

І. Л. Височина, І. В. Василевська, К. Ю. Краснікова

ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ОБІЗНАНОСТІ ПРО СИСТЕМУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ МЕШКАНЦІВ ДНІПРОПЕТРОВСЬКА

На сьогодні в Україні продовжується розвиток сімейної медицини з урахуванням результатів проведеного реформування системи охорони здоров'я. За попередні роки у Дніпропетровській області в рамках дії пілотного проекту перебування системи надання медичної допомоги населенню на різних рівнях її забезпечення були кардинально змінені пріоритети роботи цієї галузі з акцентом на розгалуження первинної ланки, а саме амбулаторій сімейної медицини з визначенням чіткої маршрутизації пацієнтів, які потребують вторинного (стаціонарна) або третинного (республіканські, обласні лікувальні заклади, диспансери) рівнів надання допомоги. В практиці охорони здоров'я Дніпропетровська та області за попередні роки реформ була створена розгалужена мережа невідкладної медичної допомоги, що призвело до покращення якості надання допомоги населенню.

Очікуваний успіх від перетворень у медичній галузі залежить не тільки від безпосередньо проведених структурних та адміністративних змін у сфері охорони здоров'я в нашому регіоні, але й від зміни свідомості самих мешканців міста – головним чином від їх обізнаності щодо особливостей роботи системи медичної допомоги в рамках пілотного проекту, про створення умов щодо активної взаємодії лікаря первинної ланки з пацієнтом (як того, хто вже має проблеми зі здоров'ям, так і того, хто вважає себе здоровим, чи не звертає уваги на проблеми зі здоров'ям).

Тому **метою даної роботи** було вивчення рівня обізнаності мешканців міста Дніпропетровська та області щодо результатів реформування структури медичної допомоги населенню та роботи сімейного лікаря.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети, колективом кафедри сімейної медицини ДЗ «ДМА МОЗ України» були розроблені авторські анкети для проведення соціологічного дослідження шляхом опитування мешканців Дніпропетровська.

Дизайн дослідження складався з двох етапів. На першому етапі дійсного дослідження визначали рівень обізнаності у мешканців міста щодо системи сімейної медицини. За територіальним рівнем перший етап соціологічного опитування проводився в умовах терапевтичного та алергологічного відділень «КЗ «Дніпропетровське КОШМД» Дніпропетровської обласної ради», що структурово відноситься до вторинного рівня надання медичної допомоги населенню. Анкета складалася з 14 питань, які стосувались обізнаності пацієнтів про наявність у них сімейного лікаря, ступеня знайомства з ним, обізнаності щодо графіку роботи, можливості телефонного контакту; мети, частоти та результатів візитів до сімейного лікаря; стану здоров'я опитаного та ін.

Другий етап соціологічного опитування був проведений на до амбулаторному рівні – у місцях відпочинку мешканців міста Дніпропетровська (у парках, скверах, набережній). Анкета на другому етапі соціологічного опитування складалася з 21 питання. Додатково до попередніх 14 питань авторами були включені питання про необхідність проведення профілактичного медичного обстеження на первинній ланці допомоги населенню, а саме проведення флюорографії, загального аналізу крові, глюкози крові, загального аналізу сечі, вимірювання АТ, для жінок – огляд гінеколога; та питання про рівень фізичної активності респондентів.

Результати та їх обговорення: Анкетування було проведено в групах по 50 осіб на кожному етапі дослідження, рівномірно розподілених за статтю та пред-

ставлених згідно класифікації ВООЗ всіма віковими категоріями, що дозволяє стверджувати про порівнянність отриманих результатів. За результатами анкетування на 1 та 2 етапах соціологічного дослідження, респонденти показали тотожні результати щодо обізнаності в контексті інформованості про роботу сімейного лікаря (табл.1)

Таблиця 1

Питання анкети	1 етап	2 етап
1. Обізнані про наявність у них сімейного лікаря	62%	76%
2. Знають його фамілію та ім'я	50%	60%
3. Знайомі з графіком роботи	40%	38%
4. Мають контактний телефон	24%	28%
5. Відвідують сімейного лікаря	56%	48%
6. Знають про стан свого здоров'я	62%	88%

Що стосується питання наявної частоти та причини відвідань респондентами сімейного лікаря в амбулаторії, результати відрізнялись на різних етапах дослідження. За отриманими нами результатами (рис.1), значно більша частина опитаних на до амбулаторному рівні відвідує сімейного лікаря з метою профілактики, але питання реабілітації та санітарно-просвітня робота сімейного лікаря на обох етапах не затребувані.

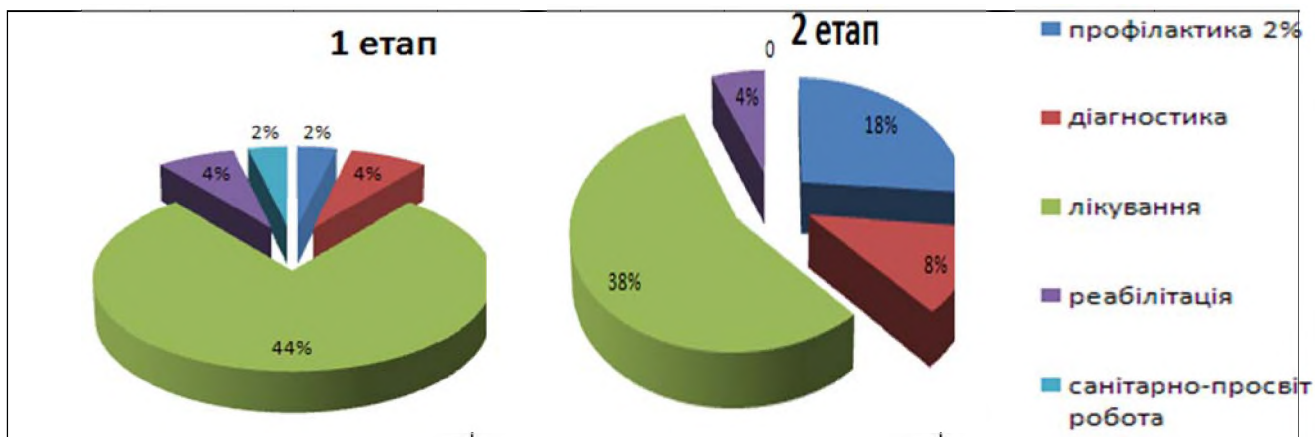


Рисунок 1

Із додаткових питань анкетування на другому етапі соціологічного опитування було отримано таку інформацію: щорічно виконують флюорографію – 78% респондентів; загальний аналіз крові проводиться у 78%; загальний аналіз сечі – 62%; глюкозу крові контролюють 60%; вимірюють АТ – 64%; щорічно відвідують гінеколога 62% осіб жіночої статі серед опитаних. Достатню фізичну активність (5-10 км оздоровча ходьба щодня) зареєстровано серед 62% опитаних.

Позитивне ставлення до реформи мають анкетовані і на стаціонарному, і на до амбулаторному етапах, бо виявляють бажання, щоб усю родину спостерігав один лікар (46% і 62% відповідно в групах респондентів); щоб один лікар вирішував всі питання, пов'язані з їх здоров'ям – 56% і 64% відповідно.

Висновки: 1. Рівень обізнаність про систему сімейної медицини та організацію надання амбулаторно-поліклінічної допомоги серед населення Дніпропетровська та області є достатнім. 2. Вищий показник відвідувань сімейного лікаря з метою профілактики продемонстровано на доамбулаторному етапі опитування. 3. Вивчення частоти проведення загально клінічних досліджень серед населення на доамбулаторному етапі показало достатньо високі показники опікування власним здоров'ям серед населення нашого міста. 4. Ставлення до системи сімейної медицини серед мешканців міста Дніпропетровська позитивне. 5. Ведення здоро-

вого способу життя, активна позиція відносно власного здоров'я, взаємодія з сімейним лікарем відносно профілактичних питань реалізується більш високою якістю життя.

Список використаних джерел

1. Герасимов А.Н. Медична статистика / Герасимов А.Н. – Медичне інформаційне агентство, 2007. – 113-129 с. 2. Гиріна О.М. Сімейна медицина: підручник у 3 книгах: [3 том] / Гиріна О.М., Пасієшвілі Л.М., Попік Г.С. – К. : Медицина, 2013. – 350-379 с. 3. Мавродій В.М. Довідник лікаря сімейної медицини: рекомендації до саморозвитку для кваліфікованих лікарів / Мавродій В.М. – Донецьк, 2013. – 428-440 с. 4. Сухих Г.Т. Принципи та практика клінічних досліджень / Сухих Г.Т. – Практична медицина, 2013. – 67-83 с. 5. Черносітов Є.В. Соціальна медицина / Черносітов Є.В. – Єкатеринбург, 2003. – 45-68 с. 6. Шипова В.М. Сучасні підходи до планування і розвитку мережі медичних організацій / Шипова В.М. - ГЕОТАР-медіа., 2014. – 152-170 с.

Ю. В. Мосаєв

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФУТБОЛЬНИХ ТА РЕГБІЙНИХ ДЕРБІ АВСТРАЛІЇ ТА КРАЇН ОКЕАНІЇ

Система футбольних дербі, під якими ми розуміємо спортивні протистояння, які мають соціальний підтекст є розвиненою у різних країнах світу. Найпоширенішими і принциповими з багаторівневою архітектурою вони присутні в країнах Європи та Південної Америки. Незважаючи на це футбольні дербі присутні і на інших континентах. Сьогодні система футбольних дербі на різних континентах має свої відмінності. Якщо в Європі акцент робиться на складну архітектуру соціального компоненту футбольних дербі, то в рамках Південної Америки здебільшого поширені дербі мегаполісів, де найголовнішим є протистояння клубів, які асоціюються з тією чи іншою соціальною стратою. На теренах Північної Америки здебільшого поширена південно-американська модель футбольних дербі, але це стосується Мексики, Коста-Ріки, Панами, Ямайки, Барбадосу та інших держав так званого Карибського басейну. В той час як в рамках Канади та США футбол і система футбольних дербійних протистоянь вписана в систему професійного та студентського спорту. В рамках студентського спорту країн Північної Америки система футбольних протистоянь переноситься на систему спортивних протистоянь навчальних закладів США та Канади. Професійний футбол в США має свою систему протистоянь, але через штучність створених клубів в рамках місцевої футбольної ліги MLS вони мають лише територіальний та спортивний контекст, де соціальність присутня, але не відіграє головної ролі. На азійському континенті футбол розвивається за європейськими «лекалами» і тому сьогодні їх дербійна система схожа на європейську, але сформована і під впливом місцевих реалій через кілька десятиліть років, тому зараз знаходиться в процесі розвитку. На африканському континенті система футбольних дербі присутня частково і має секторальний характер. В той же час дана система футбольних дербі має низький відсоток кореляції з соціальними процесами. Цікавість до австралійського континенту та прилеглих до нього острівних держав в розрізі дослідження дербійної проблематики виникає в нас тому, що даний континент є особливим через те, що на його території знаходиться соціокультурне середовище в рамках якого європейський футбол або софтер конкурує з австралійським футболом та регбі.

На території Австралії футбол європейський або так званий в англомовних країнах софтер почав свій розвиток в рамках любительських матчів європейських емігрантів. Перша збірна Австралії була зібрана в 1922 році в рамках турне по Новій Зеландії. В ході туру Австралія в трьох іграх зазнала дві поразки і зіграла в нічию [3]. В наступні роки футбол в Австралії розвивався за рахунок балканських переселенців, які здебільшого формували аматорську першість «зеленого континенту» з футболу. В той же час професійна першість з футболу почала проходити