

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»**  
**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Ужгородський національний університет**

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**ГРЖИБОВСЬКИЙ ЯРОСЛАВ ЛЕОНІДОВИЧ**

УДК 614.2:316.343.37

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я  
СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ  
КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ МОНІТОРИНГУ ЙОГО  
ПОКАЗНИКІВ**

14.02.03 – соціальна медицина

Галузь знань: 22 – охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.  
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне  
джерело.

---

Я. Л. Гржибовський

Науковий керівник  
Миронюк Іван Святославович  
доктор медичних наук, доцент

Ужгород – 2019

## АНОТАЦІЯ

**Гржибовський Я. Л. Медико-соціальні детермінанти здоров'я сільського населення та обґрунтування концептуальної моделі моніторингу його показників. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина».

Дисертація виконана в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Київ, 2019.

Дисертація захищається у спеціалізованій вченій раді К 61.051.09 при Ужгородському національному університеті, Ужгород, 2020.

Дисертація присвячена рішення важливої науково-практичної задачі охорони здоров'я – науковому обґрунтуванню та розробці концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення з врахуванням медико-соціальних детермінант на регіональному рівні.

Завдання дослідження були комплексними та скерованими на досягнення поставленої мети. Вони базувалися на системному підході і потребували розробки спеціальної програми, що передбачала її реалізацію у п'ять організаційних етапів з використанням адекватних методів, на кожному з яких виконувались взаємопов'язані завдання, що дало можливість отримати репрезентативні результати для оцінки об'єкту дослідження.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні системно представлено необхідність розробки концептуальної моделі моніторингу показників здоров'я сільського населення з врахуванням медико-соціальних детермінант на регіональному рівні; показано, при практично однакових географічних характеристиках, величині території та кількості населення, вплив суспільно-політичних, соціально-економічних, культурних та інших детермінант

контекстуального і структурного рівнів на нерівності у здоров'ї при порівняльному аналізі у двох суміжних регіонах (Львівська область та Підкарпатське воєводство) сусідніх країн (України та Польщі) встановлено, що на Львівщині медико-демографічна ситуація складніша, внаслідок зниження чисельності населення (-0,92%), у першу чергу сільських жінок (-2,95%), вищих ніж у Підкарпатському воєводстві показників смертності населення (у 1,4 рази) та смертності немовлят (у 2,8 рази), нижчої середньої очікуваної тривалості життя, зокрема серед чоловіків (68,5 проти 75,6 років, відповідно); дано сучасну самооцінку сільським населенням стану свого здоров'я: більшість сільських мешканців оцінюють стан свого здоров'я як добрий ( $31,34 \pm 2,23\%$ ) та швидше добрий ( $35,25 \pm 2,29\%$ ) і можливо тому недостатньо приділяють йому увагу ( $68,66 \pm 2,23\%$ ), не дотримуються здорового способу життя ( $86,18 \pm 1,66\%$ ), не відвідують медичні заклади з профілактичною метою ( $91,93 \pm 0,68\%$ ), первинно не звертаються з медичними проблемами до сімейного лікаря ( $57,83 \pm 2,37\%$ ); виявлено, що чоловіки – сільські мешканці оцінюють власну якість життя гірше, ніж жінки, головним чином за критеріями життєвої активності (46,35 балів проти 47,54 балів відповідно), фізичного (3,25 проти 3,63 балів) та емоційного (3,36 проти 3,85 балів) стану, відчуттям втоми (2,93 проти 2,31 балів), що може слугувати предиктором їх нижчої тривалості життя; обґрунтовано розподіл груп детермінант на здоров'я населення за рівнем впливу та встановлено, що найбільшу дію на здоров'я населення мають детермінанти індивідуального рівня – культурні ( $4,33 \pm 0,03$  бали за 5-бальною шкалою), біологічні ( $3,94 \pm 0,05$  балів) та конкретизовані економічні ( $3,80 \pm 0,04$  балів), а також соціально-економічні детермінанти структурного рівня, серед яких пріоритетними є недостатні суспільні витрати на охорону здоров'я ( $4,41 \pm 0,04$  бали) та низька якість медичної допомоги ( $4,36 \pm 0,04$  бали), спричинені пізнім початком реформування системи фінансування охорони здоров'я ( $86,70 \pm 1,72\%$ ); встановлено, що група детермінант контекстуального рівня має помірний вплив на здоров'я населення: середня

оцінка дії глобальних детермінант, а саме – міграції, конфліктів, соціального капіталу та мереж зв'язку ( $3,21 \pm 0,07$  бали за 5-бальною шкалою). Більший внесок у здоров'я населення мають суспільно-політичні детермінанти контекстуального рівня: корупційні діяння ( $3,63 \pm 0,07$  балів) та неефективність державного управління ( $3,49 \pm 0,08$  балів); науково обґрунтовано та розроблено концептуальну модель організації моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант, ефективність якої підтверджена методом експертних оцінок.

Удосконалено напрями міжсекторальної взаємодії державних закладів та комунальних структур в організації моніторингу стану здоров'я сільського населення. Набуло подальшого розвитку дослідження та встановлення особливостей і тенденцій медико-демографічних процесів у сільській місцевості у регіональному контексті.

Необхідною умовою реалізації запропонованої моделі моніторингу є інтеграція її на первинний рівень надання медичної допомоги. Здійснення структурної перебудови моделі моніторингу стану здоров'я сільського населення передбачає на основі аналізу медико-демографічних показників на рівні адміністративних територій створення баз даних населення за групами щодо впливу окремих детермінант на їх здоров'я.

Міжсекторальний підхід моделі базується на залученні представників влади, журналістів, працівників соціальних служб та освіти, недержавних організацій до розуміння важливості впливу та необхідності здійснення кроків щодо зменшення негативних наслідків дії детермінант на здоров'я населення.

Центральним елементом концептуальної моделі є організація на базі існуючих медичних закладів центрів (підрозділів) моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я сільського населення.

Стратегічним напрямком даної моделі є отримання достовірної інформації про вплив на здоров'я населення детермінант та організація заходів зі зменшення їх негативної дії.

Тактичним напрямком моделі став міжсекторальний підхід до вирішення даної проблеми з визначенням у ній первинної ланки медичного забезпечення населення організатором і координатором даного процесу на рівні громади та забезпечення всіх учасників процесу комплексною достовірною інформацією з питань стану здоров'я населення, впливу на нього детермінант з мотивацією до організації профілактичних заходів, що відповідає основним оперативним функціям громадського здоров'я, які визначені ВООЗ.

Особливістю концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант стало включення до неї існуючих елементів системи охорони здоров'я, причетних до організації моніторингу та оцінки показників стану здоров'я; наявних складових, але частково змінених за рахунок їх функціональної оптимізації: наділення сімейних лікарів / середнього медичного персоналу первинної ланки функцією збору та моніторингу показників стану здоров'я населення, в т.ч. на рівні новостворених об'єднаних територіальних громад; якісно нових елементів – створення баз даних населення за групами щодо впливу окремих детермінант на здоров'я, підготовка інформаційних листів та інформування населення про вплив детермінант на здоров'я населення, укладення угод між закладами охорони здоров'я (ЗОЗ), які здійснюють моніторинг показників стану здоров'я населення, щодо наступності передачі отриманих даних, залучення до роботи спеціалістів-соціологів та фахівців з інформаційних технологій з немедичною освітою, стандартизація підрозділів, які здійснюють моніторинг та оцінювання показників здоров'я сільського населення, інтеграція яких з раніше існуючими та організаційно і функціонально удосконаленими, надала моделі як системи нових якостей.

Експертами запропонована модель в цілому оцінена у 9,87 балів із 10 можливих, при високому ступені узгодженості думок (коефіцієнт варіації 5,8%).

Таким чином, враховуючи відповідність моделі потребі реформи системи медичної допомоги населенню, позитивну оцінку експертами, запропоновану концептуальну модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант можна рекомендувати для впровадження у систему охорони здоров'я України.

Ключові слова: детермінанти здоров'я, моніторинг, сільське населення, регіони України, медико-демографічні показники, модель.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

(\* – особистий внесок здобувача)

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

1. Любінець О. В., Пилипець Я. Д., Гера Л. П., Сирота Л. П., Гржибовський Я. Л. Правова складова організації медичної допомоги на дошпитальному етапі. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2012. № 1 (17). С.72–76 (\* збір даних, обробка матеріалу та формування висновків).

2. Гржибовський Я. Л. Глобальні та структурні детермінанти впливу на здоров'я населення (за результатами опитування організаторів охорони здоров'я України). Україна. Здоров'я нації. 2018. №4/1(53). С. 77-83.

3. Гржибовський Я. Л. Смертність населення України: регіональні особливості за період з 1991 по 2017 роки. Львівський медичний часопис=Acta Medica Leopoliensia. 2018. Том XXIV, № 4. С. 45-51.

4. Гржибовський Я. Л., Миронюк І. С., Любінець О. В. Здоров'я людини та індивідуальні чинники впливу (дослідження за результатами опитування лікарів). Львівський медичний часопис=Acta Medica

Leopoliensia. 2019. Том XXV, № 1. С. 68-75 (*\* ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків*).

5. Grshybowskyj Jaroslaw L., Smiiianov Vladyslav A., Myronyuk Ivan M., Lyubinets Oleh V. Ten indicators which characterize medical-demographic processes in adjacent regions of Ukraine and Poland. Wiadomości Lekarskie (Польща) 2019, tom LXXII, nr 5, cz I. S.868-876 (*\* ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків*).

6. Гржибовський Я. Л., Гржибовський Ю. Л. Медичне страхування як механізм реалізації державної політики // Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я. [Монографія] – Львів: видавн. ЛОБФ «Медицина і право», 2013. С. 228-232 (*\* збір інформації, обробка та узагальнення даних*).

7. Карамзіна Л. А., Лобас М. В., Строкань А. М., Котуза А. С., Дуфинець В. А., Гржибовський Я. Л. Аналіз мережі закладів охорони здоров'я та основних показників їх діяльності закономірності стану здоров'я населення України // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік: [Монографія] / за ред. В. В. Шафранського. Київ, 2016. С. 175-186 (*\* підготовка матеріалів, їх аналіз та узагальнення*).

*Опубліковані наукові праці апробаційного характеру:*

8. Lyubinets O., Hrzhybovskyu Y., Diatczyk J. Charakterystyka porównawcza śmiertelności populacji z powodu najważniejszych przyczyn na Ukrainie, w Polsce i innych krajach Europy. Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego „Wyrównywanie różnic w zdrowiu społeczeństw”. Siedlce (Poland), 2011. – s.42 (*\* збір та аналіз матеріалу, написання тез*).

9. Slabky G., Hrzhybovskyu J., Pismenna P. O., Lewenec N., Lupej-Tkacz, Komar W., Oleksejenko O., Parchomenko G., Rusniak W., Walijew O., Pylypec J. Technologie wprowadzania medycyny dowodowej do praktycznej

medycyny. Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego „Polska 2012 – priorytety zdrowia publicznego”. – Zielona Góra (Poland), 2012. S.61 (*\* збір та аналіз матеріалу, написання тез*).

10. Lyubinets O., Slabkyj G., Pylypets Y., Stančiak J., Rutowski J., Hrzhybovskyj J. Peculiarities and comparative characteristics of the population mortality caused by the main reasons in Ukraine, the Check Republic and other european countries. SBORNÍK z mezinárodní konference “Jihlavské zdravotnické dny 2012”, II. ROČNÍK “Ošetrovatelská péče a porodní asistence v praxi”, Vysoká škola polytechnická Jihlava (Check Republic), 2012. S. 547-556 (*\* аналіз матеріалу, написання тез*).

11. Hrzhybovskyj J., Chemerys N., Lyubinets O. Poziom dochodów ludności, jak jeden z determinantów jego zdrowia. Zborník z medzinárodnej konferencie Ružomerské zdravotnícke dni 2013 – VIII. Ročník. Ružomberok: VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku (Slovakia), 2013. S. 258-263 (*\* збір та аналіз матеріалу, написання тез*).

12. Lyubinets O., Hrzhybovskyj J., Komar V. Uwarunkowania zdrowia i ich wpływ na sytuację demograficzną na Ukrainie. Międzynarodową Konferencję Naukową „Sytuacja zdrowotna w Polsce w okresie transformacji systemowej”, 16-18 października 2014, Poddębice (Poland), 2014. S.76-77 (*\* збір та аналіз матеріалу, написання тез*).

13. Lyubinets O., Hrzhybovskyj J. Peculiarities of Ukrainian population mortality for the main causes of death. Cyril-methodius days of social services / Editors: Jaroslav Stančiak, Silvia Dončevová. – Trnava (Slovakia), 5th February 2015. Hungary: Heraldika Kiadó, 2015. P. 246 (*\* ідея написання, аналіз матеріалу, написання тез*).

14. Гриновець А. Г., Гржибовський Я. Л., Гурка О. І. Формування позитивної мотивації молоді на здорове харчування. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2015. № 1 (22). С.98-99. [Тези міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2015 р. «Безпека харчових продуктів»] (*\* збір даних, аналіз і обробка матеріалу*).



15. Lyubinetz O., Hrzhybovskyy J., Semenjuk O. Structure of causes of death rural working age population in Lviv region in Ukraine. Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego. Kongres medycyny i zdrowia wsi. Streszczenia / abstracts. Lublin (Poland), 24-26.05.2015. Lublin: Instytut Medycyny Wsi, 2015. S.121 (*\* ідея написання, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків*).

16. Гржибовський Я. Л. Соціальні та економічні впливи на здоров'я населення. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2016. № 1 (26). С. 66–67. [Тези міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2016 р. «Переможемо діабет»].

17. Kulchynskiy A., Lyubinetz O., Hrzhybovskiy J., Promocja Zdrowia – Zadanie Dla Władz Lokalnych. Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego „Współczesne Wyzwania Zdrowia Publicznego – Polska 2016”. – Naukowy Komunikat Konferencyjny. Jurata, 2–4 czerwiec 2016 r. Jurata (Poland): Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, 2016. S. 46–47 (*\* ідея написання, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків*).

18. Любінець О. В., Фуртак І. І., Гржибовський Я. Л., Пилипець Я. Д., Падучак Р. М. Служба управління медичними послугами в системі охорони здоров'я України (за результатами науково-дослідної роботи). Збірник матеріалів науково-практичної конференції «Медичне забезпечення антитерористичної операції: організаційні та медико-соціальні аспекти». – Львів, 2017. С.112-114 (*\* аналіз матеріалу, написання тез*).

19. Гржибовський Я. Л. Детермінанти здоров'я. Матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2018 р. «Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди». Київ, 5-6 квітня 2018 р. С. 125-127.

20. Hrzhybovskiy J., Lyubinetz O. The Age Structure of Urban and Rural Population in Ukraine: Main Features. International pediatric conference. Abstract book. The faces of contemporary pediatrics from clinical problems to

public health. 24-26 may 2018, Rzeszow (Poland). P.39 (*\* ідея написання, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків*).

*Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:*

21. Яценко Ю. Б., Семенюк О. А., Гржибовський Я. Л. Загальні особливості динаміки причин смерті серед різних верств дорослого населення Львівської області. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014. №4 (62). С. 36-40 (*\* обробка матеріалу та формування висновків*).

22. Семенюк О. А., Гржибовський Я. Л. Характеристика концептуальної моделі попередження втрати населення працездатного віку на регіональному рівні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2015. № 1 (63). С. 8-15 (*\* обробка матеріалу та формування висновків*).

23. Глобальні, структурні та індивідуальні детермінанти здоров'я: методичні рекомендації / підгот. Любінець О. В., Гржибовський Я. Л., Миронюк І. С. Львів, 2019. 27 с. (*\* збір, аналіз матеріалу, структурна побудова матеріалу*).

24. Гржибовський Я. Л., Миронюк І. С., Любінець О. В. Самооцінка стану здоров'я населенням сільської місцевості. Intermedical journal. 2019. 1(13). С. 40-45 (*\* ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків*).

## ABSTRACT

**Grzhybovskyy Ya. L. Medical and social determinants of rural population health, and substantiation of conceptual model for its indicators monitoring. – Qualifying scientific work as a manuscript.**

Dissertation thesis for a Candidate Degree in Medical Sciences in the speciality 14.02.03 “Social Medicine”.

Dissertation thesis was performed at the State Institution “Ukrainian Institute for Strategic Studies of the Ministry of Health of Ukraine”, Kyiv, 2019.

The present thesis is being defended in specialized academic council K 61.051.09 at Uzhgorod National University, Uzhgorod, 2020.

The present work is devoted to solution of an important scientific and practical healthcare task: scientific substantiation and development of conceptual model of rural population health status indicators monitoring taking into account medical and social determinants at the regional level.

The objectives of the study were comprehensive, and aimed at achieving the goal. They were based on a systematic approach, and required the development of a specific program, which involved its implementation in five organizational stages, using valid methods, each of them provided for performance of interrelated tasks that allowed for obtaining representative results for the evaluation of the target of research.

The scientific novelty of the results obtained lies in the fact that the necessity of developing a conceptual model of rural population health indicators monitoring with consideration of medical and social determinants at the regional level was systematically presented for the first time in Ukraine; the impact of socio-political, socio-economic, cultural and other determinants of contextual and structural levels on health inequalities with virtually identical geographical characteristics, land area and the number of population was demonstrated: a comparative analysis in two border-line regions (Lviv region and Podkarpackie Voivodeship) of the neighboring countries (Ukraine and Poland) found that the

medical and demographic situation in Lviv was more complicated due to depopulation (-0.92%), primarily of rural women (-2.95%), higher mortality rates (by 1.4 times) and infant mortality rates (2.8 times higher) than in Podkarpackie Voivodeship, lower average life expectancy, particularly among men (68.5 vs. 75.6 years, respectively); modern self-assessment by rural population of their health status was given: the majority of rural residents assess their health as good ( $31.34 \pm 2.23\%$ ) and rather good ( $35.25 \pm 2.29\%$ ), and therefore pay inadequate attention to their health ( $68.66 \pm 2.23\%$ ), they neither keep a healthy lifestyle ( $86.18 \pm 1.66\%$ ) nor visit medical facilities for prophylactic purposes ( $91.93 \pm 0.68\%$ ), without consulting a family doctor as to their medical problems at the primary level ( $57.83 \pm 2.37\%$ ); it was reported that male rural residents rated their own quality of life worse than female residents, mainly by the criteria of life activity (46.35 points vs. 47.54 points respectively), physical (3.25 vs. 3.63 points) and emotional (3.36 vs. 3.85 points) well-being, fatigue feeling (2.93 vs. 2.31 points), which serve a predictor of their lower life expectancy; the distribution of groups of determinants on population health by the level of influence was substantiated, and it was established that the determinants of the individual level: cultural ( $4.33 \pm 0.03$  points on a 5-point scale), biological ( $3.94 \pm 0.05$  points) and specified economic ( $3.80 \pm 0.04$  points) ones as well as socio-economic determinants of structural level, among which the priority ones are insufficient expenditures on public health ( $4.41 \pm 0.04$  points) ) and poor quality of medical care ( $4.36 \pm 0.04$  points), caused by late start of public health financing system reformation ( $86,70 \pm 1,72\%$ ) have the highest impact on the health of population; it was found that a group of contextual level determinants has a moderate impact on the health of population: average estimate of the action of global determinants, namely migration, conflicts, social capital and communication networks ( $3.21 \pm 0.07$  points on a 5-point scale). Socio-political determinants of contextual level, such as corruption ( $3.63 \pm 0.07$  points) and inefficiency of public administration ( $3.49 \pm 0.08$  points) have a greater contribution to the health of population; the conceptual model of organization of

rural population health status indicators monitoring at the regional level with consideration of medical and social determinants, which effectiveness was confirmed by expert evaluation method, was scientifically grounded and developed.

The directions of intersectoral interaction between state institutions and municipal structures in organization of rural population health monitoring were improved. Study and identification of the features and tendencies of medical and demographic processes in rural areas in the regional context were further developed.

A necessary condition for implementation of the proposed monitoring model is its integration into the primary level of medical care. Implementation of restructuring of rural population health status monitoring model envisages, on the basis of analysis of medical and demographic indicators at the level of administrative territories, the creation of population databases by groups with respect to the impact of individual determinants on their health.

Intersectoral approach of the model is based on the involvement of public authorities, journalists, social services and education workers, NGOs in understanding the importance of influence and the need to take steps to reduce the negative effects of determinants on the health of population.

The central element of the conceptual model is organization, on the basis of existing medical institutions, of centers (subdivisions) for monitoring and evaluating rural population health indicators.

The strategic direction of this model is to obtain reliable information on the impact of population health determinants, and to arrange measures to reduce their negative effects.

Intersectoral approach to solution of this problem with identification of its primary link of medical care by the organizer and coordinator of this process at the community level, and providing all participants of the process with comprehensive reliable information on the population health status, determinant's impact on health with motivation to arrange preventive measures that comply with the key

operational health functions determined by WHO became the tactical direction of this model.

Peculiarity of conceptual model of rural population health status monitoring at the regional level with consideration of medical and social determinants, was the inclusion of the existing elements of health system, involved in the organization of monitoring and evaluation of health status indicators; the existing components, partially modified at the account of their functional optimization: authorizing primary care physicians/nursing staff for collection and monitoring of population health indicators, including those at the level of newly created united territorial communities; brand new elements: the creation of population databases by groups as to the impact of individual determinants on health, preparation of information sheets and informing the population about the impact of determinants on health of the people, entering into agreements between healthcare facilities that monitor population health indicators on continuity of data transfer, involvement of sociologists and IT specialists with non-medical education, standardization of subdivisions that monitor and evaluate rural population health indicators, whose integration with already-existing and organizationally and functionally advanced ones, has provided new qualities to the model as a system.

The model proposed by the experts was rated as a whole at 9.87 points out of 10 possible, with a high degree of consistency of opinions (coefficient of variation of 5.8%).

Thus, taking into consideration conformance of the model to the need for public health care reform, its positive assessment by experts, the proposed conceptual model for monitoring rural population health status indicators at the regional level, taking into account medical and social determinants, can be recommended for implementation in the health system of Ukraine.

Keywords: determinants of health, rural population, regions of Ukraine, medical-demographic indicators, monitoring, model.

## Зміст

ВСТУП .....	18
РОЗДІЛ 1. СТАН І ПРОБЛЕМИ ВПЛИВУ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ДЕТЕРМІНАНТ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ У СВІТІ ТА УКРАЇНІ.....	29
1.1. Сучасний стан вивчення проблеми місця детермінант в оцінці стану здоров'я населення в світі .....	30
1.2. Соціально-економічні чинники здоров'я населення України.....	47
1.3. Дослідження з проблем моніторингу стану здоров'я населення України – регіональні особливості.....	58
1.4. Невирішені питання та необхідність подальших досліджень.....	61
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, ОБСЯГ І МЕТОДИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ .....	66
РОЗДІЛ 3. МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ УКРАЇНИ ТА ЇЇ РЕГІОНІВ У 2009-018 рр.....	72
3.1. Динаміка чисельності населення.....	72
3.2. Зміни у статеві-віковому складі населення .....	75
3.3. Особливості народжуваності населення.....	80
3.4. Характеристика рівня загальної захворюваності населення.....	82
3.5. Характеристика рівня смертності населення .....	85
РОЗДІЛ 4. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ПІДКАРПАТСЬКОМУ ВОЄВОДСТВІ РЕСПУБЛІКИ ПОЛЬЩА .....	93
4.1. Медико-демографічні показники: порівняння та розгляд отриманих даних .....	93

4.2. Захворюваність населення Львівської області у 2009-2018 роках .....	106
РОЗДІЛ 5. САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я МЕШКАНЦЯМИ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ (за даними фокус-групового дослідження) .....	112
РОЗДІЛ 6. ОЦІНКА МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЗДОРОВ'Я КЕРІВНИКАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я... ..	126
6.1. Глобальні, суспільно-політичні чинники та детермінанти структурного рівня: оцінка їх впливу на здоров'я населення....	128
6.2. Детермінанти індивідуального рівня та оцінка їх впливу на здоров'я населення.....	133
РОЗДІЛ 7. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНЮВАННЯ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ З ВРАХУВАННЯМ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ДЕТЕРМІНАНТ .....	142
7.1. Теоретичне обґрунтування побудови концептуальної моделі моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант .....	142
7.2. Концептуальна модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант .....	150
7.3. Експертна оцінка обґрунтованих та розроблених інновацій концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант .....	160
ВИСНОВКИ.....	164
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	168



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	170
ДОДАТКИ.....	203

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

ВМНЗ – вищі медичні навчальні заклади

ВВП – валовий внутрішній продукт

ВНП – валовий національний продукт

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВУЛТ – Всеукраїнське лікарське товариство

ЗДВ-21 – здоров'я для всіх у 21 столітті

ЗМІ – засоби масової інформації

ЗОЗ – заклади охорони здоров'я

ІТ – інформаційні технології

МКХ – міжнародна класифікація хвороб

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НДР – науково-дослідна робота

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

## ВСТУП

**Актуальність роботи.** Відповідно до прийнятих законів України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [120] та «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [122], основними принципами підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості має бути здійснення заходів з розроблення, затвердження, фінансування, виконання державних цільових програм, спрямованих на охорону, поліпшення, збереження та відновлення здоров'я її мешканців. Однією з шести сфер формування цільових показників, що відповідають Загальнодержавній програмі «Здоров'я – 2020: український вимір» є вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей у стосунку охорони здоров'я [136]. Розробку та прийняття даної програми було зумовлено необхідністю змін до підходу організації та планування медико-санітарної допомоги, яка має бути спрямована на детермінанти здоров'я і відповідати сучасним підходам.

В Україні, де тривалість життя є низькою, постійно зростає соціальна нерівність населення [88, 163, 170]. Вона перешкоджає утворенню соціального капіталу [206], що, в свою чергу, справляє негативний вплив на громадське здоров'я. Ослаблення соціального капіталу призводить до роз'єднаності суспільства, наростання у його членів відчуття ізольованості та вразливості перед соціальними негараздами. Так, частка сільського населення в нашій державі складає 30,7%: є п'ять областей, в яких 50% і більше – це сільське населення та п'ять областей, де цей показник – 40-50%. У Львівській області у селах та селищах проживає 987,5 тисяч мешканців, що становить 39,0% всього населення (Державна служба статистики України, 2018).

В цей же час, стан системи охорони здоров'я України досягнув кризового стану, що потребувало зваженої його реформи та необхідність ґрунтовного аналізу детермінантів, які впливають на здоров'я жителів держави. Протягом останніх десятиліть структура смертності населення з основних причин набула в Україні ознак, що характерні для економічно розвинених країн: найбільше людей в Україні сьогодні помирає від хвороб системи кровообігу та злоякісних новоутворів [23, 27, 178, 191]. Проте, на сьогодні, Україна посідає «передові позиції» за рівнем смертності населення в Європі [10, 80, 109].

Серйозною проблемою в Україні є незанятість населення, особливо в сільській місцевості. Для життя у селі притаманними є не лише фізичні перевантаження, але часто і життєві розчарування та пов'язаний з цим алкоголізм, що скорочує життя. Відтак смертність сільського населення у працездатному віці є вищою ніж у міського [19, 72, 133].

Для встановлення причин такого стану здоров'я населення України є необхідним вивчення причинно-наслідкових зв'язків здоров'я населення з детермінантами, які на нього впливають. Стандартів дослідження детермінант здоров'я немає, оскільки їх структура і ступінь впливу можуть різнитися залежно від територій проживання населення [186].

Результати наукових досліджень вітчизняних дослідників [34, 35, 76, 127, 140, 162, 181] наочно свідчать про те, що сьогодні на фоні браку фінансових коштів проблеми у стані здоров'я громадян України зумовлені недостатньою увагою політиків до проблем здоров'я населення, низьким рівнем оцінки впливу детермінант на здоров'я, нераціональним використанням наявних ресурсів, недосконалістю організації лікувально-діагностичного процесу, забезпечення кадрами, високою вартістю медикаментів, не використанням приватного сектору в організації медичної допомоги населенню.

Високі показники розповсюдженості хвороб та захворюваності населення пов'язані зі значними змінами в екології різних областей

України, а також з кризовим періодом соціально-демографічного розвитку [91, 123].

В Україні немає жодного промислового міста, де б концентрації основних забруднюючих речовин в атмосфері не перевищували гранично допустимих: лише 15,3% мешканців міст проживають в умовах слабого забруднення повітря, 52,8% – помірного, 24,3% – сильного, 7,6% – дуже сильного забруднення [148]. На початку 90-х років забруднення квадратного метра в Україні було в 6,5 рази вищим, ніж в США, і в 3,2 рази вищим, ніж в країнах Європейського союзу [59].

Основними факторами значного рівня поширеності та захворюваності населення є – зниження загального життєвого рівня та добробуту населення; несвоєчасне звертання хворих за медичною допомогою, недостатня увага лікарів загальної мережі до раннього виявлення патології, збільшення серед хворих питомої ваги осіб із асоціальною поведінкою: алкоголіків, наркоманів, бездомних; несприятлива екологічна ситуація в Україні.

Аналіз стану здоров'я, результатів функціонування медичної сфери, досягнень та невирішених проблем є основою для обґрунтування подальших заходів, визначення пріоритетів на коротко та довгострокову перспективу [74].

Проте ефективна оцінка впливів на здоров'я населення була б неможливою без удосконалення моделі організації. Згідно з законопроектом «Про систему громадського здоров'я», що є наступним етапом системних змін у сфері охорони здоров'я України, встановлюються європейські підходи до проведення епідеміологічного нагляду, який буде охоплювати не тільки інфекційні хвороби, а і неінфекційні захворювання [124]. Передбачено, що виконавчі органи влади організовуватимуть та здійснюватимуть заходи впливу на детермінанти здоров'я та заходи, спрямовані на запобігання, зменшення та усунення нерівностей щодо здоров'я, а центри громадського здоров'я будуть проводити аналіз детермінант здоров'я. Це потребує нових підходів до спостереження за

станом здоров'я населення і окремих його верств, виявлення загроз у конкретних умовах проживання, що на тлі все ще не достатньої кількості комплексних наукових досліджень з даного питання стало підставою для визначення мети та завдань цього наукового дослідження з обґрунтування та розроблення концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант.

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами**

Дисертаційна робота стала фрагментом комплексної науково-дослідної роботи: «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України на 2012-2014 рр.» № державної реєстрації 0112U002809, термін виконання 2012-2014 рр., яка виконувалась у ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Дисертант є виконавцем фрагментів НДР.

Мета дослідження – науково обґрунтувати та розробити концептуальну модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант.

Досягнення мети вимагало поетапного вирішення таких завдань дослідження:

Провести системний аналіз міжнародної та вітчизняної літератури щодо медико-соціальних детермінант здоров'я сільського населення та визначити основні проблеми з питання, що вивчається;

Вивчити особливості та тенденції основних показників стану здоров'я сільського населення України та її регіонів;

Порівняти стан здоров'я населення, в т. ч. сільського, у Львівській області України та Підкарпатському воєводстві Республіки Польща;

Здійснити аналіз даних дослідження самооцінки сільськими мешканцями стану здоров'я та якості життя;

Вивчити думку організаторів охорони здоров'я щодо впливу медико-соціальних детермінант на показники здоров'я;

Розробити та обґрунтувати концептуальну модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні та провести експертну оцінку інновацій.

**Наукова база дослідження** охоплювала дані держорганів статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України за 2009-2018 рр., Головного управління статистики Республіки Польща за 2009-2018 рр., анкети сфокусованого групового інтерв'ю сільського населення Львівської області та організаторів охорони здоров'я, що проходили навчання на факультеті післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

**Об'єкт дослідження:** організація моніторингу показників стану здоров'я сільського населення.

**Предмет дослідження:** демографічні показники, захворюваність, самооцінка здоров'я, комплекс детермінант здоров'я сільського населення на глобальному, структурному та індивідуальному рівнях, модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні.

У роботі використані наступні **методи наукового дослідження:**

- системного підходу та аналізу – для комплексного дослідження стану здоров'я населення сільської місцевості України та її регіонів;
- бібліосемантичний – для вивчення вітчизняного та світового досвіду стосовно досліджуваної проблеми;
- медико-статистичний – для аналізу медико-демографічних показників в Україні, її регіонах; рівнів захворюваності та смертності сільського населення Львівської області та Підкарпатського воєводства Польщі; для збору, обробки та аналізу отриманої під час дослідження інформації;

- соціологічний – для дослідження самооцінки стану здоров'я сільськими мешканцями; оцінки організаторами охорони здоров'я впливу детермінант на здоров'я населення;
- концептуального моделювання – для розробки та обґрунтування концептуальної моделі моніторингу показників здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант;
- експертних оцінок – для оцінки запропонованої концептуальної моделі та її інноваційних складових.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в тому, що вперше в Україні:

- системно представлено необхідність розробки концептуальної моделі моніторингу показників здоров'я сільського населення з врахуванням медико-соціальних детермінант на регіональному рівні;
- показано, при практично однакових географічних характеристиках, величині території та кількості населення, вплив суспільно-політичних, соціально-економічних, культурних та інших детермінант контекстуального і структурного рівнів на нерівності у здоров'ї: при порівняльному аналізі у двох суміжних регіонах (Львівська область та Підкарпатське воєводство) сусідніх країн (України та Польщі) встановлено, що на Львівщині медико-демографічна ситуація складніша, внаслідок зниження чисельності населення (-0,92%), у першу чергу сільських жінок (-2,95%), вищих ніж у Підкарпатському воєводстві показників смертності населення (у 1,4 рази) та смертності немовлят (у 2,8 рази), нижчої середньої очікуваної тривалості життя, зокрема серед чоловіків (68,5 проти 75,6 років, відповідно);
- дано сучасну самооцінку сільським населенням стану свого здоров'я: більшість сільських мешканців оцінюють стан свого



здоров'я як добрий ( $31,34 \pm 2,23\%$ ) та швидше добрий ( $35,25 \pm 2,29\%$ ) і можливо тому недостатньо приділяють йому увагу ( $68,66 \pm 2,23\%$ ), не дотримуються здорового способу життя ( $86,18 \pm 1,66\%$ ), не відвідують медичні заклади з профілактичною метою ( $91,93 \pm 0,68\%$ ), первинно не звертаються з медичними проблемами до сімейного лікаря ( $57,83 \pm 2,37\%$ );

- виявлено, що чоловіки – сільські мешканці оцінюють власну якість життя гірше, ніж жінки, головним чином за критеріями життєвої активності (46,35 балів проти 47,54 балів відповідно), фізичного (3,25 проти 3,63 балів) та емоційного (3,36 проти 3,85 балів) стану, відчуттям втоми (2,93 проти 2,31 балів), що може слугувати предиктором їх нижчої тривалості життя;
- обґрунтовано розподіл груп детермінант на здоров'я населення за рівнем впливу. Встановлено, що найбільшу дію на здоров'я населення мають детермінанти індивідуального рівня – культурні ( $4,33 \pm 0,03$  бали за 5-бальною шкалою), біологічні ( $3,94 \pm 0,05$  балів) та конкретизовані економічні ( $3,80 \pm 0,04$  балів), а також соціально-економічні детермінанти структурного рівня, серед яких пріоритетними є недостатні суспільні витрати на охорону здоров'я ( $4,41 \pm 0,04$  бали) та низька якість медичної допомоги ( $4,36 \pm 0,04$  бали), спричинені пізнім початком реформування системи фінансування охорони здоров'я ( $86,70 \pm 1,72\%$ );
- встановлено, що група детермінант контекстуального рівня має помірний вплив на здоров'я населення: середня оцінка їх дії, а саме – міграції, конфліктів, соціального капіталу та мереж зв'язку –  $3,21 \pm 0,07$  бали за 5-бальною шкалою. Більший внесок у здоров'я населення мають суспільно-політичні детермінанти контекстуального рівня: корупційні діяння ( $3,63 \pm 0,07$  балів) та неефективність державного управління ( $3,49 \pm 0,08$  балів);

- науково обґрунтовано та розроблено концептуальну модель організації моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант, ефективність якої підтверджена методом експертних оцінок.

Удосконалено напрями міжсекторальної взаємодії державних закладів та комунальних структур в організації моніторингу стану здоров'я сільського населення.

Набуло подальшого розвитку дослідження та встановлення особливостей і тенденцій медико-демографічних процесів у сільській місцевості у регіональному контексті.

**Теоретичне значення** одержаних результатів полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини та громадського здоров'я в частині концепції побудови моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні.

**Практичне значення** одержаних результатів полягає в тому, що вони стали підставою для:

- впровадження результатів дослідження в систему охорони здоров'я України на державному, галузевому та регіональному рівнях і розробленні для цього концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант;
- обґрунтування та розробки заходів, спрямованих на попередження негативного впливу медико-соціальних детермінант на рівень здоров'я та тривалість життя населення України;
- проведення аналітичної оцінки стану захворюваності та смертності сільського населення на міжобласному регіональному рівні для керівників органів управління охороною здоров'я і ЗОЗ;
- удосконалення навчальних програм з підготовки керівників ЗОЗ, організаторів охорони здоров'я, сімейних лікарів на до- та

післядипломному рівнях на кафедрах громадського здоров'я, організації охорони здоров'я та соціальної медицини;

- підвищення рівня знань слухачів циклів післядипломної освіти з питань удосконалення системи охорони здоров'я на основі медико-демографічних показників та даних опитування населення.

### **Особистий внесок здобувача**

Автором самостійно визначено мету, завдання, методи дослідження, розроблено програму дослідження й обрано методичний апарат для досягнення визначених завдань, здійснено пошук та аналіз сучасних науково-інформаційних джерел вітчизняної та світової літератури з даної проблеми, проведено збір, систематизацію та аналіз статистичних даних. Розроблено анкети соціологічного дослідження та проведено анкетування респондентів з метою самооцінки ними свого здоров'я та визначення впливу детермінант на здоров'я населення. Проведено статистичне опрацювання зібраного матеріалу, здійснено систематизацію і узагальнення отриманих результатів та обґрунтування наукових положень, розроблено та обґрунтовано концептуальну модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант, сформовано висновки, запропоновано практичні рекомендації, впроваджено результати дослідження в практику, що знайшло відображення в друкованих працях за темою дисертації. Ідеї та розробки співавторів колективно опублікованих робіт у дослідженні не використовувалися.

### **Апробація матеріалів дисертації**

Результати дослідження, що викладені у дисертації, доповідались та були обговорені:

- a) на міжнародному рівні за участі іноземних спеціалістів: Konferencja Naukowa PTMSiZP «Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego «Wyrównywanie różnic w zdrowiu społeczeństw» (Siedlce, 24-25 maja 2011 r.); International Conference “Jihlavské zdravotnické dny 2012” (Jihlava, Czech Republic, 19.04.2012); українсько-польський симпозіум «Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров’я» (Львів, 18-20.04.2013 р.); Konferencia „Ružomberské zdravotnícke dni VIII. Ročník (Ruzomberok, Slovakia, november 7-8 2013); ”Międzynarodowa Konferencja Naukowa «Sytuacja zdrowotna w Polsce w okresie transformacji systemowej» (Poddębice, 16-18 października 2014 r.); International Scientific Conference “Cyril-methodius days of social services” (Trnava, Slovak Republic, February 5, 2015); Міжнародна науково-практична конференція до Всесвітнього дня здоров’я 2015 р. “Безпека харчових продуктів” (Київ, 07 квітня 2015 р.); Науково-практична конференція з міжнародною участю «Громадське здоров’я: наука та мистецтво» (Львів, 18 вересня 2015 р.); Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego – Kongres medycyny i zdrowia wsi (Lublin, 24-26 maja 2015 r.); II Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa “Opieka Paliatywna XXI Wieku” (Rymanów, Polska, 11-12 czerwca 2015 r.); Міжнародна науково-практична конференція до Всесвітнього дня здоров’я 2016 р. «Переможемо діабет!» (Київ, 7-8 квітня, 2016 р.); Науково-практична конференція з міжнародною участю «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи» (Житомир, 15-16 жовтня 2015 р.); Naukowa Konferencya.”Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego „Współczesne Wyzwania Zdrowia Publicznego – Polska 2016” (Jurata, Polska, 2-4.06.2016 r.); Ukrainian – Polish Symposium „Public Health and Rehabilitation – Impact 2017, Truskavets Resort – 190” (Truskavets, 21.09. -23.09.2017

year); International paediatric conference «The faces of contemporary pediatrics from clinical problems to public health» (Rzeszow, Poland, 24-26 may 2018); X ювілейний міжнародний медичний форум «Інновації в медицині – здоров'я нації»: науково-практична конференція «Організація і управління охороною здоров'я 2019» (Київ, 17 квітня 2019 р.); VI Polsko – Ukrainśka Konferencja Naukowa „Ratownictwo Medyczne i Medycyna Ratunkowa. Zagadnienia Zdrowia Publicznego i Organizacji Ochrony Zdrowia w Polsce i w Ukrainie” (Warszawa 13-16 czerwca 2019 roku).

- б) на національному рівні: XI з'їзд ВУЛТ (м. Харків, 28-30 вересня 2011 року); Науково-практична конференція «Медичне забезпечення антитерористичної операції: організаційні та медико-соціальні аспекти» (м. Львів, 05.05.2017 р.).

**Основні положення дисертації** викладено у 24 наукових працях, зокрема 5 статей у фахових виданнях, регламентованих МОН України (в т. ч. 2 – у виданні, що входить до наукометричних баз та 2 статті у одноосібному авторстві, 1 стаття в іноземному науковому виданні, що індексується у Scopus), 2 розділи монографій (у співавторстві); 13 тез доповідей – у матеріалах наукових конференцій та симпозіумів, в т. ч. 10 – за кордоном. Додатково результати дисертації відображені в 3 інших наукових працях та в 1 методичних рекомендаціях.

### **Структура та обсяг дисертації**

Дисертація викладена на 230 сторінках (148 сторінок основного тексту); складається зі вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми дослідження та 5 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, 9 додатків; містить 26 таблиць та 16 рисунків. Список використаних джерел складається з 259 найменувань, з них кирилицею – 191, латиною – 68.

## **РОЗДІЛ 1.**

### **СТАН І ПРОБЛЕМИ ВПЛИВУ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ДЕТЕРМІНАНТ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ У СВІТІ ТА УКРАЇНІ**

Україна має усі передумови й ресурси для трансформування системи охорони здоров'я у більш ефективну модель [140]. Власне створення інтегрованих систем потребує певних трансформацій відповідно до потреб суспільства [12, 53, 74, 145, 157].

Побудова сучасного громадського здоров'я в Україні набуває нових відтінків у світлі імплементації Угоди про асоціацію з Європейським Союзом.

Демографічна криза, вражаючі показники смертності та захворюваності населення, особливо працездатного віку, швидке поширення неінфекційних захворювань сприяють скороченню чисельності громадян нашої країни [2, 86, 111, 170, 184]. Ситуація, що склалася, потребує вдосконалення підходів до охорони громадського здоров'я в Україні, з урахуванням ключових положень європейської політики «Здоров'я – 2020», стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх», рекомендацій та ключових засад інших програмних і стратегічних документів, включаючи Талліннську хартію «Системи охорони здоров'я для здоров'я і добробуту» тощо [27, 180].

Такі багатоаспектні проблеми, для вирішення яких система охорони здоров'я України не має достатнього потенціалу та необхідних важелів впливу, вимагають інтегрованого загальнодержавного керівництва в інтересах досягнення здоров'я та блага населення, включаючи реформування та зміцнення системи охорони здоров'я (насамперед це нові підходи до організації надання медичних послуг, впровадження інформаційно-комунікаційних систем та формування єдиного

інформаційного медичного простору, навчання медичного персоналу, фінансування галузі, правових механізмів) [3, 42, 63, 106, 182].

Основи європейської політики «Здоров'я-2020» є стратегічною платформою, заснованою на цінностях та орієнтованою на конкретні дії. Цінності політики включають визнання і захист права людини у сфері здоров'я, принципи солідарності, соціальної справедливості і стійкості, універсальність, право участі у прийнятті рішень, захист людської гідності, автономність, відсутність дискримінації, гендерну рівність, прозорість, підзвітність [27].

Всі держави-члени ООН погодилися докласти зусиль для досягнення загального охоплення медико-санітарними послугами до 2030 року в рамках Цілей в галузі сталого розвитку. Загальне охоплення медико-санітарними послугами означає, що всі люди і спільноти отримують необхідні їм медико-санітарні послуги, не відчуваючи при цьому фінансових труднощів. Ці послуги включають повний набір основних якісних медико-санітарних послуг – від зміцнення здоров'я до профілактики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги [13].

### **1.1. Сучасний стан вивчення проблеми місця детермінант в оцінці стану здоров'я населення в світі**

Головне питання світового масштабу: як поліпшити стан здоров'я в економічно ефективному та політично прийнятному вигляді. Що робить людей здоровими? Чому бідні менш здорові, ніж багаті? Чому деякі країни мають кращу медичну характеристику, ніж інші? [90, 100, 103, 198, 247, 255, 258].

Основа систем охорони здоров'я поділяється на чотири частини, що включають детермінанти здоров'я, планування медичного обслуговування, фінансування медичних послуг та контроль витрат та забезпечення зручних послуг [173, 193, 241].

Важкі нерівності у здоров'ї, які спостерігаються всередині та між країнами, ставлять перед собою завдання світові. Те, що має бути ліквідована різниця в очікуваній тривалості життя у 48 років між країнами та 20 років і більше в межах однієї країни, не є неминучим. Зростаючий сьогодні обсяг досліджень виявляє соціальні чинники в основі більшості нерівностей у сфері здоров'я населення. Соціальні детермінанти мають відношення як до інфекційних, так і до неінфекційних захворювань. Тому стан здоров'я населення має турбувати політиків у кожному секторі діяльності держави, а не лише тих, хто бере участь у політиці охорони здоров'я [197, 238].

Науковцями приділяється значна увага до вивчення місця системи охорони здоров'я у покращенні стану здоров'я населення [210, 219, 229].

В якості відповіді на цю глобальну проблему ВООЗ у 2006 році створила Комісію з соціальних детермінант охорони здоров'я, яка переглянула докази, провела соціальні дебати та рекомендувала до реалізації політику з метою покращення здоров'я найуразливіших людей у світі. Основна спрямованість дій Комісії полягала у перетворенні знань громадського здоров'я в політичні дії: щоб розподілити докази того, що можна зробити для покращення справедливості в галузі охорони здоров'я та як сприяти глобальному руху для досягнення цієї мети, про глобальну співпрацю політиків, дослідників та громадянського суспільства під керівництвом комісарів з унікальним поєднанням політичного, академічного та адвокаційного досвіду.

Фундаментальна увага комісії була зосереджена в країнах за їх рівнями доходу та розвитку. Було проведено вивчення та підсумки щодо різних підходів до розуміння соціальних детермінант здоров'я. У відповідь на розширення розривів у межах та між країнами у рівнях доходів, можливостях, житті, тривалості життя, стані здоров'я та доступі до медичної допомоги комісія ВООЗ з соціальних детермінант здоров'я опублікувала доповідь у 2008 році «Закриття розриву у поколіннях –



справедливе ставлення до здоров'я через заходи щодо соціальних детермінант здоров'я». У 2010 році ВООЗ опублікувала ще одну важливу доповідь «Стосовно забезпечення рівності, соціальних детермінант та програм громадського здоров'я», з метою впровадження знань у конкретні, дієві дії.

Результат дослідження було узагальнено та синтезовано у єдину концептуальну основу для дій щодо соціальних детермінант здоров'я: висвітлення різниці між рівнями причин, розмежування механізмів виникнення соціальних ієрархій та умов повсякденного життя [203, 228, 244].

У тих популяціях населення, що проживають у Європейському регіоні, які зазнали поступового поліпшення умов, в яких люди народжуються, ростуть, живуть і працюють, було відзначено приголомшливі позитивні результати. Проте нерівність, як зазначає М. Marmot, як між країнами, так і всередині країн, надалі зберігається [214]. Враховуючи цю ситуацію про несправедливість у сфері охорони здоров'я між країнами та всередині країн (53 країн-членів Європейського регіону) – ВООЗ були розроблені нові рамки політики в галузі охорони здоров'я для Європи: Здоров'я 2020.

На сьогоднішній день значно більшим є розуміння про масштаби і соціальні причини цих несправедливостей, особливо після публікації в 2008 році доповіді Комісії з соціальних детермінант здоров'я, що спирається на глобальні докази та рекомендує політику, спрямовану на забезпечення прогресу у зменшенні нерівності в охороні здоров'я та розбіжностей у галузі охорони здоров'я в усіх країнах, включаючи країни з низькими доходами, здійснити заходи щодо соціальних детермінант здоров'я, через вплив на особистий життєвий шлях та у більш широких соціальних та економічних сферах – для досягнення більшої рівності здоров'я та захисту майбутніх поколінь [214].

При звертанні до клінічних служб послуговуються терміном «медична допомога», а не «охорона здоров'я», і це для того, щоб уникнути можливої плутанини між «здоров'ям» та «охороною здоров'я». Дефініція «соціальні детермінанти» часто викликає такі чинники, що пов'язані з охороною здоров'я, наприклад, прогулянки, зони відпочинку, а також доступність здорової їжі, що може впливати на поведінку, пов'язану власне зі здоров'ям. Однак накопичено докази, що вказують на соціально-економічні фактори, такі як дохід, багатство та освіта як основні причини широкого спектру результатів охорони здоров'я [139, 201, 230, 259].

Огляд досліджень, проведених медичними та соціальними науковцями, з метою виявлення умов, за яких діти досягають оптимального рівня здоров'я та розвитку, показав, що перші роки життя являють собою критичний період, протягом якого траєкторії вразливості до здоров'я визначаються складним взаємозв'язком між біологічними, генетичними та екологічними умовами. Таким чином, існують фундаментальні принципи оптимального розвитку дитини, які застосовуються до всіх людей, незалежно від мови та культури [248].

На здоров'я ж молодого покоління мають значний вплив соціальні фактори, як на особистісному, сімейному, громадському так і національному рівнях. Оскільки поведінка щодо здоров'я та власне здоров'я закладається у підлітковому віці, спосіб життя, як і соціальні детермінанти впливають на здоров'я підлітків та мають вирішальне значення для здоров'я всього населення та економічного розвитку націй [212, 242, 257]. У підлітковому віці наслідки розвитку, пов'язані зі статевим дозріванням та розвитком мозку, призводять до нових форм поведінки та можливостей, які переносяться у сімейні відносини та освітню царину, в т. ч. у поводженні зі здоров'ям. Ці переходи змінюють дитячі уявлення про здоров'я та добробут, а також змінюються економічними та соціальними чинниками всередині країни, що призводить до нерівності. Перегляд існуючих даних про вплив соціальних детермінант на здоров'я молоді віком 10-24 років та даних

результатів екологічного аналізу на рівні країн вказує, що найважливішими детермінантами здоров'я підлітків в усьому світі є структурні фактори, такі як національне багатство, нерівність доходів та доступ до освіти [194, 236]. Як зазначає R. M. Viner та співавтори, окрім цього, безпечні і сприятливі сім'ї, безпечні школи разом з позитивним підходом та однодумцями однолітками мають вирішальне значення для надання молодим людям можливості розвинути свій потенціал і досягти найкращого здоров'я при переході до дорослого віку. Підвищення здоров'я підлітків у всьому світі вимагає покращення повсякденного життя молоді в сім'ях та у стосунках з однолітками та у школах, вирішення ризиків та захисних факторів у соціальному середовищі на рівні населення та зосередження уваги на факторах, що захищають від різних медичних наслідків. Найефективнішими, на думку дослідників, є втручання у структурні зміни, спрямовані на поліпшення доступу молодих людей до освіти, зайнятості та зменшення ризику травм, пов'язаних з транспортом.

У Сполучених Штатах підвищилась обізнаність, що лише медична допомога не може адекватно покращити стан здоров'я загалом або зменшити розбіжності у рівні здоров'я, не вирішуючи, де і як живе людина. Р. Braveman та співавтори [200] після розгляду актуальних даних про вплив соціальних (включаючи економічні) чинників на здоров'я людей визначили прогалини знань та пріоритети в галузі досліджень. Автори зосередили увагу на соціальних детермінантах на вищому рівні, включаючи економічні ресурси, освіту та расову дискримінацію, та на тих, які в основному визначають детермінанти, що впливають на подальший розвиток, таких як поведінка, цілеспрямована діяльність за більшістю впливів. Дослідницькі пріоритети включали в себе вимірювання соціальних факторів, моніторинг соціальних чинників та здоров'я відносно політики, вивчення впливу соціальних факторів на здоров'я протягом усього життя та поколінь, поступове висвітлення шляхів через зв'язок знань, тестування

багатовимірних впливів та вирішення політичної волі як основної перешкоди для втілення знань в дію.

Канадські дослідники зазначають, що генетика та традиційні фактори ризику, такі як активність, дієта та вживання тютюну, не можуть надійно передбачати, чи залишаємось ми здоровими або будемо хворіти. Поставивши питання, що ж тоді є основними прогностичними факторами діабету, інфаркту, інсульту та багатьох інших захворювань у дорослих?, зазначили: соціальні детермінанти ... [243].

Одним з напрямків досліджень дії соціальних детермінант, яку вивчають науковці є фактичне місце проживання населення, а саме доступ до медичної допомоги в сільській місцевості [221, 225, 226, 245, 250]. Як зазначають Gracey Michael та Malcolm King [215] майже 400 мільйонів корінних жителів світу мають низький рівень здоров'я. Це погане здоров'я пов'язано з бідністю, недоїданням, переповненістю, поганою гігієною, забрудненням навколишнього середовища та поширеними інфекціями. Недостатня клінічна допомога для покращення здоров'я, а також погана профілактика захворювань ускладнюють цю ситуацію. Деякі корінні групи, переходячи від традиційного до перехідного і сучасного способу життя, швидко набувають захворювань пов'язаних зі стилем життя, таких як ожиріння, серцево-судинні захворювання та діабет 2 типу, а також набувають фізичні, соціальні та психічні розлади, пов'язані з неправильним використанням алкоголю та інших наркотиків [17, 31]. Виправлення цих несправедливостей потребує посилення поінформованості, політичної прихильності та визнання, а не заперечення урядовцями та нехтування цими серйозними та складними проблемами. Люди корінних народів повинні бути заохочені, навчені та мати змогу все більше залучатись до подолання цих проблем.

Здоров'я сільського населення в розрізі впливу соціальних детермінант вивчалось грецькими дослідниками на чолі з Христиною Дарвірі [207]. Було проведено інтерв'ювання 1519 представників сільського

населення району Тріполі. Встановлено, що регулярні вправи, здорова дієта, краща якість сну та дотримання релігійних звичок пов'язані з підвищенням рейтингу здоров'я. Проте куріння не досягло достовірної значущості, тоді як вивчення впливу фізичних навантажень показало значні корелятивні зв'язки.

Важливість проблеми здорового старіння в сільській місцевості та наслідки для державної політики та якості життя населення зазначають Davis, S. та Bartlett, H. Приблизно 36% сільського населення Австралії є у віці 65 років і старше. У багатьох сільських та віддалених громадах є більшою частка людей похилого віку, ніж у столичних центрах. Швидкість економічного зростання, закономірності міграції, вищий рівень факторів ризику для здоров'я та соціально-економічні недоліки – це вплив на здорове старіння у сільській місцевості. Старі люди в сільських громадах стали маргіналізованими завдяки багаторічним помилковим уявленням про сільське життя та політику, орієнтовану на міські поселення. Автори вказують на брак досліджень з ключових сфер життя населення та практичну відсутність внутрішньоринкових досліджень на сільських теренах. Розуміння складності здорового старіння в сільській місцевості є складним завданням, що і зумовлює необхідність додаткових досліджень для розвитку більш сильної емпіричної бази [205].

При існуванні доказів про погане здоров'я серед сільських літніх людей про малу кількість наукових досліджень з вивчення здорового старіння чи детермінант, які сприяють здоровому старінню у сільських громадах, зазначають також J. R. Vacsu та співавтори [218]. Здорове старіння серед сільських старших людей значно розширює можливості доступу до лікарів та формальної охорони здоров'я. Авторами зазначено ключові теми, що стосуються здорового старіння: житло; транспорт; охорона здоров'я; фінанси; надання догляду; сільські громади; системи підтримки. Такі дослідження слугують фундаментальною основою для

розробки ефективних втручань та інноваційних варіантів державної політики з метою підтримки здорового старіння у сільській місцевості.

Визначення впливу широкого кола показників, що представляють економічний, людський, культурний та екологічний капітал, а також менш помітних або «м'яких» факторів економічної діяльності: продуктивність, зайнятість та участь у роботі ринку, показали, що дані таких досліджень мають важливе значення. На основі дослідження детермінант економічних показників 149 сільських місцевих адміністрацій районів Англії Agarwal S. та співав. запропонували метод моделювання детермінант економічної ефективності, який можна використати в оцінюванні і на інших територіях проживання. Автори радять застосувати набір критеріїв економічної ефективності з використанням доступних даних, висвітлюють деякі наслідки для політики в сільській місцевості та шляхи для майбутніх досліджень. Дослідники роблять висновок, що цілий ряд аспектів економічного та людського капіталу, включаючи три основні чинники продуктивності (навички, інвестиції та підприємництво), просторові фактори (периферійність та доступність) та інші ключові фактори (економічна структура, державна інфраструктура, дорожня інфраструктура, а також охорона праці) є суттєвими детермінантами економічних показників у сільській місцевості [195].

Опитування жителів сільських громад в Британській Колумбії (Канада) щодо способів надання первинної медико-санітарної допомоги та підвищення її доступності (незалежно від географічного розташування) з точки зору пацієнта показало, що загалом 80% респондентів були пацієнтами одного і того ж провайдера протягом більше одного року, маючи в середньому два хронічних захворювання [239, 243]. Учасники дослідження описали свої проблем, пов'язані з географічним розташуванням з точки зору: (1) компромісних рішень; (2) управління, інформації та безперервності догляду; і (3) ефективності при наданні медичної допомоги. Додатковим було визначення витрат, що пов'язані з

поїздкою до регіональних центрів медичного обслуговування. Ті, хто живе в сільських громадах, особливо люди, які потребують додаткових медичних послуг з приводу своїх проблемам зі здоров'ям, приймали компромісні рішення щодо їх безпеки, здійснюючи подорож в поганих дорожніх умовах, та задовольняючи їх потреби у сфері охорони здоров'я. Таким чином, виклики щодо своєчасного регулярного доступу до медичного працівника, безперервності інформації та організації допомоги людям з хронічними захворюваннями, а також зв'язків з фахівцями та проведенням діагностичних процедур являють собою проблеми для людей, що живуть у сільській місцевості громади. Географічне розташування сільських громад визначається в такій ступені, в якій ці люди можуть своєчасно отримувати доступ і безперервну первинну медичну допомогу.

Проблема доступу до медичних послуг сільським населенням та віддаленими популяціями вивчалася в різних країнах світу [208, 213, 240, 251]. McGrail M. R. та Humphreys J. S. зазначають, що багато програм у галузі австралійського фінансування сільських районів в даний час використовують спрощену класифікацію села за віддаленістю, як заходи доступу. Авторами розроблено альтернативний метод вимірювання доступу до первинної медичної допомоги, який базується на об'єднанні трьох основних елементів доступу: доступності (наявності та близькості) у просторі, потребі в охороні здоров'я та мобільності населення [231]. Отриманий показник – Індекс доступу до сільських територій – забезпечує більш чутливу та відповідну оцінку доступу в порівнянні з існуючими класифікаціями, які в даний час є основою політичних заходів, спрямованих на подолання проблем обмеженого доступу до медичних послуг. Найбільш потужним аспектом цього нового індексу є його здатність визначати розбіжності доступу в сільській місцевості в значно ширшому географічному масштабі. Цей індекс підкреслює, що багато сільських районів на території, де проводилось дослідження, були неправильно класифіковані за

існуючими заходами як однорідні щодо їх доступу. Таким чином, розроблений Індекс доступу до сільських районів надав перший справді інтегрований показник доступу до первинної медичної допомоги. Цей новий показник рекомендований авторами для фаховішого підходу при розподілі обмеженого державного фінансування на охорону здоров'я, що призначений для вирішення проблем поганого доступу до послуг первинної медичної допомоги в сільській місцевості.

Сільські лікарні відіграють вирішальну роль у наданні медичної допомоги селянам–американцям, вразливому та недостатньо забезпеченому населенню. Однак, сільські лікарні зіткнулися із загрозою своєї фінансової життєздатності і багато з них в результаті були закриті. J. J. Escarse та К. Кариг у своєму дослідженні розглядають характеристики лікарень, що пов'язані з пацієнтами, які обслуговуються сільськими лікарнями [213]. Авторами встановлено типи пацієнтів, які залежать від сільських лікарень, і, отже, можуть найбільше постраждати від їх закриття. Використовуючи дані з лікарень штату Каліфорнія, дослідники показують, що пацієнти частіше вибирають лікарні поблизу, великі лікарні та лікарні, які пропонують більше послуг та технологій. Проте навіть після коригування цих факторів пацієнти все ж мали схильність обходити сільські лікарні на користь великих міських лікарень. Забезпечуючи додаткові послуги та технології, частка сільських мешканців, які обирали сільські лікарні, лише трохи збільшиться.

Протягом останніх п'ятнадцяти років спостерігається хвиля закриття малих пологових служб у Канаді та інших розвинених країнах, що призводить до необхідності поїздки дорослих сільських жінок за медичною допомогою. Метою дослідження S.Grzybowski та співавторів [216] було систематичне документування стану здоров'я новонароджених і матерів, наскільки вони були пов'язані з відстанню свого переїзду, щоб отримати доступ до найближчих пологових служб для проведення кесаревого розтину. Авторами вивчалось населення – це всі жінки, які мали одноплідну



вагітність понад 20 тижнів та проживали за межами основних міських районів Британської Колумбії. Дані щодо матерів та новонароджених були пов'язані з конкретними географічними даними Британської Колумбії. Перинатальна програма допомоги була стратифікована – на відстані до найближчої служби, доїзду більше 1 години або рівню місцевого обслуговування. Ієрархічна логістична регресія використовувалась для перевірки предикторів несприятливого стану здоров'я новонароджених та матерів. В результаті було включено 49 402 випадки захворювання жінок та новонароджених, які проживають у сільських поселеннях. Скориговані коефіцієнти шансів життя при перинатальній смертності новонароджених показали, що відстані є важливим фактором: сільські вагітні жінки, які повинні подорожувати, щоб отримати доступ до пологових послуг, збільшили показники несприятливих перинатальних наслідків.

Наявність такого фактору, як доступність до медичної допомоги, що пов'язана з проживанням у сільській місцевості певним чином спровокувала зростання кількості міського населення – урбанізацію. В Китаї спостерігається найбільша міграція людей в історії країни. Швидка урбанізація країни має важливі наслідки для здоров'я населення. Провінційний аналіз тенденцій урбанізації свідчить про зміну та прискорення міграції у сільській місцевості, що супроводжується швидким збільшенням розміру та кількості населення у містах. Зростання захворюваності у міських районах, пов'язане з вибором харчування та способом життя, є серйозною проблемою громадського здоров'я, оскільки це створює диспропорції у доступі до медичних послуг, охопленні вакцинацією та збільшенні нещасних випадків та травм у мігрантів з сільських поселень у Китаї. Екологічна ситуація, включаючи забруднення повітря та води, сприяє розвитку хвороб як у містах, так і в сільській місцевості, а аварії на дорогах становлять серйозну загрозу для здоров'я населення, оскільки країна стає все більш моторизованою. Щоб вирішувати проблеми зі здоров'ям та максимізувати переваги, які супроводжують цю

швидку урбанізацію, новаторська політика в галузі охорони здоров'я повинна бути орієнтована на потреби мігрантів, а наукові дослідження, могли б закрити прогалини знань про вплив міграції та проживання у міських поселеннях [223, 252].

Незважаючи на суттєві підтвердження про такий надійний детермінант здоров'я, як рівень освіти, існує недостатня оцінка його незалежного впливу та ролі як причинного агента [220]. Демографічні дослідження часто повідомляють про послідовні та помітні зв'язки між формальним освітнім рівнем та низкою ризиків для здоров'я, таких як куріння, зловживання наркотиками та нещасні випадки, а також зменшення кількості захворювань та результатів здоров'я, таких як смертність – майже все це свідчить про такий самий висновок: освічені люди краще живуть і живуть довше. Для того, щоб розглянути вплив освіти на охорону здоров'я в цілому, David Baker та співавторами [246] зроблено три внески:

- 1) короткий виклад макрорівнів вимірів світової освітньої революції та переоцінка її причинної ролі у здоров'ї людей та в переході до демографічного здоров'я;
- 2) проведено метааналіз методологічно складних досліджень впливу освіти на смертність від усіх причин, щоб встановити незалежність та стійкість впливу освіти на здоров'я;
- 3) у світлі нових мультидисциплінарних когнітивних досліджень розроблена гіпотеза шкільного пізнання про вплив освіти як потужної детермінанти здоров'я.

Рівень освіти зумовлює формування градієнта в показниках здоров'я за аналогією з градієнтами, які виникають під дією розмірів доходу населення. Для прикладу, дослідники з Організації економічного співробітництва (ОЕСР) та розвитку в доповіді Health at a Glance зазначили, що чоловіки з вищою освітою з країн ОЕСР у середньому живуть на вісім років довше, ніж ті, які закінчили тільки середню школу. Максимальний вплив рівня освіти на тривалість життя чоловіків

спостерігається в країнах Центральної та Східної Європи. На думку фахівців, одним із пояснень такої закономірності є відносно рідше вживання людьми з вищою освітою тютюну і алкоголю. Зазначається, що найвищими показниками ожиріння є серед європейців із найнижчими рівнями освіти [134]. На думку дослідників Н. Рингач та Т. Лукіної причиною того, що в Україні відбувалося зменшення тривалості життя при співмірному з іншими країнами зростанні індексу освіти криються у зниженні якості здобутої освіти, у її слабкій орієнтації на формування системних знань про організм людини та особливості його розвитку, особистісної відповідальності загалом та в питаннях збереження власного здоров'я зокрема, у зниженні загальної особистої культури поведінки, що автоматично відбивається також і на навичках особистої гігієни та санітарії, а значить поширенні різноманітних інфекційних хвороб. Проблеми низького соціально-економічного розвитку країни призвели до тривалого недофінансування системи освіти, зменшення середньої заробітної плати педагога порівняно із середнім рівнем зарплат в Україні. У безпосередньому зв'язку із названими чинниками перебуває і зменшення відповідальності за результати професійної праці викладача (вчителя), послаблення контрольної функції навчання, а отже, й зниження загального рівня підготовки учнів і студентів, погіршення якості освіти.

Останнім часом привертає увагу світової спільноти епідемія неінфекційних захворювань та її вплив у країнах з низьким і середнім рівнем доходів населення [202]. Політика охорони здоров'я щодо неінфекційних захворювань розглядається як інтервенції з метою зниження ризику для населення та індивідуальної сприйнятливості. Необхідність реформи системи охорони здоров'я зі зміцнення первинної медичної допомоги висвітлюється як основна політика зменшення втрат від цієї зростаючої епідемії [52, 67, 137, 235].

Дослідження Lönnroth, Knut та співавторів [211] представляють описовий огляд історичного та недавнього прогресу в боротьбі з туберкульозом та ролі факторів ризику виникнення туберкульозу та соціальних детермінант. Огляд був проведений авторами з метою оцінки перспектив ефективного контролю за туберкульозом за поточною стратегією та потенціалом для збільшення епідеміологічного впливу через додаткові профілактичні заходи. Огляд показує, що, хоча існуюча стратегія ефективна для лікування пацієнтів та збереження життя, епідеміологічний вплив до цих пір був меншим, ніж передбачалося. Для досягнення довгострокових епідеміологічних цілей глобального контролю над туберкульозом можуть бути необхідні додаткові заходи для зниження вразливості людей щодо туберкульозу. Фактори ризику, які, як видається, мають важливе значення на рівні населення, включають погані умови життя та роботи, пов'язані з високим рівнем ризику передачі туберкульозу, та чинники, які погіршують захист організму від туберкульозу та таких хвороб, як ВІЛ-інфекція, недоїдання, куріння, діабет, зловживання алкоголем і забруднення повітря в приміщенні. Профілактичні заходи можуть спрямовуватися на ці фактори безпосередньо або через їх основні соціальні детермінанти. Визначення груп ризику також допомагає націлювати стратегії на раннє виявлення людей, які потребують лікування туберкульозу.

Зростаюче розуміння проблем захворюваності та поширеності туберкульозу вказує на те, що прогрес у боротьбі з цією патологією у світі серед населення з низьким і середнім рівнем доходів потребує не лише інвестицій у зміцнення програм боротьби з туберкульозом, діагностики та лікування, але також і впливу на соціальні детермінанти туберкульозу. Однак практична реалізація цього переконання в дії є меншою, ніж умовна підтримка цієї ідеї. J. R. Hargreaves та співавторами розроблені рамкові документи, засновані на даних Комісії Всесвітньої організації охорони здоров'я з соціальних детермінант здоров'я та сучасному розумінні

соціальних детермінант туберкульозу. Висновок дослідників, що втручання з боку сектору охорони здоров'я, зокрема, у сферу соціального захисту та містобудування, можуть посилити контроль над туберкульозом [249].

Погана гігієна та стан порожнини рота була відзначена Р. Е. Petersen та S. Kwan [237] як серйозна проблема громадського здоров'я. Захворювання ротової порожнини залишається глобальною справою і розширення нерівності у дотриманні стану гігієни є у різних соціальних угрупованнях в країнах та між ними. Автори зазначають добру новину про те, що є доступними кошти для подолання бідності та зменшення, якщо не усунення соціальних нерівностей у сфері гігієни ротової порожнини. Такі започатковані дії громадського здоров'я в повній мірі просто залежать від політичної волі. Отавська хартія просування здоров'я (1986 р.) підкреслила важливість політики щодо здоров'я, здорового середовища, здорового способу життя та необхідності орієнтування служб охорони здоров'я на зміцнення здоров'я та попередження захворювань. У цьому дослідженні авторами висловлено думку про те, що можна ефективно сприяти покращенню здоров'я порожнини рота, застосувавши цю філософію та деякі важливі заходи громадського здоров'я.

Вивчення впливу природного навколишнього середовища на нерівність у здоров'ї показала, що його дія або вплив так званого «зеленого простору» має незалежне значення на поведінку щодо здоров'я та власне здоров'я. Дослідниками R. Mitchell і F. Popham [233] зазначено, що нерівність, пов'язана з інвестиціями у сферу охорони здоров'я у популяціях є менш вираженою ніж більший вплив зеленого простору, оскільки доступ до таких територій може змінити шляхи, через які низький соціально-економічний стан населення може призвести до захворювання. Авторами встановлено, що зв'язок між депривацією доходів та смертю значно відрізнявся в групах, що зазнали впливу зеленого простору на смертність з усіх причин ( $p < 0,0001$ ) та хвороби кровообігу ( $p = 0,212$ ), проте не від раку легенів або при нанесенні навмисної шкоди здоров'ю. Як висновок,

недоліки в охороні здоров'я, пов'язані з низькими доходами населення та загальною причиною смертності та смертністю від захворювань системи кровообігу є меншими в популяціях, що живуть у найзеленіших районах. Таким чином, населення, яке піддається впливу найзеленіших середовищ має нижчий ступінь нерівності у здоров'ї, що пов'язаний з позбавленням доходів. Фізичні середовища, які сприяють доброму здоров'ю, можуть бути важливими для зменшення соціально-економічної нерівності у сфері здоров'я.

Дослідження впливу торгівлі на соціальні детермінанти здоров'я є мало вивченим. С.Вlouin та співавтори [199] окреслили концептуальну основу зв'язків між лібералізацією торгівлі та результатами наслідків для здоров'я та переглянули існуючі докази для них, зосереджуючи увагу на чотирьох ключових факторах: доходи, нерівність, економічна незахищеність та нездорові дієти. Хоча лібералізація торгівлі, як видається, позитивно впливає на економічне зростання, цього недостатньо, щоб стимулювати зростання. У деяких країнах реформа торгівлі не привела до посилення економічної експансії, оскільки необхідні взаємодоповнюючі політики. Лібералізація торгівлі та відкритість пов'язані з більшою нерівністю в оплаті праці та підвищенні економічної незахищеності. Лібералізація торгівлі сприяє наявності в країнах, що розвиваються, високоперероблених, багатих на калорії, продуктів харчування, що не мають поживних речовин. Автори зазначають необхідність подальших досліджень з метою кращого розуміння впливу торгівлі на нездорову дієту. Політики та медичні працівники повинні знати, що глобальна економіка впливає на здоров'я населення та розуміти, як можна пом'якшити ризики, пов'язані з лібералізацією торгівлі.

Основою для зусиль та майбутніх досліджень з удосконалення стратегій повідомлення для підвищення обізнаності про диспропорції соціальних детермінант та здоров'я слугує наукове дослідження Niederdeppe, Jeff та співавторів, які висвітлили складності в комунікаціях з

метою підвищення обізнаності громадян про важливість соціальних детермінант та диспропорцій у сфері здоров'я [232]. Автори розглядають три стратегії повідомлень, які можуть бути використані для підвищення обізнаності про соціальні детермінанти здоров'я та диспропорції в галузі охорони здоров'я: оформлення повідомлень, наративів та візуальних зображень. Незважаючи на невелику кількість досліджень, які безпосередньо перевіряли стратегії повідомлень для підвищення обізнаності про диспропорції та розбіжності у сфері здоров'я, накопичені авторами дані з інших ділянок вивчень свідчать про те, що захисники охорони здоров'я повинні формувати повідомлення, щоб визнати роль окремих рішень про поведінку, але наголосити на соціальні детермінанти здоров'я. Ці повідомлення можуть використовувати наратив, щоб навести приклади осіб, які стикаються з структурними бар'єрами (небезпечні умови праці, проблеми безпеки сусідства, відсутність громадських можливостей) у спробах уникнути бідності, безробіття, расової дискримінації та інших соціальних детермінант. Ці наративи можуть супроводжуватися виявленими візуальними образами, узагальненнями, пропонувати причинно-наслідкові інтерпретації, висвітлювати контрасти та створювати аналогії. Ці наративи та зображення не повинні відволікати увагу від диспропорцій соціальних детермінант та здоров'я людей, активувати негативні стереотипи або провокувати контрпродуктивні емоційні реакції, вивсвітлені у джерелі повідомлення.

Вчені зазначають, що область комунікаційної науки пропонує ціннісні уявлення про те, як захисники здоров'я людей та дослідники могли б розробити кращі повідомлення для формування громадської думки та обговорення соціальних умов, які формують стан здоров'я та добробуту населення. Настав час, щоб розпочати систематичне мислення про проблеми, пов'язані з соціальними детермінантами та невідповідністю здоров'я [57, 64, 234].

## **1.2. Соціально-економічні чинники здоров'я населення України**

В Україні, де тривалість життя є низькою, соціальна нерівність населення постійно зростає [81, 83, 163, 179].

Нерівність доходів перешкоджає утворенню соціального капіталу, що, в свою чергу, справляє негативний вплив на громадське здоров'я. Ослаблення соціального капіталу призводить до роз'єднаності суспільства, наростання у його членів відчуття ізолюваності та вразливості перед соціальними негараздами, що у свою чергу, тягне за собою ріст числа стресових станів і депресій. Більше того, з метою зняття напруження, люди, які наражаються на стресові обставини, можуть вдаватися до зловживання алкоголем, тютюнопалінням, психотропними препаратами. Таке зловживання значно підвищує ризик смерті внаслідок дії зовнішніх причин (аварій, насильницьких дій та ін.) не лише для бідних та незаможних, але і для всього суспільства [49, 114, 177].

Скорочення абсолютної кількості жителів України є наслідком таких протилежних демографічних процесів як низька народжуваність та висока смертність, що є центральним індикатором взаємозв'язку соціально-економічних детермінант та здоров'я населення сучасної України [23, 178]. Умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють включаючи систему охорони здоров'я, власне характеризуються соціальними детермінантами. Ці обставини формуються залежно від розподілу грошових коштів, владних повноважень і ресурсів на глобальному, національному і місцевому рівнях, які, своєю чергою, знаходяться під впливом заходів політики, що проводяться. Саме соціальні детермінанти здоров'я покладені в основу більшості несправедливостей щодо здоров'я, тобто дискримінаційної та розбіжностей у показниках здоров'я, які спостерігаються в країнах і між країнами та можуть бути усуненими [33, 108, 164].



Брак суспільної солідарності зумовлює погіршення здоров'я людей похилого віку [138]. Це відбувається як за відсутності у суспільстві гідної поваги до старших, що призводить до гострого переживання ними своєї непотрібності, так і внаслідок того, що в такій суспільній атмосфері державним органам видається припустимим неналежно виконувати свої функції, щодо соціального захисту людей старших вікових груп. Ці люди обтяжені нажитими з роками хворобами, як відомо, з початком змін у державі втратили трудові заощадження і не мають жодного джерела існування окрім зовсім невеликої пенсії. Зазначене спричинило різке падіння можливостей щодо придбання необхідних їм товарів і послуг, що не могло не вплинути на загальну ситуацію зі здоров'ям населення. Адже одним із наслідків збідніння населення стало зниження споживання ним ряду продуктів харчування. Повноцінне ж харчування є серед найбільш активних факторів у профілактиці захворювань і у зміцненні здоров'я людини [99, 190].

Оцінити реальний рівень добробуту можна за допомогою якісних і кількісних параметрів, визначальними з яких є здоров'я та якість життя.

Надзвичайно важливою характеристикою соціально-економічного розвитку країни, що впливає на демографічну ситуацію в ній, є також рівень життя населення. Для його характеристики може бути використано цілий ряд кількісних і якісних показників, що відображають різні сторони добробуту людей, задоволення їх фізичних і духовних потреб, як, наприклад – загальний обсяг споживання та якість продуктів харчування, розмір оплати праці, умови праці, житлові умови, співвідношення вільного і робочого часу, освітньо-культурний рівень населення та ін. [45, 65, 165]. Проте в умовах ринкової економіки, панування грошових відносин найбільш універсальним показником, який виражає рівень життя населення, треба визнати показник рівня доходів населення.

Дослідження зв'язку між доходами населення і його здоров'ям є одним із тих питань, які сьогодні перебувають у центрі уваги науковців

[82, 189]. Провідним аспектом цих досліджень виступають проблеми впливу нерівності в розподілі доходів населення на стан його здоров'я, індикатором якого виступає, як правило, показник смертності чи тривалості життя.

Диференціація доходів спричиняє нерівний доступ до якісного медичного обслуговування, до товарів і послуг, які прямо чи опосередковано сприяють покращанню стану здоров'я, що в свою чергу, спричиняє зниження ефективності профілактичних заходів охорони здоров'я та заходів з контролю захворюваності.

Інший підхід – це негативний вплив нерівності статків на здоров'я через виникнення соціально-психологічного стресу, який призводить до розвитку неврозів, гіпертонії, серцево-судинних хвороб, зростанню смертності від нещасних випадків, самогубств та вбивств.

Негативна дія суспільного розшарування на громадське здоров'я має опосередкований характер. Тому, політика охорони здоров'я повинна бути націлена на скорочення сумарного тягару несприятливих умов. В своєму намаганні зменшити масштаби нерівності у відношенні здоров'я і створити більш прийнятні умови для охорони здоров'я населення політика охорони здоров'я не може знаходитись у відриві від інших напрямків дій, які застосовуються для розвитку держави. Відповідно, зв'язок між політикою охорони здоров'я і політикою інших секторів, наприклад, у відношенні зайнятості населення, підтримування розміру доходів на певному рівні і соціального забезпечення, умов життя, освіти, відіграють життєво важливу роль для всіх держав. Є підтвердженням те, що за рахунок створення більш рівних можливостей для отримання доходу і підвищення пов'язаного з ним рівня культурного розвитку суспільства можна досягти покращення психосоціального благополуччя населення [39, 51, 60].

Реальний рівень добробуту населення можна оцінити за допомогою якісних і кількісних параметрів, визначальними з яких є здоров'я та якість життя [4, 50, 56, 131]. У наукових дослідженнях висвітлюються питання

зв'язку нерівності у статках і рівнем тривалості життя. Так, українською дослідницею Л. Т. Шевчук було встановлено те, що на регіональному рівні виявляється пряма залежність між розрахованими нею індексами здоров'я та самопочуття після перенесеної хвороби та таким важливим для характеристики рівня розвитку виробництва, як валова додана вартість, а також виявляється зворотній зв'язок між валовою доданою вартістю та індексом негативних соціально-економічних явищ, серед яких на першому місці визначено безробіття [183].

В Україні питання безробіття набуває нових рис і достатньо серйозною проблемою є зростання незайнятості населення, особливо в сільській місцевості [25, 77, 104]. Незважаючи на те, що багато незайнятих на постійній роботі сільських жителів у якості джерела існування мають власне господарство. Цей спосіб зайнятості, як і взагалі праця у сільськогосподарському виробництві, що є здебільшого низькооплачуваною і нетворчою, не може забезпечити ні матеріального достатку, ні потреб для самореалізації відповідно до запитів сучасних молодих жителів села. Тому для життя у селі сьогодні притаманними є не лише фізичні перевантаження, але часто і життєві розчарування та пов'язаний з цим алкоголізм, що скорочує життя. Відтак смертність сільського населення у працездатному віці є вищою ніж у міського [78, 133, 153, 227]. Несприятлива суспільна ситуація також викликає зневіру у певній частини населення у вартості життя, що призводить до зростання випадків суїциду [177].

О. П. Гульчій встановлено, що рівень перинатальної смертності в Україні формується під дією семи груп факторів ризику, серед яких на частку несприятливих умов перебігу пологів припадає 40% впливу, на умови харчування 13%, на соціально-біологічні умови та здоров'я матері – по 11%, спосіб життя та несприятливі умови перебігу вагітності – по 9%, умови праці – 7% впливу, що загалом повинно формувати напрямки та зміст заходів щодо зниження перинатальної смертності [29].

Брак суспільної солідарності зумовлює погіршення здоров'я людей похилого віку [14, 169, 172]. Це відбувається як за відсутності у суспільстві гідної поваги до старших, що призводить до гострого переживання ними своєї непотрібності, так і внаслідок того, що в такій суспільній атмосфері державним органам видається припустимим неналежно виконувати свої функції, щодо соціального захисту людей старших вікових груп. Ці люди, обтяжені нажитими з роками хворобами, з початком змін у державі втратили трудові заощадження і не мають жодного джерела існування окрім зовсім невеликої пенсії. Зазначене спричинило різке падіння можливостей щодо придбання необхідних їм товарів і послуг, що не могло не вплинути на загальну ситуацію зі здоров'ям цього контингенту населення. Адже одним із наслідків збідніння мешканців стало зменшення споживання ними ряду продуктів харчування. Повноцінне ж харчування є серед найбільш активних факторів у профілактиці захворювань і у зміцненні здоров'я людини. Відтак, підвищенню рівня життя та нейтралізації таким чином багатьох соціально-економічних чинників, які впливають на здоров'я мають слугувати також підвищення рівнів пенсійного забезпечення та рівня оплати праці цілому ряду працівників, передусім бюджетної сфери. Однак досягненню якісно нового етапу в зростанні доходів населення нашої держави стає на заваді зростання цін, особливо на групи товарів соціального значення, що також є однією з характерних рис сучасної соціально-економічної ситуації в Україні. Як наслідок, рівень життя українських громадян, порівняно з жителями економічно розвинених європейських країн, залишається низьким і тому про повне подолання бідності в нашій державі говорити ще зарано.

Ключовим моментом у забезпеченні розвитку системи охорони здоров'я є рівень фінансування системи та відповідність надходження фінансових ресурсів належного обсягу [44, 146]. Досягнення нової якості роботи медичної галузі відповідно до вимог сучасного часу, виходячи зі світового досвіду, вимагає збільшення видатків на охорону здоров'я. В цей

же час загальна сума виділених коштів на систему охорони здоров'я України в 2018 році, включаючи медичну субвенцію та видатки із загального та спеціального фондів, становила 89 млрд. 935 млн. 700 тис. грн., що становить 2,53% ВВП, а це є набагато менше, ніж у країнах з таким якісним параметром рівня здоров'я як стан смертності населення, ВВП яких у розрахунку на душу населення, до того ж, у декілька разів вищий, ніж у нашій країні [1].

На сьогодні система охорони здоров'я в нашій державі перебуває у стані реформування. Найважливішими серед проблем, що постали на сучасному етапі розвитку вітчизняної охорони здоров'я є організаційно-економічні проблеми. Це, насамперед, такі, як: формування оптимального ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я та суспільно необхідної структури медичних кадрів; визначення та пошук можливих і необхідних обсягів фінансування, інновацій та інвестицій; вдосконалення територіальної організації медичних закладів та управління якістю медичної допомоги; поліпшення профілактики захворювань і формування здорового способу життя, покращення територіальної доступності медичної допомоги, тобто вдосконалення регіональної політики у сфері охорони здоров'я [15, 71, 119, 125, 129, 142].

Всесвітній день здоров'я у 2016 р. ВООЗ був присвячений питанням профілактики, виявлення та лікування цукрового діабету. Вісімдесят процентів осіб, які хворіють діабетом, живуть в країнах з низьким та середнім доходом. За даними ВООЗ, якщо не вжити термінових заходів, кількість смертей від діабету може збільшитися більше як на 50%. До 2030 року діабет може стати 7-ю причиною смерті в цілому світі [254]. Екстраполюючи цю проблему до ситуації в Україні розповсюдженість цукрового діабету серед нашого населення починаючи з 1991 року (1676,60 на 100 тис. осіб) постійно зростає (+81,38% у 2013 році до 1991 року) і склала у 2013 році 3041,00 на 100 тис. осіб. У Львівській області таке

зростання склало за цей же період 88,18%. Таке зростання в основному зумовлене факторами ризику, які пов'язані зі способом життя.

За даними А. П. Дорогого ефективність лікувально-профілактичних заходів при цукровому діабеті в сільській місцевості значно поступається за аналогічні показники серед хворих на цукровий діабет міської популяції [32]. У динаміці за 1999-2005 роки дослідником відзначено зростання тривалості життя померлих пацієнтів із цукровим діабетом, збільшення додаткових років життя та зменшення втрат трудового потенціалу. Названі показники були позитивними серед міських мешканців. У сільській місцевості вони залишалися в більшості випадків негативними.

Стан екології в державі є однією з детермінант здоров'я населення країни. Люди постійно зазнають численних багатоманітних впливів зовнішнього середовища, несприятлива дія яких на їхнє здоров'я залежить як від сили цих впливів, так і від життєздатності організму [151]. Коли різниця між здатністю протистояти зовнішнім впливам або пристосовуватися до них та силою несприятливої дії зовнішнього середовища досягає певної критичної величини, настає смерть. Також можна стверджувати, що ендогенні процеси організму людини створюють той ґрунт для дії екзогенних чинників зовнішнього середовища, без якого ці чинники самі по собі безсилі. Тобто шкідлива дія на організм людини екзогенних чинників здоров'я, окрім безпосереднього прямого ураження у випадку несумісних із життям травмувань, отруєнь та ін., може бути розтягнена у часі та мати акумулюючу дію [30].

На Женевський нараді в 1997 році гігієністи прийшли до такого висновку:

- якість навколишнього середовища – прямий та посередній фактор, який визначає стан здоров'я людини, а погіршення умов навколишнього середовища завжди призводить до погіршення здоров'я та якості життя;
- необхідно раціонально використовувати природні ресурси;

- впливу умов навколишнього середовища в першу чергу піддаються бідні верстви населення (особливо в сільській місцевості);
- низький рівень умов навколишнього середовища є причиною 25% таких хвороб, як малярія, діарея, шистосомоз;
- більше за інші верстви населення впливу поганих умов навколишнього середовища піддаються діти;
- погіршення санітарних умов, постачання неякісної питної води та продуктів значно підвищує захворюваність та смертність від шлунково-кишкових захворювань;
- забруднення повітря також сприяє виникненню цілого ряду захворювань та зниженню якості життя в цілому;
- розповсюдження основних трансмісивних захворювань тісно взаємозв'язано з існуючими умовами навколишнього середовища;
- значною загрозою для здоров'я є використання небезпечних хімічних препаратів [92].

В останні десятиріччя для підвищення обсягів виробництва продуктів харчування широко використовуються хімічні засоби підвищення врожайності та захисту рослин. Це призвело до збільшення у складі харчових продуктів різних шкідливих для організму хімічних речовин, які мають високу біологічну активність, так званих ксенобіотиків. Відомо, що забруднення ксенобіотиками продуктів харчування, має несприятливі наслідки для здоров'я населення, яке їх систематично споживає. Як було встановлено вітчизняними вченими, населення, що живе у містах, де використовуються у великих обсягах продукти харчування, забруднені нітратами та важкими металами, має більш високі показники захворюваності та смертності. Кожні 1,4% продуктів харчування забруднених нітратами і 0,63% забруднених важкими металами здатні збільшити смертність на 0,1 випадки на 1000 населення [30].

Аналізуючи вплив негативних екологічних (антропогенних) факторів на основні показників здоров'я населення, можна виділити наступні напрями:

- а) на соматичному рівні – погіршення стану здоров'я в результаті несприятливої антропогенної екологічної ситуації, несприятливих умов трудової діяльності;
- б) на психічному рівні – погіршення стану здоров'я внаслідок тривалої соціально-екологічної напруженості, стресових ситуацій, зумовлених техногенними аваріями і катастрофами;
- в) на соціальному рівні – невідповідність між обсягом і якістю доступних медичних послуг і реальним станом здоров'я населення, обумовленими впливом антропогенної екологічної ситуації; погіршення демографічних показників – зниження тривалості і якості життя, зменшення народжуваності, зростання захворюваності і смертності [161]. Небезпеку для здоров'я і життя людей становлять викиди у атмосферне повітря промислових відходів, які містять шкідливі речовини. Їх наявність у концентраціях вище гранично допустимої норми підвищує захворюваність та смертність населення від окремих груп захворювань, зокрема, окис вуглецю сприяє хворобам крові й кровотворних органів, сірчані сполуки – захворюванням нервової системи, а також хворобам крові й кровотворних органів, фтористий водень – хворобам органів травлення і дихання, фенол – хворобам системи кровообігу, двоокис азоту – хворобам органів дихання і нервової системи. В Україні немає жодного промислового міста, де б концентрації основних забруднюючих речовин в атмосфері не перевищували гранично допустимих. Як відмічає А. М. Сердюк, лише 15,3% мешканців міст проживають в умовах слабого забруднення повітря, 52,8% – помірного, 24,3% – сильного, 7,6% – дуже сильного забруднення [147]. На початку 90-



х років забруднення квадратного метра в Україні було в 6,5 рази вищим, ніж в США, і в 3,2 рази вищим, ніж в країнах Європейського союзу [59].

В останнє десятиріччя масштаби промислового виробництва в Україні значно скоротилися у порівнянні з періодом, який передував початку ринкового реформування. Це призвело до зниження обсягів викидів шкідливих речовин у атмосферу. Окрім того, за останні роки знизився рівень хімізації сільськогосподарського виробництва внаслідок дорожнечі мінеральних добрив та засобів хімічної обробки рослин.

Все це, до певної міри, поліпшило екологічну ситуацію в багатьох населених пунктах нашої держави. Разом із тим, у великих містах, насамперед в тих, які мають населення більше одного мільйона людей, рівень забрудненості атмосфери залишився високим і навіть збільшився за рахунок значного зростання кількості автомобілів, що набуло значення нового важливого фактору техногенного навантаження на довкілля.

Як вказується у Бюлетені ВООЗ більшість країн втрачають від 4% до 6% ВВП унаслідок проблем здоров'я, пов'язаних з роботою [110]. Хронічні респіраторні захворювання, скелетно-м'язові порушення, втрата слуху, пов'язана з шумом, шкірні проблеми - відносяться до професійних захворювань які зустрічаються найчастіше. При цьому лише одна третина країн мають у себе програми, які займаються цими питаннями.

У щорічній доповіді про стан здоров'я населення МОЗ України вказується, що офіційна статистика реєструє лише верхівку айсберга професійної захворюваності, більша частина якої не ідентифікується офіційною статистикою. Певною мірою до цього призводить відсутність дієвої системи медичної та професійної реабілітації працюючих [188].

ВООЗ у резолюції 2005 року з профілактики раку і боротьби з ним [126] констатує, що шляхом запобігання впливу хімічних речовин і тютюнового диму на робочих місцях і в навколишньому середовищі, деяких збудників інфекції, а також іонізуючого і ультрафіолетового

випромінювання можна зменшити ризики виникнення ракових захворювань, таких як пухлини легень, товстої і прямої кишки, шкіри і печінки. Інформаційний бюлетень інформує, що у 2002 році внаслідок впливу ультрафіолетового випромінювання сталося 60 000 випадків смерті [128].

Довершує характеристику невтішної ситуації, яка склалася на сьогодні вітальної або самозберігаючої культури серед населення нашої держави, той факт, що в Україні склалася особливо небезпечна ситуація із захворюванням на туберкульоз та ВІЛ/СНІД [55, 89, 167]. Ю.М.Філіппов та співавтори стверджують, що позитивні тенденції показників захворюваності від туберкульозу на 80% залежать від соціально-економічних умов, що складаються в країні.

Від адекватного вирішення цього питання залежить ефективність діяльності спеціалізованих служб системи охорони здоров'я, що потребує розроблення та видання відповідної нормативно-правової бази з урахуванням вітчизняного і світового досвіду, а також соціально-економічних і медико-соціальних реалій [132, 158].

Реальна можливість керованості факторів ризику захворювання, породжених соціально-економічними чинниками не свідчить про можливе їх практичне усунення. Згідно з дослідженнями переважну загрозу здоров'ю для людини набувають фактори, що залежать від способу життя [7, 36, 101, 107, 116, 174, 204, 256].

Одним з таких елементів способу життя, який істотно впливає на рівень здоров'я населення є куріння та зловживання алкоголем [24, 66, 96, 118, 175]. У нашій державі постійно зростає кількість курців, насамперед, за рахунок молоді та жінок, у той час коли весь цивілізований світ цілеспрямовано бореться з курінням, як таким, що провокує онкологічні захворювання.

Таким чином, наведене слугує свідченням того, що надважливим в Україні є проведення заходів для досягнення результатів щодо здоров'я

населення з врахуванням соціальних та економічних впливів. Це вимагає пильної уваги до проблем охорони громадського здоров'я. На відміну від здоров'я індивідуального, що значною мірою детермінується біологічними чинниками, громадське здоров'я безпосередньо визначається соціально-економічними чинниками, в т.ч. наявним станом системи охорони здоров'я, що має забезпечувати доступність медичної допомоги та її належну якість.

### **1.3. Дослідження з проблем моніторингу стану здоров'я населення України – регіональні особливості.**

Середньостатистичні дані не дають можливості виділити основні тенденції у зміні показників здоров'я населення і визначити особливості медико-демографічних процесів в конкретному регіоні, а врахування місцевих особливостей, регіональний підхід у вивченні здоров'я [16, 68, 73, 93, 94, 95, 115, 130, 141, 155] та створення моделей його збереження і подовження життя населення є одним з найважливіших принципів діяльності ВООЗ, організації її роботи. Вивчення територіальної специфіки захворюваності та смертності є запорукою ефективності результатів епідеміологічного методу дослідження, а також розроблених на його основі прогностичних моделей.

В цілому демографічна ситуація в Україні характеризується великою різноманітністю регіональних особливостей. Причому у різні історичні періоди вона мала свою специфіку. Так, якщо в 1959 р. найбільший природний приріст населення був у Донецькій (73,0 тис. чол.), Дніпропетровській (36,6 тис. чол.), Луганській (44,7 тис. чол.) та Харківській (26,4 тис. чол.) областях, а найменший – у Кіровоградській (11,1 тис. чол.), Херсонській (11,6 тис. чол.) та Чернівецькій (11,6 тис. чол.) областях. В окремі роки за період з 1991 по 2018 рр. природний приріст населення спостерігався лише у Закарпатській, Рівненській, Волинській областях та м. Києві.

Комплексне дослідження тенденцій основних характеристик здоров'я населення в розрізі впливів медико-соціальних детермінант за регіональним принципом в Україні практично не вивчалось. Лише окремі роботи присвячені регіональним питанням соціальної політики та економіки праці [41, 87], оцінки чисто демографічних показників в окремих областях України [156, 159, 160], стану здоров'я та смертності населення від окремих нозологічних причин в окремих регіонах [61, 98, 133, 154, 191].

Так, Зелінська Г. О. проводила дослідження розвитку теоретичних, методологічних і методичних положень теорії людського капіталу та регіональних особливостей їх застосування в умовах становлення соціально орієнтованої ринкової економіки України [41]. Встановлено, що основними чинниками, що визначають особливості регіонального формування і реалізації людського капіталу регіону є демографічно-екологічний стан регіону, стан функціонування системи професійно-кваліфікаційної підготовки і перепідготовки кадрів, стан освіченості населення, регіонального ринку праці та зайнятості населення, міграційна, інноваційна, трудова, інформаційна мобільність населення, мотивація праці. Місцеві особливості повинні визначатися трьома основними групами чинників, це:

- 1) природно-кліматичні,
- 2) соціально-економічні,
- 3) медико-демографічні.

Необхідно зазначити, що особливу роль локальні чинники відіграють у формуванні здоров'я населення України, зокрема через характерні природно-кліматичні умови в Західному та Південному регіонах, відмінностях умов життя та праці в Південно-Східному та Центральному регіонах, різним характером розселення, віково-статевим складом в Західному, Північно-Східному та Південно-Східному регіонах.

Саме врахування місцевих особливостей є гарантом оптимального планування заходів щодо покращення здоров'я населення, оптимізації

мережі закладів охорони здоров'я та об'єму медичних послуг, запровадження передових сучасних технологій та систем збереження і зміцнення здоров'я [185]. Врахування регіональних особливостей допомагає ефективно адаптовувати різні стратегії політики здоров'я до місцевих/регіональних рівнів. В Україні реальне планування відсутнє на рівні не тільки країни, але й областей і районів. Основна причина такого становища полягає у відсутності налагоджених вертикальних економічних зв'язків та нестабільності політичної ситуації в суспільстві. Кожне міністерство і відомство здійснюють свої, тільки їм відомі методи реалізації політики держави. Як приклад, є складності в досягненні відчутних результатів при виконанні цільових комплексних медичних програм. В цей же час розвиток громадського здоров'я в Україні передбачає розвиток регіональних систем громадського здоров'я. Саме ця нова інституція має стати регіональним координатором заходів громадського здоров'я, бути гнучкою та спроможною в боротьбі як з інфекційними, так і неінфекційними захворюваннями, спрямованою на зміцнення, захист та збереження здоров'я населення, забезпечення визначення соціальних детермінант здоров'я та соціальної справедливості для узгодження дій в усіх секторах державного управління [152].

В реалізації державної політики в охороні здоров'я важливим компонентом виступає моніторинг, як процес регулярного збирання та аналізу інформації про стан здоров'я населення, що включає механізм реагування на можливі й реальні загрози і відхилення від накресленого плану. Моніторинг складається з інформаційної, аналітичної та оперативної підсистем, а в основі моніторингу лежить система показників (індикаторів). Результати моніторингу допомагають уповноваженим на те органам у прийнятті рішень про майбутнє політики/програми. В цьому аспекті успішне реформування системи охорони здоров'я неможливе без розробки

стратегії та цільових програм з планами реалізації відповідних заходів на певні наступні періоди часу [3, 8, 75].

#### **1.4. Невирішені питання та необхідність подальших досліджень**

Вивчення широкого кола питань, пов'язаних з проблемами здоров'я населення, є одним з основних завдань соціальної медицини, що вивчає зазначені проблеми з точки зору статеві-вікової структури населення, медико-біологічних, санітарно-гігієнічних, соціально-економічних аспектів. Проте останні, внаслідок їх яскраво вираженого комплексного характеру не можуть бути всебічно досліджені без звернення і до таких наукових дисциплін, як – соціологія охорони здоров'я та соціальна економіка [69, 70, 97].

Необхідною складовою роботи щодо досягнення вищого рівня життя населення стає потреба формування в суспільстві думки про те, що здоров'я кожної людини є одним із головних стратегічних ресурсів. До кожного свідомого громадянина має бути донесене розуміння того, що його здоров'я є важливим показником матеріального благополуччя, необхідною умовою процвітання кожної сім'ї та всієї нації [18, 48].

Зазначене вимагає пильної уваги до проблем охорони громадського здоров'я. На відміну від здоров'я індивідуального, що значною мірою детермінується біологічними чинниками, громадське здоров'я безпосередньо визначається соціально-економічними чинниками, передусім наявним станом системи охорони здоров'я, що має забезпечувати доступність медичної допомоги та її належну якість. В умовах достатньо розвиненого суспільства загальна доступність до ефективних служб охорони здоров'я прийнятної якості є обов'язковою вимогою [47, 105, 117].

Враховуючи спільні детермінанти розвитку багатьох захворювань формування державної політики з охорони здоров'я України повинно ґрунтуватись на основі стратегічних документів ВООЗ стосовно

детермінант здоров'я в цілому як основного аспекту заходів протидії негативного їх впливу. Однак, на теперішній час не існує жодної державної програми, жодного документа, який би комплексно формував концепцію протидії детермінантам у нашій країні. Є необхідним розглянути можливість формування регіональних реєстрів всього населення залежно від дії тих чи інших детермінант, які можуть впливати на їх здоров'я. В якості основи при розробленні концептуальних заходів у протидії негативного впливу детермінант та організації профілактичних дій можуть бути використані дані епіднагляду стосовно них. Моніторинг тенденцій і детермінант впливу на здоров'я населення, оцінювання показників та отриманих результатів, позитивів досягнутих у профілактиці та пропаганді здорового способу життя стане реалізацією однієї з десяти цілей розвитку громадського здоров'я, які розроблені ВООЗ [5, 22, 150]. При цьому, як рекомендує ВООЗ, використання системи епідеміологічного моніторингу основних факторів ризику виникнення захворювань повинно передбачати безперервність збору даних, що дозволить удосконалювати процес прийняття стратегічних рішень, розробляти програми дій у галузі охорони здоров'я та пропаганди здорового способу життя.

Зважаючи на те, що медико-демографічна криза в Україні характеризується різним ступенем її регіонального вираження, у подальшому важливим є вивчення рівня втрат життєвого потенціалу в окремих регіонах України, як основи для підготовки національної стратегії та регіональних програм їх соціально-економічного розвитку [32, 86, 168]. Оцінка потенційних втрат людських ресурсів внаслідок захворюваності та смертності на регіональному рівні дозволить удосконалити комплекс медико-соціальних і організаційних заходів профілактики захворюваності населення та економічно обґрунтувати ефективність запропонованої концепції моніторингу показників здоров'я населення з врахуванням медико-соціальних детермінант та мінімізувати втрати спричинені ними, що несуть регіони та українське суспільство в цілому.

Аналіз інформаційно-дослідницьких наукових джерел показав, що в Україні проблемі здоров'я населення в цілому надається велика увага і на цю тему накопичено багато знань. Однак, при оцінці стану здоров'я шляхом вивчення епідеміологічної ситуації, дослідники, в основному, зосереджуються на вивченні клінічних аспектів патологій відповідного класу захворювань, пов'язуючи їх тільки з окремими чинниками, а роботи, в яких би висвітлювався вплив комплексу факторів на формування стану здоров'я населення конкретного регіону, враховуючи його еколого-гігієнічні та медико-демографічні особливості є поодинокими [39, 66, 84].

Виходячи з вищенаведеного, справедливим буде констатація того, що рівень життя населення, як фактор, що здійснює багатовимірний вплив на стан його здоров'я, в сучасній Україні має, здебільшого, негативний характер. А організаційно-економічні проблеми системи охорони здоров'я України: кадровий потенціал, фінансування, організація роботи на місцях, якість та доступність медичної допомоги, профілактичний напрямок роботи – не сприяють вирішенню питань зміцнення здоров'я населення держави. Дослідження, що стосуються конкретних стигматизованих статусів, зазвичай розробляються в окремих сферах та зосереджені на окремих результатах на рівні аналізу, таким чином завуальовуючи повне значення стигми як основного чинника здоров'я населення [217].

Особливе місце в організації моніторингу показників стану здоров'я населення відіграє процес збору й обробки медичних даних, де виникає безліч об'єктивних перешкод і суб'єктивних спокус «пофантазувати» заради високих рейтингів [21]. Як зазначає професор Голубчиков М. В., лікарі потопають у «морі» паперових звітів, управлінці не завжди враховують отримані дані в прийнятті рішень, а українська й світова статистика спілкуються різними мовами. Обробка зібраної інформації повинна бути автоматизованою, як це роблять в усьому цивілізованому світі. По-друге, потрібний електронний реєстр пацієнтів. В Україні уже давно говорять про це, але коштів на його створення, як завжди, не вистачає.



Для прикладу, як зазначає автор, на запровадження відповідного реєстру Велика Британія свого часу витратила 30 млрд дол. На жаль, низький рівень інформатизації закладів охорони здоров'я в Україні стримує розвиток цих напрямків. Коли хтось ратує за достовірність та оперативність медичної інформації, він має врахувати, що це потребує значних коштів – на придбання комп'ютерів, програмного забезпечення, захист персональних даних.

Проблемою на сьогодні є і забезпечення необхідною освітою управлінських кадрів системи охорони здоров'я, в т. ч. на регіональному рівні, досягти у них нових якісних характеристик, привести навчальні програми з підготовки керівних кадрів до світових стандартів [28, 85, 135]. О.Коваленко констатує, що кількість підготовлених спеціалістів не задовольняє вимоги вітчизняної галузі. Керівник майбутнього повинен бути гнучким, добре освідченим, мати професійні знання, вміти мислити системно й аналітично, орієнтуватися на результати, управляти ресурсами, бути відкритим до нових знань та навичок [54].

Таким чином, аналіз літературних джерел показує, що проблема здоров'я населення, а відтак подовження середньої очікуваної тривалості його життя актуальна, її вирішення потребує проведення комплексних наукових досліджень. Відсутні наукові розробки щодо впливу соціально-економічних, поведінкових, медико-організаційних чинників на стан здоров'я населення в регіонах України. Поза увагою залишилося вивчення закономірностей та тенденцій формування тривалості життя в сучасних умовах соціально-економічного розвитку держави. Відчутним є брак робіт щодо пошуку чинників, які мають вирішальний вплив на показники здоров'я та класи захворювань в умовах сьогодення, визначення контингентів підвищеного ризику захворіти. Наявна необхідність розробки моделі соціально-гігієнічного моніторингу здоров'я населення, щодо впливу на нього медико-соціальних детермінант. Для оптимізації управлінських рішень, визначення перспектив покращення здоров'я

населення різних регіонів слід розробити адекватний методичний підхід. Все це дасть змогу науково обґрунтувати систему заходів щодо зменшення захворюваності та хворобливості населення та розробити концептуальну модель моніторингу показників здоров'я населення України, яка на сьогоднішній час відсутня.

Дані про наслідки стигми – сукупності ознак впливу на здоров'я та концептуальна модель моніторингу показників здоров'я, як основа, що описує структурні шляхи, через які можна покращити здоров'я з врахуванням його всеосяжності, їх порушень у різних областях життя (наприклад, ресурси, соціальні відносини, поведінка) з негативним впливом на здоров'я населення, слід розглядати як стигму поряд з іншими основними організаторськими концепціями дослідження медико-соціальних детермінант здоров'я населення.

Виходячи з аналітичної характеристики даних наукової літератури та аналізу невирішених проблем проведення наукового дисертаційного дослідження з обґрунтування концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення з врахуванням медико-соціальних детермінант здоров'я є надзвичайно актуальним завданням.

Матеріали розділу викладенні в особистих наукових працях [дод. III пп. 1, 2, 4, 5, 6, 21].

## **РОЗДІЛ 2.**

### **ПРОГРАМА, ОБСЯГ І МЕТОДИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

Дисертаційна робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи: «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України на 2012-2014 рр.» № державної реєстрації 0112U002809, термін виконання 2012-2014 рр., яка виконувалась у ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», співвиконавцем якої є автор даної дисертаційної роботи.

Програма дослідження, розроблена з використанням системного підходу, передбачала його виконання у п'ять організаційних етапів з використанням адекватних методів, що дало можливість отримати достатньо повну інформацію для оцінки об'єкту дослідження. Поставлені у роботі задачі забезпечували її системність, оскільки результати, одержані на кожному етапі, ставали логічною основою для узагальнення одержаних даних та наукового обґрунтування поставленої мети дослідження. Використані в дисертаційній роботі методи та матеріали, програма та обсяг дослідження представлені на рис. 2.1.

Результати реалізації першого етапу дозволили узагальнити дані попередніх наукових праць з проблем впливу медико-соціальних детермінант на захворюваність та смертність населення сільської місцевості у світі та Україні і сформулювати вибір напрямку дисертаційного дослідження, формування його мети, завдань, програми, методів та обсягу (опрацьовано 259 джерел наукової літератури). Виконання поставленого завдання здійснювалося за допомогою структурно-логічного аналізу та бібліосемантичного методу.

Для реалізації другого етапу було обрано медико-статистичний метод.



Рис. 2.1. Програма, обсяги та методи досліджень

Він присвячений оцінці медико-демографічних змін в Україні та визначених 5 регіонах: Північно-Східному, Південно-Східному, Центральному, Південному та Західному упродовж 2009-2018 рр. за даними Державної служби статистики України та Центру медичної статистики МОЗ України (зведена стат. звіт. форма С-8 – 280 од.) [37, 38].

Виконано також порівняльний аналіз та оцінка медико-демографічних процесів у двох суміжних регіонах сусідніх країн, зважаючи на їх географічну близькість, співвідношення величини територій та кількості населення за 2009-2018 рр.: у Львівській області України та Підкарпатському воєводстві Республіки Польща. Інформаційною базою дослідження стали звіти ЗОЗ області за період 2009-2018 роки (форма 20) та дані Головного управління статистики Республіки Польща за цей же період.

Враховуючи, що тільки статистичні дані не можуть забезпечити всебічною об'єктивною інформацією, для досягнення мети були проведені соціологічні дослідження. Метою третього етапу стало вивчення оцінки сільським населенням стану свого здоров'я. Застосовано анкету з 30 запитань, а також в анкеті використано питання №№1, 23, 27, 28, 31 опитувальника SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form 36), який є найбільш поширеним стандартизованим засобом для вивчення якості життя в популяції [43, 253, 263]. В нашому випадку це були запитання щодо оцінки сучасного стану здоров'я, фізичного або ж емоційного стану в останні 4 тижні перед дослідженням. Інформаційною базою виконання даного етапу стали дані сфокусованого групового інтерв'ю шляхом заповнення анкет 434 сільськими мешканцями Львівської області (Додаток V). Характеристика респондентів (розподіл за віком, соціальним станом, рівнем освіти, тощо) наводиться у п'ятому розділі дисертації. Анкетування проводилося серед респондентів під час їх візитів до амбулаторій загальної практики – сімейної медицини. Після отримання усної згоди респондентам пропонувалось заповнити анонімну анкету, що вони здійснювали при очікуванні в черзі до

кабінету лікаря. Таким чином, виключався фактор прогнозованого впливу медичних працівників, пов'язаного з конкретним візитом. Анкети повертались до інтерв'юера.

Під час виконання четвертого організаційного етапу наукового дослідження методом соціологічного опитування було вивчено думку лікарів за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» щодо детермінант здоров'я і їх рівня впливу на його стан, а також рівня медичного забезпечення населення України. Для дослідження була розроблена спеціальна Карта, в якій були запитання щодо оцінки респондентами впливу на здоров'я населення детермінант трьох рівнів: глобальних і суспільно-політичних (контекстуальний рівень), а також загальних (структурний рівень) та індивідуальних (проксимальний рівень) соціальних, економічних, культурних, медичних та екологічних чинників (Додаток VI). Такий розподіл детермінант здійснено за Д. Г. Шушпановим, 2015. Також опитаними дана оцінка стану медичного забезпечення населення України. Основна когорта досліджень включала 391 респондента. Характеристика респондентів (розподіл за віком, статтю, посадою та категорією з організації і управління охороною здоров'я, тощо) наводиться у шостому розділі дисертації. Анкетування проводилося серед респондентів під час проходження курсів підвищення кваліфікації за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького в 2016-2017 роках.

Анкети розроблялися із дотриманням сучасних біоетичних принципів, у відповідності до вимог соціологічних досліджень із забезпеченням конфіденційної інформації про респондентів та їх правом в будь-який час відмовитись від опитування.

Анкети прорецензовані і затверджені на засіданні Вченої Ради ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», а також погоджені рішенням етичної комісії інституту (Протокол № 7 від 19.12.2016 р.).

Кожна отримана анкета була перевірена на придатність до статистичної обробки, анкети, які не відповідали вимогам опитування (порушення інструкцій заповнення анкет, неповне внесення даних, відповіді, що взаємовиключають одна одну, тощо) були визнані непридатними для статистичної обробки. Всі дані з придатних для обробки анкет вносились автором до відповідних статистичних таблиць, побудованих в програмі Microsoft Excel.

Генеральною сукупністю, тобто, частиною об'єкту дослідження, на яку із визначеною мірою точності можна поширити висновки дослідження, є сільське населення. Використовувалась безповоротна випадкова вибірка, тобто кожний респондент заповнював анкету тільки один раз.

Розрахунки вибіркової сукупності для респондентів склала кількість, яка забезпечила репрезентативність одержаних даних (додаток IV).

Статистична обробка отриманих результатів: первинні дані, отримані в ході роботи, оброблялись з використанням програмного забезпечення «R», що ліцензоване за GNU General Public License. Порівнюючи відносні величини, розраховували критерій  $\chi^2$ . Для оцінки вірогідності різниці отриманих середніх результатів у порівнюваних групах використовувався критерій Стюдента.

Завданням п'ятого, заключного етапу виконання роботи було наукове обґрунтування, розробка та впровадження концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант. З метою визначення прийнятності запропонованої моделі була розроблена спеціальна анкета (додаток VII), яка складалась з одинадцяти запитань. При проведенні аналізу враховувалось, що експертиза є ефективним інструментом аналізу об'єкта, що вивчається, сприяє вивченню його якісних характеристик та практичної цінності. Запропоновані інновації оцінювались за 10-бальною шкалою. Експертна оцінка моделі проведена із залученням 15 кваліфікованих незалежних експертів. До їх складу увійшли 9

організаторів охорони регіонального рівня, 4 професори та 2 доценти кафедр соціальної медицини та громадського здоров'я.

У процесі опитування була дотримана важлива умова проведення експертиз – попереднє інформаційне забезпечення експертів. Соціологічне дослідження методом експертного опитування було проведене одноразово з попереднім застосуванням відкритої дискусії та анкетним опитуванням. Результати дослідження підлягали статистичній обробці даних, також здійснювався їх аналіз і пояснення одержаних даних.

Таким чином, структура дослідження включала: систематизоване подання й опис первинної інформації, виявлення соціальних фактів та закономірностей; узагальнення одержаних результатів у висновках дослідження; розробка практичних рекомендацій на ґрунті висновків.

Методичною основою даного дисертаційного дослідження був системний підхід і системний аналіз. Системний аналіз застосовувався під час виконання роботи для вирішення прикладних, практичних завдань і розглядався як метод системного підходу. Системний підхід розглядався в ході проведення дослідження як метод і процес дослідження.

На основі зазначеного механізму з використанням системного підходу та аналізу було обґрунтовано концептуальну модель моніторингу стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант.

Отже, при виконанні даної дисертаційної роботи використовувалися сучасні методи наукового дослідження (системного підходу, медико-статистичний, соціологічний, бібліосемантичний, концептуального моделювання, експертних оцінок) в обсягах, які забезпечили одержання репрезентативних результатів і дозволили зробити об'єктивні висновки.

Предмет та методи наукового дослідження відображені в особистих друкованих працях [дод. III пп. 2, 3, 4, 5, 10, 11, 21, 22, 24].



### **РОЗДІЛ 3.**

## **МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ УКРАЇНИ ТА ЇЇ РЕГІОНІВ У 2009-018 рр.**

У засадах обґрунтування подальших кроків дослідження необхідним був аналіз стану медико-демографічної ситуації в Україні. Зміна чисельності населення, його статеві-віковий склад, стан народжуваності, захворюваності та смертності визначені нами як базові для обґрунтування шляхів зменшення негативного впливу медико-соціальних детермінант на стан здоров'я населення. Виходячи з цього на третьому етапі дисертаційного дослідження нами вивчалися та аналізувалися дані про чисельність населення, його статеві-віковий склад, стан народжуваності, захворюваності та смертності населення у 2009-2018 роках. Їх основу складала ця інформація в п'яти регіонах України: Південно-Східному (Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Кіровоградська, Луганська, Харківська області), Південному (АР Крим, Миколаївська, Одеська, Херсонська області, м. Севастополь), Північно-Східному (Полтавська, Сумська, Чернігівська області), Центральному (Вінницька, Житомирська, Київська, Хмельницька, Черкаська області та м. Київ) і Західному (Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська та Чернівецька області), створених за рівнем розвитку, історичними особливостями, характерною медико-демографічною ситуацією.

### **3.1. Динаміка чисельності населення**

В Україні в період з 2009 по 2018 роки чисельність населення мала тенденцію до зменшення, що пов'язано як з анексією АР Крим і захопленням частини території держави агресором, так і соціально-економічним станом в країні. За даний період кількість наявного населення

в країні зменшилась на 8,14%. При порівнянні кількості населення, яке проживає у містах та сільській місцевості встановлено, що містяни складають 69,29% всього населення, відповідно в селах України живе 30,71%. Динаміка зміни цих показників вказує на поступову урбанізацію населення України, про що зазначають і українські дослідники [6, 79] (табл.3.1.1).

Вивчення чисельності сільського населення України за 2018 рік показало, що найбільша його кількість проживає у Західному регіоні (4752835 осіб; 36,52% від усього сільського населення України), в т. ч. у Львівській області (987 490 осіб; 7,59% від усього сільського населення України), що слугувало однією з обставин проведення нашого дисертаційного дослідження.

Аналіз динаміки народонаселення України за регіональним принципом показав, що в цілому за досліджуване десятиріччя найбільше знизилась кількість населення у Північно-Східному регіоні (на 7,69%), а

*Табл. 3.1.1.*

**Кількість населення України та його розподіл за місцем  
проживання (абс., %)**

<b>Рік</b>	<b>Разом</b>	<b>Місто</b>	<b>Село</b>
2009	46 143 714	31 587 203 (68,45%)	14 556 511 (31,55%)
2010	45 962 947	31 524 795 (68,59%)	14 438 152 (31,41%)
2011	45 778 534	31 441 649 (68,68%)	14 336 885 (31,32%)
2012	45 633 637	31 380 874 (68,77%)	14 252 763 (31,23%)
2013	45 553 047	31 378 639 (68,88%)	14 174 408 (31,12%)
2014	45 426 249	31 336 623 (68,98%)	14 089 626 (31,02%)
2015	42 929 298	29 673 113 (69,12%)	13 256 185 (30,88%)
2016	42 760 516	29 584 952 (69,19%)	13 175 564 (30,81%)
2017	42 584 542	29 482 313 (69,23%)	13 102 229 (30,77%)
2018	42 386 403	29 370 995 (69,29%)	13 015 408 (30,71%)
%%, 2018 до 2009	–8,14%	–7,02%	–10,59%

найменше у Західному (на 0,34%). Зміни кількості сільського населення в цих регіонах було більш вираженими і склали відповідно -13,22% та -1,58%.

В цілому процентне відношення кількості сільського населення до загальної кількості населення України за регіональним принципом змінилося наступним чином, відбулося його зростання у Західному, Центральному та Південно-Східному регіонах та зменшення у Південному та Північно-Східному (рис. 3.1.1).

В середньому зменшення кількості населення з року в рік складало в Україні 0,88%, в цей же час у сільській місцевості – 1,20%. При вивченні цих особливостей у регіонах встановлено найвищий відсоток зниження у Північно-Східному, а найнижчий у Західному, відповідно -0,90% та -1,61% і -0,05% та -0,21%. В 9 областях України щорічно відбувалося зниження кількості сільських мешканців в середньому на 1,0 і більше відсотка, при

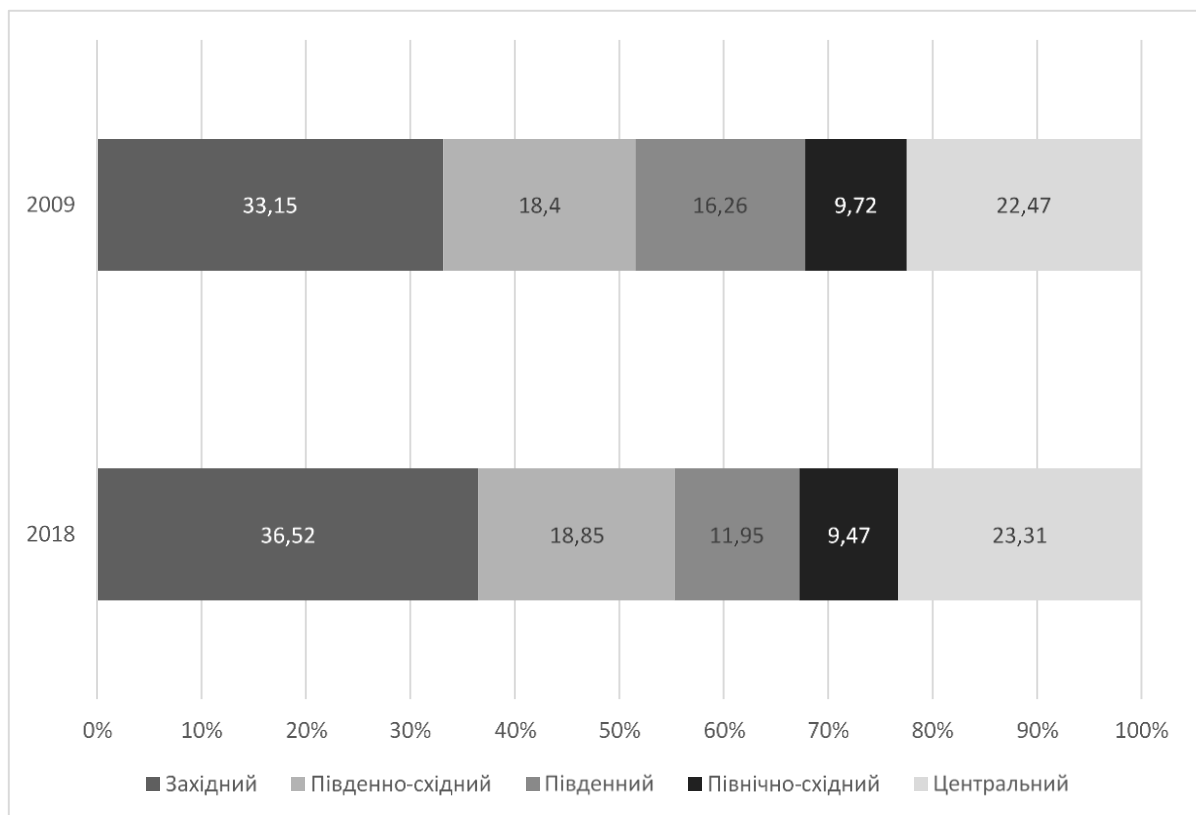


Рис. 3.1.1. Кількість сільського населення в регіонах України у 2009 та 2018 роках (%)

чому у Чернігівській таке зниження було найбільш вираженим і складало в середньому 2,02% річно.

Перерозподіл населення України у значній мірі пов'язаний з міграційними процесами в країні на тлі анексії та захоплення частини території держави. Так, встановлено зростання абсолютної кількості міського населення у Західному та Центральному регіонах, з областей цих регіонів – у Київській, Чернівецькій, Івано-Франківській, Волинській, Закарпатській, Рівненській. Зросла кількість містян у м. Києві та Одеській області.

### **3.2. Зміни у статеві-віковому складі населення**

Аналіз динаміки змін у статеві-віковому складі населення в регіонах ми провели через:

- 1) розрахунок частки чоловічого і жіночого населення;
- 2) розрахунок демографічного навантаження на населення у віці 15-64 роки.

При порівнянні частки жіночого населення у загальному числі міського населення у 2018 році до даних у 2009 році в Україні встановлено зниження частки з 54,2% до 54,1%. Основними регіонами де відбулися такі зміни були Південний (-0,19%) та Південно-Східний (-0,18%). У Центральному регіоні відбулося зростання жіночого населення у містах на 0,22%, основним чином у зв'язку із його збільшенням у Київській області (+0,75%).

У 2018 році переважання кількості жінок було найбільшим серед міських поселень у Південно- та Північно-Східних регіонах України (табл. 3.2.1). У сільських населених одиницях співвідношення кількості жінок до чоловіків було менш вираженим (1,11 до 1,18 у містах).

Західний регіон відзначився найменшою різницею цього показника: в містах – 1,15, у сільських поселеннях – 1,08.

Табл. 3.2.1.

**Частка жіночого та чоловічого населення у міських та  
сільських поселеннях регіонів України у 2018 році**

Регіон	Місто			Село		
	Чол.	Жін.	Ч/Ж	Чол.	Жін.	Ч/Ж
Південно-східний	45,47%	54,53%	1,20	47,32%	52,68%	1,11
Південний	45,93%	54,07%	1,18	47,80%	52,20%	1,09
Північно-східний	45,50%	54,50%	1,20	46,37%	53,63%	1,16
Центральний	46,02%	53,98%	1,17	46,42%	53,58%	1,15
Західний	46,57%	53,43%	1,15	48,04%	51,96%	1,08
УКРАЇНА	45,90%	54,10%	1,18	47,30%	52,70%	1,11

Розрахунок частки чоловічого і жіночого населення, яке проживає у сільській місцевості показав за період 2009-2018 рр. тенденцію до зменшення кількості жінок у всіх регіонах України (рис.3.2.1).

Так, в Україні частка жінок, яка проживає у сільській місцевості, у загальній кількості населення зменшилась на 1,13%. Найбільшим що відбулося було скорочення у Північно-Східному регіоні України – на 1,71%, в той же час як у даному регіоні була й надалі залишається найбільша частка жіночого населення (у 2009 році – 54,57%, у 2018 році 53,63%). У цьому регіоні та й в цілому в Україні найбільшим було скорочення жіночого населення у Сумській області – на 2,04%.

Щодо Західного регіону (зниження частки жінок склало – 1,03%) - зміна кількості жіночого населення у загальній чисельності сільських мешканців відбулася нерівномірно. Найвищим було зменшення у Тернопільській (-1,49%), Волинській (-1,34%) та Львівській (-1,33%) областях. Найменші такі зміни у цьому регіоні та в цілому в Україні відбулися у Закарпатській області (- 0,39%). Проте в цій області за весь десятирічний період дослідження виявлено найнижчий по Україні відсоток

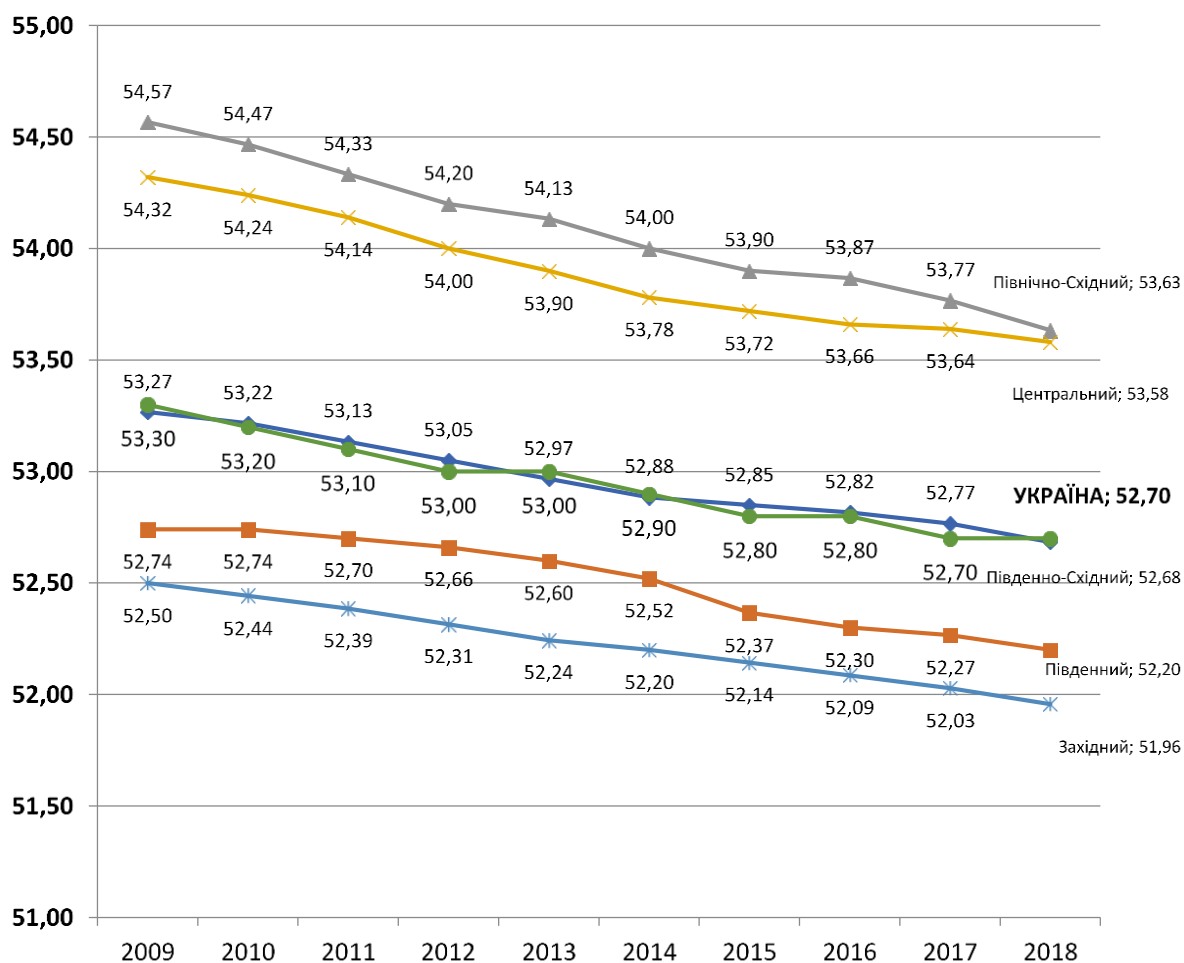


Рис. 3.2.1. Частка жіночого населення у загальній кількості населення сільських поселень у регіонах України у 2009-2018 роках (%%)

населення жіночої статі, яке проживало у сільській місцевості (51,60-51,40%%).

Нами розрахована узагальнююча кількісна характеристика вікової структури сільського населення, яка показує навантаження на суспільство непродуктивним населенням, тобто демографічне навантаження. Проведено обчислення навантаження на осіб у віці 15-64 роки – відношення кількості осіб у віці 0-14 років, 65 років і старше до кількості населення у віці 15-64 роки. Встановлено, що в Україні на 1000 мешканців сільської місцевості у віці 15-64 роки на початок 2018 року припадало 520 осіб у віці 0-14 років, 65 років і старше. Для порівняння у міських поселеннях таке навантаження складало 449 осіб.

При розрахунку динаміки цього показника з 2009 року по 2018 роки з'ясовано, що у сільській та міській місцевостях України демографічне навантаження змінювалося у протилежних напрямках. У сільських поселеннях за 10 років спостереження воно зменшилося на 5,28%, в той же час у містах вона виросло на 18,47% (дод. І). Проте, починаючи з 2015 року демографічне навантаження у сільській місцевості почало зростати.

Встановлено, що зменшення демографічного навантаження у сільських поселеннях було викликане його зменшенням особами у віці 65 років і старше: за вивчених нами 10 років воно знизилося на 12,0%, в той же час як навантаження особами у віці 0-14 років зросло всього 2,81%, тобто смертність осіб у віці 65 років і старше переважала кількість дітей у віці 0-14 років.

До порівняння: у міських поселеннях України демографічне навантаження особами у віці 0-14 років зросло на 18,68%, а особами у віці 65 років і старше – на 18,27%.

Розбір даних у регіонах України показав, що найвищим демографічне навантаження у сільській місцевості спостерігається у Центральному (557,2) та Північно-східному (554,3) регіонах (табл. 3.2.2). Проте в цих регіонах протягом 10 останніх років відбувалося його найбільше зниження, відповідно на 10,0% та 12,1%. «Лідером» за величиною демографічного навантаження є Чернігівська область Північно-Східного регіону (на початок 2018 року – 624 особи на 1000 мешканців сільської місцевості у віці 15-64 роки).

У Західному регіоні «тягар» демографічного навантаження складав на початок 2018 року 506,4 і діапазон коливання цього показника починаючи з 2013 року був незначним (509,0-506,4). Найнижчим демографічне навантаження з 2009 року щорічно відмічалось у Закарпатській області (449-464), проте починаючи з 2012 року спостерігалось його незначне (на 5,45%) зростання. Зростання демографічного навантаження відбувалось також в Одеській (+1,41%) та Херсонській (+0,86%) областях.

Табл. 3.2.2.

**Рівень демографічного навантаження у сільській місцевості  
регіонів України у 2009-2018 роках (на 1 000 мешканців)**

	<b>Південно-східний</b>	<b>Південний</b>	<b>Північно-східний</b>	<b>Центральний</b>	<b>Західний</b>	<b>УКРАЇНА</b>
2009	528,50	463,40	633,00	619,80	543,57	549,00
2010	515,67	458,00	610,00	609,20	536,00	539,00
2011	499,67	449,40	583,67	585,80	522,14	522,00
2012	495,00	449,60	570,67	574,60	512,29	514,00
2013	490,67	451,40	561,00	565,60	509,00	510,00
2014	492,67	456,60*	556,67	559,80	506,57	508,00
2015	500,00	455,95*	557,67	560,00	508,29	516,00
2016	503,67	458,95*	555,67	557,40	507,00	516,00
2017	510,00	462,55*	555,33	558,60	507,86	519,00
2018	516,50	466,15*	554,33	557,20	506,43	520,00
%%, 2018 до 2009	-2,19%	0,59%*	-12,11%	-10,0%	-6,49%	-5,28%

\* З розрахунком демографічного навантаження в регіоні при середніх даних по території АР Крим після її анексії.

Зменшення демографічного навантаження в усіх областях України у сільських поселеннях було пов'язано із його зменшенням особами у віці 65 років і старше (в основному як наслідок зростання смертності населення). В цей же час у ряді областей спостерігається зростання на більше як 5% навантаження особами у віці 0-14 років, що є провідним результатом рівня народжуваності за останні 14 років: у Київській області – на 14,86%, в Одеській – на 9,96%, у Дніпропетровській області – на 8,15%, у Закарпатській – на 5,38% і у Харківській – на 5,31%.

Таким чином, при розрахунку динаміки демографічного навантаження з'ясовано, що у міській та сільській місцевостях України воно змінювалося у протилежних напрямках: у містах виросло на 18,47%, а у сільських поселеннях зменшилося на 5,28%, головним чином, за рахунок



зниження частки осіб у віці 65 років і старших на 12,0% на тлі незначного приросту питомої ваги мешканців у віці 0-14 років (всього 2,81%). Це засвідчує, що зниження демографічного навантаження у сільській місцевості сформувалось головним чином за рахунок високої смертності населення у похилому віці і недостатньої народжуваності.

### **3.3. Особливості народжуваності населення**

Рівень народжуваності в Україні оцінюється як вкрай низький, і він майже у півтора рази є нижчим за рівень смертності населення. За досліджуваний період рівень народжуваності знизився на 21,62% (табл. 3.3.1). Необхідно зазначити, що рівень народжуваності практично в однаковій мірі знизився як міській, так і у сільській місцевості. Проте народжуваність у сільських поселеннях перевищувала її рівень у містах в межах 8-20%.

Сучасній ситуації з народжуваністю властива виразна регіональна диференціація. За рівнем народжуваності регіони України у 2018 р. чітко розподіляються на регіони з найнижчими показниками народжуваності – Північно-Східний (6,85 народжень на 1000 населення), відносно високими показниками народжуваності – Західний (9,95 народжень на 1000 населення) та інші (Південно-Східний, Центральний та Південний) з показниками народжуваності відповідно, 7,50, 8,79 та 8,83‰. В адміністративних одиницях найвищі рівні народжуваності спостерігалися в 2018 році у м. Києві (11,75‰), Рівненській (11,54‰) та Закарпатській (11,04‰) областях, а найнижчі – у Сумській (6,54‰), Чернігівській (6,77‰) та Черкаській (7,12‰).

Динаміка змін загального коефіцієнта народжуваності за період 2009-2018 роки в регіонах показує, що найвище падіння народжуваності спостерігалось у Північно-Східному (на 27,41%), а найменше – у Центральному регіонах (на 21,46%). Значне зниження народжуваності в міських поселеннях зареєстровано і в Західному регіоні (на 26,25%).

Табл. 3.3.1.

**Загальні коефіцієнти народжуваності в Україні у 2009-2018  
рр. та відношення коефіцієнта народжуваності у сільських  
поселеннях до міських**

Рік	Загальні коефіцієнти народжуваності			
	Разом	Місто	Село	Місто/Село
2009	11,10‰	10,80‰	11,90‰	1,10
2010	10,80‰	10,40‰	11,90‰	1,14
2011	11,00‰	10,50‰	12,10‰	1,15
2012	11,40‰	10,90‰	12,60‰	1,16
2013	11,10‰	10,50‰	12,30‰	1,17
2014	10,80‰	10,20‰	12,20‰	1,20
2015	10,70‰	10,40‰	11,30‰	1,09
2016	10,30‰	10,00‰	10,80‰	1,08
2017	9,40‰	9,20‰	9,90‰	1,08
2018	8,70‰	8,50‰	9,20‰	1,08
%% 2009 до 2018	-21,62%	-21,30%	-22,69%	X

У сільській місцевості вищі рівні зниження народжуваності спостерігалися в Південно-Східному, Південному та Північно-Східному регіонах. Значне зниження народжуваності спостерігалось в 12 областях цих регіонів, зокрема – у Миколаївській (-28,00%), Кіровоградській (-27,62%), Дніпропетровській (-27,35%), Запорізькій (-27,27%) Херсонській (-27,12%) та Полтавській (-27,00%) областях. Одночасно високий показник зниження народжуваності був лише у Тернопільській області (-27,93%) Західного регіону.

Зниження народжуваності, втрата традицій багатодітності – всеосяжна тенденція сучасності. Проте демографічна ситуація в економічно розвинутих країнах при падінні народжуваності супроводжується значним підвищенням середньої тривалості життя, що стримує депопуляцію. Україна ж втрачає у справі подовження життя людини навіть уже завойовані у попередні роки позиції.

Таким чином, вияснено, що рівень народжуваності в Україні за досліджуваний період знизився на 21,62% в однаковій мірі як у міській, так і у сільській місцевості, хоча народжуваність у селах традиційно залишалась на 8-20% вищою ніж у містах. Встановлено, що рівні народжуваності в Україні мають чіткі регіональні особливості: з найнижчими показниками народжуваності та найвищими темпами зниження у Північно-Східному регіоні, відносно вищими показниками народжуваності з її зниженням (більше, ніж на четвертину) в міських поселеннях Західного регіону, найвищим зниженням народжуваності у сільській місцевості у Південно-Східному регіоні, зниженням народжуваності у містах (не беручи до уваги стабільні показники по м. Києву) у Центральному регіоні та у порівнянні до інших регіонів меншим убутком народжуваності у Південному регіоні.

### **3.4. Характеристика рівня загальної захворюваності населення**

Рівень загальної захворюваності населення України та її регіонів ми оцінювали за показником первинної захворюваності. У 2017 році первинна захворюваність населення за всіма класами хвороб складала 62,9 тис. хворих на 100 тис. мешканців. Для цього показника за період 2009-2017 років була характерна така динаміка: зростання на 0,5% до 2010 року та скорочення у 2010-2015 роках на 13,3%. У 2016 році рівень захворюваності зріс на 2,6%, а у 2017 р. знизився 2,3%. В цілому за досліджуваний період рівень загальної захворюваності населення України знизився на 12,65%. Слід зазначити, що у зв'язку з тимчасовою окупацією АР Крим та проведенням операції об'єднаних сил на сході країни, дані з вищезазначених регіонів або відсутні, або неповні, тому не були використані при аналізі в динаміці за останні роки.

Рівні захворюваності серед всього населення за всіма класами хвороб мали тенденцію до зниження, проте у різній ступені. Найбільшими

темпами знизилась захворюваність на розлади психіки та поведінки (на 32,1%/), хвороби системи кровообігу (на 20,3%), хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (на 19,8%), хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин (на 18,3%) та на деякі інфекційні та паразитарні хвороби (на 16,8%).

Основу структури захворюваності традиційно формували хвороби органів дихання (45,2%), системи кровообігу (6,7%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (6,4%).

Аналіз структури зареєстрованих у 2017 році захворювань серед всього сільського та міського населення за класами хвороб та окремими нозологіями в Україні виявив наступні особливості в залежності від типу поселення (рис. 3.4.1). У містах України кількість зареєстрованих захворювань у розрахунку на 100 тисяч відповідного населення була вищою за показники в сільській місцевості: з приводу деяких інфекційних та паразитарних хвороб на 58,85%, – хвороб сечостатевої системи на 41,32%, – травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин на 37,66%, – хвороб шкіри та підшкірної клітковини на 36,12%, – новоутворень на 32,65%, – хвороб органів дихання на 9,36% та – хвороб органів травлення на 17,83%. В цей же час серед сільських мешканців переважали хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (на 21,40%), розлади психіки та поведінки (на 13,79%), хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин (на 10,40%), хвороби системи кровообігу (на 4,75%).

Найвищі показники захворюваності населення в 2017 році було виявлено в Західному та Центральному регіонах, відповідно 70830,0 та 700025,0 на 100 тис. населення. Основу цих даних склали високі рівні захворюваності у м. Києві (85,76 тис.) та Київській області (77,30 тис.), а у Західному регіоні: в Івано-Франківській, Львівській та Рівненській областях (відповідно, 84,71 тис., 76,94 тис. та 75,22 тис.). Водночас у Сумській

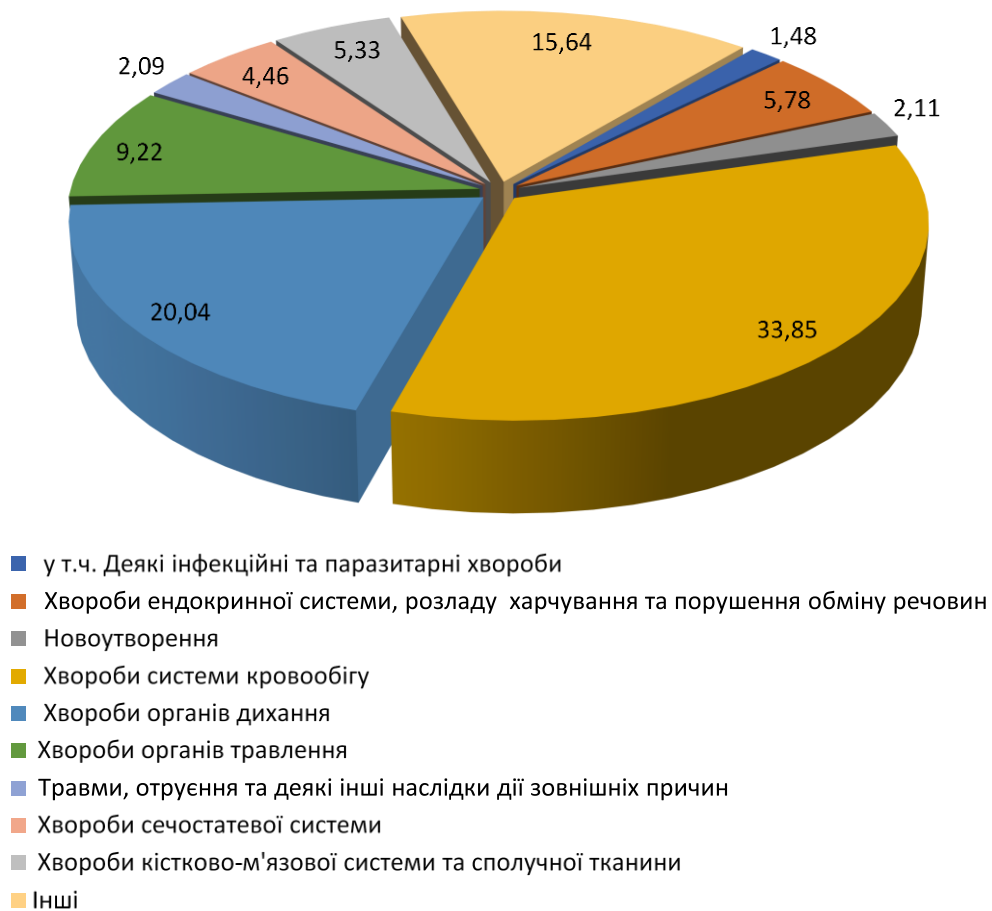


Рис. 3.4.1. Структура зареєстрованих захворювань серед сільського населення України у 2017 році

області рівень первинної захворюваності не перевищував 53 тис. на 100 тис. населення і був найнижчим в Україні.

Таким чином, за досліджуваний період рівень загальної захворюваності населення України знизився на 12,65%, в т. ч. за всіма основними групами нозологій. Найбільше знизилась захворюваність на хвороби системи кровообігу (-20,34%) та деякі інфекційні і паразитарні хвороби (-16,79%). Найменший рівень зниження спостерігався від захворювань на новоутворення (-2,54%). Серед сільських мешканців переважали хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму, розлади психіки та поведінки, хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин,

хвороби системи кровообігу. За регіональним розподілом найвищі показники захворюваності населення в 2017 році було виявлено в Західному та Центральному регіонах України.

### **3.5. Характеристика рівня смертності населення**

Негативні зрушення у смертності населення України розпочалися ще задовго до початку 1990-х років. Показники смертності в СРСР і в цілому в країнах Східної Європи завжди були одними з найвищих у світі у порівнянні з країнами Західної Європи та США. Підвищення смертності в Україні має складний комплекс довготривалих причин: низький рівень життя населення і його різке погіршення у кризовий період, незадовільний стан державної системи охорони здоров'я, сформованої за радянських часів і сучасна реформа галузі охорони здоров'я, погіршення екологічних умов, знецінення здоров'я як з боку держави, так і самих громадян. Ще у 1960 р. середня тривалість життя в Україні не тільки не відставала від рівня розвинутих країн світу, але навіть перевищувала його: вона була вищою, ніж у Японії, Франції та Німеччині і ненабагато меншою, ніж у Швеції. Однак на противагу розвинутим країнам світу, де у другій половині XX сторіччя спостерігались відчутні позитивні зрушення у динаміці та структурі смертності, динаміка основних медико-демографічних процесів в Україні відзначалась довготривалою стагнацією. Статистичні порівняння з іншими країнами свідчать, що за основними показниками природних змін населення – народжуваності, смертності, природного приросту – Україна стояла не тільки після країн Заходу, але й республік колишнього СРСР.

На сучасному етапі побудови нової України найбільш важливою демографічною проблемою, безумовно, є висока смертність, рівень якої з 1991 року (13,0 на 1000 населення) підвищився на 14,1%. Так, тільки в 1991-1995 роках відбулося різке щорічне зростання кількості смертей і досягло піку в 1995 році (792 587 померлих – найбільша кількість за весь період з

1991 по 2018 рр.). У 2005 році рівень смертності здобув другий максимум і склав 781 961 особу. Надалі смертність населення дещо знизилася і у 2017 році досягла найнижчого рівня, як у кількісному (574 123 особи) так і за відносним, за період з 2005 року, показником – 14,5‰. У 2018 році рівень смертності населення знову зріс і склав 14,8‰ (табл. 3.5.1). Пояснення цим негативним коливанням ми бачимо в дії соціально-економічних та політичних чинників, які відіграють найбільш помітне значення у впливі на тривалість життя населення.

У періоді дослідження відносні показники смертності коливалися в межах 12,97 – 16,66 на 1000 населення. У 2018 році загальний коефіцієнт

Табл. 3.5.1.

**Показник смертності населення України у 1991-2018 рр.  
(на 1 000 мешканців)**

Роки	Померлих на 1000 населення			Місто / Село	Зміна від попереднього року		
	Разом	Місто	Село		Разом	Місто	Село
2009	15,4	13,7	18,9	1,38	–5,86%	–6,80%	–5,03%
2010	15,3	13,7	18,6	1,36	–0,84%	0,00%	–1,59%
2011	14,6	13,1	17,7	1,35	–4,45%	–4,38%	–4,84%
2012	14,6	13,1	17,7	1,35	0,00%	0,00%	0,00%
2013	14,6	13,2	17,7	1,34	0,14%	0,76%	0,00%
2014*	14,8	13,2	18,1	1,37	0,96%	0,00%	2,26%
2015*	14,9	13,2	18,0	1,36	1,15%	0,00%	–0,55%
2016*	14,8	13,2	17,6	1,33	–1,07%	0,00%	–2,22%
2017*	14,5	13,0	17,3	1,33	–1,56%	–1,52%	–1,70%
2018*	14,8	13,4	17,5	1,31	1,79%	3,08%	1,16%
%, 2018 до 2009	96,04%	97,81%	92,59%	Середній рівень	–0,97	–0,89	–1,25

\* Без даних з тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

смертності був на 14,11% більшим за його значення у 1991 році. Його основу склала смертність серед жителів міст: різниця в показниках 1991 і 2018 років – 24,07%. В цей же час рівень смертності мешканців сільських поселень незначно зріс і складав, відповідно 17,2 ‰ та 17,5 ‰ (різниця +1,74%).

При порівнянні рівнів смертності населення за період 2009-2018 рр. встановлено їх зниження по Україні на 3,96%, в міських поселеннях на 2,19% і в сільській місцевості на 7,41%. В середньому щорічно показник смертності за цей період більш виражено знижувався серед населення сільських поселень (-1,25%), проте смертність на 1000 осіб наявного сільського населення у всі роки на 1,59-1,31%% перевищувала таку серед містян.

На тлі загальної картини показників смертності в цілому по Україні простежуються певні регіональні відмінності. У чотирьох регіонах, окрім Західного, у 2018 році становище було гірше, ніж в цілому по країні. Зокрема, суттєва різниця склалася у Північно-Східному регіоні, де загальний коефіцієнт смертності на 17,97% перевищив аналогічний середньо-український показник (17,53‰ проти 14,86‰). Така ж ситуація спостерігалася і у всіх трьох областях цього регіону.

Перевищення на 9,15% загальноукраїнського показника смертності спостерігалось у Південно-Східному регіоні (16,22‰), а в Центральному (15,30‰) та Південному (14,94‰) – рівень смертності незначно перевищував показник по Україні. На противагу згаданим регіонам – у Західному рівень смертності був нижчим ніж в Україні на 12,92% (12,94‰).

З областей – найвищою смертність у 2018 році спостерігалась у Чернігівській, Полтавській та Черкаській. Нижчою ж виявилась у м. Києві, Закарпатській та Чернівецькій областях.

При негативній тенденції збільшення рівня смертності в Україні в цілому за 1991-2018 роки, встановлено, що починаючи з 2010 року у всіх



регіонах в різній мірі відбулося її зниження. Так, показник смертності у 2018 році у порівнянні до даних 2009 року, найбільше знизився у Північно-Східному (-6,06%), проте не були враховані дані з частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

При тому, що зниження смертності з 2009 року відбулося у більшості регіонів України, окрім м. Києва, Запорізької, Харківської, Херсонської та Львівської областей, у всіх областях в середньому за цей період щорічне зниження складало біля 1,0%. Найбільшим середній рівень зниження смертності спостерігався у Кіровоградській (-1,31%), Волинській (-1,26%), Сумській (-1,25%), Рівненській (-1,14%) та Одеській (-1,12%) областях.

Однією із детермінант диференціації рівня смертності населення є місце його проживання. Так, особливо несприятлива динаміка смертності за досліджуваний період простежується серед міського населення України. З 1991 року відбувалося практично постійне зростання рівня смертності містян, а з 2009 року почалося незначне його зниження. Найвищий показник смертності зареєстровано в 2005 році (14,76‰). У 2018 році він склав 13,40‰.

Смертність сільського населення у 2009-2018 роках знаходилась у межах 18,9–17,3‰. З 2009 до 2011 року її рівень знижувався і в 2011 році склав 17,70‰. Надалі відбулися незначні коливання показника і в 2017 році він був найнижчим – 17,30‰. У 2018 році відбулося його зростання до 17,50‰. Особливо високий рівень загальної смертності в сільській місцевості у 2018 році (рис. 3.5.1) спостерігався в Північно-Східному регіоні (22,77‰) і він на 30,11% перевищував середньо-український (17,50‰). Вищою, ніж в Україні смертність була також у Центральному (20,36‰) та Південно-Східному (18,38‰) регіонах. Найнижчим, на 15,60% менше середньо-українського, рівень смертності селян був у Західному (14,77‰) регіоні. Найвищий показник смертності сільського населення спостерігався у Чернігівській (26,70‰) області. Наступну групу склали області з показником смертності що перевищував 20,00‰, це Сумська (21,40‰) та

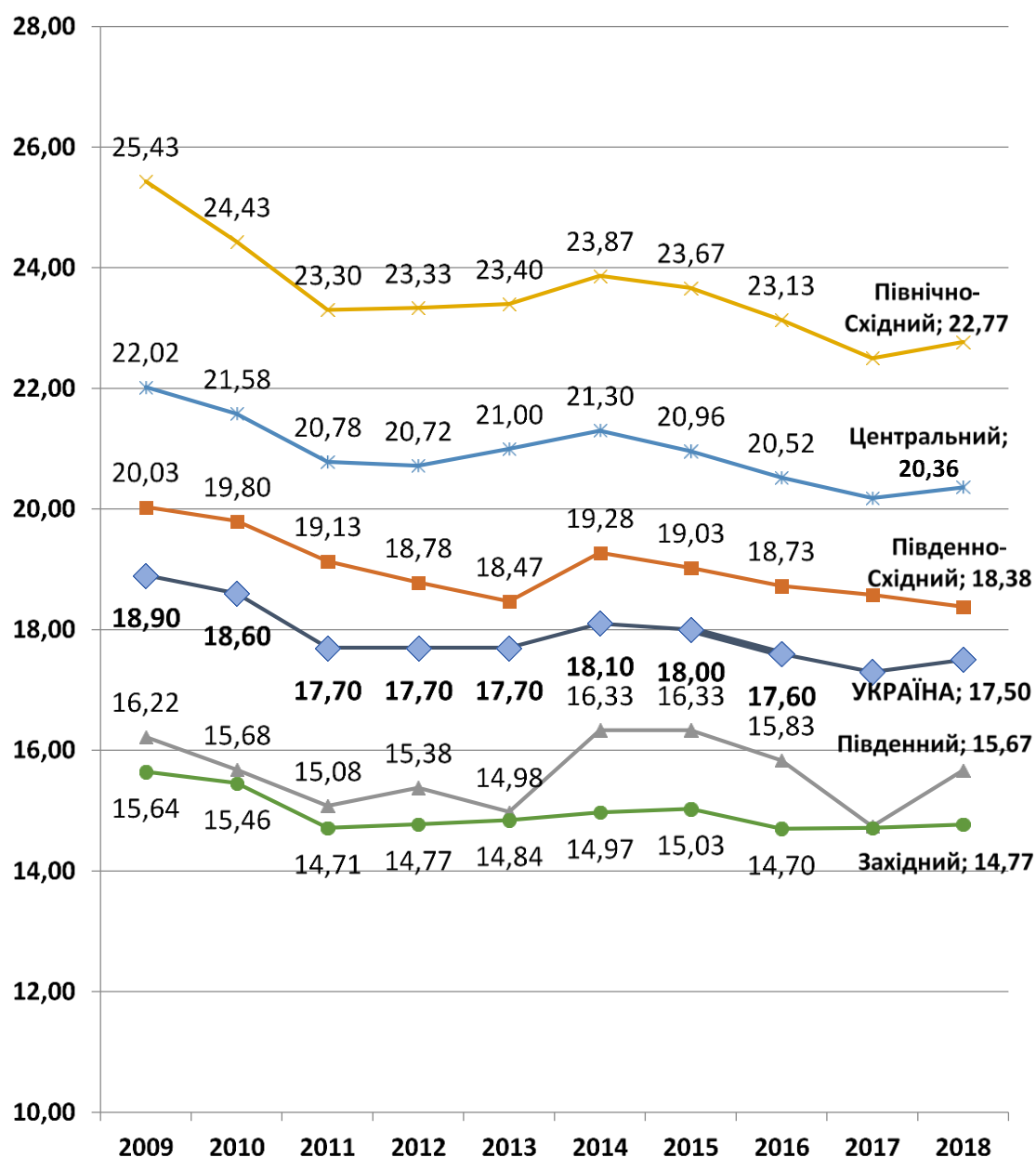


Рис. 3.5.1. Динаміка показника смертності населення сільських поселень України за 2009-2018 роки (‰)

Хмельницька (21,20‰), Київська (20,70‰), Полтавська, Житомирська та Черкаська (по 20,20‰).

Середній щорічний відсоток зміни рівня смертності мешканців села за 2009-2018 роки складав -1,27%. Зниження смертності сільських жителів за цей період зареєстровано у всіх регіонах і максимальним в середньому щорічно воно було в Південному регіоні (-1,68%), проте без врахування даних з окупованих територій. З адміністративних одиниць найвищий

середній відсоток щорічного зниження встановлено в Одеській (-2,13%) області цього регіону, а також у Кіровоградській (-1,93%), Сумській (-1,80%) та Дніпропетровській (-1,70%) областях.

### **Висновки за розділом**

За результатами вивчення динаміки чисельності сільського населення, його змін у статеві-віковому складі, особливостей народжуваності, захворюваності та смертності в Україні та її регіонах у 2009-2018 роках встановлено:

1. За даний період кількість наявного населення в країні зменшилась на 8,14%. При вивченні структури населення за місцем проживання з'ясовано, що у селах України проживає 30,71% її мешканців. Динаміка зміни цих показників вказує на поступову урбанізацію населення України.

2. Аналіз народонаселення України за регіональним принципом показав, що в цілому найбільше знизилась кількість населення у Північно-Східному регіоні (на 7,69%), а найменше у Західному (на 0,34%). При цьому, зменшення кількості сільського населення в цих регіонах було ще більш вираженим і склало відповідно -13,22% та -1,58%.

3. Встановлено, що частка жіночого населення, яке проживає у сільській місцевості має тенденцію до зменшення в усіх регіонах України: частка жінок у загальній кількості населення зменшилась на 1,13%, а найбільшим було скорочення їх частки у Північно-Східному регіоні України – на 1,47%.

4. При розрахунку динаміки демографічного навантаження з'ясовано, що у сільській та міській місцевостях України воно змінювалося у протилежних напрямках: у містах виросло на 18,47%, а у сільських поселеннях зменшилося на 5,28%, головним чином, за рахунок зниження частки осіб у віці 65 років і старших на 12,0% на тлі незначного приросту питомої ваги мешканців у віці 0-14 років (всього 2,81%). Це засвідчує, що зниження демографічного навантаження у сільській місцевості

сформувалось головним чином за рахунок високої смертності населення у похилому віці і недостатньої народжуваності.

5. Вияснено, що рівень народжуваності в Україні за досліджуваний період знизився на 21,62%: в однаковій мірі як у міській, так і у сільській місцевості. Проте народжуваність у сільських поселеннях перевищувала її рівень у містах в межах 8-20%.

6. Встановлено, що рівень народжуваності в Україні характеризується чітким розподілом на регіони: з найнижчими показниками народжуваності та найвищим її падінням у Північно-Східному регіоні, відносно високими показниками народжуваності з її зниженням (більше, ніж на четвертину) в міських поселеннях Західного регіону, найвищим зниженням народжуваності у сільській місцевості у Південно-Східному регіоні, зниженням народжуваності у містах (не беручи до уваги стабільні показники по м. Києву) у Центральному регіоні та у порівнянні до інших регіонів меншим убутком народжуваності у Південному регіоні.

7. Установлено, що рівень загальної захворюваності населення України знизився на 12,65%, в т. ч. за всіма основними групами нозологій. Найбільше знизилась захворюваність на хвороби системи кровообігу (-20,34%) та деякі інфекційні і паразитарні хвороби (-16,79%). Найменший рівень зниження демонструвала захворюваність на новоутворення (-2,54%). Серед сільських мешканців у протигагу міським жителям переважали хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму, розлади психіки та поведінки, хвороби ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин, хвороби системи кровообігу.

8. Однією із детермінант диференціації рівня смертності населення є місце його проживання. При порівнянні рівнів смертності населення встановлено їх зниження по Україні на 3,96%, в т. ч. у міських поселеннях на 2,19% проти 7,41% у сільській місцевості. В середньому щорічно показник смертності за цей період більш виражено знижувався серед

населення сільських поселень (-1,25%), проте смертність на 1000 осіб наявного сільського населення в усі роки на 1,59-1,31%% перевищувала таку серед містян.

9. Встановлено, що особливо високий рівень загальної смертності в сільській місцевості у 2018 році спостерігався в Північно-Східному регіоні (22,77‰) і він на 30,11% перевищував середньо-український (17,50‰). Найнижчий рівень смертності сільських мешканців у цьому ж році спостерігався у Західному регіоні – 14,77‰, що на 15,60% менше від середньоукраїнського показника.

Таким чином, можна констатувати, що на тлі загальної картини чисельності населення, його статеві-вікового складу, народжуваності, захворюваності та смертності в цілому по Україні простежуються певні регіональні відмінності що вказують на необхідність спільних дій обласних органів влади регіонів з удосконалення напрямків державної політики з питань народонаселення з метою покращення медико-демографічної ситуації в державі, в т. ч. у сільській місцевості.

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах [дод. III пп. 3, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 20, 21, 24].

## **РОЗДІЛ 4.**

### **ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ПІДКАРПАТСЬКОМУ ВОЄВОДСТВІ РЕСПУБЛІКИ ПОЛЬЩА**

Збереження здоров'я людини належить до пріоритетів соціального розвитку в кожній державі, оскільки у системі людських цінностей здоров'я має особливе значення – у разі його втрати або суттєвого погіршення все інше втрачає сенс. Здоров'я громадян значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки, є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку і добробуту суспільства.

Другою частиною другого етапу дослідження відповідно до розробленої програми було проведення порівняльного аналізу медико-демографічних процесів у Львівській області та Підкарпатському воєводстві Республіки Польща для формування групи показників з метою моніторингу ситуації з громадським здоров'ям, яка склалася в регіонах.

#### **4.1. Медико-демографічні показники: порівняння та розгляд отриманих даних**

Враховуючи географічну близькість – спільний кордон, подібність природно-кліматичних характеристик, площу території та кількість населення Львівської області України і Підкарпатського воєводства Польщі (додаток II частина 1) нами для проведення порівняння медико-демографічних процесів в цих регіонах відібрано такі групи показників, а саме:

- 1) чисельність населення, стать та тип поселення;
- 2) віковий склад населення;

- 3) демографічне навантаження;
- 4) середній вік населення;
- 5) народжуваність та сумарний коефіцієнт народжуваності;
- 6) показник відтворення населення;
- 7) смертність населення;
- 8) смертність немовлят;
- 9) основна причина смертності;
- 10) середня очікувана тривалість життя, що в більш повній мірі дають характеристику стану громадського здоров'я в регіоні чи населеному пункті.

#### **Чисельність населення, стать та тип поселення**

Дані показники відображають динаміку змін за період з 2009 по 2018 рік з врахуванням кількості міського та сільського населення та їх розподілу за статтю (табл. 4.1.1).

#### **Віковий склад населення**

Динаміка змін вікового складу населення Львівської області та Підкарпатського воєводства за 2009-2018 рр. розрахована за 3 віковими групами населення: населенням у віці 0-14 років, населенням у віці 15-64 роки, населенням у віці 65 років і старше (табл. 4.1.2).

#### **Демографічне навантаження**

При розрахунку показника демографічного навантаження встановлена узагальнена кількісна характеристика вікової структури населення, що показує навантаження на суспільство непродуктивним населенням (табл. 4.1.3).

Табл. 4.1.1.

**Чисельність населення за статтю та типом поселень у  
Львівській області та Підкарпатському воєводстві у 2009,  
2018 рр.**

Показники			Львівська область	Підкарпатське воєводство
Все населення	Разом	2009	2 534 559	2 099 495
		2018	2 511 238	2 129 138
		%% 2018 до 2009	99,08%	101,41%
	Чоловіки	2009	1 197 351	1 026 117
		2018	1 190 549	1 042 812
		%% 2018 до 2009	99,43%	101,63%
	Жінки	2009	1 337 208	1 073 378
		2018	1 320 689	1 086 326
		%% 2018 до 2009	98,76%	101,21%
Місто	Разом	2009	1 524 256	859 465
		2018	1 519 161	876 243
		%% 2018 до 2009	99,40%	101,95%
	Чоловіки	2009	717 011	410 664
		2018	712 780	419 464
		%% 2018 до 2009	99,41%	102,14%
	Жінки	2009	807 245	448 801
		2018	806 381	456 779
		%% 2018 до 2009	99,89%	101,78%
Село	Разом	2009	1 010 303	1 240 030
		2018	992 077	1 252 895
		%% 2018 до 2009	98,20%	101,04%
	Чоловіки	2009	480 340	615 453
		2018	477 769	623 348
		%% 2018 до 2009	99,46%	101,28%
	Жінки	2009	529 963	624 577
		2018	514 308	629 547
		%% 2018 до 2009	97,05%	100,80%



Табл. 4.1.2.

**Динаміка змін вікового складу населення Львівської області  
та Підкарпатського воєводства за 2009-2018 рр.**

	Львівська область				Підкарпатське воєводство			
	Всі	0-14	15-64	≥65	Всі	0-14	15-64	≥65
Обидві статі								
Разом	-0,92	3,90	-2,21	0,05	1,41	-6,78	-0,80	23,78
Місто	-0,33	5,91	-4,00	13,49	1,95	-0,40	-4,47	43,09
Село	-1,80	1,27	0,79	-14,56	1,04	-10,38	1,90	11,66
Чоловіки								
Разом	-0,57	4,28	-1,85	0,40	1,63	-6,89	-0,19	28,84
Місто	-0,59	6,22	-3,51	10,56	2,14	-0,24	-3,57	49,05
Село	-0,54	1,73	0,80	-11,99	1,28	-10,63	2,17	16,17
Жінки								
Разом	-1,24	3,51	-2,56	-0,14	1,21	-6,67	-1,42	20,61
Місто	-0,11	5,58	-4,45	15,15	1,78	-0,57	-5,32	39,36
Село	-2,95	0,80	0,77	-15,79	0,80	-10,12	1,62	8,83

Табл. 4.1.3.

**Коефіцієнт демографічного навантаження населення  
Львівської області та Підкарпатського воєводства за 2018 р.  
до 2009 р.**

Тип поселення	Львівська область	Підкарпатське воєводство
Разом	104,35%	107,58%
Місто	113,94%	125,12%
Село	92,55%	97,28%

**Середній вік населення**

Динаміка зміни середнього віку подана з врахуванням місця проживання населення Львівської області та Підкарпатського воєводства за 2009-2018 рр. (табл. 4.1.4).

Табл. 4.1.4.

**Середній вік населення Львівської області та  
Підкарпатського воєводства за 2009 та 2018 рр.**

	Середній вік населення 2009 р. / 2018 р.			Співвідношення 2018 р. до 2009 р.		
	Разом	Місто	Село	Разом	Місто	Село
Львівська область	40,70 / 40,52	40,16 / 40,61	41,52 / 40,38	99,55%	101,12%	97,24%
Підкарпатське воєводство	39,83 / 41,49	40,14 / 42,37	39,62 / 40,88	104,17%	105,57%	103,17%

**Народжуваність та Сумарний коефіцієнт народжуваності**

Коефіцієнт народжуваності у Львівській області та Підкарпатському воєводстві за 2009 та 2018 рр. подано як в цілому по території проживання, так і з врахуванням місця проживання населення (табл. 4.1.5).

Найточнішим виміром рівня народжуваності є розрахунок сумарного коефіцієнт народжуваності, який характеризує середню кількість народжень у однієї жінки в гіпотетичному поколінні за все її життя за умов

Табл. 4.1.5.

**Народжуваність на 1000 осіб наявного населення на 01.01  
відповідного року у Львівській області та Підкарпатському  
воєводстві**

Регіон	Народжуваність у 2009 р. / 2018 р.			Співвідношення 2018 р. до 2009 р.		
	Разом	Місто	Село	Разом	Місто	Село
Львівська область	11,30 / 9,90	10,80 / 9,20	12,20 / 10,90	87,61%	85,19%	89,34%
Підкарпатське воєводство	10,55 / 10,31	9,93 / 9,74	10,98 / 10,70	97,73%	98,09%	97,45%

збереження існуючих рівнів народжуваності у кожному віці незалежно від смертності та змін вікового складу (рис. 4.1.1).

### Показник відтворення населення

Показник відтворення жіночого покоління показує скільки в середньому дівчат, що народжені однією жінкою протягом життя, дожило б до віку матері при їх народженні за умови збереження в кожному віці

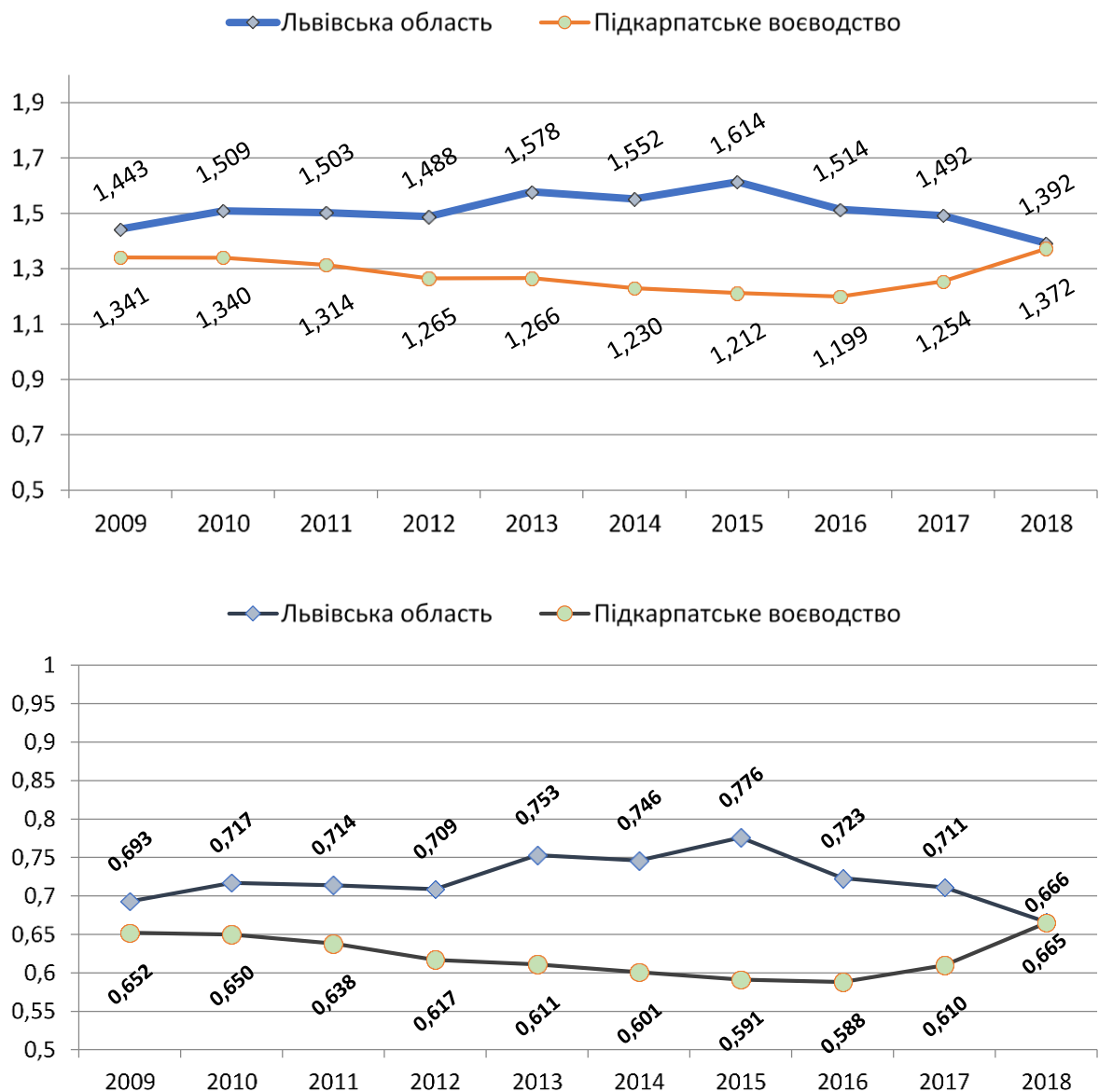


Рис. 4.1.1. Динаміка сумарного коефіцієнта народжуваності та показник відтворення населення (на 1 жінку) станом на 01.01. відповідного року у Львівській області та Підкарпатському воєводстві за 2009-2018 рр.

існуючих рівнів народжуваності і смертності. За отриманими даними станом на 1 січня за 2009-2018 років створено рисунок, який демонструє динаміку змін за цей період (рис. 4.1.1).

### **Смертність населення**

Загальний коефіцієнт смертності у Львівській області та Підкарпатському воєводстві за 2009 та 2018 рр. подано як в цілому по території проживання, так і з врахуванням місця проживання населення (табл. 4.1.6).

### **Смертність немовлят**

Одним з базових статистичних показників демографії є дані про смертність немовлят. Показники надано станом на 1 січня за 2009-2018 років у Львівській області та Підкарпатському воєводстві (рис. 4.1.2).

### **Основна причина смертності**

Основною причиною смертності населення в обох регіонах є патологія системи кровообігу (табл. 4.1.7).

*Табл. 4.1.6.*

### **Смертність наявного населення на 01.01. відповідного року у Львівській області та Підкарпатському воєводстві, ‰**

Регіон	Смертність у 2009 р. / 2018 р.			Співвідношення 2018 р. до 2009 р.		
	Разом	Місто	Село	Разом	Місто	Село
Львівська область	12,87 / 12,67	10,82 / 11,10	16,04 / 15,20	-1,55%	+2,59%	-5,24%
Підкарпатське воєводство	8,85 / 9,08	8,24 / 8,69	9,28 / 9,36	+2,60%	+5,46%	+0,86%

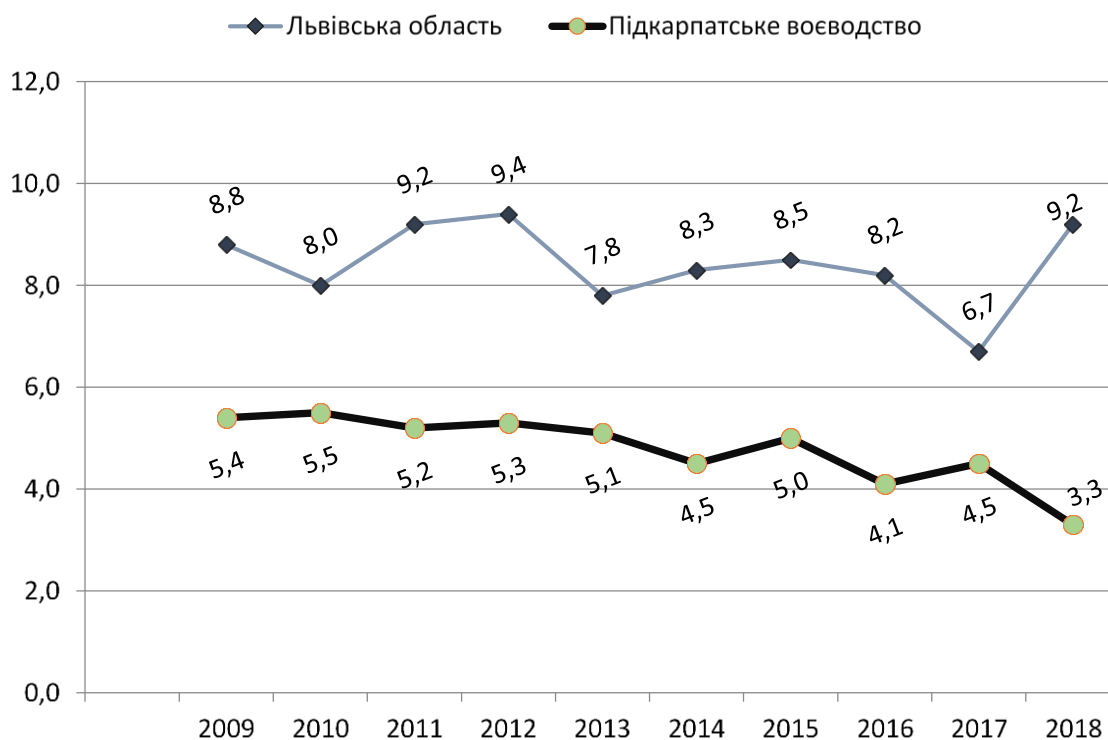


Рис. 4.1.2. Показник смертності немовлят (на 1000 живонароджених) на 01.01. відповідного року у Львівській області та Підкарпатському воєводстві за 2009-2018 рр.

### Середня очікувана тривалість життя

Дані про середню очікувану тривалість життя, як демографічний прогностичний статистичний показник та цільова ознака з розрахунку індексу людського розвитку ООН, показують усереднений очікуваний інтервал між народженням і смертю для даного покоління.

Нами проведено аналіз середньої очікуваної тривалості життя населення при народженні у 2009-2017 роках у Львівській області та Підкарпатському воєводстві з врахування місця проживання (табл. 4.1.8).

Смертність населення від патології системи кровообігу та її частка від загальної смертності населення, станом на 01.01. відповідного року у Львівській області та Підкарпатському воєводстві за 2009-2018 рр.

### Аналіз отриманих даних

В результаті проведеного дослідження, незважаючи на їх географічні особливості та близькість, співвідношення величини територій та кількості

Табл. 4.1.7.

**Смертність населення від патології системи кровообігу та її частка від загальної смертності населення, станом на 01.01 відповідного року у Львівській області та Підкарпатському воєводстві за 2009-2018 рр.**

Роки	Смертність (на 100 тисяч)		Частка в загальній смертності	
	Львівська область	Підкарпатське воєводство	Львівська область	Підкарпатське воєводство
2009	888,6	422,8	64,7	48,9
2010	839,5	459,5	65,2	51,9
2011	832,4	449,8	64,9	52,3
2012	785,7	430,5	64,1	50,3
2013	805,8	437,5	64,6	50,6
2014	814,5	441,6	65,3	50,6
2015	824,0	398,0	64,4	46,1
2016	835,6	487,3	64,5	53,4
2017	790,0	419,5	62,1	46,7
2018	790,5	391,9	62,4	43,1
%%, 2018 до 2009	-11,04%	-7,31%	—	—

населення Львівської області України та Підкарпатського воєводства Польщі, встановлено значну різницю у процесі розвитку регіонів двох суміжних держав за медико-демографічними показниками (Додаток II частина 2). Так, за вибраний для обчислення період встановлено позитивне сальдо чисельності населення Підкарпатського воєводства (+1,41%), в той час як у Львівській області відбулося його зменшення (-0,92%). Проте відрізнялись ці показники серед жіночої статі. На фоні демографічних змін

Табл. 4.1.8.

**Середня очікувана тривалість життя населення при  
народженні станом на 01.01 відповідного року у Львівській  
області та Підкарпатському воєводстві, за 2009 та 2018 роки**

Регіон / роки	Чоловіки			Жінки		
	Разом	Місто	Село	Разом	Місто	Село
Львівська область						
2009 / 2018	65,0 / 68,5	66,2 / 69,5	63,3 / 67,2	76,5 / 78,4	76,7 / 78,9	76,3 / 77,8
Відношення даних за 2018 до 2009	+5,38%	+4,98%	+6,16%	+2,48%	+2,87%	+1,97%
Підкарпатське воєводство						
2009 / 2018	73,1 / 75,6	73,6 / 76,5	72,6 / 74,9	81,3 / 83,1	81,1 / 83,0	81,4 / 83,1
Відношення даних за 2018 до 2008	+3,42%	+3,94%	+3,17%	+2,21%	+2,34%	+2,09%

за десятиліття у Львівській області найбільш виражено зменшилась кількість жінок (-1,24%), особливо у сільській місцевості (-2,95%). В цей же час у Підкарпатському воєводстві при зростанні кількості населення найменшим воно було серед жінок (+1,21%), в т. ч. серед мешканок сільської місцевості (+0,80%). Таким чином, зміна чисельності населення відбулася в обох регіонах з протилежним розвитком та зі рівночасними змінами серед мешканців, як за статтю так і за місцем проживання.

При вивченні зміни вікового складу населення цих регіонів встановлено позитивну динаміку населення у віці 0-14 років у Львівській області (+3,90%) з більш вираженим зростанням серед мешканців міських поселень (+5,91%). Більш вираженою є зміна кількості осіб у віці 65 років і старших: серед міських поселень спостерігалось зростання на +13,49%, а серед жителів сільської місцевості – зниження на -14,56%. Така ж різнонаправлена динаміка спостерігалася як серед чоловічого, так і серед жіночого населення області.

У Підкарпатському воєводстві при оцінці вікового складу населення встановлено, що кількість населення в обох вікових групах (0-14 років та 15-65 років) зменшилась незалежно від статі. В цей же час відбулося виражене зростання кількості осіб старшої вікової групи (65 років і більше). В цілому зростання за 10 років склало 23,78%. Значним чином воно відбулося серед міського населення – на 43,09%, серед чоловіків на 49,05%. У сільській місцевості таке збільшення склало 11,66%, в т.ч. серед чоловічого населення на 16,17%. Таким чином, постаріння населення спостерігалось в обох досліджуваних регіонах. Проте значно вираженішим воно було у Підкарпатському воєводстві. У Львівській області ця тенденція не була такою значною у зв'язку з невисоким, проте зростанням кількості осіб у віці 0-14 років.

Узагальнена кількісна характеристика вікової структури населення регіонів встановлена при розрахунку показника демографічного навантаження. Він показує, на основі попередніх даних, що навантаження на суспільство непродуктивним населенням в обох регіонах зросло, проте у меншій мірі у Львівській області (+4,35% проти +7,58% у Підкарпатському воєводстві). Значно більшим є ріст демографічного навантаження серед міського населення, відповідно +13,94% та +25,12%. На противагу відбулося його зменшення у сільській місцевості. Практичне застосування цих даних дає можливість розрахунку витрат, необхідних для пенсійного забезпечення, витрат на утримання дітей, їх використовують при розробці заходів щодо соціального забезпечення та раціонального використання трудових ресурсів.

Ще одним з показників, який характеризує віковий склад населення, є його середній вік. У звітному періоді найвищим був середній вік міського населення Підкарпатського воєводства (42,37 роки) і за 10 років з 2009 року він власне найбільше збільшився у цієї когорти мешканців (+5,57%). Зниження середнього віку спостерігалось у групі мешканців сільської території Львівської області (-2,76%). В цій групі жителів села у 2018 р.



встановлено і найнижчий середній вік населення (40,38 років), а в цілому середній вік мешканців Львівської області був нижчим, чим у всіх групах жителів Підкарпатського воєводства.

Результат дії соціальних сил і закономірностей народонаселення в конкретних умовах характеризує такий показник як народжуваність. Які ж особливості народжуваності виявлено нами у двох суміжних регіонах? Рівень народжуваності у Львівській області у 2009 році перевищував такий у Підкарпатському воєводстві, в т. ч. як в міських поселеннях, так і у сільській місцевості. Проте, станом на 01.01.2018 р. рівень народжуваності знизився як Львівській області так і Підкарпатському регіоні. Зниження народжуваності було більш вираженим у Львівській області (на 12,39%, у Підкарпатському регіоні – на 2,27%), що привело до рівня показників нижчих в цілому та у міських поселеннях, ніж у Підкарпатському воєводстві.

Для здійснення міжтериторіального порівняння цінним є коефіцієнт сумарної народжуваності, який дозволяє одним числом, величина якого не залежить від впливу вікової структури, дати характеристику рівню народжуваності в тій або іншій країні. Нами встановлено, що сумарний коефіцієнт народжуваності у 2009-2018 рр. всі роки був вищим у Львівській області. Проте динаміка його зміни з 2015 року у Львівській області є негативною, а в Підкарпатському воєводстві з 2016 року почалося зростання сумарного коефіцієнта народжуваності і він став найвищим за весь досліджуваний період (2018 р. – 1,372).

Оцінку стану відтворення населення дає аналогічний показник. Розрахунок цього показника свідчить, що у Львівській області при всіх коливаннях його значень у 2018 році встановлено найнижчий його рівень (0,666). В цей же час у Підкарпатському воєводстві у 2018 році встановлено найвище за 10 років його значення (0,665). Оскільки за весь досліджуваний період показник відтворення населення в середньому на одну жінку був нижчим за 1, відповідно встановлено його звужений

характер в обох регіонах, що свідчить про перевищення смертності над народжуваністю.

Незважаючи на позитивні зміни у рівнях смертності населення Львівської області в цілому та за рахунок зменшення показника смертності серед мешканців сільської місцевості – в області смертність перевищує таку у Підкарпатському воєводстві. За даними 2017 року це перевищення складало 1,40 рази. При цьому показник смертності немовлят у цьому році у Львівській області перевищував такий у Підкарпатському воєводстві у 2,79 рази.

Основним класом хвороб, який викликав смерть населення в обох регіонах була патологія системи кровообігу. Вона складала 62-65 відсотків всіх смертей у Львівській області та від 43 до 53,4% (в залежності від року) у Підкарпатському воєводстві. Перевищення у Львівській області в середньому становило 1,30 рази і найвищим воно було у 2017 році (1,45 рази).

Важливим при характеристиці медико-демографічних процесів та інтегральної оцінки стану здоров'я є такий прогностичний показник як середня очікувана тривалість життя. Тривалість життя жіночого населення в обох регіонах є вищою за чоловіче населення. Проте у Підкарпатському воєводстві як жінки, так і чоловіки живуть довше. При порівнянні за останні 10 років встановлено зростання тривалості життя в обох регіонах. Більш вираженим воно виявилось у чоловічого населення Львівській області в цілому (+5,38%), як і серед мешканців міст (+4,98%), так і у сільській місцевості (+6,16%). Подовження середньої очікуваної тривалості життя серед жінок в обох регіонах не перевищило 3,0%.

Рівень загальної захворюваності населення у Львівській області за досліджуваний період зменшився на 8,67%. На цьому фоні відбулося значне зростання захворюваності мешканців області на онкопатологію (+13,46%).

Таким чином, проведений порівняльний аналіз медико-демографічних процесів у двох суміжних регіонах сусідніх країн зважаючи на їх географічну близькість, співвідношення величини територій та кількість населення показав значну різницю у динаміці змін. На обох територіях відбувається постаріння населення, що ілюструють такі показники як віковий склад населення, рівень демографічного навантаження та середній вік населення. Дані про відтворення населення в обох регіонах є звуженими, що вказує на переважання смертності над народжуваністю. Проте народжуваність у Підкарпатському воєводстві є вищою, а рівень смертності нижчим, ніж у Львівській області, в т. ч. від основної причини – патології системи кровообігу. І, як результат, середня очікувана тривалість життя у Підкарпатському регіоні є вищою і має тенденцію до подальшого зростання. В цей же час у Львівській області також спостерігається зростання середньої очікуваної тривалості життя, що зумовлено позитивною тенденцією до зменшення рівня загальної смертності, проте нівелюється зниженням народжуваності та високими рівнями – смертності немовлят і смертності населення, особливо від патології системи кровообігу.

#### **4.2. Захворюваність населення Львівської області у 2009-2018 роках**

В доповнення до порівняльних даних медико-демографічних показників у Львівській області та Підкарпатському воєводстві Польщі проведено аналіз показників загальної захворюваності населення Львівській області у 2009-2018 роках, її структури у 2018 році та захворюваності дорослих, мешканців сільської місцевості Львівської області у 2009-2018 роки. Результати дослідження представлено на таблиці 4.2.1 та рисунку 4.2.1.

Табл. 4.2.1.

**Зареєстровано захворювань за основними класами  
захворювань серед дорослих, мешканців сільської місцевості  
Львівської області у 2009-2018 роках, вперше в житті**

№	Назва класів захворювань	На 1000 дорослих		
		2009	2018	2009 до 2018
1	ВСЬОГО	682,8	586,7	14,1
2	Інфекційні та паразитарні хвороби	11,8	11,8	0,00
3	Новоутворення	5,6	6,2	-10,7
4	Хвороби ендокринної системи	7,6	7,8	-2,6
5	Хвороби нервової системи	30,1	25,8	14,3
6	Хвороби ока та придатк. апарату	34,8	34,7	0,3
7	Хвороби вуха та сосков. відростка	23,7	20,3	14,4
8	Хвороби системи кровообігу	70,4	51,5	26,9
9	Хвороби органів дихання	304,4	269,2	11,6
10	Хвороби органів травлення	33,2	26,9	19,0
11	Хвороби шкіри і підшкірної клітковини	32,4	31,6	2,5
12	Хвороби кістково-м'язової системи	42,3	32	24,4
13	Хвороби сечостатевої системи	37,3	33,8	9,4
14	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	28,7	20,9	27,2

Рівень загальної захворюваності населення Львівської області ми оцінювали за показником первинної захворюваності. У 2018 році первинна захворюваність населення за всіма класами хвороб складала 586,6 хворих на 100 тис. мешканців. Для цього показника за період 2009-2018 роки була характерна динаміка постійного зниження, окрім як у 2016 році відбулося незначне зростання на 0,5% у порівнянні до даних 2015 року. В цілому за досліджуваний період рівень загальної захворюваності населення області знизився на 8,7%.

Рівні захворюваності серед всього населення за основними класами хвороб, окрім захворюваності на інфекційні та паразитарні хвороби і

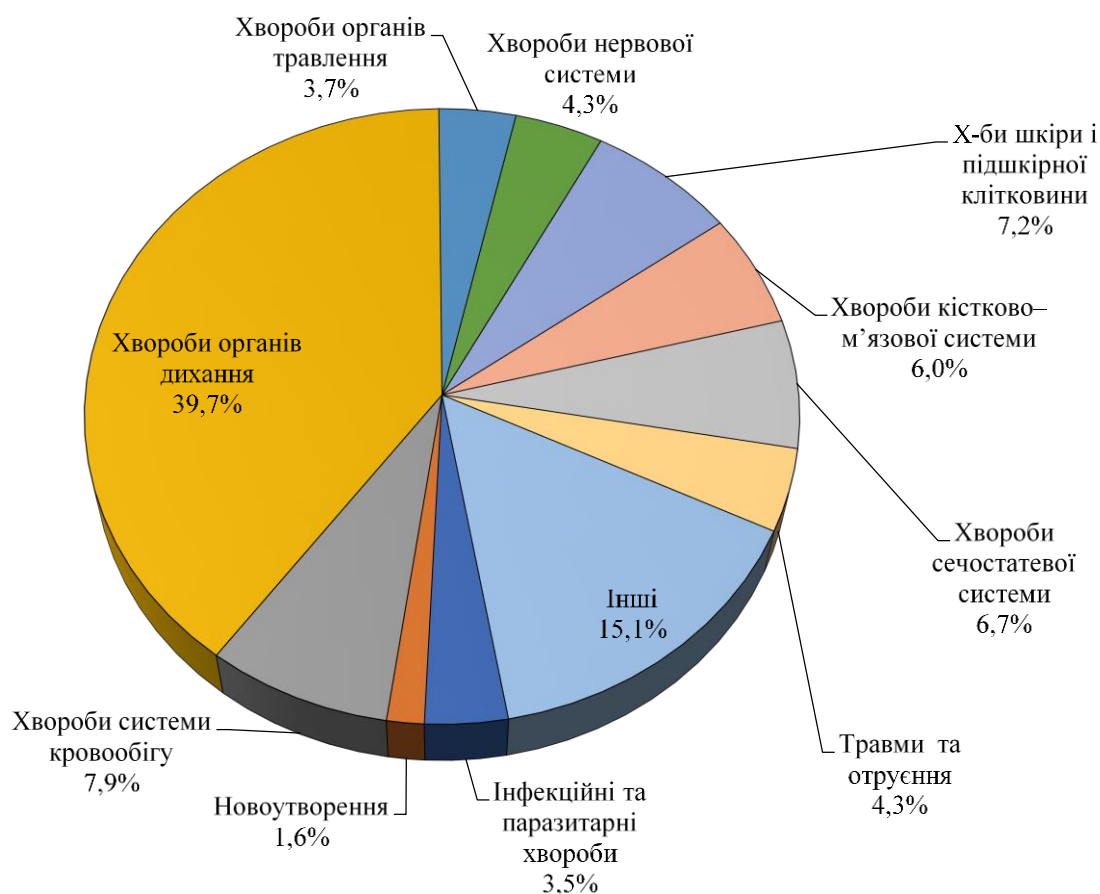


Рис. 4.2.1. Структура загальної захворюваності населення Львівської області у 2018 році

новоутворення, мали тенденцію до зниження, проте у різній ступені. Найбільшим було зниження захворюваності на хвороби системи кровообігу (на 28,7%), хвороби органів дихання (на 25,8%) та на травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (на 22,1%).

Основу структури захворюваності традиційно формували хвороби органів дихання (у 2018 році – 39,7%). Наступними у співвідношенні за кількістю випадків на 100 тисяч осіб були хвороби системи кровообігу (7,9%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (7,2%), хвороби сечостатевої системи (6,7%) та кістково-м'язової системи (6,0%).

Аналіз зареєстрованих за основними класами захворювань серед дорослих, мешканців сільської місцевості Львівської області у 2009-2018 роках показав, що на фоні загального зниження в області кількості вперше

в житті зареєстрованих захворювань на 14,1%, відбулося зростання кількості зареєстрованих захворювань особливо приводу новоутворень (на 10,7%) та хвороб ендокринної системи (на 2,6%). Найбільшим було зниження кількості захворювань з приводу травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (на 27,2%), хвороб системи кровообігу (на 26,9%) та хвороб кістково-м'язової системи (на 24,4%).

### **Висновки за розділом**

1. В результаті проведеного дослідження показано значну різницю медико-демографічних процесів у сусідніх регіонах двох суміжних держав за відібраними нами 10 індикаторами, що дало можливість виділити низку проблем у стані здоров'я сільського населення Львівської області.

2. Встановлено позитивне сальдо чисельності населення Підкарпатського воєводства республіки Польща (+1,41%), в той час як у Львівській області відбулося його зменшення (-0,92%), при цьому у Львівській області найбільш виражено зменшилась кількість жінок (-1,24%), особливо у сільській місцевості (-2,95%), у Підкарпатському воєводстві – протилежні дані: зростання серед жінок (+1,21%), в т. ч. серед мешканок сільської місцевості (+0,80%).

3. Рівень загальної захворюваності населення у Львівській області за досліджуваний період зменшився на 8,67%. На цьому фоні відбулося значне зростання захворюваності сільських мешканців області на онкопатологію.

4. Попри позитивні зміни у показнику смертності населення Львівської області в цілому і серед мешканців сільської місцевості, його рівні все одно залишалися вищими ніж у Підкарпатському воєводстві в 1,4 рази, а показник смертності немовлят – у 2,79 рази.

5. Основна причина смерті в обох регіонах – хвороби системи кровообігу, на які припадало 60 і більше відсотків всіх смертей у Львівській області та від 43 до 54% (залежно від року) у Підкарпатському воєводстві.

При цьому, рівні смертності від хвороб системи кровообігу на Львівщині були удвічі вищими впродовж усього періоду спостереження.

6. Середня очікувана тривалість життя за останні 10 років зросла в обох порівнюваних регіонах. Проте, якщо у Підкарпатському воєводстві у 2017 році вона у жінок сягала 83,1 років, а чоловіків 75,6 років, то у Львівській області рівні середньої очікуваної тривалості життя були значно нижчими і становили 78,4 років у жінок та всього 68,5 років у чоловіків.

7. Оцінка отриманих результатів щодо мешканців сільської місцевості Львівської області показала, що в останні роки відбулося зниження його чисельності, зниження кількості осіб у віці 65 років і старших, як результат – зниження середнього віку населення; констатовано зниження народжуваності та позитивна тенденція зниження смертності внаслідок чого сталося зростання середньої очікуваної тривалості життя з перевагою серед осіб чоловічої статі.

8. Аналіз зареєстрованих за основними класами захворювань серед дорослих, мешканців сільської місцевості Львівської області у 2009-2018 роках показав, що на фоні загального зниження в області кількості вперше в житті зареєстрованих захворювань на 14,1%, відбулося значне зростання кількості зареєстрованих захворювань з приводу онкопатології (+10,7%).

9. Аналіз вивчення медико-демографічних показників у двох суміжних близьких за величиною території та кількістю населення адміністративних одиницях, різних за станом соціально-економічного розвитку країн дає можливість оцінити базові особливості народонаселення та стан громадського здоров'я у суспільстві та спрямувати дії громади на стимулювання народжуваності та зниження смертності населення, що зумовить в подальшому подовження середньої очікуваної тривалості життя.

Таким чином, аналіз відібраних нами даних дав змогу виокремити вплив саме глобальних, суспільно-політичних і соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення та свідчить про необхідність розробки власне регіональних заходів щодо зниження негативного впливу детермінант на здоров'я населення, а запропоновані показники можуть бути основою для проведення моніторингу ефективності реалізованих дій соціально-економічного характеру та стану здоров'я населення.

Матеріали розділу викладені в особистих наукових працях [дод. III п. 3, п. 5].



**РОЗДІЛ 5.**  
**САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я МЕШКАНЦЯМИ СІЛЬСЬКОЇ**  
**МІСЦЕВОСТІ**  
**(за даними фокус-групового дослідження)**

В комплексній характеристиці якості життя населення [9, 62, 113, 166] важливе місце займає стан здоров'я мешканців, організація та ефективність системи охорони здоров'я. Одним з кроків реалізації заходів щодо покращення і зменшення нерівності в доступності до медичної допомоги, розробки алгоритмів їх впровадження є проведення населенням самооцінки здоров'я та аналіз отриманих результатів [196, 209]. Враховуючи динамічність суспільних змін в Україні, незначну кількість наукових досліджень з питань самооцінки здоров'я [11, 143, 144, 224], в т. ч. з врахуванням територіальних особливостей [40] метою третьому етапу нашого дослідження слугувало комплексне вивчення самооцінки здоров'я мешканцями сільської місцевості.

У фокус-груповому дослідженні взяли участь 434 особи трьох сіл Пустомитівського району Львівської області, що складає 5,1% від усього населення цих населених пунктів у віці старше 18 років. В цілому з числа опитаних: 301 було у віці до 40 років включно, 133 – склали старшу вікову групу. За рівнем освіти 72 особи були з вищою освітою, 228 з середньою спеціальною та 134 з середньою та незакінченою середньою.

Для представлення і розуміння отриманих результатів самооцінки здоров'я респондентів було розділено на групи за статтю, та відповідні підгрупи за віком та освітою.

Першу групу склали 221 особа чоловічої статі, з яких 147 були у віці до 40 років включно, а 74 – після 40 років, 41 – набули вищу освіту, 64 – середню та 116 – середню спеціальну.

Друга група складалася з 213 жінок, з яких 99 були у віці до 40 років включно, а 114 – після 40, 31 – набули вищу освіту, 70 – середню та 112 – середню спеціальну.

Опитування мешканців сіл показало, що стан свого здоров'я оцінюють як «добрий»  $31,34 \pm 2,23\%$  опитаних та ще  $35,25 \pm 2,29\%$  як «швидше добрий» (разом  $66,59 \pm 2,26\%$ ). Задовільну оцінку своєму стану здоров'я поставило  $18,89 \pm 1,88\%$  респондентів. З числа опитаних такі оцінки свого здоров'я визначили  $79,64 \pm 2,71\%$  чоловіків та  $91,55 \pm 1,91\%$  жінок. Проте, опитані чоловіки частіше оцінювали власне здоров'я як «добре» ( $50,68 \pm 3,36\%$ ), а жінки – як «швидше добре» ( $59,62 \pm 3,36\%$ ,  $p \leq 0,01$ ) (рис. 5.1).

У групі чоловіків, позитивну оцінку здоров'ю (стан свого здоров'я «добрий» та «швидше добрий») виставили  $57,82 \pm 4,07\%$  ( $p \leq 0,05$ ) осіб у віці

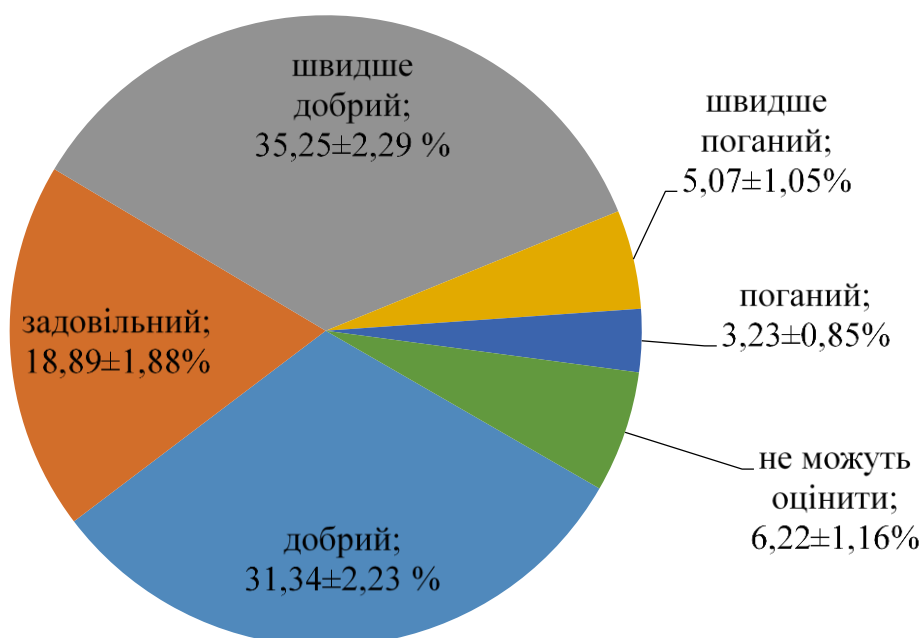


Рис. 5.1. Результати самооцінки здоров'я мешканцями сільської місцевості

до та 40 років. Серед жінок у цьому віці такий висновок зробили  $33,33 \pm 4,74\%$  опитаних ( $p \leq 0,05$ ).

Щодо оцінки свого здоров'я і рівня освіти респондентів результати наступні: на «добре» здоров'я вказало  $58,54 \pm 7,69\%$  чоловіків та  $12,20 \pm 5,88\%$  з опитаних жінок, які мали вищу освіту. В більшій кількості жінки з вищою освітою зазначили «швидше добрий» та «задовільний» стан здоров'я –  $70,97 \pm 8,15\%$  (чоловіче населення –  $19,51 \pm 6,19\%$ ).

Оцінка, щодо «задовільного», «швидше доброго» та «доброго» здоров'я була зазначена 81 особою ( $35,53 \pm 3,17\%$ ) – з середньою спеціальною та 30 ( $22,39 \pm 3,60\%$ ) – із середньою та незакінченою середньою освітою ( $p \leq 0,01$ ).

Таким чином, в більшій мірі опитані респонденти – мешканці сільської місцевості, вказали на «добрий - швидше добрий» стан свого здоров'я. Достовірно вищим він був зазначений чоловіками у віці до та 40 років з набутою середньою спеціальною освітою. В цей же час, жіноче населення більш критично оцінило рівень свого здоров'я без достовірної різниці за віком та в більшій мірі з набутою середньою спеціальною освітою.

На запитання «Чи достатньо Ви приділяєте уваги до свого здоров'я?»  $6,68 \pm 1,20\%$  ( $p \leq 0,01$ ) не змогли оцінити своє ставлення до здоров'я.  $31,34 \pm 2,23\%$  ( $p \leq 0,01$ ) опитаних дали ствердну відповідь, а  $61,98 \pm 2,33\%$  ( $p \leq 0,01$ ) зазначили, що недостатньо звертають увагу на стан свого здоров'я. З числа респондентів, які позитивно відповіли на запитання  $19,85 \pm 3,42\%$  ( $p \leq 0,01$ ) складали жінки,  $85,29 \pm 3,04\%$  ( $p \leq 0,01$ ) – це були особи у віці до 40 років,  $45,59 \pm 4,27\%$  ( $p \leq 0,01$ ) - люди з вищою освітою.

Жінки у більшій мірі ( $81,22 \pm 2,68\%$ ,  $p \leq 0,01$ ) зазначили, що вони доволі мало звертають увагу на стан свого здоров'я. Такий же висновок зробили і особи у віці після 40 років ( $77,13 \pm 3,06\%$ ,  $p \leq 0,01$ ).

Запитання «Чи змінилось в останні 2-3 роки ставлення до свого здоров'я?» – розподіл відповідей показав, що у  $34,10 \pm 2,28\%$  ( $p \leq 0,01$ )

респондентів не змінили відношення до здоров'я (табл. 5.1). Серед них  $55,20 \pm 3,35\%$  чоловіків та  $51,39 \pm 5,89\%$  осіб з вищою освітою. Лише  $13,82 \pm 1,66$  опитаних вказали, що ведуть здоровий спосіб життя. За останні роки розпочали дотримуватись здорового способу життя половина опитаних, проте це роблять не завжди ( $7,60 \pm 1,27\%$ ), або ж надалі мають шкідливі звички ( $42,40 \pm 2,37\%$ ).

Лише 9 осіб з числа респондентів ( $2,07 \pm 0,68\%$ ) вказали, що відвідують медичний заклад з профілактичною метою.

На запитання «Що Ви зробили для покращення свого здоров'я за останній рік?» основним респондентами було зазначено про зменшення вживання алкоголю –  $34,79 \pm 2,29\%$  (табл. 5.2). Наступне на що звернули увагу опитані це «Збільшення ними кількості споживання овочів та фруктів» –  $12,67 \pm 1,60\%$  та припинення куріння тютюну  $9,68 \pm 1,42$ .

Табл. 5.1

#### Оцінка респондентами ставлення до свого здоров'я, в %%

Критерій	Разом	Стать		Вік (років)		Вища освіта	
		Чол.	Жін.	≤40	>40	Так	Ні
Осіб	434	221	213	246	188	72	362
Я веду здоровий спосіб життя	$13,82 \pm 1,66$	$14,48 \pm 2,37$	$13,15 \pm 2,32$	$18,29 \pm 2,46$	$4,17 \pm 1,46$	$15,28 \pm 4,24$	$12,98 \pm 1,77$
Так, я розпочав дотримуватись здорового життя, але не завжди	$7,60 \pm 1,27$	$4,98 \pm 1,46$	$7,98 \pm 1,86$	$8,13 \pm 1,74$	$6,25 \pm 1,77$	$5,56 \pm 2,70$	$10,77 \pm 1,63$
Так, я намагаюся дотримуватися здорового способу життя, але маю шкідливі звички	$42,41 \pm 2,37$	$25,34 \pm 2,93$	$63,84 \pm 3,29$	$30,89 \pm 2,95$	$68,75 \pm 3,38$	$26,38 \pm 5,19$	$58,85 \pm 2,59$
Я відвідую медичний заклад з метою профілактичного огляду	$2,07 \pm 0,68$	$0,00 \pm 0,00$	$4,23 \pm 1,38$	$1,22 \pm 0,70$	$4,17 \pm 1,46$	$2,78 \pm 1,94$	$1,38 \pm 0,61$
Ні, не змінилося	$34,10 \pm 2,28$	$55,20 \pm 3,35$	$10,80 \pm 2,13$	$41,47 \pm 3,14$	$16,66 \pm 2,72$	$50,00 \pm 5,89$	$16,02 \pm 1,93$

Табл. 5.2.

**Основні дії респондентів за останній рік для покращення  
свого здоров'я, в %%**

Критерій	Разом	Стать		Вік (років)		Вища освіта	
		Чол.	Жін.	≤40	>40	Так	Ні
Осіб	434	221	213	246	188	72	362
Збільшили кількість споживання овочів та фруктів	12,67 ±1,60	9,50 ±1,97	15,96 ±2,51	17,48 ±3,08	6,38 ±4,41	4,17 ±2,36	14,36 ±1,84
Збільшили вживання знежирених молочних продуктів	2,76 ±0,79	0,00 ±0,00	5,63 ±1,58	1,22 ±0,00	4,79 ±2,06	2,78 ±1,94	2,76 ±0,86
Збільшили вживання хлібо-булочних виробів з підвищеним вмістом грубих волокон	1,15 ±0,51	1,36 ±0,78	0,94 ±0,66	1,63 ±0,00	0,53 ±2,89	2,78 ±1,94	0,83 ±0,48
Кинули курити	9,68 ±1,42	10,41 ±2,05	8,92 ±1,95	11,38 ±4,59	7,45 ±3,49	16,67 ±4,39	8,29 ±1,45
Зменшили вживання алкоголю	34,79 ±2,29	36,65 ±3,24	32,86 ±3,22	30,08 ±4,37	40,96 ±7,22	27,78 ±5,28	36,19 ±2,53
Зменшили вживання тваринних жирів	2,30 ±0,72	0,90 ±0,64	3,76 ±1,30	1,63 ±0,91	3,19 ±0,89	2,78 ±1,94	2,21 ±0,77
Зменшення вживання солі	1,84 ±0,65	0,90 ±0,64	2,82 ±1,13	2,03 ±0,00	1,60 ±2,89	9,72 ±3,49	0,28 ±0,28
Зменшили вживання цукру	4,15 ±0,96	3,17 ±1,18	5,16 ±1,52	4,47 ±2,16	3,72 ±3,49	9,72 ±3,49	3,04 ±0,90
Не вважаю це нічим необхідним	22,81 ±2,01	25,34 ±2,93	20,19 ±2,75	21,54 ±2,48	24,47 ±3,49	12,50 ±3,90	24,86 ±2,27

Необхідно зазначити, що кинули курити та зменшили вживання алкоголю 41,46±3,14% осіб у віці до 40 років та 44,44±5,86% мешканців з вищою освітою.

На такі запитання, як «Збільшили вживання знежирених молочних продуктів», «Збільшили вживання хлібо-булочних виробів з підвищеним вмістом грубих волокон», «Зменшили вживання солі» та «Зменшили

вживання цукру» позитивно відповіли всього 43 особи, або  $9,91 \pm 1,43\%$  опитаних жителів.

Слід зауважити, що практично одна четверта респондентів ( $22,81 \pm 2,01\%$ ) зазначили, що не вважали необхідним змінювати свій спосіб життя, з них 56 ( $25,34 \pm 2,93\%$ ) чоловіків та 43 ( $20,19 \pm 2,75\%$ ) жінки, у більшій мірі мешканці віком після 40 років – 53 особи ( $24,47 \pm 3,49\%$ ) та з середньою та незакінченою середньою освітою – 90 ( $24,86 \pm 2,27\%$ ).

У розвиток питання щодо шкідливих звичок, встановлено, що тільки  $16,36 \pm 1,78\%$  респондентів не вживають спиртні напої. І, практично, стільки ж опитаних ( $15,44 \pm 1,73\%$ ) зазначили, що щоденно вживають алкогольні або ж слабоалкогольні вироби. Основна кількість мешканців села  $60,60 \pm 2,35\%$  вказала що споживають спиртні напої у святкові дні або не частіше 2-3 разів на місяць. Статистичної різниці у вживанні алкоголю щодо віку, статі та освіти нами не встановлено.

На запитання про куріння 198 ( $45,62 \pm 2,39\%$ ) респондентів, в т. ч. 42 що в останній рік кинули курити, вказали що не курять. Щодо тривалості куріння –  $8,53 \pm 1,34\%$  мешканців курять більше 20 років. Встановлено, що серед жіночого населення переважають курці зі стажем куріння 5-10 років ( $27,83 \pm 4,18\%$ ), а серед чоловіків – курці тривалістю 1-4 роки ( $28,93 \pm 4,12\%$ ).

Достовірно більше курців виявлено віком до 40 років ( $58,05 \pm 3,21\%$ ) та з середньою освітою ( $74,58 \pm 2,83\%$ ,  $p \leq 0,05$ ). При тому більше половини мешканців із середньою освітою розпочали курити 4 роки тому ( $52,27 \pm 3,77\%$ ).

Визначення у респондентів про їхнє звернення до закладів охорони здоров'я встановило, що  $29,26 \pm 2,18\%$  опитаних відвідували медичні установи. Причиною звернення у лікувальний заклад була травма, або нещасний випадок ( $18,90 \pm 3,47\%$ , захворювання чи порушення здоров'я ( $45,67 \pm 4,42\%$ ), відвідували ЗОЗ з метою профілактичного огляду

( $5,51 \pm 2,02\%$ ). Одна третина звернень ( $28,35 \pm 4,00\%$ ) були пов'язані з отриманням довідок, скерувань, відновленням виписаних рецептів.

Респондентів, які зверталися до лікарів, було опитано чи були у них випадки звертання до вузького спеціаліста без скерування сімейного лікаря:  $24,41 \pm 3,81\%$  мешканців без скерування сімейного лікаря безпосередньо обстежувались у вузьких спеціалістів, в т. ч. у ендокринолога, окуліста, гінеколога, хірурга, дерматолога.

На запитання «Коли Вам останній раз вимірювали артеріальний тиск?»  $40,94 \pm 4,36\%$  опитаних зазначили, що це було в межах 3-5 місяців, а  $44,09 \pm 4,41\%$  респондентів не пам'ятають про це або ж зазначають межу в 1-3 роки.

Результати опитування щодо фізичного та емоційного стану мешканців села виявилися наступними:

1. Були в останні 4 тижні життєрадісними весь час, а також у більшій частині часу та доволі часто – 278 осіб ( $64,06 \pm 2,30\%$ ), серед чоловіків –  $60,63 \pm 3,29\%$ , серед жіночого населення –  $68,08 \pm 3,19\%$ . Опитані у віці до та 40 років таке зазначили у  $79,27 \pm 2,58\%$ , а старші за 40 років – у  $35,11 \pm 3,48\%$  ( $p \leq 0,01$ ). Зі 278 осіб, що таке позначили у своїх відповідях –  $13,67 \pm 2,04\%$  мали вищу освіту ( $p \leq 0,01$ ) та  $47,48 \pm 2,99\%$  були одруженими ( $p \geq 0,05$ ).

2. В останні 4 тижні весь час, а також у більшій частині часу та доволі часто були повні сил 237 осіб або ж  $54,45 \pm 2,39\%$  респондентів, серед чоловіків таких виявилось  $49,32 \pm 3,36\%$ , серед жінок –  $60,09 \pm 3,36\%$ . Опитані у віці 40 років і молодші таке зазначили у  $63,41 \pm 3,07\%$  випадків, а старші за 40 років – у  $51,60 \pm 3,64\%$  ( $p > 0,05$ ). З числа осіб з вищою освітою відзначили що були повні сил  $44,44 \pm 5,86\%$  ( $p \leq 0,01$ ), а з одружених осіб –  $45,45 \pm 3,28\%$  ( $p \geq 0,05$ ).

3. Відчували безсилля та тугу в останні 4 тижні – весь час, а також у більшій частині часу та доволі часто 228 осіб ( $52,45 \pm 2,40\%$  опитаного населення), які відповідали на запитання анкети. Серед чоловіків такі відчуття зауважило  $51,58 \pm 3,36\%$ , серед жінок –  $43,66 \pm 3,40\%$ . Опитані, що

зазначили такі відчуття за останні 4 тижні  $54,88 \pm 3,17\%$  були у віці до та 40 років ( $38,30 \pm 3,55\%$  – після 40 років). З вищою освітою відмітили такі відчуття  $19,44 \pm 4,66\%$  ( $p \leq 0,05$ ) осіб, а ті що були одруженими –  $49,57 \pm 3,29\%$ .

4. В останні 4 тижні, що передували опитуванню – весь час, а також у більшій частині часу та доволі часто відчували втому  $70,28 \pm 2,19\%$  респондентів, в т. ч.  $67,42 \pm 3,15\%$  чоловіків та  $73,71 \pm 3,02\%$  жінок. З цього числа опитаних: у віці до та 40 років було  $60,98 \pm 3,11\%$ , старших осіб –  $82,45 \pm 2,77\%$  ( $p \leq 0,01$ ). З числа осіб з вищою освітою таке зазначили –  $54,17 \pm 5,87\%$ , а особи що були одруженими –  $42,34 \pm 4,69\%$ .

Використання у запропонованій анкеті запитань з опитувальника SF-36 дало можливість оцінити якість життя респондентів в частині їх життєвої активності. Показники цієї шкали коливаються від 0 до 100 балів, де 100 відповідає повному здоров'ю. Нами встановлено, що загальна сума балів за пунктами 23, 27, 28, 31 для всіх нами опитаних за розрахунком, який запропоновано опитувальником SF-36, склала 47,41. Даний результат вказує, що життєва активність опитаних респондентів – мешканців сільської місцевості є дещо нижче середньої (на 5,19%).

При розрахунку життєвої активності залежно від статі респондентів встановлено, що опитані чоловіки сільської місцевості характеризувались дещо нижчою ( $p < 0,05$ ) життєвою активністю (46,35 балів проти 47,54 балів у жінок-респондентів), проте спостерігалась деяка розбіжність за критеріями фізичного та емоційного стану (рис. 5.2). Так, жіноче населення було більш життєрадісним та повним сил, ніж чоловіче (3,85 та 3,63 бали проти 3,36 та 3,25), а чоловіки у більшій мірі відчували втому (2,93 проти 2,31). Відчуття безсилля та туги було в обох статей практично однаковим (чоловіки – 3,73, жінки – 3,72). Така загалом гірша якість життя чоловіків сільської місцевості може слугувати частковим поясненням і предиктором їх нижчої тривалості життя.



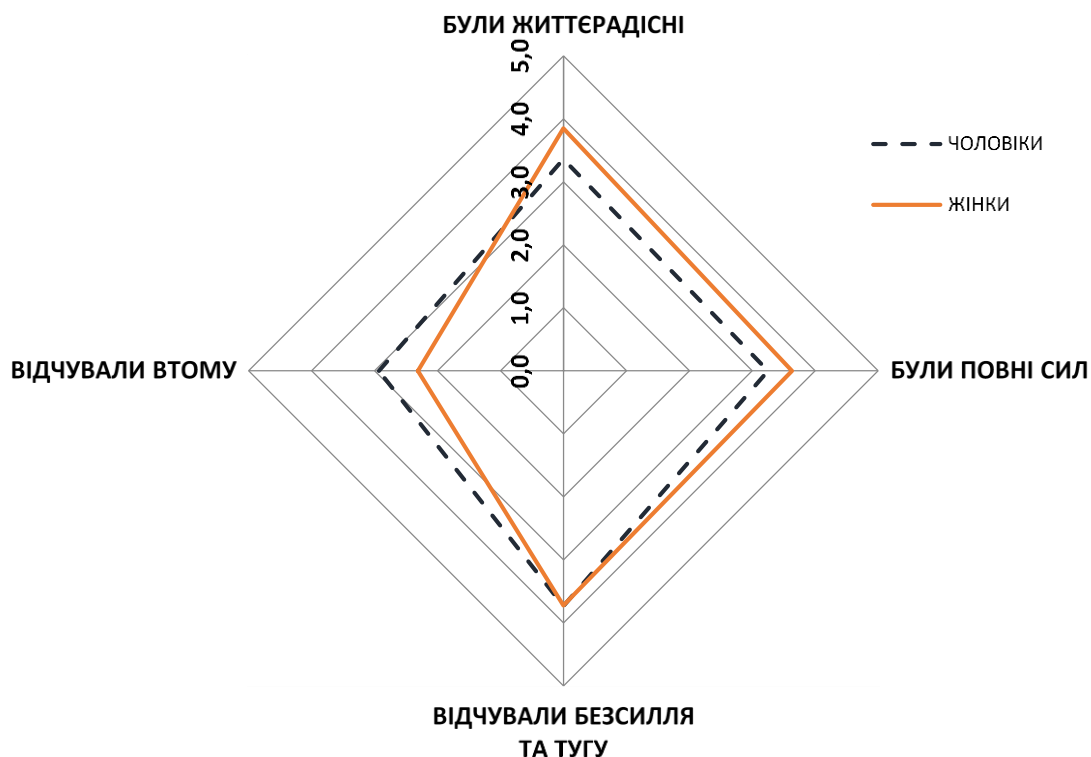


Рис. 5.2. Оцінка фізичного та емоційного стану мешканців села (в балах за 5-бальною системою розрахунку згідно опитувальника SF-36)

Респонденти даючи оцінку своїх можливостей до повсякденної роботи зазначили наступне:

Вповні достатньо та в основному є сила до повсякденної роботи –  $29,73 \pm 2,19\%$  ( $p \geq 0,05$ );

Зовсім немає сили або ж в основному немає –  $27,41 \pm 2,14\%$  ( $p \geq 0,05$ );

Більш-менш себе оцінили, щодо повсякденної роботи –  $42,86 \pm 2,38\%$  ( $p \leq 0,05$ ).

При порівнянні отриманих даних за статтю (рис. 5.3) встановлено, що серед чоловічого населення:

Вповні достатньо та в основному є сила до повсякденної роботи –  $33,48 \pm 3,17\%$ ;

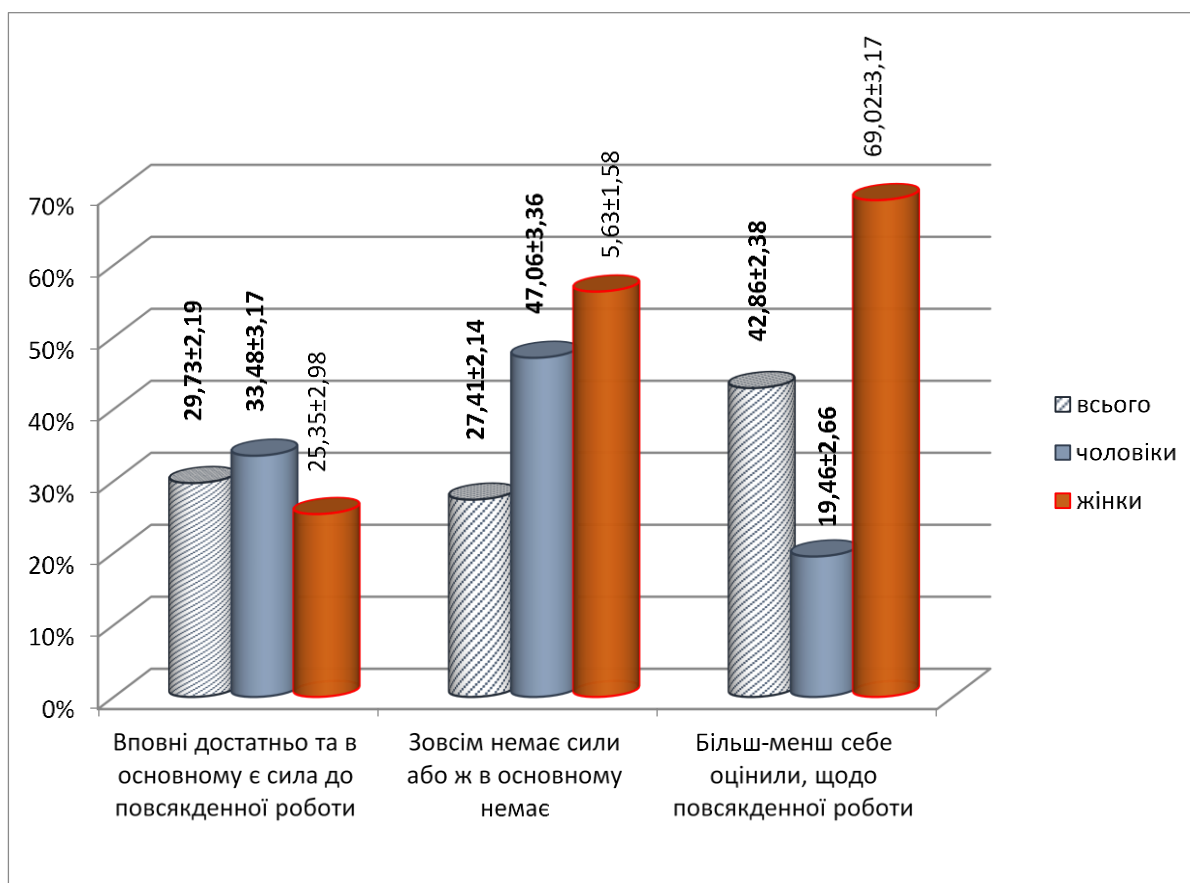


Рис. 5.3. Оцінка чоловіками та жінками мешканцями села своїх можливостей до повсякденної роботи, в %

Зовсім немає сили або ж в основному немає – 47,06±3,36% ( $p \leq 0,05$ );

Більш-менш себе оцінили, щодо повсякденної роботи – 19,46±2,66% ( $p \leq 0,05$ ).

Серед жінок оцінка своїх можливостей була наступною:

Вповні достатньо та в основному є сила до повсякденної роботи – 25,35±2,98% ( $p \leq 0,01$ );

Зовсім немає сили або ж в основному немає – 5,63±1,58% ( $p \leq 0,01$ );

Більш-менш себе оцінили, щодо повсякденної роботи – 69,02±3,17% ( $p \leq 0,01$ ).

Оцінка своїх можливостей за віковим поділом показала, що у респондентів до та 40 років (рис. 5.4):

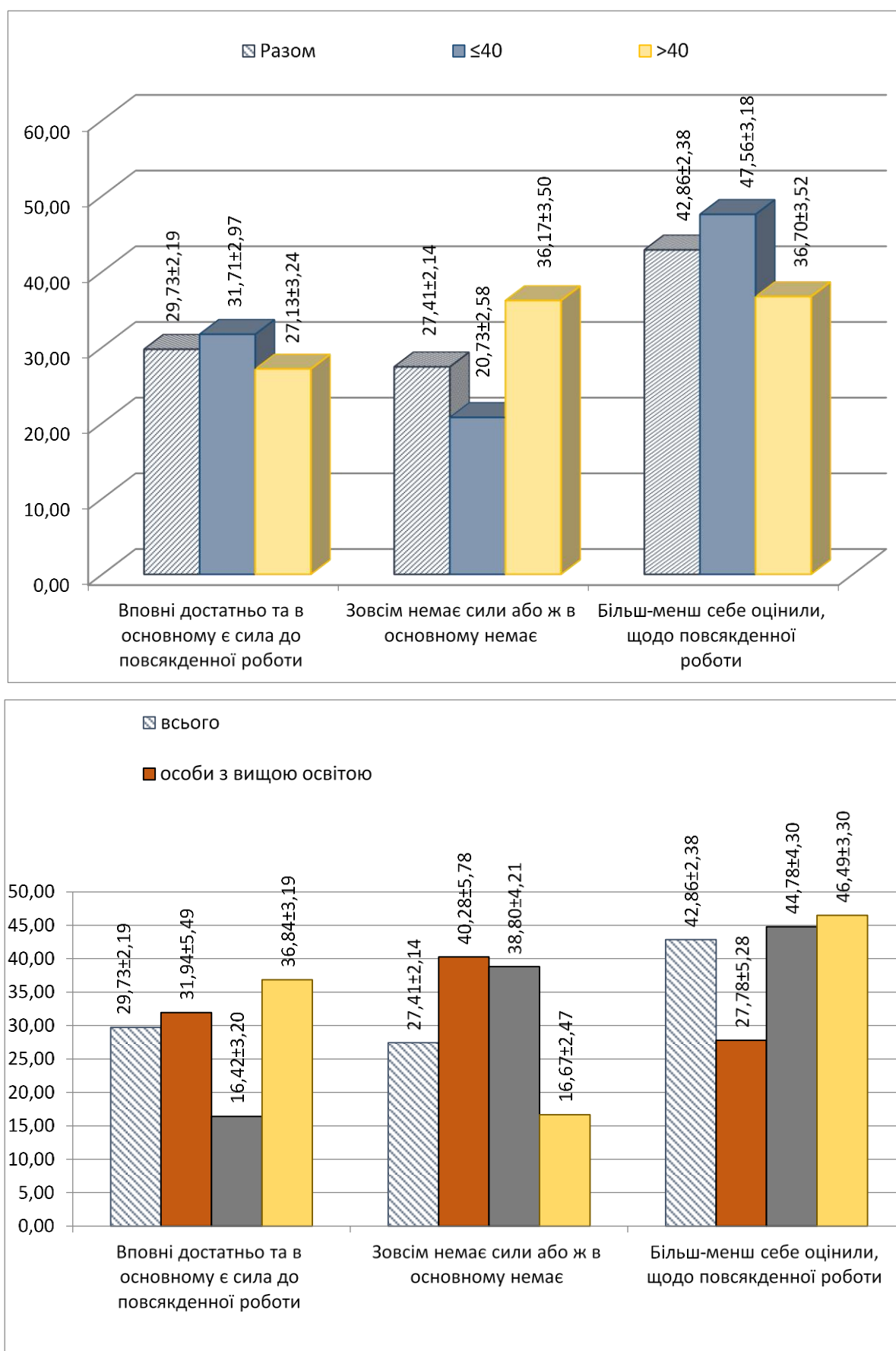


Рис. 5.4. Оцінка мешканцями села своїх можливостей до повсякденної роботи в залежності від віку та рівня освіти, у %

Вповні достатньо та в основному є сила до повсякденної роботи –  $31,71 \pm 2,97\%$  ( $p \geq 0,05$ );

Зовсім немає сили або ж в основному немає –  $20,73 \pm 2,58\%$  ( $p \geq 0,05$ );

Більш-менш себе оцінили, щодо повсякденної роботи –  $47,56 \pm 3,18\%$  ( $p \geq 0,05$ ).

На противагу старші особи, після 40 років зазначили, що:

Вповні достатньо та в основному є сила до повсякденної роботи –  $27,13 \pm 3,24\%$  ( $p \leq 0,01$ );

Зовсім немає сили або ж в основному немає –  $36,17 \pm 3,50\%$  ( $p \leq 0,05$ );

Більш-менш себе оцінили, щодо повсякденної роботи –  $36,70 \pm 3,52\%$  ( $p \leq 0,01$ ).

За рівнем набутої освіти респонденти, даючи оцінку своїх можливостей до повсякденної роботи зазначили наступне (рис. 5.4):

Вповні достатньо та в основному є сила до повсякденної роботи –  $31,94 \pm 5,49\%$  ( $p \geq 0,05$ ) осіб з вищою освітою,  $16,42 \pm 3,20\%$  ( $p \geq 0,05$ ) – оцінка мешканців з незакінченою та середньою,  $36,84 \pm 3,19\%$  ( $p \geq 0,05$ ) – середньою спеціальною освітою;

Зовсім немає сили або ж в основному немає, відповідно  $40,28 \pm 5,78\%$ ,  $38,80 \pm 4,21\%$  та  $16,67 \pm 2,47\%$ ;

Більш-менш себе оцінили, щодо повсякденної роботи, відповідно,  $27,78 \pm 5,28\%$  ( $p \leq 0,01$ ),  $44,78 \pm 4,30\%$  та  $46,49 \pm 3,30\%$ .

При поділі за сімейним станом опитані визначилися наступним чином: – вповні достатньо та в основному є сила до повсякденної роботи зазначили  $34,63 \pm 3,13\%$  одружених осіб,  $24,14 \pm 3,00\%$  – одинаки та ті що не були у шлюбі ( $p \geq 0,05$ ); – зовсім немає сили або ж в основному немає, відповідно –  $38,96 \pm 3,21\%$  та  $12,81 \pm 2,35\%$  ( $p \leq 0,01$ ); більш-менш себе оцінили, щодо повсякденної роботи, відповідно  $26,41 \pm 2,90\%$  та  $63,05 \pm 3,39\%$  ( $p \leq 0,01$ ).

Оцінювання власних сил особами за видом їхньої роботи показало, що у групі осіб, які виконують розумову роботу виявилися наступні

розбіжності: так мали вповні достатньо сили та в основному вона була до повсякденної роботи у  $32,05 \pm 5,28\%$ , зовсім не мали сили або ж в основному її не мали  $44,87 \pm 5,63\%$  ( $p \leq 0,01$ ), більш-менш мали силу до повсякденної роботи  $23,08 \pm 4,77\%$ .

З 104 опитаних мешканців, які займаються фізичною роботою  $78,85 \pm 4,00\%$  зазначили, що більш-менш мали силу та її вповні достатньо і у них в основному є сила до повсякденної роботи. А з 154 осіб, які дали характеристику своїй праці як змішану (фізичну і розумову) 82 ( $53,25 \pm 4,02\%$ ) також зазначили таку насагу до повсякденної роботи.

Таким чином, самооцінка своїх можливостей щодо повсякденної роботи мешканцями сільської місцевості показала, що жіноче населення, особи до та 40 років, з середньою спеціальною освітою, які є одинаками або ж не були у шлюбі – в більшій мірі зазначають більш-менш (порівняно, відносно) наявність у них такої сили. Серед опитаних осіб розумової праці, які проживають на селі, було засвідчено, що вони зовсім не мають сили або ж в основному не мають сили до повсякденної роботи.

### **Висновки за розділом**

Важливим індикатором впливу суспільно-політичних та соціально-економічних детермінант здоров'я є якість життя населення і її найважливіша компонента – суб'єктивне відчуття здоров'я.

1. Встановлено, що суб'єктивно більшість сільських мешканців оцінюють стан свого здоров'я як добрий ( $31,34 \pm 2,23\%$ ) та швидше добрий ( $35,25 \pm 2,29\%$ ) і можливо тому недостатньо приділяють йому увагу ( $68,66 \pm 2,23\%$ ), не дотримуються здорового способу життя ( $86,18 \pm 1,66\%$ ), не відвідують медичні заклади з профілактичною метою ( $91,93 \pm 0,68\%$ ), первинно не звертаються з медичними проблемами до сімейного лікаря ( $57,83 \pm 2,37\%$ ).

2. Виявлено, що чоловіки – сільські мешканці оцінюють власну якість життя гірше, ніж жінки, головним чином за критеріями життєвої активності

(46,35 балів проти 47,54 балів відповідно), фізичного (3,25 проти 3,63 балів) та емоційного (3,36 проти 3,85 балів) стану, відчуттям втоми (2,93 проти 2,31 балів), що можливо може слугувати предиктором їх нижчої тривалості життя.

3. Оцінка здоров'я за опитувальником SF-36 (у повній його версії українською мовою) дасть можливість провести порівняння стану якості життя мешканців українського села з відповідними групами жителів інших країн світу.

Матеріали розділу викладенні в особистих наукових працях [дод. III пп. 4, , 24].

## **РОЗДІЛ 6.**

### **ОЦІНКА МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЗДОРОВ'Я КЕРІВНИКАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Реформа охорони здоров'я в Україні стала нагальною необхідністю. Однією з основ мотивації проведення реформування є підвищення компетентності керівного персоналу закладів охорони здоров'я, особливо у так званих питаннях менеджменту, тобто організації, управління і економіки системи [77, 106, 112]. В умовах реформування охорони здоров'я в Україні достатньо гостро відчувається потреба у висококваліфікованих, грамотних спеціалістах – менеджерах, керівниках лікувально-профілактичних установ, що в свою чергу потребує удосконалення медичної освіти в цілому, починаючи з до вузівської, у вузах, закінчуючи різними формами перепідготовки і підвищення кваліфікації спеціалістів. Одним з найважливіших чинників здійснення позитивних змін є підготовка організаторів охорони громадського здоров'я, які розуміють не тільки закономірності внутрігалузових процесів, але й бачать систему охорони здоров'я як елемент загальної державної системи у взаємозв'язку і взаємодії з іншими сферами діяльності держави. [3].

З метою отримання наукових знань щодо медико-соціальних об'єктів часто використовується система логічно послідовних методологічних, методичних та організаційно-технічних процедур або соціологічне дослідження [101, 149]. Так, для дослідження інформованості та знань щодо медико-демографічних проблем в Україні, впливу детермінант на здоров'я населення у 2016-2017 роках нами проведене опитування слухачів циклів підвищення кваліфікації, які проходили навчання на кафедрі організації і управління охороною здоров'я факультету післядипломної освіти Львівського національного

медичного університету імені Данила Галицького. Результати соціологічного дослідження доповнюють оцінку вагомості впливу детермінант різних рівнів на стан здоров'я населення.

В опитуванні взяли участь 391 респондент. Опитаних було розподілено на три групи: 40,41% склали керівники закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги та начальники (директори, завідувачі) державних органів управління охороною здоров'я (перша група), 40,92% – заступники керівників лікувально-профілактичних установ, в т. ч. з медичної роботи, з поліклінічної роботи, з експертизи тимчасової непрацездатності (друга група). Третю групу склали лікарі-статистики, методисти, стажисти та резерв кадрів – 18,67%.

З числа респондентів 28,64% проживали в обласному центрі, 60,36% – в районному центрі та міських поселеннях, 11,0% – у сільській місцевості. За місцем праці розподіл був наступним: обласна лікувальна установа – 18,41%, центральна районна лікарня – 30,18%, міська лікарня – 30,43%, лікарська амбулаторія – 9,72%, приватний лікувальний заклад – 1,53%. 9 опитаних представляли органи влади.

Організатори охорони здоров'я за рівнем кваліфікаційної категорії поділялись наступним чином: вищу категорію мали – 234 особи (59,85%), першу – 77 (19,69%), другу – 23 (5,88%), сертифікат спеціаліста – 57 осіб (14,58%).

За стажем роботи в охороні здоров'я – 383 особи (97,95%) мали стаж 10 років і більше, 8 (2,05%) – до 10 років. Поділ респондентів за стажем роботи за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» представлено в додатку II частина 3.

Визначення рівня знань та компетенції щодо оцінки впливу на стан здоров'я населення України визначених детермінант є надзвичайно важливою з точки зору базового рівня знань організаторів охорони здоров'я, які повинні в процесі управлінської діяльності досліджувати проблему, визначати суспільно-політичні впливи на стан здоров'я населення,



оцінювати суспільно-економічні та соціальні реалії, вміти визначити свій рівень впливу на процеси, які відбуваються в суспільстві, володіти методами системного підходу та аналізу.

### **6.1. Глобальні, суспільно-політичні чинники та детермінанти структурного рівня: оцінка їх впливу на здоров'я населення**

Даючи оцінку глобальним детермінантам, які мають найбільший вплив на здоров'я населення респонденти у  $48,59 \pm 2,53\%$  зазначили глобальні соціальні взаємодії, а це міграція, конфлікти, соціальний капітал, мережі зв'язку. Середня оцінка склала  $3,21 \pm 0,07$  бали за 5-бальною шкалою. Опитані також відзначили вплив на здоров'я економічної глобалізації ( $2,86 \pm 0,07$  бали) та дії таких глобальних структур управління ( $2,82 \pm 0,07$  бали), як ВООЗ, світовий банк, світова організація торгівлі та ін.

Оцінка респондентами дії на здоров'я населення суспільно-політичних детермінант в цілому була у більшій мірі вищою. Організатори охорони здоров'я зазначили саме вплив корупційних діянь та ефективність державного управління, їх оцінка відповідно складала  $3,63 \pm 0,07$  та  $3,49 \pm 0,08$  балів. В обох випадках найвищих «5» балів було виставлено у  $30,43 \pm 2,33\%$  та  $31,20 \pm 2,34\%$  випадків.

При розподілі детермінант структурного рівня впливу в анкеті було виокремлено їх наступні групи: соціальні, економічні, медико-демографічні, екологічні та культурні (рис. 6.1.1), які, у свою чергу, включали детермінанти – конкретні чинники.

Найвищий бал з числа виділених груп детермінант структурного рівня отримала когорта економічних детермінант –  $3,98 \pm 0,03$  бали ( $p < 0,05$ ). З їх числа першочергову дію на здоров'я, на думку опитаних, мають такі детермінанти, як «Недостатні економічні витрати суспільства на охорону здоров'я» ( $4,41 \pm 0,04$  бали;  $p < 0,05$ ), «Низький рівень матеріально-технічної бази медичних закладів» ( $4,06 \pm 0,06$ ;  $p < 0,05$ ) та «Дохід і його розподіл»

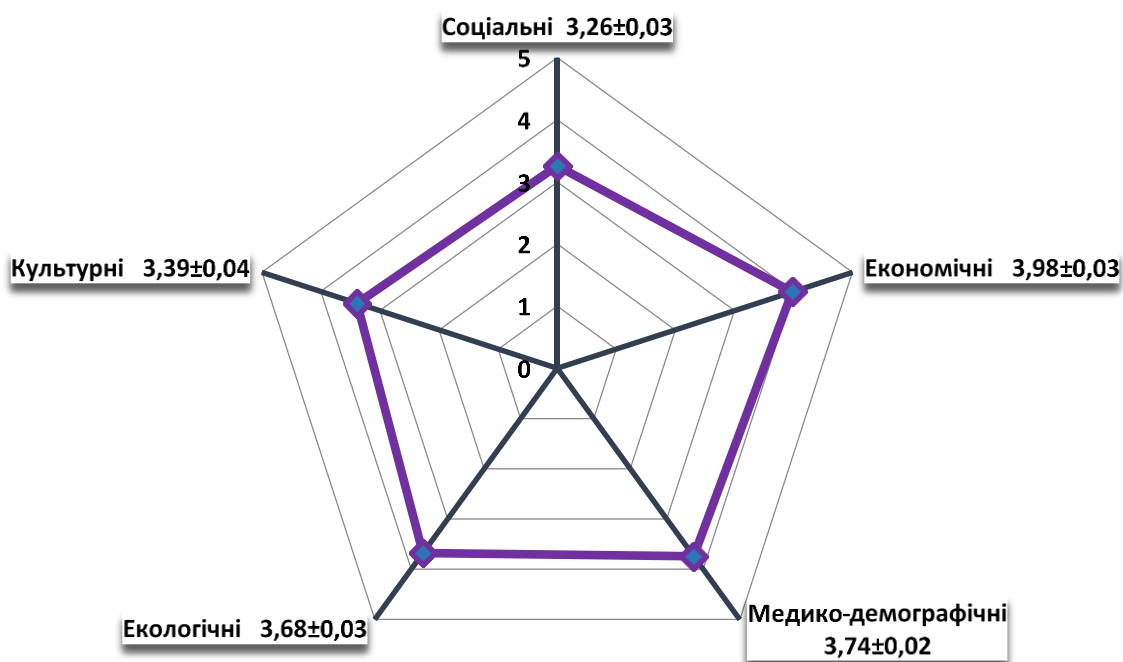


Рис. 6.1.1. Оцінка респондентами рівня впливу на здоров'я груп структурних детермінант ( $M \pm m$ ), у балах за 5-бальною шкалою

$4,10 \pm 0,05$ ;  $p < 0,05$ ) (табл. 6.1.1). При порівнянні результатів оцінки між групами респондентів виявлено достовірно нижчу оцінку ( $p < 0,05$ ) таких чинників як «Умови праці» та «Низький рівень матеріально-технічної бази медичних закладів» опитаних з 2 групи – заступників керівників лікувально-профілактичних установ.

Респонденти, аналізуючи рівень впливу на здоров'я населення когорти соціальних детермінант структурного рівня, перевагу віддали «Ступеню кваліфікації лікарів» –  $3,99 \pm 0,06$  бали;  $p < 0,01$  (табл. 6.1.2). Розподіл результатів опитування за групами респондентів показав, що учасники 2 групи, а це заступники керівників, перевагу віддали впливу на здоров'я «Соціального захисту» населення ( $3,90 \pm 0,10$  бали,  $p < 0,05$ ). Ця ж група респондентів дала достовірно нижчу оцінку «Ступеню кваліфікації

Табл. 6.1.1.

**Результати опитування – оцінка респондентами рівня впливу  
на здоров'я населення економічних детермінант структурного  
рівня ( $M \pm m$ ), у балах за 5-бальною шкалою**

	<b>Всі</b>	<b>Група 1</b>	<b>Група 2</b>	<b>Група 3</b>
Дохід і його розподіл	4,10±0,05	4,20±0,07	3,98±0,09	4,16±0,15
Зайнятість / безробіття	3,71±0,06	3,72±0,08	3,78±0,09	3,56±0,19
Умови праці	3,82±0,05	3,92±0,07	3,59±0,09	4,11±0,12
Житлові умови	3,65±0,06	3,75±0,08	3,55±0,10	3,66±0,15
Низький рівень матеріально-технічної бази медичних закладів	4,06±0,06	4,20±0,07	3,83±0,11	4,27±0,12
Недостатні економічні витрати суспільства на охорону здоров'я	4,41±0,04	4,36±0,08	4,45±0,06	4,45±0,08
Інші	1,51±0,09	1,78±0,15	1,33±0,13	1,32±0,22

Табл. 6.1.2.

**Результати опитування – оцінка респондентами рівня впливу  
на здоров'я населення соціальних детермінант структурного  
рівня ( $M \pm m$ ), у балах за 5-бальною шкалою**

	<b>Всі</b>	<b>Група 1</b>	<b>Група 2</b>	<b>Група 3</b>
Соціальний захист	3,87±0,06	3,89±0,08	3,90±0,10	3,77±0,16
Соціальний капітал	3,33±0,07	3,56±0,09	3,24±0,12	3,03±0,19
Соціальні конфлікти	2,98±0,07	3,01±0,10	3,05±0,12	2,77±0,17
Можливості отримання освіти	2,92±0,07	2,94±0,11	2,78±0,12	3,21±0,18
Гендерна політика	2,04±0,08	2,28±0,11	1,75±0,12	2,15±0,23
Ступінь кваліфікації лікарів	3,99±0,06	4,05±0,09	3,78±0,10	4,34±0,10
Ступінь професіоналізму середніх медпрацівників	3,67±0,07	3,75±0,10	3,45±0,10	3,97±0,14
Інші	1,11±0,08	1,28±0,13	0,97±0,11	1,05±0,19

лікарів» та «Ступеню професіоналізму середніх медпрацівників» у порівнянні до результатів у інших двох групах.

Враховуючи те, що в опитуванні брали участь медичні працівники, результати оцінювання у когорті медико-демографічних детермінант структурного рівня показали власне базові проблеми системи охорони здоров'я України. Так, респондентами за найвищими балами відібрано 3 основні чинники впливу: «Якість медичної допомоги» ( $4,36 \pm 0,04$  бали;  $p < 0,01$ ), «Доступність медичної допомоги» ( $4,29 \pm 0,04$  бали;  $p < 0,01$ ) та «Стан системи охорони здоров'я» ( $4,18 \pm 0,05$  балів;  $p < 0,01$ ). Найнижчу ж оцінку щодо впливу на здоров'я отримала детермінанта «Витрати на гігієнічне виховання населення» ( $2,79 \pm 0,08$  бали;  $p < 0,01$ ). В цей же час всі запропоновані чинники були оцінені більше, як у 2,5 бали при 5-ти бальній системі оцінки (табл. 6.1.3).

Оцінка респондентами когорти екологічних детермінант структурного рівня ранжувалася наступним чином:

- 1 – «Якість продуктів харчування»,
- 2 – «Неякісна вода»,
- 3 – «Забруднення атмосферного повітря» (табл. 6.1.4).

Достовірно нижчою при порівнянні між групами опитаних виявилась оцінка учасниками 1-ої групи впливу на здоров'я «Забруднення атмосферного повітря» ( $3,46 \pm 0,10$  бали;  $p < 0,01$ ) та «Забруднення ґрунтів» ( $3,34 \pm 0,10$  бали;  $p < 0,05$ ). В цей же час медичні працівники з 2-ої групи на першому місці означили вплив неякісної води ( $3,92 \pm 0,09$  бали).

Із загальної кількості опитаних осіб при визначенні основної детермінанти з когорти «Культурні детермінанти структурного рівня» (табл. 6.1.5)  $72,38 \pm 2,26\%$  оцінили у 4-5 балів вплив на здоров'я чинника «Виховання» (середній бал  $3,95 \pm 0,05$ ). Така, найвища оцінка була визначена у всіх трьох групах респондентів.

Таким чином, організатори охорони здоров'я у  $48,59 \pm 2,53\%$  зазначили вплив на здоров'я населення таких глобальних соціальних взаємодій як міграція, конфлікти, соціальний капітал, мережі зв'язку. З числа суспільно-

Табл. 6.1.3.

**Результати опитування – оцінка респондентами рівня впливу  
на здоров'я населення медико-демографічних детермінант  
структурного рівня ( $M \pm m$ ), у балах за 5-бальною шкалою**

	<b>Всі</b>	<b>Група 1</b>	<b>Група 2</b>	<b>Група 3</b>
Стан системи охорони здоров'я	4,18±0,05	4,35±0,05	3,99±0,09	4,25±0,12
Доступність до медичної допомоги	4,29±0,04	4,36±0,07	4,23±0,06	4,25±0,12
Якість медичної допомоги	4,36±0,04	4,47±0,06	4,22±0,07	4,41±0,08
Статеві-віковий склад населення (старіння населення)	3,46±0,06	3,58±0,08	3,41±0,09	3,34±0,15
Витрати на гігієнічне виховання населення	2,79±0,08	2,94±0,10	2,61±0,12	2,88±0,21
Рівень цін на медикаменти та товари медичного призначення	3,66±0,08	3,78±0,10	3,61±0,12	3,49±0,23
Недостатня увага з боку первинної ланки ОЗ до раннього виявлення і профілактики захворювань	3,82±0,05	3,90±0,08	3,78±0,08	3,75±0,14
Недостатня забезпеченість потреби населення у спеціалізованій медичній допомозі	3,68±0,06	3,81±0,08	3,58±0,09	3,64±0,18
Рівень санітарно-освітньої роботи	3,37±0,07	3,56±0,09	3,06±0,12	3,60±0,14
Інші	1,11±0,08	1,21±0,13	0,94±0,11	1,25±0,20

політичних детермінант у більшій мірі впливають на здоров'я корупційні дії та недостатня ефективність державного управління, відповідно, 3,63±0,07 та 3,49±0,08 балів. На думку респондентів з більшості детермінант структурного рівня першість впливу на здоров'я населення України в цілому має економічний фактор та безпосередньо такі чинники, як: «Недостатні економічні витрати суспільства на охорону здоров'я»

Табл. 6.1.4.

**Результати опитування – оцінка респондентами рівня впливу на здоров'я населення екологічних детермінант структурного рівня ( $M \pm m$ ), у балах за 5-бальною шкалою**

	<b>Всі</b>	<b>Група 1</b>	<b>Група 2</b>	<b>Група 3</b>
Вплив іонізуючого випромінювання	2,92±0,07	2,71±0,11	2,92±0,11	3,40±0,18
Забруднення атмосферного повітря	3,70±0,06	3,46±0,10	3,80±0,08	3,99±0,14
Забруднення ґрунтів	3,52±0,06	3,34±0,10	3,61±0,09	3,74±0,17
Неякісна вода	3,92±0,06	3,79±0,10	3,92±0,09	4,22±0,13
Якість продуктів харчування	4,08±0,05	4,11±0,09	3,88±0,08	4,45±0,10
Стабільність екосистеми	3,64±0,06	3,77±0,09	3,43±0,11	3,84±0,14
Інші	1,22±0,08	1,41±0,14	1,06±0,11	1,15±0,22

Табл. 6.1.5.

**Результати опитування – оцінка респондентами рівня впливу на здоров'я населення культурних детермінант структурного рівня ( $M \pm m$ ), у балах за 5-бальною шкалою**

	<b>Всі</b>	<b>Група 1</b>	<b>Група 2</b>	<b>Група 3</b>
Виховання	3,95±0,05	4,19±0,06	3,71±0,08	3,95±0,16
Релігія	2,97±0,07	3,33±0,09	2,71±0,13	2,77±0,14
Традиції	2,93±0,07	3,20±0,09	2,59±0,11	3,08±0,19
Житлові умови	3,72±0,06	3,85±0,07	3,63±0,11	3,64±0,17
Інше	1,36±0,08	1,54±0,14	1,09±0,11	1,56±0,22

(4,41±0,04 бали), «Якість медичної допомоги» (4,36±0,04 бали) та «Якість продуктів харчування» (4,08±0,05 балів).

## **6.2. Детермінанти індивідуального рівня та оцінка їх впливу на здоров'я населення**

Визначення рівня компетенції щодо оцінки впливу на стан здоров'я населення України детермінант індивідуального рівня через проведене

соціологічне оцінювання є дуже цінним з точки зору опорного ступеня знань організаторів охорони здоров'я, які повинні в процесі управлінської діяльності вміти оцінювати основні демографічні та епідеміологічні показники, значення і тенденції зміни основних детермінант, що чинять вплив на здоров'я у розрізі різних груп населення, застосовувати основні поняття та концепції епідеміології та статистики при плануванні, проведенні та інтерпретації результатів досліджень. Керівники медичних закладів зобов'язані організовувати заходи з нагляду за станом здоров'я населення з використанням міжсекторального підходу, визначати пріоритети та проводити оцінку потреб сфери охорони здоров'я, пропонувати науково обґрунтовані дії і розробляти відповідні висновки та стратегії. Вони повинні вміти ідентифікувати, проводити аналіз ризиків, пов'язаних з впливом на здоров'я населення детермінант навколишнього середовища (фізичних, радіаційних, хімічних, біологічних і виробничих) та організовувати відповідні заходи, спрямовані на захист здоров'я населення. Таким чином, ми вважаємо, що за допомогою проведеного нами соціологічного дослідження відбулося подальше пізнання респондентами об'єктивних законів розвитку і функціонування соціальних заходів і спільностей людей та дало можливість визначати шляхи і форми використання нагромаджених знань на практиці.

При розподілі детермінант індивідуального рівня за впливом на здоров'я в анкеті було виокремлено такі їх групи: соціальні, економічні, екологічні, культурні, біологічні та психологічні (рис. 6.2.1), які, у свою чергу, включали детермінанти – конкретні чинники.

Респонденти, висловлюючи свою думку щодо рівня впливу на здоров'я населення когорти соціальних детермінант індивідуального рівня, віддали перевагу «Способу життя» –  $4,47 \pm 0,04$  бали ( $p < 0,01$ ) та «Несвоєчасному зверненню населення за медичною допомогою» –  $4,33 \pm 0,05$  бали ( $p < 0,01$ ) (табл. 6.2.1). Розподіл результатів опитування за групами респондентів показав, що учасники 3 групи, а це лікарі-статистики,

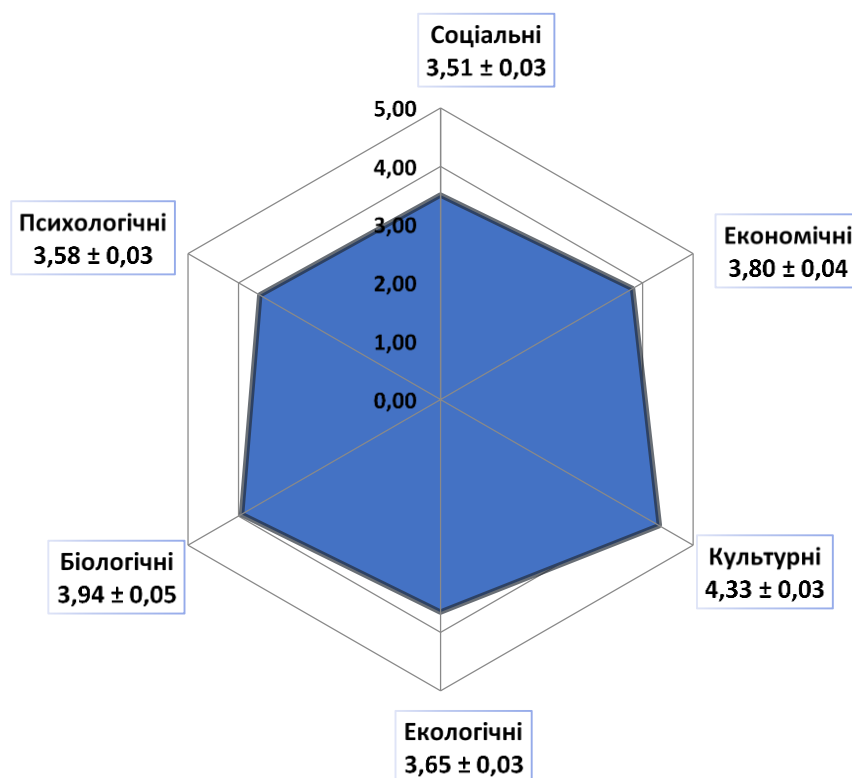


Рис. 6.2.1. Оцінка респондентами рівня впливу на здоров'я детермінант індивідуального рівня ( $M \pm m$ ), у балах за 5-бальною шкалою

Табл. 6.2.1.

**Оцінка респондентами рівня впливу на здоров'я населення соціальних детермінант індивідуального рівня ( $M \pm m$ ), у балах за 5-бальною шкалою**

	Всі	Група 1	Група 2	Група 3
Спосіб життя	4,47±0,04	4,42±0,06	4,42±0,07	4,67±0,09
Ранній період життя	3,29±0,06	3,44±0,07	3,04±0,10	3,49±0,16
Освіта	3,05±0,07	3,37±0,09	2,79±0,10	2,96±0,21
Гендер	2,42±0,07	2,79±0,10	2,08±0,11	2,37±0,23
Несвоєчасне звернення населення за медичною допомогою	4,33±0,05	4,55±0,06	4,29±0,07	3,93±0,17
Інші	1,20±0,08	1,42±0,13	1,06±0,12	1,04±0,18



методисти, стажисти, достовірно більшу перевагу віддали впливу на здоров'я «Способу життя», ніж «Несвоєчасному зверненню населення за медичною допомогою» ( $4,67 \pm 0,09$  проти  $3,93 \pm 0,17$  балів,  $p < 0,05$ ).

Виділена нами з числа груп детермінант індивідуального рівня когорта економічних чинників оцінена респондентами у  $3,80 \pm 0,04$  бали ( $p < 0,05$ ). З їх числа першочергову дію на здоров'я, на думку опитаних, має така детермінанта як «Дохід і його розподіл» ( $4,07 \pm 0,05$  бали;  $p < 0,01$ ) (табл. 6.2.2). При порівнянні результатів оцінки між групами респондентів цей чинник також був оціненим найвище.

Найвищий бал з числа виділених груп детермінант індивідуального рівня отримала когорта «Культурних детермінант» –  $4,33 \pm 0,03$  бали. Із загальної кількості опитаних осіб при визначенні основного детермінанту з цієї когорти (табл. 6.2.3) більше 60,0% дали оцінку 5 балів впливу на здоров'я таких чинників, як «Наркоманія», «Тютюнопаління» та «Зловживання алкоголем», відповідно  $89,26 \pm 1,57\%$ ,  $88,49 \pm 1,61\%$ ,  $87,21 \pm 1,69\%$ . Така ж, висока оцінка була визначена у всіх трьох групах респондентів, лише спостерігалася різниця у послідовності величини оцінки цих чинників. В цей же час, респонденти 2-ої групи високо оцінили вплив такого фактору, як «Фізична активність» –  $4,21 \pm 0,06$ , проте за підрахунками

Табл. 6.2.2.

**Оцінка респондентами рівня впливу на здоров'я населення  
економічних детермінант індивідуального рівня ( $M \pm m$ ), у  
балах за 5-бальною шкалою**

	<b>Всі</b>	<b>Група 1</b>	<b>Група 2</b>	<b>Група 3</b>
Дохід і його розподіл	$4,07 \pm 0,05$	$4,13 \pm 0,08$	$4,04 \pm 0,08$	$4,01 \pm 0,09$
Зайнятість / безробіття	$3,80 \pm 0,05$	$3,73 \pm 0,08$	$3,86 \pm 0,09$	$3,81 \pm 0,12$
Незадовільні умови та безпека праці на виробництві	$3,77 \pm 0,06$	$3,92 \pm 0,08$	$3,52 \pm 0,10$	$4,00 \pm 0,13$
Житлові умови	$3,54 \pm 0,06$	$3,61 \pm 0,09$	$3,56 \pm 0,09$	$3,36 \pm 0,16$
Інші	$1,25 \pm 0,08$	$1,42 \pm 0,13$	$1,18 \pm 0,12$	$1,01 \pm 0,17$

Табл. 6.2.3.

**Оцінка респондентами рівня впливу на здоров'я населення  
культурних детермінант індивідуального рівня ( $M \pm m$ ), у  
балах за 5-бальною шкалою**

	<b>Всі</b>	<b>Група 1</b>	<b>Група 2</b>	<b>Група 3</b>
Фізична активність	4,13 $\pm$ 0,04	4,04 $\pm$ 0,08	4,21 $\pm$ 0,06	4,12 $\pm$ 0,10
Неповноцінне та нерегулярне харчування	4,01 $\pm$ 0,05	4,02 $\pm$ 0,08	3,93 $\pm$ 0,08	4,18 $\pm$ 0,12
Зловживання алкоголем	4,42 $\pm$ 0,05	4,41 $\pm$ 0,06	4,34 $\pm$ 0,09	4,63 $\pm$ 0,10
Тютюнопаління	4,46 $\pm$ 0,04	4,61 $\pm$ 0,05	4,17 $\pm$ 0,09	4,74 $\pm$ 0,05
Наркоманія	4,63 $\pm$ 0,04	4,76 $\pm$ 0,04	4,36 $\pm$ 0,09	4,93 $\pm$ 0,04
Інше	1,37 $\pm$ 0,09	1,68 $\pm$ 0,16	1,13 $\pm$ 0,12	1,25 $\pm$ 0,23

достовірної різниці у дії таких культурних детермінант індивідуального рівня, як «Наркоманія», «Тютюнопаління», «Зловживання алкоголем» та «Фізична активність» не встановлено ( $p > 0.05$ ).

Оцінка респондентами когорти екологічних детермінант індивідуального рівня ранжувалася наступним чином (табл 6.2.4):

- 1 – «Вживання неякісних продуктів харчування»,
- 2 – «Фізичне середовище проживання»,
- 3 – «Зростання кількості транспортних засобів».

Враховуючи те, що в опитуванні брали участь медичні працівники, результати оцінювання у когорті біологічних детермінант індивідуального рівня показали власне роль спадковості та генетичних особливостей організму. В цілому респонденти віддали перевагу «Спадковості» ( $p < 0,05$ ), проте опитані 2-ої та 3-ої груп не виділили у першості ні один з цих чинників ( $p > 0,05$ ).

Аналіз суджень респондентів про дію психологічних детермінант індивідуального рівня показав, що високі оцінки (4-5 балів) у впливі на здоров'я були виставлені за такими чинниками, як «Рівень заробітної плати/пенсії», «Вміння справлятися зі стресом» та «Психоемоційний стан у сім'ї (стосунки, стреси)», відповідно у 77,75 $\pm$ 2,10%, 70,59 $\pm$ 2,30% та

Табл. 6.2.4.

**Оцінка респондентами рівня впливу на здоров'я населення  
екологічних детермінант індивідуального рівня ( $M \pm m$ ), у  
балах за 5-бальною шкалою**

	<b>Всі</b>	<b>Група 1</b>	<b>Група 2</b>	<b>Група 3</b>
Фізичне середовище проживання	3,82±0,05	3,82±0,08	3,75±0,08	3,95±0,13
Вживання неякісних продуктів харчування	4,20±0,05	4,35±0,06	4,04±0,08	4,23±0,11
Зростання кількості транспортних засобів	3,55±0,05	3,73±0,08	3,46±0,08	3,33±0,14
Шум	3,05±0,06	3,17±0,08	2,93±0,09	3,03±0,15
Інші	1,37±0,08	1,72±0,13	1,13±0,11	1,18±0,21

68,03±2,36%. В цілому з числа запропонованих детермінант найнижчий вплив на здоров'я мав, на думку лікарів, такий чинник, як «Самотність» (2,92±0,06 балів;  $p < 0,05$ ), проте всі запропоновані фактори були оцінені більше, як у 2,5 бали при 5-ти бальній системі оцінки.

Даючи оцінку стану медичного забезпечення населення України (запитання: «Що і якій мірі зумовлює низький рівень медичного забезпечення населення в Україні?») опитані лікарі виділили два основних фактори її низького рівня, це – бездіяльність на державному рівні та економічні причини (дефіцит коштів на забезпечення медичних закладів). В обох випадках високі оцінки в 4-5 балів (за 5-ти бальною шкалою) склали 86,70±1,72%, всіх оцінок ( $p < 0,05$ ).

Респонденти також відзначили, що низький рівень медичного забезпечення пов'язаний і зі станом самої системи охорони здоров'я держави. Оцінка цих трьох наведених чинників була достовірно вищою за такі фактори, як «Недостатня увага з боку первинної ланки до раннього виявлення і профілактики захворювань», «Припинення диспансеризації населення» та «Низький рівень санітарно-освітньої роботи» ( $p < 0,05$ ). При

порівнянні результатів опитування між групами респондентів суттєвої різниці нами не виявлено.

Таким чином, організатори охорони здоров'я у  $86,70 \pm 1,72\%$  зазначили, що в Україні є низький рівень медичного забезпечення населення. На стан здоров'я населення мають значний вплив індивідуальні чинники. З їх числа найбільшу дію на здоров'я, за визначенням опитаних, при ранжуванні за величиною впливу, мають «Культурні», «Біологічні» та «Економічні» детермінанти індивідуального рівня. При визначенні конкретних чинників у більшій мірі впливають на здоров'я населення України: наркоманія, тютюнопаління та такий соціальний детермінант, як «Спосіб життя», що оцінені респондентами, відповідно, у  $4,63 \pm 0,04$ ,  $4,46 \pm 0,04$  та  $4,47 \pm 0,04$  балів.

### **Висновки за розділом**

1. Наявність в опитаних керівників закладів охорони здоров'я значного управлінського досвіду в системі охорони здоров'я (97,95% мали стаж роботи більше 10 років) та високого фахового рівня (79,54% із вищою та першою кваліфікаційними категоріями з «Організації і управління охороною здоров'я») дозволяє розглядати результати їх опитування як експертні.

2. Встановлено, що на думку респондентів група детермінант контекстуального рівня має помірний вплив на здоров'я населення. Зокрема, середня оцінка опитаними дії глобальних детермінант, з яких найчастіше вказувались міграція, конфлікти, соціальний капітал та мережі зв'язку, склала  $3,21 \pm 0,07$  балів за 5-бальною шкалою впливом.

3. Більший внесок у здоров'я населення мають суспільно-політичні детермінанти контекстуального рівня, головним чином, за рахунок негативного внеску корупційних діянь ( $3,63 \pm 0,07$  балів) та неефективності державного управління ( $3,49 \pm 0,08$  балів), причому найвищі «5» балів обом

цим детермінантам виставила третина респондентів ( $30,43 \pm 2,33\%$  та  $31,20 \pm 2,34\%$  відповідно).

4. Пріоритетність, на думку опитаних керівників ЗОЗ, належить соціально-економічним детермінантам структурного рівня (дохід і його розподіл, зайнятість/безробіття, умови праці, низький рівень матеріально-технічної бази медичних закладів тощо) та зокрема таким чинникам, як: «Недостатні економічні витрати суспільства на охорону здоров'я» ( $4,41 \pm 0,04$  бали) та «Якість медичної допомоги» ( $4,36 \pm 0,04$  бали).

5. При оцінці впливу детермінант індивідуального рівня на здоров'я було виокремлено такі їх групи, як: конкретизовані соціальні, економічні, екологічні, культурні, а також біологічні та психологічні. Найвищий сумарний бал серед них отримала група «Культурних детермінант» –  $4,33 \pm 0,03$  бали. При визначенні основної детермінанти з цієї когорти понад 60,0% опитаних найвищу оцінку «5» балів віддали впливу на здоров'я таких чинників, як «Наркоманія», «Тютюнопаління» та «Зловживання алкоголем» – відповідно  $89,26 \pm 1,57\%$ ,  $88,49 \pm 1,61\%$ ,  $87,21 \pm 1,69\%$ .

6. Наступними за вагомістю впливу на індивідуальне здоров'я керівники ЗОЗ вважали групу біологічних детермінант ( $3,94 \pm 0,05$  балів), головним чином за рахунок спадковості та генетичних особливостей організму ( $p < 0,05$ ).

7. Серед соціальних детермінант індивідуального рівня опитані віддали першість впливу «Способу життя» –  $4,47 \pm 0,04$  бали ( $p < 0,01$ ) та «Несвоєчасному зверненню населення за медичною допомогою» –  $4,33 \pm 0,05$  бали ( $p < 0,01$ ), з числа економічних – «Доходу та його розподілу» –  $4,07 \pm 0,05$  бали. Когорта екологічних детермінант індивідуального рівня ранжувалася респондентами наступним чином: 1 – «Неякісні продукти харчування» –  $4,20 \pm 0,05$  бали, 2 – «Фізичне середовище проживання» –  $3,82 \pm 0,05$  бали, 3 – «Зростання кількості транспортних засобів» –  $3,55 \pm 0,05$  бали.

8. Аналіз суджень респондентів про дію психологічних детермінант індивідуального рівня показав, що високі оцінки (4-5 балів) у впливі на здоров'я були виставлені таким чинникам, як: «Незадоволеність рівнем заробітної плати/пенсії», «Вміння справлятися зі стресом» та «Психоемоційний стан у сім'ї (стосунки, стреси)», відповідно у  $77,75 \pm 2,10\%$ ,  $70,59 \pm 2,30\%$  та  $68,03 \pm 2,36\%$ .

9. Даючи оцінку стану медичного забезпечення населення України опитані керівники ЗОЗ виділили два основних фактори її низького рівня: це – пізній початок реформування державою системи охорони здоров'я та економічні причини (дефіцит коштів на забезпечення медичних закладів). В обох випадках високі оцінки в 4-5 балів (за 5-ти бальною шкалою) склали  $86,70 \pm 1,72\%$  всіх оцінок ( $p < 0,05$ ).

10. Проведення опитування є хорошим елементом підвищення рівня знань респондентів з тих чи інших питань, у нашому випадку – з питань впливу на здоров'я населення глобальних, суспільно-політичних детермінант та чинників структурного рівня, а також індивідуальних детермінант.

11. Дослідження детермінант дає можливість спрямувати дії суспільства на зниження їх негативного впливу на здоров'я населення та створення належних умов для формування сучасних стандартів здорового способу життя, що передбачають зацікавленість населення у дбайливому ставленні до свого здоров'я, в т. ч. позбавленні шкідливих звичок та оздоровленні середовища проживання.

Матеріали розділу викладенні в особистих наукових працях [дод. III пп. 2, 4, 11, 14, 16, 19, 23].

## **РОЗДІЛ 7.**

### **НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНЮВАННЯ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ З ВРАХУВАННЯМ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ДЕТЕРМІНАНТ**

На підставі результатів проведеного власного дослідження з урахуванням світового досвіду нами обґрунтовано та розроблено концептуальну модель моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант, яка знайшла відображення в підготовлених нами та затверджених методичних рекомендаціях [дод. III, п. 23]. Імплементація організаційних, управлінських, кадрових, просвітницьких та науково-методичних підходів у рамках зазначеної моделі дозволить комплексно вирішувати проблему збереження здоров'я сільських жителів.

#### **7.1. Теоретичне обґрунтування побудови концептуальної моделі моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант**

Теоретичне обґрунтування побудови запропонованої нами моделі пов'язане з тим, що концептуальна модель – це власне абстрактна модель, що виявляє причинно-наслідкові зв'язки, властиві об'єкту, що досліджується, в нашому випадку рівню здоров'я сільського населення, і є суттєвими в рамках цього дослідження [58]. Основне призначення нашої концептуальної моделі це виявлення набору причинно-наслідкових зв'язків

та дій, процесів що відбуваються при і для їх здійснення, облік яких необхідний, для отримання необхідних результатів, а це показники здоров'я,

Основним процесом при здійсненні моніторингу є прийняття управлінського рішення щодо покращення стану здоров'я сільського населення з врахуванням медико-соціальних детермінант на основі отримання інформації про його стан. Це власне створення регіонального, обласного, районного центру моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я сільського населення, а також призначення відповідального медичного працівника закладу охорони здоров'я за проведення моніторингу цих показників у прикріпленого до закладу населення.

Основною ланкою у розробці моніторингу є створення моделі об'єкта оцінювання – стандарту, де зібрані всі вимоги до його мети, завдань, структури, діяльності, продуктів цієї діяльності тощо.

Для комплексного вирішення даного завдання використано такі основні принципи побудови концептуальних моделей як об'єктивності і достовірності, систематичності спостереження за станом здоров'я, багаторівневості, узгодженості нормативного, методичного, технічного та програмного забезпечення, комплексності в оцінці стану здоров'я, оперативності проходження інформації між окремими ланками, відкритості інформації для населення (рис. 7.1).

Застосування таких принципів при підготовці та створенні концептуальних моделей в управлінні є актуальним і перспективним напрямком вирішення проблем, що склалися в охороні здоров'я України [5, 58, 187].

Системний підхід – це напрям методології досліджень, який полягає в дослідженні об'єкта як цілісної множини елементів у сукупності відношень і зв'язків між ними. Принципами системного підходу вважаються: цілісність (єдине ціле, підсистема вищестоящего рівня); ієрархічність побудови (множинність елементів у їх певному розташуванні і



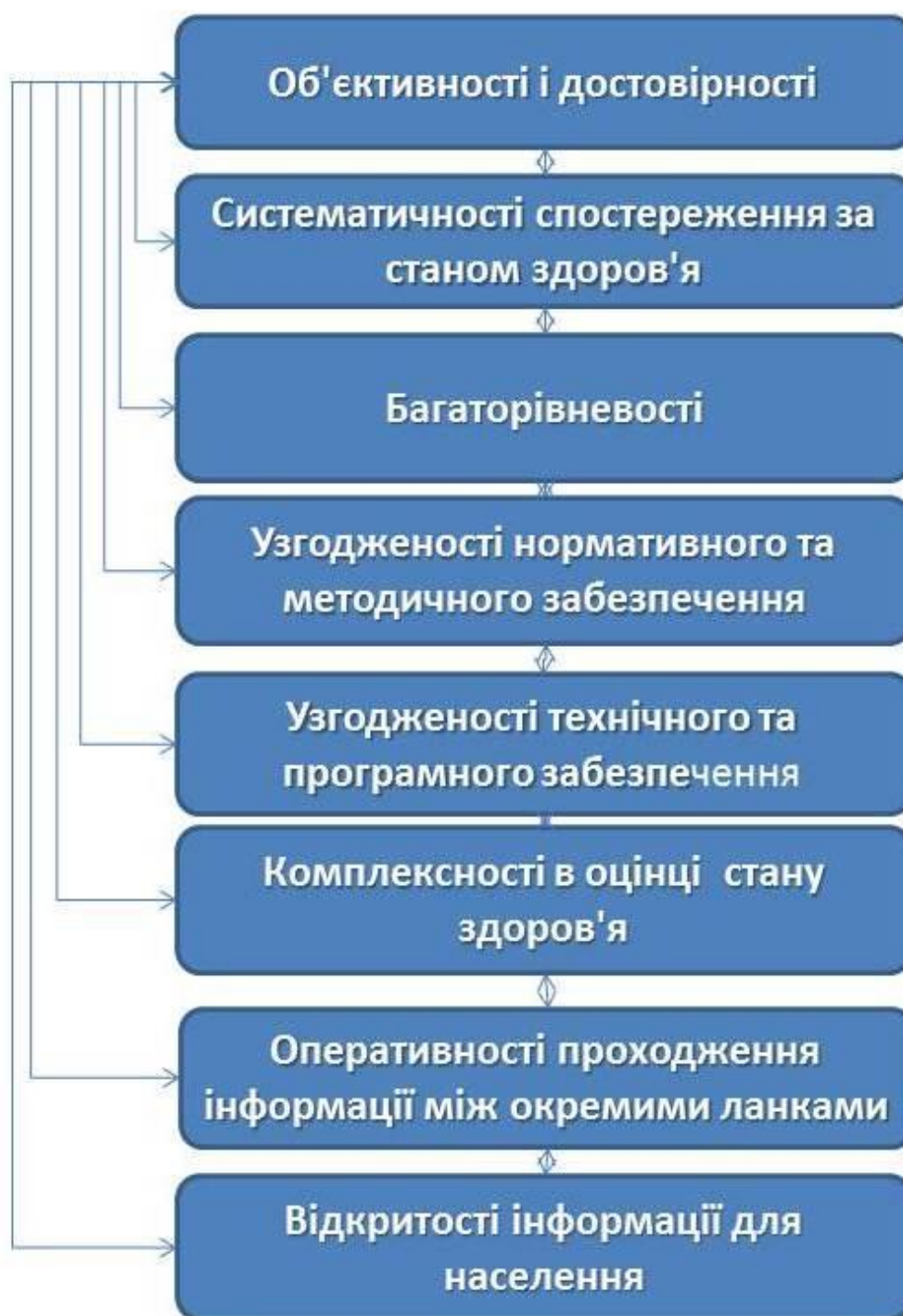


Рис.7.1. Основні принципи побудови концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення

підпорядкуванні); структуризація (певна організаційна структура); множинність (множина моделей); системність (володіння об'єктом всіма властивостями системи).

Аналіз наукових джерел з проблеми управління соціальними процесами свідчить, що обмін інформацією між керуючою (суб'єкт управління) і керованою (об'єкт управління) підсистемами відбувається у двох напрямках: від суб'єкта до об'єкта управління – прямий зв'язок й від об'єкта до суб'єкта – зворотний зв'язок. Такий обмін інформацією створює певні інформаційні відносини для забезпечення процесу управління.

Інформаційні відносини виступають критеріями якості інформації – це відкритість, доступність інформації, свобода обміну інформацією; достовірність; повнота інформації. В якості критеріїв цих принципів виділяють лаконічність і комунікативність. Лаконічність передбачає стислість та чіткість викладення інформації і досягається за рахунок високої згорнутості інформації без втрати її необхідної повноти. Комунікативність – це властивість інформації бути зрозумілою для адресата.

Головними і необхідними при прийнятті управлінського рішення є своєчасність інформації та її точність. Затримка в надходженні інформації призводить до втрати основної її властивості – цінності. А точність інформації забезпечує відображення стану об'єкта управління без спотворення його значень. Цей критерій залежить від технічних засобів реєстрації даних і від методів їх збору та підготовки. Проте не всі дані, які перетворені в інформацію, рівною мірою впливають на повноту та якість прийняття управлінських рішень. У теорії менеджменту зазначається ще один критерій якості інформації – об'єктивність. Він включає в себе такі показники якості інформації: повнота (наявність відомостей, у тому числі і суперечливих, проте необхідних та достатніх для прийняття рішення); точність (ступінь відповідності інформації оригіналу); несуперечливість (окремі частини однієї і тієї самої інформації не мають суперечити одна одній); переконливість (доведеність, достовірність інформації).

Науковці іноді виділяють додатковий показник якості інформації – її обсяг, пов'язуючи це з тим, що інформація повинна мати такий обсяг даних, перетворення яких забезпечить користувача мінімумом об'єктивно

необхідної інформації для подальшого прийняття ефективних управлінських рішень.

Підсумовуючи зазначене вище, можна стверджувати, що прийняття управлінського рішення є багатогранним процесом, в основу якого покладено інформаційні відносини. У ході прийняття управлінських рішень усі дані, усі види повідомлень (усні, письмові та ін.) є інформацією. У цьому зв'язку ефективність зазначеного процесу безпосередньо залежить від якості інформації, яка необхідна для аналізу ситуації (встановлення стану об'єкта управління). Забезпечується якість інформації відповідними критеріями [102].

Система моніторингу, створена на базі статистичної інформації, по суті являє собою складну систему, тому для неї справедливі та актуальні підходи, що використовуються при розробці складних технічних та інформаційних систем, а саме:

1. Адекватність можливостей системи моніторингу цілям та задачам типової схеми проведення моніторингу в різних предметних областях. Тобто система моніторингу повинна забезпечити кінцевого користувача певним набором аналітичного інструментарію для розв'язання всіх задач, що виникають в процесі роботи.

2. Модульність побудови або використання принципу декомпозиції задач. Істотні складові частини типової системи моніторингу наступні: підсистеми взаємодії з базами даних статистичної інформації, візуалізації, статистичного аналізу, моделювання, короткострокового прогнозування, комп'ютерної графіки та документування.

3. Відкритість системи моніторингу, тобто система повинна забезпечити можливості щодо її розвитку, вдосконалення, нарощування функцій, адаптування до нових задач. Це тісно пов'язано з модульним принципом побудови системи.

4. Забезпечення інтерактивного режиму роботи з кінцевим користувачем через дружній до нього інтерфейс. Іншими словами,

незважаючи на професійний рівень кінцевого користувача, робота системи повинна бути досить прозорою, легкою та наочною.

5. Забезпечення високого ступеня програмної та алгоритмічної автоматизації етапів моніторингу або принцип приховування службової інформації. Це означає, що користувач отримує кінцевий результат не вдаючись в деталі та проміжні етапи розв'язання задачі.

6. Повнота інформаційного забезпечення – наявність необхідної статистичної інформації для розв'язання задач моніторингу. В ідеалі цей етап роботи системи моніторингу потребує повної автоматизації для ефективної роботи користувача і системи.

7. Ієрархічність побудови системи моніторингу. Цей принцип впливає з завдання створення систем моніторингу для різних рівнів керування соціально-економічною ситуацією від мікро- до макrorівнів.

8. Універсальність математичних методів – для різних рівнів абстрагування використовувати по можливості на перших етапах побудови систем моніторингу єдині алгоритми.

9. Система повинна бути добре документована, з широким набором довідкових можливостей.

Моніторинг стану здоров'я базується на стику проблем медицини, соціології, політики, екології, економіки, психології, біології та культури. Вони певним чином об'єднуються в детермінанти, що мають вплив на здоров'я населення [20, 26, 46, 56, 121, 171].

Як правило, власники і керівники, у нашому випадку – Міністерство охорони здоров'я, регіональні органи влади очікують від застосування структурно-процесного підходу до управління вирішення наступних основних проблем:

- зниження затрат;
- підвищення ефективності;

- підвищення керованості (поліпшення системи звітності, створення прозорої системи управління, прискорення процедур прийняття управлінських рішень);
- зниження впливу людського фактора при управлінні.

Структурно-процесний підхід дозволяє з'єднати ланцюжками процеси, викинути зайві ланцюжки і виключити дублюючі процеси, запаралелити ті процеси, які можна і потрібно здійснювати паралельно [87].

Дотримуючись класики структурно-процесного підходу до вирішення поставлених завдань, у нашому випадку – побудови концептуальної моделі моніторингу показників здоров'я сільського населення на основі його детермінант, нами передбачена така поетапна реалізація поставленого завдання:

1. Збір даних. З цією метою пропонується проводити аналіз медико-демографічних показників на рівні адміністративних територій, що дасть можливість проаналізувати ситуацію та розрахувати прогнозні дані захворюваності, смертності, інвалідизації населення регіону. Важливою основою буде слугувати створення баз даних населення за впливом детермінант на рівні первинної ланки охорони здоров'я.

2. Вибір процесів. На цьому етапі необхідно визначити пріоритетні процеси і стратегії. Для цього використовують інформацію про характер (ступінь важливості) процесів, їх функціонування і зрілість, отриману на етапі 1, щоб визначити процеси, які вимагають негайної уваги. Найвища ступінь пріоритетності буде у процесів, що мають важливе значення. Саме ці процеси є основними об'єктами для більш активних дій. До них ми віднесли запровадження нових методик збору інформації, підвищення професійних навиків і кваліфікації лікарів та організаторів охорони здоров'я, середнього медичного персоналу (на циклах тематичного удосконалення, за участі у навчально-тренінгових семінарах, удосконаленні на передових базах з впровадження новітніх технологій моніторингу). До процесів з нижчим рівнем значущості ми віднесли:

- переоснащення закладів сучасною комп'ютерною технікою;
- розробка та розповсюдження інформаційних листів і буклетів про вплив детермінант на здоров'я населення.

3. Встановлення виконавців процесу. До виконавців в реалізації моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант нами включено державні структури системи охорони здоров'я, а саме Міністерство охорони здоров'я України; підрозділи охорони здоров'я державних адміністрацій та виконавчих органів; державні та комунальні ЗОЗ. Виконавцями даного процесу виступають і медичні кадри: організатори охорони здоров'я, сімейні лікарі, лікарі первинної ланки охорони здоров'я, середній медичний персонал.

4. Моніторинг і оптимізація. Такий етап передбачає:

- впровадження системи контролю якості моніторингу та оцінювання;
- сертифікацію підрозділів, які здійснюють моніторинг та оцінювання;
- укладення угод між ЗОЗ, які здійснюють моніторинг щодо наступності передачі отриманих даних;
- осучаснення критеріїв якості життя населення, анкетування за цими критеріями.

5. Управління та поліпшення процесів. Першорядними елементами цього етапу виступають:

- правова складова (узгодженість нормативного та методичного забезпечення);
- науковий супровід моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я сільського населення;
- фінансово-економічна складова (забезпечення механізмів фінансування процесів та матеріально-технічного стану закладів

охорони здоров'я, доступність населення до медичної допомоги).

Дане дослідження проведене авторами на основі власного досвіду і знань. Запропонована схема відповідає підходам ВООЗ, згідно з якими здоров'я розглядається водночас як ресурс і мета розвитку та ключ до процвітання, а одним з його першорядних детермінантів є стан системи охорони здоров'я.

Виходячи з цього організація медичної допомоги сільському населенню передбачає комплексний, міжсекторальний, інтегрований і динамічний підхід, спрямований на поліпшення результатів діяльності системи в цілому (системний підхід) шляхом постійної модифікації і вдосконалення як її складових, так і взаємозв'язків між ними, виявлення і вирішення існуючих проблем.

Проведене теоретичне обґрунтування концептуальних підходів було використано при побудові концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант. Обґрунтування цієї моделі базувалося на стратегії розвитку охорони здоров'я України [75, 182], якою передбачено пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги та структурна реорганізація вторинного її рівня. При цьому нами була врахована розпочата адміністративна реформа в Україні, коли відбувається створення об'єднаних територіальних громад.

## **7.2. Концептуальна модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант**

Розроблена модель (рис.7.2) заснована на принципах системності та комплексності і включає взаємопов'язані і доповнюючі один одного організаційно-функціональні блоки:

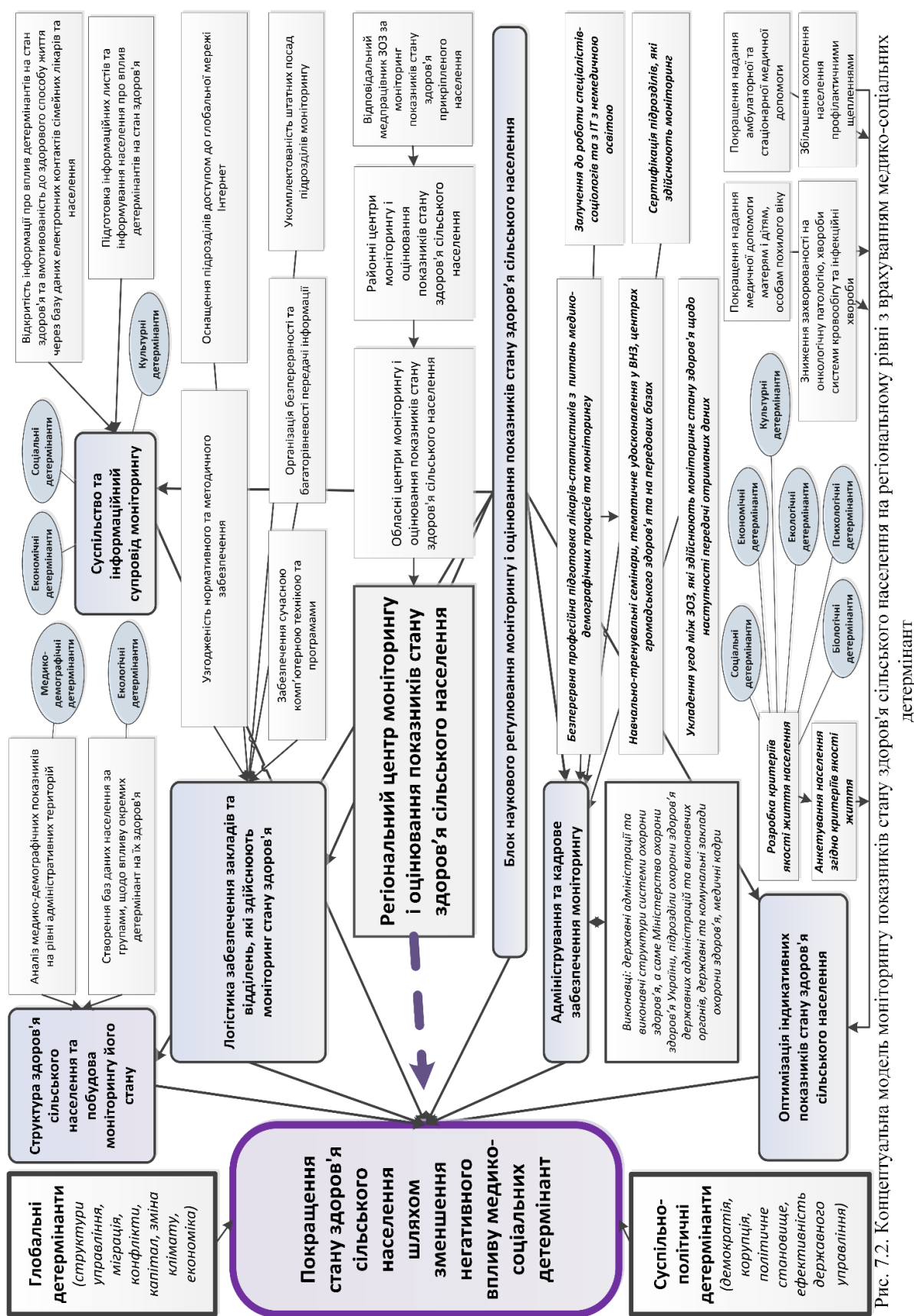


Рис. 7.2. Концептуальна модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант



- структурної перебудови моніторингу показників стану здоров'я сільського населення,
- логістики забезпечення закладів та відділень, які здійснюють моніторинг стану здоров'я населення,
- адміністрування та кадрового забезпечення моніторингу,
- оптимізації індикативних показників стану здоров'я сільського населення,
- суспільних комунікацій та інформаційного супроводу моніторингу
- наукового регулювання.

Необхідною умовою реалізації запропонованої моделі моніторингу є інтеграція її на первинний рівень надання медичної допомоги. Відмінністю її від існуючих підходів є те, що пропонується здійснити структурну перебудову моделі моніторингу стану здоров'я сільського населення, виконати логістичні заходи з забезпечення закладів та відділень, які здійснюють моніторинг стану здоров'я населення та кадрове забезпечення проведення моніторингу, організувати суспільні комунікації та інформаційний супровід моніторингу і його наукове регулювання.

Інтеграція моделі на первинний рівень надання медичної допомоги передбачає створення на базі існуючих ЗОЗ підрозділів / робочих місць з розширенням функціональних обов'язків медичним працівникам з питань моніторингу показників стану здоров'я, прикріпленого до закладу населення. Відповідальний працівник такого закладу здійснює збір, аналіз та передачу даних про стан здоров'я населення на наступний етап – до госпітального округу. У таких округах при центральній їх установі формується (створюється) Відділ (підрозділ) моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я сільського населення. Об'єднуючою структурою зі збору, аналізу, оцінки показників стану здоров'я на рівні області виступають Обласні центри (підрозділи) моніторингу і оцінювання, що формуються на базі новостворених обласних Центрів громадського

здоров'я та виступають організаторами і забезпечують науково-методичний супровід моделі та її інформаційного забезпечення. Наступним етапом моніторингу та оцінки показників стану здоров'я населення виступають Регіональні (міжобласні) центри (підрозділи), які створюються або ж формуються в структурі регіональних підрозділів НСЗУ та передають отримані дані в її головний офіс. На перелічених всіх рівнях має відбуватися регулярна звітність і повинен проводитись постійний контроль якості проведеної роботи.

Здійснення структурної перебудови моделі моніторингу стану здоров'я сільського населення передбачає на основі аналізу медико-демографічних показників на рівні адміністративних територій створення баз даних населення за групами щодо впливу окремих детермінант на їх здоров'я. Цей блок концептуальної моделі враховує вплив на здоров'я населення детермінант, які впливають на здоров'я населення безпосередньо, але не визначають його індивідуальні особливості, тобто детермінант структурного рівня, а саме медико-демографічних та екологічних. До числа медико-демографічних детермінант відноситься – стан системи охорони здоров'я, доступність до медичної допомоги, якість медичної допомоги, статеві-віковий склад населення, витрати на гігієнічне виховання населення, рівень цін на медикаменти та товари медичного призначення, недостатня увага з боку первинної ланки охорони здоров'я до раннього виявлення та профілактики захворювань, недостатня забезпеченість потреби населення у спеціалізованій медичній допомозі, рівень санітарно-освітньої роботи та ін. Групу екологічних детермінант структурного рівня, які знижують здатність підтримувати життя людини в довгостроковій перспективі складають неякісна вода, забруднення атмосферного повітря та ґрунтів, вплив іонізуючого випромінювання, якість продуктів харчування, стабільність екосистеми та ін.

Стан здоров'я, тривалість та якість життя населення України значною мірою визначаються ефективністю використання відповідних фінансових,

кадрових та матеріально-технічних ресурсів. При цьому необхідно зазначити, що до існуючої, недостатньо ефективної, системи охорони здоров'я додаються нові ризики, які пов'язані з розпорошеністю наявних ресурсів, відсутність ефективного менеджменту.

Виконання логістичних заходів із забезпечення закладів (відділень, підрозділів), які здійснюють моніторинг та оцінювання показників стану здоров'я населення передбачає:

- забезпечення сучасною комп'ютерною технікою та ліцензованими програмами;
- оснащення структур безперервним доступом до глобальної мережі інтернет;
- узгодженість нормативного та методичного забезпечення;
- укомплектованість штатних посад (впровадження додаткових функціональних обов'язків);
- організацію безперервності та багаторівневості передачі інформації.

Адміністрування та кадрове забезпечення моніторингу зобов'язує виконавців, а це державні адміністрації та виконавчі структури системи охорони здоров'я, а саме МОЗ України, підрозділи охорони здоров'я державних адміністрацій та виконавчих органів, державні та комунальні заклади охорони здоров'я, медичні кадри:

1. Здійснити укладення угод між ЗОЗ, які здійснюють моніторинг показників стану здоров'я щодо наступності передачі отриманих та проаналізованих даних;
2. Провести сертифікацію підрозділів, які здійснюють моніторинг;
3. Організувати залучення фахівців з немедичною освітою до роботи у підрозділах – спеціалістів-соціологів та фахівців з інформаційних-технологій (ІТ);

4. Сприяти безперервній професійній підготовці лікарів-статистиків з питань медико-демографічних процесів, проведення моніторингу та оцінювання в системі охорони здоров'я.

Підготовку спеціалістів для здійснення відповідної роботи необхідно проводити, зокрема:

- медичних працівників первинної ланки, як лікарів загальної практики/сімейної медицини так і сімейних медичних сестер, лікарів-статистиків – на до- та післядипломному рівні у вищих медичних навчальних закладах II-IV рівнів акредитації, шляхом внесення відповідних доповнень до програм підготовки;
- забезпечення безперервної післядипломної підготовки медичних працівників первинної ланки на базі обласних центрів громадського здоров'я з залученням в якості викладачів відповідних спеціалістів;
- проведення для державних службовців, журналістів, вчителів шкіл, соціальних працівників та інших категорій населення тренінгів та семінарів із залученням працівників центрів (підрозділів) моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я населення.

Важливими організаційно-функціональними блоками концептуальної моделі виступають:

- організація суспільні комунікацій та інформаційний супровід моніторингу;
- оптимізація індикативних показників стану здоров'я сільського населення;
- блок наукового регулювання та юридичного супроводу.

Важливим елементом системи допомоги населенню є блок суспільних комунікацій та інформаційного супроводу моніторингу. Його завданням є проведення постійної просвітницької роботи через ЗМІ та шляхом використання малих інформаційних форм та інформування

населення про здоров'я та шляхи його збереження. Значення суспільства та інформаційного супроводу полягає у відкритості інформації про вплив детермінант на стан здоров'я населення та вмотивованість до здорового способу життя через базу даних електронних контактів сімейних лікарів та населення. Шлях поширення інформації передбачає підготовку інформаційних листів, щодо інформування населення про вплив детермінантів на стан здоров'я. Цей блок концептуальної моделі враховує вплив на здоров'я населення детермінант, які впливають на здоров'я населення безпосередньо, однак при цьому не визначають його індивідуальних особливостей, тобто детермінант структурного рівня, а саме соціальних (соціальний захист та соціальний капітал, соціальні конфлікти, можливості отримання освіти, гендерна політика, ступінь професіоналізму лікарів та середнього медичного персоналу та ін.), економічних (дохід і його розподіл, зайнятість/безробіття, умови праці, житлові умови, низький рівень матеріально-технічної бази ЗОЗ, недостатні економічні витрати суспільства на охорону здоров'я та ін.) та культурних (виховання, релігія, традиції та ін.).

Стан здоров'я, тривалість та якість життя населення України значною мірою визначаються станом організації та функціонування системи охорони здоров'я, доступністю та якістю медичних послуг, що гарантують забезпечення реалізації передбаченого Конституцією України права громадян на медичну допомогу [131]. На сьогоднішньому етапі реформування галузі охорони здоров'я України показники діяльності установ охорони здоров'я та економічні показники стали взаємопов'язаними. Проте сектор охорони здоров'я потребує більш ефективного управління його ресурсами і це має важливе значення не тільки у зв'язку з тим, як система охорони здоров'я впливає на здоров'я людей, але також з урахуванням його значення для економіки країни.

Оптимізацію індикативних показників стану здоров'я сільського населення передбачається здійснювати шляхом розроблення сучасних

критеріїв якості життя населення з врахуванням впливів медико-соціальних детермінант та підвищення доступності до медичної допомоги, а це – проведення анкетування населення згідно критеріїв якості життя, покращення надання амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги, зниження захворюваності на онкологічну патологію, хвороби системи кровообігу та інфекційні хвороби, покращення надання медичної допомоги матерям і дітям, особам похилого віку, збільшення охоплення населення профілактичними щепленнями.

В сучасних умовах організація ефективної медичної допомоги населенню і в першу чергу сільському, відіграє значну роль в збереженні не тільки здоров'я, а й життя значної кількості населення країни, що вкрай важливо в умовах демографічної кризи. В цьому блоці визначальне місце впливу на здоров'я сільського населення займають групи чинників детермінант індивідуального рівня, а саме: соціальних (спосіб життя, ранній період життя, освіта, гендер, несвоєчасне звернення за медичною допомогою та ін.), економічних (дохід та його розподіл, зайнятість/безробіття, незадовільні умови та безпека праці на виробництві, житлові умови та ін.), культурних (фізична активність, неповноцінне та нерегулярне харчування, вживання алкоголю, наркотиків, тютюнопаління та ін.), екологічних (фізичне середовище проживання, вживання неякісних продуктів харчування, зростання кількості транспортних засобів, шум та ін.), психологічних (реакція на політико-економічний стан держави, психоемоційний стан у сім'ї, вміння долати стрес, самотність, психологічні умови праці, задоволеність житловими умовами, рівень заробітної плати/пенсії та ін.) та біологічних (генетика, спадковість та ін.). Справедливий доступ до охорони здоров'я та освіти, гарної роботи, наявність впорядкованого житла, гідний рівень доходу та інші фактори – все це сприяє підтримці здоров'я. Громадяни, будучи пацієнтами, перетворюються в активних і поінформованих суб'єктів, які беруть участь у прийнятті рішень, що

стосуються їх власного лікування. Необхідними умовами для цього є посилення медико-санітарної грамотності та доступ до достовірної інформації з питань здоров'я.

Міжсекторальний підхід моделі базується на залученні представників влади, журналістів, працівників соціальних служб та освіти, недержавних організацій до важливості впливу та необхідності здійснення кроків щодо зменшення негативних наслідків дії детермінант на здоров'я населення.

У взаємозалежному світі незмірно зростає важливість спільних дій країн. Сьогодні безліч складних глобальних і регіональних впливів є джерелом серйозних викликів для здоров'я людей і його детермінант, а це глобальні та суспільно-політичні детермінанти. До числа глобальних детермінант, як мають вплив на здоров'я населення входять:

- глобальні структури управління, такі як ВООЗ, Світовий банк, Світова організація торгівлі та ін.;
- міжнародна торгівля;
- міжнародна міграція;
- глобальні соціальні взаємодії (міграція, конфлікти, соціальний капітал та мережі зв'язку);
- глобальна зміна клімату;
- економічна глобалізація та ін.

Групу суспільно-політичних детермінант складають рівень демократії, рівень корупції, політичне становище, ефективність державного управління.

Таким чином, розроблена з застосуванням теорії системності концептуальна модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант буде сприяти покращенню стану здоров'я вказаного контингенту населення, сприятиме зростанню їх тривалості життя та буде

сприяти виконанню всіх десяти оперативних функцій громадської охорони здоров'я, які розроблені ВООЗ.

Центральним елементом концептуальної моделі є організація на базі існуючих медичних закладів центрів (підрозділів) моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я сільського населення.

Стратегічним напрямком даної моделі є отримання достовірної інформації про вплив на здоров'я населення детермінант та організація заходів зі зменшення їх негативної дії.

Тактичним напрямком моделі став міжсекторальний підхід до вирішення даної проблеми з визначенням в ній первинної ланки медичного забезпечення населення організатором і координатором даного процесу на рівні громади та забезпечення всіх учасників процесу комплексною достовірною інформацією з питань стану здоров'я населення та вплив на нього детермінант і мотивації до профілактичних заходів, що відповідає основним оперативним функціям громадського здоров'я, які визначені ВООЗ.

Особливістю концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант стало включення до неї:

- існуючих елементів системи охорони здоров'я, причетних до організації моніторингу показників стану здоров'я.
- наявних складових, але частково змінених за рахунок їх функціональної оптимізації: наділення сімейних лікарів / середнього медичного персоналу первинної ланки надання медичної допомоги населенню функцією збору та моніторингу показників стану здоров'я населення, в т.ч. на рівні новостворених об'єднаних територіальних громад.
- якісно нових елементів – створення баз даних населення за групами щодо впливу окремих детермінант на здоров'я, підготовка інформаційних листів та інформування населення про



вплив детермінант на здоров'я населення, укладення угод між ЗОЗ, які здійснюють моніторинг показників стану здоров'я населення щодо наступності передачі отриманих даних, залучення до роботи спеціалістів-соціологів та з інформаційних технологій з немедичною освітою, стандартизація підрозділів, які здійснюють моніторинг та оцінювання показників здоров'я сільського населення, інтеграція яких з раніше існуючими та організаційно і функціонально удосконаленими надала моделі як системи нових якостей.

### **7.3. Експертна оцінка обґрунтованих та розроблених інновацій концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант**

Відношення організаторів охорони здоров'я та науковців до обґрунтованих та розроблених інновацій запропонованої концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант, які виступили в ролі експертів, вивчалось за допомогою медико-соціологічного дослідження після проведеної дискусії. Дискусія із докладним знайомством експертів з матеріалами наукового дослідження проводилося дочасно анкетування. Результати наведені в табл. 7.3. На основі одержаних даних були проведені розрахунки експертної оцінки (Додаток VIII).

Загальна експертна оцінка розробленої моделі та запропонованих інновацій за 10-ти бальною шкалою отримала 9,87 бали. Результати цієї оцінки незалежними експертами засвідчили важливість внесених пропозицій для оптимізації організації моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант. Інновація, щодо

Табл. 7.3.

**Оцінка експертами інновацій в обґрунтуванні  
концептуальної моделі моніторингу показників здоров'я  
сільського населення з врахуванням медико-соціальних  
детермінант здоров'я на регіональному рівні**

<b>№</b>	<b>Запропоновані інновації</b>	<b>Бали</b>
1.	Концептуальна модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант в цілому	9,87
2.	Чи відповідатиме реалізація запропонованих інновацій в цій моделі принципам системності в організації моніторингу та оцінки показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні	9,73
3.	Чи відповідатиме реалізація запропонованих інновацій в цій моделі принципам комплексності в організації моніторингу та оцінки показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні	9,80
4.	Відповідність запропонованої моделі сучасним вимогам реформи медичної галузі	9,20
5.	Вплив результатів моніторингу і оцінювання стану здоров'я сільського населення на суспільно-політичні події	8,93
6.	Інформування населення про стан здоров'я з метою зниження дії індивідуальних детермінант через систему Інтернет, базу даних електронних контактів лікарів та пацієнтів	8,47
7.	Відповідність логістики забезпечення закладів та відділень, які здійснюють моніторинг стану здоров'я населення	8,20
8.	Розробка критеріїв якості життя населення сільських територій з врахуванням впливів медико-соціальних детермінант	9,67
9.	Відповідність запропонованих заходів з адміністрування та кадрового забезпечення моніторингу та оцінювання стану здоров'я сільського населення	8,67
10.	Опитування лікарів щодо оцінки стану здоров'я сільського населення шляхом моніторингу і оцінювання показників з врахуванням медико-соціальних детермінант	8,53
11.	Спрямованість на отримання достовірних даних щодо стану здоров'я сільського населення	8,40

відповідності принципам комплексності в організації моніторингу та оцінки показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні оцінена у 9,80 бали. При позитивній оцінці експертами моделі в цілому такі інновації, як спрямованість на отримання достовірних даних щодо стану здоров'я сільського населення отримала лише 8,40 балів, а така – як інформування населення про стан здоров'я з метою зниження дії індивідуальних детермінант через систему Інтернет, базу даних електронних контактів лікарів та пацієнтів – 8,47 балів.

Висока ступінь узгодженості думок експертів (коефіцієнт варіації 5,8%) показала, що реалізація нововведень відповідає принципам системності (9,73 бали за 10-бальною шкалою) та комплексності (9,80 балів). Нами розрахована оцінка значущості коефіцієнта конкордації. Для цієї мети обчислено критерій узгодження Пірсона ( $\chi^2$ ), що становив 105,64. Так як цей показник є вищим табличного (18,30704), то отримана величина не є випадковою і експертні дані мають сенс і можуть використовуватися у подальших дослідженнях.

Концептуальна модель моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні дасть можливість здійснити організаційні заходи з формування структур з оцінки стану здоров'я населення, встановити особливості і тенденції захворюваності та смертності сільського населення на регіональному рівні, системно та об'єктивно оцінювати стан здоров'я населення та вплив на нього детермінант, забезпечити комплексність заходів з моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я сільського населення з врахуванням регіональних особливостей, матиме позитивний медико-соціальний ефект внаслідок раціонального використання ресурсів охорони здоров'я та удосконалення міжсекторальної взаємодії державних закладів і комунальних структур та може бути рекомендована на етапі реформування галузі охорони здоров'я України.

## Висновки за розділом

Для комплексного вирішення побудови концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант використано такі основні принципи: як об'єктивність і достовірність, систематичність спостереження за станом здоров'я, багаторівневність, узгодженість нормативного, методичного, технічного та програмного забезпечення, комплексність в оцінці стану здоров'я, оперативність проходження інформації між окремими ланками, відкритість інформації для населення.

Особливістю запропонованої моделі стало включення до неї, крім існуючих, інноваційних елементів: наділення сімейних лікарів / середнього медичного персоналу первинної ланки функцією збору та моніторингу показників стану здоров'я населення, в т.ч. на рівні новостворених об'єднаних територіальних громад, створення баз даних населення за групами щодо впливу окремих детермінант на здоров'я, підготовка інформаційних листів та інформування населення про вплив детермінант на здоров'я населення, укладення угод між ЗОЗ, які здійснюють моніторинг показників стану здоров'я населення, щодо наступності передачі отриманих даних, залучення до роботи спеціалістів-соціологів та фахівців з інформаційних технологій з немедичною освітою, стандартизація підрозділів, які здійснюють моніторинг та оцінювання показників здоров'я.

Впровадження окремих елементів обґрунтованої та розробленої моделі, яка відповідає рекомендаціям ВООЗ, в практичну діяльність при позитивній оцінці експертами (9,87 бали за 10 бальною шкалою) та високому ступені узгодженості думок експертів дозволяють рекомендувати її для використання в системі охорони здоров'я України.

Матеріали розділу викладенні в особистих наукових працях [дод. III пп. 1, 2, 4, 6, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24].

## ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням вирішено актуальну науково-прикладну задачу щодо обґрунтування концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант в умовах реформування системи охорони здоров'я, яка базується на нових функціонально-організаційних підходах до її структури і побудована на принципах комплексності та системності з використанням міжсекторального підходу, інформаційного механізму забезпечення та її наукового супроводу, потенційна ефективність якої позитивно оцінена експертами.

1. Дослідженням встановлено, що в Україні в цілому, а особливо у сільській місцевості, існують суттєві нерівності в стані здоров'я, що зумовило необхідність обґрунтування та розробки концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант.
2. Встановлено, що в Україні за останнє десятиріччя (за 2009-2018 рр.) утворилась несприятлива медико-демографічна ситуація, особливо у сільській місцевості Північно-Східного регіону, де виявлені найвищі темпи зниження кількості сільського населення (на 13,22% проти 1,58% у Західному регіоні) за рахунок найнижчих показників народжуваності при найвищих темпах їх зниження та високих показниках смертності (22,77‰ проти 14,77‰ у Західному регіоні). Виявлено, що зменшення демографічного навантаження у сільській місцевості (на 5,28%) на противагу його зростанню у містах (на 18,47%) сформовано за

рахунок високої смертності сільського населення у похилому віці і недостатньої народжуваності.

3. Показано, що за умови практично однакових географічних характеристик, величини території та кількості населення двох суміжних регіонів (Львівська область та Підкарпатське воєводство) сусідніх країн (України та Польщі), на Львівщині медико-демографічна ситуація складніша, внаслідок зниження чисельності населення (-0,92%), у першу чергу сільських жінок (-2,95%), вищих ніж у Підкарпатському воєводстві показників смертності населення (у 1,4 рази) та смертності немовлят (у 2,8 рази), нижчої середньої очікуваної тривалості життя, зокрема серед чоловіків (68,5 проти 75,6 років, відповідно), що засвідчує вплив суспільно-політичних, соціально-економічних, культурних та інших детермінант контекстуального і структурного рівнів на нерівності у здоров'ї.
4. Встановлено, що суб'єктивно більшість сільських мешканців оцінюють стан свого здоров'я як добрий ( $31,34 \pm 2,23$  %) та швидше добрий ( $35,25 \pm 2,29$  %) і можливо тому недостатньо приділяють йому увагу ( $68,66 \pm 2,23$ %), не дотримуються здорового способу життя ( $86,18 \pm 1,66$ %), не відвідують медичні заклади з профілактичною метою ( $91,93 \pm 0,68$ %), первинно не звертаються з медичними проблемами до сімейного лікаря ( $57,83 \pm 2,37$ %).
5. Виявлено, що чоловіки – сільські мешканці оцінюють власну якість життя гірше, ніж жінки, головним чином за критеріями життєвої активності (46,35 балів проти 47,54 балів відповідно), фізичного (3,25 проти 3,63 балів) та емоційного (3,36 проти 3,85

балів) стану, відчуттям втоми (2,93 проти 2,31 балів), що можливо може слугувати предиктором їх нижчої тривалості життя.

6. З'ясовано, що на експертну думку досвідчених висококваліфікованих організаторів охорони здоров'я найбільшу дію на здоров'я населення мають детермінанти індивідуального рівня – культурні ( $4,33 \pm 0,03$  бали за 5-бальною шкалою), біологічні ( $3,94 \pm 0,05$  балів) та конкретизовані економічні ( $3,80 \pm 0,04$  балів), а також соціально-економічні детермінанти структурного рівня, серед яких пріоритетними є недостатні суспільні витрати на охорону здоров'я ( $4,41 \pm 0,04$  бали) та низька якість медичної допомоги ( $4,36 \pm 0,04$  бали), спричинені пізнім початком реформування системи фінансування охорони здоров'я ( $86,70 \pm 1,72\%$  відповідей респондентів).
7. Обґрунтована та розроблена концептуальна модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант. Особливістю запропонованої моделі стало включення до неї, крім існуючих, інноваційних елементів: наділення сімейних лікарів / середнього медичного персоналу первинної ланки функцією збору та моніторингу показників стану здоров'я населення, в т.ч. на рівні новостворених об'єднаних територіальних громад, створення баз даних населення за групами щодо впливу окремих детермінант на здоров'я, підготовка інформаційних листів та інформування населення про вплив детермінант на здоров'я населення, укладення угод між ЗОЗ, які здійснюють моніторинг показників стану здоров'я населення, щодо наступності передачі отриманих даних, залучення до роботи спеціалістів-соціологів та фахівців з інформаційних технологій з немедичною освітою, стандартизація

підрозділів, які здійснюють моніторинг та оцінювання показників здоров'я.

8. Впровадження окремих елементів обґрунтованої та розробленої моделі, яка відповідає рекомендаціям ВООЗ, в практичну діяльність при позитивній оцінці експертами (9,87 бали за 10 бальною шкалою) та високому ступені узгодженості думок експертів дозволяють рекомендувати її для використання в системі охорони здоров'я України.



## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати дослідження дозволяють рекомендувати:

1. Міністерству охорони здоров'я України:

- запровадити в практику охорони здоров'я концептуальну модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант;
- враховувати результати медико-статистичних досліджень стану захворюваності та смертності населення сільських поселень при розробленні державних, регіональних програм здоров'я населення.

2. Головам ОДА, департаментам / управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій:

- віднайти можливості для запровадження в практику концептуальної моделі моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант;
- забезпечити своєчасне фінансування цільових програм з охорони здоров'я сільських мешканців;
- ввести в практику постійне інформування медичних працівників про стан здоров'я населення на основі показників з врахуванням медико-соціальних детермінант;
- підвищити відповідальність та мотивацію медичних працівників за результати їх діяльності щодо збереження здоров'я населення.

3. Керівникам центрів ПМД, амбулаторій загальної практики / сімейної медицини:

- здійснити комплекс заходів для формування в установах груп спостереження щодо дії медико-соціальних детермінант;

- удосконалити рівень профілактики і методи раннього виявлення патології;
- широко інформувати сільське населення про фактори ризику захворювань, причини смерті і заходи з їх профілактики;
- забезпечити якісне ведення медичної документації.

4. Вищим медичним навчальним закладам:

- доповнити програми навчання студентів з курсу «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я», «Сімейна медицина» питаннями структури і впливу медико-соціальних детермінант на здоров'я населення;
- на післядипломному рівні включити в робочі програми кафедр організації і управління охороною здоров'я, громадського здоров'я, сімейної медицини питання впровадження сучасних підходів до побудови моделей моніторингу показників здоров'я населення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз виконання бюджетних програм Міністерства охорони здоров'я України за 9 місяців 2018 року. Жовтень 2018. [Електронний ресурс]. URL: <https://feao.org.ua/wp-content/uploads/2018/11/mofhealth-.pdf>. (дата звернення: 24.01.2019).
2. Аналіз демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, В. Г. Дубініна, О. П. Рудницький, О. В. Любінець // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В. В.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2016. С. 12–33.
3. Бахнівський В. С., Шушковська Ю. Ю. Міждисциплінарний взаємозв'язок у викладанні організації охорони здоров'я та внутрішньої медицини як компонент реалізації Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні // Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр. : тези доповідей навчально-методичної конференції, 25 березня 2015 року. Вінниця, 2015. С. 11–12.
4. Бердник О., Полька Н., Рудницька О. Оцінка "якості населення" в системі громадського здоров'я // Здоров'я людини: теорія і практика : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції присвяченої 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету (Суми, 17-19 жовтня 2017 року). Суми, 2017. С. 22–24.
5. Бірюков Д. С., Заславський В. А. Розвиток системи моніторингу соціально-економічного стану малих міст і селищ України // Системи обробки інформації. 2010. Вип. 9. С. 221–225.

6. Борзенко О. О. Урбанізація в Україні на фоні депопуляції [Електронний ресурс] // Євроінтеграційний ресурс розвитку глобального підприємництва : зб. матеріалів Дискусійної платформи, 17 трав. 2019 р. / за ред. А. М. Поручника; М-во освіти і науки України, ДВНЗ «Київ. нац. екон. ун-т ім. В. Гетьмана», Каф. міжнар. економіки. – Київ : КНЕУ, 2019. С. 10–11. URL: [https://ir.kneu.edu.ua/bitstream/handle/2018/30749/yevro\\_resurs-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ir.kneu.edu.ua/bitstream/handle/2018/30749/yevro_resurs-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (дата звернення: 24.10.2019).
7. Бучковская А. Ю., Гриновец А. И., Гриновец В. С. Влияние внешних и внутренних факторов на физическое развитие молодежи // Оздоровительная физическая культура молодежи: актуальные проблемы и перспективы : материалы II Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 2-3 апр. 2015 г. / под. ред.: К. Ю. Романова, Е. С. Ванда. Минск : БГМУ, 2015. С. 167–172.
8. Вдовяк Л., Дятчик Ю., Капка Л. Процесс реформирования системы здравоохранения в Польше // Україна. Здоров'я нації. 2010. № 2. С. 116–120.
9. Визначення якості життя населення в умовах сьогодення / О. В. Баєва, Н. К. П'ятниця-Горпинченко, В. І. Слободкін та ін. // Економіка і право охорони здоров'я. 2018. № 2. С. 86–87.
10. ВОЗ. Европейская база данных о смертности (MDB) / Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014. [Электронный ресурс]. URL: <https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-mortality-database>. (дата обращения: 23.05.2018).
11. ВОЗ. Европейский портал информации здравоохранения. Самооценка состояния здоров'я [Электронный ресурс]. URL: [https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hbsc\\_14-self-rated-health](https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hbsc_14-self-rated-health). (дата обращения: 16.01.2019).

12. Вороненко Ю. В., Слабкий Г. О., Голубчиков М. В. Характеристика стану здоров'я населення України. // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / ред. Шафранський В. В. Київ, 2016. С. 34–133.
13. Всеобщий охват медико-санитарными услугами // Информационный бюллетень. 2016. Декабрь. № 395. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/ru>. (дата обращения: 25.01.2018).
14. Гайдук І. С. Вплив якості та тривалості життя на людський потенціал в Україні // Економічний вісник університету. 2017. Вип. 32-1. С. 137–143.
15. Галаченко О. О. Підходи до формування структури регіональної політики розвитку санаторно–курортної сфери // Формування ринкових відносин в Україні. 2017. № 1. С. 76–78.
16. Гандзюк В. А. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу серед населення України на сучасному етапі: національний та регіональний аспекти // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014. № 2. С. 74–78.
17. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. Женева : ВОЗ, 2014. 48 с.
18. Глушкова Л. И. К вопросу формирования здорового образа жизни // Здравоохранение Российской Федерации. 2008. № 1. С. 33–34.
19. Говорко О. В. Проблеми та перспективи демографічного розвитку в Україні // Вісник Одеського національного університету. Серія: Економіка. 2015. Вип. 1. С. 113–116.

20. Говорко О. В. Демографічні аспекти соціально-економічного розвитку України // Вісник Донецького національного університету. Серія В: Економіка і право. 2014. Вип. 2. С. 148–152.
21. Голубчиков М. В. Чи можна довіряти українській медичній статистиці? // Ваше здоров'я. 2015. № 49-50. С. 8–9.
22. Голубчиков М. В., Орлова Н. М. Міжнародний досвід використання інтегральних показників для моніторингу та оцінки здоров'я населення // Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 89–94.
23. Голяченко А. О., Смірнова В. Л., Левченко О. В. Деякі думки з приводу медичної реформи // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017. № 3. С. 16–20.
24. Грузєва О. В. Поширеність куріння серед студентів вищих медичних навчальних закладів України і світу // Україна. Здоров'я нації. 2010. №1. С. 27–31.
25. Грузєва Т. С. Соціальний градієнт у доступності послуг охорони здоров'я // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2011. № 1. С. 104–105.
26. Грузєва Т. С., Галієнко Л. І., Власенко С. В. Сучасні проблеми стану здоров'я та способу життя студентської молоді // Україна. Здоров'я нації. 2018. № 3. С. 122–123.
27. Грузєва Т. С. Інноваційна сутність та стратегічний і практичний потенціал нової європейської політики «Здоров'я – 2020» // Вісник проблем біології і медицини. 2014. Т. 1, вип. 3. С. 25–33.
28. Грузєва Т. С. Компетентнісний підхід до підготовки фахівців громадського здоров'я в Ягелонському університеті // Україна. Здоров'я нації. 2017. № 4. С. 84–90.
29. Гульчій О. П. Медико-соціальні закономірності формування перинатальної патології та оптимізація медичної допомоги вагітним і

новонародженим : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.02.03 „Соціальна медицина” / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. - К., 2004. 35 с.

30. Демографічна криза в Україні: Проблеми дослідження, витоки, складові, напрямки протидії / за ред. В. Стешенко. К. : Ін-т економіки НАН України, 2001. 560 с.
31. Доклад по проблеме алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. Исходный документ к основам политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. [Електронний ресурс]. URL: [http://www.euro.who.int/Document / RC55/rbd01.pdf](http://www.euro.who.int/Document/RC55/rbd01.pdf). (дата обращения 16.11.2017).
32. Дорогой А. П. Тривалість життя, потенційні втрати трудового потенціалу й повікова смертність при цукровому діабеті: Динаміка показників // Міжнародний ендокринологічний журнал. 2007. № 3. С. 55–61.
33. Досвід, реалії та перспективи розвитку систем охорони здоров'я [Електронний ресурс] / за ред. О. Любінця, А. Овоца. 1 електронний оптичний диск (CD-ROM) 12 см. Системні вимоги: i486SX, 16 MiB RAM, sVGA 1024x768, 16 bpp, CD-ROM, Win '98, Adobe Reader 6. Львів : Медицина і право, 2013. 585 с.
34. Дудіна О. О., Терещенко А. В. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014. № 2. С. 49–57.
35. Дудник С. В., Кошеля І. І. Тенденції стану здоров'я населення України // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4. С. 67–77.
36. Жарікова С. Особливості ставлення підлітків до здорового способу життя // Освіта регіону. 2013. № 2. С. 216–221.

37. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2010 році. Статистичний бюлетень / Державний комітет статистики України. Київ, 2011. 89 с.
38. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році. Статистичний бюлетень / Державний комітет статистики України. Київ, 2018. 109 с.
39. Защик Н. С. Режими життєдіяльності як детермінанти порушень психіки та поведінки у сільського населення // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014. № 4. С. 45–48.
40. Заюков І. В. Територіальні особливості самооцінки здоров'я населенням України // Стратегічні пріоритети. Серія: Політика. 2016. № 1. С. 55–62.
41. Зелінська Г. О. Регіональні особливості формування і реалізації людського капіталу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : спец. 08.09.01 «Демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика» / НАН України, Інститут регіональних досліджень. Львів, 2004. 21 с.
42. Знаменська М. А. Медико-соціальне обґрунтування системи комунікацій в охороні здоров'я : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.02.03 „Соціальна медицина” / Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. Київ, 2016. 39 с.
43. Использование опросника SF-36 в оценке качества жизни у пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией / Н. А. Шостак, А. А. Клименко, В. С. Шеменкова, А. В. Свет // Клиницист. 2017. Т. 11, № 3-4. С. 44–49.
44. Іванов Ю. Б. Особливості фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні // Ефективна економіка. 2014. № 11. С. 43–55.



45. Іляш О. І., Бугайчук Н. В. Деструктивні зміни розвитку соціального комплексу прикордонних територій західних регіонів України // Соц.-ек. проблеми сучас. періоду України. 2014. Вип. 4. С. 64–74.
46. Індекс здоров'я. Україна–2018: Результати загальнонаціонального дослідження / укл. Степурко Т. Г. та ін. Київ, 2018. 172 с.
47. Карамишев Д., Радиш Я., Радиш Л. Якість медичної допомоги – інтегральний показник соціальної ефективності управління системою здоров'я // Вісник Національної Академії державного управління при Президентові України. 2005. № 4. С. 415–420.
48. Карташова С. С., Рязанцева В. В. Вплив демографічних процесів на соціально-економічний розвиток міста Києва // Статистика України. 2005. № 1. С. 45–52.
49. Карташова С. С., Тимченко О. І., Омельченко Е. М. Показники смертності як індикатори стану здоров'я // Український медичний альманах. 2009. Т. 12, № 2. С. 82–84.
50. Кланца І. А. Громадське здоров'я як умова національної безпеки держави // Вісник Національної Академії державного управління при Президентові України. 2018. № 1. С. 107–113.
51. Клос Л., Назар Н. Соціальна робота у сфері громадського здоров'я (американський досвід) // Педагогіка і психологія професійної освіти. 2016. № 4. С. 200–209.
52. Князевич В. М., Авраменко Т. П. Державна політика з охорони здоров'я в Україні: перспективи розвитку в умовах системних змін // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. 2015. № 1. С. 164–179.
53. Князевич В. М., Жаліло Л. І. Системна криза в Україні як контекст реформ охорони здоров'я // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. 2015. № 3. С. 99–105.

54. Коваленко О. Наближення засад підготовки сучасних керівних кадрів з охорони здоров'я України до світових стандартів // Державне управління та місцеве самоврядування. 2016. № 2. С. 143–146.
55. Ковальчук А. Ю. Характеристика соціально-демографічної ситуації та соціально значущих захворювань в Україні // Український медичний часопис. 2014. № 1. С. 29–33.
56. Когатько Ю. Л. Теоретико-методологічні підходи до визначення соціально-економічних категорій “рівень та якість життя населення” // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Економічні науки. 2014. Т. 8. С. 189–193.
57. Комунікації у процесі впровадження та супроводу реформування / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Яценко, Л. В. Яценко та ін. // Україна. Здоров'я нації. 2012. № 2-3. С. 176–181.
58. Концептуальні основи статистичного моніторингу / Д. Д. Айстраханов, М. В. Пугачова, В. С. Степашко та ін.; за ред. М. В. Пугачової. К.: Інформ.-вид. центр Держкомстату України, 2003. 436 с.
59. Корнацький В. М. Шляхи покращення стану здоров'я населення України // Лікарська справа. 2001. № 5-6. С. 150–153.
60. Корнацький В. М., Дяченко Л. О., Михальчук В. М. Вплив психосоціальних чинників на стан здоров'я та якість життя населення // Український кардіологічний журнал. 2017. № 2. С. 106–113.
61. Кравченко В. В., Орлова Н. М., Кравченко А. В. Стан здоров'я населення м. Києва: сучасні тенденції та проблеми // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. К., 2018. Кн. 30. С. 504–522.
62. Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни «WHOQOL-BREF» / [Електронний ресурс]. URL: [www.who.int/](http://www.who.int/)

substance\_abuse/.../rus sian\_whoqol.pdf. (дата обращения: 16/03/2017).

63. Кривенко Є. М. Сучасна структура функціонально-організаційної моделі інформатизації охорони здоров'я на регіональному рівні // Україна. Здоров'я нації. 2014. № 2. С. 75–82.
64. Кривенко Є. М., Ситенко О. Р. Роль комунікації та PR-технологій у взаємодії галузі охорони здоров'я і громадськості // Україна. Здоров'я нації. 2013. № 4. С. 101–105.
65. Крупа В. Р., Мартинюк Н. В. Рівень життя сільського населення у контексті формування умов для людського розвитку // Агросвіт. 2013. № 24. С. 18–24.
66. Кручаниця В. В. Детермінанти зловживання алкоголем населенням Закарпаття // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2016. № 4. С. 18–22.
67. Кульгінський Є. А. Теоретико-методологічні основи здоров'я у всіх державних політиках як базовий принцип забезпечення розвитку суспільного здоров'я // Ефективність державного управління. 2015. Т. 44, № 1. С. 43–52.
68. Кульчицька Т. К., Кульчицька Н. О. Висвітлення регіональних аспектів стану здоров'я населення України в науковій літературі // Україна. Здоров'я нації. 2007. № 3-4. С. 178–184.
69. Курило І. Деякі демографічні передумови формування економічної активності та соціальної стратифікації населення України // Україна: аспекти праці. 2003. № 8. С. 19–25.
70. Куценко В. І. Соціальна сфера: реальність і контури майбутнього (питання теорії і практики) : монографія / за наук. ред. Б. М. Данилишина. Ніжин : Аспект-Поліграф, 2008. 818 с.

71. Куценко В. І., Трілленберг Г. І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти. К.: Рада по вивченню продуктивних сил України НАН України, 2005. 366 с.
72. Лапшин І. М. Аналіз рівня смертності населення в Україні // Вісник Хмельницького національного університету. 2018. Т. 1, № 3. С. 44–47.
73. Лашкул З. В., Курочка В. Л., Курган А. П. Вікові та регіональні особливості смертності дітей від зовнішніх причин // Україна. Здоров'я нації. 2018. № 4. С. 12–20.
74. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Волчек В. В. Інтеграція медичної допомоги – провідний спосіб зміцнення системи охорони здоров'я та підвищення її ефективності // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2015. № 1. С. 32–40.
75. Лехан В. М., Слабкий Г. О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір // Новості медицини и фармации. 2011. № 1. С. 6–18.
76. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення // Україна. Здоров'я нації. 2015. № 3. С. 67–86.
77. Лещенко В. В. Роль держави у поліпшенні якості людських ресурсів охорони здоров'я // Науково-практична конференція з міжнародною участю «Організація та управління охороною здоров'я»: матеріали конференції, 18-20 жовтня 2016 року, м. Київ. Київ, 2016. С. 47–48.
78. Лисак В. П. Смертність дорослого населення Полтавської області внаслідок хвороб ендокринної системи // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4. С. 146–149.

79. Литвинова Л. О., Захарова Н. М. Проблеми постаріння населення на фоні урбанізації // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2010. № 1. С. 175–176.
80. Лібанова Е. М. Надмірна соціально неприйнятна нерівність: головний виклик для українського суспільства // Вісник Національної академії наук України. 2017. № 5. С. 22–25.
81. Лібанова Е. М. Низька тривалість життя населення – основний прояв тотальної демографічної кризи в Україні // Журнал Академії медичних наук України. 2007. Т. 13, № 3. С. 411–447.
82. Лібанова Е. М. Нобелівську премію з економіки 2015 року присуджено за цикл досліджень проблем споживання, бідності і добробуту // Демографія та соціальна економіка. 2015. № 3. С. 11–20.
83. Лібанова Е. М. Нерівність в українському суспільстві: витоки та сучасність // Економіка України. 2014. № 3. С. 4–19.
84. Лотоцько О. В., Кондратюк В. А., Кучер С. В. Якість питної води як одна з детермінант громадського здоров'я в західному регіоні України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 1. С. 12–18.
85. Любінець О., Ходор О. Є. Характеристика кадрового забезпечення та підготовка управлінських кадрів вітчизняної системи охорони здоров'я [Електронний ресурс] // Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я. Львів : Медицина і право, 2013. С. 116–123. 1 електронний оптичний диск (CD-ROM); 12 см. Системні вимоги: P4 1600 256 MB RAM; Windows XP; Adobe Reader 6.0. Назва з контейнера.
86. Любінець О. В. Втрачений життєвий потенціал України у 2008 році // Україна. Здоров'я нації. 2010. № 3. С. 32–38.

87. Любінець О. В. Структурно-процесний підхід в системі охорони здоров'я (на прикладі розробки програми подовження середньої очікуваної тривалості життя) // Практична медицина. 2012. № 2. С. 81–88.
88. Любінець О. В., Орда О. М. Особливості та порівняльна характеристика смертності населення від основних причин в Україні та Європі // Україна. Здоров'я нації. 2012. № 4. С. 66–70.
89. Любінець О. В. Смертність населення від туберкульозу та видатки на охорону здоров'я в Україні та окремих країнах Європи // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2011. № 4. С. 79–84.
90. Людський розвиток в Україні: можливості та напрями соціальних інвестицій: Колективна науково-аналітична монографія / за ред. Е. М. Лібанової. К.: Ін-т демократії та соц. досліджень НАН України, 2006. 356 с.
91. Мангушева В. Ю. Динаміка захворюваності хворобами шкіри та підшкірної клітковини та контактним дерматитом за останні 20 років після аварії на Чорнобильській АЕС // Дерматологія та венерологія. 2011. № 2. С. 61.
92. Марзеева О. М., Сердюк О. М. Медико-екологічні передумови демографічної кризи в Україні та шляхи їх подолання // Журнал Академії медичних наук України. 2007. Т. 13, № 3. С. 486–487.
93. Маркович І. Г. Вплив медико-демографічних показників на реформування медичної галузі як складової системи біобезпеки країни. Україна. Здоров'я нації. 2013. № 4. С. 29–34.
94. Медведовська Н. В. Медико-соціальне обґрунтування системи моніторингу стану здоров'я населення України на регіональному рівні : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра мед. наук : спец

- 14.02.03 «Соціальна медицина» / Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. Київ, 2011. 40 с.
95. Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті. 2013 рік. [Електронний ресурс]. К., 2013. URL: <http://www.uiph.kiev.ua/elektronna-biblioteka> (дата звернення: 08.12.2016).
  96. Медико-соціальні аспекти вживання алкоголю населенням та стратегії протидії / Грузева Т. С., Дуфинець В. А., Замкевич В. Б. та ін. // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського. Київ, 2016. С. 118–127.
  97. Медична статистика як фундамент соціально-медичних досліджень / О. О. Приходський, А. О. Голяченко, Л. М. Романюк та ін. // Вісник Вінницького державного медичного університету. 1998. № 2. С. 486–487.
  98. Мезенцева Н. І., Батиченко С. П., Мезенцев К. В. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір : монографія. К. : Прінт Сервіс, 2018. 136 с.
  99. Мелега К. П. Сучасні моделі здорового харчування як основа здоров'язбереження та профілактики хронічних захворювань. URL: [https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/23480/1/Мелега\\_монографія\\_2018.pdf](https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/23480/1/Мелега_монографія_2018.pdf).
  100. Мельничук Д. П. Людський капітал: пріоритети модернізації суспільства у контексті поліпшення якості життя населення : монографія. Житомир : Полісся, 2015. С. 527–563.
  101. Миронюк І. С, Кручаниця В. В., Слабкий Г. О. Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників оцінки

- ефективності антиалкогольної роботи та шляхів її оптимізації // Економіка і право охорони здоров'я. 2017. № 2. С. 51–57.
102. Морра Імас Л. Дж., Ріст Р. К. Шлях до результатів: планування та проведення ефективних оцінювань розвитку. Київ : Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні, 2015. 580 с.
  103. Москаленко В. Ф., Грузєва Т. С. Значення здоров'я у забезпеченні добробуту та соціального благополуччя суспільства // Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. 2008. № 3. С. 65–71.
  104. Мочерний С. Людина та закони її розвитку // Економіка України. 2004. № 10. С. 17–26.
  105. Нагорна А. М., Степаненко А. В., Морозов А. М. Проблема якості в охороні здоров'я. Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. 384 с.
  106. Обґрунтування необхідності формування управлінських компетентностей у лікарів на додипломному етапі їх навчання та підвищення ефективності підготовки управлінських кадрів системи охорони здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, М. І. Заярський, О. П. Максименко // Актуальні проблеми сучасної медицини. 2016. Т. 16, вип. 2. С. 265–271.
  107. Обізнаність та усвідомлення студентською молоддю загрози для здоров'я факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань – сучасний стан проблеми / А. М. Сердюк, М. П. Гуліч, О. Д. Петренко та ін. // Медичні перспективи. 2019. Т. 24, № 1. С. 4–14.
  108. Основні терміни, які вживаються у сфері громадського здоров'я / Слабкий Г. О., Миронюк В. І., Качала Л. О., Ротаніна О. М. // Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 235–245.



109. Охорона здоров'я України : проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко та ін. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2011. № 4. С. 14–19.
110. Охрана здоровья на рабочем месте [Электронный ресурс] // Информационный бюлеть. 2014. № 389. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/ru/> (дата обращения: 08.12.2016).
111. Перебийнос О. М. Демографічні процеси в Україні як об'єкт державного регулювання // Теорія та практика державного управління. 2011. Вип. 3. С. 1–6.
112. Пилипець Я. Д., Любінець О. В., Ходор О. Є. Рационалізація кадрового забезпечення в системі охорони здоров'я // Медицина транспорту України. 2012. № 3. С. 100–103.
113. Поведінкові детермінанти здоров'я (результати національного репрезентативного дослідження «Індекс здоров'я. Україна») / Т. Степурко, Т. Семигіна, Ю. Барська, В. Тимошевська // Вісник АПСВТ. 2019. № 1. С. 102–124.
114. Погребський Т. Особливості захворюваності та смертності населення України // Часопис соціально-економічної географії. 2014. Вип. 16 (1). С. 170–174.
115. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2015-2016 роки // Статистичний довідник / МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». К., 2017. 325 с.
116. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : монографія / О. М. Балакірєва, Т. В. Бондар, Д. М. Павлова та ін. ; наук. ред. О. М. Балакірєва. К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2014. 156 с.

117. Поліщук М. Є., Красовський К. С., Андрєєва Т. І. Зміни середньої очікуваної тривалості життя в Україні за останні 50 років як показник ефективності охорони громадського здоров'я // Україна. Здоров'я нації. 2009. № 4. С. 54–61.
118. Поширеність куріння та його соціальні детермінанти серед сільських жителів / М. Г. Телішевська, І. М. Паробецька, Б. Л. Цісінський, Н. В. Верес // Управління охороною здоров'я : матеріали науково–практичної інтернет–конференції з міжнародною участю, 29 січня–29 лютого 2008 року. Львів, 2008. С. 50–51.
119. Прищук Н. Смертність населення України: регіональний аспект // Вісник Львівського університету. Серія: Географічна. 2007. Вип. 34. С. 201–209.
120. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення [Електронний ресурс]: Закон України № 2168-VIII від 19 жовтня 2017 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>. (дата звернення: 22.01.2019).
121. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги [Електронний ресурс]: Наказ МОЗ України від 11.09.2013 р. № 795. URL: <http://moz.gov.ua/ua/portal> (дата звернення: 18.04.2019).
122. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : Закон України №2206-VIII // Голос України. 2017. 30 грудня (№ 248).
123. Про прийняття за основу проекту Закону України про внесення змін до деяких законів України щодо запобігання несприятливому впливу забруднення повітряного середовища на здоров'я населення [Електронний ресурс]: Постанова Верховної Ради України від 12 грудня 2019 року № 374-IX URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/374-20> (дата звернення: 27.12.2019).

124. Проект закону України про систему громадського здоров'я [Електронний ресурс]. URL: <http://moz.gov.ua/article/public-discussions/proekt-zakonu-ukraini-pro-sistemu-gromadskogo-zdorovja> (дата звернення: 27.12.2019).
125. Проневич О. С. Імплементация засад європейської політики «Здоров'я-2020» як правовий інструмент модернізації системи охорони здоров'я України // Право і безпека. 2017. № 2 (65). С. 47–53.
126. Профилактика рака и борьба с ним [Электронный ресурс]. URL: [http://www.who.int/cancer/media/news/WHA58\\_22-ru.pdf?ua=1](http://www.who.int/cancer/media/news/WHA58_22-ru.pdf?ua=1) (дата звернення: 11.02.2019).
127. Радиш Я. Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження здоров'я громадян як важливого фактора національної безпеки // Науково-інформаційний вісник Академії національної безпеки. 2015. № 1-2. С. 27–37.
128. Раковые заболевания, обусловленные факторами окружающей среды и профессиональной деятельности [Электронный ресурс] // Информационный бюлеть. 2011. № 350. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs350/ru/> (дата звернення: 11.02.2019).
129. Регіональна модель єдиної системи надання екстреної медичної допомоги як результат міжнародної співпраці / О. В. Любінець, Ю. М. Пацюрко, Я. Д. Пилипець та ін. // Екстрена медична допомога, Європейські стандарти – 2010 : матеріали Всеукраїнської науково–практичної конференції, 31 березня–1 квітня 2011 р. К., 2011. С. 80–81.
130. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України : аналітично-статистичний посібник / Л. А. Чепелевська, Р. О. Моїсеєнко, О. В. Любінець та ін. Київ, 2012. 165 с.

131. Рибак Г. І. Напрями державної політики підвищення якості життя населення України // Соціальна економіка. 2016. № 2. С. 130–134.
132. Рижко П. П. Етапність формування і надання дерматовенерологічної допомоги в Харківському регіоні // Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2011. № 3. С. 78–82.
133. Рингач Н. О. Регіональна диференціація смертності в Україні: особливості, детермінанти, проблеми аналізу [Електронний ресурс]. URL: [http://www.idss.org.ua/arhiv/2015\\_17\\_11\\_Ryngach.ppt](http://www.idss.org.ua/arhiv/2015_17_11_Ryngach.ppt) (дата звернення: 22.12.2016).
134. Рингач Н. О., Лукіна Т. О. Освіта як детермінанта здоров'я у політиці України: орієнтири на шляху досягнення цілей сталого розвитку у світлі Мінської Декларації // Державне управління: теорія та практика. 2016. №. 1. С. 158–171.
135. Рогач І. М., Качала Л. О., Погоріляк Р. Ю. Аналіз якісних характеристик керівних кадрів охорони здоров'я Закарпатської області // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина / гол. ред. А. С. Головацький. Ужгород : Ліра, 2011. Вип. 40. С. 248–250.
136. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. №1164-р. Про схвалення Загальнодержавної програми «Здоров'я - 2020: український вимір» [Електронний ресурс]. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npras/244717787> (дата звернення: 25.01.2017).
137. Роль первичного звена в организации профилактических мероприятий, основанных на доказательствах / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. І. Колесник, Л. О. Гриценко // Семейная медицина. 2018. № 5. С. 27–31.

138. Романів М. П. Медико-статистична оцінка статеві-вікової структури захворюваності та смертності від онкологічних захворювань в Україні // Вісник наукових досліджень. 2017. № 1. С. 85–90.
139. Рудень В. В., Ковальська О. Р., Тімченко Н. Ф. Надмірне споживання кухонної солі (NaCl) як поведінкова детермінанта людини у виникненні / розвитку гострого інфаркту міокарда [I.21] серед населення Львівщини // Acta Medica Leopoliensia=Львівський медичний часопис. 2016. Vol. 22, № 2. С. 7–12.
140. Рудий С. А., Гук А. П. Порівняння структурних елементів управління систем охорони здоров'я окремих країн Європи та України // Економіка і право охорони здоров'я. 2016. № 2. С. 89–99.
141. Садова Р. Я., Теслюк Р. Т. Локальний вимір динаміки демографічних змін у Львівській області // Сталий розвиток економіки. 2011. № 4. С. 97–104.
142. Садовський В. А., Семенченко Г. В., Удовиченко Н. М. Компоненти централізації і децентралізації управління галуззю охорони здоров'я // Вісник Національного технічного університету „Харківський політехнічний інститут». 2017. № 24. С. 53–56.
143. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2013 році : статистичний збірник [Електронний ресурс]. URL: <http://www.cv.ukrstat.gov.ua/publiy/ojd/zb/501.pdf> (дата звернення: 15.06.2017 ).
144. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 р.). Київ : Державна служба статистики України, 2016. 149 с.

145. Свінціцький А. С. Здоров'я населення як важливий чинник державотворення та національної безпеки // Практикуючий лікар. 2013. № 2. С. 7–13.
146. Семигіна Т., Осейчук О. Зменшення несправедливості в охороні здоров'я: популізм, прагматизм чи суспільний консенсус? // Наукові записки НаУКМА. Серія: Політичні науки. 2016. Т. 186. С. 38–42.
147. Сердюк А. М., Тимченко О. І. Можливі шляхи розвитку гігієнічної науки в Україні // Журнал Академії медичних наук України. 2006. Т. 12, № 3. С. 496–509.
148. Сердюк А. М. Медико-екологічні передумови демографічної кризи в Україні та шляхи їх подолання // Журнал Академії медичних наук України. 2007. Т. 13, № 3. С. 486–502.
149. Скрип В. В. Готовність та спроможність системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації закладів охорони здоров'я (за результатами соціологічного дослідження) // Україна. Здоров'я нації. 2017. № 4/1. С. 101–107.
150. Слабкий Г. О., Миронюк В. І., Качала Л. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст // Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 24–31.
151. Слабкий Г. О., Северин Г. К., Подоляка В. Л. Динаміка захворюваності населення екологічно несприятливого промислового регіону // Матеріали XIV з'їзду гігієністів України, 19-21 трав. 2004 р. Дніпропетровськ : АРТ-ПРЕС, 2004. Т. 1. С. 329–331.
152. Слободян Н. О. Проблемні аспекти формування системи громадського здоров'я в Україні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 2. С. 94–99.

153. Смертність населення України у трудоактивному віці : монографія / відп. ред. Е. М. Лібанова. Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. 211 с.
154. Смірнова В. Л., Панчишин Н. Я., Литвинова О. Н. Порівняльний аналіз основних показників захворюваності населення Тернопільської області // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014. № 4 С. 41–44.
155. Сміянов В. А., Тарасенко С. В. Механізми впливу громади на розвиток системи охорони здоров'я на регіональному рівні // Місцевий розвиток за участі громади. Інституційні та прикладні аспекти управління місцевим розвитком, орієнтованим на громаду / за заг. ред. Ю. М. Петрушенка. Суми : Університетська книга, 2014. Т. 2. С. 225–233.
156. Современные особенности демографических показателей общественного здоровья населения в условиях Донецкого региона / В. И. Агарков, С. В. Грищенко, Г. К. Северин и др. // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2010. № 1. С. 92–93.
157. Співак М. В. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна. [Електронний ресурс]. 2016. 536 с . URL: <http://idpnan.org.ua/files/spivak-mv-derjavna-politika-zdorovyazberejennya-svitoviy-dosvid-iukrayina-d.pdf> (дата звернення: 20.04. 2017).
158. Степаненко В. І., Короленко В. В. Проблеми координації та інтеграції діяльності ланок надання медичної допомоги в умовах реформування сфери охорони здоров'я України та їх значення у роботі дерматовенерологічної служби // Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2013. № 3. С. 10–15.
159. Стешенко В. Демографічні перспективи Києва: Демографічна криза // Економічний часопис. 2004. № 1. С. 41–44.

160. Теслюк Р. Т. Сучасні демографічні тенденції в Карпатському економічному районі України: регіональна специфіка // Інноваційна економіка. 2011. № 4. С. 290–297.
161. Тимченко О. І., Сердюк А. М., Карташова С. С. Генотонд і здоров'я: розвиток методології оцінки : монографія. К.: Медінформ, 2008. 184 с.
162. Ткачук В. А. Обґрунтування використання індикаторів якості життя сільського населення як детермінант його розвитку // Вісник Київського національного університету технологій та дизайну. Економічні науки. 2016. № 5. С. 97–109.
163. Трохимчук В. В., Марченко А. О. Соціальна нерівність: проблеми врегулювання в Україні // Матеріали IV всеукраїнської науково-практичної конференції «Публічне управління: Проведення реформи в Україні» (м. Покровськ, 15-16 листопада 2017р.). Покровськ, 2017. С. 10–14.
164. Уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья // Шестдесят вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, WHA62.14, 22 мая 2009 г. [Електронний ресурс]. URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/3574/B124\\_R6-ru.pdf?sequence=1 &isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/3574/B124_R6-ru.pdf?sequence=1 &isAllowed=y) (дата обращения: 15.06.2017).
165. Ушакова О. І. Науково-методологічні аспекти регіонального управління охороною громадського здоров'я в дослідженнях українських вчених // Державне управління: удосконалення та розвиток. 2014. № 2. [Електронний ресурс]. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=681> (дата звернення: 15.06.2017).



166. Федорченко Р. А., Куш О. Г. Оцінка якості життя молоді в сучасних умовах навчання // Економіка і право охорони здоров'я. 2018. № 2. С. 140–142.
167. Филиппов Ю. Н., Абаева О. П., Барболина С. Ф. Медико-правовое обеспечение борьбы с туберкулезом // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. № 4. С. 36–38.
168. Фойгт Н. Формування демографічного потенціалу як передумова реалізації європейського вибору України: [Збереження чисельності населення як головної складової демографічного потенціалу країни] // Економічний часопис. 2005. № 1-2. С. 49–52.
169. Фойгт Н. А., Канатнікова Ю. О. Стан здоров'я населення у похилому віці в Україні та країнах Євросоюзу: чи однакові шанси здорового старіння? // Проблемы старения и долголетия. 2015. Т. 24, № 3-4. С. 383–400.
170. Характеристика смертності населення України / О. М. Орда, О. В. Любінець, Ю. Б. Яценко, О. А. Семенюк // Інновації в медицині. 2011. № 7. С. 61–62.
171. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-ізоляційна проблема : аналітико-статистичний посібник / під ред. Коваленка В. М. К. : «СПД ФО Коломіцин В. Ю.», 2014. 279 с.
172. Худоба О. В. Вплив старіння населення на систему охорони здоров'я: аналіз для перегляду державної політики // Ефективність державного управління. 2018. Вип. 3, ч. 1. С. 87–98.
173. Ціборовський О. М., Чепелевська Л. А. Детермінанти демографічної ситуації в Україні // Україна. Здоров'я нації. 2017. № 4. С. 42–48.
174. Чемерис Н. М. Вживання психоактивних речовин серед студентської молоді (результати анонімного опитування) // Вісник проблем біології і медицини. 2017. Т. 2, вип. 4. С. 188–192.

175. Чемерис Н. М. Медико-соціальні предиктори тютюнопаління серед студентської молоді // *Acta Medica Leopoliensia*=Львівський медичний часопис. 2017. Vol. 23, № 3. С. 59–64.
176. Чепелевська Л. А. Тенденції медико-демографічних показників України у ХХІ столітті // *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 1. С. 48–52.
177. Чепелевська Л. А., Любінець О. В. Динаміка і структура смертності населення України від зовнішніх причин // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2008. № 2. С. 5–9.
178. Чепелевська Л. А., Рудницький О. П. Аналіз демографічної ситуації в Україні // *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України*. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ : Медінформ, 2018. С. 10–31.
179. Черенько Л. М. Специфіка формування та прояву нерівності в Україні // *Демографія та соціальна економіка*. 2013. № 2. С. 60–69.
180. Шафранський В. В. Використання документів Всесвітньої організації охорони здоров'я в розвитку громадської охорони здоров'я України. Частина перша // *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 4. С. 7–11.
181. Шафранський В. В. Європейська політика Здоров'я-2020: використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів // *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016,. № 1. С. 44–48.
182. Шафранський В. В., Дудник С. В. Стратегія досягнення здоров'я та благополуччя населення країни в умовах сучасних викликів українському суспільству // *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 3, спецвип. С. 118–122.

183. Шевчук Л. Т. Медико-соціальні аспекти використання трудового потенціалу: регіональний аналіз і прогноз. Львів : Ін-т регіональних досліджень НАН України, 2003. 489 с.
184. Шерстюк Н. С., Соколов А. В. Здоров'я населення України та його вплив на демографічну ситуацію // Економіка і суспільство (Мукачівський державний університет). 2016. Вип.5. С. 316–319.
185. Шмалей С. В., Редька І. В. Регіональна модель індустрії здоров'я (на прикладі Херсонської області) // Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку : Тези доповідей XIII міжнародної науково-практичної конференції, 9 квітня-11 квітня 2015 р. Х. : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2015. С. 230–234.
186. Шушпанов Д. Г. Детермінанти здоров'я населення: суть та особливості систематизації // Демографія та соціальна економіка. 2015. № 2. С. 141–152.
187. Щербиніна М. Б., Скирда І. Ю. Формування та розвиток структурно-процесної організації в медичних установах // Гастроентерологія : міжвідомчий збірник. Дніпропетровськ : Журфонд, 2012. Вип. 46. С. 34–47.
188. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». К.: Медінформ, 2018. 458 с.
189. Юкіш В., Овчиннікова Т. Соціально-економічні чинники розвитку демографічних процесів і працевлаштування населення у Львівській області // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Економічні науки. 2016. Вип. 16, ч. 3. С. 97–101.

190. Яцун Л. М., Карпенко О. В., Карпенко В. Д. Методологія формування національної політики харчування населення // Проблеми економіки. 2017. № 3. С. 130–138.
191. Ященко Ю. Б., Кондратюк Н. Ю. Динаміка захворюваності та смертності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні (регіональний аспект) // Україна. Здоров'я нації. 2013. № 1. С. 20–27.
192. 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36) [Electronic resource]. URL: [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html) (accessed: 12.10.2017).
193. Abel-Smith B. An introduction to health: policy, planning and financing. [Electronic resource]. Routledge, 2016. 246 p. URL: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781317891833> (accessed: 12.10.2017).
194. Adolescence and the social determinants of health / R. M. Viner, E. M. Ozer, S. Denny et al. // The Lancet. 2012. Vol. 379, № 9826. P. 1641–1652.
195. Agarwal S., Rahman S., Errington A. Measuring the determinants of relative economic performance of rural areas // J. Rural Studies. 2009. Vol. 25, № 3. P. 309–321.
196. Assessment of knowledge on cardiovascular disease risk factors by postal survey in residents of Małopolska Voivodeship. Małopolska Cardiovascular Preventive Intervention Study (M-CAPRI) / A. Waśniowska, G. Kopec, K. Szafraniec et al. // Ann. Agric. Environ. Med. 2017. Vol. 24, № 2. P. 201–206.
197. Baum F. The new public health. Ed. 4. Oxford : University Press, 2016. 720 p.
198. Berkman L. F. Social epidemiology: social determinants of health in the United States: are we losing ground? // Ann. Rev. Publ. Health. 2009. Vol. 30. P. 27–41.

199. Blouin C., Chopra M., van der Hoeven R. Trade and social determinants of health // *The Lancet*. 2009. Vol. 373, № 9662. P. 502–507.
200. Braveman P., Egerter S., Williams D. R. The social determinants of health: coming of age // *Ann. Rev. Publ. Health*. 2011. Vol. 32. P. 381–398.
201. Braveman P., Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes // *Public health rep.* 2014. Vol. 129, № 1, suppl. 2. P. 19–31.
202. Case A., Deaton Angus. Mortality and Morbidity in the 21st Century. *Brookings Papers on Economic Activity*, Spring, 2017. P. 397–443.
203. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health / M. Marmot, S. Friel, R. Bell et al. // *The Lancet*. 2008. Vol. 372, № 9650. P. 1661–1669.
204. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data / C. D. Mathers, D. M. Fat, M. Inyue et al. // *Bull. WHO*. 2005. Vol. 83, № 3. P. 171–177.
205. Davis S., Bartlett H. Healthy ageing in rural Australia: Issues and challenges // *Austral. J. Ageing*. 2008. Vol. 27, № 2. P. 56–60.
206. Deaton Angus S. *The Great Escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality*. Publisher: Princeton University Press. 2013. 376 p.
207. Determinants of self-rated health in a representative sample of a rural population: a cross-sectional study in Greece / C. Darviri, G. Fouka, C. Gnardellis et al. // *Int. J. Environmental Res. Publ. Health*. 2012. Vol. 9, № 3. P. 943–954.
208. Differences in access to and use of electronic personal health information between rural and urban residents in the United States / A. J. Greenberg, D. Haney, K. D. Blake et al. // *J. rural health*. 2018. Vol. 34. P. 30–38.

209. Does self-rated health predict death in adults aged 50 years and above in India? Evidence from a rural population under health and demographic surveillance / S. Hirve, S. Juvekar, S. Sambhudas et al. // *Int. J. Epidemiol.* 2012. Vol. 41, № 6. P. 1719–1727.
210. Dolea C. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. World Health Organization, 2010. 79 p.
211. Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants / K. Lönnroth, E. Jaramillo, B. G. Williams et al. // *Social Sci. Med.* 2009. Vol. 68, № 12. P. 2240–2246.
212. Drugs, clubs and young people: Sociological and public health perspectives / Sanders Bill, ed., 2016. 208 p.
213. Escarce J. J., Kapur K. Do patients bypass rural hospitals?: Determinants of inpatient hospital choice in rural California // *J. health care poor underserved.* 2009. Vol. 20, № 3. P. 625–644.
214. European review of social determinants of health and the health divide. WHO / M. Marmot, J. Allen, R. Bell et al. // *The Lancet.* 2012. Vol. 380, № 9846. P. 1011–1029.
215. Gracey M., King M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns // *The Lancet.* 2009. Vol. 374. № 9683. P. 65–75.
216. Grzybowski S., Stoll K., Kornelsen J. Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women // *BMC health services res.* 2011. Vol. 11, № 1. P. 147.
217. Hatzenbuehler M. L., Phelan J. C., Link B. G. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities // *Am. J. Publ. Health.* 2013. Vol. 103, № 5. P. 813–821.

218. Healthy aging in place: Supporting rural seniors' health needs / J. R. Bacsu, B. Jeffery, S. Johnson et al. // *Online J. Rural Nursing Health Care*. 2012. Vol. 12, № 2. P. 77–87.
219. Humphreys J., Lyle D., Barlow V. University Departments of Rural Health: is a national network of multidisciplinary academic departments in Australia making a difference? // *Rural Remote Health*. 2018. Vol. 18, issues 1. 11 p.
220. Hurt L. S., Ronsmans C., Saha S. Effects of education and other Socio-economic factors on middle age mortality in rural Bangladesh // *J. Epidemiol. Community Health*. 2004. Vol. 58. P. 315–320.
221. Jones, C. A. (2009). Health status and health care access of farm and rural populations (No. 57). DIANE-Publishing. [Electronic resource]. URL: [https://www.ers.usda.gov/webdocs/publications/44424/9370\\_eib57\\_reportsummary\\_1\\_.pdf?v=41136](https://www.ers.usda.gov/webdocs/publications/44424/9370_eib57_reportsummary_1_.pdf?v=41136) (accessed: 12.10.2017).
222. Karly B., Humphreys J. S., Wilson M. G. A. Addressing the health disadvantage of rural populations: how does epidemiological evidence inform rural health policies and research? // *Austr. J. Rural Health*. 2008. Vol. 16, № 2. P. 56–66.
223. Knight J., Lina S. O. N. G., Gunatilaka R. Subjective well-being and its determinants in rural China // *China economic rev.* 2009. Vol. 20, № 4. P. 635–649.
224. Krzepota J., Sadowska D. Jakość życia oraz zachowania zdrowotne kobiet zamieszkałych na terenach wiejskich i uczestniczących w zorganizowanych formach aktywności fizycznej // *Marketing i Rynek*. 2015. № 11. S. 253–260.
225. Kulig J. C., Williams A. M., eds. *Health in rural Canada*. UBC Press, 2011. 47 p.

226. Laditka J. N., Laditka S. B., Probst J. C. Health care access in rural areas: evidence that hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the United States may increase with the level of rurality // *Health place*. 2009. Vol. 15, № 3. P. 761–770.
227. Lyubinets O., Slabkyj G. State of mortality from cancer pathology (comparative analysis of Ukraine and Poland) // VII Międzynarodowa Onkologiczna Konferencja Naukowa „Profilaktyka, leczenie i opieka w chorobach nowotworowych”. Streszczenia konferencyjne, Sanok, 29-30 maja 2014. Sanok, 2014. S. 22.
228. Marmot M. Social determinants of health inequalities // *The Lancet*. 2005. Vol. 365, № 9464. P. 1099–1104.
229. Marmot M., Bell R. Fair society, healthy lives // *Public Health*. 2012. Vol. 126, suppl. 1. P. S4–10.
230. Matković T., Šućur Z., Zrinščak S. Inequality, Poverty and Material Deprivation in New and Old Members of European Union // *Croat. Med. J.* 2007. Vol. 48. P. 636–652.
231. McGrail M. R., Humphreys J. S. The index of rural access: an innovative integrated approach for measuring primary care access // *BMC Health Services Res.* 2009. Vol. 9, № 1. P. 124.
232. Message design strategies to raise public awareness of social determinants of health and population health disparities / J. Niederdeppe, Q. L. Bu, P. Borah et al. // *The Milbank Quarterly*. 2008. Vol. 86, № 3. P. 481–513.
233. Mitchell R., Popham F. Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study // *The Lancet*. 2008. Vol. 372, № 9650. P. 1655–1660.



234. Nedungadi P., Akshay J., Raghu R. Personalized health monitoring system for managing well-being in rural areas // J. Med. Systems. 2018. Vol. 42, № 1.P. 22.
235. Non-communicable diseases in low-and middle-income countries: context, determinants and health policy / J. Miranda, J. J. Miranda, S. Kinra et al. // Tropical Med. Int. Health. 2008. Vol. 13, № 10. P. 1225–1234.
236. Novotný J., Stančiak J., Ďurišová E. Drogová závislosť, rizikové faktory vedúce k recidíve a prevencia // Logos polytechnicos. Ročník 5, číslo 2. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2014. S. 17–36.
237. Petersen P. E., Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes—the case of oral health // Community dentistry oral epidemiol. 2011. Vol. 39, № 6. P. 481–487.
238. Quality of life and related factors among older people living in rural areas in south-eastern Poland / A. B. Ćwirlej-Sozańska, B. Sozański, A. Wiśniowska-Szurlej, A. Wilmowska-Pietruszyńska // Ann. Agric. Environ. Med. 2018. Vol. 25, № 3. P. 539–545.
239. Regan S., Wong S. T. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency (Doctoral dissertation, University of British Columbia). 2009. 59 p.
240. Scheil-Adlung, X. Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural deficits in health coverage for 174 countries. International Labour Office, Social Protection Department. - Geneva: ILO, 2015. 83 p.
241. Smith K. B., Humphreys J. S., Wilson M. G. A. Addressing the health disadvantage of rural populations: how does epidemiological evidence inform rural health policies and research? // Australian J. Rural Health. 2008. Vol. 16, № 2. P. 56–66.

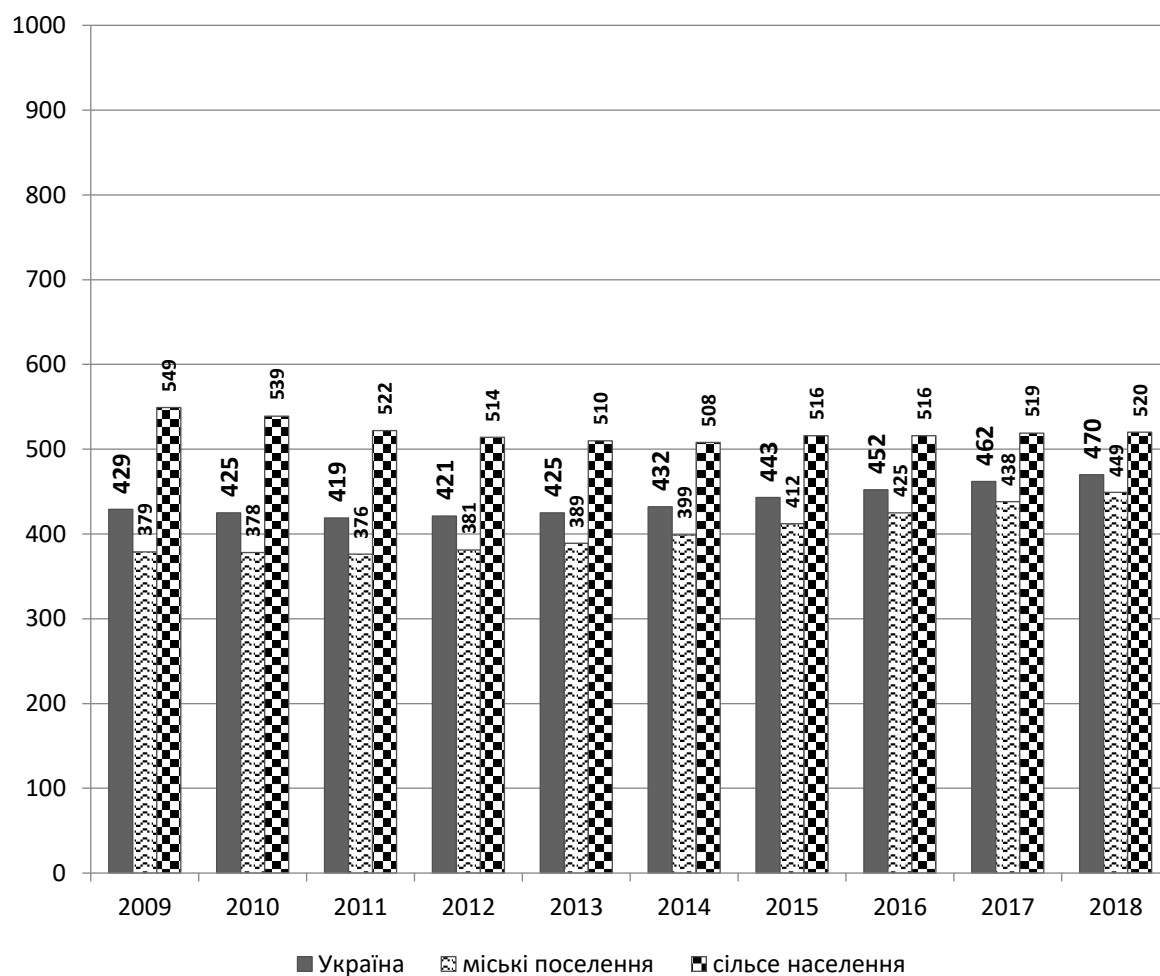
242. Social determinants of health and well-being among young people / Currie C., Zanotti C., Morgan A., et al. // Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. 2010. 271 p.
243. Social determinants of health: Canadian perspectives. Raphael, Dennis, ed. Canadian Scholars' Press, 2009. 115 p.
244. Solar O., Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. – World Health Organization , 2010, 79 p.
245. Targeting health disparities: A model linking upstream determinants to downstream interventions / S.Gehlert, D.Sohmer, T.Sacks et al. // Health Affairs. 2008. Vol. 27, № 2. P. 339-349.
246. The education effect on population health: a reassessment / D. P. Baker, J. Leon, E. G. Smith Greenaway et al. // Population development rev. 2011. Vol. 37, № 2. P. 307–332.
247. The impact of socio-economic transformation on population potential in the eastern Poland / Jerzy Banski, Wiktoria Pantylej, Wojciech Janicki et al. – Warszawa, 2014, 155 p.
248. The social determinants of early child development: an overview / Maggi S., Irwin L. J., Siddiqi A., Hertzman C. // J. paediatrics child health. 2010. Vol. 46, № 11. P. 627–635.
249. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action / J.R.Hargreaves, D.Boccia, C.A.Evans et al. // American journal of public health. 2011. Vol. 101, №4. P. 654-662.
250. Understanding rural and remote health: a framework for analysis in Australia / L. Bourke, J. S. Humphreys, J. Wakerman, J. Taylor // Health Place. 2012. Vol. 18, № 3. P. 496–503.
251. Unravelling the extent of inequalities in health across urban and rural areas: evidence from a national sample in England / M. Riva M., S.

- Curtis, L. Gauvin, J. Fagg // *Social science med.* 2009. Vol. 68, № 4. P. 654–663.
252. Urbanisation and health in China / P.Gong, S.Liang, E.J.Carlton et al. // *The Lancet*. 2012. Vol. 379, № 9818. P. 843-852.
253. Validation of the Polish language version of the SF-36 Health Survey in patients suffering from lumbar spinal stenosis / Kłosiński Michał, Tomaszewski Krzysztof A., Tomaszewska Iwona M. et al. // *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. – 2014. – Vol. 21, № 4. – P. 866–870.
254. WHO. Quick diabetes facts. Geneva, World Health Organization [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://www.who.int/diabetes/en/index.html>.
255. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries / J.P Mackenbach, V. Bos, O. Andersen [et al.] // *Intern. J. of Epidemiology*. – 2003. – Vol.32. – P. 830-837.
256. Wilkinson R.G. The impact of inequality: empirical evidence // *Renewal (London)*. – 2006. – Vol. 14, № 1. – P. 20-26.
257. Wojtyła A., Bojar I., Biliński P. Problem spożywania alkoholu wśród młodzieży w Polsce // *Medycyna ogólna*. – 2010. – 16 (XLV), 4. – S. 570-580.
258. World Health Organization. "Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: discussion paper". 2011. P. 56.
259. Zahnd, Whitney E.; Scaife, Steven L.; Francis, Mark L. Health literacy skills in rural and urban populations // *American journal of health behavior*. 2009. Vol. 33.5. P. 550-557.

## ДОДАТКИ

## Додаток І

**Демографічне навантаження на осіб у віці 15-64 роки в Україні за  
місцем поселення у 2009-2018 роках**



## Загальні дані

### Частина 1.

**Дані про населення Львівської області України та Підкарпатського  
воєводства Польщі станом на 01.01.2018 року**

	<b>Україна, Львівська область</b>	<b>Польща, Підкарпатське воєводство</b>	<b>Львівська область / Підкарпатське воєводство</b>
Площа території, км <sup>2</sup>	21 833	17 846	1,223
Кількість населення	2 511 238	2 129 138	1,179
Густота населення, на 1 км <sup>2</sup>	115	119	0,966
Жінок на 100 чоловіків	111	104	1,067
К-сть жінок до загальної кількості населення	52,6%	51,0%	1,031
Міське населення до загальної кількості населення	60,5%	41,2%	1,468

## Частина 2.

**Узагальнені показники оцінки медико-демографічних процесів за період з 2009 по 2018 роки у Львівській області та Підкарпатському воєводстві**

№	Показники	Львівська область	Підкарпатське воєводство
1.	Чисельність та розміщення населення	Зниження, у більшій мірі у сільській місцевості, та жіночого населення	Незначне зростання на всіх територіях, найнижче – жіночого населення у сільській місцевості
2.	Віковий склад населення	Зростання кількості осіб у віці 65 років і старших серед міських поселень та зниження серед жителів сільської місцевості	Виражене зростання кількості осіб вікової групи 65 років і більше
3.	Демографічне навантаження	401,35. Незначне зростання	107,58. Зростання, особливо серед міського населення
4.	Середній вік населення	40,52 роки. Незначне зростання у міських поселеннях та зниження у сільській місцевості	41,49 роки. Зростання
5.	Народжуваність та сумарний коефіцієнт народжуваності	9,90‰. 1,392. Різке зниження, з 2015 року зниження сумарного коефіцієнта	10,34‰. 1,372. Зниження, з 2016 року зростання сумарного коефіцієнту
6.	Показник відтворення населення	0,666. Звужений	0,665. Звужений

№	Показники	Львівська область	Підкарпатське воєводство
7.	Смертність населення	12,67‰. Зменшення серед сільського населення	9,08‰. Зростання, у більшій мірі у міських поселення
8.	Смертність немовлят	9,2 на 1000. Висока	3,3 на 1000. Зниження
9.	Основна причина смертності	Патологія системи кровообігу (790,5 на 100 тис. нас.), більше 60% всіх смертей	Патологія системи кровообігу (391,9 на 100 тис. нас.), до 50% всіх смертей
10.	Середня очікувана тривалість життя	68,5 у чоловіків. 78,4 у жінок. Зростання, з перевагою серед чоловічого населення сільської місцевості	75,6 у чоловіків. 83,1 у жінок. Незначне зростання

### Частина 3.

#### Розподіл за стажом роботи учасників опитування за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я»

	Всього	До 10 років	10 і більше років	Не працювали
I група	158	38 (24,05%)	109 (68,99%)	11 (6,96%)
II група	160	44 (27,50%)	113 (70,63%)	3 (1,88%)
III група	73	20 (27,40%)	44 (60,27%)	9 (12,33%)
Всього	391	102 (26,09%)	266 (68,03%)	23 (5,88%)

### Список публікацій здобувача за темою дисертації

(\* – особистий внесок здобувача)

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

1. Любінець О. В., Пилипець Я. Д., Гера Л. П., Сирота Л. П., Гржибовський Я. Л. Правова складова організації медичної допомоги на дошпитальному етапі. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2012. № 1 (17). С.72–76 (\* збір даних, обробка матеріалу та формування висновків).

2. Гржибовський Я. Л. Глобальні та структурні детермінанти впливу на здоров'я населення (за результатами опитування організаторів охорони здоров'я України). Україна. Здоров'я нації. 2018. №4/1(53). С. 77-83.

3. Гржибовський Я. Л. Смертність населення України: регіональні особливості за період з 1991 по 2017 роки. Львівський медичний часопис=Acta Medica Leopoliensia. 2018. Том XXIV, № 4. С. 45-51.

4. Гржибовський Я. Л., Миронюк І. С., Любінець О. В. Здоров'я людини та індивідуальні чинники впливу (дослідження за результатами опитування лікарів). Львівський медичний часопис=Acta Medica Leopoliensia. 2019. Том XXV, № 1. С. 68-75 (\* ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків).

5. Grshybowskyj Jaroslaw L., Smiiianov Vladyslav A., Myronyuk Ivan M., Lyubinets Oleh V. Ten indicators which characterize medical-demographic processes in adjacent regions of Ukraine and Poland. Wiadomości Lekarskie (Польща) 2019, tom LXXII, nr 5, cz I. S.868-876 (\* ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків).

6. Гржибовський Я. Л., Гржибовський Ю. Л. Медичне страхування як механізм реалізації державної політики // Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я. [Монографія] – Львів: видавн. ЛОБФ



«Медицина і право», 2013. С. 228-232 (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).

7. Карамзіна Л. А., Лобас М. В., Строкань А. М., Котуза А. С., Дуфинець В. А., Гржибовський Я. Л. Аналіз мережі закладів охорони здоров'я та основних показників їх діяльності закономірності стану здоров'я населення України // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік: [Монографія] / за ред. В. В. Шафранського. Київ, 2016. С. 175-186 (\* підготовка матеріалів, їх аналіз та узагальнення).

*Опубліковані наукові праці апробаційного характеру:*

8. Lyubinets O., Hrzhybovskyy Y., Diatczyk J. Charakterystyka porównawcza śmiertelności populacji z powodu najważniejszych przyczyn na Ukrainie, w Polsce i innych krajach Europy. Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego „Wyrównywanie różnic w zdrowiu społeczeństw”. Siedlce (Poland), 2011. – s.42 (\* збір та аналіз матеріалу, написання тез).

9. Slabky G., Hrzhybovskyy J., Pismenna P. O., Lewenec N., Lupej-Tkacz, Komar W., Oleksejenko O., Parchomenko G., Rusniak W., Walijew O., Pylypec J. Technologie wprowadzania medycyny dowodowej do praktycznej medycyny. Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego „Polska 2012 – priorytety zdrowia publicznego”. – Zielona Góra (Poland), 2012. S.61 (\* збір та аналіз матеріалу, написання тез).

10. Lyubinets O., Slabkyj G., Pylypets Y., Stančiak J., Rutowski J., Hrzhybovskyy J. Peculiarities and comparative characteristics of the population mortality caused by the main reasons in Ukraine, the Czech Republic and other european countries. SBORNÍK z mezinárodní konference “Jihlavské zdravotnické dny 2012”, II. ROČNÍK “Ošetrovatelská péče a porodní asistence v praxi”, Vysoká škola polytechnická Jihlava (Czech Republic), 2012. S. 547-556 (\* аналіз матеріалу, написання тез).

11. Hrzhybovskij J., Chemerys N., Lyubinets O. Poziom dochodów ludności, jak jeden z determinantów jego zdrowia. Zborník z medzinárodnej konferencie Ružomberské zdravotnícke dni 2013 – VIII. Ročník. Ružomberok: VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku (Slovakia), 2013. S. 258-263 (*\* збір та аналіз матеріалу, написання тез*).

12. Lyubinets O., Hrzhybovskij J., Komar V. Uwarunkowania zdrowia i ich wpływ na sytuację demograficzną na Ukrainie. Międzynarodową Konferencję Naukową „Sytuacja zdrowotna w Polsce w okresie transformacji systemowej”, 16-18 października 2014, Poddębice (Poland), 2014. S.76-77 (*\* збір та аналіз матеріалу, написання тез*).

13. Lyubinets O., Hrzhybovskij J. Peculiarities of Ukrainian population mortality for the main causes of death. Cyril-methodius days of social services / Editors: Jaroslav Stančiak, Silvia Dončevová. – Trnava (Slovakia), 5th February 2015. Hungary: Heraldika Kiadó, 2015. P. 246 (*\* ідея написання, аналіз матеріалу, написання тез*).

14. Гриновець А. Г., Гржибовський Я. Л., Гурка О. І. Формування позитивної мотивації молоді на здорове харчування. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2015. № 1 (22). С.98-99. [Тези міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2015 р. «Безпека харчових продуктів»] (*\* збір даних, аналіз і обробка матеріалу*).

15. Lyubinets O., Hrzhybovskyy J., Semenjuk O. Structure of causes of death rural working age population in Lviv region in Ukraine. Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego. Kongres medycyny i zdrowia wsi. Streszczenia / abstracts. Lublin (Poland), 24-26.05.2015. Lublin: Instytut Medycyny Wsi, 2015. S.121 (*\* ідея написання, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків*).

16. Гржибовський Я. Л. Соціальні та економічні впливи на здоров'я населення. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2016. № 1 (26). С. 66–67. [Тези міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2016 р. «Переможемо діабет»].

17. Kulchynskiy A., Lyubinets O., Hrzhybovskiy J., Promocja Zdrowia – Zadanie Dla Władz Lokalnych. Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego „Współczesne Wyzwania Zdrowia Publicznego – Polska 2016”. – Naukowy Komunikat Konferencyjny. Jurata, 2–4 czerwiec 2016 r. Jurata (Poland): Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, 2016. S. 46–47 (*\* ідея написання, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків*).

18. Любінець О. В., Фуртак І. І., Гржибовський Я. Л., Пилипець Я. Д., Падучак Р. М. Служба управління медичними послугами в системі охорони здоров'я України (за результатами науково-дослідної роботи). Збірник матеріалів науково-практичної конференції «Медичне забезпечення антитерористичної операції: організаційні та медико-соціальні аспекти». – Львів, 2017. С.112-114 (*\* аналіз матеріалу, написання тез*).

19. Гржибовський Я. Л. Детермінанти здоров'я. Матеріали наук.-прак. конф. з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2018 р. «Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди». Київ, 5-6 квітня 2018 р. С. 125-127.

20. Hrzhybovskiy J., Lyubinets O. The Age Structure of Urban and Rural Population in Ukraine: Main Features. International pediatric conference. Abstract book. The faces of contemporary pediatrics from clinical problems to public health. 24-26 may 2018, Rzeszow (Poland). P.39 (*\* ідея написання, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків*).

*Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:*

21. Яценко Ю. Б., Семенюк О. А., Гржибовський Я. Л. Загальні особливості динаміки причин смерті серед різних верств дорослого населення Львівської області. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014. №4 (62). С. 36-40 (*\* обробка матеріалу та формування висновків*).

22. Семенюк О. А., Гржибовський Я. Л. Характеристика концептуальної моделі попередження втрати населення працездатного віку на регіональному рівні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2015. № 1 (63). С. 8-15 (*\* обробка матеріалу та формування висновків*).

23. Глобальні, структурні та індивідуальні детермінанти здоров'я: методичні рекомендації / підгот. Любінець О. В., Гржибовський Я. Л., МIRONЮК І. С. Львів, 2019. 27 с. (*\* збір, аналіз матеріалу, структурна побудова матеріалу*).

24. Гржибовський Я. Л., МIRONЮК І. С., Любінець О. В. Самооцінка стану здоров'я населенням сільської місцевості. Intermedical journal. 2019. 1(13). С. 40-45 (*\* ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків*).

### Розрахунок вибіркової сукупності респондентів

#### Генеральна сукупність:

1) всього мешканців 18 років і більше в трьох селах Пустомитівського району Львівської області у 2017 році – 8579 осіб;

2) всього організаторів охорони здоров'я (середня кількість слухачів циклів підвищення кваліфікації ЛНМУ імені Данила Галицького у 2016-2017 роках) – 490 осіб.

Розрахунки обсягів вибіркової сукупності:

1)  $N=8579$ ;  $n=434$

$$\Delta = t \sqrt{\frac{s^2}{n} \left(1 - \frac{n}{N}\right)} = 1,96 \times \sqrt{\frac{0,25}{434} \left(1 - \frac{434}{8579}\right)} = 1,96 \times \sqrt{\frac{0,25 \times 0,9494}{434}} =$$

$$1,96 \times \sqrt{0,000547} = 1,96 \times 0,023 = 0,0458 \text{ або } 4,58\%$$

2)  $N=490$ ;  $n=391$

$$\Delta = t \sqrt{\frac{s^2}{n} \left(1 - \frac{n}{N}\right)} = 1,96 \times \sqrt{\frac{0,25}{391} \left(1 - \frac{391}{490}\right)} = 1,96 \times \sqrt{\frac{0,25 \times 0,202}{391}} =$$

$$1,96 \times \sqrt{0,000129} = 1,96 \times 0,011366 = 0,0223 \text{ або } 2,23\%$$

## Карта соціологічного дослідження оцінки стану здоров'я сільським населенням стану інформованості та знань щодо медико-демографічних проблем в Україні

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Кафедра організації і управління охороною здоров'я ФПДО

Просимо Вас позначити у наступних картах ЄДИНУ на кожне питання, найправильнішу на Вашу думку відповідь,  
ПОВНІСТЮ ЗАМАЛЮВАВШИ «■» передуючу їй помітку

### КАРТА № \_\_\_\_\_ дослідження самооцінки стану здоров'я населенням

<b>1. Як Ви оцінюєте сучасний стан Вашого здоров'я:</b>				
<input type="checkbox"/> задовільний	<input type="checkbox"/> швидше добрий	<input type="checkbox"/> поганий		
<input type="checkbox"/> добрий	<input type="checkbox"/> швидше поганий	<input type="checkbox"/> не можу оцінити		
<b>2. Вкажіть, чи достатньо Ви приділяєте уваги до свого здоров'я?</b>				
<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> не знаю		
<b>3. В останні 2-3 роки чи змінилось Ваше ставлення до свого здоров'я</b>				
<input type="checkbox"/> Я веду здоровий спосіб життя	<input type="checkbox"/> Так, Я намагаюся дотримуватись здорового способу життя, але маю шкідливі звички	<input type="checkbox"/> Я відвідаю медичний заклад з метою профілактичного огляду		
<input type="checkbox"/> Так, Я розпочав дотримуватись здорового способу життя, але не завжди		<input type="checkbox"/> Ні, не змінилось		
<b>4. Що Ви зробили за останній рік для покращення свого здоров'я:</b>				
<input type="checkbox"/> Збільшили кількість споживання овочів та фруктів	<input type="checkbox"/> Зменшили вживання алкоголю	<input type="checkbox"/> Збільшили вживання знежирених молочних продуктів		
<input type="checkbox"/> Збільшили свою фізичну активність	<input type="checkbox"/> Зменшили вживання тваринних жирів	<input type="checkbox"/> Збільшили вживання хлібо-булочних виробів з підвищеним вмістом грубих волокон		
<input type="checkbox"/> Похуділи	<input type="checkbox"/> Зменшили вживання цукру	<input type="checkbox"/> Не вважаю це нині необхідним		
<input type="checkbox"/> Поправилися	<input type="checkbox"/> Збільшили вживання морської риби			
<input type="checkbox"/> Кинули курити				
<b>5. Як часто Ви споживаєте спиртні напої, в т.ч. слабоалкогольні?</b>				
<input type="checkbox"/> Тільки у святкові дні	<input type="checkbox"/> 2-3 рази на місяць	<input type="checkbox"/> Кожен день		
<input type="checkbox"/> Святкові дні, не частіше 1 разу на місяць	<input type="checkbox"/> Кілька разів на тиждень	<input type="checkbox"/> Не вживаю		
<b>6. Скільки років Ви курите?</b>				
<input type="checkbox"/> До року	<input type="checkbox"/> 5-10	<input type="checkbox"/> Більше 20 років		
<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 11-20 років	<input type="checkbox"/> не курю		
<b>7. Чи наявні у Вас хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям?</b>				
<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні			
<b>8. Чи наявні у Вашій родині спадкові захворювання або були проблеми зі здоров'ям у Ваших рідних?</b>				
<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні			
<b>9. Сконцентруйтесь, будь-ласка, на наступних хронічних чи довго тривалих захворюваннях або станах і дайте відповідь про кожне з них:</b>				
№ з/п	Є у Вас чи було у Вас колись це захворювання?	Воно було діагностовано лікарем?	Вас ця проблема турбувала останні 12 місяців?	Ви приймали ліки чи проходили курс лікування від цього захворювання
Астма	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Якщо ТАК, це алергічна астма?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Алергія (крім алергічної астми)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Діабет	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Катаракта	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Гіпертензія (підвищений АТ)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Серцеві приступи	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Інсульт, крововилив у мозок	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Хронічний бронхіт, емфізема	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Артроз, артрит (ревматичний)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Остеопороз	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Виразка шлунку чи 12-палої кишки	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Злоякісні новоутвори (в т.ч. лейкомія)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Мігрень або часті головні болі	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Хронічна тривога або депресія	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Інші (впишіть)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
<b>10. Чи звертались за останній рік Ви за медичною чи профілактичною допомогою до лікарів?</b>				
<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> не пам'ятаю		
<b>11. За останніх 12 місяців, чи поступали Ви в цілодобовий стаціонар?:</b>				
<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні			
<b>12. Скільки разів Ви поступали у цілодобовий стаціонар?</b>				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5		
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Більше 5		
<b>13. За останніх 12 місяців, чи поступали Ви в денний стаціонар?</b>				
<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> ні			
<b>14. Скільки разів Ви поступали у денний стаціонар?</b>				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5		
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Більше 5		
<b>15. Коли Ви в останній раз звертались до лікарів з приводу власного здоров'я?</b>				
<input type="checkbox"/> менше 12 місяців тому	<input type="checkbox"/> більше 12 місяців тому	<input type="checkbox"/> ніколи		
<b>16. За останні 4 тижні скільки разів Ви зверталися до лікаря загальної практики / сімейної медицини з приводу власного здоров'я?</b>				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5		
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Більше		
<b>17. Якою була основна причина цього звертання?</b>				
<input type="checkbox"/> Несчасливий випадок або травма	<input type="checkbox"/> Відновлення рецептів	<input type="checkbox"/> Інша причина _____		
<input type="checkbox"/> Захворювання чи порушення здоров'я	<input type="checkbox"/> Адміністративна процедура (довідка, скерування і т.п.)			
<input type="checkbox"/> Профогляд				

18. За останніх 12 місяців, чи були випадки, що Ви звертались до вузького спеціаліста/лікаря безпосередньо (без скерування сімейного лікаря)?  
☐ так ☐ ні

19. До якого вузького спеціаліста / лікаря Ви звертались безпосередньо (не за скеруванням сімейного лікаря)?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Терапевт             | <input type="checkbox"/> Окуліст                    | <input type="checkbox"/> Невролог (невропатолог)  |
| <input type="checkbox"/> Кардіолог            | <input type="checkbox"/> Лікар вухо-горло-ніс (ЛОР) | <input type="checkbox"/> Ортопед                  |
| <input type="checkbox"/> Геріатр (геронтолог) | <input type="checkbox"/> Хірург                     | <input type="checkbox"/> Психіатр (психотерапевт) |
| <input type="checkbox"/> Онколог              | <input type="checkbox"/> Гастроентеролог            | <input type="checkbox"/> Уролог                   |
| <input type="checkbox"/> Ревматолог           | <input type="checkbox"/> Гінеколог                  | <input type="checkbox"/> Інший спеціаліст _____   |
| <input type="checkbox"/> Дерматолог           | <input type="checkbox"/> Пульмонолог                |   |
| <input type="checkbox"/> Ендокринолог         | <input type="checkbox"/> Фтизіатр                   |   |

20. За останні 4 тижні скільки разів Ви звертались до лікаря-стоматолога або ортодонта з приводу власного здоров'я?

- ☐ 1 ☐ Більше 2 ☐ Не було такої потреби

21. Яке з висловлювань більше за все описує регулярність Вашого звертання до стоматолога ?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Я звертаюсь до стоматолога не рідше 1 разу в рік для профілактичного огляду | <input type="checkbox"/> Я регулярно звертаюсь до стоматолога для профілактичного огляду, але з інтервалом більше 2 років | <input type="checkbox"/> Я звертаюсь до стоматолога тільки тоді коли заболить зуб |
| <input type="checkbox"/> Я звертаюсь до стоматолога раз у два роки для профілактичного огляду        |   | <input type="checkbox"/> Я ніколи або майже ніколи не звертаюсь до стоматолога    |

22. За останні 12 місяців чи звертались до наступних медичних працівників з приводу власного здоров'я?

Фізіотерапевт	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Мануальний терапевт	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Дієтолог	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Натуропат	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Логопед	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Народний цілитель	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Гомеопат	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Послуги сиділки на дому	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Спеціаліст з акупунктури	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Психолог або психотерапевт не з медзакладу	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні

23. Чи приймали Ви будь-які виписані лікарем препарати (в т.ч. протизапальні чи гормональні) на протязі останніх двох тижнів?

- ☐ Так ☐ Ні

24. Це були ліки:

Від підвищеного тиску	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Від астми	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Від інших серцево-судинних захворювань	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Від хронічного бронхіту або емфіземи	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Для зниження рівня холестерину в крові	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Антибіотики, такі як пеніцилін	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Від діабету	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Від симптомів алергії	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Від болі в суглобах	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Від депресії	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Від головної болі або мігрені	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Від порушення травлення	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Від іншої болі	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Протизапальні таблетки	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Снодійні	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Гормони від симптомів менопаузи чи від остопору	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні

25. Чи приймали Ви будь-які ліки (в т.ч. вітаміни і мінерали) не виписані лікарем на протязі останніх двох тижнів?

- ☐ Так ☐ Ні

26. Це були ліки:

Від болей	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Від розладу травлення	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Від простуди, грипу або болей у горлі	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Вітаміни, мінерали або стимулюючі засоби	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Від тиску	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Будь-які інші ліки не виписані лікарем	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Від симптомів алергії (екземи, нежитю)	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні			

27. Коли Вам в останній раз вимірювали артеріальний тиск?

- ☐ Менше 3 місяців назад ☐ Від 6 місяців до 1 року назад ☐ Не знаю  
☐ 3-5 місяців назад ☐ 1-3 роки тому

28. Хто останній раз вимірював Вам артеріальний тиск?

- ☐ Лікар ☐ Інший медичний працівник ☐ Інший непрофесіонал  
☐ Медсестра ☐ Ви самі

29. Як часто на протязі останніх 4 тижнів...

SF-36		Весь час	У більшій частині часу	Доволі часто	Час від часу	Рідко	Ніколи
Vita 11	Ви були життєрадісні?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Vita 12	Ви були повні сил ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Vita 13	Ви відчували знесилення?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Vita 14	Ви відчували втому?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

30. Чи достатньо у Вас сили для повсякденної роботи?

- ☐ Зовсім немає ☐ Більш – менш ☐ Вповні достатньо  
☐ В основному немає ☐ В основному так

### Децю про себе

31. Стать:

- ☐ Чоловіча ☐ Жіноча

32. Вік (повних років):

- ☐ до 18 р. ☐ 26 – 40 р. ☐ 61 – 65 р.  
☐ 19 – 25 р. ☐ 41 – 60 р. ☐ Більше 65 р.

33. Форма роботи:

- ☐ фізична ☐ змішана ☐ Інше \_\_\_\_\_  
☐ розумова ☐ не працюю

34. Освіта:

- ☐ Вища ☐ Середня спеціальна ☐ Середня, н/середня

35. Сімейний стан:

- ☐ Одружений (на) ☐ Одинок ☐ Не був(ла) в шлюбі

36. Матеріальний стан (заробітна плата + пенсія):

- ☐ До 1500 грн. ☐ 2501-4000 грн. ☐ Більше 6000 грн.  
☐ 1500-2500 грн. ☐ 4001-6000 грн.

## Карта соціологічного дослідження інформованості та знань щодо детермінантів здоров'я та медико-демографічної ситуації в Україні

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Кафедра організації і управління охороною здоров'я ФПДО

Просимо Вас позначити у наступних картах ЄДИНУ на кожне питання, найправильнішу на Вашу думку відповідь,

ПОВНІСТЮ ЗАМАЛЮВАВШИ «■» передуючу їй помітку;

0 – не можу визначитись, від 1 – впливають мінімально до 5 – впливають максимально

КАРТА № \_\_\_\_\_

Дослідження інформованості та знань щодо детермінантів здоров'я та медико-демографічної ситуації в Україні

### 1. В якій мірі, на Вашу думку, ГЛОБАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ мають найбільший вплив на стан здоров'я населення України?

Глобальні структури управління, такі як ВООЗ,	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Глобальні соціальні взаємодії (міграція, конфлікти, соціальний капітал та мережі зв'язку)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Світовий банк, Світова організація торгівлі та ін.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Глобальна зміна клімату	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Міжнародна торгівля	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Економічна глобалізація	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Міжнародна міграція	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

### 2. В якій мірі, на Вашу думку, СУСПІЛЬНО-ПОЛІТИЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ мають найбільший вплив на стан здоров'я населення України?

Рівень демократії	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Ефективність державного управління	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Рівень корупції	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Політичне становище	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

### 3. В якій мірі, на Вашу думку, СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ структурного рівня мають найбільший вплив на стан здоров'я населення України?

Соціальний захист	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Ступінь кваліфікації лікарів	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Соціальний капітал	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Ступінь професіоналізму середніх медпрацівників	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Соціальні конфлікти	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Можливості отримання освіти	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
Гендерна політика	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

### 4. В якій мірі, на Вашу думку, ЕКОНОМІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ структурного рівня мають найбільший вплив на стан здоров'я населення України?

Дохід і його розподіл	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	медицинських закладів	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Зайнятість / безробіття	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Недостатні економічні витрати суспільства на охорону здоров'я	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Умови праці	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Житлові умови	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
Низький рівень матеріально-технічної бази	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

### 5. В якій мірі, на Вашу думку, МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ структурного рівня мають найбільший вплив на стан здоров'я населення України?

Стан системи охорони здоров'я	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Недостатня увага з боку первинної ланки ОЗ до раннього виявлення і профілактики захворювань	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Доступність до медичної допомоги	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Недостатня забезпеченість потреби населення у спеціалізованій мед допомозі	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Якість медичної допомоги	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Рівень санітарно-освітньої роботи	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Статевो-віковий склад населення (постаріння населення)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Витрати на гігієнічне виховання населення	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
Рівень цін за медикаменти та медтовари	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

### 6. В якій мірі, на Вашу думку, ЕКОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ структурного рівня мають найбільший вплив на стан здоров'я населення України?

Вплив іонізуючого випромінювання	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Якість продуктів харчування	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Забруднення / безробіття	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Стабільна екосистема	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Забруднення ґрунтів	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Неякісна вода	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

### 7. В якій мірі, на Вашу думку, КУЛЬТУРНІ ДЕТЕРМІНАНТИ структурного рівня мають найбільший вплив на стан здоров'я населення України?

Виховання	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Житлові умови	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Релігія	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Традиції	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

### 8. В якій мірі, на Вашу думку, СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ індивідуального рівня мають найбільший вплив на стан здоров'я населення України?

Спосіб життя	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Несвоєчасне звернення населення за медичною допомогою	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Ранній період життя	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Освіта	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
Гендер	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

### 9. В якій мірі, на Вашу думку, ЕКОНОМІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ індивідуального рівня мають найбільший вплив на стан здоров'я населення України?

Дохід і його розподіл	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	життєві	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Зайнятість / безробіття	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Житлові умови	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Незадовільні умови та безпека праці на вироб-	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

### 10. В якій мірі, на Вашу думку, КУЛЬТУРНІ ДЕТЕРМІНАНТИ індивідуального рівня мають найбільший вплив на стан здоров'я населення України?

Фізична активність	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Тютюнопаління	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Неповноцінне та нерегулярне харчування	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Наркоманія	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Зловживання алкоголем	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

### 11. В якій мірі, на Вашу думку, ЕКОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ індивідуального рівня мають найбільший вплив на стан здоров'я населення України?

Фізичне середовище проживання	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Шум	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Вживання неякісних продуктів харчування	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Зростання кількості транспортних засобів	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

### 12. В якій мірі, на Вашу думку, БІОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ індивідуального рівня мають найбільший вплив на стан здоров'я населення України?

Генетика	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Спадковість	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		



**13. В якій мірі, на Вашу думку, ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ індивідуального рівня мають найбільший вплив на стан здоров'я населення України?**

Реакція на політико-економічний стан держави	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Психологічні умови праці	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Психо-емоційний стан в сім'ї (стосунки, стреси в сім'ї)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Задоволеність житловими умовами	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Вміння справлятися зі стресом	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Рівень заробітної платні / пенсії	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Одинокість	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

**14. Що і в якій мірі, на Вашу думку, зумовлює низький рівень медичного забезпечення населення в Україні?**

Бездіяльність на державному рівні	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Недостатня увага з боку первинної ланки до раннього виявлення і профілактики захворювань	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Економічні причини (дефіцит коштів на забезпечення лікувальних закладів)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Припинення диспансеризації населення	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Стан системи охорони здоров'я	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Низький рівень санітарно-освітньої роботи	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

**15. На Вашу думку, які заклади охорони здоров'я повинні відігравати провідну роль в організації медичної допомоги населенню?**

Амбулаторно-поліклінічні	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Приватна медицина	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Діагностичні центри	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Багатопрофільні лікарні	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

**16. Що необхідно зробити для ліквідації медико-демографічної кризи в Україні?**

Поліпшити фінансування закладів охорони здоров'я	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Широко впроваджувати та контролювати виконання державних та міжгалузевих програм за окремими нозологіями	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Поліпшити міжсекторальну взаємодію гілок влади	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Інше	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Запровадити обов'язкове соціальне медичне страхування	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
Поліпшити якість медичної допомоги	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

**17. Чи знаєте Ви про Постанову Кабінету Міністрів України в якій схвалено КОНЦЕПЦІЮ Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір»?**

☐ Так

☐ Ні

Впишіть рік видання Постанови 20\_\_\_\_\_

**18. Ваші дані:**

Вік (років) \_\_\_\_\_

Стать: ☐ Ч ☐ Ж

Місце проживання: ☐ обл. центр ☐ районний центр ☐ місто ☐ село

Місце праці: ☐ ЛА ☐ ДЛ ☐ РЛ ☐ ЦРЛ ☐ МЛ ☐ ОЛ ☐ ПрМЗ  
☐ Обл. органи державлади ☐ міські органи влади ☐ селищні / сільські органи влади

Посада: ☐ гол. лікар ☐ заст. гол. лікаря ☐ лікар-статистик  
☐ начальник / завідувач управління / відділу / департаменту ОЗ  
☐ заступник начальника / завідувача управління / відділу / департаменту ОЗ  
☐ спеціаліст управління / відділу / департаменту ОЗ

Виборні органи: ☐ депутат ВР ☐ депутат Облради ☐ депутат міськради ☐ депутат райради  
☐ депутат селищної / сільради

Кваліфікаційна категорія зі спеціальності організація і управління ОЗ ☐ вища ☐ перша ☐ друга ☐ сертифікат

Стаж роботи: загальний медичний \_\_\_\_\_ років, за спеціальністю організація і управління охороною здоров'я \_\_\_\_\_ років

## Шановні експерти!

[illegible]



Запропоновані інновації / бали	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Спрямованість на отримання достовірних даних щодо стану здоров'я сільського населення											

**Примітка:** оцінка експертами проводиться за 10 бальною шкалою.

0 балів – відсутність позитивної оцінки;

10 балів – найвища оцінка.

### Розрахунок конкордації узгодженості експертів

1. Складання зведеної матриці рангів за заповненими експертами анкетами:

Експерти №	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	10	10	10	10	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10	9
2	10	10	10	10	10	9	9	10	10	9	9	9	9	10	10
3	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9	9	9	10	10	9
4	10	10	10	9	9	9	9	10	10	8	8	9	8	10	9
5	10	10	10	9	9	10	9	9	9	8	8	8	8	9	8
6	9	9	9	8	8	8	8	9	9	8	8	8	7	9	7
7	9	8	8	8	8	8	8	9	9	8	8	8	8	8	8
8	10	10	10	10	9	10	10	10	10	9	9	10	9	10	8
9	9	9	9	8	9	9	9	9	9	8	8	9	8	8	8
10	8	9	9	8	8	9	8	9	9	9	8	9	9	8	8
11	9	8	9	8	9	9	8	8	9	9	8	8	8	8	8

2. Так як в матриці є пов'язані ранги (однаковий ранговий номер) в оцінках всіх експертів, зроблено їх переформування. Переформування рангів проводилося без зміни думки експерта, тобто між ранговими номерами зберігалися відповідні співвідношення (більше, менше або дорівнює). На підставі переформування рангів була збудована нова матриця рангів:

3. Надалі проводився розрахунок правильності складання матриці на основі контрольної суми за формулою:

$$d = \sum x_{ij} - \frac{\sum \sum x_{ij}}{n} = \sum x_{ij} - 66$$

4. Проводимо аналіз значущості досліджуваних інновацій:

Інновації	Сума рангів
X <sub>7</sub>	43,0
X <sub>6</sub>	44,5
X <sub>11</sub>	55,5
X <sub>10</sub>	63,0
X <sub>9</sub>	64,5
X <sub>5</sub>	85,5
X <sub>4</sub>	104,0
X <sub>2</sub>	127,0
X <sub>8</sub>	128,0
X <sub>3</sub>	135,5
X <sub>1</sub>	139,5

5. Надалі проводилась оцінка середнього ступеня узгодженості думок всіх експертів за формулою:

$$W = \frac{S}{\frac{1}{12}m^2(n^3 - n) - m \sum T_i}$$

де S=14398,50, n=11, m=15

$$T_i = \frac{1}{12} \sum (t_l^3 - t_l)$$

де  $T_i$  - число зв'язок (видів повторюваних елементів) в оцінках  $i$ -го експерта,  $t_l$  - кількість елементів в  $l$ -й зв'язці для  $i$ -го експерта (кількість повторюваних елементів).

$$T_1 = [(63-6) + (43-4)] / 12 = 22,5$$

$$T_2 = [(63-6) + (33-3) + (23-2)] / 12 = 20,0$$

$$T_3 = [(63-6) + (43-4)] / 12 = 22,5$$

$$T_4 = [(43-4) + (23-2) + (53-5)] / 12 = 15,5$$

$$T_5 = [(33-3) + (53-5) + (33-3)] / 12 = 14,0$$

$$T_6 = [(63-6) + (33-3) + (23-2)] / 12 = 20,0$$

$$T_7 = [(33-3) + (43-4) + (43-4)] / 12 = 12,0$$

$$T_8 = [(53-5) + (53-5)] / 12 = 20,0$$

$$T_9 = [(53-5) + (63-6)] / 12 = 27,5$$

$$T_{10} = [(53-5) + (53-5)] / 12 = 20,0$$

$$T_{11} = [(33-3) + (73-7)] / 12 = 30,0$$

$$T_{12} = [(23-2) + (53-5) + (43-4)] / 12 = 15,5$$

$$T_{13} = [(23-2) + (33-3) + (53-5)] / 12 = 12,5$$

$$T_{14} = [(53-5) + (23-2) + (43-4)] / 12 = 15,5$$

$$T_{15} = [(33-3) + (63-6)] / 12 = 19,5$$

$$\begin{aligned} \sum T_i &= 22,5 + 20,0 + 22,5 + 15,5 + 14,0 + 20,0 + 12,0 + 20,0 + 27,5 \\ &\quad + 20,0 + 30,0 + 15,5 + 12,5 + 15,5 + 19,5 = 287,0 \end{aligned}$$

$$W = \frac{14398,5}{\frac{1}{12} \times 15^2 (11^3 - 11) - 15 \times 287} = 0,7043$$

$W=0,70$  говорить про наявність високого ступеня узгодженості думок експертів.

6. Проводимо оцінку значущості коефіцієнта конкордації. Для цього обчислюємо критерій узгодженості Пірсона за формулою:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= \frac{S}{\frac{1}{12} mn(n+1) + \sum T_i} \\ &= \frac{14398,50}{\frac{1}{12} \times 15 \times 11 \times (11+1) + \frac{1}{11-1} \times 287} = 105,64 \end{aligned}$$

Обчислений  $\chi^2$  порівнюємо з табличним значенням для числа ступенів свободи  $K=n-1=11-1=10$  і при заданому рівні значущості  $\alpha=0,05$ .

Так як,  $\chi^2$  розрахунковий  $105,64 \geq$  табличного  $(18,30704)$ , то  $W = 0,70$  – величина не випадкова, а тому отримані результати мають сенс і можуть використовуватися в подальших дослідженнях.

## Впровадження результатів дисертації

**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**

Перший проректор з науково-педагогічної роботи  
Львівського національного медичного  
університету імені Данила Галицького  
член кор. НАМН України,  
д.мед.н., професор



Гжегоцький М.Р.  
2018 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

**1. Назва пропозиції:** модель моніторингу показників стану здоров'я населення сільських поселень на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант.

**2. Заклад, що його розробив, поштова адреса:** ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (02099, місто Київ, пров. Волго-Донський, 3); Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (79010, місто Львів, вул. Пекарська, 69).

**3. Автори:** д.мед.н., проф. Любінець О.В., д.мед.н., доц. Миронюк І.С., пошукач Гржибовський Я.Л.

**4. Джерела інформації:**

▪ Гржибовський Я.Л. Глобальні та структурні детермінанти впливу на здоров'я населення (за результатами опитування організаторів охорони здоров'я України). Україна. Здоров'я нації. 2018. №4/1(53). - С. 77-83.

▪ Гржибовський Я.Л., Миронюк І.С., Любінець О.В. Здоров'я людини та індивідуальні чинники впливу (дослідження за результатами опитування лікарів). Львівський медичний часопис=Acta Medica Leopoliensia. 2019. Том XXV, № 1. С. 68-75.

▪ Глобальні, структурні та індивідуальні детермінанти здоров'я: методичні рекомендації [Я.Л. Гржибовський, О.В. Любінець,]. Львів., 2019. 27 с.

**4. Де впроваджено:** у навчальний процес на кафедрі громадського здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького при викладанні предмету «Організація та управління охороною здоров'я» для слухачів циклів підвищення кваліфікації.

**5. Термін впровадження:** 2018-2019 рр.

**6. Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань з пріоритетного напрямку розвитку служби громадського здоров'я - впливу медико-соціальних детермінант на здоров'я населення.

**7. Зауваження та пропозиції:** Рекомендувати до впровадження у навчальний процес для слухачів різних форм післядипломного навчання на інших кафедрах медичних ВНЗів України.

**Відповідальний за впровадження:**

завуч кафедри громадського здоров'я  
ЛНМУ імені Данила Галицького,  
доцент, к.б.н.

І.М.Паробецька



«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Перший проректор Української медичної  
стоматологічної академії  
професор Ю.М.Дворник

20 19 року

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**  
результатів наукових досліджень

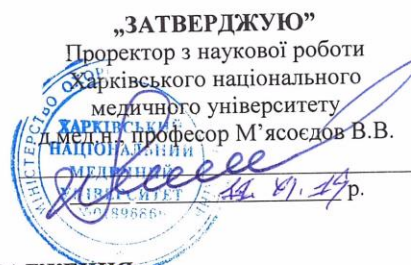
- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Структуризація медико-соціальних детермінант здоров'я та концептуальна модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні».
- 2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Інститут стратегічних досліджень МОЗ України. Київ, провулок Волго-Донський, 3. **Автор:** Гржибовський Я.Л., д.мед.н., доц. МIRONIUK I.C.
- 3. Джерело інформації:**
  - Гржибовський Я.Л. Глобальні та структурні детермінанти впливу на здоров'я населення (за результатами опитування організаторів охорони здоров'я України). Україна. Здоров'я нації. 2018. №4/1(53). - С. 77-83.
  - Гржибовський Я.Л., МIRONIUK I.C., Любінець О.В. Здоров'я людини та індивідуальні чинники впливу (дослідження за результатами опитування лікарів). Львівський медичний часопис=Acta Medica Leopoliensia. 2019. Том XXV, № 1. С. 68-75.
  - Глобальні, структурні та індивідуальні детермінанти здоров'я: методичні рекомендації. [О.В. Любінець, Я.Л. Гржибовський]. Львів.. 2019. 27 с.
- 4. Ким та коли впроваджено:** кафедрою соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою Української медичної стоматологічної академії протягом 2019 року (протокол №3 від 12.09.2019 р.).
- 5. Ефективність впровадження:** Результати наукових досліджень використані при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальністю «Соціальна медицина» для студентів медичного факультету, лікарів-інтернів, лікарів-спеціалістів.
- 6. Використання розробки показало,** що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.
- 7. Зауваження, пропозиції:** Пропонується продовження використання інформаційних розробок з тематики «Структуризація медико-соціальних детермінант здоров'я та концептуальна модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні» у навчальному процесі на кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою Української медичної стоматологічної академії», м. Полтава. Зауважень немає.

*Відповідальний за впровадження:*

Завідувачка кафедри соціальної медицини,  
організації та економіки охорони здоров'я  
з біостатистикою  
д.мед.н., професор



І.А.Голованова



### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих у дисертаційному дослідженні, в навчальний процес

**Пропозиція для впровадження:** концептуальна модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант

**Установа розробник:** ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»: 02000, м. Київ, пров. Волго-Донський 3.

**Автори:**

Гржибовський Я.Л., д.мед.н., доц. МIRONЮК І.С., д.мед.н., проф. Любінець О.В.

**Джерела інформації:**

1. Гржибовський Я.Л. Глобальні та структурні детермінанти впливу на здоров'я населення (за результатами опитування організаторів охорони здоров'я України). Україна. Здоров'я нації. 2018. №4/1(53). - С. 77-83.
2. Гржибовський Я.Л., МIRONЮК І.С., Любінець О.В. Здоров'я людини та індивідуальні чинники впливу (дослідження за результатами опитування лікарів). Львівський медичний часопис=Acta Medica Leopoliensia. 2019. Том XXV, № 1. С. 68-75.
3. Глобальні, структурні та індивідуальні детермінанти здоров'я: методичні рекомендації. [О.В. Любінець, Я.Л. Гржибовський, І.С.МIRONЮК]. Львів., 2019. 27 с.

**Установа, в якій проведено впровадження:** Ужгородський національний університет.

**Термін впровадження:** 2019 рр.

**Форма впровадження:** рекомендації впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні тематики щодо впливу медико-соціальних детермінант на здоров'я населення (студенти, інтерни, курсанти).

**Ефективність впровадження:** покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань громадського здоров'я населення України та підвищення рівня наукових досліджень співробітників університету з питань реформування системи охорони здоров'я держави.

**Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**

завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор

 В. А. Огнєв



### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в навчальний процес

**Пропозиція для впровадження:** концептуальна модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант.

**Установа розробник:** ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»: 02000, м. Київ, пров. Волго-Донський 3.

**Автори:**

Гржибовський Я.Л., д.мед.н., доц. Миронюк І.С., д.мед.н., проф. Любінець О.В.

**Джерела інформації:**

1. Гржибовський Я.Л. Глобальні та структурні детермінанти впливу на здоров'я населення (за результатами опитування організаторів охорони здоров'я України). Україна. Здоров'я нації. 2018. №4/1(53). - С. 77-83.

2. Гржибовський Я.Л., Миронюк І.С., Любінець О.В. Здоров'я людини та індивідуальні чинники впливу (дослідження за результатами опитування лікарів). Львівський медичний часопис=Acta Medica Leopoliensia. 2019. Том XXV, № 1. С. 68-75.

3. Глобальні, структурні та індивідуальні детермінанти здоров'я: методичні рекомендації. [О.В. Любінець, Я.Л. Гржибовський, І.С.Миронюк]. Львів., 2019. 27 с.

**Установа, в якій проведено впровадження:** ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

**Термін впровадження:** 2019 рр.

**Форма впровадження:** рекомендації впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні тематики щодо впливу медико-соціальних детермінант на здоров'я населення (студенти, курсанти).

**Ефективність впровадження:** покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань громадського здоров'я населення України та підвищення рівня наукових досліджень співробітників університету з питань реформування системи охорони здоров'я держави.

**Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**

Завідувач кафедри наук про здоров'я

д.мед.н. професор \_\_\_\_\_


*Слабкий*

Слабкий Г.О.



"Затверджую"

Начальник управління охорони здоров'я  
Волинської облдержадміністрації

 Ващенко І.С.

"20" червня 2019 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в практику охорони здоров'я

**Пропозиція для впровадження:** оцінка впливу на здоров'я населення детермінантів глобального, структурного та індивідуального рівня.

**Установи розробники:** ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (02000, місто Київ, пров. Волго-Донський, 3).

**Автори:** д.мед.н., проф. Любінець О.В., д.мед.н., доц. Миرونюк І.С., пошукач Гржибовський Я.Л.

**Джерело інформації:** 1. Методичні рекомендації «Глобальні, структурні та індивідуальні детермінанти здоров'я» / О.В.Любінець, Я.Л.Гржибовський, І.С.Миرونюк // Львів: ЛНМУ імені Данила Галицького. – 2019. – 27 с.

2. Гржибовський Я.Л. Глобальні та структурні детермінанти впливу на здоров'я населення (за результатами опитування організаторів охорони здоров'я України). – Україна. Здоров'я нації. – 2018. – 4/1 (53). – С.77-83.

**Установа, в якій проведено впровадження:** заклади охорони здоров'я Волинської області.

**Термін впровадження:** 2019 р.

**Включено:** у роботу відділу організації надання медичної допомоги та режимно-секретної роботи.

**Зауваження, пропозиції:** немає.

### Відповідальний за впровадження:

головний спеціаліст відділу організації надання медичної допомоги та режимно-секретної роботи



Рожко Л.М.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Головний лікар Червоноградської ЦМЛ  
Львівської області

  
Грондзаль І.В.  
2019р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в практику охорони  
здоров'я

**Пропозиція для впровадження:** концептуальна модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант.

**Установи розробники:** ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»: 02000, м. Київ, пров. Волго-Донський 3.

#### Автори:

Гржибовський Я.Л., д.мед.н., доц. Миرونюк І.С., д.мед.н., проф. Любінець О.В.

#### Джерела інформації:

1. Гржибовський Я.Л. Глобальні та структурні детермінанти впливу на здоров'я населення (за результатами опитування організаторів охорони здоров'я України). Україна. Здоров'я нації. 2018. №4/1(53). - С. 77-83.

2. Гржибовський Я.Л., Миرونюк І.С., Любінець О.В. Здоров'я людини та індивідуальні чинники впливу (дослідження за результатами опитування лікарів). Львівський медичний часопис=Acta Medica Leopoliensia. 2019. Том XXV, № 1. С. 68-75.

3. Глобальні, структурні та індивідуальні детермінанти здоров'я: методичні рекомендації. [О.В. Любінець, Я.Л. Гржибовський, І.С.Миرونюк]. Львів., 2019. 27 с.

**Установа, в якій проведено впровадження:** заклади охорони здоров'я району обслуговування Червоноградської ЦМЛ Львівської області.

**Термін впровадження:** 2019 р.

**Включено:** у роботу управління розвитку, планування та організаційно-фінансового забезпечення.

**Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**

заступник головного лікаря

з медичного обслуговування населення



Панчишин Я.В.

"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Головний лікар Жовківської ЦРЛ  
Львівської області



Шевців І.Є.  
2019 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в практику охорони здоров'я

**Пропозиція для впровадження:** концептуальна модель моніторингу показників стану здоров'я сільського населення на регіональному рівні з врахуванням медико-соціальних детермінант.

**Установи розробники:** ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»: 02000, м. Київ, пров. Волго-Донський 3.

**Автори:**

Гржибовський Я.Л., д.мед.н., доц. Миронюк І.С., д.мед.н., проф. Любінець О.В.

**Джерела інформації:**

1. Гржибовський Я.Л. Глобальні та структурні детермінанти впливу на здоров'я населення (за результатами опитування організаторів охорони здоров'я України). Україна. Здоров'я нації. 2018. №4/1(53). - С. 77-83.

2. Гржибовський Я.Л., Миронюк І.С., Любінець О.В. Здоров'я людини та індивідуальні чинники впливу (дослідження за результатами опитування лікарів). Львівський медичний часопис=Acta Medica Leopoliensia. 2019. Том XXV, № 1. С. 68-75.

3. Глобальні, структурні та індивідуальні детермінанти здоров'я: методичні рекомендації. [О.В. Любінець, Я.Л. Гржибовський, І.С. Миронюк]. Львів., 2019. 27 с.

**Установа, в якій проведено впровадження:** заклади охорони здоров'я Жовківського району Львівської області.

**Термін впровадження:** 2019р.

**Включено:** у роботу інформаційно-аналітичного відділу лікарні.

**Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**

заступник головного лікаря  
Жовківської ЦРЛ

Боровик В.О.



“ЗАТВЕРДЖУЮ”  
 Начальник управління охорони здоров'я  
 Рівненської обласної державної адміністрації  
 Осіпчук Ю.Ю.  
 “10” жовтня 2019 р.



### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні в практику  
 охорони здоров'я

**Пропозиція для впровадження:** оцінка впливу на здоров'я населення детермінантів глобального, структурного та індивідуального рівня.

**Установи розробники:** ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (02000, місто Київ, пров. Волго-Донський, 3).

**Автори:** д.мед.н., проф. Любінець О.В., д.мед.н., доц. Миронюк І.С., пошукач Гржибовський Я.Л.

**Джерело інформації:**

1. Методичні рекомендації «Глобальні, структурні та індивідуальні детермінанти здоров'я» / О.В.Любінець, Я.Л.Гржибовський, І.С.Миронюк // Львів: ЛНМУ імені Данила Галицького. – 2019. – 27 с.
2. Гржибовський Я.Л. Глобальні та структурні детермінанти впливу на здоров'я населення (за результатами опитування організаторів охорони здоров'я України). – Україна. Здоров'я нації. – 2018. – 4/1 (53). – С.77-83.

**Установа, в якій проведено впровадження:** заклади охорони здоров'я Рівненської області.

**Термін впровадження:** 2019 р.

**Включено:** в роботу відділу організаційної і лікувально-профілактичної роботи.

**Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**  
 заступник начальника управління



І. Я. Добровольський