

# Соціологічні дослідження

УДК 614.2:616-084(-22)

*І.В.Навчук*

## ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ЗНАТЬ ІЗ ПРОБЛЕМИ «МЕДИЧНА ПРОФІЛАКТИКА» ЛІКАРІВ СІЛЬСЬКОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я (зав. – доц. В.Е.Кардаш)  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Резюме.** Вивчено рівень знань 111 лікарів сільської ланки охорони здоров'я Чернівецької області з проблеми „медична профілактика”, зокрема профілактики хвороб системи кровообігу. Виявлено загалом достатній рівень знань лікарів із питань медичної профілактики. Проте більшість опитаних фахівців вважають себе недостатньо

підготовленими в галузі медичної профілактики через брак джерел, в яких би вичерпно розтлумачувалися функції та призначення медичної профілактики.

**Ключові слова:** медична профілактика, лікарі сільської ланки охорони здоров'я, рівень знань, хвороби системи кровообігу.

**Вступ.** Хвороби системи кровообігу (ХСК) є основною причиною смертності населення працездатного віку України. Питома вага їх становить 64 % серед усіх причин смерті, а в структурі смертності населення працездатного віку ХСК посідають 2-е місце і становлять 28 %. Артеріальна гіпертензія (АГ) займає провідне місце серед даних хвороб і є основною причиною розвитку більшості з них. Тому медико-соціальне значення профілактики цих хвороб для українського суспільства надзвичайно велике [1, 6, 8]. За останні десятиріччя в Україні, показники смертності населення від ХСК, що має принципове значення, зросли і вдвічі перевищили показники країн Західної Європи та США, а в працездатному віці – у 4 рази [4, 11, 10].

Ризик виникнення АГ та ХСК зростає у зв'язку з несприятливою соціально-економічною ситуацією в суспільстві: збільшується кількість людей, що мають спектр чинників ризику та шкідливі звички, перебувають у постійному стресі тощо. Тому захворюваність на АГ та ХСК, особливо в сільській місцевості, набула загрозливого характеру.

Відомо, якщо чинники ризику відіграють важливу роль у виникненні АГ та ХСК, то знання профілактичних медичних технологій та їх вміле застосування лікарями має велике значення у запобіганні цим хворобам. Адже абсолютна більшість економічно розвинених країн світу досягли успіху загалом у справі охорони здоров'я тому, що свої проблеми вирішували на профілактичній основі, керуючись принципом: „Хвороби легше запобігти, аніж її лікувати”. На нашу думку, сьогодні успішно вирішити будь-яку проблему медицини можливо тільки в профілактичній площині [3, 7].

**Мета дослідження.** Визначити обізнаність сільських лікарів Чернівецької області з проблеми „медична профілактика” та вивчити ставлення держави до нинішньої системи профілактики АГ і ХСК з метою покращання рівня знань лікарів з цієї проблеми для застосування їх на практиці.

**Матеріал і методи.** Соціологічне дослідження з метою визначення рівня профілактичної підготовки лікарів, що працюють у сільських районах Чернівецької області, проводилося за медико-соціологічним методом з використанням анонімної анкети, розробленої нами разом з Українським інститутом громадського здоров'я. Анкета містила загалом 14 питань, одне з яких – це питання про ознаки, що вивчаються (фах, стаж роботи, посада), три питання були відкритими, де необхідно вписати відповідь, а десять закритими, тобто треба було відповісти «так» або «ні».

Дослідження виконано в п'яти районах Чернівецької області (Сторожинецькому, Кіцманському, Заставнянському, Хотинському та Новоселицькому). Ці райони обрані тому, що вони є типовими сільськогосподарськими районами з добре розвинутою соціально-економічною інфраструктурою та мережею лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я. В опитуванні взяли участь 111 лікарів сільської ланки охорони здоров'я: 28 лікарів Хотинського району, 22 – Сторожинецького, 21 – Кіцманського і по 20 – Новоселицького та Заставнянського. Підкреслимо, що необхідність вивчення рівня профілактичної підготовки лікарів назріла тому, що без таких даних розмови про розробку системи профілактичних технологій є марною справою. Аналіз та оцінка рівня профілактичної компетентності лікарів проводились згідно з нашою розробкою за допомогою математичного методу, при цьому оцінювались відповіді на всі запитання анкети, а питання № 2 анкети оцінювалось як три окремі запитання. Ця робота проводилася таким чином: за правильну відповідь нараховувалось 2 бали. Неповна відповідь – 1 бал, неправильна відповідь або її відсутність – 0 балів. Максимальна сума балів, що міг набрати респондент, становила 30 балів (100 %); далі розраховувалось значення одного бала у відсотках (1 бал – 3,3 %). Розроблена шкала оцінки рівня знань від 0 до 30 балів або від 0 % до 100 %. Ця шкала розділена на 4 рівномірні відрізки: від 0

(0 %) до 7,5 бала (25 %) – відповідно дуже низький рівень знань; від 7,5 (25 %) до 15 балів (50 %) – низький рівень знань; від 15 (50 %) до 22,5 бала (75 %) – достатній рівень знань, від 22,5 (75 %) до 30 балів (100 %) – високий рівень знань. Кожну анкету опрацьовано, зокрема розраховано кі-

лькість балів і відсотковий еквівалент відповідно до запропонованої шкали, визначено рівень знань респондента, про що зроблено відповідну позначку в анкеті. Описану вище шкалу оцінки рівня знань опитаних респондентів подано на рис. 1.

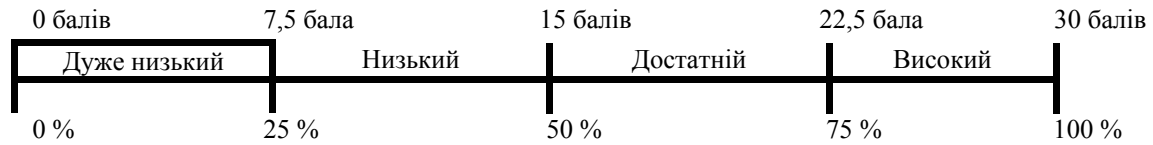


Рис. 1. Шкала оцінки рівня знань опитаних респондентів з проблеми «медична профілактика»

Для порівняльної оцінки рівня знань лікарів різних спеціальностей досліджуваних районів із проблеми „медична профілактика” нами використаний прямий метод стандартизації, що має широке застосування.

#### Результати дослідження та їх обговорення.

За спеціальністю респондентів розподілили так: сімейні лікарі серед опитаних становили 28,8 %, терапевти – 54,0 %, педіатри – 11,7 %, інші фахівці – 5,4 %. Абсолютні частки від загального чис-

ла респондентів відповідної спеціальності подано в табл. 1, 2.

Серед опитаних лікарів стаж роботи від 0 до 4 років мало 13,5 % лікарів, від 5 до 9 років – 16,2 %, від 10 до 14 років – 16,2 %, від 15 до 19 років – 15,3 %, від 20 до 24 років – 19,8 %, від 25 до 29 років – 6,3 %, від 30 років і більше – 12,6 %. Стаж роботи подано з 5-річним інтервалом, розподіл респондентів за районами та стажем роботи відображено в табл. 3.

Таблиця 1

#### Розподіл респондентів за спеціальністю

№ п/п	Спеціальність респондента	Відсотки (%)
	Сімейні лікарі	28,8
	Терапевти	54,0
	Педіатри	11,7
	Інші	5,4
	Всього:	100

Таблиця 2

#### Розподіл респондентів по районах за спеціальністю

№ п/п	Назва району	Спеціальність													
		Сімейні лікарі			Лікарі-терапевти			Лікарі-педіатри			Лікарі інших спеціальностей			Всього	
		А	%	%*	А	%	%*	А	%	%*	А	%	%*	А	%*
1.	Хотинський	2	6,3	1,8	26	43,3	23,4	0	0	0	0	0	0	28	25,2
2.	Новоселицький	3	9,4	2,8	16	26,7	14,4	0	0	0	1	16,7	0,9	20	18,0
3.	Сторожинецький	11	34,4	9,9	5	8,3	4,5	2	15,3	1,8	4	66,7	3,6	22	19,8
4.	Заставнянський	6	18,8	5,4	6	10,0	5,4	7	53,8	6,3	1	16,7	0,9	20	18,0
5.	Кіцманський	10	31,3	9,0	7	11,7	6,3	4	30,8	3,6	0	0	0	21	18,9
	Всього:	32	100	28,8	60	100	54,0	13	100	11,7	6	100	5,4	111	100

Примітки.

1. А – абсолютне число респондентів

2. % – відсоток від загальної кількості респондентів певного 5-річного інтервалу

3. %\* – відсоток від загальної кількості респондентів

Таблиця 3

## Розподіл респондентів по районах за стажем роботи

№ п/п	Назва району	Стаж роботи в роках											
		0-4			5-9			10-14			15-19		
		A	%	%*	A	%	%*	A	%	%*	A	%	%*
1.	Хотинський	2	13,3	1,8	6	33,3	5,4	3	16,7	2,7	4	23,5	3,6
2.	Новоселицький	0	0	0	7	38,9	6,3	6	33,3	5,4	4	23,5	3,7
3.	Сторожинецький	2	13,3	1,8	1	5,6	0,9	5	27,8	4,5	3	17,6	2,8
4.	Заставнянський	4	26,7	3,6	2	11,1	1,8	3	16,7	2,7	3	17,6	2,7
5.	Кіцманський	7	46,7	6,3	2	11,1	1,8	1	5,5	0,9	3	17,6	2,7
Всього:		15	100	13,5	18	100	16,2	18	100	16,2	17	100	15,3

Таблиця 3 (продовження)

№ п/п	Назва району	Стаж роботи в роках									Всього	
		20-24			25-29			30 і >				
		A	%	%*	A	%	%*	A	%	%*	A	%*
1.	Хотинський	7	3,8	6,3	2	28,6	1,8	4	28,6	3,6	28	25,2
2.	Новоселицький	1	4,5	0,9	0	0	0	2	14,3	1,8	20	18,0
3.	Сторожинецький	8	36,4	7,2	0	0	0	3	21,4	2,7	22	19,8
4.	Заставнянський	4	18,2	3,6	2	28,6	1,8	2	14,3	1,8	20	18,0
5.	Кіцманський	2	9,1	1,8	3	42,8	2,7	3	21,4	2,7	21	18,9
Всього:		22	100	19,8	7	100	6,3	14	100	12,6	111	100

Примітки.

1. A – абсолютне число респондентів

2. % – відсоток від загальної кількості респондентів певного 5-річного інтервалу

3. %\* – відсоток від загальної кількості респондентів

За рівнем знань респонденти розподілилися таким чином: дуже низький рівень знань мали 2 (1,8 %) опитаних, низький рівень знань – 32 (28,8 %), достатній рівень знань – 71 (63,9 %), високий рівень знань – 6 (5,4 %) фахівців (див. рис. 2). Розподіл лікарів за рівнем знань у досліджуваних районах подано в табл. 4.

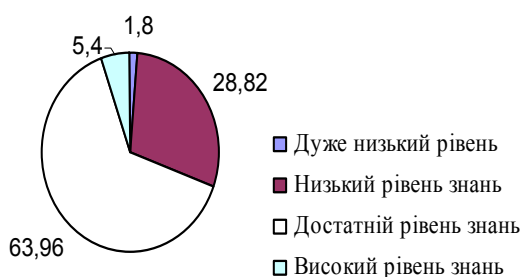


Рис. 2. Розподіл респондентів за рівнем знань із проблем «медичної профілактики»

Отже, загальний рівень знань лікарів сільської ланки охорони здоров'я з досліджуваної проблеми загалом достатній. Це свідчить про те, що лікарі володіють знаннями та можуть успішно застосовувати на практиці профілактичні технології. Свідченням цього може бути те, що Чернівецька область протягом останніх років належить до благополучних за рівнем передчасної смертно-

сті від АГ та ХСК регіонів [12]. Ми розуміємо, що це не єдина проблема, але найбільш вагома.

Як показали дослідження, із 32 (100%) сімейних лікарів 8 (25 %) мали низький рівень знань, середній рівень показали 23 (71,9 %) опитаних, високий рівень – 1 (3,1 %) лікар. Результати опитування 60 (100 %) терапевтів такі: найнижчий рівень знань показали двоє (3,3 %), низький – 16 (26,7 %), достатній – 38 (63,3 %), високий – 4 (6,6 %) спеціалісти. Серед 100 опитаних педіатрів дуже низького рівня знань, як, зрештою, і високого не виявлено, низький рівень знань мали 46,1 % фахівців, достатній – 53,8 %, високого рівня знань не виявлено. Серед лікарів іншого фаху було опитано 100 %. Дуже низького рівня знань не виявлено, а низький рівень знань показали 33,3 % спеціалістів, достатній рівень знань мали 50 %, а високий рівень знань 16,7 % лікарів. Рівень знань окремих спеціалістів наведено в рис. 3, 4, 5, 6.

Для оцінки та порівняння рівня знань лікарів різних спеціальностей з питань «медичної профілактики» ми скористалися прямим методом стандартизації. Так, відповідно до стандарту, дуже низький рівень знань показали тільки терапевти, а низький рівень – педіатри (13,3 %), інші фахівці (9,6 %), сімейні лікарі (8,8 %), терапевти (7,7 %). Середній рівень знань, відповідно до стандарту, мають сімейні лікарі (51,7 %), терапевти (40,6 %), педіатри (34,6 %), інші фахівці (32,1 %). Високий рівень обізнаності з проблеми «медична профілактика» показали сімейні лікарі (2,9 %), інші фахівці (2,6%), терапевти (9,4 %) тощо.

Таблиця 4

Розподіл респондентів по районах за рівнем профілактичної компетентності

№ п/п	Назва району	Рівень знань													
		Дуже низький			Низький			Достатній			Високий			Всього	
		A	%	%*	A	%	%*	A	%	%*	A	%	%*	A	%*
1.	Хотинський	0	0	0	8	25,0	7,2	18	25,3	16,2	2	33,3	1,8	28	25,2
2.	Новоселицький	0	0	0	4	12,5	3,6	13	18,3	11,7	3	50,0	2,7	20	18,0
3.	Сторожинецький	0	0	0	5	15,6	4,5	17	23,9	15,3	0	0	0	22	19,8
4.	Заставнянський	0	0	0	9	28,1	8,1	10	14,0	9,0	1	16,6	0,9	20	18,0
5.	Кіцманський	2	100	1,8	6	18,7	5,4	13	18,3	11,7	0	0	0	21	18,9
Всього:		2	100	1,8	32	100	28,8	71	100	63,9	6	100	5,4	111	100

Примітки.

1. A – абсолютне число респондентів
2. % – відсоток к від загальної кількості респондентів даного району
3. %\* – відсоток від загальної кількості респондентів у дослідженні

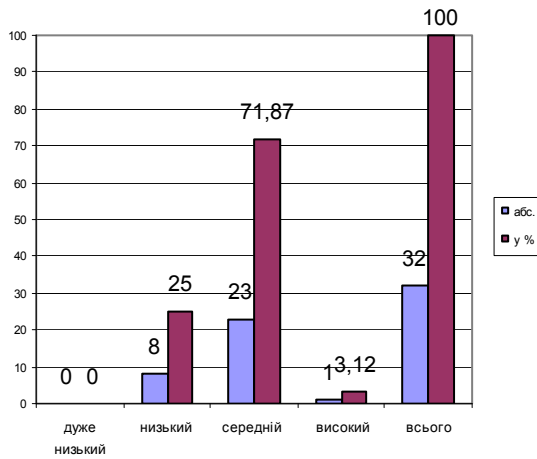


Рис. 3. Рівень знань із питань «медичної профілактики» сімейних лікарів

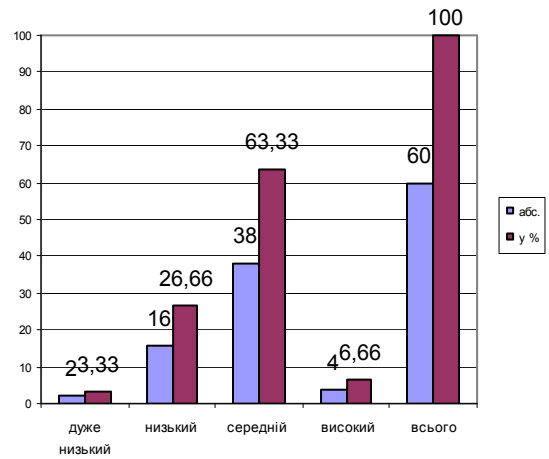


Рис. 4. Рівень знань із питань «медичної профілактики» терапевтів

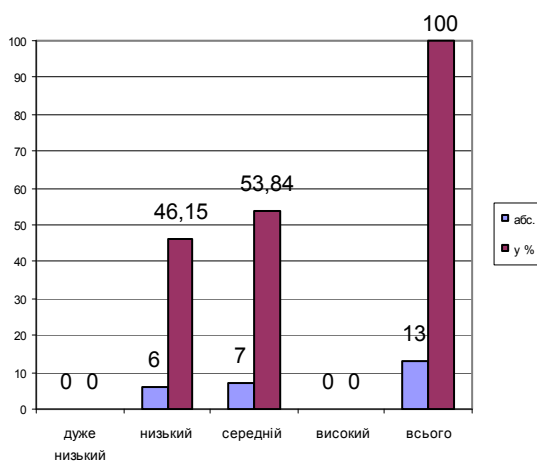


Рис. 5. Рівень знань із питань «медичної профілактики» педіатрів

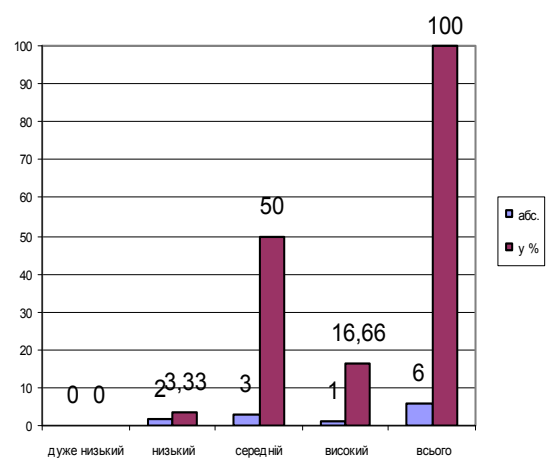


Рис. 6. Рівень знань із питань «медичної профілактики» лікарів інших спеціальностей

Отже, з вищенаведеного випливає, що серед усіх опитаних найкращий рівень підготовки з питань медичної профілактики мають сімейні лікарі, тому впровадження сімейної медицини забезпечить належний рівень профілактики ХСК, зокрема й АГ, призведе до зниження захворюваності та інвалідності від цих хвороб, про що свідчить сімейна медицина економічно розвинених країн світу та досвід роботи сімейних лікарів у нашій країні [2].

Для повноти та об'єктивності результатів нашого дослідження розуміння профілактики необхідно оцінити всі пункти анкети. За 2, 3, 4, 5, 6, 7 питаннями анкет оцінювали рівень знань та розуміння того, що таке первинна, вторинна і третинна профілактика, а також знання про технології, що забезпечують первинну, вторинну та третинну профілактику хвороб.

Дослідження рівня профілактичної компетентності лікарів лікувально-профілактичних закладів п'яти районів Чернівецької області подано в табл. 5.

На восьме питання анкети «Чи вважаєте ви себе достатньо підготовленими в галузі профілактики?» – відповідь «так» дали 46,8 % опитаних, а відповідь «ні» – 53,2 %.

Отже, більшість опитаних потребує поглиблення знань із проблеми «медична профілактика», які вони можуть отримати зокрема на післядипломному рівні освіти, у рамках реалізації освітньої програми підвищення кваліфікації для лікарів і медичних сестер лікувально-профілактичних закладів первинної ланки охорони здоров'я [5, 9] і самопідготовки за наявності джерел інформації. Розподіл респондентів по районах подано в табл. 6.

Таблиця 5

Рівень профілактичної компетентності лікарів досліджуваних районів області

№	Профілактична технологія	Кількість респондентів	Первинна профілактична технологія	Вторинна профілактична технологія	Третинна профілактична технологія	Без відповідей
1.	Гігієнічне виховання населення	111	107	10	7	1
2.	Формування здорового способу життя	111	104	17	9	2
3.	Протирецидивне лікування	111	14	73	42	2
4.	Цільові медичні огляди	111	62	61	11	2
5.	Валеологічні технології	111	67	38	11	8
6.	Карантинні заходи	111	26	64	22	5
7.	Медико-генетичне консультування	111	50	58	18	7
8.	Імунопрофілактика	111	57	55	10	3
9.	Диспансеризація	111	35	72	25	3
10.	Медикаментозне лікування при запобіганні ускладнень хвороби	111	13	57	78	3
11.	Запобігання інвалідності при хронічній хворобі	111	15	39	60	3
12.	Запобігання подальшому негативному розвитку хвороби шляхом лікування	111	22	66	74	11
Всього:		111	572	610	367	50

Таблиця 6

Розподіл респондентів по районах за відповідями на питання № 8 анкети

№ п/п	Назва району	Варіант відповіді				Всього	
		Так		Ні			
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Хотинський	15	13,5	13	11,7	28	25,3
2.	Новоселицький	14	12,6	6	5,4	20	18,0
3.	Сторожинецький	7	6,3	15	13,5	22	19,8
4.	Заставнянський	7	6,3	13	11,7	20	18,0
5.	Кіцманський	9	8,1	12	10,8	21	18,9
Всього:		52	46,8	59	53,2	111	100

Результати дослідження свідчать, що більшість опитаних (53,2 %) не володіє знаннями з проблеми «медична профілактика» і потребує теоретичної та практичної підготовки з питань профілактичної медицини.

На питання анкети № 9 «Чи траплялась Вам хоча б одна монографія чи підручник, де була б викладена у повному обсязі проблема медичної профілактики?» (табл. 7) «так» відповіли 16,2 % від всіх опитаних, «ні» – 83,8 %. Розподіл респондентів за фахом по районах подано в табл. 7.

Висновок очевидний – необхідно видати посібник, в якому було б викладено теоретичні і практичні основи медичної профілактики, та забезпечити ними лікарів, студентів-медиків.

«Кого Ви вважаєте насамперед лікарем-профілактиком?» – це 10-е питання нашої анкети, де необхідно визначити тільки одного спеціаліста із запропонованих шести. Відповіді респондентів такі: лікаря-гігієніста обрали 10,8 % опитаних, лікаря-терапевта – 17,1 %, лікаря з дипломом «Лікувальна справа» – 18,01 %, лікаря-стоматолога – 0 %, лікаря педіатра – 3,6 %, сімейного лікаря – 50,4 %. Розподіл відповідей респондентів на 10-е питання за спеціальністю та по районах подано в табл. 8.

Враховуючи отримані дані, можна дійти висновку про те, що найбільше і найкраще профілактикою займається сімейний лікар, оскільки його готують і як терапевта, і як педіатра, і як акушер-гінеколога, і як

загального хірурга тощо. Саме він повинен передбачити ймовірний розвиток хвороби всіх членів сім'ї, яку обслуговує, та запобігти цьому.

Наші припущення підтверджуються досвідом країн, де сімейна медицина працює багато років (Куба, США, країни Західної Європи), та досвідом запровадження сімейної медицини в Україні [2].

На одинадцяте питання запропонованої анкети «Як Ви ставитесь до тез: «Майбутнє належить медицині профілактичній», «Хворобі легше запобігти, аніж її лікувати» – позитивно відповіли 98,2 % опитаних, негативно – 1,8 % відповідно. Розподіл відповідей на це питання по районах подано в табл. 9.

З таблиці видно, що переважна більшість опитаних відповіли «позитивно», як і було прогнозовано. Проте хотілося б, щоб згадані вище тези впроваджувалися в життя практичною охороною здоров'я на рівні первинної медико-санітарної допомоги, а основною рушійною силою стали сімейні лікарі, котрі є найбільш раціональною та економічно вигідною ланкою в організації медичного забезпечення населення.

Дванадцяте питання було відкритим: «Які, на Вашу думку, профілактичні технології не увійшли до переліку пункту № 7 (нашої анкети)? Напишіть». Жодної відповіді не дали 73,9 % респондентів, намагалися відповісти 26,1 % опитаних. Розподіл респондентів по районах подано в табл. 10.

Таблиця 7

Розподіл респондентів по районах за відповідями на питання № 9 анкети

№ п/п	Назва району	Варіант відповіді				Всього	
		Так		Ні		Абс.	%
		Абс.	%	Абс.	%		
1.	Хотинський	3	2,7	25	22,5	28	25,2
2.	Новоселицький	2	1,8	18	16,2	20	18,0
3.	Сторожинецький	0	0	22	19,8	22	19,8
4.	Заставнянський	4	3,6	16	14,4	20	18,0
5.	Кіцманський	8	7,2	13	11,7	21	18,9
Всього:		18	16,2	93	83,8	111	100

Таблиця 8

Розподіл респондентів по районах за відповідями на питання № 10 анкети

№ п/п	Спеціальність лікаря	Назва району											
		Хотинський		Новоселицький		Сторожинецький		Заставнянський		Кіцманський		Всього	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Лікар-гігієніст	1	0,9	3	2,7	1	0,9	2	1,8	5	4,5	12	10,8
2.	Лікар-терапевт	9	8,1	4	3,6	2	1,8	2	1,8	2	1,8	19	17,1
3.	Лікар з дипломом «Лікувальна справа»	8	7,2	2	1,8	2	1,8	3	2,7	5	4,5	20	18,0
4.	Лікар-стоматолог	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.	Лікар-педіатр	1	0,9	1	0,9	0	0	0	0	0	0	2	1,80
6.	Сімейний лікар	9	8,1	10	9,0	17	15,3	13	11,7	7	6,3	56	50,5
Всього:		28	25,2	20	18,0	22	19,8	20	18,0	21	18,9	111	100

Таблиця 9

## Розподіл респондентів по районах за відповідями на питання № 11 анкети

№ п/п	Назва району	Варіант відповіді				Всього	
		Так		Ні		Абс.	%
		Абс.	%	Абс.	%		
1.	Хотинський	28	25,2	0	0	28	25,2
2.	Новоселицький	20	18,0	0	0	20	18,0
3.	Сторожинецький	21	18,9	1	0,9	22	19,8
4.	Заставнянський	19	17,1	1	0,9	20	18,0
5.	Кіцманський	21	18,9	0	0	21	18,9
Всього:		109	98,1	2	1,8	111	100

Таблиця 10

## Розподіл респондентів по районах за відповідями на питання № 12 анкети

№ п/п	Назва району	Варіант відповіді				Всього	
		Так		Ні		Абс.	Відс. (%)
		Абс.	Відс. (%)	Абс.	Відс. (%)		
1.	Хотинський	21	18,9	7	6,3	28	25,2
2.	Новоселицький	16	14,4	4	3,6	20	18,0
3.	Сторожинецький	17	15,3	5	4,5	22	19,8
4.	Заставнянський	14	12,6	6	5,4	20	18,0
5.	Кіцманський	14	12,6	7	6,3	21	18,9
Всього:		82	73,9	29	26,1	111	100

Таблиця 11

## Розподіл респондентів по районах за відповідями на питання № 13 анкети

№ п/п	Назва району	Варіант відповіді				Всього	
		Так		Ні		Абс.	%
		Абс.	%	Абс.	%		
1.	Хотинський	26	23,4	2	1,8	28	25,2
2.	Новоселицький	19	17,1	1	0,9	20	18,0
3.	Сторожинецький	22	19,8	0	0	22	19,8
4.	Заставнянський	20	18,0	0	0	20	18,0
5.	Кіцманський	21	18,9	0	0	21	18,9
Всього:		108	97,3	3	2,7	111	100

Таблиця 12

## Розподіл респондентів по районах за відповідями на питання № 14 анкети

№ п/п	Назва району	Варіант відповіді				Всього	
		Так		Ні		Абс.	%
		Абс.	%	Абс.	%		
1.	Хотинський	19	17,1	9	8,4	28	25,2
2.	Новоселицький	19	17,1	1	0,9	20	18,0
3.	Сторожинецький	21	18,9	1	0,9	22	19,8
4.	Заставнянський	19	17,1	1	0,9	20	18,0
5.	Кіцманський	19	17,1	2	1,8	21	18,9
Всього:		97	87,4	14	12,6	111	100

«Як Ви вважаєте, чи потрібне видання масовим тиражем медичних рекомендацій для лікарів з теоретично-практичних питань медичної профілактики?» – це питання № 13 нашої анкети, на котре «так» відповіло 97,3 % респондентів, «ні» – 2,7 %. Дані опитування по районах та у відсотках і абсолютних числах подано в табл. 11.

Як бачимо, переважна більшість респондентів висловилися за видання таких посібників. На нашу думку, воно повинно бути організовано на державному рівні та розповсюджено серед лікарів і студентів медичних навчальних закладів України за кошти держави.

На останнє питання «Чи потрібний державі закон про «медичну профілактику», який би регламентував понятійний апарат, виконавців технології профілактики, суб'єкт відношень, зміст технологій тощо?» відповідь «так» дали 87,4 % опитаних, «ні» – 12,6 %. У табл. 12 відображаються погляди респондентів на це питання. На їх думку, яка збігається з нашою, потрібен закон, а не тільки окремі укази, накази чи програми щодо профілактики тих чи інших захворювань.

Отже, проаналізувавши дані анкетного опитування лікарів сільської ланки охорони здоров'я, можна впевнено сказати, що профілактика захворювань – це справа всієї держави, а не окремо взятої галузі господарства, тобто медицини.

### Висновки

1. Зростання кількості АГ та невиліковних нозологій серед сільського населення потребує проведення ефективної профілактики, що, у свою чергу, вимагає високого рівня підготовки лікарів сільської ланки охорони здоров'я з питань профілактичної медичної допомоги.

2. Впровадження сімейної медицини на селі є найбільш раціональним та економічно обґрунтованим кроком для забезпечення належного рівня лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню.

3. Забезпечення належного рівня медико-профілактичної допомоги населенню в Україні можливе лише за умови належної підтримки з боку держави та відповідної законодавчої бази.

4. Підготовка медичних фахівців з питань та проблем медичної профілактики повинна здійснюватися постійно, починаючи в медичних закладах освіти і продовжуючи на рівні післядипломної освіти.

5. Позитивно вирішити проблему артеріальної гіпертензії та хвороб системи кровообігу можливо лише у профілактичній площині.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальші дослідження дадуть змогу забезпечити підвищення рівня знань з проблем медичної профілактики лікарів сільської ланки охорони здоров'я та удосконалити застосування ними профілактичних медичних технологій, що сприятиме покращанню здоров'я сільського населення.

### Література

1. Дмитренко С.О. Чинники захворюваності та смертності в осіб з артеріальною гіпертензією

сільської популяції (проспективне популяційне дослідження): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: 14.01.11 / С.О.Дмитренко. – Харк. держ. мед. ун-т. – Харків, 2001. – 35 с.

2. Заремба Є.Х. Переваги сімейної медицини в реалізації заходів, що передбачені національною програмою профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні / Є.Х.Заремба, О.Ю.Топілко, Ю.Л.Кияк // Мат. І з'їзду сімейних лікарів. – К., Л., 2001. – С. 230-232.
3. Кардаш В.Е., Навчук І.В. Сучасні погляди на вторинну профілактику артеріальної гіпертензії у населення сільської місцевості / В.Е.Кардаш, І.В.Навчук // Охорона здоров'я України. – Київ, 2003. – Вип. 2/9. – С. 78-81.
4. Корнацький В.М. Медико-соціальні аспекти серцево-судинної захворюваності і смертності серед населення України в сучасних економічних умовах / В.М.Корнацький // Матер. наук.-практ. конф., 26-28 травня 1999 року – К., 1999. – С. 255-257.
5. Москаленко В.Ф. Основні напрямки реалізації Національної програми профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні / В.Ф.Москаленко, В.М.Коваленко // Укр. кардіол. ж. – 2000. – № 5-6. – С. 6-9.
6. Москаленко В.Ф. Відмінності в здоров'ї населення та стратегії досягнення рівності в охороні здоров'я / В.Ф.Москаленко, В.М.Пономаренко, Т.С.Грузева // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – № 1. – С. 5-10.
7. Навчук І.В. Профілактичні технології у вирішенні проблем артеріальної гіпертензії у сільського населення / І.В.Навчук, В.Е.Кардаш // Охорона здоров'я України. Київ, 2003. – Вип. 4. – С. 53-55.
8. Нагорна А.М. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення України / А.М.Нагорна // Ж. Акад. мед. наук України. – 2003. – Т. 9. – № 2. – С. 325-345.
9. Смирнова І.П. Артеріальна гіпертензія: Національна програма профілактики і лікування в Україні / І.П.Смирнова, Е.П.Свіщенко, І.М.Горбась // Лікування та діагностика. – 1997. – № 4. – С. 51-53.
10. Чепелевська Л.А. Медико-демографічна ситуація в незалежній Україні / Л.А.Чепелевська // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – № 2. – С. 87-89.
11. Чепелевська Л.А. Розрахунки кількості втрачених людино-років життя населення працездатного віку внаслідок смертності від хвороб системи кровообігу / Л.А.Чепелевська, Н.О.Рингач, О.О.Чернобривенко // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 2. – С. 103-107.
12. Чепелевська Л.А. Обізнаність населення працездатного віку про фактори ризику передчасної смерті від серцево-судинних захворювань за результатами медико-соціологічного дослідження / Л.А.Чепелевська, Н.О.Рингач // Стратегія формування здорового способу життя: Мат. конф. – К., 2000. – С. 216-220.



**ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ С ПРОБЛЕМЫ «МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА»  
ВРАЧЕЙ СЕЛЬСКОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕРНОВИЦКОЙ ОБЛАСТИ С  
ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

*И.В.Навчук*

**Резюме.** Изучено уровень знаний 111 врачей сельского звена здравоохранения Черновицкой области по проблеме «медицинская профилактика», в частности профилактики болезней системы кровообращения. Обнаружено в целом достаточный уровень знаний врачей по вопросам медицинской профилактики. Большинство опрошенных специалистов считают себя недостаточно подготовленными в области медицинской профилактики, потому что нет источника, в котором бы в полном объеме разъяснялись функции и назначения медицинской профилактики.

**Ключевые слова:** медицинская профилактика, врачи сельского звена здравоохранения, уровень знаний, болезни системы кровообращения.

**A STUDY OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE ON THE PROBLEM «MEDICAL PROPHYLAXIS»  
OF DOCTORS OF THE RURAL LINK OF HEALTH CARE IN THE CHERNIVTSI REGION  
FOR THE PURPOSE OF PREVENTING DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM**

*I.V.Navchuk*

**Abstract.** The author has studied the level of knowledge of 111 doctors of the rural link of health care in the Chernivtsi region on the problem «Medical Prophylaxis», preventing diseases of the circulatory system, in particular. In general, a sufficient level of doctors knowledge on the problem «Medical Prophylaxis» has been revealed. A predominant majority of respondents consider themselves to be not prepared sufficiently in the field of «Medical Prophylaxis» because there is no source which would interpret exhaustively the functions and the predestination of medical prophylaxis.

**Key words:** medical prophylaxis, doctors of rural branch of health care, knowledge, circulatory diseases.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. С.В.Білецький

Buk. Med. Herald. – 2008. – Vol.12, №2.–P.106-114

Надійшла до редакції 14.03.2008 року