

Мета роботи. Проаналізувати погляди та підходи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) до зміцнення реабілітації як стратегії системи охорони здоров'я.

Матеріали та методи досліджень. Під час дослідження використані метод системного аналізу, бібліосемантичний та інформаційно-аналітичний методи. Матеріалами стали оприлюднені інформаційні джерела та документи ВООЗ.

Результати. Реабілітація визначається як комплекс заходів, спрямованих на поліпшення функціонування людини з порушеннями здоров'я в повсякденному житті при взаємодії з навколишнім середовищем і зниження рівня інвалідності.

ВООЗ неодноразово наголошувала, що через зростання поширеності хронічних неінфекційних захворювань та кількості осіб із наслідками травм спостерігатиметься збільшення попиту на реабілітаційні послуги, що вимагатиме підтримки країн у вирішенні цієї проблеми.

Своєрідним переломним моментом у зміцненні реабілітації як стратегії охорони здоров'я став 2017 р., коли ВООЗ виступила з ініціативою «Реабілітація – 2030».

В Програмі «Реабілітація – 2030: заклик до дій» визначено пріоритетні напрямки дій щодо зміцнення систем охорони здоров'я у сфері надання реабілітаційних послуг. Розроблена ВООЗ концепція «Основні складові системи охорони здоров'я» стала основою для реалізації заходів зміцнення систем охорони здоров'я. Об'єднавши вказані складові з реабілітаційними компонентами, було сформовано загальну структуру реалізації системи реабілітації.

Взявши за основу вказану систему, ВООЗ пропонує чотири стадії зміцнення системи реабілітації в рамках конкретних систем охорони здоров'я з використанням певних інструментів оцінки, планування та реалізації. Експерти ВООЗ розділили реабілітацію на категорії та охарактеризували час та місце надання реабілітаційних послуг.

Для покращення надання реабілітаційних послуг ВООЗ рекомендує узгодження планів впровадження з ширшими національними стратегіями охорони здоров'я та узгодження впровадження планів на основі поглядів відповідних зацікавлених сторін.

Висновки. ВООЗ в останнє десятиліття велику увагу приділяє розвитку реабілітаційного напрямку в системах охорони здоров'я. З погляду ВООЗ, реабілітація є важливою складовою системи охорони здоров'я, оскільки спрямована на зниження інвалідності та покращення якості життя пацієнтів після захворювання або травми. ВООЗ вважає, що реабілітація має бути доступною для всіх людей, незалежно від їхнього статусу, віку, національності, статі та здоров'я. Визначено пріоритетні напрямки дій, розроблено рекомендації щодо впровадження, зміцнення та фінансування ефективної системи надання реабілітаційних послуг, які включають оцінку ситуації, стратегічне планування, розробку процесу моніторингу й оцінки та безпосередньо реалізацію стратегічного плану. ВООЗ сформулила концепцію організації реабілітаційної допомоги та категорії надання реабілітаційних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги в системі охорони здоров'я. Організація рекомендує розвивати програми реабілітації в рамках системи охорони здоров'я на всіх рівнях - від первинного до третинного, зокрема, через посилення міжсекторного співробітництва між системами охорони здоров'я та соціальної допомоги. ВООЗ також підтримує розвиток інноваційних підходів до реабілітації, таких як використання технологій зв'язку та інформації для забезпечення дистанційного доступу до послуг реабілітації та використання робототехніки та інших технологій, що забезпечують розвиток функціональних навичок пацієнтів. Всі розроблені ВООЗ дії рекомендовані для використання при плануванні і реалізації заходів на

національному та субнаціональному рівнях за умови адаптації до національних систем охорони здоров'я і відповідної сфери реабілітаційних послуг.

Отже, ВООЗ підтримує розвиток реабілітації як стратегії системи охорони здоров'я, що може забезпечити покращення здоров'я та якості життя пацієнтів, а також збільшення продуктивності та зниження економічного навантаження на систему охорони здоров'я.

Л.В.Крячкова, Д.О.Степанський, Л.О.Кротова, В.Ю.Кротова

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ (НА ПРИКЛАДІ КРОС-СЕКЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСІБ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У М. ДНІПРО)

Дніпровський державний медичний університет, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, кафедра мікробіології, вірусології, імунології, епідеміології та медико-біологічної фізики і інформатики, кафедра внутрішньої медицини 3

Вступ. Однією з найпоширеніших хвороб у групі серцево-судинних захворювань є артеріальна гіпертензія (АГ). На захворюваність АГ у популяції впливають різні чинники (демографічні, екологічні, соціально-економічні, тощо). Серйозною проблемою сучасності є небезпечне використання ліків. Залученість пацієнтів до запобігання шкоди від використання ліків займає провідне місце у концепції управління безпекою та якістю медичної допомоги.

Мета – визначити основні епідеміологічні особливості артеріальної гіпертензії та оцінити особливості споживання ліків населенням за даними дослідження мешканців міста Дніпро.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено серед 757 дорослих (старше 18 років) мешканців міста Дніпро. Всім респондентам було запропоновано заповнити анкету щодо загальних даних та факторів способу життя. Артеріальний тиск (АТ) вимірювався 3-разово, для оцінки наявності АГ використовувалось середнє значення другого та третього вимірювань.

Було проведено опитування 148 дорослих осіб за методикою EUROHIS для оцінки використання лікарських засобів.

Статистичний аналіз, що включав розрахунок середніх та відносних величин із 95 % ДІ; оцінку достовірності розбіжностей кількісних змінних за критерієм Манна-Уїтні, якісних – за критерієм χ^2 Пірсона, ранговий кореляційний аналіз із розрахунком коефіцієнта кореляції Спірмена (rs), здійснювався за допомогою STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA).

Результати. Артеріальну гіпертензію було виявлено у 241 (31,8 %) особи (95 % ДІ 28,5 %–35,3 %), у 143 (30,0 %) жінок та 98 (34,9 %) чоловіків. Систолічний та діастолічний АТ у чоловіків був достовірно вищим, ніж у жінок ($p<0,001$). Жінки мали більшу частоту серцевих скорочень ($p=0,013$).

Середній вік усіх обстежених склав 38,8 (95 % ДІ 37,5 – 40,1) років, в групі без АГ – 31,7 (95 % ДІ 30,4 – 33,0) років; в групі з АГ – 54,1 (95 % ДІ 52,1 – 56,0) років ($p<0,001$).

П'ята частина обстежених (19,8 %) мали ожиріння, при цьому частка осіб з надлишковою масою тіла в групі з АГ була суттєво вищою ($p<0,001$) (таблиця 1). Серед учасників дослідження було виявлено 143 (18,9 %) курці (95 % ДІ 16,2 % – 21,9 %), з них 55 (38,5 %) жінок та 88 (61,5 %) чоловіків. Особи, що палять мали більш високий систолічний та діастолічний АТ ($p<0,001$). Також було виявлено 30 (4,0 %) осіб (95 % ДІ 2,7 % – 5,6 %), що часто вживають алкогольні напої (з них 6 (20 %) жінок та 24 (80 %) чоловіка) та 115 (15,2 %) людей (95 % ДІ 12,7 % – 18,0 %), що вживають алкогольні напої менше одного разу

на тиждень (з них 48 (41,7 %) жінок та 67 (58,3 %) чоловіків). Більш високий систолічний та діастолічний АТ

спостерігався у людей, що вживають алкогольні напої, з лінійною залежністю від дози ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Характеристики осіб, залучених до дослідження

Характеристики	Усі обстежені	Обстежені без АГ	Обстежені з АГ	p
Загальна кількість, n (%)	757 (100,0)	516 (68,2)	241 (31,8)	-
Стать, n (%)				
жінки	476 (62,9)	333 (64,5)	143 (59,3)	0,168
чоловіки	281 (37,1)	183 (35,5)	98 (40,7)	
Вік				
від 18 до 59 років	615 (81,2)	478 (92,6)	137 (56,8)	<0,001
60 – 74 років	131 (17,3)	37 (7,2)	94 (39,0)	
75 років та старше	11 (1,5)	1 (0,2)	10 (4,2)	
Наявність ожиріння, n (%)				
Відсутнє	607 (80,2)	470 (91,1)	137 (56,9)	<0,001
Наявне	150 (19,8)	46 (8,9)	104 (43,1)	
Паління, n (%)				
Ні	614 (81,1)	439 (85,1)	175 (72,6)	<0,001
Так	143 (18,9)	77 (14,9)	66 (27,4)	
Вживання алкоголю, n (%)				
Ні або рідко	612 (80,8)	426 (82,6)	186 (77,2)	0,061
<1 разу на тиждень	115 (15,2)	75 (14,5)	40 (16,6)	
Часто	30 (4,0)	15 (2,9)	15 (6,2)	

Примітка. p – розбіжності між групами за критерієм χ^2 Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса

Ранговий кореляційний аналіз показав пряму залежність між віком та систолічним (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена $r_s = 0,53$; $p < 0,001$) та діастолічним АТ ($r_s = 0,41$; $p < 0,001$), між віком та індексом маси тіла – ІМТ ($r_s = 0,56$; $p < 0,001$). В свою чергу ІМТ ($r_s = 0,47$; $p < 0,001$), як і ожиріння ($r_s = 0,40$; $p < 0,001$) та вік ($r_s = 0,55$; $p < 0,001$) корелювали з наявністю АГ.

Серед обстежених 131 особа були працівниками навчальних закладів міста Дніпро (переважно вчителі та викладачі). У цій групі АГ було виявлено у 84 (64,1 %) осіб (95 % ДІ 55,3 – 72,3), у 54 (58,1 %) жінок та 30 (78,9 %) чоловіків.

Протягом останніх двох тижнів напередодні опитування 65,54 % (95 % ДІ 57,29 – 73,15 %) вживали медикаменти. Більшість з них (71,13 %) застосовували ліки за призначенням спеціаліста, решта – обирали самостійно. Частота вживання медикаментів за призначенням – 46,62 % (95 % ДІ 38,34 – 54,99 %). В їх структурі домінують ліки проти серцево-судинних захворювань (41,7 %).

Серед усіх обстежених за результатами комплексного обстеження у 68,2 % не було визначено АГ; кожен десятий (9,4 %) лікувався ефективно, оскільки приймав антигіпертензивні препарати та мав нормальний рівень АТ; 8,1 % обстежених лікувались неефективно, оскільки не досягли нормалізації АТ на фоні прийому терапії; кожен 7-й (14,4 %) мав підвищений АТ та не приймав необхідних препаратів (рис. 1).

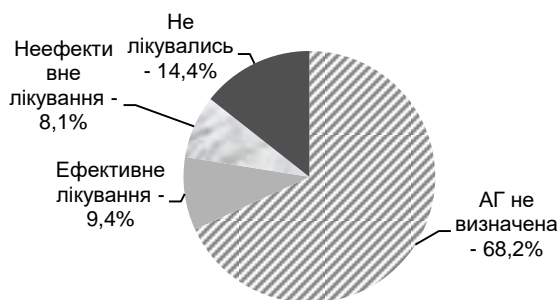


Рис 1. Розподіл обстежених щодо наявності АГ та ефективності її лікування за часткою осіб, що досягли цільових значень АТ (у % до загального числа обстежених).

Висновки. Виявлено, що основними факторами ризику АГ є демографічні (вік, стать), фактори способу життя (ІМТ, паління, вживання алкогольних напоїв) та роботи (стрес).

Важливим фактором лікування АГ є автономія пацієнтів, бо хронічне захворювання потребує інформованості пацієнта, прихильності до лікування та спільного прийняття медичних рішень.

В.М.Лехан, Ю.Ю.Ткачук, К.В.Харипончук ГЛОБАЛЬНИЙ ТЯГАР ХВОРОБ В УКРАЇНІ ТА ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЙОГО ФОРМУВАННЯ

Дніпровський державний медичний університет,
кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та
управління охороною здоров'я

Актуальність. За оцінками ВООЗ (Талліннська хартія, 2008), поліпшення здоров'я населення являє собою як самостійну цінність, так і впливає на економічний розвиток країни через сприяння конкурентоспроможності та продуктивності праці і зростанню соціального благополуччя.

Критично важливим інформаційним ресурсом для розробки доказової політики в сфері охорони громадського здоров'я вважається визначення глобального тягара хвороб (ГТХ). Концепція ГТХ була розроблена на початку 90-х років 20 сторіччя доктором Крістофором Мюрреєм і цей індикатор на сьогодні є одним із найпоширеніших та адекватних для оцінки стану здоров'я населення. Глобальний тягар хвороб – це агрегований кількісний показник стану громадського здоров'я, який поєднує роки життя, втрачені через передчасну смерть і роки життя, втрачені через проблеми із здоров'ям, що не відповідають критеріям повного здоров'я.

Мета: вивчення розмірів ГТХ в Україні та провідних факторів ризику, що впливають на його формування.

Матеріали та методи. Використано базу даних Інституту по вимірюванню показників здоров'я та оцінки стану здоров'я штату Вашингтон, яка охоплює відомості про передчасну смерть та інвалідність від понад 350 захворювань і травм у 195 країнах, та кількісну оцінку