

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

**РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В РОЗ'ЯСНЮВАЛЬНІЙ
РОБОТІ ЩОДО РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НА ЗАСАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В
ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Виконавець:

Смолякова Катерина Вячеславівна
студентка 4 курсу медичного факультету

Наукові керівники:

Голованова Ірина Анатоліївна –
доктор медичних наук, професор, завідувач
кафедри соціальної медицини,
організації та економіки охорони здоров'я з
біостатистикою та медичним правознавством

Лисак Віктор Петрович – кандидат медичних наук,
директор департаменту охорони здоров'я
Полтавської обласної державної адміністрації

Полтава 2013

ЗМІСТ

ВСТУП

Розділ 1. СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА І ПОКАЗНИКИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Розділ 2. СТРУКТУРА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ОБЛАСТІ ДО РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ТА ЇЇ НЕДОЛІКИ

Розділ 3 РЕАЛІЗАЦІЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ СТВОРЕННЯ ЦЕНТРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Розділ 4 ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ТА ВИВЧЕННЯ ВІДНОШЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ДО ЗМІН ЯКІ ВІДБУВАЮТЬСЯ В НІЙ

РОЗДІЛ 5. РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В РОЗ'ЯСНЮВАЛЬНІЙ РОБОТІ НАСЕЛЕННЮ ЩОДО ЙОГО ЗНАЧЕННЯ.

ВИСНОВКИ

СПИСОК ДЖЕРЕЛ ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

ДОДАТКИ

Додаток 1.

Додаток 2.

Додаток 3.

ВСТУП

Реформа (лат. *reform* – *перетворюю, змінюю, франц. réformé*) — перетворення, що вводиться законодавчим шляхом. Зокрема, 1) процес перетворення держави, розпочатий владою з певної необхідності і доцільності; 2) Перебудова певної сторони суспільного життя (порядків, інститутів, установ, організацій), яке не знищує основ існуючої соціальної структури. З формальної точки зору, під реформою розуміють нововведення будь-якого змісту; 3) В політичній теорії і практиці реформою називають прогресивне перетворення, перевлаштування, свідомий крок до кращого. Кінцева мета будь-якої реформи – зміцнення, оновлення державних і економічних правил, що, однак, не завжди несе за собою покращення рівня життя, скорочення державних витрат та навпаки – збільшення доходів та зборів.

Реформа також може трактуватися як «re-» і «form», тобто, зміна форми, змісту або суті чого-небудь (будь-якого об'єкту реформи). Реформа передбачає суттєві зміни в механізмі діяльності об'єкта, можлива зміна основних принципів, які ведуть до принципово нового результату і отримання нового економічного чи політичного об'єкта.

Інструментом визначення необхідності реформи виступає соціологічна наука. Вона вивчаючи духовний стан суспільства, його громадську думку, що виражає ставлення людей і соціальних груп до здійснення тих чи інших реформ, їх наслідків, надає суспільству цінну, своєчасну інформацію та практичні рекомендації для сфери управління соціальними процесами, здійснення реформ з метою якісних суспільних перетворень [4]

Актуальність. Здоров'я населення є одним з найважливіших чинників розвитку економіки будь-якої країни та добробуту населення (ВООЗ, 2008). За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати

доступність медичних послуг для осіб які найбільше того потребують, характеризуватися високою якістю, безпечністю та гарантувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні (ВООЗ, 2008).

Із грудня 1922 р. після Всесоюзного з'їзду Рад і входження України до складу СРСР розбудувалася державна система охорони здоров'я, в основу якої було покладено концепцію М.О. Семашка. Після 1991 року система охорони здоров'я України функціонує на принципах державної моделі і реформується до нових економічних умов при яких особливого значення набуває первинна медична допомога (ПМД), так, як одним із головних пріоритетів розбудови національних систем охорони здоров'я повинен бути розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної практики - сімейної медицини [11,17].

Сучасні дослідження вказують на позитивний зв'язок між рівнем розвитку системи ПМД у країні і здоров'ям населення, зокрема, рівнем загальної смертності від ішемічної хвороби серця і онкологічних причин, малюкової смертності та очікуваної тривалості життя населення [10]. Крім того, перехід від традиційно організованої медичної допомоги, до медичної допомоги, що відповідає принципам ПМД за визначеними ВООЗ – змінюють результативність медичної допомоги, що проявляється у підвищенні якості, задоволеності пацієнтів, покращенні мотивацій лікарів та ін. [10], тому реформування первинної медичної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини буде в цілому сприяти її ефективності та результативності [10].

Мета роботи проаналізувати досвід реформування первинної медичної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини Полтавської області та визначити місце студентського самоврядування в її роз'яснювальній роботі серед населення Полтави.

Матеріал та методи: системно-структурний, галузевий підходи – при дослідженні процесу формування структури охорони здоров'я області

інформаційно-аналітичний, контент аналізу для вивчення нормативно-правової бази реформування системи охорони здоров'я, аналіз динамічних рядів при вивченні показників.

Завдання дослідження:

- дослідити соціально-гігієнічну характеристику і показники здоров'я населення Полтавської області;
- визначити структуру надання медичної допомоги Полтавської області;
- проаналізувати нормативно-правову базу реформ охорони здоров'я;
- виявити недоліки, які потребують реформування галузі;
- визначити думку населення щодо реформування охорони здоров'я;
- визначити роль студентського самоврядування в роз'яснювальній роботі серед населення.

РОЗДІЛ 1

СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА І ПОКАЗНИКИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Полтавська область розташована в Середньому Придніпров'ї Лівобережної України. Її територія складає 28,8 тис.кв.км, що складає приблизно 5 відсотків території України.

За структурою народного господарства область на теперішній час є аграрно-індустріальною. Сільськогосподарське виробництво є однією з провідних галузей економіки області. За обсягом виробництва сільськогосподарської продукції область займає 5 місце на Україні. На долю області приходить 5,1 % сільськогосподарських і 3,6 % промислових виробів України.

Основними джерелами забруднення атмосферного повітря в області є промислові підприємства гірничовидобувної (30 %), обробної (43 %), транспортної (14 %) та енергетичної промисловості.

В сільських поселеннях області найбільш високий рівень забруднення атмосферного повітря відмічається інгредієнтами, характерними для викидів автотранспорту.[1]

Протягом останніх років спостерігалась подальша тенденція збільшення об'ємів застосування пестицидів в сільському господарстві області, що суттєво позначилося на показниках навантаження хімікатів на гектар орної землі.

Найвищі показники навантаження пестицидів на га орної землі в 2012 році, які перевищують середньообласні, в Машівському районі – 2,8 кг, Карлівському – 2,13 кг, Чорнухинському – 2,29 кг, Лохвицькому – 2,17 кг районах.

Станом на 01.01.2012 року в області суб'єктами, які в своїй діяльності завозять, зберігають, реалізують, використовують пестициди та агрохімікати є 491 колективне сільгосп підприємство, 3567 фермерських господарств, 20 об'єктів системи охорони здоров'я, 4 об'єкти по захисту зерна і зернопродуктів, 4 заводи по централізованому протруєнню зерна кукурудзи, 5 об'єктів по вирощуванню сільгосп культур в закритому ґрунті, 4 РСУ по озелененню населених пунктів, 2 об'єкти лісового господарстві, 25 насінневих лабораторій, 149 об'єктів по оптовій і роздрібній торгівлі пестицидами та агрохімікатами [4].

У селах Полтавської області функціонує 147 промислових об'єктів [7].

У шкідливих і небезпечних умовах на виробництві працює більше 80 тисяч чоловік, із них жінок близько 30 тисяч, або майже 38 %.

В області на підприємствах працює більше 111 тисяч жінок, що становить майже 26 % від всіх працюючих. У сільському господарстві працює майже 39 тисяч жінок, або майже 43,2 %.

У шкідливих умовах праці зайнято майже 30 тисяч жінок, що становить майже 26,0 % від всіх працюючих жінок.

У нічних змінах на виробництві працює більше 4 тисяч жінок.

На промислових підприємствах позитивно вирішуються питання визначення робочих місць та видів робіт, на які переводяться вагітні жінки.

Важкими залишаються умови праці жінок в сільському господарстві. У фермерських господарствах, на тваринницьких фермах відсоток ручної праці становить 60 – 65 % і більше (маломеханізована технологія приготування кормів, їх роздача).

У рослинництві також 65 – 70 % немеханізованих робіт виконують жінки.

Працюючі жінки в агропромисловому комплексі незадовільно забезпечені спецодягом, спецвзуттям, санітарно-побутовими приміщеннями, в останні роки питання покращення умов праці жінок в сільському господарстві вирішується незадовільно.

На 01.07.2012 р. у Полтавській області проживало 1464960 осіб, з яких 574476 (39,3 %) осіб складає сільське населення, а 890484 особи (60,7 %) проживає у містах. Жінок у Полтавській області мешкає 789700 (53,9 %) осіб.[5]. Кількість дітей до 1 року, які проживають у сільській місцевості знижується, тоді, як в міській зростає за період з 1999 р. до 2011, що може бути обумовлено швидкими темпами урбанізації населення (табл. 1). Природній рух населення області характеризується наступними показниками.

Протягом 1999 – 2012 рр. народжуваність у Полтавській області була менше ніж по Україні (рис. 1), хоча з 2002 до 2012 р. спостерігалось незначне збільшення цього показника (від 7,1 до 9,9 на 1000 населення).

Таблиця 1

Кількість дітей, які досягли першого року життя у звітному році

Рік	Число дітей, які проживають у сільській місцевості	Число дітей, які проживають у міській місцевості
1999	5613	6540
2000	5014	6165
2001	4730	6296
2002	4270	4257
2004	4121	6738
2005	3800	7020
2006	3979	7245
2007	4474	8410
2008	4456	8244
2009	4811	9011
2010	4787	9024
2011	4817	8769
2012	4783	9150