекція та реабілітація дітей (з вадами у фізичному та розумовому розвитку) тощо. Значний обсяг роботи в цьому закладі здійснює середній медичний персонал.

Створюються дитячі будинки сімейного типу. За таким будинком закріплюється лікар.

Контрольні питання

1. Основні розділи роботи дитячої поліклініки.
2. Структурні підрозділи дитячої поліклініки.
3. Функції кабінету долікарського прийому.
4. Зміст роботи кабінету (відділення) здорової дитини.
5. Завдання та зміст роботи дільничного педіатра.
6. Обов'язки дільничної медичної сестри.
7. Зміст роботи кабінету щеплень.
8. Заходи, які здійснює медичний персонал поліклініки щодо підготовки дітей до вступу до дошкільних закладів і школи.
9. Обов'язки медичної сестри дошкільного закладу, школи.
10. Структурні підрозділи стаціонару дитячої багатопрофільної лікарні.
11. Обов'язки старшої медичної сестри відділення.
12. Особливості медичного забезпечення дітей, які мешкають у сільській місцевості.
13. Обов'язки фельдшера, акушерки ФАПу щодо медичного забезпечення дітей.

6. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Різноманітна діяльність амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів потребує оперативної корекції та планування на основі поточного обліку та аналізу роботи, його підрозділів і медичного персоналу. Проведення його є однією з складових частин процесу управління, що потребує оптимального інформаційного забезпечення.

В лікувально-профілактичних закладах циркулює численна інформація щодо хворих, використання ресурсів (ліжок у відділеннях, лікувально-діагностичних і допоміжних підрозділів), коштів.

Дані про всі розділи роботи можна отримати з відповідних облікових і звітних документів.

Основні облікові документи, які заповнюються середніми медичними працівниками:

№ п/п	Найменування форми	№ форми
1	2	3
1.	Журнал обліку процедур	029/о
2.	Контрольна карта диспансерного спостереження	030/о
3.	Книга запису викликів лікарів додому	031/о
4.	Журнал запису пологової допомоги вдома	032/о
5.	Журнал реєстрації листків непрацездатності	036/о
6.	Журнал обліку з гігієнічного виховання населення	038/о
7.	Відомість обліку відвідувань до середнього медичного персоналу здоров'я пунктів, фельдшерсько-акушерського пункту	039-1/о
8.	Карта профілактичних флюорографічних досліджень	052/о
9.	Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення	058/о
10.	Журнал обліку інфекційних захворювань	060/о
11.	Карта профілактичних щеплень	063/о
12.	Журнал обліку профілактичних щеплень	064/о
13.	Журнал реєстрації амбулаторних хворих	074/о
14.	Зошит запису вагітних, які знаходяться під наглядом фельдшерсько-акушерського пункту	075/о

1	2	3
15.	Медична довідка на учня, який від'їжджає до оздоровчого табору	079/о
16.	Довідка про тимчасову непрацездатність студента, учня технікуму, професійно-технічного училища про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує школу, дитячий дошкільний заклад	095/о
17.	Фельдшерська довідка про смерть	106-1/о
18.	Індивідуальна картка вагітної і породіллі	111/о
19.	Історія розвитку дитини	112/о
20.	Зошит обліку роботи вдома дільничної (патронажної) медичної сестри (акушерки)	116/о
21.	Довідка про тимчасове звільнення від роботи, навчання в зв'язку з необхідністю догляду за хворою дитиною	138/о
22.	Листок обміну руху хворих і ліжкового фонду стаціонару	007/о
23.	Журнал переліку об'єктів, які підлягають державному санітарно-епідеміологічному нагляду	300/о
24.	Карта епідеміологічного обстеження вогнища інфекційного захворювання	357/о

Дані облікових документів є основою для аналізу діяльності закладу, підрозділу, окремого спеціаліста за певний звітний період. Вони необхідні також для оперативного керівництва роботою.

Інформація може записуватися як на паперових носіях, так і в комп'ютерній базі даних. У закладах охорони здоров'я та органах управління накопичено значний досвід автоматизованого обліку інформації, що дозволяє розширити можливості аналізу при зменшенні затрат часу на обробку отриманих даних.

Звіт складають *лікарі-статистики та методисти*, статистики, які працюють у кабінетах обліку та медичної статистики чи в інформаційно-аналітичних відділах районних (міських) лікарень, поліклінік, а також середні медичні працівники фельдшерсько-акушерських, фельдшерських, акушерських пунктів.

На основі звітних даних обчислюють і аналізують відповідні показники за участю керівників закладу та відповідних підрозділів.

Розробка та аналіз статистичної інформації дозволяє оцінювати обсяг діяльності, якість і ефективність лікування, стан здоров'я населення.

Керівники закладів і підрозділів мають змогу оперативно управляти закладом, своєчасно розробляти заходи щодо поліпшення організації медичного забезпечення населення.

Оцінка лікувально-профілактичної та санітарно-профілактичної роботи проводиться за такою схемою:

- загальні дані про заклад, його підрозділи;
- організація та обсяг роботи закладу;
- якість діагностики та лікування.

Вказана діяльність значною мірою висвітлюється в звітах лікувально-профілактичного закладу (ф. № 20) і фельдшерсько-акушерського пункту (ф. № 24).

За даними звіту ЛПЗ (ф. № 20) визначають тип закладу, його підпорядкування, потужність, структуру, обладнання відділень (кабінетів).

Для визначення показників обсягу допомоги та здоров'я необхідні дані про чисельність населення, яке обслуговується даним ЛПЗ, розподіл його за віком і контингентами, що підлягають профілактичним оглядам.

Аналіз даних звітів про штати закладу ф. № 20, ф. № 24 дозволяє оцінити:

- укомплектованість закладу лікарями, середнім і молодшим медичним персоналом;

$$\frac{\text{Кількість зайнятих посад лікарів}}{\text{(середнього та іншого медичного персоналу)}} \cdot 100$$

Кількість штатних посад лікарів
(середнього та іншого медичного персоналу)

- коефіцієнт сумісництва (виходячи з того, що працівник може виконувати роботу як у більшому обсязі, передбаченому нормативами, так і в меншому обсязі, наприклад, 1,25 або 0,5 посади).

$$\frac{\text{Кількість зайнятих посад} \cdot 100}{\text{Кількість фізичних осіб}}$$

Кількість фізичних осіб

За даними звітів розділу ф. № 20 "Діяльність поліклініки (амбулаторії)" та розділу ф. № 24 "Медична допомога", визначається низка показників амбулаторно-поліклінічної допомоги:

- середнє число відвідувань до середнього медичного персоналу на самостійному прийомі на одного жителя:

$$\frac{\text{Кількість відвідувань}}{\text{Чисельність населення}}$$

Аналогічно обчислюється середнє число відвідувань на одну дитину та на одну вагітну жінку загалом, а також патронажних відвідувань.

- повнота охоплення профілактичними оглядами жінок 18 років і старше:

$$\frac{\text{Кількість оглянутих у оглядових кабінетах} \cdot 100}{\text{Кількість жінок 18 років і старше}}$$

За даними діяльності пункту невідкладної медичної допомоги, визначають число виїздів на 1000 населення, здійснених середнім медичним персоналом:

$$\frac{(\text{Кількість виїздів усього} - \text{кількість виїздів до лікарів}) \cdot 1000}{\text{Чисельність населення}}$$

- Частота пологів, прийнятих на ФАПі:

$$\frac{\text{Кількість пологів} \cdot 100}{\text{Кількість вагітних, у яких закінчилась вагітність}}$$

- Питома вага прийнятих пологів без подальшої госпіталізації:

$$\frac{\text{Кількість пологів без госпіталізації} \cdot 100}{\text{Кількість усіх прийнятих пологів}}$$

Матеріали розділу III ф. № 20 – Діяльність стаціонару – дозволяють визначити показники використання ліжкового фонду:

- середньорічна зайнятість ліжка

$$\frac{\text{Кількість проведених хворими ліжко-днів}}{\text{Середньорічна кількість ліжок}}$$

- середня тривалість перебування хворого в лікарні:

$$\frac{\text{Кількість проведених хворими ліжко-днів}}{\text{Кількість хворих, що вибули зі стаціонару (сума виписаних і померлих)}}$$

- оберт ліжка, тобто середнє число хворих, які перебували на одному ліжку:

$$\frac{\text{Кількість хворих, що пройшли через стаціонар}}{\text{Середньорічне число ліжок}}$$

Показники обчислюються загалом для стаціонару, а також для всіх його відділень, у т.ч. відділення сестринського догляду.

Проводять також аналіз показників летальності (загального, для відділень, при окремих захворюваннях):

$$\frac{\text{Кількість померлих хворих} \cdot 100}{\text{Кількість виписаних} + \text{кількість померлих}}$$

Оцінка діяльності *лікувально-допоміжних підрозділів* поліклініки проводиться відносно до числа амбулаторних відвідувань чи відносно до стаціонарних хворих.

$$\frac{\text{Кількість фізіотерапевтичних процедур амбулаторним хворим} \cdot 100}{\text{Кількість відвідувань поліклініки (ФАПу)}}$$

$$\frac{\text{Кількість фізіотерапевтичних процедур} \cdot 100}{\text{Кількість осіб, що виписалися зі стаціонару}}$$

Аналогічно обчислюють показники діяльності кабінету ЛФК.

7. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

Згідно з “Основами законодавства України про охорону здоров’я” (1992 р.), існують такі *види медичної експертизи*:

- медико-соціальна експертиза втрати працездатності;
- військово-лікарська;
- судово-медична та судово-психіатрична;
- патологоанатомічна.

Метою проведення медико-соціальної експертизи є визначення наявності факту, ступеня, причини тимчасової та стійкої втрати працездатності та необхідності звільнення в зв’язку з цим від роботи. Цей вид експертизи здійснюється лікувально-профілактичними закладами при тимчасовій непрацездатності та медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК) – при стійкій непрацездатності.

Тимчасова непрацездатність – це неможливість виконувати роботу в зв’язку з захворюванням, травмою чи іншими причинами протягом нетривалого часу.

Стійка непрацездатність або інвалідність – це тривала чи постійна втрата працездатності внаслідок хронічного захворювання чи травми, які призвели до значних порушень функцій організму.

Проведення експертизи працездатності обумовлене значним впливом захворюваності з тимчасовою та стійкою непрацездатністю на здоров’я населення, економічними втратами суспільства та пов’язане з юридичними аспектами.

7.1. Експертиза тимчасової непрацездатності

Соціальна допомога при тимчасовій непрацездатності *компенсує* працівникові *втрачений заробіток*. Розмір компенсації відповідно до Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування у зв’язку з тимчасовою втратою працездатності

та витратами, зумовленими народженням та похованням” (2001 р.) залежить від *страхового стажу* в таких розмірах:

- менше 5 років стажу – 60% середньої заробітної плати (доходу);
- від 5 до 8 років – 80% середньої заробітної плати (доходу);
- понад 8 років – 100% середньої заробітної плати (доходу).

Без урахування страхового стажу 100% середньої заробітної плати (доходу) виплачується застрахованим особам, віднесеним до 1-4 категорій осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи; одному з батьків або особі, що їх замінює та доглядає хвору дитину віком до 14 років, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи; ветеранам війни та особам, на яких поширюється чинність Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”; вагітним та породіллям.

Документом, що дає право на одержання виплат з державного соціального страхування є *листок непрацездатності* (лікарняний листок). Цей документ є:

- медичним (засвідчує втрату працездатності);
- обліковим (для обліку та аналізу захворюваності з тимчасовою втратою працездатності);
- юридичним (виправдовує невихід на роботу);
- фінансовим (дає право на одержання грошових виплат з державного соціального страхування).

Крім лікарняних листків, тимчасову непрацездатність можуть засвідчувати *довідки*, які є юридичною основою звільнення працівника від роботи чи навчання. На відміну від листка непрацездатності, вони не є фінансовим документом.

Право видачі листків непрацездатності надається:

- лікуючим лікарям;
- фельдшерам в місцевостях, де відсутній лікар, а також на плаваючих суднах.

Список цих фельдшерів затверджується щорічно територіальними органами управління охорони здоров'я.

Видача документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, здійснюється лікуючим лікарем (фельдшером) при пред'явленні паспорта чи іншого документа, який засвідчує особу непрацездатного,

тільки після особистого огляду хворого, про що робиться відповідний запис у медичній документації.

Листок непрацездатності (довідка) в амбулаторно-поліклінічних закладах видається лікуючим лікарем (фельдшером) переважно за місцем проживання чи роботи.

Не мають права видавати листки непрацездатності медичні працівники станцій (відділень) швидкої медичної допомоги, госпрозрахункових поліклінік, станцій переливання крові, закладів судово-медичної експертизи, будинків відпочинку і туристичних баз, косметологічних лікарень, санітарно-профілактичних закладів.

Основними завданнями лікувально-профілактичних закладів при проведенні медико-соціальної експертизи є:

- експертиза тимчасової непрацездатності;
- своєчасне виявлення стійкої непрацездатності та направлення хворого на медико-соціальну експертну комісію;
- рекомендації з працевлаштування робітників, що не мають ознак інвалідності.

Види тимчасової непрацездатності:

- захворювання (травма);
- догляд за хворим членом сім'ї;
- догляд за дитиною віком до трьох років або дитиною-інвалідом віком до 16 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за цією дитиною;
- санаторно-курортне лікування;
- карантин;
- переведення на легшу нижчеоплачувану роботу при туберкульозі, при професійному захворюванні та при виробничих травмах (відповідно до медичного висновку);
- протезування з поміщенням до стаціонару протезно-ортопедичного підприємства;
- в зв'язку з вагітністю та пологами.

Лікарсько-консультативна комісія (ЛКК) створюється при наявності в штаті не менш ніж 15 лікарів, що ведуть амбулаторний прийом.

Основними завданнями ЛКК є:

- вирішення складних і конфліктних питань експертизи непрацездатності;

- продовження листка непрацездатності до одужання (після 10 днів);
- видача листка непрацездатності на санаторно-курортне лікування;
- видача листка непрацездатності при переведенні на іншу роботу при туберкульозі, професійному захворюванні, виробничій травмі;
- направлення хворих на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК);
- видача листка непрацездатності для лікування поза основним місцем проживання.

*Порядок видачі листків тимчасової непрацездатності при захворюванні.**

Право видачі листка непрацездатності при амбулаторному лікуванні надається лікуючому лікарю на мінімальний термін 1 день і максимальний – 5, а потім при необхідності він може продовжити його ще на 5 днів, тобто загалом на 10 днів. Понад 10 днів листок непрацездатності продовжується завідувачем відділення, або ЛКК з періодичністю не рідше 1 разу на 10 днів, але не більше терміну, встановленого для направлення хворого до МСЕК.

В окремих випадках, коли захворювання вимагає тривалого лікування, а саме при важких травмах та туберкульозі періодичність оглядів, з продовженням листка непрацездатності може бути не рідше 1 разу на 20 днів залежно від тяжкості перебігу захворювання.

У лікувально-профілактичних закладах *у сільській місцевості* листок непрацездатності (довідка) може видаватись особисто одним лікарем за загальними правилами, але максимально до 14 днів з наступним направленням хворого до ЛКК. Список таких лікарів затверджується щорічно наказом територіальних органів управління охорони здоров'я.

Фельдшер, якому надане право видачі листка непрацездатності, має право його видавати особисто та одночасно на термін не більше 3-х днів з наступним направленням хворого до лікаря при наявності в нього тимчасової непрацездатності.

* Наказ МОЗ України № 455 від 13.11.2001 р.

При *стаціонарному лікуванні* листки непрацездатності на весь час госпіталізації хворого видаються лікуючим лікарем *спільно з завідувачем відділення*.

При *безперервному захворюванні* максимальний термін видачі ЛКК листка непрацездатності становить 4 місяці.

При туберкульозі та професійному захворюванні цей термін становить відповідно 10 місяців.

Після зазначених вище максимальних термінів лікарсько-консультативна комісія направляє хворого на МСЕК з листком непрацездатності та відповідно оформленим направленням.

Якщо МСЕК не має підстав вважати хворого інвалідом, то за її санкцією листок непрацездатності продовжує лікувально-профілактичний заклад.

Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність з догляду за хворим членом сім'ї, здоровою дитиною та дитиною-інвалідом.

Листок непрацездатності з догляду за хворою дитиною віком до 14 років видається на період не більше 14 календарних днів.

Після максимального терміну (14 днів) лікарем видається довідка з догляду за дитиною (встановленої форми) до її одужання при гострому захворюванні чи настання ремісії при загостренні хронічного захворювання, яка оплаті не підлягає.

При стаціонарному лікуванні дітей віком до 6 років одному із працюючих членів сім'ї чи іншій працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною, видається листок непрацездатності на весь період перебування в стаціонарі разом з дитиною.

У випадку стаціонарного лікування важко хворих дітей старшого віку (6-14 років) листок непрацездатності видається одному із працюючих членів сім'ї чи іншій працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною на період, коли за висновком ЛКК дитина потребує індивідуального догляду.

Листок непрацездатності може видаватись і з догляду за *здоровою дитиною* у віці до 3-х років, за *дитиною-інвалідом до 16 років* у випадку, якщо хворіє мати, опікун, інший член сім'ї, перебуваючи в частково сплачуваній відпустці з догляду за дитиною до 3-х років або виховуючи дитину-інваліда віком до 16 років. У таких випадках

листок отримує працююча особа, яка буде доглядати дитину під час хвороби матері.

*Порядок видачі листків непрацездатності
з вагітності та пологів.*

Листок непрацездатності з *вагітності та пологів* видається за місцем спостереження за вагітною лікарем-акушером-гінекологом з 30 тижнів вагітності одночасно на 126 календарних днів (70 до передбачуваного дня пологів і 56 – після).

У разі передчасних пологів, виникнення ускладнень під час пологів або в післяпологовому періоді, народженні двох чи більше дітей додатково видається листок непрацездатності на 14 календарних днів, за винятком жінок, яких віднесено до I-IV категорій постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС.

Жінкам, яких віднесено до I-IV категорій постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, видається листок непрацездатності з вагітності та пологів з 27 тижнів вагітності тривалістю 180 календарних днів (90 днів на період допологової відпустки та 90 – на період післяпологової відпустки).

7.2. Експертиза стійкої непрацездатності.

Експертизу стійкої непрацездатності чи інвалідності проводять медико-соціальні експертні комісії (МСЕК).

За профілем МСЕК бувають *загальні та спеціалізовані*. До складу МСЕК загального профілю входять: терапевт, хірург, невропатолог; до складу спеціалізованої – два лікарі відповідного профілю та один терапевт або невропатолог.

Направлення для огляду хворого у МСЕК видають лікарсько-консультативні комісії (ЛКК) відповідного лікувально-профілактичного закладу за формою, затвердженою МОЗ, після клінічних обстежень, що підтверджують стійкий чи незворотний характер захворювання, та в тому разі, коли хворий був звільнений від роботи протягом чотирьох місяців з дня настання тимчасової непрацездатності. При туберкульозі та профзахворюванні цей термін становить 10 місяців.

Основні завдання МСЕК – виявлення причин, встановлення груп інвалідності, надання трудових рекомендацій інвалідам.

Подекуди після огляду хворого МСЕК може санкціонувати продовження листка непрацездатності для завершення лікування.

Розрізняють такі *види інвалідності*:

- загальне захворювання;
- професійне захворювання;
- трудове каліцтво;
- інвалідність з дитинства;
- в зв'язку з Чорнобильською катастрофою;
- у колишніх військовослужбовців;
- інвалідність до початку трудової діяльності.

Найчастішим видом інвалідності є інвалідність від *загального захворювання*.

Існують *три групи інвалідності*. Найважчою з них є *перша* – вона встановлюється особам з постійною чи тривалою втратою працездатності, які потребують постійного стороннього догляду, нагляду чи допомоги.

Друга група встановлюється особам, що також мають значні функціональні порушення та практично повну непрацездатність, але не потребують сторонньої допомоги, нагляду, тобто здатні обслуговувати себе самостійно.

Встановлення *третьої* групи інвалідності передбачає можливість продовження трудової діяльності.

Контрольні питання

1. Види медичної експертизи.
2. Документи, що засвідчують тимчасову втрату працездатності, їх функції.
3. Кому надається право видавати документи, що засвідчують тимчасову втрату працездатності?
4. Види тимчасової втрати непрацездатності.
5. Терміни, на які мають право видавати листки непрацездатності лікарі (фельдшери).
6. Хто має право продовжувати листки непрацездатності?
7. Правила видачі листка непрацездатності при окремих видах непрацездатності.
8. Організація експертизи стійкої втрати працездатності. Медико-соціальна експертна комісія (МСЕК), її види, склад.
9. Види та основні причини стійкої втрати непрацездатності.

8. ОРГАНІЗАЦІЯ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ

Основною функцією держави в охороні здоров'я громадян, безумовно, є забезпечення комплексу заходів щодо збереження, покращання здоров'я та запобігання насамперед масовим захворюванням (епідеміям, масовим гострим та хронічним отруєнням, професійним захворюванням). Серед принципів охорони здоров'я, визначених Основами законодавства України (1992 р.), важливу роль займає попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід (стаття 4).

Ряд завдань, які безпосередньо стосуються збереження, покращання здоров'я та запобігання захворюванням визначено міжнародними документами в галузі охорони здоров'я, зокрема "Основами політики досягнення здоров'я для усіх в Європейському регіоні ВООЗ".

В Україні реалізація цих завдань знайшла своє відображення у "Національній програмі покращання довкілля", "Національній програмі боротьби із СНІДом", "Національній програмі збереження здоров'я працюючих" та інших документах і заходах щодо покращання здоров'я та умов його формування.

В системі державних заходів та центральних органів виконавчої влади особлива функція щодо охорони здоров'я, профілактики захворювань та державного нагляду за дотриманням законодавства в охороні здоров'я належить Державній санітарно-епідеміологічній службі України.

Система проведення санітарно-протиепідемічних заходів в Україні створювалася протягом досить тривалого часу.

В сучасний період поняття "*санітарно-епідеміологічна справа*" включає:

- державні та суспільні протиепідемічні, санітарно-гігієнічні та оздоровчі заходи;

- санітарне законодавство;
- практичну діяльність органів і закладів;
- науково-дослідну роботу з гігієни, епідеміології, організації санітарно-епідеміологічної справи;
 - систему підготовки, підвищення кваліфікації санітарних кадрів, підготовку працівників медичної мережі з питань епідеміології та гігієни;
 - гігієнічне виховання населення.

Діяльність державної санітарно-епідеміологічної служби ґрунтується на таких принципах:

- *Державний характер* санітарно-епідеміологічної діяльності. Цей принцип закріплений у законодавчих документах.
- *Науково-планова основа* санітарно-гігієнічних та санітарно-протиепідемічних заходів.
- *Єдність санітарно-гігієнічних та санітарно-протиепідемічних заходів.*

- *Єдність запобіжного та поточного санітарного нагляду* як однієї з основних функцій санітарно-епідеміологічних закладів, здійснюваних єдиними методами на всій території держави.

- *Участь різних служб і відомств, організацій, підприємств, установ і громадян* у проведенні санітарних і протиепідемічних заходів відповідно до чинних законодавчих документів.

- *Участь у міжнародному співробітництві* із забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення.

До основних *напрямків діяльності* державної санітарно-епідеміологічної служби відносяться:

- здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду за дотриманням санітарного законодавства;
- визначення пріоритетних завдань у профілактиці захворювань і в охороні здоров'я від шкідливого впливу факторів довкілля;
- вивчення, оцінка та прогнозування показників здоров'я населення залежно від стану середовища життєдіяльності людини;
- підготовка пропозицій щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- контроль за усуненням причин і умов виникнення та поширення інфекційних, масових неінфекційних захворювань, отруєнь і радіаційних уражень;

- державний облік інфекційних і професійних захворювань та отруень;
- видача висновків державної санітарно-гігієнічної експертизи щодо об'єктів поводження з відходами;
- встановлення санітарно-гігієнічних вимог до продукції, що виробляється з відходів, та видача гігієнічного сертифіката на неї;
- методичне забезпечення та здійснення контролю під час визначення рівня небезпечності відходів.

Залежність здоров'я від різноманітних чинників ставить питання про розробку та здійснення заходів, спрямованих на попередження чи зменшення їх шкідливого впливу на здоров'я.

Реалізація цих завдань можлива шляхом здійснення комплексу загальнодержавних, санітарно-гігієнічних, оздоровчих заходів з метою створення найбільш сприятливих умов життя.

Важливе значення належить також особистості, оскільки без зусиль населення, спрямованих на збереження та покращання власного здоров'я, неможливе досягнення його високого рівня.

В діяльності закладів охорони здоров'я профілактичні заходи втілюються в різних формах у вигляді первинної та вторинної профілактики.

Первинна профілактика – це комплекс заходів, спрямованих на охорону та зміцнення здоров'я. Важливою її складовою частиною є покращання соціально-економічних умов.

Безпосереднє відношення до профілактики має регламентація забезпечення здорових умов життя та праці, передбачена в IV розділі Основ законодавства України про охорону здоров'я. Це стосується стану довкілля, діючої інфраструктури населених пунктів, об'єктів і видів діяльності підприємств, організацій тощо.

Законодавством України, зокрема Законом України “Про захист населення від інфекційних хвороб” (2000 р.) регулюються також питання запобігання інфекційним захворюванням. З цією метою законодавчо закріплена вимога щодо профілактичних щеплень, госпіталізації та лікування інфекційних хворих та носіїв збудників інфекційних хвороб, санітарної охорони території України від занесення інфекційних хвороб.

Державна санітарно-епідеміологічна служба – це органи, установи та заклади санітарно-епідеміологічного профілю Міністерства

охорони здоров'я України, відповідні установи, заклади, частини та підрозділи Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Державного комітету в справах охорони державного кордону та Служби безпеки України.

Центральним органом, що здійснює контроль і нагляд за додержанням санітарного законодавства, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, є Міністерство охорони здоров'я України.

Установи та заклади державної санітарно-епідеміологічної служби здійснюють свою діяльність на підставі Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 22 червня 1999 року № 1109 та положень про державну санітарно-епідеміологічну службу відповідних міністерств і відомств.

Важливим правовим підґрунтям забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення України є санітарне законодавство, до якого, окрім законів “Основи законодавства України про охорону здоров'я”, “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”, відносяться санітарні норми (державні санітарні норми, правила, гігієнічні нормативи).

Основним актом, який регламентує діяльність санітарно-епідеміологічної служби, є закон України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”, прийнятий Верховною Радою у 1994 році.

Основною формою здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду є перевірка дотримання санітарного законодавства.

Державну санітарно-епідеміологічну службу України очолює Головний державний санітарний лікар України – перший заступник державного секретаря Міністерства охорони здоров'я України з питань державного санітарно-епідеміологічного нагляду.

Державна санепідслужба МОЗ України на початок 2000 року налічувала 812 санепідстанцій і закладів, в складі яких є Український центр державного санепіднагляду МОЗ України, Республіканська санепідстанція Автономної республіки Крим, обласні, міські та районні санітарно-епідеміологічні станції сільських районів. Діють також санепідстанції на водному, залізничному та повітряному транспорті.

Категорії СЕС згідно з наказом МОЗ України визначаються залежно від кількості населення (таблиця 1).

Таблиця 1

Категорії різних СЕС залежно від чисельності населення

СЕС	Категорії СЕС		
	I	II	III
Обласні	Понад 2 млн.	Від 1 до 2 млн.	До 1 млн.
Міські з районним поділом, що мають районні СЕС	Від 600 до 800 тис.	Від 400 до 600 тис.	До 400 тис.
Міські	Понад 300 тис.	Від 200 до 300 тис.	Від 100 до 200 тис.
Районні сільських районів	Від 60 до 100 тис.	Від 30 до 60 тис.	До 30 тис.

До складу СЕС всіх рівнів управління входять *санітарно-гігієнічний та епідеміологічний відділи*. З підвищенням рівня управління структура СЕС стає більш складною.

Найменш диференційованою є структура СЕС сільських районів, до складу якої входять санітарно-гігієнічний і епідеміологічний відділи з бактеріологічною лабораторією, дезінфекційним відділенням, госпрозрахунковим відділенням профілактичної дезінфекції, дезінсекції та дератизації.

У міських СЕС до складу санітарно-гігієнічного відділу входять відділення за розділами роботи, збільшується число підрозділів епідеміологічного відділу. Як самостійний до структури СЕС може входити дезінфекційний відділ (мал.1).

В обласні СЕС посилюється лабораторна служба, ускладнюється структура епідеміологічного відділу.

До санітарно-епідеміологічних відносяться заклади *дезінфекційної служби*, серед них є міська дезінфекційна станція.

Керівництво державною санепідслужбою областей, міст Києва та Севастополя здійснює головний державний санітарний лікар областей та цих міст.

Державну санепідслужбу в районі, місті очолює головний державний санітарний лікар відповідної адміністративної території.

Головні державні санітарні лікарі областей, міст, районів одночасно виконують функції головних лікарів відповідних санепідстанцій.



Мал.1. Структура міської СЕС.

До управлінського персоналу СЕС різних рівнів входять також *завідувачі* відділів, відділень та лабораторій, *заступник* головного лікаря з економічних питань.

В управлінні обласних СЕС введена посада *заступника головного лікаря*.

До штатів, незалежно від рівня управління, входять: лікарі, помічники лікарів, лаборанти, молодші медичні сестри, медичні статистики.

В міських і обласних СЕС є посади інженерів, техніків, економістів, бухгалтерів.

Штати та кадри СЕС визначаються їх типом і категорією.

Значне місце в роботі санепідстанцій займає запобіжний та поточний державний санепіднагляд.

Запобіжний санепіднагляд – це контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних норм і правил при проектуванні, будівництві, реконструкції житлових, комунальних, промислових і інших об'єктів,

при зміні технології виробництва чи запровадженні нових виробничих процесів. Здійснюється також контроль за плануванням, забудовою та благоустроєм населених місць, за проведенням заходів по санітарній охороні атмосферного повітря, джерел водопостачання, ґрунту від будь-якого забруднення.

Розгляд проектів і матеріалів щодо вибору ділянок і підготовки висновків здійснює відповідне відділення санітарно-гігієнічного відділу. Якщо потрібна компетенція лікарів різних профілів, ця робота проводиться комплексно.

Запобіжний санепіднагляд здійснюється також при будівництві чи реконструкції об'єктів і споруд.

Запобіжний санепіднагляд поширюється на охорону атмосферного повітря, водоймищ, джерел водопостачання та ґрунту.

Важливою складовою частиною діяльності закладів санепідслужби є *поточний санепіднагляд* за численними об'єктами, розміщеними на конкретній території.

Метою його є контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних і протиепідемічних норм і правил на діючих підприємствах, в установах, організаціях, на спорудах різного призначення, в житлових і громадських приміщеннях, лікувально-профілактичних і дитячих закладах.

У проведенні запобіжного та поточного санепіднагляду беруть участь лікарі-гігієністи та епідеміологи відповідних підрозділів, помічники лікарів, а також інші працівники. Посади персоналу СЕС встановлюються відповідно до категорії та виду СЕС, чисельності населення та кількості працюючих у промисловості, будівництві, сільському господарстві, на транспорті.

В *міських СЕС* згідно з наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. встановлюють таку кількість посад *помічників лікарів*.

Найменування структурних підрозділів та посад	Категорії санітарно-епідеміологічних станцій та чисельність посад		
	понад 300 тис. населення	до 300 тис. населення	до 200 тис. населення
	I	II	III
1	2	3	4
I. Санітарно-гігієнічний відділ			
1. Відділення комунальної гігієни			
Помічник лікаря-гігієніста	5	4	3

1	2	3	4
2. Відділення гігієни праці			
Помічник лікаря з гігієни праці	З розрахунку 1 посада на 7 тис. працівників та службовців, які зайняті в промисловості, будівництві, сільському господарстві, на автотранспорті, а також колгоспників		
3. Відділення гігієни харчування			
Помічник лікаря-гігієніста	6	5	4
4. Відділення гігієни дітей та підлітків			
Помічник лікаря-гігієніста	5	4	3
II. Епідеміологічний відділ			
1. Протиепідемічне відділення			
Помічник епідеміолога	З розрахунку 1 посада на 10 тис. населення та додатково 1 посада		
Медичний статистик	2	1	1
2. Паразитологічне відділення			
Помічник епідеміолога з паразитології	2	2	1
Помічник ентомолога	1	1	1

В СЕС сільських районів встановлюють таку кількість посад помічників-лікарів.

Найменування структурних підрозділів та посад	Категорії санітарно-епідеміологічних станцій та чисельність посад		
	від 60 до 100 тис. населення	від 30 до 60 тис. населення	до 30 тис. населення
	I	II	III
I. Санітарно-гігієнічний відділ			
Помічник лікаря-гігієніста	6	4	3
Помічник лікаря з гігієни праці	З розрахунку 1 посада на 7 тис. загально-працюючого населення		
Медичний статистик	1	–	–
II. Епідеміологічний відділ			
Помічник епідеміолога	4	3	2
Помічник епідеміолога (з паразитології)	1	1	1
Помічник ентомолога	1	1	1
Медичний статистик	2	1	1

Помічники лікарів-гігієністів самостійно здійснюють санітарний нагляд за деякими об'єктами державного санепіднагляду (ДСН), перевіряють виконання постанов СЕС, розпоряджень лікарів на

інших об'єктах, проводять відбір відповідних проб (води, повітря, ґрунту, харчових продуктів тощо). Вони також проводять окремі інструментальні дослідження.

До обов'язків цих посадових осіб входять також перевірка виконання санітарно-оздоровчих заходів, у т.ч. передбачених комплексними планами на промислових підприємствах.

Помічники лікарів-гігієністів складають акти, заповнюють протоколи відбору проб, доводять до відома *лікарів-гігієністів* про значні порушення санітарно-гігієнічних норм і правил, що дозволяє своєчасно проводити заходи, спрямовані на усунення цих порушень, наприклад на припинення шкідливої дії різних чинників довкілля, умов праці тощо.

Ці посадові особи беруть участь у поточних, поглиблених планових і комплексних обстеженнях.

Помічники лікарів-епідеміологів контролюють виконання розпоряджень і пропозицій лікарів, своєчасність і якість проведення щеплень.

Ці посадові особи проводять епідеміологічне обстеження частини осередків інфекційних захворювань.

Помічник лікаря-епідеміолога заповнює карту епідеміологічного обстеження, оцінює інформацію стосовно обставин, що обумовили зараження конкретної особи, рекомендує заходи щодо переривання механізму передачі інфекції.

За оцінкою *санітарно-гігієнічного стану об'єкти державного санепіднагляду (ДСН)* розподіляють на три групи.

Перша група - санітарний стан відповідає санітарно-гігієнічним та протиепідемічним нормам і правилам, відсутнє перевищення гранично допустимих концентрацій (ГДК) шкідливих речовин або гранично допустимих умов (ГДУ).

Друга група – санітарно-гігієнічний стан не відповідає санітарно-гігієнічним нормам і правилам, але відсутнє перевищення ГДК або ГДУ.

Третя група – санітарний стан об'єктів не відповідає санітарно-гігієнічним нормам і правилам, при цьому має місце перевищення ГДК і ГДУ.

При здійсненні поточного санепіднагляду *заповнюють різні облікові документи, а саме:*

- акт санітарно-епідеміологічного обстеження;
- акти відбору проб води, харчових продуктів, кулінарних виробів;
- акт розслідування профотруєння та профзахворювання тощо.

Ці документи можуть заповнювати як лікарі, так і помічники лікарів.

Органи, установи та заклади державної санепідслужби співпрацюють з екологічною та ветеринарною інспекціями, Держстандартом, Держатомнаглядом, Комітетом із захисту прав споживачів, з санепідслужбами інших Міністерств і відомств. Розмежування сфер діяльності, повноважень, відповідальності відображено в діючих інструкціях (положеннях).

Згідно зі статтею 41 закону “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя” *лікарям-гігієністам і епідеміологам, помічникам лікарів* надаються повноваження:

а) державного санітарно-епідеміологічного нагляду за дотриманням органами державної виконавчої влади, місцевого та регіонального самоврядування, підприємствами, установами, організаціями та громадянами санітарного законодавства;

б) систематичного аналізу санітарної та епідемічної ситуації, показників здоров'я населення, окремих його груп;

в) визначення факторів, що можуть шкідливо впливати на здоров'я населення, ступеня створюваного ними ризику для здоров'я населення регіону, території, об'єкта, окремих професійних груп тощо;

г) контролю за проведенням санітарних і протиепідемічних заходів, виконанням програм профілактики захворювань, охорони здоров'я населення;

д) безперешкодного входу на територію та у приміщення всіх об'єктів нагляду за службовим посвідченням і обов'язкових для виконання вказівок щодо усунення виявлених порушень санітарних норм, а також проведення необхідних лабораторних досліджень;

е) безплатного отримання від юридичних осіб і громадян, у тому числі іноземних, які перебувають або ведуть діяльність на відповідній території України, матеріалів і відомостей, статистичних та

інших даних, що характеризують санітарний та епідемічний стан об'єктів і здоров'я людей;

є) безплатного відбору зразків сировини, продукції, матеріалів для державної санітарно-гігієнічної експертизи;

ж) визначення необхідності профілактичних щеплень та інших заходів профілактики в разі загрози виникнення епідемії, масових отруень і радіаційних уражень;

з) розслідування причин і умов виникнення професійних або групових інфекційних захворювань, отруень, радіаційних аварій.

Головним державним санітарним лікарям і їх заступникам, крім перелічених, надаються повноваження щодо:

а) погодження відведення земельних ділянок під забудову та інші види землекористування, місця водозаборів і скидання стічних вод, розташування промислових та інших об'єктів;

б) винесення рішень про необхідність проведення державної санітарно-гігієнічної експертизи, визначення складу комісій для її здійснення та затвердження висновків;

в) погодження регіональних і місцевих програм у галузі соціально-економічного розвитку;

г) винесення рішень про відповідність вимогам санітарних норм об'єктів і споруд, що вводяться в експлуатацію;

д) погодження видачі, а в передбачених законодавством випадках – надання дозволу на здійснення видів діяльності, передбачених цим Законом;

є) застосування передбачених цим Законом заходів для припинення порушення санітарного законодавства.

У разі порушень санітарно-гігієнічних норм і правил, передбачених законодавством, визначається *дисциплінарна, адміністративна чи кримінальна* відповідальність.

Дисциплінарна відповідальність щодо осіб, які допустили порушення санітарного законодавства, може застосовуватися керівником підприємства, установи, організації за поданням головного державного санітарного лікаря чи його заступника. До дисциплінарних стягнень відносяться:

- догана;
- сувора догана;

- відсторонення від роботи;
- переведення на роботу з меншою платнею.

Кримінальна відповідальність настає у випадку санітарних правопорушень, які викликали чи могли викликати масові захворювання, отруєння та смерть людей. При цьому застосовують різні види позбавлення волі, виправні роботи без позбавлення волі, позбавлення права займати певні посади, конфіскацію майна.

Адміністративна відповідальність передбачає винесення попередження чи накладення штрафу на посадових осіб і громадян, винних у порушеннях санітарного законодавства чи невиконанні постанов, розпоряджень, приписів, висновків посадових осіб органів, установ і закладів державної санепідслужби.

Визначається також *економічна відповідальність* за порушення санітарного законодавства. Крім штрафів, які накладаються на підприємства та організації при порушеннях санітарного законодавства, останні мають відшкодувати витрати ЛПЗ і санітарно-профілактичних закладів на надання медичної допомоги хворим, на проведення санітарно-протиепідемічних заходів.

При здійсненні санепіднагляду органи та заклади санепідслужби складають *документи дозволяючого та розпорядчого характеру*, а також документи *адміністративного примусу*. Вони є адміністративно-правовими чи індивідуальними актами управління.

Складання актів дозвільних, адміністративного примусу та юрисдикційних відноситься до компетенції головних державних санітарних лікарів.

Ознайомлення з матеріалами 42 статті Закону “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя” призводить до висновку, що для припинення порушень санітарного законодавства застосовують різні адміністративно-запобіжні заходи:

- обмеження;
- тимчасова заборона;
- заборона;
- припинення;
- зупинення.

Передбачені законодавством заходи проводяться на підставі винесення відповідних постанов.

Постанова зобов'язує посадову особу чи громадянина, котрому її надіслано, виконати в установлений термін вимоги, викладені в цьому документі.

Постанова складається в трьох примірниках за встановленою формою. Один примірник вручають під розписку громадянину чи посадовій особі.

Виконання постанови може бути забезпечено шляхом *опечатування* чи *опломбуванням* джерел енергії, сировини, приміщень, агрегатів, механізмів, засобів транспортування тощо. Про цю дію сповіщають власника (керівника) об'єкта. Адміністрації об'єкта пропонується припинити чи зупинити відповідні технологічні процеси, при необхідності вивести людей з приміщень. Після накладення пломби (печатки) складається відповідний акт в двох примірниках, один з яких передається на об'єкт, а другий залишається в посадовій особі держсанепідслужби.

Крім обмеження, заборони чи припинення дії об'єкта (технологічного процесу) передбачено *вилучення з реалізації (конфіскація)* небезпечних для здоров'я продуктів харчування, хімічних і радіоактивних речовин, біологічних матеріалів.

Постанова про вилучення з реалізації (конфіскацію) зобов'язує посадову особу, громадянина в установлений термін знищити або направити на переробку чи здати на зберігання предмети, небезпечні для здоров'я.

Постанову складають у двох примірниках за встановленою формою.

Копію постанови вручають під розписку посадовій особі чи громадянину, які відповідають за її виконання.

Вилучені предмети здаються власником на переробку (обробку) з метою наступної реалізації або безоплатно передаються для певних потреб, що не створюють небезпеки для здоров'я людини, чи передаються на тимчасове зберігання до вирішення питання про спосіб виконання постанови.

Предмети, стосовно яких винесено постанову про конфіскацію, підлягають знищенню термічним, хімічним, механічним чи іншим шляхом.

Знищення повинно виконуватися з дотриманням вимог техніки безпеки, санітарного законодавства України та законодавства України про охорону навколишнього природного середовища.

Про фактичне знищення предмета складається акт у двох примірниках, один з яких надається для контролю посадовій особі, що винесла постанову.

Присутність представника держсанепідслужби при знищенні предметів є обов'язковою.

Постанова про застосування адміністративно-запобіжних заходів у місячний термін може бути *оскаржена*:

- головного державного санітарного лікаря України – до Кабінету Міністрів України чи до суду;
- головних державних санітарних лікарів інших Міністерств, Кабінетів – головному державному санітарному лікарю України чи суду;
- інших головних державних санітарних лікарів і посадових осіб держсанепідслужби – вищому головному державному санітарному лікарю чи суду.

Оскарження постанови не припиняє її дії.

Одним із видів адміністративної відповідальності за порушення санітарного законодавства є *накладання штрафів*.

У разі встановлення такого порушення або невиконання розпоряджень посадових осіб державної санепідслужби відповідно до статті 46 Законом України про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя може бути накладено штраф у таких розмірах:

- на посадових осіб – від шести до двадцяти п'яти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;
- на громадян – від одного до двадцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Суми штрафів у розмірі 60 відсотків зараховуються до місцевого бюджету та 30 відсотків – до позабюджетних фондів для забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, 10 відсотків відраховують відповідним установам і закладам державної санітарно-епідеміологічної служби.

При необхідності *накладання штрафу* здійснюється ряд заходів, тобто:

- констатація факту порушення діючих норм і правил або невиконання розпоряджень санітарних лікарів або лікарів-епідеміологів щодо проведення санітарно-протиепідемічних заходів;

- виявлення осіб, що несуть відповідальність за ці дії, та встановлення їх вини в даному випадку;
- порушення справи про санітарне правопорушення;
- розгляд справи.

Порушення справи починається зі складання *протоколу про порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил*. Підставою для цього можуть бути акти санітарного обстеження, доповідні записки, протоколи лабораторно-інструментальних досліджень.

Протокол складають посадові особи, які здійснюють державний санепідгляд.

Протокол повинні підписати особа, що його склала, і та, яка відповідає за дане порушення. У разі відмови від підпису в ньому робиться відповідна позначка.

Протокол складається не пізніше 5 днів після встановлення факту порушення.

На його підставі виноситься *постанова про накладання штрафу*. Її можна прийняти в термін не пізніше двох місяців після встановлення факту порушення відповідних правил.

Постанову про накладання штрафу можуть видавати головні державні санітарні лікарі та їх заступники, а в деяких випадках – інші посадові особи (при невиконанні їх розпоряджень).

Вона складається в трьох примірниках; один зберігається у посадових осіб, що винесли цю постанову, другий вручається особі, на яку накладено штраф (не пізніше трьох діб з моменту винесення постанови). Один примірник надсилається державній податковій інспекції за місцезнаходженням підприємства, підприємця, організації (для контролю за надходженням штрафу).

Якщо штраф не сплачений протягом 15 діб з дня видання постанови, його стягує в безспірному порядку державна податкова інспекція.

Постанова в 10-денний термін з дня її винесення може бути оскаржена вищою посадовою особою чи в суді. При поданні скарги виконання постанови призупиняється до моменту її розгляду чи протесту прокурора.

Сплата штрафів не звільняє порушників від економічної відповідальності. Згідно зі статтею 48 Закону про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя підприємства, установи, організації підприємці та громадяни зобов'язані: а) відшкодувати збитки громадянам, підприємствам, установам, організаціям, б) компенсувати додаткові витрати органів та закладів охорони здоров'я на проведення санітарних, протиепідемічних заходів і витрати на надання медичної допомоги потерпілим.

Аналіз діяльності СЕС

Діяльність різних підрозділів СЕС потребує детальної оцінки, яка дозволяє оперативно реагувати на зміни стану здоров'я окремих контингентів населення, об'єктів держсанепіднагляду та відповідно корегувати не тільки діяльність СЕС, але й інших служб, відомств, закладів, які беруть участь у проведенні санітарно-оздоровчих і протиепідемічних заходів.

Дані про розділи роботи СЕС, про інфекційну захворюваність та проведення щеплення можна отримати з відповідних облікових і звітних документів.

Певні облікові документи заповнюють тільки лікарі.

Помічники лікарів-гігієністів і епідеміологів, беручи участь переважно в проведенні поточного санепіднагляду, заповнюють низку *облікових документів*, до яких відносяться:

- акт санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта (ф. № 308/о);
- акт відбору проб води (ф. № 323/о);
- акт відбору виробів (ф. № 337/о);
- акт відбору проб харчових продуктів (ф. № 342/о);
- карта епідеміологічного обстеження вогнища інфекційного захворювання (ф. № 357/о) тощо.

У складанні звітів беруть участь медичні статистики, а також помічники лікарів (переважно в СЕС сільських районів).

На основі звітних даних обчислюють і аналізують відповідні показники за участю головних лікарів СЕС, завідувачів всіх підрозділів цих закладів.

За даними “Звіту санітарно-епідеміологічної станції” (ф. № 46-здоров) можна оцінити:

• укомплектованість закладу лікарями, середнім, молодшим медичним персоналом та іншими працівниками:

$$\frac{\text{Кількість зайнятих посад помічників лікарів-гігієністів (епідеміологів)} \cdot 100}{\text{Кількість штатних посад помічників}}$$

• коефіцієнт сумісництва

$$\frac{\text{Кількість зайнятих посад} \cdot 100}{\text{Кількість фізичних осіб}}$$

Дані *звіту про роботу санітарно-епідеміологічної (дезінфекційної, протичумної) станції* (ф. № 40-здоров) дозволяють визначити наявність у СЕС відповідних підрозділів (відділів, відділень, включаючи лабораторії), забезпеченість транспортними засобами, основними приладами та обладнаннями.

За даними цього звіту аналізують проведення протиепідемічних заходів, наприклад обстеження інфекційних хворих та контактних осіб.

Визначають
повноту госпіталізації хворих:

$$\frac{\text{Кількість госпіталізованих хворих і підозрілих на захворювання} \cdot 100}{\text{Кількість хворих і підозрілих на захворювання за екстреними повідомленням}}$$

питому вагу осіб з виділенням збудника (або позитивною серологічною реакцією) серед контактних осіб:

$$\frac{\text{Кількість контактних з виділенням збудника} \cdot 100}{\text{Кількість обстежених бактеріологічно, вірусологічно, серологічно}}$$

розподіл вогнищ інфекційних захворювань за числом випадків:

$$\frac{\text{Кількість вогнищ з 1 випадком (2-3, 4 і більше)} \cdot 100}{\text{Загальна кількість вогнищ}}$$

Проводиться також аналіз носійства коринебактерії дифтерії, бактеріологічних досліджень на різну патогенну флору окремо серед хворих та осіб з підозрою на захворювання, осіб, обстежуваних за

епідпоказниками та обстежуваних з профілактичною метою. Оцінці підлягають вірусологічні дослідження.

За даними *звіту про окремі інфекції і паразитарні захворювання (ф. № 2)* визначають рівні та структуру інфекційної захворюваності всього населення, а також дітей (методика наведена в розділі 3.3.1).

За даними *звіту про контингенти дітей і підлітків, які прищеплені проти інфекційних захворювань (ф. № 6)*, визначають імунний прошарок або повноту охоплення щепленнями проти різних інфекцій за такою методикою:

$$\frac{\text{Кількість дітей і підлітків, яким зроблене відповідне щеплення} \cdot 100}{\text{Кількість дітей і підлітків відповідного віку}}$$

За даними *звіту про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини (ф. № 18)* визначають стан об'єктів господарсько-питного водопостачання, оздоровчих закладів, атмосферного повітря, ґрунту, продовольчої сировини та харчових продуктів, повітря закритих приміщень і робочої зони, фізичних факторів навколишнього середовища тощо.

При цьому визначають *питому вагу різних обстежень* (на санітарно-хімічні та мікробіологічні показники, фізичні фактори), які *не відповідають санітарно-гігієнічним нормативам* (у т.ч. з перевищенням гранично допустимих концентрацій):

$$\frac{\text{Кількість певних обстежень з перевищенням ГДК (тощо)} \cdot 100}{\text{Загальна кількість відповідних обстежень}}$$

Аналізуючи поточний санітарний нагляд за об'єктами комунальними, харчовими, а також дитячими та підлітковими закладами, визначають такі показники:

- повнота обстеження об'єктів:

$$\frac{\text{Кількість обстежених об'єктів} \cdot 100}{\text{Всього об'єктів}}$$

- розподіл об'єктів санепіднагляду за санітарно-гігієнічним станом:

$$\frac{\text{Кількість об'єктів, які не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам} \cdot 100}{\text{Всього об'єктів}}$$

Стосовно промислових підприємств визначають розподіл об'єктів (всього, а також по міністерствах і відомствах) по групах за оцінкою їх санітарно-гігієнічного стану:

$$\frac{\text{Кількість об'єктів I (II, III) групи} \cdot 100}{\text{Кількість об'єктів всього}}$$

Аналіз даних про харчові отруєння дозволяє встановити в розрізі різних об'єктів питому вагу випадків отруєнь бактеріального походження, а також викликаних хімічними речовинами.

Визначають також:

- середню кількість потерпілих на один випадок харчового отруєння:

$$\frac{\text{Кількість потерпілих}}{\text{Кількість випадків отруєння}}$$

- летальність при харчових отруєннях:

$$\frac{\text{Кількість померлих із потерпілих} \cdot 100}{\text{Кількість потерпілих}}$$

Оцінюючи проведення запобіжного санітарного нагляду, визначають питому вагу земельних ділянок, проектів будівництва і реконструкції, які не відповідають санітарним вимогам, а також визначають питому вагу об'єктів, на яких припинено будівництво та реконструкцію.

Визначають питому вагу об'єктів, введених в експлуатацію без дозволу санепідслужби.

Аналізують здійснення заходів адміністративного впливу. При цьому оцінюють повноту утримання штрафів, питому вагу справ, з яких прийняті рішення щодо притягнення до відповідальності тощо.

Визначається повнота охоплення гігієнічною підготовкою працівників відповідних об'єктів чи галузей промисловості.

Контрольні питання

1. Принципи організації санітарно-епідеміологічної служби.
2. Основні напрямки діяльності та функції санепідслужби.

3. Основні законодавчі документи, які регламентують здійснення санітарно-протиепідемічних заходів.
4. Органи та заклади санепідслужби України.
5. Види санепідстанцій системи МОЗ України.
6. Структурні підрозділи санепідстанцій міської, сільського району.
7. Сутність запобіжного та поточного санепіднагляду.
8. Зміст роботи помічників лікарів-гігієністів і епідеміологів.
9. Сутність повноважень головних державних санітарних лікарів та інших посадових осіб органів, установ і закладів державної санепідслужби щодо здійснення державного санепіднагляду.
10. Види відповідальності посадових осіб і громадян за порушення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних норм і правил.
11. Заходи, які можуть застосовувати посадові особи державної санепідслужби для припинення порушень санітарного законодавства та порядок їх застосування.
12. Показники діяльності СЕС.

9. МЕТОДИ ТА ЗАСОБИ МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ ТА ВИХОВАННЯ НАСЕЛЕННЯ. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Формування здорового способу життя є одним із важливих завдань держави, суспільства, різних відомств і служб, громадських організацій.

Органи та заклади охорони здоров'я мають безпосереднє відношення до стратегії формування здорового способу життя, до вивчення та оцінки впливу складових частин способу життя на здоров'я населення. Вони покликані розробляти рекомендації щодо формування здорового способу життя та брати активну участь у медико-гігієнічному навчанні та вихованні населення.

На цю діяльність їх спрямовує випереджувально-профілактичний характер охорони здоров'я в державі, який реалізується шляхом здійснення заходів первинної та вторинної профілактики.

Заходи *первинної профілактики* досить різноманітні, до них відносяться медико-гігієнічне навчання населення, диспансерне спостереження за здоровими та особами з факторами ризику, санітарно-протиепідемічні та санітарно-технічні заходи, які спрямовані на забезпечення здорових умов праці, побуту, стану довкілля тощо.

Вторинна профілактика має на меті попередження ускладнень захворювань, покращання здоров'я в разі його погіршення.

В сучасних умовах значно зросло значення первинної профілактики, оскільки адаптаційні можливості людини часто не можуть компенсувати вплив різних чинників, що негативно впливають на здоров'я.

Саме ці обставини зумовлюють важливість заходів, спрямованих на формування здорового способу життя, оскільки його складові частини в найбільшій мірі визначають рівень здоров'я населення.

За даними дослідження, проведеного в 90-х роках ХХ ст. у Каліфорнії, можна значно покращити рівень здоров'я за умови

виконання досить простих рекомендацій (щоденний 7-8 годинний сон, триразове харчування в ті самі години без переїдання, підтримка нормальної маси тіла, щоденні фізичні вправи, утримання від надмірного вживання алкогольних напоїв і повне утримання від паління).

За даними ВООЗ, незадовільний стан здоров'я значної частини населення Європейського регіону є результатом саме відповідного способу життя. Це твердження, на жаль, цілком справедливе й у відношенні до населення нашої країни.

Виходячи з цих передумов, медичні працівники мають брати активну участь у формуванні здорового способу життя (мал. 1).

Метою цієї діяльності є збереження та зміцнення здоров'я, підвищення працездатності, досягнення активного довголіття.

Тематика та засоби медико-гігієнічного навчання вибираються залежно від конкретного контингенту. Насамперед враховується стан здоров'я.

Медико-гігієнічне навчання:

- *здорових людей* спрямоване на профілактику захворювань та покращання якості життя;
- *хворих людей* має на меті попередження переходу захворювань у хронічну форму та відновлення попереднього стану здоров'я;
- *хворих на хронічні захворювання зі сталими порушеннями стану здоров'я* спрямоване на збереження здоров'я, на попередження ускладнень або зменшення їх кількості.

Створюється правове підґрунтя для формування здорового способу життя, що знаходить своє відтворення у відповідних Законах, Указах Президента України, постановах Кабінету Міністрів України, цільових програмах, наприклад програма "Профілактика захворювань і підтримка здорового способу життя".

Розпочато трансформування санітарної освіти в державну систему безперервного медико-гігієнічного навчання, в якій важливе місце займають цілеспрямовані дії щодо формування здорового способу життя (ЗСЖ).

В реалізації програми формування ЗСЖ беруть участь різні заклади охорони здоров'я (лікувально-профілактичні та санітарно-профілактичні), а також виховні та освітні заклади, спортивно-оздоровчі комплекси, засоби масової інформації.

Мета

Збереження та зміцнення здоров'я, підвищення працездатності, досягнення активного довголіття

Правове підґрунтя для формування здорового способу життя (ЗСЖ)

Нормативно-правові акти (Закони, Укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, цільові програми в галузі охорони здоров'я)

Передумови для досягнення мети

Державна політика, спрямована на зміцнення здоров'я

Активна діяльність населення в реалізації профілактичних програм

Складові частини передумов

Покращання умов життя, (матеріальна забезпеченість, умови праці та відпочинку, харчування, житлові умови, стан довкілля)

Діяльність органів і закладів охорони здоров'я

Участь у громадських організаціях

Засвоєння населенням гігієнічних правил і навичок та їх дотримання

Напрямки формування ЗСЖ

Інформаційний
Пропаганда здорового способу життя

Освітній
Розробка і реалізація програм гігієнічного навчання населення

Координаційний
Координація діяльності громадських організацій і структур щодо зміцнення здоров'я

Діагностично-оздоровчий
Оцінка рівня індивідуального здоров'я та його корекція

В реалізації програми формування ЗСЖ беруть участь

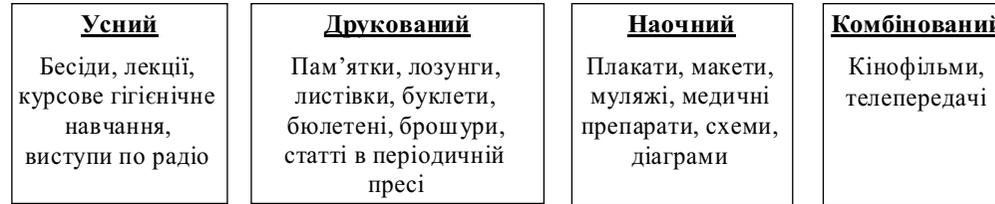
Лікувально-профілактичні заклади	
Лікуючі лікарі	Відділення профілактики
Реалізація програм профілактики (первинної, вторинної, третинної)	Визначення рівня здоров'я та факторів ризику, індивідуальні рекомендації пацієнтам щодо дотримання ЗСЖ

Санітарно-профілактичні заклади
Розробка рекомендацій щодо оздоровлення умов життя, включаючи стан довкілля, контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних і протиепідемічних норм і правил

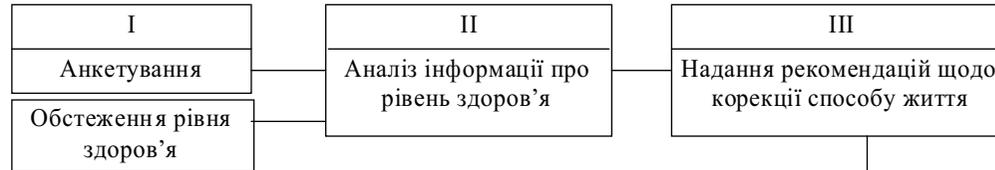
Центри здоров'я
Організаційно-методичне керівництво роботою по гігієнічному вихованню та формуванню здорового способу життя
Інформування та медико-гігієнічне навчання населення щодо питань збереження здоров'я
Участь у здійсненні оздоровчих програм

Спортивно-оздоровчі комплекси	Засоби масової інформації
-------------------------------	---------------------------

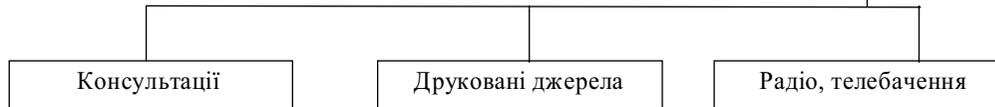
Методи, які застосовуються в процесі медико-гігієнічного навчання



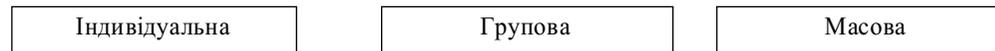
Етапи роботи лікарів з пацієнтами по наданню інформації про ЗСЖ



Способи надання рекомендацій



Форми проведення медико-гігієнічного навчання



Мал. 1. Методи та засоби медико-гігієнічного навчання та виховання населення. Формування здорового способу життя.

Важливу роль у цій діяльності відіграють середні медичні працівники, які безпосередньо спілкуються з різними контингентами населення.

В процесі медико-гігієнічного навчання населення застосовуються різні методи, до яких відносяться *усний, друкований, наочний*.

До засобів усного методу належать бесіди, лекції, курсове медико-гігієнічне навчання, виступи по радіо.

Засоби друкованого методу різноманітні, досить часто використовують пам'ятки, листівки, буклети, брошури, статті в періодичній пресі.

З метою забезпечення наочності виготовляють макети, муляжі тощо. Поєднання усного та наочного методів реалізується в кінофільмах, телепередачах.

Середніх медичних працівників залучають до розробки деяких засобів друкованого методу. Оскільки працівники спілкуються з населенням при проведенні патронажної роботи, на самостійному прийомі хворих (переважно у сільській місцевості), під час проведення занять з батьками в кабінеті здорової дитини дитячої поліклініки тощо, вони мають змогу надавати конкретні рекомендації щодо корекції способу життя, стосовно гігієнічних навичок тощо.

Ефективним засобом медико-гігієнічного навчання є *бесіда*, яка може проводитись індивідуально чи в невеликій групі.

Теми та зміст бесід можуть бути різноманітними.

Метою індивідуальної бесіди може бути навчання правилам догляду за хворим, за дитиною, правилам поводження хворого під час лікування, після одужання тощо.

Групова бесіда може проводитись, наприклад, в кабінеті здорової дитини дитячої поліклініки, куди звернулися кілька батьків з дітьми.

Така форма доцільна також при медико-гігієнічному навчанні вагітних, а також на груповому профілактичному прийомі диспансерних хворих.

Під час бесіди доцільно використовувати позитивні приклади з діяльності конкретного закладу, стану здоров'я дітей, батьки яких дотримувались рекомендацій медичних працівників тощо.

Ці дії спрямовані на формування позитивної мотивації у населення щодо дотримання здорового способу життя.

Контрольні питання

1. Значення профілактичного характеру охорони здоров'я.
2. Вплив способу життя на стан здоров'я населення.
3. Мета формування здорового способу життя.
4. Якими закладами та діями забезпечується формування здорового способу життя.
5. Методи та засоби медико-гігієнічного навчання населення.
6. Форми участі середніх медичних працівників у формуванні здорового способу життя.

10. ДІЯЛЬНІСТЬ ТОВАРИСТВА ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА

Існують одвічні істини, непідвладні часові ідеали людства – потреба в милосерді, гуманізмі, допомозі одне одному.

Уособлює ці ідеали міжнародний рух Червоного Хреста та Червоного Півмісяця.

Створення червонохресного руху тісно пов'язано з іменем громадянина Швейцарії Анрі Дюнана, засновника офіційного Міжнародного Товариства Червоного Хреста, який зазначав, що думка про створення Товариства виникла в нього під впливом починань М. Пирогова.

Севастопольська епопея та М.І. Пирогов. Саме ним і саме тут були закладені підвалини Червоного Хреста як спеціальної організації з надання допомоги пораненим на полі бою.

Пирогов уперше сформував загопи сестер милосердя для догляду за пораненими й хворими солдатами. Ця війна остаточно переконала Пирогова в необхідності організованої допомоги пораненим і хворим із залученням передусім жінок.

Серед попередників А. Дюнана, що діяли в різних країнах в середині XIX сторіччя, були військові медики Микола Пирогов (Росія), Люс'єн Боден (Франція), Лефлер (Прусія), які відстоювали ідеї реформування системи організації допомоги пораненим на полі бою та висловлювались за поширення на них принципу нейтралітету, та люди, відомі своєю філантропічною та громадською діяльністю, зокрема Клара Бартон (США), Флоренс Найтінгейл (Велика Британія) та інші, які створювали спеціальні організації для здійснення допомоги пораненим і хворим воїнам.

У 1863 році в Женеві відбулась Міжнародна конференція, в якій взяли участь офіційні делегати від 14 урядів. Підсумком їхньої роботи став документ, де сформульовані основні принципи організації національних комітетів з допомоги пораненим і хворим воїнам

під час воєнних дій. Ця подія вважається відправною точкою Міжнародного руху Червоного Хреста та Червоного Півмісяця.

Гідне місце в цьому міжнародному русі посідає Червоний Хрест України, який започаткував свою діяльність 15-18 квітня 1918 року.

В грудні 1991 року відбувся позачерговий з'їзд Червоного Хреста України, згідно з рішенням якого Національне Товариство вийшло зі складу Співки Товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця СРСР.

28 жовтня 1992 року Президент України видав Указ про Товариство Червоного Хреста України, за яким воно називається єдиним Національним Товариством Червоного Хреста, уповноваженим сприяти органам державної влади в їх діяльності в гуманітарній сфері.

В 1997 році Український Червоний Хрест обрано до складу Правління – Вищого органу Міжнародної Федерації Товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця.

Товариство Червоного Хреста України складається з Кримської республіканської, 24 обласних, Київської та Севастопольської міських організацій та 38 тисяч первинних осередків, що підпорядковані 667 міським та районним організаціям Червоного Хреста.

Національне Товариство в своїй роботі керується фундаментальними принципами Міжнародного червонохресного руху.

Гуманність: Червоний Хрест України прагне на національному та міжнародному рівнях запобігати людським стражданням і полегшувати їх, сприяти взаєморозумінню, співпраці та миру між народами.

Неупередженість: Червоний Хрест не розрізняє людей за національними, расовими та класовими ознаками, а також релігійними та ідеологічними переконаннями, керуючись виключно їх потребами.

Нейтральність: Червоний Хрест не бере участі на будь-чиєм боці в збройних конфліктах і не вступає в суперечки класового, релігійного, расового та ідеологічного характеру.

Незалежність: Товариство, надаючи допомогу органам державної влади в гуманітарній діяльності, завжди зберігає свою автономію, щоб у всіх випадках мати можливість діяти відповідно до принципів Червоного Хреста.

Добровільність: Товариство – добровільна організація для надання допомоги і в жодному разі не керується бажаннями користі для себе.

Єдність: У будь-якій країні може бути лише одне відкрите для всіх Товариство Червоного Хреста або Червоного Півмісяця, що здійснює гуманітарну діяльність на всій території країни.

Універсальність: Червоний Хрест діє за міжнародною інструкцією, у котрій всі національні Товариства рівні між собою в правах і обов'язках.

Основні завдання Червоного Хреста полягають у наданні допомоги тим, хто гостро потребує її.

Товариство Червоного Хреста України як одна із найбільших гуманітарних громадських організацій в країні, діяльність якої здійснюється на добровільних засадах, прагне мобілізувати сили добра та гуманізму заради поліпшення становища найбільш незахищених груп населення, заради попередження та полегшення людських страждань під час стихійного лиха, аварій чи катастроф.

Державної ваги та особливої гостроти набула *проблема надання різних видів допомоги вразливим групам населення*, котрі в загальній структурі становлять понад 20% (серед них майже 2 млн. осіб похилого віку, які потребують сторонньої допомоги).

В структурі Товариства Червоного Хреста України особливе місце займає *патронажна служба*, створена для організації та надання медичної та соціально-побутової допомоги самотнім працездатним громадянам, подружнім парам похилого віку та інвалідам, що за станом здоров'я, згідно з медичним висновком, потребують сторонньої допомоги і не мають працездатних родичів, які за законом зобов'язані їх утримувати.

Значна частина тих, хто потребує надання різних видів допомоги, отримує її вдома та на базі центрів і кімнат медико-соціальної допомоги. Допомога в значній мірі здійснюється *патронажними медсестрами*.

Патронажна медсестра професійно здійснює медико-соціальну роботу, тобто надає допомогу медичного, соціально-психологічного та соціально-правового характеру, спрямовану на відновлення, збереження та зміцнення здоров'я пацієнтів.

У своїй роботі медична сестра патронажної служби виконує функції не тільки патронажної сестри, але й соціального працівника,

тому що головним у її роботі є надання допомоги пацієнтові не тільки в сфері його здоров'я, але й у соціальній сфері (адаптація та реадптація людей у суспільстві).

Догляд за пацієнтом відбувається часом у складній соціальній обстановці та потребує конкретного вирішення. Тому медична сестра, що здійснює догляд за пацієнтом, повинна мати знання в галузі патронажу, реабілітації, соціальної роботи, лікувальної справи.

Товариством Червоного Хреста реалізується програма з навчання патронажних сестер основам догляду за хворими в домашніх умовах.

Підготовлені навчальні посібники.* Проводяться цикли занять на місцях з навчання молодших медичних сестер, активістів Червоного Хреста, населення догляду за хворими в домашніх умовах.

З метою надання медичної, соціально-побутової та психологічної допомоги пацієнтам, що спроможні себе обслуговувати, організаціями Товариства здійснюється робота з розширення мережі *медико-соціальних центрів і кімнат*.

На їх базі здійснюється прийом лікаря-геронтолога, надається консультативна лікарська допомога, побутові послуги, відкривають прокат медичних предметів для догляду за хворими в домашніх умовах: інвалідних візків, ходунків, милиць, грілок.

Гуманітарна допомога найбільш соціально незахищеним верствам населення відбувається у вигляді надання конкретним особам медикаментів, наборів продуктів харчування, одягу, речей першої необхідності, організації гарячого харчування самотніх громадян похилого віку, інвалідів, багатодітних сімей.

Важливим напрямком роботи Товариства є готовність організації Червоного Хреста до *надання допомоги населенню при надзвичайних ситуаціях*. Створюються добровільні рятувальні формування Червоного Хреста.

* Основи догляду в домашніх умовах: Навчальний посібник для патронажних медичних сестер/Під редакцією І.Г. Усіченка, А.В. Царенка, С.А. Мисяка. –Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 372 с.

Лойко В.В., Усіченко І.Г., Хабарова А.М. та інші. Навчальний посібник для викладачів та інструкторів, медичних сестер служби милосердя Товариства Червоного Хреста України з курсу “Основи догляду в домашніх умовах”. –2001.–240 с.

Велика робота проводиться з надання допомоги *постраждалим від Чорнобильської катастрофи*. З 1991 року діє Комплексна Міжнародна Чорнобильська програма.

З багатьох запроваджених у світі індивідуальних і групових гуманітарних програм *Чорнобильську програму* Червоного Хреста України визнано однією з найкращих.

З 1992 року створена *служба розшуку* Товариства Червоного Хреста України.

Основними напрямками її діяльності є:

- розшук та з'ясування долі рідних, які втратили зв'язок внаслідок Другої світової війни, сучасних збройних конфліктів, стихійного лиха та інших надзвичайних ситуацій;
- розшук документів, які підтверджують перебування громадян у нацистських концтаборах, гетто, в полоні та на примусових роботах;
- розшук і з'ясування стану військових поховань часів Другої світової війни;
- обмін посланнями Червоного Хреста між членами родин, роз'єднаних внаслідок сучасних збройних конфліктів.

З 1999 року розпочато Міжнародну гуманітарну програму "*Червоний Хрест – проти туберкульозу та СНІДУ*".

В цьому плані проходять численні агітаційно-просвітницькі акції, організація "круглого столу" – "Роль суспільства в боротьбі з епідемією туберкульозу", надання освітньої, матеріальної та соціальної підтримки хворим на туберкульоз, ВІЛ/СНІД і захворювання, що передаються статевим шляхом.

За останні роки значно розширилась робота по організації та наданню медико-соціальної допомоги та психологічної підтримки *безпритульним дітям*. Проводяться акції "Діти вулиці".

З 1957 року, коли було започатковане масове безоплатне *донорство*, Товариство Червоного Хреста стало чи не єдиною громадською організацією, яка допомагає органам охорони здоров'я проводити організаційну та роз'яснювальну роботу серед широких верств населення.

На жаль значно знизилась агітаційно-пропагандистська діяльність у цьому напрямку в зв'язку з обмеженням коштів в організаціях

Червоного Хреста. Кількість донорів скоротилася, значно знизилось надходження донорської крові.

Виходячи із сьогодення, важливою є програма “Зменшення шкоди” серед споживачів ін’єкційних наркотиків.

За допомогою волонтерів наркоманів забезпечують інформаційно-освітньою літературою про шляхи передачі ВІЛ-інфекції, засоби попередження інфікування. Організовані пункти довіри, здійснюється забезпечення наркоманів засобами індивідуального захисту – одноразовими шприцями, дезінфекційними рідинами, презервативами, проводиться психологічна підтримка, надається медична консультація.

Починаючи з кінця 1996 року значно активізувалась *міжнародна діяльність* Товариства Червоного Хреста України.

Виходячи із пріоритетів Національного Товариства, його зовнішня діяльність переслідувала мету залучення можливостей Руху на підтримку надзвичайних гуманітарних потреб України, які виходять за межі можливостей Національного Товариства, та була скерована в наступних напрямках:

- отримання міжнародної підтримки розвитку та удосконалення Патронажної служби;
- створення та оснащення медико-соціальних центрів;
- реалізації програми боротьби з соціально-небезпечними хворобами – туберкульозом, СНІДом і хворобами, що передаються статевим шляхом;
- навчання населення наданню першої допомоги;
- використання стратегічної переваги Міжнародної Федерації для надання допомоги потерпілим від стихійного лиха (Закарпаття);
- забезпечення довгострокового та стабільного функціонування Чорнобильської програми гуманітарної допомоги та реабілітації;
- залучення фінансової та матеріально-технічної допомоги для підтримки програми створення Служби катастроф;
- розповсюдження та впровадження міжнародного гуманітарного права;
- підтримка програм допомоги раніше депортованим народам Криму, мігрантам і втікачам.

**ТЕСТОВІ ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ ТА
ПЕРЕВІРКИ ЗНАТЬ СТУДЕНТІВ З ОКРЕМИХ ТЕМ**

**СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ЯК НАУКА ПРО СУСПІЛЬНЕ
ЗДОРОВ'Я ТА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я**

**1. СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я ЯК НАУКА ТА ПРЕДМЕТ ВИКЛАДАННЯ:**

1. вивчає вплив соціальних чинників на здоров'я населення
2. вивчає вплив біологічних чинників на стан здоров'я окремої людини
3. розробляє методи соціальної профілактики захворювань
4. розробляє біологічні методи профілактики захворювань
5. обґрунтовує оптимальні форми організації медичної допомоги
6. розробляє методи лікування найбільш поширених серед населення захворювань

**2. РОЗДІЛИ ПРЕДМЕТА “СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА
ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я”:**

1. первинна профілактика захворювань
2. система охорони здоров'я
3. медична статистика
4. вторинна профілактика захворювань
5. здоров'я населення
6. параметри навколишнього середовища

3. СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КРАЇНІ МОЖЕ БУТИ:

1. державною
2. приватною
3. кооперативною
4. страховою
5. змішаною
6. відомчою

4. ПРИНЦИПАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ Є :

1. централізація управління охороною здоров'я
2. безкоштовність первинної медико-санітарної допомоги
3. децентралізація управління охороною здоров'я
4. пріоритетність діяльності держави та суспільства щодо охорони здоров'я

5. пріоритетність відповідальності індивіда за власне здоров'я
6. профілактичний характер охорони здоров'я
7. наукова обґрунтованість охорони здоров'я
8. багатокладність системи надання медичних послуг і багатоканальність їх фінансування
9. централізованість фінансування охорони здоров'я

5. ПРАВО ГРОМАДЯН НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ЗАБЕЗПЕЧУЄТЬСЯ:

1. соціальним захистом усіх верств населення
2. створенням розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я
3. наданням усім громадянам гарантованого рівня медико-санітарної допомоги
4. установленням відповідальності за порушення прав законних інтересів громадян в охороні здоров'я
5. контролем надання медичної допомоги громадськими організаціями

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ СТАТИСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ. ЙОГО ЕТАПИ

1. ЕТАПИ СТАТИСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ:
 1. вибір об'єкта та одиниці спостереження
 2. складання плану статистичного дослідження та розробка його програми
 3. реєстрація та збирання статистичного матеріалу
 4. розробка та зведення даних
 5. розрахунок похідних величин
 6. статистичний аналіз
 7. вибір методу дослідження
 8. шифрування матеріалу
2. ЩО ПЕРЕДБАЧАЄ МЕТА СТАТИСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ:
 1. визначення притаманних явищу закономірностей та зв'язків цього явища з іншими
 2. оцінку вірогідності результатів
 3. розробку заходів зі зниження впливу несприятливих чинників на здоров'я
 4. розробку заходів з впровадження результатів роботи до практики охорони здоров'я

5. шляхи реалізації завдань, що поставлені перед розробником
 6. розробку заходів щодо покращання медичної допомоги
-
3. ОДИНИЦЯМИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ МОЖУТЬ БУТИ:
 1. певні контингенти осіб
 2. окремий метод дослідження
 3. сукупність осіб чи явищ, що досліджуються
 4. окрема особа
 5. випадок окремого явища
 6. певні предмети, явища
-
4. ОБ'ЄКТАМИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ МОЖУТЬ БУТИ:
 1. сукупність осіб чи явищ
 2. окремий метод дослідження
 3. окрема особа
 4. окреме явище
 5. певні явища, предмети
-
5. ЩО МОЖНА ВИЗНАЧИТИ ЯК ЗАВДАННЯ СТАТИСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ:
 1. обґрунтування необхідності організації денних стаціонарів
 2. рівні та структуру явища, що вивчають, в конкретних групах населення
 3. частота явищ у групах, на які впливають різні чинники (довкілля, біологічні, соціальні)
 4. обсяг і якість медичної допомоги, що надається окремим групам населення
 5. сукупність досліджуваних осіб або явищ
-
6. МЕТОДИ (види) СТАТИСТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЗА СТУПЕНЕМ ОХОПЛЕННЯ:
 1. суцільні
 2. індивідуальні
 3. систематичні
 4. несуцільні
 5. множинні
-
7. МЕТОДИ (види) СТАТИСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА ЧАСОМ:
 1. поточні

2. суцільні
3. вибіркові
4. гніздові
5. одночасні
6. не суцільні

8. СПОСОБИ ЗБИРАННЯ ІНФОРМАЦІЇ:

1. вкопіювання
2. суцільний
3. безпосередня реєстрація
4. опитування
5. вибірковий
6. анкетування

9. ВИДИ ОБЛІКОВИХ ДОКУМЕНТІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В СТАТИСТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ:

1. карта
2. звіт
3. запис у комп'ютерній базі даних
4. журнал
5. анкета

10. ЯКІ ПРОГРАМИ СКЛАДАЮТЬ НА І ЕТАПІ СТАТИСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. статистичного спостереження
2. розробки та зведення
3. вкопіювання
4. аналізу

11. ПРОГРАМА СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ (збирання даних) ЯВЛЯЄ СОБОЮ:

1. перелік розробних таблиць
2. перелік аналітичних таблиць
3. перелік ознак, що характеризують кожну одиницю спостереження
4. перелік шифрів за обліковими ознаками

12. ПРОГРАМА СТАТИСТИЧНОЇ РОЗРОБКИ (зведення) ЯВЛЯЄ СОБОЮ:

1. розробні таблиці (макети)
2. перелік похідних величин

3. перелік кодів згідно з групуванням
4. перелік ознак, що підлягають обліку

13. ВИДИ ГРУПУВАННЯ ОЗНАК:

1. варіаційні
2. системні
3. типологічні (якісні)
4. кореляційні
5. динамічні
6. комбінаційні

14. ВИДИ СТАТИСТИЧНИХ ТАБЛИЦЬ:

1. проста
2. комбінаційна
3. змішана
4. групова
5. підсумкова

15. ЩО МОЖНА ВИБРАТИ ЗА ОДИНИЦЮ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ЗАГАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ХВОРОБИ (ГРЗ) У ПОЛІКЛІНІЦІ:

1. випадок захворювання на хвороби органів дихання
2. випадок захворювання ГРЗ у дитини
3. випадок госпіталізації при ГРЗ
4. дитина, хвора на ГРЗ
5. випадок догляду за дитиною, хворою на ГРЗ

16. ЗМІСТ ДРУГОГО ЕТАПУ СТАТИСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. збирання матеріалу (заповнення облікових документів)
2. поточний контроль реєстрації
3. вибір об'єкта та одиниці дослідження
4. складання переліку облікових ознак

17. ЗМІСТ ТРЕТЬОГО ЕТАПУ СТАТИСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. збирання матеріалу, контроль реєстрації
2. шифрування (кодування) матеріалу згідно з ознаками, що підлягають обліку
3. розподіл всіх спостережень на однорідні групи
4. підрахунок по групах і зведення в таблиці

5. розрахунок похідних величин
6. формування висновків

18.ЗМІСТ ЧЕТВЕРТОГО ЕТАПУ СТАТИСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. розрахунок похідних величин
2. уточнення програми статистичного спостереження
3. впровадження результатів дослідження в практику
4. аналіз отриманих даних
5. формулювання висновків
6. розробка практичних рекомендацій

ВІДНОСНІ ВЕЛИЧИНИ ГРАФІЧНІ ЗОБРАЖЕННЯ СТАТИСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ

1. ВИДИ ВІДНОСНИХ ВЕЛИЧИН:

1. інвалідності
2. інтенсивності
3. екстенсивності
4. співвідношення
5. наочності
6. захворюваності
7. смертності

2. ЩО ХАРАКТЕРИЗУЄ ПОКАЗНИК ІНТЕНСИВНОСТІ:

1. поширеність явища
2. питому вагу
3. частоту
4. структуру
5. розподіл
6. рівень

3. ДЛЯ РОЗРАХУНКУ ЗАГАЛЬНОГО ІНТЕНСИВНОГО ПОКАЗНИКА ПОТРІБНІ ТАКІ ДАНІ:

1. середовище
2. явище
3. частина явища
4. частка явища (%)

4. ПОКАЗНИК ЕКСТЕНСИВНОСТІ ХАРАКТЕРИЗУЄ:

1. поширеність явища
2. рівень явища

3. питому вагу окремих частин явища
 4. структуру явища
 5. розподіл явища
 6. склад явища
5. ДЛЯ РОЗРАХУНКУ ЕКСТЕНСИВНОГО ПОКАЗНИКА ПОТ-РІБНІ ТАКІ ДАНІ:
1. середовище
 2. ціле явище
 3. частина явища
 4. частка явища (%)
6. СУТЬ ПОКАЗНИКІВ СПІВВІДНОШЕННЯ:
1. розподіл сукупності на її складові частини
 2. частота явища в середовищі, в якому воно відбувається
 3. відношення між різнорідними величинами
 4. відношення кожної із порівнюваних величин до вихідного рівня, прийнятого за 1 чи 100%
7. ПОКАЗНИК НАОЧНОСТІ ХАРАКТЕРИЗУЄ:
1. розподіл сукупності на її складові частини
 2. відношення кожної з порівнюваних величин до вихідного рівня, що прийнятий за 1 або за 100%
 3. відношення між різнорідними величинами
8. ЯКІ ВИДИ ВІДНОСНИХ ВЕЛИЧИН МОЖНА ВИКОРИСТОВУВАТИ ДЛЯ ПОРІВНЯННЯ ЯВИЩ У ДИНАМІЦІ, ПО ТЕРИТОРІЯХ, ЗАКЛАДАХ:
1. інтенсивні
 2. співвідношення
 3. екстенсивні
 4. наочності
9. ЯКІ З НАВЕДЕНИХ ПОКАЗНИКІВ Є ІНТЕНСИВНИМИ:
1. розподіл травм за їх видами
 2. частота травм за їх видами
 3. питома вага окремих травм
 4. рівні окремих травм
 5. структура травматизму

10. ЯКІ З НАВЕДЕНИХ ПОКАЗНИКІВ Є ЕКСТЕНСИВНИМИ:

1. структура госпіталізованої захворюваності
2. рівень госпіталізації при окремих хворобах
3. розподіл випадків госпіталізації
4. зниження госпіталізованої захворюваності на 5%

11. ЯКІ ВИДИ ГРАФІКІВ МОЖНА ВИКОРИСТОВУВАТИ ДЛЯ ЗОБРАЖЕННЯ ІНТЕНСИВНИХ ПОКАЗНИКІВ:

1. стовпчикова діаграма
2. внутрішньостовпчикова діаграма
3. лінійна діаграма
4. секторна діаграма
5. картограма
6. картодіаграма

12. ЯКІ ВИДИ ГРАФІКІВ МОЖНА ВИКОРИСТОВУВАТИ ДЛЯ ЗОБРАЖЕННЯ ЕКСТЕНСИВНИХ ПОКАЗНИКІВ:

1. стовпчикова діаграма
2. внутрішньостовпчикова діаграма
3. лінійна діаграма
4. секторна діаграма
5. картограма
6. картодіаграма

13. ЯКІ ВИДИ ГРАФІЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ МОЖНА ВИКОРИСТАТИ ДЛЯ ЗОБРАЖЕННЯ ДИНАМІКИ РІВНЯ ПОКАЗНИКА ЗАГАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ:

1. лінійна діаграма
2. картограма
3. стовпчикова діаграма
4. секторна діаграма
5. внутрішньостовпчикова діаграма

14. ЯКІ ВИДИ ГРАФІКІВ МОЖНА ВИКОРИСТАТИ ДЛЯ ЗОБРАЖЕННЯ РІВНЯ НАРОДЖУВАНOSTІ В РІЗНИХ РЕГІОНАХ:

1. лінійна діаграма
2. секторна діаграма
3. радіальна діаграма
4. картограма
5. картодіаграма
6. стовпчикова діаграма

СЕРЕДНІ ВЕЛИЧИНИ

1. ГАЛУЗІ ПРАКТИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ СЕРЕДНІХ ВЕЛИЧИН:

1. для характеристики організації роботи закладів охорони здоров'я
2. для характеристики якісних ознак
3. для характеристики фізичного розвитку
4. для характеристики рівня захворюваності
5. для визначення медико-фізіологічних показників організму
6. для порівняння абсолютних даних
7. для оцінки даних медико-соціальних і санітарно-гігієнічних досліджень

2. ЯКИМ ВИМОГАМ ПОВИНЕН ВІДПОВІДАТИ ПЕРВИННИЙ СТАТИСТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДЛЯ РОЗРАХУНКУ СЕРЕДНІХ ВЕЛИЧИН:

1. достатнє число спостережень
2. наявність "нульової" гіпотези
3. якісно однорідна сукупність
4. відсутність коливання ознаки, що вивчається
5. наявність групування ознаки

3. ВИДИ ВАРІАЦІЙНИХ РЯДІВ:

1. простий
2. складний
3. рангований
4. дискретний
5. інкретний
6. згрупований
7. моментний
8. динамічний
9. нерангований

4. ВИДИ СЕРЕДНІХ ВЕЛИЧИН, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ПРИ ВИВЧЕННІ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДАНИХ:

1. середня арифметична
2. середня гармонійна
3. середня похибка середньої величини
4. середнє квадратичне відхилення
5. середня геометрична
6. мода

7. рівень ряду
8. амплітуда ряду
9. медіана

5. ІНФОРМАЦІЯ, НЕОБХІДНА ДЛЯ РОЗРАХУНКУ СЕРЕДНЬОЇ АРИФМЕТИЧНОЇ ПРОСТОЇ:

1. числове значення варіанти
2. частота варіанти
3. число спостережень
4. амплітуда ряду

6. СКЛАДОВІ ЕЛЕМЕНТИ ФОРМУЛИ РОЗРАХУНКУ СЕРЕДНЬОЇ АРИФМЕТИЧНОЇ ПРОСТОЇ:

1. $\sum x_i$
2. $\sum x$
3. n
4. $\sum d^2$
5. $\sum d^2 f$

7. ІНФОРМАЦІЯ, ЩО НЕОБХІДНА ДЛЯ ОБЧИСЛЕННЯ СЕРЕДНЬОЇ АРИФМЕТИЧНОЇ ЗВАЖЕНОЇ:

1. частота варіант
2. амплітуда ряду
3. числове значення варіанти
4. число спостережень
5. медіана
6. мода

8. СКЛАДОВІ ЕЛЕМЕНТИ ФОРМУЛИ РОЗРАХУНКУ СЕРЕДНЬОЇ АРИФМЕТИЧНОЇ ЗВАЖЕНОЇ:

1. $\sum x_i f$
2. $\sum x$
3. n
4. $\sum d^2 f$
5. $\sum d^2$

9. ДЛЯ ЯКОЇ МЕТИ ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ СЕРЕДНЄ КВАДРАТИЧНЕ ВІДХИЛЕННЯ (б):

1. визначення амплітуди (розмаху) ряду
2. визначення ймовірного числа спостережень в певних інтервалах значень
3. визначення довірчих меж середніх величин
4. відновлення крайніх значень варіаційного ряду
5. оцінка вірогідності різниці результатів спостережень

10. ПРИ НАЯВНОСТІ ОДНАКОВИХ АБО БЛИЗЬКИХ ЗА ЧИСЛОВИМ ЗНАЧЕННЯМ КІЛЬКОХ СЕРЕДНІХ ВЕЛИЧИН БІЛЬШ ТИПОВОЮ БУДЕ СЕРЕДНЯ ЗА ТАКИХ УМОВ:

1. амплітуда ряду більша

2. амплітуда ряду менша
3. значення середнього квадратичного відхилення більше
4. значення середнього квадратичного відхилення менше

ОЦІНКА ВІРОГІДНОСТІ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

1. ОЦІНКА ВІРОГІДНОСТІ (суттєвості) РЕЗУЛЬТАТІВ СТАТИСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОВОДИТЬСЯ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ТА ОЦІНКИ:

1. відмінностей між числовими характеристиками генеральної та вибіркової сукупностей
2. відмінностей між числовими характеристиками даної та аналогічних вибіркової сукупностей
3. рівня відносної величини
4. вірогідності різниці між двома середніми чи відносними величинами
5. наявності зв'язку між двома відносними чи середніми величинами
6. вірогідності (суттєвості) похідних величин (середніх і відносних)

2. ЯКІ ВЕЛИЧИНИ СЛІД ВИКОРИСТОВУВАТИ ТА ВРАХОВУВАТИ ДЛЯ ПАРАМЕТРИЧНОЇ ОЦІНКИ ВІРОГІДНОСТІ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. похідні величини (середні та відносні)
2. середнє квадратичне відхилення
3. коефіцієнт варіації
4. середні похибки середніх і відносних величин
5. число спостережень

3. СЕРЕДНЯ ПОХИБКА (m) ВІДНОСНОЇ ВЕЛИЧИНИ (P) ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ З МЕТОЮ:

1. визначення впливу неоднорідного складу порівнюваних груп на величини загальних інтенсивних показників
2. визначення довірчих меж відносних величин
3. визначення наявності зв'язку між відносними величинами
4. оцінки вірогідності (суттєвості) відносної величини
5. оцінки вірогідності різниці відносних величин у двох або більше вибіркової сукупностях
6. визначення частоти варіант

4. ДЛЯ РОЗРАХУНКУ СЕРЕДНЬОЇ ПОХИБКИ (m) ВІДНОСНОЇ ВЕЛИЧИНИ (P) НЕОБХІДНІ ТАКІ ДАНІ:

1. показник інтенсивності

2. показник екстенсивності
3. число спостережень
4. медіана
5. показник наочності

5. У ФОРМУЛУ ДЛЯ РОЗРАХУНКУ СЕРЕДНЬОЇ ПОХИБКИ (m) ВІДНОСНОЇ ВЕЛИЧИНИ (P) ПОТРІБНО ПІДСТАВИТИ ВЕЛИЧИНИ:

1. \sqrt{Pq}
2. tm
3. \sqrt{d}
4. \sqrt{n}
5. X

6. ДЛЯ РОЗРАХУНКУ СЕРЕДНЬОЇ ПОХИБКИ (m) СЕРЕДНЬОЇ ВЕЛИЧИНИ (\bar{X}) НЕОБХІДНІ ТАКІ ДАНІ:

1. середня арифметична
2. сума варіант
3. число спостережень
4. середнє квадратичне відхилення
5. відхилення кожної варіанти від середньої

7. У ФОРМУЛУ ДЛЯ РОЗРАХУНКУ СЕРЕДНЬОЇ ПОХИБКИ (m) СЕРЕДНЬОЇ ВЕЛИЧИНИ (\bar{X}) ПОТРІБНО ПІДСТАВИТИ ТАКІ ЗНАЧЕННЯ:

1. \sqrt{Pq}
2. tm
3. δ
4. \sqrt{n}
5. \bar{X}

8. ДОВІРЧІ МЕЖІ ЯВЛЯЮТЬ СОБОЮ:

1. крайні значення довірчого інтервалу з заданим рівнем ймовірності
2. середні значення довірчого інтервалу

9. ЯКІ ВЕЛИЧИНИ ТРЕБА ВИКОРИСТАТИ В ФОРМУЛІ ДЛЯ ОЦІНКИ ВІРОГІДНОСТІ РІЗНИЦІ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ, ПРЕДСТАВЛЕНИХ ВІДНОСНИМИ ВЕЛИЧИНАМИ:

1. $P_1 + P_2$
2. $P_1 - P_2$
3. $\frac{Pq}{n}$
4. $\frac{Pq}{n-1}$

5. $\sqrt{m_1^2 - m_2^2}$

6. $\sqrt{m_1^2 + m_2^2}$

10. ЯКІ ЗНАЧЕННЯ ТРЕБА ВИКОРИСТАТИ У ФОРМУЛІ ДЛЯ ОЦІНКИ ВІРОГІДНОСТІ РІЗНИЦІ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ, ПРЕДСТАВЛЕНИХ СЕРЕДНІМИ ВЕЛИЧИНАМИ:

1. $\bar{X}_1 - \bar{X}_2$

2. $\bar{X}_1 + \bar{X}_2$

3. $\frac{\delta}{n}$

4. $\frac{\delta}{n-1}$

5. $\sqrt{m_1^2 - m_2^2}$

6. $\sqrt{m_1^2 + m_2^2}$

11. РІЗНИЦЯ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ У ВЕЛИКИХ ВИБІРКАХ СУТТЄВА, ЯКЩО КРИТЕРІЙ t СТЬЮДЕНТА ДОРІВНЮЄ:

1. 2.25 2. 2.05 3. 1.95 4. 3.12 5. 1.68

12. ЯКА МІНІМАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПОТРІБНА ДЛЯ ОЦІНКИ ВІРОГІДНОСТІ РІЗНИЦІ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ПРИКЛАДІ ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЩЕПЛЕНЬ ПРОТИ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ:

1. число ускладнень внаслідок щеплень
2. число дітей, яким не були зроблені щеплення
3. число дітей, яким були зроблені щеплення
4. процент дітей, яким були зроблені щеплення
5. число захворювань серед дітей, яким були зроблені щеплення
6. число захворювань серед дітей, яким не робилися щеплення

ДИНАМІЧНІ РЯДИ

1. МЕТА ВИКОРИСТАННЯ ДИНАМІЧНИХ РЯДІВ:

1. для розрахунку статистичних показників

2. для аналізу динаміки ряду
3. для оцінки тенденції розвитку явища

2. ВИБЕРІТЬ ПРАВИЛЬНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ “РІВЕНЬ ДИНАМІЧНОГО РЯДУ”:

1. різниця між \min і \max значеннями показників ряду
2. розмір явища на певний момент часу
3. середня величина показників ряду
4. розмір часового інтервалу динамічного ряду
5. величини (значення), з яких складається динамічний ряд

3. ЯКИМИ ВЕЛИЧИНАМИ МОЖУТЬ БУТИ ПРЕДСТАВЛЕНІ РІВНІ РЯДУ:

1. абсолютні числа
2. інтенсивні показники
3. стандартизовані показники
4. показники наочності
5. середні величини
6. показники співвідношення

4. ВИБЕРІТЬ ПРАВИЛЬНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ “АБСОЛЮТНИЙ ПРИРІСТ ДИНАМІЧНОГО РЯДУ”:

1. різниця між кожним значенням (рівнем) ряду та середньою арифметичною величиною ряду
2. різниця між даним рівнем ряду та попереднім
3. різниця між даним рівнем ряду та рівнем, взятим за основу, виражена в процентах

5. ВИБЕРІТЬ ПРАВИЛЬНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ “ТЕМП ПРИРОСТУ ДИНАМІЧНОГО РЯДУ”:

1. різниця між кожним значенням (рівнем) ряду та середньою арифметичною величиною ряду
2. різниця між даним рівнем ряду та попереднім
3. відношення даного рівня ряду до рівня, взятого за основу
4. відношення абсолютного приросту до рівня попереднього періоду (%)

6. ВИБЕРІТЬ ПРАВИЛЬНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ “МОМЕНТНИЙ РЯД”:

1. рівні ряду визначають за певний період часу
2. рівні ряду характеризують явище на певний момент часу

7. ВИБЕРІТЬ ПРАВИЛЬНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ “ІНТЕРВАЛЬНИЙ РЯД”:

1. рівні ряду визначають за певний період часу
2. рівні ряду характеризують явище на певний момент часу

8. З ЯКОЮ МЕТОЮ ПРОВОДИТЬСЯ ВИРІВНЮВАННЯ РЯДІВ ДИНАМІКИ:

1. для зменшення числа рівнів ряду
2. для виявлення чіткої тенденції в динаміці
3. для розрахунку показників для аналізу ряду
4. для побудови графіків
5. для побудови таблиць

МЕТОД СТАНДАРТИЗАЦІЇ

1. В ЧОМУ ПОЛЯГАЄ ПРАКТИЧНА ЦІННІСТЬ МЕТОДУ СТАНДАРТИЗАЦІЇ:

1. дозволяє оцінити динаміку показників
2. виключає вплив неоднорідності складу досліджуваних груп
3. дозволяє порівнювати частоту явищ, що вивчаються у неоднорідних групах
4. дозволяє оцінити вплив фактора, що досліджується, на величину загальних показників
5. дозволяє порівнювати екстенсивні показники

2. СТАНДАРТИЗОВАНІ ПОКАЗНИКИ ЗАСТОСОВУЮТЬ ДЛЯ ОЦІНКИ:

1. рівнів захворюваності в різних групах населення при різниці складу за віком та статтю
2. частоти ускладнень у одній групі хворих
3. рівнів смертності в різних групах населення при різниці складу за віком і статтю
4. строків лікування в відділеннях стаціонару з різним складом хворих за діагнозами
5. структури захворюваності населення міста
6. частоти виробничого травматизму, захворюваності з тимчасовою втратою працездатності в цехах (на підприємствах) при різниці у віковому, стажовому, професійному складі

3. МЕТОДИ СТАНДАРТИЗАЦІЇ:

1. простий
2. груповий
3. прямий
4. зворотний
5. опосередкований (непрямий)
6. змішаний

4. МІНІМАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ, ЯКА НЕОБХІДНА ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЯМОГО МЕТОДУ СТАНДАРТИЗАЦІЇ:

1. загальні інтенсивні показники
2. розподіл (склад) середовища в абсолютних цифрах
3. розподіл (склад) явища в абсолютних цифрах
4. структура явища у відсотках

5. ОСНОВНІ ВИДИ СТАНДАРТУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРЯМОГО МЕТОДУ:

1. склад контингенту, до якого входять порівнювані групи
2. накопичені частоти в порівнюваних групах
3. сума порівнюваних груп
4. півсума порівнюваних груп
5. числовий склад однієї з порівнюваних груп
6. середній рівень явища, яке вивчається (за часом, територією)

КОРЕЛЯЦІЯ

1. ВИДИ СТАТИСТИЧНОГО ЗВ'ЯЗКУ МІЖ ОЗНАКАМИ:

1. кореляційний
2. дискретний
3. функціональний
4. паралельний
5. прямий
6. зворотний

2. МЕТОДИ ВИЗНАЧЕННЯ КОЕФІЦІЄНТІВ КОРЕЛЯЦІЇ:

1. ранговий метод (Спірмена)
2. метод знаків
3. метод найменших квадратів
4. метод змінної середньої
5. метод визначення лінійного зв'язку (Пірсона)

3. МЕТОД РАНГОВОЇ КОРЕЛЯЦІЇ ВИКОРИСТОВУЮТЬ ДЛЯ ОЦІНКИ ЗВ'ЯЗКУ В ВИПАДКАХ, КОЛИ РЕЗУЛЬТАТИ ПРЕДСТАВЛЕНІ:

1. описово
2. у показниках співвідношення
3. у напівкількісному вигляді
4. у показниках наочності
5. точними числовими характеристиками

4. ЩО Є ОСНОВОЮ СУТІ МЕТОДУ РАНГОВОЇ КОРЕЛЯЦІЇ:

1. визначення “нульової” гіпотези
2. рангування порівнюваних рядів
3. визначення темпу росту величин порівнюваних рядів

5. ЯКИЙ СТАТИСТИЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК МІЖ ОЗНАКАМИ, ЯКЩО КОЕФІЦІЄНТ РАНГОВОЇ КОРЕЛЯЦІЇ ДОРІВНЮЄ +0.5:

1. прямиий
2. слабкий
3. середньої сили
4. сильний

6. МЕТОД ЛІНІЙНОЇ КОРЕЛЯЦІЇ ЗАСТОСОВУЮТЬ ДЛЯ ОЦІНКИ ЗВ'ЯЗКУ, ЯКЩО РЕЗУЛЬТАТИ ПРЕДСТАВЛЕНІ:

1. описово
2. у напівкількісному вигляді
3. точними числовими характеристиками
4. у вигляді різниці між фактичними та “очікуваними” величинами

7. ЯКИЙ ЗВ'ЯЗОК ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДІТЕЙ НА КІР З РІВНЕМ ОХОПЛЕННЯ ЇХ ЩЕПЛЕННЯМ, ЯКЩО КОЕФІЦІЄНТ ЛІНІЙНОЇ КОРЕЛЯЦІЇ

$$r_{xy} = -0,9; \quad m_{r_{xy}} = \pm 0,1:$$

1. вірогідний
2. прямиий
3. сильний
4. невірогідний
5. зворотний

8. ЯКИЙ ЗВ'ЯЗОК МІЖ ЗРОСТОМ І МАСОЮ ТІЛА У ШКОЛЯРІВ, ЯКЩО КОЕФІЦІЄНТ ЛІНІЙНОЇ КОРЕЛЯЦІЇ

$$r_{xy} = +0,98; \quad m_{r_{xy}} = \pm 0,1:$$

1. прями́й
2. вірогідний
3. сильний
4. функціональний
5. регресійний

ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

1. ПОНЯТТЯ “ЗДОРОВ'Я” З ТОЧКИ ЗОРУ ПОПУЛЯЦІЙНОГО ПІДХОДУ:

1. стан організму людини, при якому вона здатна повноцінно виконувати свої біологічні та соціальні функції
2. стан організму людини, коли всі його функції врівноважені з навколишнім середовищем
3. стан повного соціального, біологічного та психологічного благополуччя людини (поряд із відсутністю хвороби чи фізичних дефектів)
4. умовне статистичне поняття, яке досить повно характеризується комплексом демографічних показників, захворюваності, фізичного розвитку, інвалідності та частоти донозологічних станів
5. інтервал, у межах якого коливання біологічних процесів утримують організм на рівні функціонального оптимуму

2. МЕДИЧНІ ПОКАЗНИКИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ:

1. демографічні
2. інвалідності
3. летальності
4. способу життя
5. захворюваності
6. соціального добробуту
7. фізичного розвитку
8. частоти донозологічних (преморбідних) станів

3. ПРОВІДНІ ГРУПИ ЧИННИКІВ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ:

1. стан довкілля
2. спосіб життя
3. обсяг та якість медичної допомоги
4. освіта
5. медико-біологічні фактори
6. етнічні фактори

4. РІВЕНЬ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗАЛЕЖИТЬ ВІД СПОСОБУ ЖИТТЯ (%):

1. 25-34 2. 35-44 3. 45-54 4. 55-64

5. РІВЕНЬ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗАЛЕЖИТЬ ВІД МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ (%):

1. 12-17 2. 18-23 3. 24-30

6. РІВЕНЬ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗАЛЕЖИТЬ ВІД СТАНУ ДОВКІЛЛЯ (%):

1. 15-17 2. 18-20 3. 21-23 4. 24-26

7. РІВЕНЬ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗАЛЕЖИТЬ ВІД ОБСЯГУ ТА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (%):

1. 5-7 2. 8-10 3. 11-13 4. 14-16

ДЕМОГРАФІЯ

1. ДЕМОГРАФІЯ ВИВЧАЄ:

1. чисельність і склад населення
2. захворюваність населення
3. природний рух
4. механічний рух
5. летальність
6. інвалідність

2. ПРАКТИЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ ДЕМОГРАФІЧНИХ ДАНИХ:

1. оцінка стану здоров'я населення
2. планування заходів з охорони здоров'я
3. оцінка рівня санітарної культури

3. ПРИРОДНИЙ РУХ НАСЕЛЕННЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ ПОКАЗНИКИ:

1. міграційної активності
2. маятникової міграції
3. природного приросту
4. середньої очікуваної тривалості життя
5. народжуваності
6. інвалідності
7. смертності

4. Джерела вивчення показників природного руху:
 1. довідка про народження
 2. висновок судово-медичної експертизи
 3. лікарське свідоцтво про смерть
 4. лікарське свідоцтво про перинатальну смерть
 5. медичне свідоцтво про народження
 6. свідоцтво про шлюб
 7. свідоцтво про розлучення
 8. фельдшерська довідка про смерть

5. Інформація, необхідна для визначення загального показника народжуваності:
 1. число дітей, що народилися живими
 2. число дітей, що народилися мертвими
 3. число жінок фертильного віку
 4. середньорічна чисельність населення
 5. число жінок, у яких вагітність закінчилась пологами

6. Інформація, необхідна для визначення загального показника смертності:
 1. число померлих за рік
 2. число мертвонароджених
 3. число померлих серед тих, що лікувалися в стаціонарах
 4. середньорічна чисельність населення

7. Показник природного приросту являє собою:
 1. різницю між рівнями загальної народжуваності та загальної смертності
 2. різницю між числом, що народилися (живими та мертвими) та числом померлих
 3. різницю між числом, що народилися живими, та числом померлих, віднесено до середньорічної чисельності населення

8. Який тип природного приросту населення є характерним для України:
 1. позитивний
 2. прогресивний
 3. негативний (від'ємний)
 4. регресивний
 5. стаціонарний

9. ОСНОВНІ ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РІВЕНЬ НАРОДЖУВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ:

1. забезпеченість населення лікарями
2. зайнятість жінок суспільною працею
3. співвідношення жінок і чоловіків у структурі населення
4. економічна ситуація в країні
5. загальна чисельність населення
6. національні традиції та релігія
7. захворюваність із тимчасовою втратою працездатності

10. НАСЛІДКИ ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ НАРОДЖУВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ:

1. зниження захворюваності
2. зменшення частки дітей у структурі населення
3. зниження економічного навантаження на працездатний вік
4. зростання частки осіб старших вікових груп
5. зростання економічного навантаження на працездатний вік
6. формування прогресивного типу вікової структури населення

11. ПІД ПОКАЗНИКОМ “ДЕМОГРАФІЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ” РОЗУМІЮТЬ:

1. відношення числа дітей до осіб старших працездатного віку
2. відношення числа дітей та осіб пенсійного віку до чисельності працездатного населення
3. відношення числа дітей та осіб пенсійного віку до загальної чисельності населення

12. КЛАСИ ХВОРОБ, ЯКІ ФОРМУЮТЬ ПРОВІДНІ ЧОТИРИ ПРИЧИНИ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ:

1. хвороби крові та кровоутворюючих органів
2. хвороби системи кровообігу
3. нещасні випадки, отруєння та травми
4. хвороби органів травлення
5. ендокринні захворювання
6. новоутворення
7. хвороби органів дихання

13. ОБСТАВИНИ ТА ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РІВЕНЬ ЗАГАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ:

1. загальна чисельність населення

2. віково-статевий склад населення
3. якість медичної допомоги
4. умови навколишнього середовища
5. спосіб життя
6. рівень госпіталізації населення
7. захворюваність із тимчасовою втратою працездатності

14. ТЕНДЕНЦІЇ, ХАРАКТЕРНІ ДЛЯ ПОКАЗНИКІВ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ:

1. загальний рівень смертності зростає
2. загальний рівень смертності знижується
3. смертність чоловіків вища за смертність жінок
4. у структурі смертності переважають травми
5. у структурі смертності переважають хвороби органів дихання
6. у структурі смертності переважають хвороби системи кровообігу

15. РІВЕНЬ СМЕРТНОСТІ ВИЩЕ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ:

1. міського
2. сільського

16. РІВЕНЬ СМЕРТНОСТІ ВИЩЕ СЕРЕД:

1. жінок
2. чоловіків

17. ПІД СЕРЕДНЬОЮ ОЧІКУВАНОЮ ТРИВАЛІСТЮ ЖИТТЯ РОЗУМІЮТЬ:

1. середній вік померлих
2. число осіб із покоління, що народилося, які дожили до певного віку
3. число років, що належить прожити поколінню, яке народилося (ровесники певного віку), якщо протягом наступного життя вікові показники смертності будуть такими ж, як і в роки, коли складалися таблиці смертності

18. ДЛЯ СУЧАСНОЇ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ ХАРАКТЕРНІ:

1. урбанізація
2. збільшення середнього зросту підлітків
3. постаріння населення
4. підвищення показника загальної смертності
5. вирівнювання статевої диспропорції

6. зниження смертності
7. зниження показника народжуваності
8. депопуляція

СМЕРТНІСТЬ НЕМОВЛЯТ (МАЛЮКОВА СМЕРТНІСТЬ)

1. ДО ЯКОЇ ВІКОВОЇ КАТЕГОРІЇ НАЛЕЖИТЬ ПОНЯТТЯ “СМЕРТНІСТЬ НЕМОВЛЯТ”:

1. 0-2 роки
2. 0-14 років
3. до 1 року
4. 3-14 років

2. ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЗАГАЛЬНОГО ПОКАЗНИКА СМЕРТНОСТІ НЕМОВЛЯТ НЕОБХІДНІ ТАКІ ДАНІ:

1. число дітей, що народилися мертвими
2. число дітей, що померли на першому році життя з покоління поточного року
3. число померлих на першому році життя від окремих причин
4. число дітей, що народилися живими у поточному році
5. число дітей, що народилися живими в минулому році
6. число померлих до 14 років
7. число дітей, що померли на першому році життя з покоління минулого року

3. ЯКУ З НАВЕДЕНИХ ФОРМУЛ ВИКОРИСТОВУЮТЬ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКА СМЕРТНОСТІ НЕМОВЛЯТ (за рекомендаціями ВООЗ):

1.
$$\frac{\text{число померлих на першому місяці життя} \cdot 1000}{\text{число дітей, що народилися живими}}$$
2.
$$\frac{\text{число померлих на першому році життя} \cdot 1000}{\text{число дітей, що народилися живими}}$$
3.
$$\frac{\text{число померлих на першому місяці життя} \cdot 1000}{\frac{1}{3} \text{ дітей, що народилися живими в минулому році} + \frac{2}{3} \text{ дітей, що народилися живими в поточному році}}$$
4.
$$\frac{\text{число померлих на першому році життя з покоління поточного року} \cdot 1000}{\text{число дітей, що народилися живими в поточному році} + \frac{\text{число померлих на першому році життя з покоління минулого року} \cdot 1000}{\text{число дітей, що народилися живими в минулому році}}}$$

4. КРИТЕРІЇ ЖИВОНАРОДЖЕНОСТІ ВІДПОВІДНО ДО РЕКОМЕНДАЦІЙ ВООЗ:

1. вдих
2. термін вагітності не менше 28 тижнів
3. серцебиття
4. пульсація пуповини
5. маса тіла не менше 1000 г
6. будь-які прояви життя незалежно від терміну вагітності
7. довжина тіла не менше 35 см

5. ЧИ ВІДПОВІДАЮТЬ КРИТЕРІЇ ЖИВОНАРОДЖЕНОСТІ В УКРАЇНІ КРИТЕРІЯМ ВООЗ:

1. так
2. ні

6. ІНФОРМАЦІЯ, ЩО НЕОБХІДНА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ СТРУКТУРИ СМЕРТНОСТІ НЕМОВЛЯТ:

1. число дітей, що народилися живими
2. число дітей, що померли на першому році життя
3. число дітей, що померли від окремих захворювань
4. число дітей, що лікувалися в стаціонарі

7. ПРОВІДНІ ТРИ ПРИЧИНИ СМЕРТНОСТІ НЕМОВЛЯТ В УКРАЇНІ:

1. ендокринні захворювання
2. стани, що виникли в перинатальному періоді
3. захворювання органів дихання
4. захворювання органів травлення
5. вроджені аномалії

8. ДО СПЕЦІАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ СМЕРТНОСТІ НЕМОВЛЯТ ВІДНОСЯТЬСЯ:

1. постнеонатальна смертність
2. перинатальна смертність
3. рання неонатальна смертність
4. неонатальна смертність
5. смертність дітей, що померли на першому році життя від окремих причин
6. летальність дітей першого року життя від окремих причин (захворювань)
7. показник рівня мертвонароджуваності

9. ІНФОРМАЦІЯ, ЩО НЕОБХІДНА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ПОКАЗНИКА НЕОНАТАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ:

1. число дітей, що померли на першому році життя
2. число дітей, що померли на першому місяці життя
3. число дітей, що померли на першому тижні життя
4. число дітей, що народилися живими в поточному календарному році
5. число дітей, що народилися живими в попередньому календарному році

10. ІНФОРМАЦІЯ, ЩО НЕОБХІДНА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ РАННЬОЇ НЕОНАТАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ:

1. число дітей, що померли на першому місяці життя
2. число дітей, що народилися живими
3. число дітей, що померли протягом перших семи діб життя
4. число дітей, що померли на першому році життя

11. ОСНОВНІ ОБСТАВИНИ ТА ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ФОРМУВАННЯ РІВНЯ СМЕРТНОСТІ НЕМОВЛЯТ:

1. співвідношення дітей, що народилися живими та мертвими
2. стать і вік дитини
3. структура населення за віком
4. умови навколишнього середовища
5. стан здоров'я батьків
6. спосіб життя батьків
7. аборти в анамнезі
8. загальне число дітей, що народилися
9. якість акушерсько-гінекологічної та педіатричної допомоги

МЕТОДИКА ВИВЧЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ТА ЗАКОНОМІРНОСТІ ОСНОВНИХ ЇЇ ВИДІВ

1. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ЯК ПОКАЗНИКА ЗДОРОВ'Я ВИЗНАЧАЄТЬСЯ:

1. витратами на медико-гігієнічне навчання населення
2. провідною роллю в смертності
3. співвідношенням дітей, що народилися живими та мертвими
4. провідною роллю в тимчасовій та стійкій втраті працездатності
5. економічними витратами суспільства
6. негативним впливом на здоров'я майбутніх поколінь
7. потребами в забезпеченні населення медичною допомогою
8. відповідністю до структури причин смерті

2. МЕТОДИ ВИВЧЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTI НАСЕЛЕННЯ:

1. перепис хворих
2. звертання за медичною допомогою
3. антропометричні вимірювання
4. опитування населення
5. медичні огляди
6. причини смерті
7. перепис населення
8. спеціальні вибіркові дослідження

3. ПРОВІДНІ ВИДИ ЗАХВОРЮВАНOSTI:

1. захворюваність на хронічні хвороби
2. загальна захворюваність
3. захворюваність на хвороби системи кровообігу
4. захворюваність із тимчасовою втратою працездатності
5. госпіталізована захворюваність
6. захворюваність на гострі захворювання
7. інфекційна захворюваність
8. захворюваність на найважливіші неепідемічні хвороби

4. ПЕРЕВАГИ МЕТОДУ РЕЄСТРАЦІЇ ЗВЕРТАНЬ ПРО МЕДИЧ- НУ ДОПОМОГУ:

1. найбільш повний облік гострих захворювань
2. найбільш повний облік початкових і безсимптомних стадій хвороб
3. оперативність обліку захворювань
4. повний облік захворювань при обслуговуванні населення в приватних медичних закладах
5. більша економічність
6. можливість виділення захворювань, вперше зареєстрованих протягом року

5. ПЕРЕВАГИ ВИВЧЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTI ЗА ДАНИМИ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ:

1. найбільш повний облік гострих захворювань
2. більша економічність
3. виявлення хвороб на початкових стадіях
4. достатньо повний облік хронічних захворювань при систематичному проведенні оглядів

6. ОБЛІКОВІ ДОКУМЕНТИ ДЛЯ РЕЄСТРАЦІЇ І ВИВЧЕННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ:

1. історія розвитку дитини
2. медична карта амбулаторного хворого
3. статистичний талон для реєстрації заключного діагнозу
4. статистична карта хворого, що вибув із стаціонару
5. талон амбулаторного пацієнта

7. ПОКАЗНИКИ, ЩО ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ ЗАГАЛЬНУ ЗАХВОРЮВАНІСТЬ:

1. частота госпіталізації
2. поширеність захворювань (загальна захворюваність)
3. первинна захворюваність
4. структура поширеності та первинної захворюваності
5. частота ускладнень

8. ЯКІ РІВНІ ЗАГАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ (ПОШИРЕНОСТІ) УСІХ ХВОРОБ ЗА ДАНИМИ ЗВЕРТАНЬ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ХАРАКТЕРНІ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ (‰):

1. 800-1100
2. 1200-1500
3. 1600-1700

9. ЯКІ РІВНІ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА УСІ ХВОРОБИ ЗА ДАНИМИ ЗВЕРТАНЬ ПО МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ХАРАКТЕРНІ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ (‰):

1. 300-500
2. 600-800
3. 900 і більше

10. У СТРУКТУРІ ПОШИРЕНОСТІ ЗАХВОРЮВАНЬ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ ПЕРШІ ТРИ МІСЦЯ ПОСІДАЮТЬ:

1. хвороби органів дихання
2. онкологічні захворювання
3. ендокринні захворювання
4. хвороби системи кровообігу
5. хвороби органів травлення

11. ЗА ДОПОМОГОЮ ЯКИХ ОФІЦІЙНИХ СТАТИСТИЧНИХ ДОКУМЕНТІВ МОЖНА ОБЧИСЛИТИ ПОКАЗНИКИ, ЯКІ ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ІЗ ТИМЧАСОВОЮ ВТРАТОЮ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ:

1. зведена відомість обліку захворюваності населення, що мешкає в районі діяльності поліклініки
2. звіт про тимчасову непрацездатність

3. листок непрацездатності
4. карта пацієнта, що вибув із стаціонару

12. ВКАЖІТЬ ПОКАЗНИКИ, ЯКІ ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ ЗАХВО-
РЮВАНІСТЬ ІЗ ТИМЧАСОВОЮ ВТРАТОЮ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ:

1. первинна захворюваність
2. поширеність захворювань
3. число випадків тимчасової працездатності на 100 працюючих
4. число днів тимчасової втрати працездатності на 100 працюючих
5. середня тривалість одного випадку тимчасової непрацездатності

13. ОБЛІКОВИЙ ДОКУМЕНТ ДЛЯ РЕЄСТРАЦІЇ І ВИВЧЕННЯ ГОС-
ПІТАЛІЗОВАНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ:

1. листок обліку руху хворих
2. статистична карта хворого, що вибув із стаціонару
3. епікриз медичної карти стаціонарного хворого

14. ДО НАЙВАЖЛИВІШИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НАЛЕЖАТЬ ХВО-
РОБИ:

1. алкоголізм та наркоманія
2. психічні розлади
3. нервової системи
4. системи кровообігу
5. злоякісні новоутворення
6. шкіри та підшкірної клітковини
7. інфекційні та паразитарні

15. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ НАЙВАЖЛИВІШИХ
ХВОРОБ ВИЗНАЧАЮТЬ:

1. значні рівні госпіталізації
2. витрати на медико-гігієнічне навчання населення
3. високі рівні інвалідизації
4. значна частота смертності
5. великі потреби в спеціалізованій медичній допомозі
6. значні економічні витрати суспільства
7. рівномірність поширеності по окремих регіонах країнах

16. ОСНОВНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ
В УКРАЇНІ:

1. зростання смертності
2. відсутність розбіжностей у захворюваності серед чоловіків і жінок

3. значний рівень захворюваності, особливо у чоловіків працездатного віку

4. зниження смертності

17. СУЧАСНІ ЗАХОДИ, ЯКІ МАЮТЬ ВПЛИНУТИ НА СВОЄЧАСНЕ ВІЯВЛЕННЯ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ:

1. збільшення рівня госпіталізації

2. своєчасна, рання діагностика

3. підвищення рівня санітарної культури населення

4. систематичне проведення профілактичних оглядів

18. ОСНОВНІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ:

1. зниження захворюваності та смертності

2. зростання захворюваності та смертності, особливо серед чоловіків

3. “омолодження” контингентів хворих

4. “постаріння” контингентів хворих

19. ПОКАЗНИКИ, ЩО ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ ІНФЕКЦІЙНУ ЗАХВОРЮВАНІСТЬ:

1. число інфекційних захворювань, виявлених на 100 оглянутих осіб

2. рівень інфекційної захворюваності

3. структура інфекційної захворюваності

4. відсоток осіб, які часто хворіли

5. своєчасність госпіталізації

6. частота госпіталізації при інфекційних хворобах

7. сезонність

20. ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ ЗА ОСТАННІ П'ЯТЬ РОКІВ:

1. покращилась 2. погіршилась 3. різко погіршилась

21. ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ ЗА ОСТАННІ РОКИ ПОГІРШИЛАСЬ ЗА РАХУНОК ПІДВИЩЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ:

1. на кишкові інфекції

2. на вірусний гепатит

3. на туберкульоз

4. на правець

5. на віспу

22. ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА СМЕРТНОСТІ ВІД УСІХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 10 РОКІВ:

1. рівні захворюваності стабільні
2. захворюваність знижується
3. рівні смертності стабільні
4. смертність знижується
5. смертність зростає
6. захворюваність зростає

23. ОСНОВНІ СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ СНІДУ:

1. темпи зростання числа нових випадків знижуються
2. захворюваність щорічно зростає
3. захворюваність щорічно знижується
4. зменшується середній вік хворих на СНІД
5. збільшується середній вік хворих на СНІД

24. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ, ОТРУЄНЬ І ТРАВМ ВИЗНАЧАЮТЬ:

1. значна роль у смертності та інвалідності населення
2. негативний вплив на здоров'я майбутніх поколінь
3. значні витрати на медичну допомогу та на утримання інвалідів
4. значні економічні збитки на виробництві
5. витрати на медико-гігієнічне навчання населення

25. ВИДИ ТРАВМАТИЗМУ:

1. виробничий
2. побутовий
3. сімейний
4. спортивний
5. вуличний
6. дорожньо-транспортний
7. шкільний

26. СЕРЕД ПРИЧИН СМЕРТНОСТІ ТРАВМАТИЗМ ЗАЙМАЄ МІСЦЕ:

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4

27. ЗАКЛАДИ ТА ПІДРОЗДІЛИ, В ЯКИХ ПОВИННА ПЕРЕВАЖНО НАДАВАТИСЯ ДОПОМОГА ТРАВМОВАНИМ:

1. долікарський кабінет поліклініки
2. травмпункти територіальних амбулаторно-поліклінічних закладів

3. відділення профілактики поліклініки
4. травматологічне (хірургічне) відділення лікарні
5. лікарня швидкої медичної допомоги

ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК

1. ДО ПОКАЗНИКІВ БІОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ НАЛЕЖАТЬ:

1. річне зростання довжини тіла
2. окружність грудної клітки у паузі
3. термін заміни молочних зубів на постійні
4. осифікація кисті за даними рентгенографії
5. м'язова сила кисті рук
6. ступінь розвитку вторинних статевих ознак
7. динаміка маси тіла протягом року
8. життєва місткість легень
9. термін першої менструації у дівчат
10. відношення маси тіла до окружності грудної клітки

2. ЯКІ ГРУПИ ОЗНАК ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ОЦІНКИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ПРИ МАСОВИХ ОБСТЕЖЕННЯХ:

1. антропометричні
2. захворюваності
3. функціональні (фізіометричні)
4. частота донозологічних станів
5. індекс здоров'я
6. соматоскопічні
7. психічні

3. АНТРОПОМЕТРИЧНІ ОЗНАКИ ОЦІНКИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ:

1. зріст стоячи
2. маса тіла
3. форма грудної клітки
4. розмір грудної клітки

4. ФУНКЦІОНАЛЬНІ, ФІЗІОМЕТРИЧНІ ОЗНАКИ ОЦІНКИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ:

1. розмір і форма грудної клітки
2. життєва ємкість легень
3. м'язова сила кисті
4. вираженість вторинних статевих ознак

5. СОМАТОСКОПІЧНІ ОЗНАКИ ОЦІНКИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ:

1. розмір грудної клітки
2. будова тіла
3. вираженість вторинних статевих ознак
4. форма грудної клітки
5. життєва ємкість легень
6. артеріальний тиск, пульс

6. ДАНІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ, ЩО ПРИЙНЯТІ ЗА СТАНДАРТ, ПОВИННІ БУТИ ОТРИМАНІ:

1. в конкретних регіонах
2. методом основного масиву
3. на базі достатнього числа спостережень
4. в однорідних групах (за статтю, віком)
5. за загальноприйнятими методиками обстеження, вимірювання та обробки даних
6. методом суцільного спостереження

7. ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ПРОТЯГОМ ОСТАННЬОГО ДЕСЯТИЛІТТЯ:

1. зростання числа випадків дисгармонійного фізичного розвитку
2. збільшення рівня гармонійного фізичного розвитку
3. збільшення частки осіб з надлишковою масою тіла серед дорослих
4. зменшення частки осіб з надлишковою масою тіла серед дорослих
5. зростання частки дітей та підлітків із дефіцитом маси тіла

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛОМУ НАСЕЛЕННЮ

1. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

1. дільнично-територіальний (на засадах сімейної медицини)
2. вивчення факторів ризику
3. лікування вдома
4. участь населення в оздоровчих програмах
5. єдність лікувальної та профілактичної допомоги
6. забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі
7. етапність спеціалізованого медичного забезпечення

2. ВИДИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

1. амбулаторно-поліклінічна
2. стаціонарна
3. санаторно-курортна
4. санітарно-профілактична
5. дезінфекційна
6. швидка

3. ПОСАДОВІ ОСОБИ, ЩО БЕРУТЬ УЧАСТЬ В УПРАВЛІННІ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ (ЛПЗ):

1. головний лікар (директор)
2. завідувач поліклініки
3. завідувач інформаційно-аналітичним відділенням
4. заступники головного лікаря з різних розділів роботи (з медичної частини, з економічних питань та інші)
5. головна (старша) медична сестра ЛПЗ
6. старші медичні сестри різних відділень

4. ЗГІДНО З ОСНОВАМИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА МОЖЕ НАДАВАТИСЬ:

1. лікувально-профілактичними акредитованими закладами
2. санітарно-профілактичними закладами
3. службою швидкої медичної допомоги
4. окремими медичними працівниками, які мають ліцензію

5. АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНУ ДОПОМОГУ НАДАЮТЬ У:

1. фельдшерсько-акушерських пунктах
2. консультативно-діагностичних центрах
3. станціях швидкої допомоги
4. пологових будинках
5. здоровпунктах
6. санаторіях
7. амбулаторіях
8. поліклініках
9. консультаціях
10. диспансерах

6. СТАЦІОНАРНУ ДОПОМОГУ НАДАЮТЬ У:

1. лікарнях загального профілю
2. спеціалізованих лікарнях

3. медичних центрах
4. санаторіях
5. центрах здоров'я
6. диспансерах

7. ОСНОВНИМИ ЗАВДАННЯМИ ПРОВЕДЕННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ТА АКРЕДИТАЦІЇ Є:

1. визначення можливостей і підтвердження права лікувально-профілактичного закладу чи фізичної особи надавати медичну допомогу в обсязі та якості не нижче встановлених стандартів
2. визначення вартості медичної допомоги та послуг, що надаються
3. захист інтересів споживача медичної допомоги та послуг на державному рівні
4. забезпечення управління діяльністю лікувально-профілактичних закладів незалежно від форм власності, перш за все щодо якості медичної допомоги

8. ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ СКЛАДНОСТІ ЇЇ НАДАННЯ МОЖЕ БУТИ:

1. первинною
2. профілактичною
3. змішаною
4. вторинною (спеціалізованою)
5. третинною (вужькоспеціалізованою)

9. ПЕРВИННА ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ (ПМСД) ПЕРЕДБАЧАЄ :

1. консультацію лікаря загальної практики (сімейного)
2. лікування в спеціалізованих відділеннях лікарень
3. діагностику та лікування основних найбільш поширених захворювань
4. проведення профілактичних заходів
5. направлення хворого для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги
6. просту діагностику
7. надання невідкладної допомоги
8. лікування в диспансерах

10. ПІД ВТОРИННОЮ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ РОЗУМІЮТЬ:

1. кваліфіковане консультування, діагностику та лікування лікарями-спеціалістами
2. лікування основних найбільш поширених захворювань

11. ТРЕТИННА ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА НАДАЄТЬСЯ ЛІКАРЯМИ АБО ГРУПОЮ ЛІКАРІВ, ЩО МАЮТЬ ПІДГОТОВКУ В ГАЛУЗІ:

1. складних щодо діагностики і лікування хвороб
2. проведення профілактичних оглядів
3. хвороб, що рідко зустрічаються
4. проведення диспансеризації

12. ПОТРЕБА В РЕФОРМУВАННІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ЗУМОВЛЕНА ТАКИМИ ЧИННИКАМИ:

1. зростанням вимог насамперед до збільшення обсягу лікувально-профілактичної допомоги
2. зростанням вимог до покращання якості лікувально-профілактичної допомоги
3. зростанням вартості медичної допомоги
4. зменшенням вартості медичної допомоги
5. незадоволеністю населення якістю лікувально-профілактичної допомоги
6. необхідністю перерозподілу обсягу медичної допомоги між лікувально-профілактичними закладами різних рівнів медичного забезпечення

13. ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я:

1. підвищення рівня госпіталізації
2. пріоритетний розвиток ПМСД з переходом до надання медичної допомоги на засадах сімейного лікаря
3. створення системи соціальних гарантій щодо забезпечення ліками соціально незахищених верств населення та хворих на окремі захворювання
4. підвищення якості підготовки фахівців
5. значне зростання обсягу швидкої медичної допомоги
6. відновлення системи загальної диспансеризації населення

ОРГАНІЗАЦІЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

1. ПОЛІКЛІНІКА ДЛЯ ОБСЛУГОВУВАННЯ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ МОЖЕ БУТИ:

1. складовою частиною об'єднаної лікарні
2. самостійним закладом
3. складовою частиною діагностичного центру

2. ЗАВДАННЯ МІСЬКОЇ ПОЛІКЛІНІКИ:

1. надання первинної спеціалізованої кваліфікованої допомоги (амбулаторно та вдома)
2. проведення профілактичних заходів, у т.ч. протиепідемічних
3. надання соціально-правової допомоги
4. медико-гігієнічне навчання населення
5. проведення диспансерного спостереження за різними контингентами
6. працевлаштування осіб, які підлягають диспансерному спостереженню
7. оздоровлення навколишнього середовища району обслуговування
8. проведення лікарської експертизи працездатності

3. ОСНОВНІ ПІДРОЗДІЛИ МІСЬКОЇ ПОЛІКЛІНІКИ:

1. лікувально-профілактичні підрозділи (відділення чи кабінети)
2. відділення профілактики
3. діагностичні підрозділи
4. реєстратура
5. кабінет невідкладної допомоги
6. відділення швидкої допомоги
7. дезінфекційне відділення
8. кабінет обліку та медичної статистики
9. профілакторій
10. денний стаціонар
11. лікувально-допоміжні відділення (кабінети)

4. ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ РЕЄСТРАТУРИ ПОЛІКЛІНІКИ:

1. запис на прийом до лікарів поліклініки та викликів додому
2. видача направлень на дослідження
3. направлення на щеплення
4. заповнення статистичного талона

5. оформлення та зберігання медичної документації
6. підбір і подача медичних карт амбулаторних хворих лікарям у випадку зберігання карт у поліклініці
7. регулювання потоку пацієнтів, які звернулися до поліклініки
8. довідково-інформаційне забезпечення

5. ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ ДОЛІКАРСЬКОГО КАБІНЕТУ ПОЛІКЛІНІКИ:

1. розподіл відвідувачів по кабінетах лікарів
2. вимірювання артеріального тиску
3. підготовка виписок з карт амбулаторного хворого
4. виписка рецептів
5. видача направлень на дослідження
6. реєстрація відвідувачів поліклініки
7. заповнення паспортної частини в листку-направленні на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК), санаторно-курортної картки

6. СУТЬ ДІЛЬНИЧНО-ТЕРИТОРІАЛЬНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ:

1. спостереження за постійними контингентами
2. обслуговування тільки працюючих
3. динамічне спостереження за хворими
4. зв'язок зі стаціонаром
5. ознайомлення з умовами життя та праці населення (за словами відвідувачів)

7. ЛІКАР-ТЕРАПЕВТ МІСЬКОЇ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ДІЛЬНИЦІ ПОВИНЕН ЗАБЕЗПЕЧИТИ:

1. своєчасну допомогу населенню дільниці в поліклініці та вдома
2. спостереження хворих своєї дільниці в лікарні
3. своєчасну госпіталізацію терапевтичних хворих (планову та ургентну)
4. консультацію хворих у необхідних випадках лікарями інших спеціальностей та завідувачами відділень
5. медичну допомогу за місцем роботи
6. вивчення показників профілактичної роботи поліклініки
7. експертизу тимчасової втрати працездатності хворих
8. проведення профілактичних щеплень
9. раннє виявлення, діагностику та лікування інфекційних захворювань

10. медико-гігієнічне навчання населення
11. організацію стаціонарів удома
12. диспансерне спостереження за відповідними контингентами

8. ОСНОВНІ РОЗДІЛИ РОБОТИ ДІЛЬНИЧНОГО ЛІКАРЯ-ТЕРАПЕВТА:

1. лікування хворих
2. працевлаштування хворих
3. проведення профілактичних заходів
4. участь у роботі МСЕК
5. протиепідемічна робота
6. лікувально-профілактична допомога за місцем роботи
7. проведення профілактичних щеплень
8. організаційно-методична робота

9. ЗМІСТ РОБОТИ ДІЛЬНИЧНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ:

1. прийом хворих у поліклініці
2. виконання призначень лікаря
3. запрошення диспансерних хворих на прийом до лікаря
4. відбір хворих на госпіталізацію
5. допомога лікарю під час прийому хворих
6. видача направлень на дослідження
7. проведення профілактичних щеплень
8. заповнення облікової медичної документації під контролем лікаря

10. ЗАВДАННЯ ВІДДІЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ МІСЬКОЇ ПОЛІКЛІНІКИ:

1. раннє виявлення хворих та осіб з високим ризиком захворювання
2. проведення профілактичних медичних оглядів
3. видача направлень відвідувачам на лабораторні та інші дослідження
4. організація, облік і контроль за проведенням диспансеризації
5. участь у розробці плану заходів з первинної та вторинної профілактики
6. медико-гігієнічне навчання населення
7. заповнення талона амбулаторного пацієнта
8. направлення на госпіталізацію осіб, що її потребують

11. СУТНІСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО МЕТОДУ:

1. оздоровлення умов праці та побуту
2. динамічне спостереження за здоров'ям диспансеризованих

3. активне виявлення контингентів, які підлягають диспансеризації
4. розробка та проведення заходів з профілактики захворювань і попередження ускладнень
5. активне лікування диспансеризованих
6. надання рекомендацій щодо працевлаштування
7. забезпечення працевлаштування
8. експертиза стійкої втрати працездатності
9. повне комплексне обстеження осіб, які цього потребують

12. ПОКАЗАННЯ ДО ВІДБОРУ ОСІБ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ:

1. медичні
2. освітні
3. соціальні
4. сімейні обставини

13. КОНТИНГЕНТИ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ, ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ ДИСПАНСЕРНОМУ СПОСТЕРЕЖЕННЮ ЗА МЕДИЧНИМИ ПОКАЗАННЯМИ:

1. працюючі в шкідливих і небезпечних умовах праці
2. ті, що мають фактори ризику
3. хворі на окремі хронічні захворювання
4. часто та тривало хворіючі
5. працівники харчових, комунальних і дитячих закладів
6. вчителі загальноосвітніх шкіл

14. КОНТИНГЕНТИ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ, ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ ДИСПАНСЕРНОМУ СПОСТЕРЕЖЕННЮ ЗА СОЦІАЛЬНИМИ ПОКАЗАННЯМИ:

1. ті, що мають фактори ризику
2. хворі на окремі хронічні захворювання
3. часто та тривало хворіючі
4. постраждалі від Чорнобильської катастрофи
5. працюючі в шкідливих і небезпечних умовах праці
6. працівники харчових, комунальних і дитячих закладів
7. вчителі загальноосвітніх шкіл

15. МЕТОДИ ВІДБОРУ КОНТИНГЕНТІВ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ:

1. профілактичні огляди
2. паспортизація лікувально-профілактичних закладів

3. звертання в лікувально-профілактичні заклади
4. обстеження контактних з інфекційними захворюваннями
5. перепис населення

16. ВИДИ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ, ЩО ЗДІЙСНЮЮТЬСЯ В ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ:

1. періодичні
2. цільові
3. лікарські
4. щоквартальні
5. щорічні
6. амбулаторні
7. попередні

17. ЦІЛЬОВІ МЕДИЧНІ ОГЛЯДИ ПРОВОДЯТЬСЯ ДЛЯ:

1. обстеження певних контингентів працівників при прийомі на роботу
2. виявлення деяких захворювань на ранніх стадіях (туберкульозу, новоутворень тощо)
3. періодичного обстеження певних контингентів працівників

18. ПОПЕРЕДНІ МЕДИЧНІ ОГЛЯДИ ПРОВОДЯТЬСЯ ДЛЯ:

1. обстеження певних контингентів населення при прийомі на роботу, навчання
2. виявлення деяких захворювань на ранніх стадіях (туберкульозу, новоутворень тощо)
3. періодичного обстеження певних контингентів працівників

19. ПЕРІОДИЧНІ МЕДИЧНІ ОГЛЯДИ ПРОВОДЯТЬСЯ ДЛЯ:

1. обстеження певних контингентів працівників при прийомі на роботу
2. виявлення деяких захворювань на ранніх стадіях (туберкульозу, новоутворень тощо)
3. періодичного обстеження певних контингентів працівників

20. ОБОВ'ЯЗКОВІ ПЕРІОДИЧНІ МЕДИЧНІ ОГЛЯДИ ПРОВОДЯТЬСЯ СЕРЕД КОНТИНГЕНТІВ:

1. працюючих в шкідливих і небезпечних умовах праці
2. водіїв індивідуальних транспортних засобів
3. працівників системи громадського харчування

4. працівників системи побутового обслуговування
5. викладачів вузів
6. вчителів шкіл і працівників дошкільних установ
7. службовців різних установ
8. постраждалих від Чорнобильської катастрофи
9. осіб пенсійного віку
10. недекретованих груп населення

21. ЗАВДАННЯ КАБІNETУ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ:

1. забезпечення своєчасного виявлення інфекційних захворювань
2. забезпечення консультативною допомогою з діагностики та лікування хворих
3. проведення заходів з підвищення кваліфікації медичного персоналу з питань інфекційної патології
4. аналіз інфекційної захворюваності та роботи з проведення профілактичних щеплень
5. аналіз загальної захворюваності
6. проведення профілактичних оглядів
7. проведення заключної дезінфекції
8. лікування інфекційних хворих у поліклінічних умовах, подальше лікування реконвалесцентів і їх диспансерне спостереження
9. облік хворих на інфекційні захворювання, бактеріоносіїв і паразитозів

22. СУЧАСНІ ФОРМИ СТАЦІОНАРОЗАМІНЮЮЧОЇ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ:

1. денні стаціонари в поліклініках (амбулаторіях)
2. пункти невідкладної допомоги в поліклініках
3. стаціонари вдома
4. відділення хірургії одного дня
5. відділення сестринського догляду

23. ЗАВДАННЯ ДЕННОГО СТАЦІОНАРУ:

1. проведення первинної профілактики
2. більш повне задоволення потреб населення в стаціонарній допомозі
3. інтенсифікація роботи поліклініки в умовах впровадження економічних методів управління охороною здоров'я
4. раціональне використання ліжкового фонду
5. диспансерне спостереження за окремими контингентами
6. обстеження контингентів, що працюють

24. ЗАВДАННЯ КАБІНЕТУ ОБЛІКУ ТА МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ:

1. організація медичних оглядів населення
2. організація первинного обліку, контролю якості заповнення статистичної облікової документації
3. розробка первинних документів, участь у складанні звіту лікувально-профілактичного закладу
4. участь у вивченні здоров'я населення, яке обслуговується поліклінікою
5. облік інфекційних захворювань
6. розрахунок і аналіз показників, що характеризують діяльність медичного персоналу та структурних підрозділів лікувально-профілактичного закладу
7. планування роботи лікарів поліклініки, складання графіка роботи

25. ОБОВ'ЯЗКИ ГОЛОВНОЇ (СТАРШОЇ) МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПОЛІКЛІНІКИ:

1. допомога лікарям під час прийому хворих
2. складання графіків роботи середнього та молодшого медичного персоналу
3. забезпечення своєчасного виконання призначень хворим у поліклініці та вдома
4. відбір хворих на госпіталізацію
5. ознайомлення підлеглого персоналу з посадовими інструкціями, охороною праці, технікою безпеки, своєчасне заміщення підлеглого персоналу при невиході його на роботу
6. контроль за протиепідемічним режимом, санітарно-гігієнічним станом поліклініки
7. запрошення диспансерних хворих на прийом до лікарів
8. своєчасне виписування, облік, розподіл, контроль за використанням медичного інструментарію, перев'язувального матеріалу, медикаментів

ОРГАНІЗАЦІЯ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

1. ПРОВІДНІ МІСЦЯ В СИСТЕМІ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ ПОСІДАЮТЬ:

1. багатопрофільні лікарні
2. спеціалізовані лікарні
3. обласні лікарні

4. денні стаціонари
 5. лікарні швидкої медичної допомоги
2. ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ СТАЦІОНАРУ:
 1. надання спеціалізованої цілодобової допомоги
 2. диспансеризація окремих контингентів
 3. комплексне відновлювальне лікування
 4. експертиза працездатності
 5. соціально-правова допомога
 6. раціональне використання ліжкового фонду
 7. повне задоволення потреби населення в стаціонарній допомозі
 3. ОСНОВНІ ПІДРОЗДІЛИ СТАЦІОНАРУ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ:
 1. спеціалізовані лікувальні відділення
 2. приймальне відділення
 3. кабінет долікарського прийому
 4. анамнестичний кабінет
 5. лікувально-допоміжні та діагностичні відділення
 6. адміністративно-господарська частина
 7. інші підрозділи (архів, кухня та інші)
 8. дезінфекційний відділ
 4. ОБОВ'ЯЗКИ СТАРШОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ СТАЦІОНАРУ:
 1. прийом і виписка хворих
 2. контроль складання та виконання графіків роботи середнього та молодшого медичного персоналу відділень
 3. забезпечення своєчасного виписування, обліку, розподілу, зберігання та використання медикаментів, перев'язувального матеріалу
 4. контроль за виконанням підлеглим персоналом правил внутрішнього розпорядку, за дотриманням протиепідемічного режиму
 5. переведення хворих із одного до іншого відділення стаціонару
 6. участь у підвищенні кваліфікації середнього та молодшого медичного персоналу
 5. ПОКАЗАННЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕННЯ ПАЦІЄНТА НА СТАЦІОНАРНЕ ЛІКУВАННЯ:
 1. наявність невідкладних або екстрених показань до госпіталізації
 2. неефективність амбулаторного лікування
 3. необхідність проведення складних досліджень
 4. застосування інтенсивних методів лікування
 5. застосування допоміжних методів лікування хворим, здатним до активного пересування

6. ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ СТАЦІОНАРУ:

1. виписка епікризів
2. встановлення діагнозу
3. реєстрація поступаючих до стаціонару
4. санітарна обробка хворих, що поступають до стаціонару
5. обслуговування вдома хворих, які виписались зі стаціонару
6. надання невідкладної допомоги
7. розподіл хворих по відділеннях
8. взяття матеріалу для лабораторних досліджень
9. організація стаціонару вдома
10. надання довідкової інформації

7. ЗАВДАННЯ ОРДИНАТОРА СТАЦІОНАРУ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ:

1. обхід, огляд хворих
2. призначення лікування та діагностичних досліджень
3. направлення хворих на стаціонарне лікування в інші лікувально-профілактичні заклади (відділення)
4. контроль виконання середнім медичним персоналом призначень
5. ведення медичної документації стаціонарного хворого
6. аналіз ефективності роботи відділення
7. розрахунок вартості лікування стаціонарного хворого
8. участь у експертизі працездатності

8. ОБОВ'ЯЗКИ СТАРШОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ВІДДІЛЕННЯ СТАЦІОНАРУ:

1. прийом хворих до відділення
2. складання графіків роботи підпорядкованого їй персоналу
3. прийом на роботу середнього та молодшого медичного персоналу
4. своєчасне заміщення працівників, які не вийшли на роботу
5. систематичне поповнення відділення медичним інструментарієм, медикаментами
6. складання заявок на харчування, контроль його якості
7. облік поступлення та виписки хворих
8. контроль за своєчасним і якісним виконання медичними сестрами призначень лікарів.

9. ЗАХОДИ ЩОДО РАЦІОНАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЛІЖКОВОГО ФОНДУ:

1. рівномірна протягом тижня госпіталізація та виписка хворих, що лікуються у стаціонарі

2. збільшення потужності стаціонару
3. організація денного стаціонару та стаціонарів удома
4. всебічне діагностичне обстеження хворого в поліклініці
5. якісне проведення експертизи тимчасової непрацездатності
6. своєчасне виконання призначених консультацій та досліджень
7. інтенсифікація діагностичного та лікувального процесів
8. впровадження комплексної системи контролю якості роботи

10. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ:

1. розширення показань для госпіталізації хворих до цілодобового стаціонару
2. наближення до населення основних видів стаціонарної допомоги (загальноотерапевтичної, загальнохірургічної та іншої)
3. збільшення забезпеченості населення ліжками
4. централізація спеціалізованих і вузькоспеціалізованих видів стаціонарної допомоги на базах потужних лікарень
5. розвиток високоспеціалізованих медичних центрів

11. НОВІ ФОРМИ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ, ЩО НАДАЮТЬСЯ В ЛІКАРНЯХ:

1. відділення (палати) денного перебування
2. стаціонари вдома
3. відділення сестринського догляду
4. травмпункт

12. ЗАВДАННЯ ВІДДІЛЕННЯ СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ:

1. інтенсивне лікування хворих
2. догляд, побутова реабілітація хворих похилого віку, самотніх людей
3. підтримуюча терапія при довготривалому перебігу хвороби
4. повне задоволення потреби населення в спеціалізованій стаціонарній допомозі

13. ЗАВДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ДИСПАНСЕРУ:

1. активне виявлення хворих, повне обстеження та уточнення діагнозу
2. проведення цільових профілактичних оглядів
3. проведення відповідного лікування
4. працевлаштування окремих хворих
5. активне динамічне спостереження за хворими та контактними
6. вивчення захворюваності на певні хвороби

7. розробка профілактичних заходів
8. аналіз ефективності лікування
9. збільшення тривалості лікування
10. розширення показань для госпіталізації хворих до цілодобового стаціонару

ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

1. СКЛАДОВІ ЧАСТИНИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ (ПМСД):

1. лікувальна допомога на засадах сімейної медицини
2. санітарно-оздоровчі заходи
3. загальноосвітні заходи
4. психологічна підтримка

2. ПЕРВИННИМ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ ПЕРЕДБАЧЕНІ:

1. забезпечення доступних послуг охорони здоров'я в розрізі сім'ї та громади клініцистами, які відповідають за більшість потреб охорони здоров'я
2. забезпечення лікувально-профілактичної допомоги в повному обсязі

3. НАДАННЯ ПМСД ВІДПОВІДНО ДО РЕКОМЕНДАЦІЙ ВООЗ МАЄ ГРУНТУВАТИСЯ НА ЗАСАДАХ:

1. широкої участі спеціалістів різних профілів у забезпеченні лікувально-профілактичної допомоги
2. багаторівневої системи лікувально-профілактичної допомоги
3. сімейної медицини (загальної практики)

4. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ:

1. спостереження за досить стабільним контингентом населення
2. забезпечення родині доступної, безперервної, постійної ПМСД
3. обов'язкове лікування хворих у лікарні
4. медико-соціальна підтримка родини
5. вільний вибір пацієнтами сімейного лікаря
6. обов'язкове закріплення певних пацієнтів за конкретними сімейними лікарями

5. СПЕЦІАЛІСТИ ТА ПРАЦІВНИКИ, ЯКІ МОЖУТЬ БРАТИ УЧАСТЬ У НАДАННІ ПМСД:

1. сімейні лікарі

2. терапевти
3. педіатри
4. спеціалісти вузьких профілів
5. медичні сестри
6. соціальні працівники

6. ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ПОЛЯГАЮТЬ У:

1. наданні допомоги з приводу захворювань терапевтичного та інших профілів
2. відповідальності за все закріплене населення
3. наданні допомоги хворим тільки терапевтичного профілю
4. необхідності прийняття першого рішення щодо розв'язання проблем, з приводу яких до нього звертаються пацієнти
5. обов'язковій передачі хворих з хронічними та невиліковними хворобами до інших служб охорони здоров'я
6. постійному догляді хворих з хронічними та невиліковними хворобами
7. співпраці з колегами як з медичної сфери, так і з позамедичної сфери

7. ОBOB'ЯЗКИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ:

1. допомога лікарю під час прийому, при оперативних втручаннях
2. відбір хворих на госпіталізацію
3. виконання призначень лікаря
4. проведення патронажу вагітних жінок, породіль, дітей
5. оздоровлення умов праці та побуту населення
6. надання при потребі екстреної медичної допомоги
7. участь у медико-гігієнічному навчанні населення
8. повне забезпечення медико-соціальної допомоги

8. АМБУЛАТОРІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ МОЖЕ БУТИ:

1. самостійним амбулаторним закладом, підпорядкованим відповідному органу охорони здоров'я
2. підрозділом спеціалізованого медичного центру
3. підрозділом державного поліклінічного закладу

9. ОРІЄНТОВНА СТРУКТУРА СІМЕЙНОЇ АМБУЛАТОРІЇ:

1. приймальне відділення
2. реєстратура

3. кабінети лікарів
4. кабінети: оглядовий, маніпуляційний, фізіотерапії
5. експрес-лабораторія
6. біохімічна лабораторія
7. палати денного перебування хворих

10. ПОЗИТИВНІ НАСЛІДКИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАСАД СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ:

1. зростання кількості прийнятих первинних хворих
2. зростання рівня госпіталізації
3. зменшення кількості відвідувань до вузьких спеціалістів
4. зниження рівня госпіталізації
5. зменшення кількості прийнятих первинних хворих
6. зменшення викликів швидкої медичної допомоги

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

1. ОСНОВНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ:

1. наявність спеціалізованої допомоги на сільській лікарській дільниці
2. етапність
3. значна питома вага долікарської допомоги
4. відсутність дільничності
5. створення пересувних форм лікувально-профілактичної допомоги
6. централізація терапевтичної допомоги на I етапі

2. ЕТАПИ В ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ:

1. обласні медичні заклади
2. долікарняні заклади
3. районні медичні заклади
4. диспансери
5. сільська лікарська дільниця
6. сільська дільнична лікарня
7. міжобласні та державні спеціалізовані центри

3. ЗАКЛАДИ, ЩО ВХОДЯТЬ ДО СКЛАДУ СІЛЬСЬКОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ДІЛЬНИЦІ:

1. районна лікарня

2. дільнична лікарня
3. диспансер
4. лікарська амбулаторія
5. фельдшерсько-акушерські пункти (фельдшерські, акушерські)
6. жіноча консультація

4. ЗАВДАННЯ СІЛЬСЬКОЇ ДІЛЬНИЧНОЇ ЛІКАРНІ:

1. здійснення лікувально-профілактичних і оздоровчих заходів з охорони здоров'я матері та дитини
2. своєчасне виявлення захворювань
3. надання стаціонарної та амбулаторної допомоги населенню
4. проведення заходів щодо профілактики та зниження захворюваності та травматизму
5. надання спеціалізованої стаціонарної допомоги
6. організаційно-методична робота
7. запобіжний санітарний нагляд
8. диспансерне спостереження за відповідними контингентами
9. експертиза працездатності

5. МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ У СІЛЬСЬКІЙ ЛІКАРСЬКІЙ АМБУЛАТОРІЇ МОЖУТЬ НАДАВАТИ ШТАТНІ СПЕЦІАЛІСТИ:

1. стоматолог
2. акушер-гінеколог
3. отоларинголог
4. педіатр
5. офтальмолог
6. терапевт (сімейний лікар)
7. невропатолог

6. РОЗДІЛИ РОБОТИ ФЕЛЬДШЕРСЬКО-АКУШЕРСЬКОГО ПУНКТУ (ФАП):

1. лікувально-профілактична допомога
2. стаціонарна допомога
3. санітарно-протиепідемічні заходи
4. проведення лабораторних досліджень

7. ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА, ЯКА ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ ФАПом:

1. виконання призначень лікаря
2. організаційно-методична робота

3. амбулаторний прийом хворих та надання допомоги вдома
4. участь в диспансеризації
5. патронаж вагітних та дітей
6. здійснення поточного санітарного нагляду за окремими об'єктами
7. організація та проведення поточної дезінфекції

8. САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНІ ЗАХОДИ, ЩО ПРОВОДЯТЬСЯ ФАПом:

1. амбулаторний прийом хворих та надання допомоги вдома
2. проведення профілактичних щеплень
3. виявлення інфекційних хворих та спостереження за контактними
4. патронаж вагітних і дітей
5. здійснення поточного санітарного нагляду за окремими об'єктами
6. організація та проведення поточної дезінфекції
7. участь в диспансеризації

9. ОБСЯГ АМБУЛАТОРНОЇ ДОПОМОГИ, ЩО НАДАЄТЬСЯ СЕРЕДНІМИ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ, СКЛАДАЄ ВІД ЗАГАЛЬНОГО ЧИСЛА ВІДВІДУВАНЬ (%):

1. 20-39
2. 40-59
3. 60 і більше

10. ФОРМИ НАБЛИЖЕННЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДО СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ:

1. виїзди лікарів дільничної лікарні (амбулаторії) для проведення прийомів населення у фельдшерсько-акушерських пунктах
2. виїзди лікарів різних спеціальностей з центральної районної лікарні на сільські лікарські дільниці (згідно з графіком)
3. виїзди лікарів різних спеціальностей з центральної районної лікарні для проведення амбулаторного прийому
4. організація лікарських пересувних амбулаторій
5. організація пересувних стоматологічних кабінетів
6. організація пунктів невідкладної допомоги

11. ЗАВДАННЯ ПЕРЕСУВНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ АМБУЛАТОРІЇ:

1. проведення амбулаторних прийомів
2. проведення лабораторних досліджень всім, хто звертається за допомогою
3. проведення медичних оглядів диспансерних хворих
4. надання консультативної допомоги медичним працівникам ФАПів з питань медичного обслуговування населення
5. проведення запобіжного санітарного нагляду
6. виявлення гострих інфекційних захворювань

12. ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА СІЛЬСЬКІЙ ЛІКАРСЬКІЙ ДІЛЬНИЦІ:

1. розвиток долікарської допомоги
2. розширення мережі лікарських амбулаторій
3. наближення амбулаторної лікарської допомоги до населення (виїзні, пересувні форми)
4. підвищення оснащеності сільських дільничних лікарень
5. збільшення сільських лікарських дільниць до 12-15 тис. населення
6. організація диспансерів
7. створення відділень сестринського догляду на базі дільничних лікарень
8. поступовий перехід від фельдшерської до лікарської моделі надання ПМСД

13. ЗАКЛАДИ ДРУГОГО ЕТАПУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ:

1. сільська лікарська дільниця
2. бюро судмедекспертизи
3. фельдшерсько-акушерський пункт
4. районна лікарня
5. сільська дільнична лікарня
6. районна санітарно-епідеміологічна станція (СЕС)
7. центральна районна лікарня
8. центральна районна аптека

14. ЗАВДАННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ РАЙОННОЇ ЛІКАРНІ:

1. надання амбулаторної та стаціонарної спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги
2. організаційно-методичне керівництво роботою всіх ЛПЗ району
3. надання швидкої медичної допомоги
4. надання соціальної допомоги різним контингентам населення
5. проведення санітарно-технічних заходів у районі
6. планування та фінансування закладів охорони здоров'я району
7. проведення поточної дезінфекції
8. проведення заключної дезінфекції
9. здійснення консультативної допомоги

15. СТРУКТУРА ЦЕНТРАЛЬНОЇ РАЙОННОЇ ЛІКАРНІ (ЦРЛ):

1. амбулаторія
2. поліклініка

3. профілакторій
4. стаціонар
5. патологоанатомічний відділ
6. лікувально-допоміжні та діагностичні підрозділи
7. організаційно-методичний кабінет (інформаційно-аналітичне відділення)
8. станція переливання крові
9. здоровпункт
10. адміністративно-господарча частина
11. відділення швидкої та невідкладної допомоги
12. інші підрозділи (архів, кухня тощо)

16. НАПРЯМКИ РЕФОРМУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ:

1. розширення спеціалізованої допомоги на першому етапі
2. збільшення числа ФАПів
3. суттєве збільшення забезпеченості ліжками
4. переорієнтація стаціонарної допомоги на другому етапі з одночасним розвитком форм стаціонаророзамінюючої допомоги на першому етапі
5. збереження оптимальної забезпеченості сільського населення стаціонарною допомогою
6. збільшення обсягу та наближення лікарської амбулаторної допомоги за умови поступової заміни фельдшерських закладів лікарськими
7. використання ліжок дільничних лікарень для відділень сестринського догляду або як медико-соціальних

ШВИДКА ТА НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1. ШВИДКА ТА НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА НАДАЄТЬСЯ:
 1. службою швидкої допомоги
 2. центрами здоров'я
 3. найближчими лікувально-профілактичними закладами незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності
 4. санітарно-епідеміологічними станціями
2. СТРУКТУРА СЛУЖБИ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВЕЛИКОГО МІСТА:
 1. лікарня швидкої медичної допомоги
 2. станція швидкої медичної допомоги

3. пункти невідкладної медичної допомоги поліклінік
4. долікарські кабінети поліклінік

3. ФУНКЦІЇ СТАНЦІЇ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

1. прийом викликів від населення та забезпечення їх виконання
2. надання екстреної медичної допомоги хворим і потерпілим на догоспітальному етапі
3. виконання призначень лікарів амбулаторій і поліклінік удома
4. перевезення хворих і потерпілих, що потребують медичного супроводу, до стаціонарів ЛПЗ
5. участь у обстеженні диспансерних хворих
6. визначення місць екстреної госпіталізації
7. довідково-інформаційні послуги населенню
8. оперативне інформування органів управління охорони здоров'я про нещасні випадки, надзвичайні ситуації

4. СТАНЦІЯ (відділення) ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗАБЕЗПЕЧУЄ ЛІКУВАЛЬНУ ДОПОМОГУ ПРИ:

1. госпіталізації планових хворих
2. раптових захворюваннях, які загрожують життю хворого
3. нещасних випадках, отруєннях, спробах суїциду
4. пологах, які сталися не в лікувальних закладах
5. проведенні диспансеризації
6. масових катастрофах
7. виконанні призначень лікаря удома
8. наданні медичної допомоги інфекційним хворим

5. СТРУКТУРА СТАНЦІЇ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

1. приймальне відділення
2. диспетчерська для прийому звернень
3. допоміжно-діагностичне відділення
4. консультативно-діагностична служба
5. підстанції швидкої допомоги
6. підрозділ транспорту

6. ВИДИ ВІЇЗНИХ БРИГАД ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

1. лікарські
2. фельдшерські
3. сестринські

7. ОСНОВНІ ФУНКЦІЇ БРИГАДИ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ:

1. виконання призначень лікаря поліклініки вдома
2. визначення стану пацієнта та встановлення діагнозу
3. екстрена допомога потерпілим і госпіталізація при необхідності
4. надання невідкладної допомоги в години роботи поліклінік
5. письмова інформація хворого про надану медикаментозну допомогу
6. медична допомога при транспортуванні хворих або потерпілих до медичного закладу

8. СТРУКТУРА ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

1. відділення госпіталізації
2. приймальне відділення
3. спеціалізовані лікувальні відділення
4. відділення анестезіології та інтенсивної терапії
5. відділення профілактики
6. організаційно-методичний відділ (кабінет)
7. адміністративно-господарська частина
8. долікарські кабінети
9. діагностичні підрозділи

9. ФУНКЦІЇ ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (ЛШМД):

1. забезпечення населення цілодобовою спеціалізованою екстреною допомогою
2. координація з екстреною лікувальною допомогою, що надається іншими медичними закладами
3. організаційно-методична допомога медичним закладам, які надають екстрену допомогу
4. розробка стандартів медичних технологій
5. спеціалізація та підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу
6. аналіз показників екстреної медичної допомоги
7. аналіз стану здоров'я людини
8. розробка заходів щодо поліпшення надання екстреної медичної допомоги
9. надання невідкладної допомоги

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРАЦЮЮЧИМ НА ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВАХ

1. ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА РОБІТНИКАМ ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВ НАДАЄТЬСЯ ТАКИМИ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я:

1. санітарно-епідеміологічними станціями
2. медико-санітарними частинами
3. центрами здоров'я
4. лікарнями
5. поліклініками
6. диспансерами

2. ЗАВДАННЯ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ЧАСТИНИ:

1. максимальне наближення до місця роботи медичної допомоги
2. реорганізація фельдшерських здоровпунктів у лікарські
3. участь у розробці комплексного плану санітарно-оздоровчих заходів
4. проведення спільно з СЕС, адміністрацією та профспілками підприємств санітарно-оздоровчих заходів
5. запобігання та зниження захворюваності, травматизму та інвалідності
6. розробка стандартів якості медичної допомоги

3. СТРУКТУРА ПОЛІКЛІНІКИ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ЧАСТИНИ:

1. кабінети цехових лікарів-терапевтів
2. реєстратура
3. кабінети лікарів-спеціалістів
4. кабінет юриста
5. відділення профілактики
6. здоровпункти
7. кабінети соціальних працівників
8. лікувально-допоміжні та діагностичні відділення та кабінети

4. МЕДИКО-САНІТАРНА ЧАСТИНА ЗДІЙСНЮЄ:

1. кваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу працюючим
2. вивчення санітарно-гігієнічних умов і організації праці на підприємствах
3. облік і аналіз причин захворюваності, виробничого травматизму, інвалідності працюючих
4. організацію та проведення профілактичних медичних оглядів

5. диспансерне спостереження за відповідними контингентами в зв'язку з медичними та соціальними показаннями
6. розробку моделей кінцевих результатів (МКР)
7. розробку стандартів якості медичної допомоги
8. медико-гігієнічне навчання
9. своєчасне виявлення та госпіталізацію інфекційних хворих
10. поширення пересувних форм організації медичної допомоги працюючим
11. реорганізацію фельдшерських здоровпунктів у лікарські
12. експертизу працездатності

5. ПОПЕРЕДНІ МЕДИЧНІ ОГЛЯДИ ПРОВОДЯТЬСЯ В МЕДИКО-САНІТАРНІЙ ЧАСТИНІ З МЕТОЮ:

1. встановлення працездатності осіб до роботи за конкретно визначеною професією
2. попередження виникнення нещасних випадків
3. запобігання загостренням соматичних захворювань під впливом професійних факторів
4. попередження поширення інфекційних захворювань
5. виявлення захворювань, що становлять загрозу працюючим і продукції
6. допуску до роботи осіб певного віку та статі

6. ОBOB'ЯЗКОВІ ПЕРІОДИЧНІ МЕДИЧНІ ОГЛЯДИ ПРОВОДЯТЬСЯ В МЕДИКО-САНІТАРНІЙ ЧАСТИНІ З МЕТОЮ:

1. попередження виникнення нещасних випадків
2. забезпечення динамічного спостереження за станом здоров'я працюючих
3. своєчасного виявлення захворювань, що не дають змогу продовжити роботу за даною професією
4. виявлення ранніх ознак впливу виробничих умов і шкідливостей на здоров'я
5. попередження поширення інфекційних захворювань

7. ФУНКЦІЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ЧАСТИНИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПЕРІОДИЧНОГО МЕДОГЛЯДУ:

1. складання списків працюючих, які підлягають огляду
2. складання календарних планів проведення оглядів
3. забезпечення оглядів лікарями потрібних спеціальностей
4. проведення обов'язкових регламентованих досліджень

5. забезпечення з'явлення працюючих на огляд
6. участь у аналізі результатів медичного огляду

8. ФУНКЦІЇ СЕС ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПЕРІОДИЧНИХ МЕДОГЛЯДІВ:

1. участь у складанні списків осіб, які підлягають оглядам (з урахуванням виробничих шкідливостей)
2. складання календарних планів проведення оглядів
3. проведення контролю за своєчасністю оглядів
4. контроль за участю необхідних спеціалістів і повнотою обстежень
5. забезпечення з'явлення робітників на медогляд
6. участь у аналізі результатів медичного огляду
7. розробка рекомендацій щодо поліпшення умов праці

9. ФУНКЦІЇ АДМІНІСТРАЦІЇ ПІДПРИЄМСТВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПЕРІОДИЧНИХ МЕДОГЛЯДІВ:

1. контроль за якістю оглядів
2. складання разом із СЕС списків осіб, які підлягають оглядам
3. забезпечення своєчасного з'явлення робітників на огляд
4. урахування результатів оглядів при проведенні санітарно-технічних і санітарно-гігієнічних заходів
5. участь у аналізі результатів медоглядів
6. аналіз захворюваності працюючих

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОТЕРПІЛИХ ВІД АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

1. ВІДПОВІДНО ДО ЗАКОНУ УКРАЇНИ “ПРО СТАТУС І СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ГРОМАДЯН, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ” (1991 РІК) ВИДІЛЕНІ ТАКІ ЗОНИ РАДІОАКТИВНОГО ЗАБРУДНЕННЯ:

1. відчуження
2. безумовного (обов'язкового) відселення
3. гарантованого добровільного відселення
4. часткового самостійного відселення
5. зона посиленого радіоактивного контролю

2. ВІДПОВІДНО ДО МЕДИЧНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ ПОДІЛЯЮТЬСЯ НА ТАКІ 4 ГРУПИ:

1. особи, які брали та беруть участь у роботах з ліквідації аварії на ЧАЕС або її наслідків у контрольній зоні

2. особи, які підлягають вивезенню (евакуації) або самостійно покинули зони евакуації

3. все населення областей, віднесених до радіоактивно забруднених територій

4. особи, які проживають на територіях спостереження (встановлених у директивному порядку), або проживали там після аварії, перебували під диспансерним спостереженням, а потім переїхали на нове місце проживання

5. діти, які народилися від осіб, віднесених до 1-3 категорій спостереження

3. СТОСОВНО ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ ДЕРЖАВА БЕРЕ НА СЕБЕ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА:

1. пошкодження здоров'я чи втрату працездатності громадянами чи їх дітьми

2. втрату годувальника

3. повне матеріальне забезпечення

4. своєчасне медичне обстеження, лікування, визначення доз опромінення

5. обов'язкове забезпечення житлом

6. порядок організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності

7. затвердження переліку спеціалізованих медичних закладів, що забезпечують лікування осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи

4. З МЕТОЮ ЕФЕКТИВНОГО ВИРІШЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ ПЕРЕДБАЧЕНО:

1. створення Державного реєстру (ДР)

2. створення інформаційно-аналітичних відділень лікарень

5. ГОЛОВНЕ ЗАВДАННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕЄСТРУ ПОЛЯГАЄ В:

1. контролі за станом здоров'я постраждалих від Чорнобильської катастрофи

2. контролі за станом матеріального забезпечення постраждалих

3. вивченні найближчих і віддалених медичних наслідків у постраждалих осіб

6. ФУНКЦІ ЛІКАРЯ, ВІДПОВІДАЛЬНОГО ЗА МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ:

1. лікування постраждалих
2. контроль переміщення постраждалого контингенту
3. аналіз здоров'я постраждалих
4. соціальна допомога постраждалим
5. своєчасне внесення до державного реєстру змін у стані здоров'я
6. проведення експертної оцінки якості надання допомоги цьому контингенту

7. ФУНКЦІ ДІЛЬНИЧНИХ І СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ СТОСОВНО ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ:

1. повний облік постраждалих
2. надання медичної допомоги в поліклініці та вдома
3. направлення хворих до стаціонарів, на санаторно-курортне та реабілітаційне лікування
4. організація консультації в спеціалізованих медичних закладах
5. забезпечення санаторно-курортного лікування

8. ФУНКЦІ ЛІКАРЯ, ВІДПОВІДАЛЬНОГО ЗА МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ:

1. лікування постраждалих
2. контроль переміщення постраждалого контингенту
3. аналіз здоров'я постраждалих
4. соціальна допомога постраждалим
5. своєчасне внесення до державного реєстру змін у стані здоров'я
6. проведення експертної оцінки якості надання допомоги цьому контингенту

9. ФУНКЦІ ДІЛЬНИЧНИХ І СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ СТОСОВНО ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ:

1. повний облік постраждалих
2. надання медичної допомоги в поліклініці та вдома
3. направлення хворих до стаціонарів, на санаторно-курортне та реабілітаційне лікування
4. організація консультації в спеціалізованих медичних закладах
5. забезпечення санаторно-курортного лікування

ОРГАНІЗАЦІЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. ЗАКЛАДИ, ЯКІ НАДАЮТЬ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНУ ДОПОМОГУ:

1. пологові будинки
2. лікарні
3. МСЧ (медико-санітарні частини)
4. диспансери
5. консультації “Шлюб та сім’я”
6. поліклініки
7. центри здоров’я
8. ФАПи
9. перинатальні центри
10. центри реабілітації репродуктивної функції жінок

2. ЖІНОЧА КОНСУЛЬТАЦІЯ ОРГАНІЗУЄТЬСЯ ЯК:

1. складова частина пологового будинку
2. складова частина диспансеру
3. складова частина МСЧ
4. складова частина міської лікарні
5. складова частина самостійної поліклініки
6. самостійний заклад
7. складова частина діагностичного центру

3. СТРУКТУРНІ ПІДРОЗДІЛИ ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ:

1. кабінети акушерів-гінекологів та інших лікарів
2. реєстратура
3. маніпуляційний кабінет
4. відділення профілактики
5. операційна
6. фізіотерапевтичний кабінет
7. кабінет УЗД
8. денний стаціонар
9. анамнестичний кабінет
10. відділення профоглядів

4. ЖІНОЧА КОНСУЛЬТАЦІЯ ЗДІЙСНЮЄ:

1. працевлаштування вагітних жінок, які мають шкідливі умови праці

2. амбулаторний прийом вагітних жінок і хворих на гінекологічні захворювання

3. виявлення ускладнень вагітності та своєчасну госпіталізацію до відділення патології вагітності

4. диспансерне спостереження за вагітними та гінекологічними хворими

5. профілактичний огляд жінок

6. експертизу тимчасової непрацездатності

7. проведення оздоровчих заходів на підприємствах

8. профілактику абортів і лікування безпліддя

9. організацію дієтичного харчування вагітних

5. ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ ОBOB'ЯЗКОВО ПPOBODЯТЬ ЛІКАРІ:

1. акушер-гінеколог

2. невропатолог

3. отоларинголог

4. терапевт

5. хірург

6. стоматолог

6. ПЕРІОДИЧНІСТЬ ВІДВІДУВАННЯ ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ ВАГІТНОЮ ЖІНКОЮ, ЯКА НЕ МАЄ УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ:

1. 1 раз на місяць у другій половині вагітності

2. 2 рази на місяць у першій половині вагітності

3. 1 раз на місяць у першій половині вагітності

4. 2 рази на місяць у другій половині вагітності

5. 3-4 рази на місяць у другій половині вагітності

6. 3-4 рази на місяць після 32 тижнів вагітності

7. OBOB'ЯЗKOBІ ЛАБОРАТОРНІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВАГІТНОЇ ЖІНКИ:

1. аналіз на ВІЛ-інфекцію

2. аналіз крові

3. аналіз сечі

4. визначення групи крові та резус-належності

5. реакція Васермана

6. біохімічні дослідження

7. УЗД

8. ФУНКЦІЇ, ЯКІ ВИКОНУЄ ЖІНОЧА КОНСУЛЬТАЦІЯ З АНТЕ-НАТАЛЬНОЇ ОХОРОНИ ПЛОДА:

1. своєчасне взяття вагітних на спостереження
2. комплексне обстеження вагітних
3. вивчення умов праці вагітних
4. проведення заходів щодо поліпшення умов праці жінок
5. виявлення та спостереження жінок із факторами ризику
6. працевлаштування жінок з факторами ризику
7. рекомендації з працевлаштування жінок із факторами ризику

9. ОБОВ'ЯЗКИ АКУШЕРКИ ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ:

1. підготовка до амбулаторного прийому
2. виконання призначень лікаря
3. збереження та облік наркотичних та сильнодіючих ліків
4. допомога лікарю при проведенні оглядів, лікувальних і оперативних маніпуляцій
5. поповнення медикаментів, перев'язувального матеріалу та інструментів

10. АМБУЛАТОРНА АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНА ДОПОМОГА СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ МОЖЕ НАДАВАТИСЬ У:

1. сільських лікарських амбулаторіях
2. МСЧ
3. оздоровчих пунктах
4. жіночих консультаціях ЦРЛ і районних лікарнях
5. ФАПах
6. базових жіночих консультаціях обласних лікарень
7. диспансерах
8. виїзних лікарських амбулаторіях

11. СТРУКТУРА СТАЦІОНАРУ ПОЛОГОВОГО БУДИНКУ:

1. відділення профілактики
2. приймально-пропускний блок
3. фізіологічне акушерське відділення
4. обсерваційне акушерське відділення
5. відділення патології вагітних
6. відділення реабілітації
7. відділення для новонароджених
8. відділення для молодшого дитинства
9. гінекологічне відділення
10. відділення для денного перебування вагітної

12. ЗАВДАННЯ ПРИЙМАЛЬНО-ПРОПУСКНОГО БЛОКУ ПОЛОГОВОГО БУДИНКУ:

1. підготовка документації до виписки породіль
2. розподіл вагітних по різних відділеннях
3. своєчасне виявлення вагітних з підозрою на інфекційне захворювання з наступною госпіталізацією до обсерваційного відділення
4. обстеження та санітарна обробка вагітних, породіль і гінекологічних хворих, які поступають до стаціонару
5. інформаційно-довідкове забезпечення
6. видача листків непрацездатності в зв'язку з пологами
7. надання невідкладної допомоги

13. ЗАВДАННЯ АКУШЕРКИ АКУШЕРСЬКОГО ВІДДІЛЕННЯ:

1. підготовка жінок до огляду лікаря
2. поповнення медикаментів, перев'язувального матеріалу
3. допомога лікарю при проведенні маніпуляцій та оперативних втручань
4. приймання неускладнених пологів і проведення первинної обробки новонароджених
5. здійснення заходів щодо запровадження сучасних методів лактації
6. підтримання зв'язків з іншими ЛПЗ
7. догляд за породіллею

14. ОСНОВНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ З БОКУ МАТЕРІ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА НАРОДЖЕННЯ ХВОРИХ ДІТЕЙ ТА ДІТЕЙ З НИЗЬКОЮ МАСОЮ:

1. штучне запліднення
2. звичні викидні
3. ендокринна патологія
4. аборти, що передували даній вагітності

15. ПРИЧИНИ, ЯКІ СПРИЯЮТЬ ВИСОКОМУ РІВНЮ АБОРТІВ В УКРАЇНІ:

1. значна частина жінок дітородного віку в структурі населення
2. погана обізнаність про наявність і можливості контрацептивів
3. низька культура статевого життя
4. соціально-економічна ситуація в країні
5. підвищення частки віруючого населення
6. недостатній розвиток служб планування сім'ї

16. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИ-
ВАННЯ ВАГІТНОСТІ:

1. вторинне безпліддя
2. зниження імунітету
3. підвищення ризику народження дитини з аномаліями розвитку
4. недоношеність (при наступних вагітностях)
5. підвищення частоти запальних захворювань жіночих статевих органів
6. підвищення частоти екстрагенітальних захворювань
7. прискорене старіння жінок

17. ОСНОВНІ НАПРЯМИ ДІЯЛЬНОСТІ ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬ-
ТАЦІЇ З ПРОФІЛАКТИКИ АБОРТІВ:

1. покращання роботи кабінетів профілактики абортів
2. зміцнення здоров'я жінок
3. підвищення рівня медико-гігієнічного навчання жінок
4. сприяння наданню жінкам-матерям пільг у вирішенні питань, що стосуються робочого часу
5. проведення соціально-економічних заходів
6. забезпечення протизаплідними засобами
7. навчання жінок методиці використання протизаплідних засобів

18. ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ, ПРИТАМАННІ ПОКАЗНИКАМ РЕ-
ПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК В ОСТАННІ РОКИ:

1. зменшення частки нормальних пологів і збільшення частоти ускладнень
2. показники материнської смертності відповідають таким у розвинутих країнах
3. підвищення рівня абортів серед молоді, в т.ч. при першій вагітності
4. зростання частоти екстрагенітальної патології у вагітних
5. зростання частоти невиношувань вагітності (передчасних пологів і викиднів)
6. зменшення частоти екстрагенітальної патології у вагітних
7. зростання рівня безпліддя

19. ПОКРАЩАННЮ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК
БУДЕ СПРИЯТИ:

1. запобігання небажаній вагітності
2. зниження рівня абортів
3. зменшення рівня безпліддя чоловіків

4. ранні звертання вагітних і хворих жінок за акушерсько-гінекологічною допомогою
5. покращання поінформованості жінок про репродуктивне здоров'я
6. відсутність належних засобів профілактики патології у жінок
7. впровадження системи заходів щодо планування сім'ї

20. МЕТА ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї:

1. запобігання небажаним вагітності
2. можливість регулювати кількість дітей та час народження їх
3. зменшення частоти екстрагенітальної патології
4. профілактика захворювань, які передаються статевим шляхом
5. проведення заходів щодо підготовки молоді з питань сексуальної та репродуктивної поведінки
6. надання жінкам пільг щодо догляду за дітьми

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ

1. ОСНОВНІ ПІДРОЗДІЛИ, ЯКІ ВХОДЯТЬ ДО СКЛАДУ ОБ'ЄДНАНОЇ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ:

1. діагностичні підрозділи
2. адміністративно-господарська частина
3. дезінфекційний відділ
4. лікувально-допоміжні підрозділи
5. стаціонар
6. диспансер
7. поліклініка
8. профілакторій
9. архів

2. У СТРУКТУРІ ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ Є ПІДРОЗДІЛИ (кабінети):

1. реєстратура
2. долікарський кабінет
3. анамнестичний кабінет
4. фільтр з боксами та ізолятор
5. кабінет (відділення) з виховання здорової дитини
6. лікувально-допоміжні діагностичні підрозділи
7. лікувально-профілактичні кабінети (відділення)
8. відділення відновлювального лікування
9. відділення профілактики
10. приймальне відділення

3. ДИТЯЧА ПОЛІКЛІНІКА В РАЙОНІ СВОЄЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАБЕЗПЕЧУЄ:

1. організацію та проведення профілактичних заходів
2. формування ціни медичних послуг дітям
3. лікувально-консультативну допомогу в поліклініці та вдома
4. лікувально-консультативну допомогу в дошкільних закладах і школах
5. протиепідемічні заходи
6. санаторно-курортне лікування
7. швидку медичну допомогу дітям
8. вивчення гігієнічних умов виховання та навчання дітей

4. ОБОВ'ЯЗКИ СТАРШОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ:

1. складання графіків роботи підлеглого медичного персоналу
2. проведення профілактичних щеплень
3. інструктаж середніх і молодших працівників при поступленні на роботу щодо охорони праці, техніки безпеки, правил внутрішнього розпорядку
4. своєчасне заміщення підлеглого персоналу при невиході його на роботу
5. відбір хворих на госпіталізацію
6. своєчасне виписування, облік, розподіл, контроль за використанням медичного інструментарію, перев'язувального матеріалу, бактеріальних препаратів
7. заповнення екстрених повідомлень про інфекційних хворих
8. контроль за санітарно-гігієнічним станом поліклініки, за проведенням протиепідемічних заходів
9. організація роботи підрозділів, в яких працює тільки середній медперсонал

5. ЗАВДАННЯ РЕЄСТРАТУРИ ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ:

1. попередній та невідкладний запис дітей на прийом до лікаря та обслуговування їх вдома
2. розподіл хворих дітей за видами лікувальної допомоги
3. ведення та зберігання картотеки поліклініки
4. реєстрація результатів лабораторних аналізів
5. своєчасна доставка медичної документації до кабінету лікаря
6. довідково-інформаційне забезпечення
7. направлення на щеплення

6. ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ ДОЛІКАРСЬКОГО КАБІНЕТУ ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ:

1. навчання матерів методам проведення масажу та гімнастики згідно з віком дитини
2. видача направлення на обстеження перед вступом у дошкільні заклади та школи
3. вимірювання артеріального тиску
4. взяття мазка з зіву для бактеріологічних досліджень
5. виписка рецептів (повторно)
6. проведення антропометричних досліджень
7. проведення профілактичних щеплень

7. ОСНОВНІ РОЗДІЛИ РОБОТИ ДІЛЬНИЧНОГО ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА:

1. надання кваліфікованої педіатричної допомоги дітям в поліклініці та вдома
2. організація та проведення профілактичних заходів серед дітей своєї дільниці
3. розробка нормативних документів
4. проведення експертної оцінки якості надання медичної допомоги дітям
5. організація та проведення протиепідемічних заходів на дільниці
6. підготовка дітей до вступу в дошкільні заклади та школи

8. ЗМІСТ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПЕДІАТРИЧНОЇ ДІЛЬНИЦІ:

1. проведення допологового патронажу
2. відвідування разом з педіатром дітей в перші три дні після виписки з пологового будинку
3. проведення профілактичних щеплень дітям
4. відбір дітей на госпіталізацію
5. запрошення дітей на щеплення до поліклініки
6. виконання призначених лікарем лікувальних процедур удома
7. надання допомоги лікарю при прийомі в поліклініці
8. заповнення екстреного повідомлення при виявленні інфекційного хворого

9. ПРОФІЛАКТИЧНІ ЩЕПЛЕННЯ ПРОВОДЯТЬСЯ У:

1. кабінетах щеплень при дитячих поліклініках
2. лікувально-профілактичних закладах сільських лікарських дільниць

3. поліклінічних відділеннях районних лікарень
4. дитячих дошкільних закладах і школах
5. долікарських кабінетах
6. відділеннях профілактики

10. ЗМІСТ РОБОТИ КАБІNETУ ЩЕПЛЕНЬ ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ:

1. розробка спільно з дільничним педіатром планів профілактичних щеплень на території обслуговування
2. організація та проведення запланованих профілактичних щеплень
3. проведення антропометричних досліджень
4. ведення карти профілактичних щеплень
5. взяття мазка з зіва для бактеріологічних досліджень
6. організація обліку дітей, що підлягають щепленням і відбір дітей для щеплень
7. відвідування немовлят у перші дні після виписки з пологового будинку
8. контроль за організацією та проведенням щеплень дітям у дитячих закладах району обслуговування
9. проведення санітарно-освітньої роботи серед населення з питань профілактики інфекційних захворювань
10. заповнення карти епідобстеження вогнища інфекційного захворювання
11. вирішення спільно з педіатром питань про терміни проведення щеплень дітям, які мають медичні протипоказання
12. вивчення ефективності щеплень та аналіз захворюваності згідно з даними про вакцинацію

11. ДОКУМЕНТИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДИТЯЧОЮ ПОЛІКЛІНІКОЮ ДЛЯ ОБЛІКУ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ ПРОТИ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ:

1. обмінна карта пологового будинку про новонародженого
2. історія пологів
3. історія розвитку дитини
4. звіт пологового будинку
5. карта профілактичних щеплень

12. ЗАВДАННЯ КАБІNETУ (відділення) ЗДОРОВОЇ ДИТИНИ ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ:

1. вивчення захворюваності серед дитячого населення
2. медико-гігієнічне навчання батьків

3. контроль за нервово-психічним розвитком дітей
4. вивчення ефективності проведення щеплень
5. оцінка рівня фізичного розвитку дітей

13. ОBOB'ЯЗКИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ВІДДІЛЕННЯ (кабінету) ЗДОРОВОЇ ДИТИНИ ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ:

1. направлення для оформлення дітей у дошкільні заклади
2. навчання батьків методиці штучного годування дітей
3. забезпечення батьків методичними матеріалами з догляду за дітьми
4. навчання батьків методиці проведення масажу та гімнастики в різні вікові періоди дітей
5. виконання призначень лікаря з профілактики рахіту у дітей
6. вивчення ефективності проведення щеплень
7. реєстрація виданих матерям листків непрацездатності та довідок з догляду за дітьми

14. ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ВКЛЮЧАЄ:

1. визначення рівня функціонального стану основних систем організму
2. періодичні профілактичні огляди груп здорових дітей, об'єднаних загальними віково-фізіологічними ознаками
3. активне динамічне спостереження за хворими
4. своєчасне та комплексне проведення необхідних лікувально-оздоровчих заходів
5. визначення ступеня опірності організму шкідливому впливу

15. ОBOB'ЯЗКИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ДОШКІЛЬНОГО ЗАКЛАДУ:

1. патронаж дітей
2. допомога лікарям на амбулаторних прийомах, при проведенні медичних оглядів школярів і у виконанні призначених рекомендацій
3. контроль за проведенням лікарем заходів із загартування, профілактичних щеплень, діагностичних проб, збору матеріалу для лабораторних досліджень
4. відбір дітей для госпіталізації
5. долікарська допомога дітям у разі гострого захворювання чи травми
6. участь у медико-гігієнічному навчанні
7. вивчення ефективності проведених щеплень
8. контроль за санітарно-гігієнічним і протиепідемічним режимом закладу

9. підготовка заявок на медикаменти, бакпрепарати, дезінфікуючі засоби

16. ОБОВ'ЯЗКИ ШКІЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ:

1. допомога лікарям на амбулаторних прийомах, у проведенні медичних оглядів і у виконанні призначених рекомендацій
2. патронаж дітей
3. контроль за організацією харчування, гігієнічними умовами навчання та виховання, за дотриманням санітарно-гігієнічного та проти-епідемічного режиму в школі
4. відбір дітей для госпіталізації
5. спостереження за учнями, котрі перебували в контакті з дітьми, хворими на інфекційні захворювання
6. проведення роботи щодо профілактики травматизму, його облік
7. вивчення ефективності проведених щеплень
8. облік і контроль за зберіганням медикаментів, матеріалів для щеплень і своєчасним їх поповненням

17. У СТРУКТУРІ СТАЦІОНАРУ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ Є ПІДРОЗДІЛИ:

1. долікарський кабінет
2. приймальне відділення
3. ізоляційно-діагностичне відділення
4. кабінет санітарної просвіти
5. лікувально-допоміжні та діагностичні відділення
6. кабінет голкорексфлексотерапії
7. лікувальні, соматичні та спеціалізовані відділення
8. інші підрозділи (архів, кухня)

18. ЗАВДАННЯ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ СТАЦІОНАРУ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ:

1. довідково-інформаційна служба
2. виписка епікризів
3. медичне обстеження та визначення діагнозу
4. надання дітям першої невідкладної допомоги
5. вивчення захворюваності дітей
6. ізоляція осіб, що мали контакт з інфекційними хворими
7. санітарна обробка хворих, які госпіталізуються
8. розрахунок показників діяльності стаціонару

19. ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАКЛАДИ, ЩО НАДАЮТЬ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ДІТЯМ СІЛЬСЬКИХ РАЙОНІВ:

1. районні заклади
2. центри здоров'я
3. заклади сільської лікарської дільниці
4. обласні лікарні
5. диспансери
6. санаторій-профілакторій
7. бальнеологічна лікарня

20. ЗАХОДИ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ПЕРЕДБАЧАЮТЬ:

1. антенатальну охорону плода
2. визначення функціонального стану органів та систем
3. патронаж новонароджених
4. патронаж дітей першого року життя
5. диспансеризацію дітей дошкільного віку
6. визначення опірності та реактивності організму
7. диспансеризацію школярів

21. ОСНОВНІ ПРИЧИНИ НИЗЬКОГО РІВНЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ:

1. несприятливе економічне оточення
2. неповне виявлення захворювань
3. нераціональне, недостатнє харчування
4. низький рівень госпіталізації школярів
5. психологічний дисбаланс в школі та сім'ї
6. гіпокінезія
7. низький рівень санітарної культури
8. шкідливі звички з раннього віку

22. ОСНОВНІ ЧИННИКИ, ЩО МОЖУТЬ ВПЛИВАТИ НА ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ:

1. достатня фізична активність
2. активне формування зусиллями сім'ї, педагогів і медиків у дітей та підлітків основ здорового способу життя
3. формування навичок і вмінь самоконтролю за станом здоров'я
4. виховання в дітей правильного ставлення до свого здоров'я
5. забезпечення всіх школярів безкоштовними обідами
6. повсюдне створення системи оздоровчих центрів для дітей

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

1. ВИДИ МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ:

1. медико-соціальна експертиза втрати працездатності
2. етико-деонтологічна
3. судово-медична та судово-психіатрична
4. часткова
5. військово-лікарська
6. змішана
7. патологоанатомічна

2. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПРОВОДИТЬСЯ ВІДНОСНО НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ:

1. часткової
2. змішаної
3. тимчасової
4. професійної
5. стійкої

3. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПРОВОДИТЬСЯ:

1. лікуючими лікарями та лікарсько-консультативними комісіями (ЛКК)
2. санітарно-профілактичними закладами
3. медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК)

4. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА СТІЙКОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПРОВОДИТЬСЯ:

1. лікуючими лікарями та лікарсько-консультативними комісіями (ЛКК)
2. санітарно-профілактичними закладами
3. медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК)

5. ЗАВДАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ З МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ:

1. експертиза тимчасової непрацездатності
2. експертиза стійкої непрацездатності
3. виявлення стійкої непрацездатності та направлення хворого на медико-соціальну експертну комісію

4. визначення та надання різних видів соціальної допомоги
5. рекомендації з працевлаштування працівників, що не мають ознак інвалідності

6. аналіз причин виходу на інвалідність
7. встановлення та виплата допомоги з тимчасової непрацездатності
8. аналіз захворюваності з тимчасовою втратою працездатності

6. ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ЛІКУЮЧИЙ ЛІКАР САМОСТІЙНО:

1. встановлює факт непрацездатності
2. видає листок непрацездатності максимально на 5 днів одночасно та на 10 днів взагалі
3. видає листок непрацездатності до 4 днів одночасно та до 6 днів взагалі
4. направляє хворого на консультацію до лікарів-спеціалістів
5. видає листок непрацездатності на санаторно-курортне лікування
6. видає листок непрацездатності в разі необхідності переведення на іншу роботу при професійному захворюванні

7. ПРАВО ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ РАЗОМ З ЛІКУЮЧИМ ЛІКАРЕМ НАДАЄТЬСЯ:

1. головному лікарю (заступнику головного лікаря з експертизи працездатності)
2. завідувачу кабінету обліку та медичної статистики
3. головній медичній сестрі лікарні
4. завідувачу відділення
5. лікарсько-консультативній комісії (ЛКК)

8. У ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ З ОДНИМ ЛІКАРЕМ ЙОМУ ДОЗВОЛЯЄТЬСЯ ВИДАВАТИ ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ОСОБИСТО НА ТЕРМІН:

1. на весь час захворювання
2. не більш ніж на 5 днів
3. на 5 днів одночасно з подальшим продовженням
4. максимально на 14 днів

9. ОСНОВНІ ПРАВИЛА ЗАПОВНЕННЯ ЛИСТКА НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ:

1. підкреслити “первинний” чи “продовження”
2. заповнити паспортну частину

3. вказати порядковий номер захворювання в поточному році
4. написати заключний діагноз
5. при госпіталізації хворого вказати чи госпіталізувався раніше
6. зазначити вид (причину) непрацездатності та режим (при порушенні)
7. записати словами з якого та до якого числа виданий листок непрацездатності
8. поставити підпис і печатку лікаря, що видав листок непрацездатності, та печатку ЛПЗ
9. записати числом з якого і словами по яке число виданий листок непрацездатності
10. зазначити заключні висновки (працездатний, продовжує хворіти, визнаний інвалідом)

10. СКЛАД ЛІКАРСЬКО-КОНСУЛЬТАТИВНОЇ КОМІСІЇ (ЛКК):

1. лікуючий лікар
2. завідувач кабінету обліку та медичної статистики
3. завідувач відділення
4. головний лікар (заступник головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності)
5. заступник головного лікаря з медичної частини

11. ЗАВДАННЯ ЛІКАРСЬКО-КОНСУЛЬТАТИВНОЇ КОМІСІЇ (ЛКК):

1. експертиза стійкої втрати працездатності
2. видача листка непрацездатності на перші 5 днів
3. продовження листка непрацездатності до одужання (після 10 днів)
4. консультації та вирішення спірних питань
5. видача листка непрацездатності на санаторно-курортне лікування
6. видача листка непрацездатності при переведенні на іншу роботу при туберкульозі, професійних захворюваннях, виробничих травмах
7. видача листка непрацездатності при переведенні на іншу роботу після побутової травми та перенесеного інфаркту міокарда
8. направлення на медико-соціальну експертну комісію

12. ЯКІ ВИДИ (ПРИЧИНИ) ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ:

1. захворювання (травма)
2. інвалідність
3. догляд за хворим членом сім'ї, здоровою дитиною та дитиною інвалідом

4. санаторно-курортне лікування
5. вагітність, пологи
6. переведення на іншу роботу при нещасних випадках
7. переведення на іншу роботу при туберкульозі, при професійних захворюваннях і виробничих травмах
8. протезування з перебуванням у стаціонарі протезно-ортопедичного підприємства системи Міністерства праці та соціальної політики
9. часткова втрата працездатності
10. карантин
11. повна втрата працездатності

13. НА ЯКИЙ МАКСИМАЛЬНИЙ ТЕРМІН (у днях) ЛІКАР МАЄ ПРАВО ВИДАТИ ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ З ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРОЮ ДИТИНОЮ, ЯКА ЛІКУЄТЬСЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ:

1. 6
2. 10
3. 14

14. ДО ЯКОГО ВІКУ ДИТИНИ (років) МОЖНА ВИДАВАТИ ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ З ДОГЛЯДУ ЗА НЕЮ У РАЗІ ХВОРОБИ:

1. 6
2. 10
3. 14

15. РОЗМІР ДОПОМОГИ ПРИ ТИМЧАСОВІЙ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ЗАЛЕЖНО ВІД СТРАХОВОГО СТАЖУ (%):

1. менше 5 років – 50% середньої заробітної плати (доходу)
2. менше 5 років – 60% середньої заробітної плати (доходу)
3. від 5 до 8 років – 70% середньої заробітної плати (доходу)
4. від 5 до 8 років – 80% середньої заробітної плати (доходу)
5. понад 8 років – 100% середньої заробітної плати (доходу)
6. особам, віднесеним до 1-4 категорій осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи – 100% середньої заробітної плати (доходу)
7. особі, що доглядає хвору дитину віком до 14 років, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи – 100% середньої заробітної плати (доходу)
8. ветеранам війни та прирівнених до них за пільгами – 100% середньої заробітної плати (доходу)
9. учасникам війни – 100% середньої заробітної плати (доходу)

16. ДОПОМОГА З ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ВНАСЛІДОК ЗАХВОРЮВАННЯ АБО ТРАВМИ, НЕ ПОВ'ЯЗАНОЇ З

НЕЩАСНИМ ВИПАДКОМ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ, СПЛАЧУЄТЬСЯ З ФОНДУ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ:

1. за перші п'ять днів непрацездатності
2. з шостого дня непрацездатності

17. ДОПОМОГА З ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ВНАСЛІДОК ЗАХВОРЮВАННЯ АБО ТРАВМИ, НЕ ПОВ'ЯЗАНОЇ З НЕЩАСНИМ ВИПАДКОМ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ, СПЛАЧУЄТЬСЯ ЗА РАХУНОК КОШТІВ ПІДПРИЄМСТВА, УСТАНОВИ, ОРГАНІЗАЦІЇ ЗА ОСНОВНИМ МІСЦЕМ РОБОТИ:

1. за перші п'ять днів непрацездатності
2. з шостого дня непрацездатності

18. ТРИВАЛІСТЬ ВИПЛАТИ ДОПОМОГИ В РОЗМІРІ 100% СЕРЕДНЬОЇ ЗАРОБІТНОЇ ПЛАТИ З ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ:

1. 56 днів до пологів
2. 70 днів до пологів
3. 56 днів після пологів
4. 70 днів після пологів у разі ускладнення пологів або народження двох чи більше дітей

19. ТРИВАЛІСТЬ ВИПЛАТИ ДОПОМОГИ В РОЗМІРІ 100% СЕРЕДНЬОЇ ЗАРОБІТНОЇ ПЛАТИ З ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ЖІНКАМ, ВІДНЕСЕНИМ ДО 1-4 КАТЕГОРІЙ ОСІБ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ:

1. 70 днів до пологів
2. 90 днів до пологів
3. 70 днів після пологів
4. 90 днів після пологів

20. ЗАВДАННЯ МСЕК:

1. санкціонування продовження листка непрацездатності при завершенні лікування в ЛПЗ
2. виявлення причин інвалідності
3. встановлення груп інвалідності
4. трудові рекомендації інвалідам
5. продовження листка непрацездатності

21. НАЙЧАСТІШИЙ ВИД ІНВАЛІДНОСТІ:

1. у зв'язку з трудовим каліцтвом
2. внаслідок загального захворювання

3. внаслідок професійного захворювання
4. інвалідність з дитинства
5. інвалідність у колишніх військових службовців
6. інвалідність до початку трудової діяльності

ОРГАНІЗАЦІЯ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ

1. ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ ДЕРЖАВНОГО САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ:

1. нагляд за дотриманням санітарного законодавства
2. проведення санітарно-гігієнічної експертизи та гігієнічної регламентації небезпечних факторів
3. проведення санітарно-технічних та санітарно-гігієнічних заходів з усунення шкідливого впливу виробничих факторів
4. проведення санітарно-технічних та санітарно-гігієнічних заходів з усунення шкідливого впливу факторів навколишнього середовища
5. нагляд за організацією і проведенням санітарних і протиепідемічних заходів
6. нагляд за реалізацією державної політики з питань профілактики захворювань населення
7. нагляд за виконанням приписів та вимог посадових осіб державної санепідслужби

2. ПІД САНІТАРНИМ ТА ЕПІДЕМІЧНИМ БЛАГОПОЛУЧЧЯМ РОЗУМІЮТЬ:

1. сприятливу демографічну ситуацію
2. низький рівень захворюваності
3. оптимальні умови життєдіяльності
4. низький рівень загальної летальності
5. відсутність шкідливого впливу факторів зовнішнього середовища
6. відсутність умов для виникнення та розповсюдження інфекційних захворювань
7. високу середню очікувану тривалість життя

3. САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ЗАБЕЗПЕЧУЄТЬСЯ:

1. системою державних стимулів, спрямованих на підтримання затверджених норм та правил
2. відсутністю впливу шкідливих факторів

3. організацією держсанепіднагляду
4. проведенням медико-гігієнічного навчання
5. затвердження єдиних санітарно-гігієнічних вимог до об'єктів нагляду
6. оптимальними умовами життєдіяльності

4. ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ДІЯЛЬНОСТІ СЕС:

1. збирання та аналіз інформації про санітарно-епідеміологічну, екологічну та демографічну ситуації
2. виявлення факторів навколишнього середовища та причин, які впливають на здоров'я
3. проведення санітарно-технічних та санітарно-гігієнічних заходів щодо усунення шкідливого впливу виробничих факторів
4. проведення профілактичних оглядів працюючих
5. облік та аналіз професійних та інфекційних захворювань
6. проведення профілактичних щеплень
7. проведення диспансеризації населення
8. розробка заходів із забезпечення санітарного-епідемічного благополуччя

5. ОСНОВНІ ПІДРОЗДІЛИ РАЙОННИХ СЕС (сільських і міських районів):

1. відділ профілактики важливих неепідемічних захворювань
2. кабінет антирабійних щеплень
3. санітарно-гігієнічний відділ
4. епідеміологічний відділ
5. організаційний відділ
6. дезінфекційний відділ (відділення)

6. ЗМІСТ РОБОТИ САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНОГО ВІДДІЛУ СЕС:

1. вивчення стану здоров'я населення
2. проведення запобіжного та поточного саннагляду
3. проведення санітарно-технічних та санітарно-гігієнічних заходів
4. проведення профілактичних оглядів
5. розробка санітарно-оздоровчих заходів
6. складання планів роботи відділу та комплексних планів

7. ЗМІСТ РОБОТИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛУ СЕС:

1. вивчення стану здоров'я населення

2. проведення епідеміологічного обстеження вогнищ інфекційних захворювань
3. проведення диспансеризації реконвалесцентів після інфекційних захворювань
4. методичне керівництво протиепідемічною роботою лікувально-профілактичних закладів
5. розробка комплексу протиепідемічних заходів
6. проведення профілактичних щеплень
7. оцінка ефективності щеплень
8. складання планів роботи відділу та комплексних планів

8. ВИДИ ДОКУМЕНТІВ, ЩО ВІДНОСЯТЬСЯ ДО САНІТАРНОГО ЗАКОНОДАВСТВА:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992 р.)
2. Закон України про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення (1994 р.)
3. Положення про Державний санітарний нагляд (1999 р.)
4. постанови місцевих органів самоврядування з санітарно-епідеміологічних питань
5. розпорядження керівників підприємств з санітарно-епідеміологічних питань
6. Кодекс України про адміністративні правопорушення (1998 р.)
7. методичні рекомендації

9. ВИДИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ПОРУШЕННЯ САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНИХ І ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ НОРМ І ПРАВИЛ, ЯКІ ВИЗНАЧАЮТЬСЯ ЗАКОНОДАВЧИМИ ДОКУМЕНТАМИ:

1. адміністративна
2. дисциплінарна
3. карна (кримінальна)
4. моральна
5. етична

10. ДО ЗАХОДІВ ДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ПОРУШЕННЯ САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ НОРМ І ПРАВИЛ ВІДНОСЯТЬСЯ :

1. попередження
2. переведення на посаду з меншою платнею
3. догана
4. штраф

11. ДО ЗАХОДІВ АДМІНІСТРАТИВНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ПОРУШЕННЯ САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ НОРМ І ПРАВИЛ ВІДНОСЯТЬСЯ :

1. попередження
2. переведення на посаду з меншою платнею
3. догана
4. штраф

12. ЗАХОДИ ЩОДО ПРИПИНЕННЯ ПОРУШЕНЬ САНІТАРНОГО ЗАКОНОДАВСТВА:

1. обмеження, тимчасова заборона чи припинення діяльності підприємств, організацій
2. тимчасова заборона або припинення будівництва, реконструкції об'єктів
3. вилучення з реалізації (конфіскація) небезпечних для здоров'я продуктів харчування, хімічних і радіоактивних речовин, біологічних матеріалів
4. обов'язкова госпіталізація при всіх кишкових інфекціях
5. внесення відповідним посадовим особам подання про відсторонення від роботи носіїв збудників інфекційних хвороб; осіб, які були в контакті з інфекційними хворими; осіб, які ухиляються від обов'язкових медоглядів або щеплень
6. проведення заключної дезінфекції

13. ПОВНОВАЖЕННЯ ЛІКАРІВ-ГІГІЄНІСТІВ, ЕПІДЕМІОЛОГІВ ТА ПОМІЧНИКІВ ЛІКАРІВ:

1. проведення державного санепіднагляду за дотриманням санітарного законодавства
2. винесення рішень про відповідність об'єктів і споруд, що вводяться в експлуатацію, вимогам санітарних норм
3. контроль за проведенням санітарних та протиепідемічних заходів
4. безперешкодний вхід на територію та в приміщення всіх об'єктів санепіднагляду за службовим посвідченням
5. безплатний відбір зразків сировини, продукції, матеріалів для санітарно-гігієнічної експертизи
6. погодження відведення земельних ділянок під забудову, місця водозаборів тощо
7. розслідування причин і умов виникнення професійних і групових інфекційних захворювань, отруень, радіаційних аварій

14. ПОКАЗНИКИ, ЯКІ ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ ОРГАНІЗАЦІЮ ПРОТИ ЕПІДЕМІЧНОЇ РОБОТИ СЕС:

1. повнота лабораторного обстеження осіб з підозрою на інфекційне захворювання
2. кількість госпіталізованих інфекційних хворих
3. питома вага щеплених від запланованого числа осіб
4. питома вага вогнищ із одним інфекційним захворюванням
5. своєчасність обстеження вогнищ інфекційних захворювань

15. ПОКАЗНИКИ САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБ'ЄКТІВ САННАГЛЯДУ ТА ТЕРИТОРІЇ:

1. питома вага об'єктів третьої групи (в %)
2. укомплектованість санітарно-гігієнічного відділу медичним персоналом
3. переведення об'єктів третьої групи до другої та першої груп
4. частота припинення експлуатації об'єктів
5. % проб продуктів харчування з відхиленнями по бактеріологічних (хімічних) показниках
6. % відхилень характеристик фізичних факторів виробничого середовища від санітарних норм

16. ЗАКОН УКРАЇНИ ПРО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САНІТАРНОГО ТА ЕПІДЕМІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ НАСЕЛЕННЯ (1994 р.) РЕГЛАМЕНТУЄ:

1. перелік видів діяльності, для яких встановлені єдині санітарно-гігієнічні вимоги
2. обов'язки підприємств і громадян щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя
3. зміст прав громадян на збереження здоров'я
4. заходи, які гарантують права громадян на охорону здоров'я
5. централізацію управління санепідслужбою країни
6. заходи правового та соціального захисту працівників санепідслужби
7. судовий захист права на охорону здоров'я
8. перелік об'єктів санітарно-гігієнічної експертизи

17. ВИДИ ІНДИВІДУАЛЬНИХ АКТИВ УПРАВЛІННЯ САНЕПІД-СЛУЖБИ :

1. розпорядчі без елементів примусу
2. карти епідеміологічного обстеження вогнища інфекційних захворювань

3. дозвільні
4. акти адміністративного примусу
5. акти констатаційні
6. акти відбору проб
7. акти юрисдикційні
8. екстрені повідомлення про інфекційні захворювання

**МЕТОДИ ТА ЗАСОБИ МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ
НАСЕЛЕННЯ. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ
ЖИТТЯ**

1. МЕТА МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ:
 1. оптимізація управління охороною здоров'я
 2. покращання санітарно-епідеміологічного стану регіону
 3. планування охорони здоров'я
 4. збереження та зміцнення здоров'я
 5. підвищення працездатності
 6. досягнення активного довголіття

2. МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНЕ НАВЧАННЯ МАЄ БУТИ СПРЯМОВАНЕ НА:
 1. оптимізацію управління охороною здоров'я
 2. формування здорового способу життя
 3. надання медичної допомоги на засадах ПМСД

3. В РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ (ЗСЖ) БЕРУТЬ УЧАСТЬ:
 1. санітарно-профілактичні заклади
 2. лікувально-профілактичні заклади
 3. центри медичної статистики
 4. виховні та освітні заклади
 5. центри здоров'я
 6. бюро судово-медичної експертизи
 7. спортивно-оздоровчі комплекси
 8. засоби масової інформації

4. МЕТОДИ МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ:
 1. статистичний
 2. друкований
 3. комбінований

4. експертний
 5. усний
 6. наочний
5. ОСНОВНІ ФОРМИ УСНОГО МЕТОДУ МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ:
1. бесіди
 2. лекції
 3. розпорядження місцевих органів управління
 4. курсове медико-гігієнічне навчання
 5. підготовка листівок, буклетів
 6. виступи по радіо
6. ОСНОВНІ ФОРМИ ДРУКОВАНОГО МЕТОДУ МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ:
1. лекції
 2. пам'ятки, лозунги, листівки
 3. брошури
 4. статті в періодичній пресі
 5. макети
7. ОСНОВНІ ФОРМИ НАОЧНОГО МЕТОДУ МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ:
1. курсове медико-гігієнічне навчання
 2. макети, муляжі
 3. схеми, діаграми
 4. пам'ятки, листівки
8. ФОРМИ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ:
1. експертна
 2. індивідуальна
 3. групова
 4. соціологічна
 5. масова

ЕТАЛОНИ ПРАВИЛЬНИХ ВІДПОВІДЕЙ НА ТЕСТОВІ ПИТАННЯ

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ЯК НАУКА ПРО СУСПІЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

- | | | |
|----------------|----------|------------|
| 1. 1,3,5 | 2. 2,3,5 | 3. 1,2,4,5 |
| 4. 2,3,4,6,7,8 | 5. 2,3,4 | |

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ СТАТИСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ. ЙОГО ЕТАПИ

- | | | |
|------------|-------------|------------|
| 1. 2,3,4,6 | 2. 1,3,4,6 | 3. 4,5 |
| 4. 1,5 | 5. 2,3,4 | 6. 1,4 |
| 7. 1,5 | 8. 1,3,4,6 | 9. 1,3,4,5 |
| 10. 1,2,4 | 11. 3 | 12. 1 |
| 13. 1,3 | 14. 1,2,4 | 15. 2,4 |
| 16. 1,2 | 17. 2,3,4,5 | 18. 4,5,6 |

ВІДНОСНІ ВЕЛИЧИНИ. ГРАФІЧНІ ЗОБРАЖЕННЯ СТАТИСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ

- | | | |
|-------------|-------------|-----------|
| 1. 2,3,4,5 | 2. 1,3,6 | 3. 1,2 |
| 4. 3,4,5,6, | 5. 2,3, | 6. 3 |
| 7. 2 | 8. 1,2,4 | 9. 2,4 |
| 10. 1,3 | 11. 1,3,5,6 | 12. 2,4,6 |
| 13. 1,3 | 14. 4,5,6 | |

СЕРЕДНІ ВЕЛИЧИНИ

- | | | |
|--------------|--------|----------------|
| 1. 1,3,5,7 | 2. 1,3 | 3. 1,3,4,5,6,9 |
| 4. 1,2,5,6,9 | 5. 1,3 | 6. 2,3 |
| 7. 1,3,4 | 8. 1,3 | 9. 1,2,4 |
| 10. 2,4 | | |

ОЦІНКА ВІРОГІДНОСТІ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

- | | | |
|------------|-----------|-------------|
| 1. 1,2,4,6 | 2. 1,4,5 | 3. 2,4,5 |
| 4. 1,2,3 | 5. 1,4 | 6. 3,4 |
| 7. 3,4 | 8. 1 | 9. 2,6 |
| 10. 1,6 | 11. 1,2,4 | 12. 2,3,5,6 |

ДИНАМІЧНІ РЯДИ

1. 2,3	2. 2,5	3. 1,2,5,6
4. 2	5. 4	6. 2
7. 1	8. 2,4	

МЕТОД СТАНДАРТИЗАЦІЇ

1. 2,3,4	2. 1,3,4,6	3. 3,4,5
4. 2,3	5. 1,3,4,5	

КОРЕЛЯЦІЯ

1. 1,3,5,6	2. 1,5	3. 1,3,5
4. 2	5. 1,3	6. 3
7. 1,3,5	8. 1,2,3	

ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

1. 4	2. 1,2,5,7,8	3. 1,2,3,5
4. 3	5. 2	6. 2
7. 2		

ДЕМОГРАФІЯ

1. 1,3,4	2. 1,2	3. 3,5,7
4. 3,4,5,8	5. 1,4	6. 1,4
7. 1,3	8. 3	9. 2,3,4,6
10. 2,4,5	11. 2	12. 2,3,6,7
13. 2,3,4,5	14. 1,3,6	15. 2
16. 2	17. 3	18. 1,3,4,5,7,8

СМЕРТНІСТЬ НЕМОВЛЯТ (МАЛЮКОВА СМЕРТНІСТЬ)

1. 3	2. 2,4,5,7	3. 4
4. 1,3,4,6	5. 1	6. 2,3
7. 2,3,5	8. 1,3,4,5	9. 2,4
10. 2,3	11. 2,4,5,6,7,9	

МЕТОДИКА ВИВЧЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ТА ЗАКОНОМІРНОСТІ ОСНОВНИХ ЇЇ ВИДІВ

1. 2,4,5,6,7	2. 2,4,5,6,8	3. 2,4,5,7,8
4. 1,3,5,6	5. 3,4	6. 3,5
7. 2,3,4	8. 2	9. 2

10. 1,4,5	11. 2,3	12. 3,4,5
13. 2	14. 1,2,4,5,7	15. 1,3,4,5,6
16. 1,3	17. 2,3,4	18. 2,3
19. 2,3,5,6,7	20. 3	21. 1,2,3
22. 5,6	23. 2,4	24. 1,3,4
25. 1,2,4,5,7	26. 3	27. 2,4,5

ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК

1. 1,3,4,6,7,9	2. 1,3,6	3. 1,2,4
4. 2,3	5. 2,3,4,6	6. 1,3,4,5
7. 1,3,5		

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛОМУ НАСЕЛЕННЮ

1. 1,5,6,7	2. 1,2,3,6	3. 1,2,4,5
4. 1,3,4	5. 1,2,5,7,8,9,10	6. 1,2,3,6
7. 1,3,4	8. 1,4,5	9. 1,3,4,5,6,7
10. 1	11. 1,3	12. 2,3,5,6
13. 2,3,4,6		

ОРГАНІЗАЦІЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

1. 1,2	2. 1,2,4,5,8	3. 1,2,3,4,5,8,10,11
4. 1,5,6,7,8	5. 2,3,5,7	6. 1,3,5
7. 1,3,4,7,9,10,11,12	8. 1,3,5,8	9. 2,3,5,6,8
10. 1,2,4,5,6	11. 2,3,4,5,6,9	12. 1,3
13. 2,3,4	14. 1,4,5,6,7	15. 1,3,4
16. 1,2,7	17. 2	18. 1
19. 3	20. 1,2,3,4,6,8	21. 1,2,3,4,8,9
22. 1,3,4	23. 2,3,4	24. 2,3,4,6
25. 2,3,5,6,8		

ОРГАНІЗАЦІЯ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

1. 1,2	2. 1,3,4,6	3. 1,2,5,6,7
4. 2,3,4,6	5. 1,2,3,4	6. 2,3,4,6,7,8,10
7. 1,2,4,5,8	8. 2,4,5,6,7,8	9. 1,3,4,6,7,8
10. 2,4,5	11. 1,3	12. 2,3
13. 1,3,5,6,7,8		

**ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ
ДОПОМОГИ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

- | | | |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 1,2,4 | 2. 1 | 3. 3 |
| 4. 1,2,4,5 | 5. 1,2,3,5,6 | 6. 1,2,4,6,7 |
| 7. 1,3,4,6,7 | 8. 1,3 | 9. 2,3,4,5,7 |
| 10. 1,3,4,6 | | |

**ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ
ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ**

- | | | |
|----------------|---------------|------------------------|
| 1. 2,3,5 | 2. 1,3,5,7 | 3. 2,4,5 |
| 4. 1,2,3,4,8,9 | 5. 1,2,4,6 | 6. 1,3 |
| 7. 1,3,4,5 | 8. 2,3,5,6 | 9. 2 |
| 10. 1,2,4,5 | 11. 1,3,4 | 12. 2,3,4,7,8 |
| 13. 4,6,7,8 | 14. 1,2,3,6,9 | 15. 2,4,5,6,7,10,11,12 |
| 16. 4,5,6,7 | | |

ШВИДКА ТА НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

- | | | |
|------------|----------------|----------------|
| 1. 1,3 | 2. 1,2 | 3. 1,2,4,6,7,8 |
| 4. 2,3,4,6 | 5. 2,4,5,6 | 6. 1,2 |
| 7. 2,3,5,6 | 8. 2,3,4,6,7,9 | 9. 1,2,3,5,6,8 |

**ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ
ДОПОМОГИ ПРАЦЮЮЧИМ НА ПРОМИСЛОВИХ
ПІДПРИЄМСТВАХ**

- | | | |
|---------------------|--------------|----------------|
| 1. 2,4,5,6 | 2. 1,3,4,5 | 3. 1,2,3,5,6,8 |
| 4. 1,2,3,4,5,8,9,12 | 5. 1,3,5,6 | 6. 2,3,4 |
| 7. 2,3,4,6 | 8. 1,3,4,6,7 | 9. 2,3,4,5 |

**ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОТЕРПІЛИХ
ВІД АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС**

- | | | |
|------------|------------|--------------|
| 1. 1,2,3,5 | 2. 1,2,4,5 | 3. 1,2,4,6,7 |
| 4. 1 | 5. 1,3 | 6. 2,3,5,6 |
| 7. 1,2,3 | 8. 2,3,5,6 | 9. 1,2,3 |

ОРГАНІЗАЦІЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

- | | | |
|---------------------|-----------------|------------------|
| 1. 1,2,3,5,6,8,9,10 | 2. 1,3,4,5,6 | 3. 1,2,3,5,6,7,8 |
| 4. 2,3,4,5,6,8 | 5. 1,3,4,6 | 6. 3,4,6 |
| 7. 2,3,4,5,7 | 8. 1,2,3,5,7 | 9. 1,2,4 |
| 10. 1,4,5,6,8 | 11. 2,3,4,5,7,9 | 12. 2,3,4,5,7 |

- | | | |
|---------------|-------------|---------------|
| 13. 1,3,4,5,7 | 14. 2,3,4 | 15. 2,3,4,6 |
| 16. 1,3,4,5,7 | 17. 1,3,7 | 18. 1,3,4,5,7 |
| 19. 1,2,4,5,7 | 20. 1,2,4,5 | |

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ

- | | | |
|-----------------------|------------------|-----------------|
| 1. 1,2,4,5,7,9 | 2. 1,2,4,5,6,7,8 | 3. 1,3,4,5 |
| 4. 1,3,4,6,8,9 | 5. 1,3,5,6 | 6. 2,3,4,6 |
| 7. 1,2,5,6 | 8. 1,2,5,6,7 | 9. 1,2,3,4 |
| 10. 1,2,4,6,8,9,11,12 | 11. 1,3,5 | 12. 2,3,5 |
| 13. 2,3,4,5 | 14. 2,3,4 | 15. 2,3,5,6,8,9 |
| 16. 1,3,5,6,8 | 17. 2,3,5,7,8 | 18. 1,3,4,6,7 |
| 19. 1,3,4,5 | 20. 1,3,4,5,7 | 21. 1,3,5,6,7,8 |
| 22. 1,2,3,4 | | |

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

- | | | |
|------------|---------------|--------------------|
| 1. 1,3,5,7 | 2. 3,5 | 3. 1 |
| 4. 3 | 5. 1,3,5,6,8 | 6. 1,2,4 |
| 7. 1,4,5 | 8. 3,4 | 9. 1,2,4,6,7,8,10 |
| 10. 1,3,4 | 11. 3,4,5,6,8 | 12. 1,3,4,5,7,8,10 |
| 13. 3 | 14. 3 | 15. 2,4,5,6,7,8 |
| 16. 2 | 17. 1 | 18. 2,3,4 |
| 19. 2,4 | 20. 1,2,3,4 | 21. 2 |

ОРГАНІЗАЦІЯ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ

- | | | |
|----------------|---------------|-------------|
| 1. 1,2,5,6,7 | 2. 2,3,5,6 | 3. 1,3,5 |
| 4. 1,2,5,8 | 5. 3,4,6 | 6. 1,2,5,6 |
| 7. 1,2,4,5,7,8 | 8. 1,2,3,4,6 | 9. 1,2,3 |
| 10. 2,3 | 11. 1,4 | 12. 1,2,3,5 |
| 13. 1,3,4,5,7 | 14. 1,4,5 | 15. 1,3,5,6 |
| 16. 2,5,6,8 | 17. 1,3,4,5,7 | |

МЕТОДИ ТА ЗАСОБИ МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ НАСЕЛЕННЯ. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

- | | | |
|------------|------------|----------------|
| 1. 2,4,5,6 | 2. 2 | 3. 1,2,4,5,7,8 |
| 4. 2,3,5,6 | 5. 1,2,4,6 | 6. 2,3,4 |
| 7. 2,3 | 8. 2,3,5 | |

Примітка

У кожному тестовому питанні може бути одна або декілька вірних відповідей. При вивченні програмних тестових питань студенти зможуть проконтролювати чи доповнити свої знання по окремих темах, користуючись еталонами відповідей.

Викладачі, набираючи декілька варіантів по різних темах чи розділах, можуть проводити поточний чи підсумковий заключний контроль рівня підготовки студента по окремій темі (розділу чи курсу в цілому).

При використанні тестів для контролю в набраних варіантах слід міняти місцями відповіді порівняно з наведеними в підручнику.

За кожную невірну відповідь доцільно знімати вірну відповідь.

Методика проведення підрахунків:

$$Q = \frac{(a - b) \cdot 100}{n}$$

де: Q – оцінка;

a – кількість вірних відповідей;

b – кількість невірних відповідей;

n – загальна кількість вірних відповідей, яка повинна бути в даному варіанті.

Наприклад. У варіанті, з яким працює студент, повинно бути 40 вірних відповідей. Він набрав 35 вірних і 5 невірних.

$$Q = \frac{(35 - 5) \cdot 100}{40} = 75\%$$

Критерій оцінок:

До 60 % – “2”

60-72 – “3”

73-84 – “4”

85 і більше – “5”

У наведеному прикладі студент отримав “4”.

Рекомендована література

1. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
2. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицына. – М., 1998. – 698 с.
3. Закони України про охорону здоров'я. Збірник нормативно-правових актів. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 464 с.
4. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 1990-1999 роках (статистично-аналітичний довідник) МОЗ України. – Київ, 2000. – 205 с.
5. Міжнародна статистична класифікація хвороб МКХ-10. – К.: МОЗ України, 1998. – 307с.
6. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / Під ред. В.М. Пономаренка. – К., 1999. – 310 с.
7. Програмні тестові питання з соціальної медицини та охорони здоров'я / За ред. Ю.В. Вороненка – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 315 с.
8. Теория статистики / Под ред. Р.А. Шмойловой. – М.: Финансы и статистика, 1996. – 460 с.
9. Уваренко А.Р., Парій В.Д. Первинна медико-санітарна допомога на селі. – Житомир: Полісся, 1998. – 208 с.
10. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики (сімейної медицини) / За заг. ред. проф. В.М. Пономаренка. Київ, 2001. – 182 с.
11. Оніщенко О.М., Ольховська Л.П. Фельдшерсько-акушерський пункт: організація та технологія надання медичної допомоги. – Учбово-методичний посібник. – Харків – ХДУ: ХМУ-1. – 1999. – 100 с.
12. Усіченко І., Віленський Ю., Заграничний Д. І доброта, і милосердя. Розповіді про Червоний Хрест України. – К., – 2000. – 63 с.
13. Діяльність галузі охорони здоров'я за 2000 рік, завдання щодо подальшого її розвитку та покращання рівня здоров'я населення України. – Тернопіль: Укрмедкнига. – 2001. – 129 с.
14. Нагорна А.М., Слабкий Т.О. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Навчальний посібник для медичних училищ. – Донецьк: Лебідь, 2000. – 372 с.

Навчальне видання

***Ю.В. Вороненко Л.О. Прус А.П. Чуйко О.А. Затула
О.М. Оніщенко***

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Літературний редактор	<i>Лариса Наліжита</i>
Технічний редактор	<i>Людмила Кравчук</i>
Коректор	<i>Леся Капкаєва</i>
Оформлення обкладинки	<i>Павло Кушик</i>
Комп'ютерна верстка	<i>Світлана Левченко</i>

Підписано до друку 24.12.2001. Формат 60×84/16.
Папір офсетний №1. Гарнітура Antiqua.
Друк офсетний. Ум. др. арк. 19,29. Обл.-вид. арк. 17,64.
Наклад 10000. Зам. № 289.

Оригінал-макет підготовлено у відділі комп'ютерної верстки
видавництва "Укрмедкнига"
Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Надруковано у друкарні видавництва "Укрмедкнига"
Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру
суб'єктів видавничої справи ДК № 348 від 02.03.2001 р.

ЗМІСТ

1. СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ЯК НАУКА ПРО СУСПІЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ПІДГОТОВКИ СЕРЕДНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	3
2. ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ	15
2.1. Організація та проведення статистичного дослідження	15
2.2. Відносні величини. Графічні зображення статистичних даних	21
2.3. Графічні зображення статистичних даних	25
2.4. Середні величини	31
2.5. Оцінка вірогідності результатів дослідження	39
2.6. Динамічні ряди	41
2.7. Метод стандартизації	44
2.8. Кореляція	46
3. ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ	50
3.1. Визначення поняття “здоров'я”. Чинники, що обумовлюють здоров'я населення	50
3.2. Медико-соціальні проблеми демографічних процесів. Демографічна ситуація в Україні та сучасному світі	53
3.2.1. Чисельність і склад населення	55
3.2.2. Механічний рух населення	57
3.2.3. Природний рух населення	57
3.2.4. Народжуваність	58
3.2.5. Смертність населення	61
3.2.6. Смертність немовлят (малюкова смертність)	65
3.2.7. Середня очікувана тривалість життя	68
3.3. Методика вивчення захворюваності населення	70
3.3.1. Методи та джерела вивчення захворюваності	70
3.3.2. Загальна захворюваність	75
3.3.3. Інфекційна захворюваність	77
3.3.4. Захворюваність на найважливіші неепідемічні захворювання	78
3.3.5. Захворюваність із тимчасовою втратою працездатності	79
3.3.6. Основні тенденції окремих видів захворюваності	80
3.4. Методика вивчення інвалідності та основні тенденції її показників	88
3.5. Фізичний розвиток	91

4. ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ	95
4.1. Основи організації лікувально-профілактичного забезпечення дорослого населення	95
4.2. Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги міському населенню	102
4.3. Організація стаціонарної допомоги міському населенню ..	114
4.4. Організація первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини	122
4.5. Організація лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню	127
4.6. Організація лікувально-профілактичної допомоги працюючим на промислових підприємствах	143
4.7. Організація медичного забезпечення потерпілих від аварії на Чорнобильській АЕС	149
4.8. Організація швидкої медичної допомоги	152
5. ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ	159
5.1. Медико-соціальні аспекти охорони здоров'я матері та дитини	159
5.2. Організація акушерсько-гінекологічної допомоги	164
5.3. Організація медичної допомоги дітям	173
6. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ	195
7. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ	200
7.1. Експертиза тимчасової непрацездатності	200
7.2. Експертиза стійкої непрацездатності	205
8. ОРГАНІЗАЦІЯ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ ..	207
9. МЕТОДИ ТА ЗАСОБИ МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ ТА ВИХОВАННЯ НАСЕЛЕННЯ. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	227
10. ДІЯЛЬНІСТЬ ТОВАРИСТВА ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА	233
ТЕСТОВІ ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ ТА ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ З ОКРЕМИХ ТЕМ	239
ЕТАЛОНИ ПРАВИЛЬНИХ ВІДПОВІДЕЙ	322
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	328