

Міжнародна громадська організація  
«Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства»  
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика  
Киргизька державна медична академія імені І.К. Ахунбаєва

# **ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА**

**ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА HEALTH OF SOCIETY**

**Здоров'я суспільства**

**Здоровье общества**

**Health of Society**

Zdorov'a suspil'stva

**Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал**

**Періодичність виходу 6 разів на рік**

**Заснований у 2011 році**

**Том 10, № 4, 2021**

Включений до наукометричних і спеціалізованих баз даних НБУ ім. В.І. Вернадського,  
«Наукова періодика України», CrossRef, WorldCat, Google Scholar, ROAD, Ulrichswebs, OUCI, BASE, OpenAIRE



Author Guidelines



journals.urau.ua

## ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

**ШЕКЕРА О.**, академік Національної Академії Наук Вищої Освіти України, доктор мед. наук, професор, заслужений лікар України, почесний професор Киргизької державної медичної академії імені І. К. Ахунбаєва, президент Міжнародної громадської організації «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

## НАУКОВІ РЕДАКТОРИ

**АБАБІІ І.**, академік Академії Наук Республіки Молдова, доктор мед. наук, професор, ректор Державного університету медицини та фармації імені Миколи Тестеміцану (*Республіка Молдова*); **ВАДАЧКОРІА З.**, доктор мед. наук, професор, ректор Тбіліського Державного медичного університету (*Грузія*); **ВОРОНЕНКО Ю.**, академік Національної Академії Медичних Наук України, доктор мед. наук, професор, ректор Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (*Україна*); **КУДАЙБЕРГЕНОВА І.**, доктор мед. наук, професор, ректор Киргизької державної медичної академії імені І. К. Ахунбаєва (*Киргизька Республіка*); **СІКОРСЬКИЙ А.**, доктор мед. наук, професор, ректор Білоруського державного медичного університету (*Республіка Білорусь*).

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

**Бабкіна Т. М.**, д.мед.н., проф.; **Волоха А. П.**, д.мед.н., проф.; **Горачук В. В.**, д.мед.н., проф.; **Гриневиц Є. Г.**, д.мед.н., проф.; **Давтян Л. Л.**, д.фарм.н., проф.; **Дрогомирецька М. С.**, д.мед.н., проф.; **Медведовська Н.В.**, д.мед.н., проф.; **Мішиєв В. Д.**, д.мед.н., проф.; **Ткаченко В. І.**, д.мед.н., проф.; **Харченко Н. В.**, чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.; **Хоменко І. М.**, д.мед.н., проф.; **Шаповалова В. О.**, д.фарм.н., проф.; **Шекера О. Г.**, академік НАН ВО України, д.мед.н., проф. (*Україна*); **Брімкулов Н. Н.**, д.мед.н., проф.; **Ісакова Ж. К.**, к.мед.н., доц. (*Киргизька Республіка*).

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

Жаворонко С. В. (*Республіка Білорусь*). Каранадзе Н. А. (*Грузія*). Вальдеоріола Францеск (*Іспанія*). Абдікарімов С. Т.; Адамбеков Д. А.; Аскеров А. А.; Батиралієв Т. А.; Галако Т. І.; Джолбунова З. К.; Джумабеков С. А.; Джумагулов О. Д.; Джумалієва Г. А.; Зурдинов А. З.; Єсенамова М. К.; Кадиров А. А.; Калбаєв А. А.; Калієв Р. Р.; Койбагарова А. А.; Мамитов М. М.; Міррахімов Є. М.; Молдобаєва М. С.; Молдоташева А. К.; Мукашев М. Ш.; Мураталієва А. Д.; Мурзалієв А. М.; Мусуралієв М. С.; Насиров В. А.; Омурбеков Т. О.; Раїмжанов А. Р.; Сопуєв А. А.; Усупбаєв А. Ч.; Чолпонбаєв К. С. (*Киргизька Республіка*). Курочкін Г.; Фріптуляк Г.; Чернецьки О. (*Республіка Молдова*). Сметанський М. (*Польща*). Двойников С. І.; Зарубина Е. Г. (*Російська Федерація*). Акілов Х. А.; Аліджанов Ф. Б.; Асадов Д. А.; Атаханов Ш. Є.; Сабіров Д. М.; Хамрабаєва Ф. І. (*Республіка Узбекистан*). Абизов Р. А.; Анкін М. Л.; Апанасенко Г. Л.; Бабінцева Л. Ю.; Бекетова Г. В.; Бережний В. В.; Біда В. І.; Білоклицька Г. Ф.; Білошицький В. В.; Біляєв А. В.; Біляєва О. О.; Бугро В. І.; Варивончик Д. В.; Видиборець С. В.; Вишневіська Л. І.; Вітовський Р. М.; Владимиров О. А.; Владимірова Н. І.; Возіанов С. О.; Возіанова С. В.; Волосовець О. П.; Герцен Г. І.; Гетьман В. Г.; Гойда Н. Г.; Головченко Ю. І.; Голубчиков М. В.; Гудима А. А.; Гульчій О. П.; Гурженко Ю. М.; Гусева С. А.; Данилов О. А.; Дзюблик І. В.; Дзюблик О. Я.; Долженко М. М.; Дорофеев А. Е.; Дорошенко О. М.; Дуда О. К.; Задорожна В. І.; Зайков С. В.; Заремба Є. Х.; Зозуля І. С.; Іванов Д. Д.; Калюжна Л. Д.; Коваленко О. Є.; Козярін І. П.; Корж О. М.; Косаковський А. Л.; Краснов В. В.; Кушніренко С. В.; Літус В. І.; Літус О. І.; Маменко М. Є.; Мамчич В. І.; Марушко Т. В.; Марушко Ю. В.; Матюха Л. Ф.; Михальчук В. М.; Мінцер О. П.; Мішалов В. Д.; Павленко О. В.; Пилягіна Г. Я.; Поліщук М. Є.; Пустовіт С. В.; Риков С. О.; Рошнін Г. Г.; Савичук Н. О.; Салманов А. Г.; Свиридова Н. К.; Скрипник І. М.; Суслікова Л. В.; Тодуров Б. М.; Толстанов О. К.; Трохимчук В. В.; Фелештинський Я. П.; Фещенко Ю. І.; Хіміон Л. В.; Царенко А. В.; Чопей І. В.; Чуприна Г. М.; Шаповалов В. В.; Шаповалов В. В.; Швець Н. І.; Шкорботун В. О.; Шуба В. Й.; Шуба Н. М.; Шунько Є. Є. (*Україна*).

## СЕКРЕТАРІАТ

Шекера О. О. к.мед.н., доц.; Царенко А. В. д.мед.н., доц.; Шекера І. О. к.мед.н.; Кулаковська І. П., Комісарова О. С. к.мед.н. (*Україна*).

**Журнал друкується** згідно рішення Вчених рад НУОЗ України ім. П. Л. Шупика, КДМА ім. І. К. Ахунбаєва, МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

## ВИДАВЕЦЬ

Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства». Свідчення про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 24955-14895ПР від 02.08.21. Підписано до друку 13.10.21 р., обсяг, періодичність – 8 ум. друк. арк., 6 разів на рік. Тираж 1000 прим. Видається змішаними мовами. Усі права застережені. Переклад та передрук – тільки за згодою авторів і редакції. Листи, рукописи, фотографії та малюнки не повертаються. Редакція залишає за собою право редагувати матеріали.

**Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України категорії «Б» за спеціальностями: 222 - медицина, 229 - громадське здоров'я (Додаток 4 до Наказу Міністерства освіти і науки України 02.07.20 р. № 886).**

**Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України: з медичних наук (Додаток 8 до Наказу Міністерства освіти і науки України 07.10.16 р. № 1222) та з фармацевтичних наук (Додаток 7 до Наказу Міністерства освіти і науки України 11.07.17 р. № 996).**

## ЗАСНОВНИКИ

Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика.

Киргизька державна медична академія імені І. К. Ахунбаєва.

**Редакційна колегія.** Телефон для довідок: (+380 44) 205-49-94, моб. тел.: (+380 66) 704-97-75. Адреса: 04112, Україна, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. E-mail: associomed@ukr.net, <http://healthy-society.com.ua>

<http://health-society.zaslavsky.com.ua>. Зам. 2021-hs-38-39.

ISSN 2306-2436 (print), ISSN 2617-2593 (online)

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

**ШЕКЕРА О.**, академик НАН ВО Украины, доктор мед. наук, профессор, заслуженный врач Украины, почетный профессор Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева, президент Международной общественной организации «Международная ассоциация «Здоровье общества».

## НАУЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ

**АБАБИИ И.**, академик Академии Наук Республики Молдова, доктор мед. наук, профессор, ректор Государственного университета медицины и фармации имени Николая Тестемицану (*Республика Молдова*); **ВАДАЧКОРИА С.**, доктор мед. наук, профессор, ректор Тбилисского Государственного медицинского университета (*Грузия*); **ВОРОНЕНКО Ю.**, академик НАМН Украины, доктор мед. наук, профессор, ректор Национального университета здравоохранения Украины имени П. Л. Шупика (*Украина*); **КУДАЙБЕРГЕНОВА И.**, доктор мед. наук, профессор, ректор Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева (*Кыргызская Республика*); **СИКОРСКИЙ А.**, доктор мед. наук, профессор, ректор Белорусского государственного медицинского университета (*Республика Беларусь*).

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Бабкина Т. М.**, д.мед.н., проф.; **Волоха А. П.**, д.мед.н., проф.; **Горачук В. В.**, д.мед.н., проф.; **Гриневиц Е. Г.**, д.мед.н., проф.; **Давтян Л. Л.**, д.фарм.н., проф.; **Дрогомирецкая М. С.**, д.мед.н., проф.; **Медведовская Н. В.**, д.мед.н., проф.; **Мишиев В. Д.**, д.мед.н., проф.; **Ткаченко В. И.**, д.мед.н., проф.; **Харченко Н. В.**, чл.-кор. НАМН Украины, д.мед.н., проф.; **Хоменко И. М.**, д.мед.н., проф.; **Шаповалова В. А.**, д.фарм.н., проф.; **Шекера О. Г.**, академик НАН ВО Украины, д.мед.н., проф. (*Украина*); **Бримкулов Н. Н.**, д.мед.н., проф.; **Исакова Ж. К.**, к.мед.н., доц. (*Кыргызская Республика*).

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Жаворонок С. В. (*Республика Беларусь*). Каранадзе Н. А. (Грузия). Вальдеориола Францеск (*Испания*). Абдикаримов С. Т.; Адамбеков Д. А.; Аскеров А. А.; Батыралиев Т. А.; Галако Т. И.; Джолбунова З. К.; Джумабеков С. А.; Джумагулов О. Д.; Джумалиева Г. А.; Зурдинов А. З.; Есенаманова М. К.; Кадыров А. А.; Калбаев А. А.; Калиев Р. Р.; Койбагарова А. А.; Мамытов М. М.; Миррахимов Е. М.; Молдобаева М. С.; Молдоташева А. К.; Мукашев М. Ш.; Мураталиева А. Д.; Мурзалиев А. М.; Мусуралиев М. С.; Насыров В. А.; Омурбеков Т. А.; Раимжанов А. Р.; Сопуев А. А.; Усупбаев А. Ч.; Чолпонбаев К. С. (*Кыргызская Республика*). Курочкин Г.; Фрипуляк Г.; Чернецки О. (*Республика Молдова*). Сметанский М. (*Польша*). Двойников С. И.; Зарубина Е. Г. (*Российская Федерация*). Акилов Х. А.; Алиджанов Ф. Б.; Асадов Д. А.; Атаханов Ш. Е.; Сабилов Д. М.; Хамрабаева Ф. И. (*Республика Узбекистан*). Абызов Р. А.; Анкин Н. Л.; Апанасенко Г. Л.; Бабинцева Л. Ю.; Бекетова Г. В.; Бережной В. В.; Бида В. И.; Белоключкая Г. Ф.; Билюшицкий В. В.; Беляев А. В.; Беляева О. А.; Бугро В. И.; Варивончик Д. В.; Выдыборец С. В.; Вишневская Л. И.; Витовский Р. М.; Владимиров А. А.; Владимирова Н. И.; Возианов С. А.; Возианова С. В.; Волосовец А. П.; Герцен Г. И.; Гетьман В. Г.; Гойда Н. Г.; Головченко Ю. И.; Голубчиков М. В.; Гудыма А. А.; Гульчий О. П.; Гурженко Ю. Н.; Гусева С. А.; Данилов А. А.; Дзюблик И. В.; Дзюблик А. Я.; Долженко М. Н.; Дорофеев А. Е.; Дорошенко Е. Н.; Дуда А. К.; Задорожная В. И.; Зайков С. В.; Заремба Е. Х.; Зозуля И. С.; Иванов Д. Д.; Калюжная Л. Д.; Коваленко О. Е.; Козьярин И. П.; Корж А. Н.; Косаковский А. Л.; Краснов В. В.; Кушниренко С. В.; Литус В. И.; Литус А. И.; Маменко М. Е.; Мамчич В. И.; Марушко Т. В.; Марушко Ю. В.; Матюха Л. Ф.; Михальчук В. Н.; Минцер О. П.; Мишалов В. Д.; Павленко А. В.; Пилягина Г. Я.; Полищук Н. Е.; Пустовит С. В.; Рыков С. А.; Рощин Г. Г.; Савичук Н. О.; Салманов А. Г.; Свиридова Н. К.; Скрипник И. Н.; Сусликова Л. В.; Тодуров Б. М.; Толстанов А. К.; Трохимчук В. В.; Фелештинский Я. П.; Фещенко Ю. И.; Химмон Л. В.; Царенко А. В.; Чопей И. В.; Чупрына Г. М.; Шаповалов В. В.; Шаповалов В. В.; Швеиц Н. И.; Шкорботун В. А.; Шуба В. И.; Шуба Н. М.; Шунько Е. Е. (*Украина*).

## СЕКРЕТАРИАТ

Шекера О. О., к.мед.н., доц.; Царенко А. В., д.мед.н., доц.; Шекера И. О., к.мед.н.; Кулаковская И. П., Комиссарова О. С. к.мед.н. (*Украина*).

**Журнал печатается** по решению Ученых советов НУЗ Украины им. П. Л. Шупика, КГМА им. И. К. Ахунбаева, МОО «Международная ассоциация «Здоровье общества».

## ИЗДАТЕЛЬ

Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества». Свидетельство о государственной регистрации печатного средства массовой информации КВ № 24955-14895ПР від 02.08.21. Подписано к печати 13.10.21 г., объем, периодичность – 8 усл. печ. л., 6 раз в год. Тираж 1000 экз. Публикуется смешанными языками. Все права защищены. Перевод и перепечатка - только с согласия авторов и редакции. Письма, рукописи, фотографии и рисунки не возвращаются. Редакция оставляет за собой право редактировать материалы.

**Журнал включен в перечень научных специализированных изданий Украины категории «Б» по специальностям: 222 - медицина, 229 - общественное здоровье (Приложение 4 к Приказу Министерства образования и науки Украины 02.07.20 г. № 886).**

**Журнал включен в перечень научных изданий Украины: по медицинским наукам (Приложение 8 к Приказу Министерства образования и науки Украины 07.10.16 г. № 1222) и по фармацевтическим наукам (Приложение 7 к Приказу Министерства образования и науки Украины 11.07.17 г. № 996).**

## УЧРЕДИТЕЛИ

Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества».

Национальный университет здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика.  
Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева.

**Редакционная коллегия.** Телефон для справок: (+380 44) 205-49-94, моб. тел.: (+380 66) 704-97-75. Адрес: 04112, Украина, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: associomed@ukr.net, <http://healthy-society.com.ua>

<http://health-society.zaslavsky.com.ua>. Зам. 2021-hs-38-39.

ISSN 2306-2436 (print), ISSN 2617-2593 (online)

## CHIEF EDITOR

**SHEKERA O.**, Academician of the NAN HE of Ukraine, MD, PhD, Professor, Honored Doctor of Ukraine, Honorary Professor of the I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy, President of the International Public Organization "The International Association "Health of Society".

## SCIENTIFIC EDITORS

**ABABII I.**, Academician of the Academy of Sciences of Moldova, MD, PhD, Professor, Rector of the Nikolai Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy (**Republic of Moldova**); **SIKORSKIY A.**, MD, PhD, Professor, Rector of the Belarusian State Medical University (**Republic of Belarus**); **VADACHKORIA Z.**, MD, PhD, Professor, Rector of the Tbilisi State Medical University (**Georgia**); **VORONENKO Yu.**, Academician of the NAMS of Ukraine, MD, PhD, Professor, Rector of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine (**Ukraine**); **KUDAYBERGENOVA I.**, MD, PhD, Professor, Rector of the I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy (**Kyrgyz republic**).

## EDITORIAL BOARD

**Babkina T.**, MD, PhD, Prof.; **Volokh A.**, MD, PhD, Prof.; **Gorachuk V.**, MD, PhD, Prof.; **Grynevich E.**, MD, PhD, Prof.; **Davtyan L.**, MD, PhD, Prof.; **Drohomyretska M.**, MD, PhD, Prof.; **Medvedovskaya N.**, MD, PhD, Prof.; **Mishiye V.**, MD, PhD, Prof.; **Tkachenko V.**, MD, PhD, Prof.; **Kharchenko N.**, NAMS of Ukraine Corr.-Member, MD, PhD, Prof.; **Khomenko I.**, MD, PhD, Prof.; **Shapovalova V.**, MD, PhD, Prof.; **Shekera O.**, MD, PhD, Prof. (**Ukraine**), **Brimkulov N.**, MD, PhD, Prof.; **Isakova Zh.**, MD, PhD, As. Prof. (**Kyrgyz republic**).

## EDITORIAL COUNCIL

Zhavoronok S. (**Republic of Belarus**). Karanadze N. (**Georgia**). Valldeoriola Francesc (**Spain**). Abdikarimov S.; Adambekov D.; Askerov A.; Batyraliyev T.; Galako T.; Dzhumabekov S.; Dzhumagulov A.; Dzholbunova Z.; Dzhumalieva G.; Zurdynov A.; Yesenamanova M.; Kadyrov A.; Kalbayev A.; Kaliyev R.; Koybagarova A.; Mamytov M.; Mirrakhimov Ye.; Moldobayeva M.; Moldotasheva A.; Murataliyeva A.; Musuraliyev M.; Murzaliyev A.; Mukashev M.; Nasirov V.; Omurbekov T.; Raimzhanov A.; Sopuyev A.; Cholponbayev K.; Usupbayev A. (**Kyrgyz republic**). Kurosi-chyn G.; Fryptulyak G.; Chernetsky O. (**Republic of Moldova**). Smietanski M. (**Poland**). Dvoynikov S.; Zarubina E. (**Russian Federation**). Akilov J.; Alidzhanov F.; Asadov D.; Atakhanov C.; Sabirov D.; Hamrabayeva F. (**Uzbekistan**). Abizov R.; Ankin M.; Apanasenko G.; Babinceva L.; Beke-tova G.; Berezhnaya V.; Bida I.; Biloklyts'ka G.; Biloshytskyy V.; Belyayev A.; Belyaeva A.; Bugro V.; Varyvonchik D.; Vydyborets' S.; Vyshnevs'ka L.; Vitovsky R.; Vladimirov O.; Vladimirova N.; Vozianov S.; Vozianova S.; Volosovets O.; Gertsen G.; Getman V.; Goyda N.; Golovchenko Yu.; Golub-chikov M.; Gudyma A.; Gulchiy O.; Gurzhenko M.; Guseva S.; Danilov O.; Dzyublik I.; Dzyublik O.; Dolzhenko M.; Dorofeev A.; Doroshenko O.; Duda O.; Zadorozhna V.; Zaikov S.; Zarembo E.; Zozulya I.; Ivanov D.; Kalyuzhna L.; Kovalenko O.; Kozyarin I.; Korzh O.; Kosakovskyy A.; Kras-nov V.; Kushnirenko S.; Litus V.; Litus O.; Mamenko M.; Mamchich V.; Marushko T.; Marushko Yu.; Matyukha L.; Mykhal'chuk V.; Mintser O.; Mishalov V.; Pavlenko O.; Pilyagina G.; Polishchuk M.; Pustovit S.; Rykov S.; Roshchin G.; Savichuk N.; Salmanov A.; Sviridova N.; Skrypnyk I.; Susliko-va L.; Todurov B.; Tolstanov O.; Trokhymchuk V.; Feleshtynskyy J.; Feschenko Yu.; Khimion L.; Tsarenko A.; Choeply I.; Chupryna G.; Shapovalov V.; Shapovalov V.; Shvets N.; Shkorbotun V.; Shuba V.; Shuba N.; Shunko Ye. (**Ukraine**).

## SECRETARIAT

O. Shekera, MD, Ph.D., As. Prof.; A. Tsarenko, MD, Ph.D., As. Prof.; I. Shekera, MD, Ph.D., As. Prof.; I. Kulakovska, O. Komissarova (**Ukraine**).

**The journal is published by decision of the Academic Council of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy and of the IPO "The International Association "Health of Society".**

## PUBLISHER

International Public Organization "The International Association "Health of Society". Certificate of state registration of the print media KB № 24955-14895PR dated of 02/08/21. Copy deadline dated of 13.10.21. Volume, frequency – 8 conv. printed. sh., 6 times per year. 1000 copies. Published by mixed languages. All rights reserved. Translation and reprint are allowed only after the consent of the authors and the publisher. Letters, manuscripts, photographs and drawings are not returned. The editors reserve the right to edit materials.

**The journal is included in the list of category "B" scientific specialized publications of Ukraine in the following specialties: 222 - medicine, 229 - public health (Appendix 4 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 02.07.20, No. 886).**

**The journal is included in the list of scientific editions of Ukraine: for Medical Sciences (Appendix 8 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 07.10.16. No. 1222) and for Farmacia Sciences (Appendix 8 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 11.07.17. No. 996).**

## FOUNDER

International Public Organization "The International Association "Health of Society".

Shupyk National Healthcare University of Ukraine.

I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy.

**Editorial board.** Telephone for information: (+380 44) 205-49-94, mob. tel.: (+380 66) 704-97-75. Address: 04112, Ukraine, Kyiv, str. Dorohozhytska, 9.

E-mail: associomed@ukr.net, <http://healthy-society.com.ua>

<http://health-society.zaslavsky.com.ua>. Order 2021-hs-38-39.

ISSN 2306-2436 (print), ISSN 2617-2593 (online)

## Зміст

### Медицина

<i>Брацюнь О. П., Шекера О. Г., Матюха Л. Ф., Царенко А. В.</i> Актуальність унормування діяльності лікарів загальної практики - сімейних лікарів щодо визначення та оцінки якості життя пацієнтів при наданні паліативної допомоги .....	107
<i>Зарічанська Х. В., Горбунова О. В.</i> Аналіз перебігу гестаційного періоду та перинатальних наслідків у жінок після оперативного лікування шийки матки .....	112
<i>Круть А. Г.</i> Задоволеність лікарів-стоматологів професійною діяльністю .....	118

### Фармація, промислова фармація

<i>Шаповалов В. В. (мол.), Шаповалова В. О., Шаповалов В. В.</i> Судово-фармацевтичні дослідження щодо впливу ліків на безпеку, життя та здоров'я учасників дорожнього руху в межах організації фармацевтичної справи, технології ліків, фармацевтичного та медичного права в Україні.....	127
--	-----

### Колонка редактора

Берегиня України - Заремба Євгенія Хомівна .....	133
Представляємо вашій увазі соціальний проєкт «Пам'ятник медичним працівникам усього світу» .....	134
<b>Вимоги до оформлення статей</b> .....	xiii

## Содержание

### Медицина

<i>Брацюнь А. П., Шекера О. Г., Матюха Л. Ф., Царенко А. В.</i> Актуальность нормирования деятельности врачей общей практики – семейных врачей по определению и оценке качества жизни пациентов при оказании паллиативной помощи .....	107
<i>Заричанская К. В., Горбунова О. В.</i> Анализ течения гестационного периода и перинатальных исходов у женщин после оперативного лечения шейки матки .....	112
<i>Круть А. Г.</i> Удовлетворенность врачей-стоматологов профессиональной деятельностью .....	118

### Фармация, промышленная фармация

<i>Шаповалов В. В. (мл.), Шаповалова В. А., Шаповалов В. В.</i> Судебно-фармацевтические исследования влияния лекарств на безопасность, жизнь и здоровье участников дорожного движения в рамках организации фармацевтического дела, технологии лекарств, фармацевтического и медицинского права в Украине .....	127
---	-----

### Колонка редактора

Берегиня Украины - Заремба Евгения Хомовна.....	133
Представляем вашему вниманию социальный проект «Памятник медицинским работникам всего мира» .....	134
<b>Требования к оформлению статей</b> .....	xv

## Contents

### Medicine

<i>O. P. Bratsyun, O. G. Shekera, L. F. Matyukha, A. V. Tsarenko.</i> The topicality of regulatory of general practitioners-family doctors activity regarding of palliative care patients the quality of life the determination and assessment .....	107
<i>K. V. Zarichanska, O. V. Gorbunova.</i> Analysis of the gestational period and perinatal outcomes in women after surgical treatment of the cervix .....	112
<i>A. G. Krut.</i> Dentists satisfaction with professional activities .....	118

### Pharmacy, Industrial Pharmacy

<i>V. V. Shapovalov (Jr.), V. A. Shapovalova, V. V. Shapovalov.</i> Forensic and pharmaceutical research on the impact of drugs on the safety, life and health of road users within the organization of pharmaceutical business, drug technology, pharmaceutical and medical law in Ukraine.....	127
--	-----

### Editor column

Yevhenia Zaremba - Guardian of Ukraine.....	133
We present to your attention a social project «A monument to health providers around the word» .....	134
<b>Author Guidelines</b> .....	xvii



## Наукові редактори

Научные редакторы  
Scientific editors

**ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА**  
ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА HEALTH OF SOCIETY



**I. Абабії,**  
академік АН Республіки Молдова, доктор  
мед. наук, проф., науковий редактор (Рес-  
публіка Молдова)

**I. Ababii,**  
академик Академии наук Республики  
Молдова, доктор мед. наук, проф., науч-  
ный редактор (Республика Молдова)

**I. Ababii,**  
academician of the Academy of Sciences of  
Republic of Moldova, MD, PhD, Prof., scientific  
editor (Republic of Moldova)



**З. Вадачкорія,**  
доктор мед. наук, проф., науковий редак-  
тор (Грузія)

**З. Vadachkoria,**  
доктор мед. наук, проф., научный редак-  
тор (Грузия)

**Z. Vadachkoria,**  
MD, PhD, Prof., scientific editor (Georgia)



**Ю. Вороненко,**  
академік НАМН України, доктор мед. наук,  
проф., науковий редактор (Україна)

**Ю. Voronenko,**  
академик НАМН Украины, доктор мед.  
наук, проф., научный редактор (Украина)

**Yu. Voronenko,**  
academician of the NAMS of Ukraine MD, PhD,  
Prof., scientific editor (Ukraine)



**I. Кудайбергенова,**  
доктор мед. наук, проф., науковий редак-  
тор (Республіка Киргизстан)

**I. Kudaybergenova,**  
доктор мед. наук, проф., научный редак-  
тор (Республика Кыргызстан)

**I. Kudaybergenova,**  
MD, PhD, Prof., scientific editor (Republic of  
Kyrgyzstan)



**А. Сікорський,**  
доктор мед. наук, проф., науковий редак-  
тор (Республіка Білорусь)

**A. Sikorskiy,**  
доктор мед. наук, проф., научный редак-  
тор (Республика Беларусь)

**A. Sikorskiy,**  
MD, PhD, Prof., scientific editor (Republic of  
Belarus)



**О. Шекера,**  
академік АНВО України, доктор мед. наук,  
проф., головний редактор (Україна)

**O. Shekera,**  
академик АНВО Украины, доктор мед.  
наук, проф., главный редактор (Украина)

**O. Shekera,**  
academician of the NAHE of Ukraine, MD,  
PhD, Prof., chief editor (Ukraine)

Брацюнь О.П.<sup>1</sup>, Шекера О. Г.<sup>1,2</sup>, Матюха Л. Ф.<sup>1</sup>, Царенко А.В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup> Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

## АКТУАЛЬНІСТЬ УНОРМУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ТА ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ НАДАННІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

**Резюме. Актуальність.** Доступ до паліативної допомоги та полегшення симптомів хворих з невиліковними та тяжкими захворюваннями залишається актуальним питанням для систем охорони здоров'я багатьох країн світу. За оцінками, у світі щороку понад 40 мільйонів хворих на важкі захворювання і стани, що загрожують та обмежують життя, потребують паліативної допомоги (ПД). Більшість пацієнтів, які потребують ПД, перебувають удома, тому ПД, яка може полегшити більшість страждань пацієнта та членів його родини, надають лікарі загальної практики. Урегулювання нормативно-правової бази є важливим чинником надання якісної паліативної допомоги. **Мета роботи** – запропонувати внесення змін до нормативних документів, що регламентують надання паліативної допомоги, щодо визначення та оцінки якості життя пацієнтів. **Матеріали та методи.** Наукова література, документи ВООЗ, опитувальник EORTC QLQ-C30 та результати анкетування пацієнтів (n=219). Використали методи системного аналізу, синтезу, соціологічний та медико-статистичний методи. **Результати.** Проаналізували літературні джерела щодо пацієнт-сім'я-орієнтованого підходу в системі охорони здоров'я. Вивчили рекомендації ВООЗ з визначення якості життя (ЯЖ) пацієнтів. Визначили прогалини в чинних документах, що регламентують надання ПД, щодо оцінки ЯЖ пацієнтів. У результаті залучення пацієнтів (n=219) до самостійної оцінки ЯЖ з використанням опитувальника EORTC QLQ-C30 та в подальшому забезпечення суб'єктивних потреб пацієнтів встановили покращення їхньої ЯЖ. Запропонували внесення змін до наказів МОЗ України, що регламентують надання первинної медичної допомоги та ПД, з метою досягнення основної мети такого виду медичної допомоги – забезпечення максимально досяжної ЯЖ. **Висновки.** 1. Показано, що нормативно-правова база з питань надання ПД регламентує забезпечення найбільш досяжної ЯЖ пацієнта як основну мету цього виду медичної допомоги. Проте, використання засобів для визначення рівня ЯЖ та її складових лікарями при наданні ПД в амбулаторних умовах, у тому числі вдома, законодавчо не урегульовано. 2. Доведено, що використання опитувальника EORTC QLQ-C30 для визначення ЯЖ пацієнтів, що отримують ПД, дозволяє оцінити їх загальний та психоемоційний стани, а також рівень функціонування пацієнта з його суб'єктивної точки зору. Це забезпечує партнерство пацієнта в мультидисциплінарній команді, його відповідальність та участь у процесі лікування. Одночасно задовольняється ключова потреба пацієнта в залученні до прийняття рішень щодо діагностики та вибору методів лікування відповідно до особистих переконань та сподівань. 3. Показано необхідність внесення змін до наказу МОЗ України від 04.06.2020 №1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» щодо порядку надання ПД та наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» щодо переліку медичних послуг з надання первинної медичної допомоги у частині використання опитувальників для визначення ЯЖ та досягнення основної мети ПД.

**Ключові слова:** паліативна допомога; якість життя; опитувальник EORTC QLQ-C30; пацієнт-сім'я-орієнтований підхід; лікарі загальної практики-сімейні лікарі; нормативно-правова база; мобільна мультидисциплінарна команда паліативної допомоги

### Вступ

Старіння населення в Україні та у більшості країн світу і, як наслідок, збільшення важких і часто інкурабельних хронічних захворювань зумовлюють зростання попиту на довготривале кваліфіковане лікування,

супровід та догляд як в стаціонарних, так і в амбулаторних умовах. До переліку хвороб, що потребують паліативної допомоги (далі – ПД), належать не тільки онкологічні захворювання, а й важкі розлади життєдіяльності органів і систем (кровообігу, дихальної,

© «Здоров'я суспільства» / «Здоровье общества» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2021

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Издатели Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», Заславский А.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2021

Для кореспонденції: Брацюнь Олександра Петрівна, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: lesyabratsyun@gmail.com

For correspondence: Bratsyun O.P., Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Dorogozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: lesyabratsyun@gmail.com

нервової, сечовидільної, травної тощо), порушення психічного здоров'я, депресії, деменції, вроджені вади розвитку, післятравматичні стани, хіміорезистентний туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД та інші. Надання допомоги при важких хронічних захворюваннях, які викликають безліч страждань і потребують тривалої медико-соціальної допомоги, має поєднувати етіо-патогенетичне і симптоматичне лікування та паліативну допомогу [1, 2].

Сьогодні у світі понад 25,5 млн. людей щороку помирають від важких інкурабельних захворювань, і ще 35 млн. осіб живуть у термінальних стадіях цих хвороб. На жаль, значна частина таких пацієнтів страждають через нестерпний біль, важкі порушення функцій органів і систем організму, депресії тощо, що спричиняє значне зниження якості їх життя. За оцінками експертів, щороку у світі, приблизно, від 26,8 млн. до 40 млн. пацієнтів потребують ПД [1, 2].

На відміну від традиційної медицини, що орієнтована на одужання пацієнта або досягнення стійкої ремісії, інноваційний вид медичної допомоги – ПД має на меті, у першу чергу, покращити якість життя (далі – ЯЖ) пацієнтів та членів їх сімей або законних представників [1, 2].

ПД визначається як комплекс заходів, що спрямовані на покращання якості життя пацієнтів, які мають хвороби, що обмежують життя або загрожують життю. Проте, способу визначення ЯЖ та зворотного зв'язку у формі, що дозволяє лікарю загальної практики–сімейному лікарю (далі – лікар ЗП–СЛ) оцінити рівень ЯЖ пацієнта, якому надається амбулаторна ПД, у тому числі і вдома, не передбачено.

**Мета дослідження:** обґрунтувати і запропонувати внесення змін до нормативних документів, що регламентують надання паліативної допомоги, щодо визначення та оцінки якості життя пацієнтів.

## Матеріали та методи

Аналізувалася наукова література, документи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), опитувальник EORTC QLQ-C30 та результати анкетування пацієнтів (n=219). Використали методи системного аналізу, синтезу, соціологічний та медико-статистичний методи.

## Результати та обговорення

Аналіз медико-демографічних даних дозволив визначити розрахункову потребу населення у ПД, яка становить близько 450 тис. осіб щороку, а також засвідчив суттєву різницю у віковому аспектах: так, 78,9 % пацієнтів, що потребують ПД – особи старші за 60 років, з максимальною потребою у віці 80 років і старші (34,5 %) [4].

Результати досліджень свідчать, що більшість людей у всьому світі вважають за краще на останніх стадіях захворювання отримувати медичну допомогу вдома, тобто від лікарів ЗП–СЛ [2, 3]. Сучасні вітчизняні дослідження підтверджують визначальну роль лікарів ЗП–СЛ у наданні ПД в амбулаторних умовах, у тому числі вдома [4, 5, 6].

Відповідно до чинних нормативно-правових документів пацієнтам із захворюваннями, при яких існує ймовірність передчасної смерті, або із захворюваннями, які неминуче призведуть до передчасної смерті, надається окремий вид медичної допомоги, а саме ПД. Цей вид допомоги включає комплекс заходів, основними напрямками яких є полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів та надання психосоціальної і моральної підтримки членам сімей таких пацієнтів або особам, які здійснюють догляд за пацієнтом [7, 8]. ПД надається особам, стан здоров'я яких відповідає критеріям визначення пацієнтів, що потребують ПД, для покращення якості їх життя і передбачає запобігання та полегшення фізичних, психологічних та духовних страждань. Одночасно допомога надається і членам сім'ї пацієнта та іншим особам, що здійснюють за ним догляд. Тобто, покращення ЯЖ пацієнта та членів його сім'ї є основною метою ПД [8]. Послуги ПД, включаючи необхідні для цього лікарські засоби, гарантовані та оплачуються за рахунок коштів Державного бюджету України [9].

ЯЖ визначається Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як «сприйняття людьми свого становища в житті в контексті культури та систем цінностей, в яких вони живуть, а також у зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами та проблемами» [10]. При цьому, ЯЖ рекомендовано оцінювати за низкою параметрів, серед яких: біль, почуття (неприємні/приємні), самооцінка, мислення, навчання, пам'ять і концентрація; сон і відпочинок; діяльність повсякденного життя, залежність від лікарських речовин і медичних препаратів; працездатність, соціальна підтримка, сексуальна активність, фінансові ресурси, можливості для отримання нової інформації і навичок, можливості для відпочинку/дозвілля, фізичне середовище (забруднення/шум /трафік/клімат); транспорт, свобода, фізична безпека, доступність і якість соціальної допомоги, домашнє середовище, релігія, духовність, особисті переконання [11].

Літературні джерела вказують, що 75 % пацієнтів з онкологічними захворюваннями на останніх стадіях хвороби бажають отримувати допомогу вдома [12]. Тому бажане місце отримання допомоги потрібно обговорювати з пацієнтом і для задоволення цієї потреби необхідно вживати усі можливі заходи [8, 13]. Вітчизняні дані підтверджують загальносвітову тенденцію щодо переваги пацієнтів, що отримують медичну допомогу у термінальній стадії свого життя вдома [4, 5]. З огляду на цю тенденцію, інтеграція ПД у первинну медичну допомогу визнана у 2014 році на 67 сесії Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я необхідністю і «етичною відповідальністю системи охорони здоров'я» [14].

Уже з 2018 року до Переліку медичних послуг з надання первинної медичної допомоги лікарів України включено обов'язковість надання окремих послуг паліативної допомоги. Такими послугами є оцінка стану пацієнта, визначення його потреб; оцінку ступеня болю та за його наявності – лікування больового синдрому, у тому числі препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, оформлення рецептів, які надають право придбання лікарських



засобів в аптеках, лікування супутніх симптомів, навчання та консультація осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом. Додатково на лікарів ЗП-СЛ покладено обов'язки координувати заходи щодо забезпечення немедичних потреб пацієнта [15]. Проте, визначаючи перелік медичних послуг з ПД, що надається лікарем ЗП-СЛ, метою яких є покращення ЯЖ пацієнта, обов'язку визначення рівня ЯЖ не передбачено.

Враховуючи, що лікарі ЗП-СЛ надають ПД у порядку, який є загальним для усіх рівнів надання медичної допомоги, проаналізуємо, чи передбачено визначення рівня ЯЖ пацієнтів, які потребують ПД, у наказі, що упорядковує процес надання такої допомоги [8].

Так, наказ, що удосконалює надання ПД та обов'язковий до виконання усіма закладами охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями, які мають ліцензію з медичної практики, визначає як організувати надання ПД, створити відповідну мережу закладів з надання ПД у межах територіальних об'єднань, розрахувати необхідний ліжковий фонд, за якими критеріями визначати пацієнтів, які потребують ПД окремо для дорослого та дитячого віку, як вести плани спостереження [8]. При цьому, визначення рівня ЯЖ не передбачено, способів, які можуть та повинні для цього використовуватись не наведено.

Система охорони здоров'я розвинених країн при взаємодії медичних працівників та пацієнтів пропонує підхід, що орієнтований на пацієнта та його сім'ю, при якому пацієнт стає партнером, членом мультидисциплінарної команди, приймає на себе відповідальність і бере участь у процесі свого лікування. Такий холистичний підхід лежить в основі надання ПД. Спільною рисою ПД та пацієнт-сім'я-орієнтованого підходу є надання послуг якомога вищої якості [16]. У свою чергу, забезпечення найбільш досяжної ЯЖ пацієнта можливо лише з концентрацією на здатності (стійкості) пацієнта та орієнтацією на його наявні ресурси [17].

Обсяг допомоги пацієнту має залежати від забезпечення рівня ЯЖ, який визначається самим пацієнтом. Для цього повинні використовуватися стандартизовані опитувальники для оцінки рівня ЯЖ, пов'язаного зі станом здоров'я – специфічні для окремої хвороби. Проте, значення «якості життя» може бути визначено суб'єктивно, виключно кожним пацієнтом, який потребує ПД, індивідуально для самого себе [18]. З огляду на це, важливо враховувати участь пацієнта у визначенні свого стану здоров'я, запропонувавши йому оцінити його з використанням опитувальника. Так, зарубіжний досвід вказує на важливість потреби інформування пацієнта про хворобу та прогноз, а також уточнення цілей допомоги [19].

Результати дослідження щодо потреб пацієнтів, яким надавалася амбулаторна ПД в м. Ужгороді, показали, що переважна більшість з них (98,2 %) бажали отримати інформацію про стан свого здоров'я та ризики, до яких може призвести розвиток хвороби. Однією з ключових потреб пацієнтів було залучення їх до прийняття рішень щодо вибору методів діагностики та лікування з врахуванням їхніх особистих переконань і очікувань [20]. Серед інших очікувань пацієнтів за-

значалися потреби щодо усунення болю; отримання рецепту на сильнодіючі лікарські засоби; корекції психопатологічних проявів депресії різного ступеня тяжкості; духовного супроводу (79,6 %) та соціальної підтримки (78,5 %). Проте, не всі потреби можливо було безперешкодно забезпечити при наданні ПД виключно лікарями ЗП-СЛ [20]. Переадресація пацієнтів до мобільної служби ПД для забезпечення психологічної підтримки, соціальної допомоги та духовного/релігійного супроводу суттєво доповнила клінічну допомогу і догляд та, у підсумку, сприяла покращенню ЯЖ.

Дані дослідження також показали, що соціальне функціонування пацієнтів збільшилося до 96,00 балів, у порівнянні з вхідним станом (32,00 бали,  $p < 0,001$ , за шкалою SF опитувальника EORTC QLQ-C30), також з 80,01 балів до 4,00 балів ( $p < 0,001$ ) зменшилися фінансові труднощі пацієнтів (за шкалою FI опитувальника EORTC QLQ-C30). Суттєве зменшення фінансових витрат пацієнтів пов'язане з тим, що виробниці медичного призначення (візки, судна, милиці), функціональні ліжка, протипролежневі матраци та, за потреби, спеціалізоване харчування було забезпечене мобільною службою ПД м. Ужгорода безоплатно. Зазначене, у свою чергу, сприяло підвищенню ЯЖ пацієнтів.

Таким чином, використання опитувальника EORTC QLQ-C30 для визначення рівня ЯЖ пацієнтів, що отримують ПД, дозволить лікарю ЗП-СЛ визначити: рівень ЯЖ пацієнтів, що отримують ПД; виокремити пацієнтів, які потребують задоволення соціальних, психологічних та духовних потреб; своєчасно залучити спеціалізовані служби ПД; пересвідчитися, що надана допомога підвищила ЯЖ пацієнтів.

Системне застосування відповідних опитувальників при наданні лікарем ЗП-СЛ послуг ПД в амбулаторних умовах, у тому числі вдома, сприятиме досягненню максимально можливої ЯЖ пацієнтів, які отримують ПД, та відповідатиме цілям надання ПД, закріпленим законодавчо. Проте, це можна реалізувати за умови внесення змін до наказів МОЗ України, що регламентують надання послуг первинної медичної допомоги [15] та порядку надання ПД [8].

## Висновки

1. Показано, що нормативно-правова база з питань надання ПД регламентує забезпечення найбільш досяжної ЯЖ пацієнта як основну мету цього виду медичної допомоги. Проте, використання засобів для визначення рівня ЯЖ та її складових лікарями ЗП-СЛ при наданні ПД в амбулаторних умовах, у тому числі вдома, законодавчо не урегульовано.

2. Доведено, що використання опитувальника EORTC QLQ-C30 для визначення ЯЖ пацієнтів, що отримують ПД, дозволяє оцінити їх загальний та психоемоційний стани, а також рівень функціонування пацієнта з його суб'єктивної точки зору. Це забезпечує партнерство пацієнта в мультидисциплінарній команді, його відповідальність та участь у процесі лікування. Одночасно задовольняється ключова потреба пацієнта в залученні до прийняття рішень щодо діагностики та

вибору методів лікування відповідно до особистих переконань та сподівань.

3. Необхідно внести зміни до наказу МОЗ України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» щодо порядку надання ПД та наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» щодо переліку медичних послуг з надання первинної медичної допомоги у частині використання опитувальників для визначення ЯЖ та досягнення основної мети ПД.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

## Список літератури

1. Alliance for Health Policy and Systems Research. Report of the Expert Consultation on Primary Care Systems Profiles and Performance (PRIMASYS) 2015. — [https://www.who.int/alliance-hpsr/projects/PRIMASYS\\_Expert\\_Consultation\\_Final\\_Report.pdf](https://www.who.int/alliance-hpsr/projects/PRIMASYS_Expert_Consultation_Final_Report.pdf).

2. WHO Regional Office for Europe. Palliative care: the solid facts. — Copenhagen: World Health Organization; 2004. — [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98418/E82931.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf).

3. Gott M, Seymour J, Ingleton C, Gardiner C, Bellamy G. “That’s part of everybody’s job”: the perspective of health care staff in England and New Zealand on the meaning and remit of palliative care. // *Palliat Med.* — 2011; 26(3)232–41. — <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21677020/>.

4. Царенко А. В. Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Автореф. дис...докт. мед. наук. — К., 2020. — 42 с.

5. Царенко А. В. Обґрунтування концептуальної моделі системи паліативної і хоспісної допомоги населенню на рівні первинної медичної допомоги / А. В. Царенко, Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський // *Здоров’я суспільства.* — 2019. — Т. 8. — № 2. — С. 76–87.

6. Моїсеєнко Р. О. Оцінка якості діяльності сімейних лікарів з надання паліативної допомоги / Р. О. Моїсеєнко, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // *Сучасні медичні технології.* — 2018. — № 1. — С. 29–36.

7. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я». — <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

8. Наказ МОЗ України від 04.06.2020 №1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні». — <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>.

9. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». — <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

10. World Health Organization. (1998). Programme on mental health: WHO QOL user manual, 2012 revision. — World Health Organization. — <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>.

11. WHO QOL Measuring Quality of Life. World Health Organization. — 1997. — 15 p. — <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>.

12. Davies E, Higginson IJ (eds). Better Palliative Care for Older People. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. — 2004. — [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98235/E82933.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf).

13. National Institute for Health and Clinical Excellence. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. The manual, 2004. — [www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgsp-manual.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgsp-manual.pdf).

14. Resolution WHA67.19. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 19–24 May 2014. — [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf).

15. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». — <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>.

16. Eldo Frezza. Patient-Centered Healthcare: Transforming the Relationship Between Physicians and Patients. — CRC Press, 2019. — <https://www.routledge.com/Patient-Centered-Healthcare-Transforming-the-Relationship-Between-Physicians/Frezza/p/book/9781032177441>.

17. Monroe B, Oliviere D (eds). Resilience in palliative care: achievement in adversity, 1st edn. — Oxford: Oxford University Press, 2007. — <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199206414.001.0001/acprof-9780199206414>.

18. Pastrana T, Junger S, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. A matter of definition — key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. // *Palliat. Med.* — 2008; 22: 222–232. — <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18477716>.

19. Swami M, Case AA. Effective Palliative Care: What Is Involved? // *Oncology (Williston Park).* — 2018. — Apr 15;32(4):180–4. — PMID: 29684230. — <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29684230/>.

20. Децик О.З. Вивчення потреб пацієнтів у процесі надання паліативної допомоги на амбулаторному рівні / О.З. Децик, О. П. Брацюнь // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України.* — 2020. — № 1(83). — С. 42–47.

Отримано / Received 21.09.2021

Рецензовано / Revised 05.10.2021

Прийнято до друку / Accepted 11.10.2021 ■

O. P. Bratsyun<sup>1</sup>, O. G. Shekera<sup>1,2</sup>, L. F. Matyukha<sup>1</sup>, A. V. Tsarenko<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>International Public Organization "The International Association "Health of Society", Kyiv, Ukraine

## THE TOPICALITY OF REGULATORY OF GENERAL PRACTITIONERS-FAMILY DOCTORS ACTIVITY REGARDING OF PALLIATIVE CARE PATIENTS THE QUALITY OF LIFE THE DETERMINATION AND ASSESSMENT

**Abstract. Background.** Access to palliative care and symptom relief for patients with incurable and serious illnesses remains a pressing issue for the health systems of many countries around the

world. It is estimated that more than 40 million patients with serious illnesses and life-threatening and limiting conditions require palliative care (PC) each year. Most of the patients requiring PC

are at home, so PC that can alleviate most of the suffering of the patient and his family is provided by general practitioners. Settling the regulatory framework is an important factor in providing quality palliative care. The purpose of the study: to propose amendments to the regulatory documents governing the provision of palliative care to determine and assess the quality of life of patients. **Materials and methods.** Scientific literature, WHO documents, EORTC QLQ-C30 questionnaire and patient survey results (n = 219). We used the method of system analysis, synthesis, sociological and medical-statistical. **Results.** We analyzed literature sources regarding a patient-family-centered approach in the health care system. We studied the WHO recommendations for determining the quality of life (QOL) of patients. We identified a gap in the current documents regulating the provision of PC in assessing the QOL of patients. As a result of involving patients (n = 219) in self-assessment of the QOL using the EORTC QLQ-C30 questionnaire and further ensuring the subjective needs of patients, an improvement in their QOL was established. It was proposed to amend the orders of the Ministry of Health of Ukraine, regulating the provision of primary medical care and PC, in order to achieve the main goal of this type of medical care - to ensure the maximum achievable QOL. **Conclusions.** 1. It has been shown that the regulatory framework for the provision of PC regulates the provision of the most attainable QOL of the patient as the main goal of this type of medical care.

However, the use of funds for determining the level of QOL and its components by doctors when providing PC on an outpatient basis, including at home, is not regulated by law. 2. It has been proven that the use of the EORTC QLQ-C30 questionnaire to determine the QOL of patients receiving PC allows assessing their general and psycho-emotional state, as well as the level of the patient's functioning from his subjective point of view. This ensures the patient's partnership in a multidisciplinary team, his responsibility and participation in the treatment. At the same time, the key need of the patient to be involved in decision-making on diagnostics and the choice of treatment methods in accordance with personal beliefs and expectations is satisfied. 3. It is necessary to amend the order of the Ministry of Health of Ukraine dated 04.06.2020 No. 1308 "On improving the organization of the provision of palliative care in Ukraine" on the procedure for providing PC and the order of the Ministry of Health of Ukraine dated 03.19.2018 No. 504 "On approval of the Procedure for the provision of primary health care" according to the list medical services for the provision of primary health care in terms of using questionnaires to determine QOL and achieve the main goals of PC.

**Keywords:** palliative care; quality of life; EORTC QLQ-C30 questionnaire; patient-family-oriented approach; general practitioners-family doctors; legal framework; mobile multidisciplinary palliative care team

Брацюнь А. П.<sup>1</sup>, Шекера О. Г.<sup>1,2</sup>, Матюха Л. Ф.<sup>1</sup>, Царенко А. В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Национальный университет здравоохранения Украины имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», г. Киев, Украина

## АКТУАЛЬНОСТЬ НОРМИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ – СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ И ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

**Резюме. Актуальность.** Доступность к паллиативной помощи и облегчение симптомов больных с неизлечимыми и тяжелыми заболеваниями остается актуальным для систем здравоохранения многих стран мира. По оценкам, в мире ежегодно более 40 миллионов больных тяжелыми заболеваниями и состояниями, угрожающими или ограничивающими жизнь, нуждаются в паллиативной помощи (ПД). Большинство пациентов, нуждающихся в ПД, находятся дома, поэтому ПД, которая может облегчить большинство страданий пациента и членов его семьи, предоставляют врачи общей практики. Урегулирование нормативно-правовой базы является важным фактором предоставления качественной паллиативной помощи. **Цель работы** – предложить внесение изменений в нормативные документы, регламентирующие оказание паллиативной помощи, по определению и оценке качества жизни пациентов. **Материалы и методы.** Научная литература, документы ВОЗ, опросник EORTC QLQ-C30 и результаты анкетирования пациентов (n=219). Использовали методы системного анализа, синтеза, социологический и медико-статистический методы. **Результаты.** Проанализировали литературные источники относительно пациент-семья-ориентированного подхода в системе здравоохранения. Изучили рекомендации ВОЗ по определению качества жизни пациентов. Определили пробелы в действующих документах, регламентирующих предоставление ПД, по оценке КЖ пациентов. В результате привлечения пациентов (n=219) к самостоятельной оценке КЖ с использованием опросника EORTC QLQ-C30 и в дальнейшем обеспечению субъективных потребностей пациентов установили улучшение их КЖ. Предложили внесение изменений в приказы Минздрава Украины, регламентирующие предоставление первичной медицинской помощи и ПД, с целью достижения

основной цели такого вида медицинской помощи – обеспечения максимально достижимой КЖ. **Выводы.** Показано, что нормативно-правовая база по предоставлению ПД регламентирует обеспечение наиболее достижимой КЖ пациента как основную цель этого вида медицинской помощи. Однако использование средств для определения уровня КЖ и его составляющих врачами при предоставлении ПД в амбулаторных условиях, в том числе дома, законодательно не урегулировано. 2. Доказано, что использование опросника EORTC QLQ-C30 для определения КЖ пациентов, получающих ПД, позволяет оценить их общее и психоэмоциональное состояние, а также уровень функционирования пациента с его субъективной точки зрения. Это обеспечивает партнерство пациента в мультидисциплинарной команде, его ответственность и участие в лечении. Одновременно удовлетворяется ключевая потребность пациента в привлечении к принятию решений по диагностике и выбору методов лечения в соответствии с личными убеждениями и ожиданиями. 3. Показана необходимость внесения изменений в приказ Минздрава Украины от 04.06.2020 №1308 «Об усовершенствовании организации предоставления паллиативной помощи в Украине» о порядке предоставления НД и приказ Минздрава Украины от 19.03.2018 № 504 «Об утверждении Порядка оказания первичной медицинской помощи» по перечню медицинских услуг по оказанию первичной медицинской помощи в части использования опросников для определения КЖ и достижения основных целей ПД.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь; качество жизни; опросник EORTC QLQ-C30; пациент-семья-ориентированный подход; врачи общей практики – семейные врачи; нормативно-правовая база; мобильная мультидисциплинарная команда паллиативной помощи

Зарічанська Х. В., Горбунова О. В.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

## АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ GESTAЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИХ НАСЛІДКІВ У ЖІНОК ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ШИЙКИ МАТКИ

**Резюме.** *Мета дослідження* – порівняльний аналіз перебігу вагітності та пологів у жінок після застосування різних органозберігаючих хірургічних методів лікування патології шийки матки. **Матеріали та методи.** *Обстежено 250 жінок репродуктивного віку, які до вагітності перенесли ексцизію або аблативні методи лікування шийки матки. У залежності від проведеного хірургічного методу лікування патології шийки матки всіх обстежених жінок було розподілено на 5 груп. Обстеження включало загально-клінічні методи дослідження відповідно до наказів МОЗ України № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» від 15.07.2011 р. та № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» від 31.12.2004 р.* **Результати.** *Найчастішими ускладненнями вагітності у пацієнок із оперованою шийкою матки були: загроза переривання вагітності, загроза передчасних пологів, анемія, низька плацентажія, плацентарна дисфункція, маловоддя. Серед ускладнень пологів у жінок, які до вагітності перенесли ексцизію чи аблативні методи лікування патології шийки матки переважали аномалії пологової діяльності, передчасний розрив плодових оболонок, дистрес плода, розриви шийки матки та промежини. Серед ускладнень післяпологового періоду спостерігалися поодинокі випадки субінволюції матки, лохіометри, метроендометрита, лактостазу. Серед новонароджених дітей випадків інтранатальної та ранньої неонатальної смертності зафіксовано не було.* **Висновки.** *Враховуючи високу частоту гестаційних та післяпологових ускладнень у жінок після хірургічного лікування шийки матки необхідно вибирати максимально щадні методи. Найменша частота ускладнень під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді спостерігалася у жінок після оперативного втручання на шийці матки методом лазерної вапоризації та радіохвильової терапії.*

**Ключові слова:** ускладнення вагітності та пологів у жінок з оперованою шийкою матки; органозберігаючі хірургічні методи лікування шийки матки; результати вагітності, пологів у післяпологовому періоді; перинатальні наслідки після хірургічного лікування шийки матки

### Вступ

У всьому світі намітилась тенденція до зростання захворюваності на рак шийки матки, особливо у жінок репродуктивного віку. Це пов'язано з тим, що захворюваність на рак шийки матки корелює із зростанням інфекцій, що передаються статевим шляхом, зокрема онкогенними штамми вірусу папіломи людини [1, 2].

Злоякісні новоутворення шийки матки посідають третє місце у структурі загальної онкологічної захворюваності населення України та друге місце серед жінок віком 30–54 років, за даними Національного канцер-реєстру України. В Україні від раку шийки матки щороку помирає близько 2500 жінок [3, 4].

За останні 10 років спостерігається стійка тенденція до зростання числа передракових захворювань шийки матки у молодих жінок віком до 30 років; збільшилась кількість хворих на рак шийки матки в ранніх стадіях у жінок віком 33–43 років; зросла смертність жінок від раку шийки матки у віковому інтервалі від 25 до 49 років [4].

Сучасні широкомасштабні дослідження показали, що рецидивуючі фонові захворювання шийки матки є сприятливими чинниками розвитку передракового процесу і раку шийки матки, які призводять до істотного зниження фертильності та інвалідизації хворих [5, 6]. Своєчасна діагностика і адекватно проведене лікуван-



ня дозволяють в більшості випадків активно попередити розвиток дисплазії шийки матки і можливого раку шийки матки [7].

За даними дослідників, при наявності патології шийки матки збільшується частота неплідності, спонтанних викиднів, передчасних пологів, інфікування плода та інших ускладнень у пологах та післяпологовому періоді. Це пов'язано з тим, що патологічні зміни епітелію шийки матки призводять до порушення одного з фізіологічних бар'єрів, які забезпечують інфекційну резистентність цього біотопу [8].

Частота патологій шийки матки у вагітних жінок досягає 80 % [9]. Зміни, що виникають у шийці матки до вагітності, можуть впливати на перебіг вагітності та пологів. Вагітність впливає на клінічний перебіг патологічних станів шийки матки, що може привести до розвитку раку шийки матки [5]. Частота раку шийки матки під час вагітності становить 0,45–3,1 % [10]. Небезпека даної патології у вагітних жінок може бути пов'язана не лише з плодовими, але й материнськими втратами [11]. Своєчасне виявлення та лікування доброякісних захворювань шийки матки сприяє збереженню репродуктивного здоров'я жінки та профілактиці раку шийки матки.

Усі відомі методи консервативного та хірургічного лікування захворювань шийки матки мають певні терапевтичні можливості [2]. Перевагу надають ексцизійним методам, оскільки вони, на відміну від аблятивних методів, дозволяють зберегти змінену ділянку тканини для гістологічного дослідження. Ускладнення після деструктивного методу виникають рідко. До віддалених ускладнень, які виникають після ножевої ексцизії, належать стеноз цервікального каналу та деформація шийки матки, які після настання вагітності можуть бути причинами самовільного викидня. Ексцизію асоціюють з підвищеним ризиком передчасних пологів та народженням дітей з малою вагою [12]. Кожну пацієнтку, якій показана ексцизія, необхідно інформувати щодо наслідків лікування та ускладнень майбутньої вагітності.

Аблятивний метод у жінок, які планують вагітність, використовують лише в тих випадках, коли ділянку зміненого епітелію при кольпоскопічному дослідженні повністю видно, вона не розповсюджується на всі чотири квадранти та за відсутності даних про інвазивну карциному [13].

Ймовірність несприятливого перебігу вагітності в жінок, в анамнезі яких була ексцизія, така сама як і при абляції [10]. Прогнозування рецидиву захворювання можливе за допомогою ВПЛ-тесту, навіть при нормальних результатах цитологічного дослідження. Чутливість ВПЛ-тесту значно вища, чим цитологічного дослідження (1,27; 95% ДІ 1,06–1,51), специфічність дещо менша (0,94; 95% ДІ 0,87–1,01). На підставі вищезазначеного можна стверджувати, що ВПЛ-тест є оптимальним способом спостереження жінок, які перенесли хірургічне лікування з приводу дисплазії шийки матки [14].

## Матеріали та методи

Обстежено 250 жінок репродуктивного віку, які до вагітності перенесли ексцизію або аблятивні методи лікування шийки матки. Критерії включення у дослідження: одноплідна вагітність, застосування хірургічних методів лікування доброякісних захворювань шийки матки до вагітності, ВПЛ-тест (негативний) після проведеного лікування, поінформована згода на участь у дослідженні. Критеріями виключення були: багатоплідна вагітність, наявність в анамнезі та в даний час ракових захворювань шийки матки, ВПЛ-тест (позитивний), наявність екстрагенітальної патології, відмова від участі в дослідженні.

У залежності від методу лікування шийки матки пацієнтки були розподілені на п'ять груп:

I група – 50 вагітних жінок після ексцизії шийки матки;

II група – 50 вагітних жінок після кріодеструкції шийки матки;

III група – 50 вагітних жінок після діатермокоагуляції шийки матки;

IV група – 50 вагітних жінок після радіохвильової коагуляції шийки матки;

V група – 50 вагітних жінок після лазерної вапоризації шийки матки.

Метод абляції (кріотерапія, радикальна діатермія, радіохвильова коагуляція, лазерна вапоризація) було проведено у жінок, коли:

- зона трансформації I та II типу була повністю видима;
- після біопсії найбільш змінених ділянок, виявлених під час кольпоскопії;
- після гістологічного висновку про відсутність онкологічного захворювання;
- кріотерапія не проводилася, якщо змінений епітелій становив 75% поверхні шийки матки та більше;
- відсутність аденокарциноми за результатами цитології, кольпоскопії та даних біопсії;
- у цитологічному мазку відсутні атипові клітини залозистого епітелію;
- деструктивну терапію проводили під кольпоскопічним контролем.

Ексцизія (ножова, лазерна або радіохвильова конізація) проводилась у наступних випадках:

- зміни ендocerвікального епітелію;
- великі ділянки ураження екзо- та ендocerвікса;
- незадовільні результати кольпоскопії;
- розходження в результатах кольпоскопічного та цитологічного досліджень;
- рецидиви цервікальної неоплазії.

Після процедури проводилось відповідне спостереження, через 6 місяців ВПЛ-тест, який був негативний у всіх пацієнток, а через рік – рідинна цитологія. Проміжок часу, що минув після втручання на шийці матки до настання вагітності становив від 2 до 4 років.

## Результати дослідження та їх обговорення

Особливості перебігу вагітності в жінок з оперативними втручаннями на шийці матки подано в таблиці 1.

Як видно з таблиці 1, найчастішими ускладненнями вагітності у пацієнток з оперованою шийкою матки були: загроза переривання вагітності, загроза передчасних пологів, анемія, низька плацентажія, плацентарна дисфункція, маловоддя. У вагітних, які перенесли радіохвильову деструкцію та лазерну вапоризацію, частота ускладнень була значно нижча, порівняно з пацієнтками після ексцизії, кріодеструкції та діатермокоагуляції.

Перинатальні наслідки в жінок після різних методів оперативного лікування шийки матки наведено в таблиці 2.

З таблиці 2 видно, що загальна частота несприятливих наслідків вагітності (самовільні викидні, завмерла

вагітність) вища у жінок I-III групи, порівняно з пацієнтками IV-V груп.

Пологами завершилось 237 вагітностей, що склало 94,8 % від загальної кількості вагітних жінок з оперованою шийкою матки. Частка вагітностей, які завершилися народженням дітей, у I групі становила 88 %, у II та III групах – по 94 %, у IV – 98 % та в V групі – 100 %.

Найбільша кількість передчасних пологів (у терміні 30–34 тижні вагітності) спостерігалася в жінок після кріодеструкції шийки матки (4 пацієнтки – 8 %). Частота передчасних пологів по 4 % була в жінок після ексцизії шийки матки (термін вагітності 28–30 тижнів) та після діатермокоагуляції шийки матки (термін 34–36 тижні вагітності) у жінок, які перенесли лазерну

**Таблиця 1. Перебіг вагітності в жінок обстежуваних груп**

Ускладнення вагітності	Групи жінок									
	I група n = 50		II група n = 50		III група n = 50		IV група n = 50		V група n = 50	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Анемія вагітних	15	30	9	18	10	20	7	14	6	12
Багатоводдя	3	6	2	4	1	2	1	2	-	-
Бактеріальний вагіноз	4	8	5	10	3	6	1	2	2	4
Гестаційний пієлонефрит	4	8	3	6	2	4	2	4	1	2
Загроза переривання вагітності від 12 до 22 тижнів	8	16	6	12	4	8	2	4	3	6
Загроза переривання вагітності до 12 тижнів	23	46	21	42	18	36	8	16	9	18
Загроза передчасних пологів	12	24	10	20	8	16	4	8	3	6
ЗРП	5	10	3	6	2	2	2	2	2	2
Істміко-цервікальна недостатність	2	4	4	8	-	-	-	-	-	-
Маловоддя	3	6	4	8	2	2	-	-	-	-
Низька плацентажія	3	6	5	10	3	6	-	-	-	-
Передлежання плаценти	1	2	1	2	1	2	-	-	-	-
Плацентарна дисфункція	14	28	6	12	4	8	1	2	2	4
Прееклампсія	2	4	4	8	2	4	1	2	-	-
Блювота вагітних	1	2	2	4	1	2	-	-	-	-

**Таблиця 2. Перинатальні наслідки в жінок з оперованою шийкою матки**

Перинатальні наслідки	Групи жінок									
	I група n = 50		II група n = 50		III група n = 50		IV група n = 50		V група n = 50	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Завмерла вагітність	2	4	1	2	2	4	1	2	-	-
Самовільні викидні до 12 тижнів	3	6	2	4	1	2	-	-	-	-
Пізні самовільні викидні	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Передчасні пологи	2	4	4	8	2	4	-	-	-	-
Патологічні пологи	18	36	9	18	7	14	4	8	3	6
Фізіологічні пологи	24	48	34	68	38	76	45	90	47	94
Усього вагітностей, які завершилися народженням дітей	44	88	47	94	47	94	49	98	50	100

вапоризацію шийки матки та радіохвильову ексцизію шийки матки.

Вагітність завершилася фізіологічними пологами у 90 % жінок, які перенесли радіохвильову ексцизію шийки матки, у 94 % – після лазерної вапоризації шийки матки, у 68 % – після ексцизії та кріотерапії шийки матки та у 76 % – після діатермокоагуляції шийки матки.

Найбільша частота патологічних пологів відзначена у вагітних жінок, які перенесли ексцизію шийки матки (36 %), кріодеструкцію шийки матки (18 %) та діатермокоагуляцію шийки матки (14 %). Найменша частота оперативного розродження була в жінок після лазерної вапоризації шийки матки (8 %) та радіохвильової терапії шийки матки (6 %).

Особливості перебігу пологів у жінок з оперованою шийкою матки наведено в таблиці 3.

Порівняльний аналіз показав, що провідне місце посідали аномалії пологової діяльності на фоні передчасного відходження навколоплідних вод, дистрес плода, передлежання плаценти, клінічно вузький таз. Звертає на себе увагу високий відсоток розриву шийки матки в обстежуваних жінок. Розриви II ступеня спостерігалися в жінок після ексцизії (5 жінок – 11,4 %), в інших групах діагностовано розриви I ступеня тяжкості.

Серед ускладнень післяпологового періоду спостерігалися поодинокі випадки патологічних станів у жінок після різних методів оперативного лікування шийки матки (табл. 4).

Середня вага дітей від жінок після різних методів оперативного лікування шийки матки, народжених у терміні 37–42 тижні вагітності склала 3125,3±25,4 г. Серед жінок з передчасними пологами у переважній частині випадків зниження маси тіла новонароджених відповідало терміну вагітності, під час якого відбулися пологи. Необхідність у первинній реанімації була у 3 новонароджених I та II груп, усі випадки були при передчасних пологах. Первинної реанімації новонароджених при доношеній вагітності потребувало 5 новонароджених, що склало 2,1 % від усіх новонароджених дітей. Тільки 1 випадок було розцінено як асфіксія з необхідністю розширеної реанімації (після передчасного відшарування плаценти). Випадків інтранатальної та ранньої неонатальної смертності зафіксовано не було.

## ВИСНОВКИ

Жінки, яким було проведено оперативне лікування шийки матки, належать до групи ризику щодо виникнення ускладнень вагітності.

**Таблиця 3. Особливості перебігу пологів у жінок з оперованою шийкою матки**

Ускладнення пологів	Групи жінок									
	I група n = 44		II група n = 47		III група n = 47		IV група n = 49		V група n = 50	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Передчасний розрив плодових оболонок	15	34	6	12,8	5	10,6	3	6,1	2	4
Аномалії пологової діяльності	8	18,2	4	8,5	3	6,4	2	4,1	1	2
Дистрес плода	5	11,4	2	4,2	2	4,2	1	2,0	1	2
Передлежання плаценти	1	2,3	1	2,1	1	2,1	-	-	-	-
Розрив шийки матки	5	11,4	7	14,9	4	8,5	1	2,0	2	4
Розрив промежини	7	15,9	9	19,1	8	17,0	2	4,1	3	6
Відшарування нормально розташованої плаценти	1	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Клінічно вузький таз	3	6,8	1	2,1	1	2,1	1	2,0	1	2

**Таблиця 4. Ускладнення післяпологового періоду в жінок з оперованою шийкою матки**

Ускладнення післяпологового періоду	Групи жінок									
	I група n = 44		II група n = 47		III група n = 47		IV група n = 49		V група n = 50	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Субінволюція матки	3	6,8	1	2,1	1	2,1	1	2,0	-	-
Лохіометра	1	2,3	-	-	1	2,1	-	-	-	-
Метроендометрит	1	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Лактостаз	1	2,3	1	2,1	1	2,1	-	-	2	4
Післяпологова кровотеча рання	-	-	1	2,1	-	-	-	-	-	-
Анемія	7	15,9	9	19,1	8	17,0	4	8,1	6	12

Найбільш оптимальними методами лікування захворювань шийки матки в жінок, які планують вагітність, є лазерна вапоризація та радіохвильова терапія.

Найменша частота ускладнень вагітності та пологів спостерігалася в жінок, яким була проведена лазерна вапоризація та радіохвильова терапія.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

## Список літератури

1. Вороненко Ю.В., Шекера О.Г., Горбунова О.В. Актуальні питання гінекології у практиці сімейного лікаря: навч. посіб. для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закл. (ф-тів) післядиплом. освіти / за ред. : Ю. В. Вороненка, О.Г. Шекери, О. В. Горбунової. — Київ : Заславський О. Ю., 2020. — 258 с. — (Сімейна медицина).

2. Martin-Hirsch P.P., Paraskevaidis E., Bryant A., Dickinson H.O., Keep S.L. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jun 16;(6):CD001318. doi: 10.1002/14651858.CD001318.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;12:CD001318.

3. Володько Н.А., Вінницька А.Б., Камінський В.В., Татарчук Т.Ф., Попков О.В., Білодід О.О., Боднар Т.М., [та ін.]. Український національний консенсус з лікування жінок після проходження первинного цервікального скринінгу. Доступно на: <http://reproduct-endo.com/article/view/149296/148459>

4. Національний канцер-реєстр України (НКРУ). Доступно на: <http://ncru.inf.ua/>

5. Siddiqui G., Kurzal R.B., Lampley E.C., Kang H.S., Blankstein J. Cervical dysplasia in pregnancy: progression versus regression post-partum. *Int J Fertil Womens Med.* 2001 Sep-Oct;46(5):278-80.

6. Origoni M., Salvatore S., Perino A., Cucinella G., Candiani M. Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) in pregnancy: the state of the art. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2014;18(6):851-60.

7. Эпидемиологические аспекты, диагностика и лечение дисплазий шейки матки с учетом анализа ошибок в их распознавании: Метод. рекомендации / Е.Е. Вишневецкая, А.Е. Океанов, Т.М. Литвинова [и др.]. — Минск: НИИ ОМР, 2011. — 17 с.

8. Туманова Л.Є., Коломісць О.В., Бадзюк Н.П. Сучасні погляди на етіологію та патогенез фонових і передракових захворювань шийки матки у вагітних (огляд літератури). *Здоров'я жінчини.* 2014; 6(92): 29-32.

9. Куликов И.А. Особенности патологии шейки матки во время беременности: автореф. на получение науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.01. «Акушерство и гинекология»/ И.А. Куликов. — М., 2011. — 24 с.

10. Creasman W.T. Cancer and pregnancy. *Ann N Y Acad Sci.* 2001 Sep;943:281-6. doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb03809.x.

11. Charkviani L., Charkviani T., Natenadze N., Tsitsishvili Z. Cervical carcinoma and pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2003;30(1):19-22.

12. Скурятіна Н.Г. Наслідки вагітності в жінок після деструктивних методів лікування шийки матки. *Акушерство. Гінекологія. Генетика.* 2017; 3(2): 38 – 44.

13. Kostyuk I.Y. Вагітність і пологи у жінок, які перенесли різні методи лікування патології шийки матки. *РЗЖ [інтернет].* 31, Серпень 2020 [цит. за 07, Жовтень 2021];2:35-9. доступний у: <http://repro-health.com.ua/article/view/210958>.

14. Arbyn M., Paraskevaidis E., Martin-Hirsch P., Prendiville W., Dillner J. Clinical utility of HPV-DNA detection: triage of minor cervical lesions, follow-up of women treated for high-grade CIN: an update of pooled evidence. *Gynecol Oncol.* 2005;99:7–11. doi: 10.1016/j.ygyno.2005.07.033.

Отримано / Received 20.09.2021

Рецензовано / Revised 01.10.2021

Прийнято до друку / Accepted 05.10.2021 ■

K. V. Zarichanska, O. V. Gorbunova

Shupik National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

## ANALYSIS OF THE GESTATIONAL PERIOD AND PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN AFTER SURGICAL TREATMENT OF THE CERVIX

**Abstract. Background.** The purpose was to conduct a comparative analysis of the course of pregnancy and perinatal outcomes in women who underwent treatment of the cervix using various organ preserving surgical methods. **Material and methods.** We examined 250 women of reproductive age who underwent excision or ablative treatment of the cervix before pregnancy. The subjects were divided into five groups depending on the cervix treatment method. The study used general clinical examination protocols outlined in the regulations № 417 and № 676 issued by the Ministry of Health of Ukraine. **The results.** The most frequent complications of pregnancy in the patients with cervical surgery were: threatened abortion, threatened of preterm birth, anemia, low placentation, placental dysfunction, and low levels of amniotic fluid. Childbirth complications in women who underwent excision or ablation treatment of the cervix before

pregnancy predominantly consisted of labor abnormalities, premature amniotic sac rupture, fetal distress, tears of the cervix and perineum. Among the complications of the postpartum period, there were isolated cases of subinvolution of the uterus, lochiometers, metroendometritis, and lactostasis. There were no cases of intrapartum and early neonatal mortality among the newborns. **Conclusions.** Given the high frequency of gestational and postpartum complications in women after organ-sparing surgical treatment of the cervix, it is necessary to choose the least harmful approach. The lowest incidence of complications during pregnancy, intra and postnatal periods was observed in the women who underwent laser vaporization and radio-wave ablation.

**Keywords:** complications of gestation and postpartum periods; surgical organ-preserving treatment of the cervix



Заричанская К. В., Горбунова О. В.

Национальный университет здравоохранения Украины имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

## АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

**Резюме.** *Цель исследования* – это сравнительный анализ течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальных исходов у женщин после применения различных органосохраняющих хирургических методов лечения патологии шейки матки. *Материал и методы.* Обследовано 250 женщин репродуктивного возраста, которые до беременности перенесли эксцизию или аблативные методы лечения шейки матки. В зависимости от проведенного оперативного метода лечения патологии шейки матки все обследованные разделены на 5 групп. Обследование включало общеклинические методы исследования в соответствии с приказами МЗ Украины № 417 «Об организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в Украине» от 15.07.2011 г. и № 676 «Об утверждении клинических протоколов по акушерской и гинекологической помощи» от 31.12.2004 г. *Результаты.* Частыми осложнениями беременности у пациенток с оперированной шейкой матки были: угроза прерывания беременности, угроза преждевременных родов, анемия, низкая плацентация, плацентарная дисфункция, маловодие. Среди осложнений родов у женщин, которые до беременности перенесли эксцизию или аблативные

методы лечения шейки матки преобладали аномалии родовой деятельности, преждевременный разрыв плодных оболочек, дистресс плода, разрывы шейки матки и промежности. Среди осложнений послеродового периода наблюдались единичные случаи субинволюции матки, лохиометры, метроэндометрита, лактостаза. Среди новорожденных случаев интранатальной и ранней неонатальной смертности зафиксировано не было. **Выводы.** Учитывая высокую частоту гестационных и послеродовых осложнений у женщин после органосохраняющего хирургического лечения патологии шейки матки необходимо выбирать максимально щадящие методы. Наименьшая частота осложнений во время беременности, родов и послеродового периода наблюдалась у женщин, которым было проведено оперативное вмешательство на шейке матки методом лазерной вапоризации и радиоволновой терапии.

**Ключевые слова:** осложнения беременности и родов у женщин с оперированной шейкой матки; органосохраняющие хирургические методы в лечении шейки матки; результаты беременности; родов и послеродового периода; перинатальные последствия после хирургического лечения шейки матки

Круть А. Г.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

## ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ ПРОФЕСІЙНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ

**Резюме. Актуальність.** Підтримка задоволеності медичних працівників професійною діяльністю та мотивація їх до праці є одним із засобів ефективного управління людськими ресурсами. Від мотивації та задоволеності роботою медичного працівника залежить його здоров'я та пов'язана з ним якість життя пацієнта. Задоволеність як характеристика організаційної культури відрізняється серед лікарів різних спеціальностей. **Мета дослідження:** визначити рівень задоволеності професійною діяльністю лікарів-стоматологів закладів, що надають високоспеціалізовану стоматологічну допомогу. **Матеріали та методи.** Використані авторські структуровані анкети, що були заповнені 110 лікарями-стоматологами трьох регіональних закладів стоматологічної допомоги. **Методи:** соціологічний; медико-статистичний; логіко-структурного аналізу; узагальнення. **Результати.** У цілому лікарі-стоматологи надали високі оцінки задоволеності професійною діяльністю за 5-тибальною шкалою:  $4,6 \pm 0,5$  балів – лікарі КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»;  $4,2 \pm 0,4$  балів – лікарі КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»;  $4,3 \pm 0,9$  балів – лікарі КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради». Однак респонденти КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» висловили лише часткову задоволеність можливістю підвищувати кваліфікацію на робочому місці, станом забезпечення лікарськими препаратами, розхідними матеріалами та доказовими технологіями, рівнем заробітної плати (діапазон оцінок  $3,5 \pm 0,9$  –  $3,7 \pm 1,1$  балів). Виявлено, що найнижчі оцінки задоволеності лікарі-стоматологи усіх закладів надали професійним стосункам з колегами структурних підрозділів поліклініки, де вони працюють, адміністратією, а також з лікарями інших закладів охорони здоров'я: оцінки коливались, в залежності від закладу, в межах відповідно  $4,2 \pm 0,4$  –  $4,4 \pm 0,7$  балів,  $4,4 \pm 0,5$  –  $4,5 \pm 0,5$  балів,  $4,0 \pm 1,0$  –  $4,4 \pm 0,7$  балів. **Висновки.** При загальній високій задоволеності професійною діяльністю потребують удосконалення професійні відносини лікарів-стоматологів, покращення – стан ресурсного забезпечення закладів та можливості професійного розвитку лікарів; підвищення – заробітна плата. Отримана інформація може бути використана для прийняття управлінських рішень зі зміцнення організаційної культури закладу охорони здоров'я шляхом удосконалення менеджменту персоналу.

**Ключові слова:** менеджмент персоналу; мотивація; задоволеність; організаційна культура; заклади охорони здоров'я

### Вступ

Відомо, що зацікавленими сторонами у якійсь діяльності закладу охорони здоров'я є як пацієнти, так і медичні працівники. Останні пов'язують свої інтереси з конкретним місцем роботи, де можливо реалізувати професійні здібності та отримати матеріальну винагороду. Згідно з рекомендаціями національного стандарту на системи управління якістю для сфери охорони здоров'я [1], врахування думки зацікавлених сторін сприятиме постійному поліпшенню якості медичного обслуговування, а увага до потреб медичного персоналу з боку керівництва закладу підвищує мотивацію працівників до якісної праці.

Задоволеність професійною діяльністю та мотивація медичного працівника як внутрішнього споживача послуг закладу охорони здоров'я й використання з цією метою такого управлінського інструменту як зворотний зв'язок з персоналом, вважаються одним з ключових компонентів організаційної культури. Остання створює сильні конкурентні переваги, підвищує соціальну відповідальність медичних інституцій, покращує якість медичної допомоги. Зміцнення організаційної культури за умов стрімких змін у сфері охорони здоров'я та невизначеності з багатьох питань міжнародними експертами вважається надзвичайно важливим [2].

Задоволеність роботою визначається науковцями як афективна та емоційна реакція на різні аспекти професійної діяльності, як сприйняття особою того, як робота дозволяє реалізувати власні вподобання та цінності, що відповідають потребам [3]. Сприяння задоволеності працівників професійною діяльністю є одним із засобів ефективного управління людськими ресурсами. Від мотивації та задоволеності роботою медичного працівника залежить якість життя та здоров'я зовнішнього споживача – пацієнта [4].

Значення задоволеності працею медичних працівників як базового елементу високої культури колективу медичної організації, характеристики окремих факторів, що впливають на задоволеність працею – змісту та умов праці, організаційного забезпечення, мотиваційних факторів, соціального середовища, психологічних аспектів ділових і особистих взаємин – висвітлені у роботах вітчизняних авторів: Дячука Д. Д., Гур'янова В. Г., Шевченко М. В., Ященка Ю. Б. (2016); Вежновець Т. А. (2017); Василик А. В., Вонберг Т. В., Дорош М. О. (2020) [5-7]. У продовження даних досліджень автори вважали за доцільне виявити особливості задоволеності професійною діяльністю окремих професійних груп медичних працівників. До цього спонукають різноманітність, неординарність медичних організацій, їх спеціалізація, що обумовлює наявність притаманних лише їхнім працівникам певних цінностей, переконань і моделей поведінки. Розуміння такого різноманіття, як вважають науковці [8], має стати невід'ємною частиною пошуку покращання якості медичного обслуговування.

Серед численних професійних груп медичних працівників лікарі-стоматологи відрізняються як високим рейтингом спеціальності, так і особливими вимогами до специфічних професійних знань, вмінь і навичок з метою уникнення потенційних небезпек для пацієнта, найчастішими з яких можуть бути інфекційні ускладнення при виконанні процедур і маніпуляцій, невідповідне застосування лікарських засобів, ускладнення при наданні хірургічної стоматологічної допомоги. За даними О. Бабич і співавт. [9], останнім часом підвищилися вимоги пацієнтів до якості стоматологічної допомоги, зростає рівень їхньої агресії та кількість скарг і позовів до суду, що негативно впливає на професійне здоров'я лікарів-стоматологів, знижує рівень їхньої мотивації до праці. Прояви ураження психоемоційної сфери, що корелюють з професійною діяльністю, за даними вітчизняних досліджень, виявлено у 61,8 % лікарів-стоматологів [10]; для представників цієї спеціальності існують високі ризики зараження парентеральними гепатитами, ВІЛ-інфекцією, туберкульозом, розвитку алергічних та інших захворювань у зв'язку з професійною діяльністю.

Таким чином, дослідження задоволеності професійною діяльністю лікарів-стоматологів є важливим для оцінки якості кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я, очікування його успішної практики, що обумовило актуальність даного дослідження.

**Мета дослідження:** визначити рівень задоволеності професійною діяльністю лікарів-стоматологів закладів охорони здоров'я, що надають високоспеціалізовану стоматологічну допомогу.

### Матеріали та методи

При проведенні дослідження використані методи: соціологічний (анкетного опитування); медико-статистичний; логіко-структурного аналізу; узагальнення. Базами дослідження обрані заклади охорони здоров'я, що надають високоспеціалізовану стоматологічну допомогу населенню трьох регіонів України: Комунального неприбуткового підприємства (КНП) «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»; КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»; КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради».

Методичною основою проведення соціологічного дослідження обрано стандарти ДСТУ ISO 10001:2019 (ISO 10001:2018, IDT) «Управління якістю. Задоволеність замовників. Настанови щодо кодексів поведінки для організацій», ДСТУ ISO 10004:2019 (ISO 10004:2018, IDT) «Управління якістю. Задоволеність замовників. Настанови щодо моніторингу та оцінювання» та ДСТУ EN 15224:20 «Системи управління якістю EN ISO 9001:2015 для охорони здоров'я (EN 15224:2016, IDT)».

Основним ресурсом опитування слугувала авторська оригінальна анкета, структурована на основі класичних підходів (вступ зі зверненням до респондента, його поінформованою згодою на участь у дослідженні, інструкцією із заповнення анкети й зобов'язаннями автора щодо нерозголошення персональної інформації; основна частина з цільовими запитаннями; соціально-демографічна складова). Дотримувався логічний порядок розташування запитань: спочатку більш прості, а потім – більш складні з чітким однозначним формулюванням змісту.

Змістовність запитань анкети формувалася на основі вимог стандарту ДСТУ EN 15224:20 «Системи управління якістю EN ISO 9001:2015 для охорони здоров'я (EN 15224:2016, IDT)».

До уваги приймалися визначені стандартом поняття: 3.3.2. «Зацікавлена сторона (interested party)»; 3.6.2. «Медичний персонал (healthcare personnel)»; 3.8.3. «Медична діяльність (healthcare activity)»; 3.10.1. «Медична послуга (healthcare service)».

Власне наповненість запитань відповідала вимогам тих пунктів стандарту, які стосувалися характеристик організаційної культури як факторів, що впливають на вмотивованість лікаря та його ідентифікацію з закладом, де відбувається професійна діяльність. Використані вимоги стандарту до системи цінностей, кваліфікаційного рівня і моделей поведінки персоналу, забезпечення внутрішньої і зовнішньої комунікації, умов праці, оточення, де відбувається лікувально-діагностичний процес, що значним чином впливає як на мотивацію персоналу, так і на результати роботи закладу та задоволеність зовнішнього споживача – пацієнта – отриманою медичною допомогою.

Так, запитання «Наскільки Ви задоволені підтримкою адміністрації з питань підвищення Вашої кваліфікації в закладах післядипломної освіти?», «Чи маєте Ви можливість підвищувати свою кваліфікацію на робочому місці?», «Наскільки Ви задоволені результатами навчання на робочому місці?» передбачали отримання відповідей на вимоги стандарту, викладені в пунктах: «7.1.2. Людські ресурси»; «7.1.6. Знання організації»; «7.2. Компетентність»; «7.3. Обізнаність».

Запитання «Наскільки Ви задоволені умовами праці на Вашому робочому місці?», «Наскільки Ви задоволені станом медичного обладнання, яке безпосередньо Вами використовується в роботі?», «Наскільки Ви задоволені станом забезпечення необхідними лікарськими препаратами (без участі пацієнтів у їх придбанні)?», «Наскільки Ви задоволені станом забезпечення розхідними матеріалами (без участі пацієнтів у їх придбанні)?» включені в анкету з метою отримати відповіді на вимоги пунктів «4.2. Розуміння потреб та очікувань зацікавлених сторін»; «7.1.3. Інфраструктура»; «7.1.4. Середовище для функціонування процесів», що потребують належного стану та постійного оновлення оточення, де відбувається процес надання медичної допомоги лікарем пацієнту, і матеріально-технічних ресурсів, які забезпечують виконання процесу.

Відповіді на запитання анкети «Наскільки Ви задоволені рівнем Вашої заробітної плати за останній рік (врахувати усі види надходжень – бюджетні, госпрозрахункові, заохочувальні виплати)?», «Наскільки Ви задоволені професійними стосунками з колегами із структурного підрозділу, де працюєте?», «Наскільки Ви задоволені професійними стосунками з колегами з інших структурних підрозділів поліклініки?», «Наскільки Ви задоволені професійними стосунками з адміністрацією поліклініки?» висвітлювали виконання вимог стандарту, визначених пунктом «4.1. Розуміння організації та її середовища», зокрема, в частині розглядання факторів, пов'язаних з культурою взаємовідносин, соціально-психологічним мікрокліматом у колективі, профілактикою професійного виснаження співробітників та матеріальною мотивацією їх до праці.

Запитання «Наскільки Ви задоволені забезпеченням доказовими технологіями стоматологічної допомоги?» передбачало отримати відповіді щодо наявності доступу лікарів до міжнародних клінічних керівництв, мета-аналізів і систематичних оглядів з надання стоматологічної допомоги шляхом забезпечення керівництвом інформаційними матеріалами на паперових та/або електронних носіях, або через мережу Інтернет. Ці запитання формулювалися як на основі вимог пунктів стандарту «5.1. Зобов'язання лідера» в частині зобов'язань інформування персоналу про важливість задоволення потреб і очікувань пацієнтів відповідно до

науково обґрунтованих доказових практик, так і пунктів «5.1.2. Орієнтація на замовника», «8.5. Виробництво продукції та надання послуг», «7.4. Інформування» в частині доведення до відома персоналу законодавчих і регламентувальних вимог щодо забезпечення якості медичної допомоги та необхідності їх послідовного виконання. Для більш повної інформації про виконання вимог п. «7.4 Інформування» респондентам також запропоновано запитання «Наскільки Ви задоволені оперативністю взаємодії з лікарями інших спеціальностей Вашого та інших закладів охорони здоров'я, в разі потреби пацієнта (чи користується Ви засобами електронних комунікацій, чи маєте Ви до них доступ, забезпечений адміністрацією поліклініки)?».

Відповіді на підсумкові запитання «Наскільки Ви загалом задоволені професійною діяльністю саме у Вашій поліклініці?» та «В разі, якщо Ви випадково зустрінете Вашого знайомого колегу – стоматолога, який шукає роботу, чи порадите Ви йому працевлаштування саме у Вашій поліклініці (при наявності вакансій)?» надавали можливість оцінити дотримання вимог пункту стандарту «9.1.2 Задоволеність замовника» стосовно лікаря як учасника лікувально-діагностичного процесу.

Для надання відповідей респондентам пропонувався п'ятирівнева цифрова шкала вимірювань (оцінки від 1 до 5 балів) за перерахованими складовими за умови, що чим вищий бал, тим вища задоволеність (табл.1).

Друковані примірники анкет поширювались серед лікарів закладів, обраних базами дослідження, після проведення усного інструктажу з правил заповнення анкет та конкретизації, за необхідності, змістовності запитань респондентам автором дослідження.

За даними ф. № 17 «Звіт про медичні кадри за 2019 рік» КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання», станом на 31.12.2019 р. в даному закладі працювало 38 лікарів стоматологічних спеціальностей (лікарів-стоматологів – 18 осіб, стоматологів-хірургів – 8 осіб, стоматологів-ортопедів – 9 осіб, стоматологів-ортодонтів – 3 особи). Отримано заповнені й придатні до опрацювання анкети від 20 лікарів, що складало 52,6 % усіх лікарів стоматологічних спеціальностей.

За даними ф. № 17 «Звіт про медичні кадри за 2019 рік» КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка», станом на 31.12.2019 р. в закладі працювало 78 лікарів стоматологічних спеціальностей (лікарів-стоматологів – 46 осіб, стоматологів-хірургів – 9 осіб, стоматологів-ортопедів – 17 осіб, стоматологів-ортодонтів – 6 осіб). Отримано заповнених і придатних до опрацювання 49 анкет, якими представлені 62,8 % усіх лікарів стоматологічних спеціальностей.

**Таблиця 1. Шкала вимірювань відповідей респондентів**

1	2	3	4	5
Дуже незадоволений	Не задоволений	Частково задоволений	Задоволений	Дуже задоволений



У КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради», за даними ф. № 17 «Звіт про медичні кадри за 2018 рік», станом на 31.12.2018 р. працювало 60 осіб лікарів стоматологічних спеціальностей (лікарів-стоматологів – 44 особи, стоматологів-хірургів – 5 осіб, стоматологів-ортопедів – 11 осіб). Отримано заповнених і придатних до опрацювання 41 анкетний опитувальник, наданий, таким чином, 68,3 % від усіх лікарів стоматологічних спеціальностей.

Таким чином, були опитані загалом 110 лікарів стоматологічних спеціальностей трьох різних регіонів України. Обсяг отриманого матеріалу дослідження був достатнім, щоб розглядати результати на репрезентативному для даних закладів рівні.

Підраховувались описові статистичні параметри: середнє значення задоволеності (у балах), стандартне відхилення, частота явища (у відсотках), достовірність відмінностей оцінок з використанням коефіцієнта Ст'юдента при його критичному значенні  $p \leq 0,05$  (5,0%) за допомогою ліцензованого програмного забезпечення з використанням пакету описової статистики Microsoft Office Excel 10.

Опитування проводилось у 2019-2020 роках.

## Результати та обговорення

Аналіз демографічних характеристик вибірок засвідчив, що за віково-статевим складом групи респондентів відрізнялися певним чином: середній вік лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» складав  $37,6 \pm 7,9$  років, а їхніх колег КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» –  $37,3 \pm 8,4$  роки. Найстаршою була вікова група лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради», середній вік якої складав  $41,9 \pm 10,5$  років; на статистично достовірному рівні він відрізнявся від середнього віку групи лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» ( $t=0,02$  при  $p \leq 0,05$ ) (табл. 2).

Співвідношення чисельності чоловіків і жінок у групах респондентів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» та КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» було приблизно однаковим – відповідно 55,0 % і 45,0 % та 51,2 % та 48,8 %, у той час як у КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» – 71,4 % і 28,6 %.

Наймолодшими виявились чоловіки КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання», середній вік яких складав  $36,1 \pm 8,0$  років, та жінки КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка», їхній середній вік дорівнював  $37,3 \pm 7,2$  роки.

Аналізом відповідей респондентів встановлено, що рівень задоволеності лікарів підтримкою адміністрації з питань підвищення кваліфікації в закладах післядипломної освіти, а саме, своєчасністю скерування на навчання та технічною підтримкою дистанційної фор-

ми навчання, отримав середню оцінку  $4,6 \pm 0,5$  балів у лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»,  $4,8 \pm 0,4$  балів – у лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»,  $4,4 \pm 0,9$  балів – у лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради». Незважаючи на наявність оцінок лікарів усіх закладів в одному інтервалі – від 4-х до 5-ти балів, задоволеність за даною позицією шкали лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» на достовірно статистичному рівні була вищою, ніж лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» ( $t=0,03$  при  $p \leq 0,05$ ).

Можливість підвищувати свою кваліфікацію на робочому місці шляхом участі в навчальних семінарах, обміну професійним досвідом між колегами оцінили у  $4,7 \pm 0,5$  балів лікарі КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»,  $4,7 \pm 0,4$  балів – лікарі КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»,  $3,7 \pm 1,1$  балів – лікарі КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради». Відмінності низьких оцінок лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» від оцінок їхніх колег підтверджені статистично: коефіцієнтом  $t=1,06102E-05$  при  $p \leq 0,05$  доведено більш високий рівень оцінок лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» та  $t=6,80142E-06$  при  $p \leq 0,05$  – лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» ( $1E-07=1 \cdot 10^{-7}=0,0000001$ ).

Загалом задоволеність результатами навчання на робочому місці визначена лікарями КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» у  $4,8 \pm 0,4$  балів,  $4,7 \pm 0,5$  балів – лікарями КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»,  $4,3 \pm 0,8$  балів – лікарями КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради». Статистична достовірність відмінностей оцінок за даною позицією лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» повторювала вище зазначені: відмінності від оцінок лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» підтверджені коефіцієнтом  $t=0,004$  та від оцінок лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» – коефіцієнтом  $t=0,01$  при  $p \leq 0,05$ .

Задоволеність умовами праці на робочому місці, критеріями якої були визначені дотримання температурного режиму під час виконання професійної діяльності в межах зони комфорту, наявність достатнього освітлення, зручних і сучасних меблів, відсутність надмірної вологості, шуму, забезпечення належного гігієнічного стану, дорівнювала в середньому  $4,5 \pm 0,5$  балів у лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»,  $4,7 \pm 0,5$  балів – у лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»,  $4,3 \pm 0,7$  балів – у лікарів КНП «Чернігів-

ська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради». Оцінки лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» і лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» відрізнялись на достовірно значущому рівні ( $t=0,006$  при  $p\leq 0,05$ ).

Задоволеність компонентами інфраструктури, а саме, станом медичного обладнання, яке безпосередньо використовується лікарями під час надання стоматологічної допомоги, отримала оцінки  $4,4\pm 0,6$  балів у лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»,  $4,6\pm 0,5$  балів – у лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»,  $4,2\pm 0,9$  балів – у лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради». Оцінки лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» і лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» відрізнялись на достовірно значущому рівні ( $t=0,01$  при  $p\leq 0,05$ ).

Задоволеність станом забезпечення лікувально-діагностичного процесу необхідними лікарськими препаратами та розхідними матеріалами (без участі пацієнтів у їх придбанні) оцінена респондентами КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» відповідно у  $4,8\pm 0,4$  та  $4,6\pm 0,5$  балів, КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» –  $4,6\pm 0,5$  та  $4,8\pm 0,4$  балів, КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» –  $3,7\pm 0,9$  та  $3,5\pm 0,9$  балів. Достовірність відмінностей оцінок лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» за позицією забезпечення лікарськими препаратами від оцінок лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» підтверджено коефіцієнтом  $t=2,64082E-08$  та від оцінок лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна

поліклініка» – коефіцієнтом  $t=3,70309E-07$  при  $p\leq 0,05$ ; розхідними матеріалами – відповідно  $t=1,0752E-06$  та  $t=6,03455E-10$  при  $p\leq 0,05$ .

Задоволеність рівнем заробітної плати за останній рік, що враховувала усі види надходжень – бюджетних, госпрозрахункових, заохочувальних виплат – отримала оцінки  $4,3\pm 0,4$  балів у лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»,  $4,4\pm 0,5$  балів – у лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»,  $3,6\pm 0,5$  балів – у лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради». Достовірність відмінностей оцінок лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» за цією позицією від оцінок лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» підтверджено коефіцієнтом  $t=1,24547E-05$  та лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» – коефіцієнтом  $t=2,29046E-10$  при  $p\leq 0,05$ .

Задоволеність забезпеченням доказовими технологіями стоматологічної допомоги шляхом створення доступу до міжнародних клінічних керівництв, метааналізів та систематичних оглядів на робочих місцях на паперових або електронних носіях та/або через мережу Інтернет) висловили на рівні  $4,7\pm 0,5$  балів лікарі КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»,  $4,8\pm 0,4$  балів – лікарі КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»,  $3,7\pm 1,1$  балів – лікарі КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради». Статистична достовірність відмінностей оцінок лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» підтверджена коефіцієнтом  $t=9,86668E-06$  у порівнянні з оцінками лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» та коефіцієнтом  $t=2,49719E-07$  при  $p\leq 0,05$

**Таблиця 2. Демографічні характеристики респондентів**

Демографічні характеристики респондентів	Назва закладу		
	КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»	КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»	КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»
Усі лікарі:			
осіб, абс.	20	49	41
осіб, відсоток	100,0	100,0	100,0
середній вік (роки)	$37,6\pm 7,9$	$37,3\pm 8,4$	$41,9\pm 10,5$
у т. ч.:			
чоловіки (абс.)	11	35	21
чоловіки (відсоток)	55,0	71,4	51,2
чоловіки (середній вік)	$36,1\pm 8,0$	$37,3\pm 8,9$	$42,8\pm 10,3$
жінки (абс.)	9	14	20
жінки (відсоток)	45,0	28,6	48,8
жінки (середній вік)	$39,3\pm 7,8$	$37,3\pm 7,2$	$40,9\pm 11,2$

у порівнянні з оцінками лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка».

Професійні стосунки з колегами із структурного підрозділу (кабінету, відділення), де працювали респонденти, та з колегами інших структурних підрозділів поліклініки (кабінетів, відділень), отримали оцінки задоволеності відповідно у  $4,4 \pm 0,7$  та  $4,3 \pm 0,7$  балів лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»,  $4,7 \pm 0,5$  та  $4,5 \pm 0,5$  балів – лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»,  $4,3 \pm 0,9$  та  $4,0 \pm 1,0$  балів – лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради». Оцінки лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» і лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» відрізнялись за даними позиціями відповідними коефіцієнтами:  $t=0,01$  та  $t=0,004$  при  $p \leq 0,05$  на достовірно статистичному рівні.

Висловлення задоволеності оперативністю взаємодії з лікарями інших спеціальностей свого та інших закладів охорони здоров'я, в разі потреби пацієнта, передбачало користування респондентами засобами електронних комунікацій, наявність доступу до них, забезпеченого адміністрацією поліклініки. Рівні задоволеності виражені наступними оцінками:  $4,2 \pm 0,8$  балів – лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»,  $4,5 \pm 0,5$  балів – лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»,  $4,2 \pm 0,9$  – лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради».

Достовірність відмінностей оцінок лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» від оцінок лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» доведена коефіцієнтом  $t=0,002$ , а оцінок лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне

**Таблиця 3. Узагальнені дані про рівень задоволеності професійною діяльністю лікарів-стоматологів досліджуваних закладів**

Фактори, що визначають задоволеність	Назва закладу, середні значення та стандартні відхилення показника задоволеності (у балах)		
	КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»	КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»	КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»
Підтримка адміністрації з питань підвищення кваліфікації в закладах після дипломної освіти	$4,6 \pm 0,5$	$4,8 \pm 0,4$	$4,4 \pm 0,9$
Можливість підвищувати кваліфікацію на робочому місці	$4,7 \pm 0,5$	$4,7 \pm 0,4$	$3,7 \pm 1,1$
Результати навчання на робочому місці	$4,8 \pm 0,4$	$4,7 \pm 0,5$	$4,3 \pm 0,8$
Умови праці	$4,5 \pm 0,5$	$4,7 \pm 0,5$	$4,3 \pm 0,7$
Стан медичного обладнання	$4,4 \pm 0,6$	$4,6 \pm 0,5$	$4,2 \pm 0,9$
Стан забезпечення лікарськими препаратами	$4,8 \pm 0,4$	$4,6 \pm 0,5$	$3,7 \pm 0,9$
Стан забезпечення розхідними матеріалами	$4,6 \pm 0,5$	$4,8 \pm 0,4$	$3,5 \pm 0,9$
Рівень заробітної плати	$4,3 \pm 0,4$	$4,4 \pm 0,5$	$3,6 \pm 0,5$
Забезпечення доказовими технологіями	$4,7 \pm 0,5$	$4,8 \pm 0,4$	$3,7 \pm 1,1$
Професійні стосунки з колегами структурного підрозділу, де працюєте	$4,4 \pm 0,7$	$4,7 \pm 0,5$	$4,3 \pm 0,9$
Професійні стосунки з колегами інших структурних підрозділів	$4,3 \pm 0,7$	$4,5 \pm 0,5$	$4,0 \pm 1,0$
Оперативність взаємодії з лікарями інших закладів охорони здоров'я	$4,2 \pm 0,8$	$4,5 \pm 0,5$	$4,2 \pm 0,9$
Професійні стосунки з адміністрацією	$4,2 \pm 0,4$	$4,4 \pm 0,5$	$4,4 \pm 0,7$
Загальна задоволеність професійною діяльністю	$4,6 \pm 0,5$	$4,2 \pm 0,4$	$4,3 \pm 0,9$

медичне об'єднання» від оцінок лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» – коефіцієнтом  $t=0,01$  при  $p \leq 0,05$ .

Задоволеність професійними стосунками з адміністрацією поліклініки оцінили у  $4,2 \pm 0,4$  балів лікарі КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»,  $4,4 \pm 0,5$  балів – лікарі КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»,  $4,4 \pm 0,7$  – лікарі КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради». Статистично доведених відмінностей в оцінках лікарів усіх досліджуваних закладів не виявлено.

Середній бал загальної задоволеності професійною діяльністю визначений на рівні  $4,6 \pm 0,5$  балів лікарями КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»,  $4,2 \pm 0,4$  балів – лікарями КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»,  $4,3 \pm 0,9$  – лікарями КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» і за використаною шкалою оцінений як такий, що в цілому лікарі кожного закладу, де проводилось дослідження, задоволені своєю професійною діяльністю.

Достовірність відмінностей в оцінках лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» за цією позицією від оцінок лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» підтверджено коефіцієнтом  $t=0,004$  при  $p \leq 0,05$ .

На запитання «В разі, якщо Ви випадково зустрінете Вашого знайомого колегу – стоматолога, який шукає роботу, чи порадите Ви йому працевлаштування саме у Вашій поліклініці (при наявності вакансій)?» надали відповідь «ТАК» усі респонденти КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання», КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» та 35 осіб, або 85,4 % респондентів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради». Наявні відмінності статистично не підтверджені.

Узагальнені дані про рівень задоволеності професійною діяльністю лікарів досліджуваних закладів представлено в табл. 3.

Результати даного дослідження відповідають у певній частині оцінкам, отриманим у подібних закордонних дослідженнях. Так, дослідження і систематичні огляди [11; 12] показали високий рівень задоволеності стоматологів своєю професійною діяльністю. У дослідженнях [13] приділяється велика увага чинникам організаційного середовища на рівні підрозділу на робочому місці лікаря-стоматолога, що пов'язано з емоційною прихильністю працівників до виконання професійних обов'язків і таким чином впливає на сприйману якість медичної допомоги пацієнтами. Професійні стосунки та професійне середовище входять, за даними [14], у перелік факторів, що обумовлюють найвищу задоволеність професійною діяльністю у лікарів-стоматологів, що знайшло відбиток і в нашому дослідженні. Вагомий вплив на задоволеність професійною діяльністю лікарів-стоматологів, як вважають

[15], здійснюють також професійна автономія та система оплати праці.

Особливістю проведеного дослідження слід вважати виокремлення факторів, що впливають на задоволеність професійною діяльністю лікарів-стоматологів, відповідно до вимог стандартів ДСТУ EN 15224:20 «Системи управління якістю EN ISO 9001: 2015 для охорони здоров'я (EN 15224:2016, IDT)». Ці вимоги носять узагальнений характер, тому в перспективних дослідженнях на вітчизняних вибірках слід враховувати такі особливості професійної діяльності в стоматології, як практика в державному чи приватному секторі, стосунки з пацієнтами, фізичне та емоційне самопочуття, доступність до оволодіння новітніми технологіями [14; 16].

## Висновки

1. При загальній високій задоволеності професійною діяльністю лікарів-стоматологів виявлені резерви для її підвищення та мотивації до праці за окремими напрямками: удосконалення професійних відносин між лікарями в колективах, з адміністраціями закладів, з лікарями інших закладів; покращення стану забезпечення ресурсами лікувально-діагностичного процесу; підвищення можливостей професійного розвитку лікарів; підвищення рівня заробітної плати.

2. Виконання вимог стандарту на системи управління якістю в закладах охорони здоров'я в частині моніторингу задоволеності зацікавлених сторін на прикладі лікарів-стоматологів дозволяє виявити керівникові проблемні місця в системі.

3. Інформація від лікарів, що отримана шляхом опитувань, може бути використана для прийняття управлінських рішень щодо зміцнення організаційної культури закладу охорони здоров'я шляхом удосконалення менеджменту персоналу.

**Конфлікт інтересів.** Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

## Список літератури

1. ДСТУ EN 15224:20 «Системи управління якістю EN ISO 9001: 2015 для охорони здоров'я (EN 15224:2016, IDT)». [Чинний від 2020-01-01]. Київ: ДП «УкрНДНЦ», 2019. 109 с.
2. Центри передового досвіду первинної медичної допомоги. Посібник/Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020. 154 с.
3. Kaipa S., Pydi S.K., Krishna Kumar R.V., Srinivasulu G., Darsi V.R., Sode M. Career satisfaction among dental practitioners in Srikakulam, India. *J Int Soc Prev Community Dent [Internet]*. 2015 [cited 2021 Jul 21];5(1):40-46. Available from: doi:10.4103/2231-0762.
4. Науменко Г. Формування здорової корпоративної культури в медичній організації. *PMGP [Интернет]*. 2020 [цитовано 2021 Jun 21];5(1):e0501230. Available from: doi:https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/230.
5. Дячук Д.Д., Гур'янов В.Г., Шевченко М.В., Яценко Ю.Б. Задоволеність умовами та оплатою праці, систе-



мою мотивації медичних працівників багатопрофільного закладу охорони здоров'я (за результатами соціологічного опитування). *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2016; 2(2):63-69.

6. Вежновець Т.А. Дослідження задоволеності працею та синдром вигорання у медичних працівників. *ScienceRise. Medical science [Интернет]*. 2017 [цитовано 2021 лип. 21];2:36-40. Доступно з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/texcsrmt\\_2017\\_2\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/texcsrmt_2017_2_9).

7. Василик А.В., Вонберг Т.В., Дорош М.О. Фактори та заходи забезпечення задоволеності працею в сучасних умовах. *Modern Economics [Интернет]*. 2020 [цитовано 2021 лип. 21];21(2020):30-36. Доступно з: [https://doi.org/10.31521/modecon.V21\(2020\)-05](https://doi.org/10.31521/modecon.V21(2020)-05).

8. Mannion R., Davies H. Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ [Интернет]*. 2018 [cited 2021 Jul 21];363:k4907. Available from: [doi:10.1136/bmj.k4907](https://doi.org/10.1136/bmj.k4907).

9. Бабич О., Красник С., Юдін О., Надутий К., Гревцова Р., Куницький К. та ін. Професійні та правові аспекти діяльності лікаря-стоматолога. *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» [Интернет]*. Листопад 2019 [цитовано 04, Серпень 2021];22(467). Доступно з: <https://health-ua.com/article/45175-profesjn-ta-pravov-aspekti-dyalnost-lkaryastomatologa>.

10. Боднар Л.П., Боб А.О., Боднар Р.Я., Рега Н.І., Боднар Т.В. Фактори ризику професійних захворювань медичних працівників (Огляд літератури). *Вісник наукових досліджень [Интернет]*. 11, Липень 2018 [цитовано 04, Серпень 2021];(2). Available from: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-nauk-dos/article/view/8929>.

11. Kobza J., Syrkiewicz-Świtąła M. Job satisfaction and its related factors among dentists: A cross-sectional study. *Work [Интернет]*. 2018 [cited 2021 Jul 21];60(3):357-363. Available from: [doi: 10.3233/WOR-182749](https://doi.org/10.3233/WOR-182749).

12. Улянов Ю.А., Мингазова Э.Н. Профессиональная удовлетворенность медицинского персонала научно-практического стоматологического комплекса. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины [Интернет]*. 2020 [цитовано 2021 Июль 21];28(специальный выпуск): 817:821. Доступно из: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s1-817-821>.

13. Berthelsen H., Conway P.M., Clausen T. Is organizational justice climate at the workplace associated with individual-level quality of care and organizational affective commitment? A multi-level, cross-sectional study on dentistry in Sweden. *Int Arch Occup Environ Health [Интернет]*. 2018 Feb [cited 2021 Jul 21];91(2):237-245. Available from: [doi: 10.1007/s00420-017-1275-2](https://doi.org/10.1007/s00420-017-1275-2).

14. Le VNT, Dang M.H., Kim J.G., Yang Y.M., Lee D.W. Dentist Job Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int Dent J [Интернет]*. 2021 Feb [cited 2021 Jul 21];18:S0020-6539(20)36549-7. Available from: [doi: 10.1016/j.identj.2020.12.018](https://doi.org/10.1016/j.identj.2020.12.018).

15. Harris R., Burnside G., Ashcroft A., Grieverson B. Job satisfaction of dental practitioners before and after a change in incentives and governance: a longitudinal study. *Br Dent J [Интернет]*. 2009 Jul 25 [cited 2021 Jul 21];207(2):E4; discussion 74-5. Available from: [doi: 10.1038/sj.bdj.2009.605](https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2009.605).

16. Тимофеев Д.А., Еругина М.В., Кром И.Л., Цвигайло М.А. Управление профессиональной мотивацией персонала медицинской организации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины [Интернет]*. 2019 [цитовано 04, Авг 2021];27(1):50-53. Доступно из: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-50-53>.

Отримано / Received 22.09.2021

Рецензовано / Revised 30.09.2021

Прийнято до друку / Accepted 04.10.2021 ■

A. G. Krut

Shupik National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

## DENTISTS SATISFACTION WITH PROFESSIONAL ACTIVITIES

**Abstract. Background.** Supporting the health personnel satisfaction of with their professional activities and motivating them to work is a means of effective human resource management. The patient's health and the quality of life associated with it depends on the motivation and satisfaction with the professional activity of the health specialists. The satisfaction as a characteristic of organizational culture differs among physicians of different specialties. The purpose of the study: to determine the level of satisfaction with the professional activities of dentists of institutions providing highly specialized dental care. **Materials and methods.** The author's structured questionnaires were used, completed by 110 dentists from three regional dental care institutions. Methods: sociological; medical and statistical; logical structure analysis; generalizations. **Results.** In general, dentists highly rated satisfaction with their professional activities on a 5-point scale: 4.6 ± 0.5 points – doctors of the Communal Non-profit Company (CNC) "Zhytomyr Regional Dental Medical Association"; 4.2 ± 0.4 points – doctors of the CNC of the Kharkiv Regional Council "Regional Dental Clinic"; 4.3 ± 0.9 points – doctors of the CNC "Chernihiv Regional Dental Clinic of the Chernihiv Regional Council". However, the respondents of the CNC "Cherni-

hiv Regional Dental Clinic of the Chernihiv Regional Council" expressed only partial satisfaction with the opportunity to improve their qualifications at the workplace, the state of the provision of drugs, consumables and evidence-based technologies, the level of wages (range of estimates 3.5 ± 0.9 – 3, 7 ± 1.1 points). It was found that the lowest satisfaction scores of dentists of all institutions concerned professional relations with colleagues of the polyclinics structural units where they work, with the administration, and with doctors of other health care institutions: doctors' assessments, depending on the institutions, varied, respectively, within 4, 2 ± 0.4 – 4.4 ± 0.7 points, 4.4 ± 0.5 – 4.5 ± 0.5 points, 4.0 ± 1.0 – 4.4 ± 0.7 points. **Conclusions.** General assessments of satisfaction with the professional activities of dentists are high, but the professional relations of dentists need to be improved, improvement is the state of resource provision of institutions and opportunities for professional development; increases – salary. This information can be used to make management decisions to strengthen the organizational culture of healthcare institutions by improving personnel management.

**Keywords:** personnel management; motivation; satisfaction; organizational culture; health care institutions

Круть А. Г.

Национальный университет здравоохранения Украины имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

## УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

**Резюме. Актуальность.** Поддержка удовлетворенности медицинских работников профессиональной деятельностью и мотивация их к труду является одним из средств эффективного управления человеческими ресурсами. От мотивации и удовлетворенности профессиональной деятельностью медицинского работника зависит его здоровье и связанное с ним качество жизни пациента. Удовлетворенность как характеристика организационной культуры отличается среди врачей разных специальностей. **Цель исследования:** определить уровень удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей-стоматологов учреждений, оказывающих высокоспециализированную стоматологическую помощь. **Материалы и методы.** Использованы авторские структурированные анкеты, заполненные 110 врачами-стоматологами трех региональных учреждений стоматологической помощи. Методы: социологический; медико-статистический; логико-структурного анализа; обобщения. **Результаты.** В целом врачи-стоматологи высоко оценили удовлетворенность профессиональной деятельностью по 5-тибальной шкале:  $4,6 \pm 0,5$  баллов – врачи КНП «Житомирское областное стоматологическое медицинское объединение»;  $4,2 \pm 0,4$  баллов – врачи КНП Харьковского областного совета «Областная стоматологическая поликлиника»;  $4,3 \pm 0,9$  баллов – врачи КНП «Черниговская областная стоматологическая поликлиника Черниговской областной Рады». Однако респонденты КНП «Черниговская областная стоматологиче-

ская поликлиника Черниговской областной Рады» выразили лишь частичную удовлетворенность возможностью повышать квалификацию на рабочем месте, состоянием обеспечения лекарственными препаратами, расходными материалами и доказательными технологиями, уровнем заработной платы (диапазон оценок  $3,5 \pm 0,9$  –  $3,7 \pm 1,1$  баллов). Выявлено, что самые низкие оценки удовлетворенности врачей-стоматологов всех учреждений касались профессиональных отношений с коллегами структурных подразделений поликлиник, где они работают, администрацией, а также с врачами других учреждений здравоохранения: оценки врачей, в зависимости от учреждений, колебались, соответственно, в пределах  $4,2 \pm 0,4$  –  $4,4 \pm 0,7$  баллов,  $4,4 \pm 0,5$  –  $4,5 \pm 0,5$  баллов,  $4,0 \pm 1,0$  –  $4,4 \pm 0,7$  баллов. **Выводы.** При общей высокой удовлетворенности профессиональной деятельностью требуют совершенствования профессиональные отношения стоматологов, улучшения – состояние ресурсного обеспечения учреждений и возможности профессионального развития врачей; повышения – заработная плата. Полученная информация может быть использована для принятия управленческих решений по укреплению организационной культуры учреждений здравоохранения путем усовершенствования менеджмента персонала.

**Ключевые слова:** менеджмент персонала; мотивация; удовлетворенность; организационная культура; учреждения здравоохранения

Шаповалов В. В. (мол.)<sup>1,2,3,4</sup>, Шаповалова В. О.<sup>1,4</sup>, Шаповалов В. В.<sup>2,3,4,5</sup>

<sup>1</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

<sup>2</sup> Національна асоціація адвокатів України, м. Київ, Україна

<sup>3</sup> Адвокатське об'єднання «Апофеоз», м. Харків, Україна

<sup>4</sup> Громадська організація «Асоціація медичного та фармацевтичного права», м. Харків, Україна

<sup>5</sup> Львівський медичний інститут, м. Львів, Україна

## СУДОВО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ВПЛИВУ ЛІКІВ НА БЕЗПЕКУ, ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ ДОРОЖНЬОГО РУХУ В МЕЖАХ ОРГАНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СПРАВИ, ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКІВ, ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ТА МЕДИЧНОГО ПРАВА В УКРАЇНІ

**Резюме. Актуальність.** У всьому світі дорожньо-транспортні пригоди (ДТП) під впливом лікарських засобів (ЛЗ) є однією з головних причин травмувань, смертності серед учасників дорожнього руху. Безпека руху уявляє собою систему, яка включає наступні складові: людина – стан здоров'я людини – вживання небезпечних ліків різних класифікаційно-правових груп (КПГ) – побічні реакції ліків – транспортний засіб – шлях. Частка дорожньо-транспортних пригод під впливом ліків становить понад 75 %, вони є й найбільш суспільно небезпечними, тому що мають тяжкі наслідки, спричиняють невивправну шкоду здоров'ю та смерть потерпілих. **Мета дослідження:** проаналізувати здобутки судово-фармацевтичних досліджень в Україні щодо впливу ЛЗ на безпеку, життя та здоров'я учасників дорожнього руху в межах організації фармацевтичної справи, технології ліків та фармацевтичного і медичного права в ретроспективному аспекті. **Матеріали та методи.** Матеріалами імперативного дослідження стали законодавчі, нормативно-правові документи; матеріали становлення наукової школи судової фармації; наукові публікації за темою статті; Інтернет-ресурси, джерела наукової літератури. Для досягнення поставленої мети було застосовано методи судово-фармацевтичного, нормативно-правового, документального, бібліографічного, порівняльного, історичного та графічного аналізу. **Результати.** Проаналізовано досвід країн світу щодо профілактики та попередження дорожньо-транспортних пригод під впливом ліків. Причини, умови виникнення та наслідки ДТП носять багатофакторний характер і пов'язані з постраждалими (водій-пішохід), транспортним засобом, дорогою, вживанням психоактивних ЛЗ. Розроблено систему організаційно-регуляторних та попереджувальних заходів з надання першої медикаментозної допомоги потерпілим від ДТП. Показано, що існує необхідність проведення науково-обґрунтованих організаційно-правових, клініко-фармакологічних, судово-фармацевтичних та соціально-економічних досліджень щодо причинних зв'язків між побічними реакціями внаслідок вживання ЛЗ різних КПГ, безпекою руху та виникненням ДТП. Вперше в Україні було запропоновано математичну модель щодо встановлення впливу психоактивних ЛЗ на стан водія при керуванні транспортним засобом у залежності від обчислення шляху зупинки автомобіля відповідно до обраної швидкості та зниження реакції водія. Досліджено структуру ДТП, скоєних під впливом психоактивних лікарських препаратів. **Висновки.** Запропоновано класифікацію медичних аптек для надання першої медикаментозної допомоги потерпілим при ДТП, яка дозволила обґрунтувати необхідність удосконалення їх як за якісним, так й кількісним складом у залежності від типу транспортного засобу й імовірності виникнення ДТП з тяжкими наслідками. Запропоновано рекомендації стосовно забезпечення інформації про можливість отримання медичної допомоги та систему сигнально-викличного зв'язку на шляхах, маркування упаковок психоактивних ЛЗ спеціальною позначкою у вигляді червоного трикутника. Доведено про необхідність подальших судово-фармацевтичних досліджень. **Ключові слова:** судова фармація; організація фармацевтичної справи; технологія ліків; фармацевтичне право; вплив ліків на безпеку; життя та здоров'я учасників дорожнього руху

© «Здоров'я суспільства» / «Здоровье общества» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2021

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Издатели Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», Заславский А.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2021

Для кореспонденції: Шаповалова В. О., Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, 61176, Україна; e-mail: pharm\_law@ukr.net  
For correspondence: Shapovalova V. A., Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education, Amosova str., 58, Kharkov, 61176, Ukraine; e-mail: pharm\_law@ukr.net

## Вступ

Наступний етап розвитку судово-фармацевтичних досліджень був присвячений проблемі безпеки вживання лікарських засобів (ЛЗ). Актуальність вивчення даної проблеми не залишила своєї актуальності й дотепер у контексті підвищення безпеки, життя та здоров'я учасників дорожнього руху під впливом вживання психоактивних ЛЗ.

У всьому світі дорожньо-транспортні пригоди (ДТП) під впливом ЛЗ є однією із головних причин травмувань, смертності серед учасників дорожнього руху. За останні десять років в Україні загалом у результаті ДТП щорічно гинуть більш 5 тис. людей, а отримують тілесні пошкодження різного ступеня тяжкості – біля 30 тис. громадян. При цьому, кожні 16 хвилин у країні відбувається одна ДТП, а, в середньому, за добу внаслідок ДТП 14 осіб гинуть і біля 100 громадян отримують тілесні пошкодження різного ступеня тяжкості. Світове співтовариство велику увагу приділяє розробці нормативно-правової бази, що спрямована на забезпечення безпеки, здоров'я та життя учасників дорожнього руху, включаючи медикаментозне забезпечення наслідків ДТП [1-3].

Безпека руху уявляє собою систему, яка включає наступні складові: людина – стан здоров'я людини – вживання небезпечних ЛЗ різних класифікаційно-правових груп (КПГ) – побічні реакції – транспортний засіб – шлях. Перша і друга складові, що впливають на безпеку дорожнього руху, є вирішальними [4].

Необхідність досліджень проблеми ДТП пов'язана насамперед з тим, що за незначним виключенням, усі ці пригоди є наслідком порушення встановлених правил, які найчастіше допускаються водіями або пішоходами в стані вживання психоактивних ЛЗ, алкоголю, в стані хвороби або побічної дії ЛЗ різних КПГ. З року в рік частка ДТП, які скоєні з вини водіїв під впливом ЛЗ, становить понад 75 %, вони є й найбільш суспільно небезпечними, тому що мають тяжкі наслідки, спричиняють не виправну шкоду здоров'ю та смерть потерпілих [5].

**Мета роботи:** проаналізувати здобутки судово-фармацевтичних досліджень в Україні щодо впливу ЛЗ на безпеку, життя та здоров'я учасників дорожнього руху в межах організації фармацевтичної справи, технології ліків та фармацевтичного і медичного права в ретроспективному аспекті.

## Матеріали та методи

Матеріалами імперативного дослідження стали законодавчі, нормативно-правові документи; матеріали становлення наукової школи судової фармації; наукові публікації за темою статті; Інтернет-ресурси, джерела наукової літератури. Для досягнення поставленої мети було застосовано методи судово-фармацевтичного, нормативно-правового, документального, бібліографічного, порівняльного, історичного та графічного аналізу.

## Результати та обговорення

У різні періоди проблемі удосконалення системи медичної допомоги та фармацевтичного забезпечення окремих верств населення були присвячені

дослідження вчених Волоха Д. С., Волошина П. В., Гриценко О. М., Гудзенка О. П., Дмитрієвського Д. І., Кабачної А. В., Коритнюк Р. С., Мнушко З. М., Пономаренка М. С., Сосіна І. К., Стефанова О. В., Толочка В. М., Трахтенберга І. М., Черниха В. П. та багатьох інших [6-11].

Щодо удосконалення нормативно-правового регулювання з питань медикаментозного забезпечення профілактики та ліквідації наслідків ДТП під впливом ЛЗ, то вони й до 2004 року залишалися малодослідженими.

Причини, умови виникнення та наслідки ДТП завжди мають багатофакторний характер і пов'язані з постраждалими (водій – пішохід), транспортним засобом, дорогою, вживанням психоактивних ЛЗ. У 1909 році групою європейських країн була прийнята Умова про порядок дорожньо-транспортного руху. У 1926 році в Парижі була підписана перша міжнародна конвенція, що ввела перші шість дорожніх знаків, яка у подальшому неодноразово переглядалася і удосконалювалася. З метою поліпшення міжнародного дорожнього руху й підвищення безпеки на дорогах 8 листопада 1968 року на спеціальній конференції ООН було прийнято міжнародні договори – Конвенція про дорожній рух та Конвенція про дорожні знаки і сигнали. Окрім цього, у 1971 році в рамках Європейської економічної комісії ООН була прийнята Європейська угода, яка доповнила наявні раніше конвенції [12, 13].

Починаючи з 80-х років зростає кількість країн, в яких профілактика ДТП та безпечне вживання ліків стають життєво важливим елементом державної політики. У таких країнах чіткіше налагоджений облік відомостей про ДТП, позначені пріоритети у поліпшенні медико-фармацевтичної, соціально-економічної та нормативно-правової системи, освіти, обізнаності населення в цій сфері. Перший аспект цієї проблеми полягає в тому, що наслідками ДТП може бути смерть або каліцтво людини, яке потребує вирішення питань її адаптації до нових умов, що не можливо без прийняття відповідних законодавчих норм. Другий аспект полягає в тому, що виникнення ДТП спричиняє значні економічні збитки, які можуть оцінюватися за критерієм нежиттєвого віку людиною, матеріальних втрат різного роду, відтоку іноземної валюти у країнах, які здебільше імпортують транспортні засоби та обладнання [14, 15].

У зв'язку з цим, на міжнародному рівні організацією найбільш спроможною здійснити вплив на безпеку дорожнього руху і контролювати цю проблему у країнах, де вона набуває найбільшого рівня, продовжує бути ВООЗ. Поряд з цим, ВООЗ на міжнародному рівні здійснює контроль за змінами в організації роботи, що спрямована на забезпечення безпеки дорожнього руху, за відповідним поліпшенням у масштабності та ефективності дій, що впроваджуються в цьому напрямку, відповідно розвиваючи довгостроковий моніторинг щодо діяльності країн, які розвиваються.

Необхідність міжнародного контролю і координації дій щодо попередження ДТП підтверджується й тим, що у більшості розвинених країн наявні практичні та



наукові заклади, які займаються розробкою та впровадженням дій з медикаментозного забезпечення та заходів боротьби з ДТП, а також накопичений багатий досвід з розв'язання цих проблем. Так, у США існує форма звітів Президента Конгресу з питань безпеки дорожнього руху та введена система відповідних державних стандартів, що передбачають необхідні вимоги до проектування та спорудження транспортних засобів і автомобільних шляхів, а також до учасників дорожнього руху з метою профілактики вживання психоактивних ЛЗ. Ці стандарти торкаються не тільки сфери технічних, матеріальних питань, а сягають й області правових відносин, організаційних, медико-фармацевтичних та інших заходів. У Франції діяльність державних органів та приватних фірм, що мають відношення до безпеки дорожнього руху і виробництва ЛЗ як у практичному, так і у науковому напрямку, контролює Національний комітет з безпеки дорожнього руху. У Чехії роботу по попередженню ДТП здійснює Федеральна координаційна комісія з безпеки дорожнього руху, що входить до складу Міністерства внутрішніх справ, яка координує свою діяльність з медичними і фармацевтичними установами.

На державні органи покладений обов'язок з керування питаннями безпеки дорожнього руху і в інших країнах Європи: у Болгарії – це Центральна комісія з безпеки дорожнього руху, в Угорщині – Державна рада з безпеки дорожнього руху, у Польщі – Координаційний комітет з безпеки дорожнього руху. У рамках Комітету з внутрішнього транспорту Європейської економічної комісії (ЄЕК) ООН постійно діють групи експертів, які розробляють рекомендації щодо вдосконалення вимог з навчання водіїв, з мінімальних вимог до осіб, які керують транспортними засобами [16-19].

Україна також бере участь у міжнародному співробітництві в рамках діяльності Комітету по внутрішньому транспорту ЄЕК ООН, ВООЗ, а також у діяльності низки інших міжнародних організацій. Використання досвіду інших країн в організації дорожнього руху і забезпеченні його безпеки – важливий фактор у вирішенні не тільки науково-технічних і організаційних питань з попередження ДТП, а й медико-фармацевтичних, соціально-правових, у тому числі кримінологічних проблем.

Тому на наступному етапі розвитку судово-фармацевтичних досліджень було запропоновано нове вирішення наукової проблеми щодо медикаментозного забезпечення, попередження та ліквідації наслідків ДТП під впливом ЛЗ. Розроблено систему організаційно-регуляторних та попереджувальних заходів з надання першої медикаментозної допомоги потерпілим від ДТП. Показано, що існує необхідність проведення науково-обґрунтованих організаційно-правових, клініко-фармакологічних, судово-фармацевтичних та соціально-економічних досліджень щодо причинних зв'язків між побічними реакціями внаслідок вживання ЛЗ різних КПП, безпекою руху та скоєнням ДТП [20].

Визначені загальні тенденції розвитку судової практики в області адміністративних правопорушень і

кримінальних злочинів, які пов'язані з вживанням ЛЗ різних КПП при керуванні транспортними засобами, що свідчать про постійне зростання кількості розглянутих судами справ, на фоні яких відмічається стрибкоподібне зростання загальної кількості кримінальних справ, на відміну від повільного але стійкого зростання кількості кримінальних справ з ДТП, що виникли внаслідок вживання психоактивних ЛЗ [21].

Досліджено соціально-демографічні особливості осіб, що скоїли ДТП під впливом психоактивних ЛЗ, які свідчать, що найбільш соціально небезпечною групою населення є учасники дорожнього руху: чоловіки у віці до 24 років, що мають неповну середню освіту, непогашену судимість, офіційно не працюючі, які складають 32,3 % їх загальної кількості, що пояснюється концентрацією серед них осіб найбільш схильних до вживання психоактивних ЛЗ та хуліганства [22].

Уперше в Україні була запропонована математична модель щодо встановлення впливу психоактивних ЛЗ на стан водія при керуванні транспортним засобом у залежності від обчислення шляху зупинки автомобіля відповідно до обраної швидкості та зниження реакції водія. Обґрунтовано залежність шляху зупинки автомобіля від реакції водія, на яку впливає побічна дія вжитого ЛЗ під час керування, а також обрана швидкість руху, час реакції водія в залежності від складності дорожньої ситуації, час спрацювання приводу гальмування, ефективність гальмування [23].

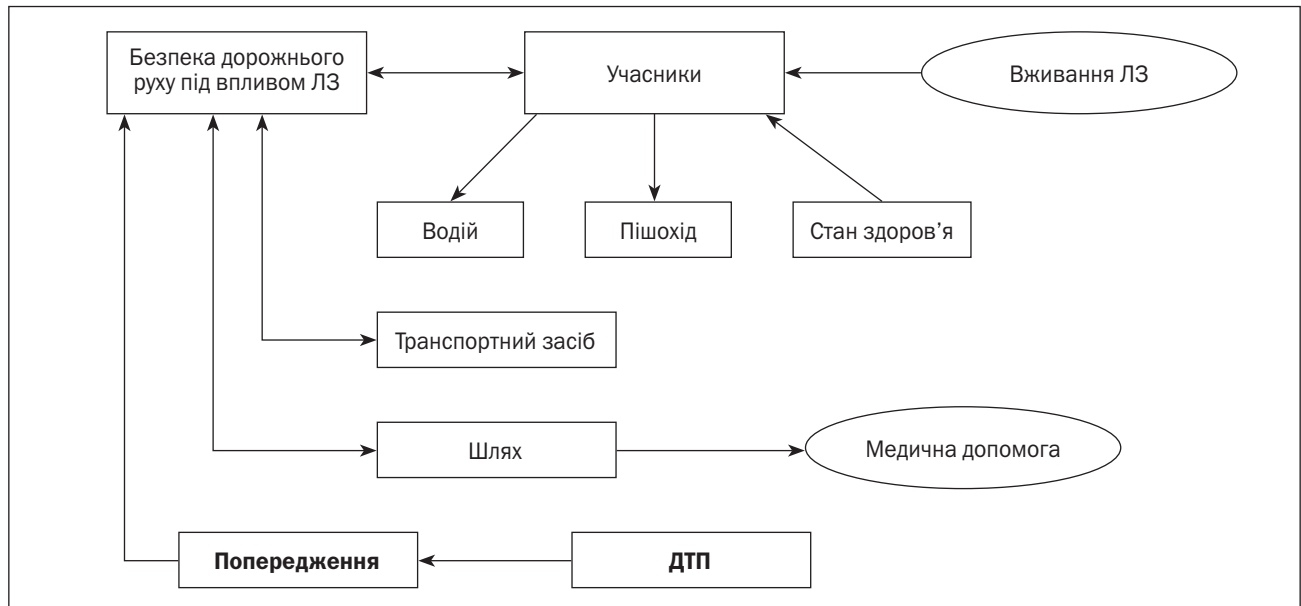
Виявлено причинно-наслідкові зв'язки між вживанням психоактивних ЛЗ під час керування транспортними засобами та виникненням ДТП за схемою: людина – вживання ЛЗ різних КПП – керування транспортним засобом – безпека дорожнього руху – виникнення ДТП. Проаналізовано, що внаслідок вживання психоактивних ЛЗ під час керування транспортними засобами на випадки зіткнення транспортних засобів припадає 5,8 %; перекидання транспортних засобів – 3,3 %; наїзду транспортних засобів на перешкоду – 2,1 %; наїзду транспортних засобів на пішоходів – 30 %; наїзду транспортних засобів на велосипедистів – 2 %; наїзду на інші транспортні засоби – 2 %; падіння пасажирів – 0,5 %; усіх інших ДТП – 0,8 % [24].

Досліджено структуру ДТП, скоєних під впливом психоактивних ЛЗ, у залежності від вікової групи людини. Особливо суспільно небезпечною виявилася група населення віком від 18 до 24 років, яка становить 32,3% від загальної кількості осіб, які скоїли ДТП. Надано оцінку залежності ДТП від соціального рівня водіїв по кожній із досліджених вікових груп. Показано, що найбільша їх кількість у:

3-х вікових групах (до 18 років, 18-24 роки, 25-38 років) серед студентів;

2-х вікових групах (39-49 років, більше 49 років) серед службовців.

Вивчено взаємозв'язок рівня освіти та кількості ДТП внаслідок вживання психоактивних ЛЗ учасниками дорожнього руху. Найбільш небезпечними у цьому форматі виявляються особи з неповною середньою освітою (32 %), а найменш небезпечними – із



**Рисунок 1. Комплексний підхід до підвищення безпеки дорожнього руху під впливом ліків**

вищою освітою (17 %). Проведено аналіз причинних зв'язків між порушеннями правил дорожнього руху під впливом ЛЗ і статтю осіб: на долю жінок приходить 30,6 %, а чоловіків – 69,4 %. Вивчено взаємозв'язок роду діяльності осіб і ДТП під впливом психоактивних ЛЗ: 42,7 % приходить на непрацюючих осіб, які раніше притягувалися ще й до карної відповідальності.

При дослідженні впливу психоактивних ЛЗ на безпеку руху систематизовано їх за КПП, узагальнені можливі побічні ефекти ЛЗ, які можуть призвести до скоєння ДТП, запропоновано проекти переліків небезпечних ЛЗ [25]. Зазначено про 3 послідовних етапи медикаментозної допомоги потерпілим при ДТП:

1 етап – на місці ДТП, який включає самопомогу і взаємодопомогу особами, які опинилися на місці пригоди;

2 етап – при транспортуванні потерпілих до лікарняного закладу;

3 етап – медикаментозна допомога в лікарняному закладі.

Узагальнено та систематизовано взаємозв'язок у системі медикаментозного забезпечення організаційно-регуляторних та попереджувальних заходів щодо скоєння ДТП під впливом ЛЗ. Опрацьовано комплексний підхід до ліквідації наслідків і попередження ДТП, а також безпеки, життя та здоров'я учасників дорожнього руху (рис. 1).

## Висновки

Запропоновано класифікацію медичних аптечок для надання першої медикаментозної допомоги потерпілим при ДТП, яка дозволила обґрунтувати необхідність удосконалення їх як за якісним, так й кількісним складом у залежності від типу транспортного засобу й імовірності виникнення ДТП з тяжкими наслідками. Запропоновано рекомендації стосовно забезпечення інформації про можливість отримання медичної до-

помоги та систему сигнально-викличного зв'язку на шляхах, маркірування упаковок психоактивних ЛЗ спеціальною позначкою у вигляді червоного трикутника. Доведено про необхідність подальших судово-фармацевтичних досліджень.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

## Список літератури

1. *Безопасность лекарств. Экспресс-информация: Бюллетень. 2000. №1. 95с.*
2. *Бабаханян Р. Б., Бородавка В. К., Фисенко В. П. Отравления безрецептурными ненаркотическими анальгетиками. Безопасность лекарств. информация: Бюллетень. 2000. №1. С.39-41.*
3. *Bureau of Justice Statistics: Drugs, Crime, and the Justice System. Washington, DC: US Department of Justice, 1992. Vol.7. P.158–173.*
4. *Левицький А. Ф., Заворицький Ю. Є., Дерех Л. З. Посібник для надання першої медичної допомоги при дорожньо-транспортних пригодах. Х.: НВП "Світлофор", 1998. 103 с.*
5. *Папишев Н. М. Водителю о первой медицинской помощи. М.: ДОСААФ СССР, 1985. 63 с.*
6. *Научно-методическое обоснование комплексных судебных экспертиз: нарколого-фармацевтического и психиатрическо-фармацевтического / В. В. Шаповалов, И. М. Трахтенберг, В. А. Шаповалова, Н. М. Халин та ін. Архив психиатрии. 2002. №3(30). С.м214–215.*
7. *Мнушко З. М., Шуванова О. В. Аналіз інформаційних потреб фахівців, які працюють у галузі лікарського забезпечення. Ліки України. 2000. №12. С. 9–11.*
8. *О необходимости изучения вопросов правовой и судебной фармации в практической медицине и фармации при обороте лекарственных средств всех классификационно-правовых групп / В. В. Шаповалов, В. А. Шаповалова,*

Ю. И. Губский та ін. *Фармакологічний вісник*. 2000. №2. С. 39–42.

9. *Оборот сильнодействующих и ядовитых веществ: история вопроса, терминология, состояние проблемы / И.М. Трахтенберг, В. А. Шаповалова, В. В. Шаповалов та ін. Современные проблемы токсикологии*. 2002. №1. С. 4–7.

10. Толочко В. М., Пестун І. В., Лазарев М. І. *Модельовання асортименту лікарських засобів в аптечних закладах: метод. рек.-Х., 2001. 23 с.*

11. Трахтенберг И.М. *Книга о ядах и отравлениях*. К.: *Наук. думка*, 2000. 366 с.

12. E5 (CPMP/ICH/289/95). *Ethnic Factors in the Acceptability of Foreign Clinical Data*. Geneva, 1995. P. 100–289.

13. E9 (CPMP/ICH/363/96). *Statistical Principles for Clinical Trials*. Geneva, 1996. P. 300–355.

14. Коноплянко В. И. *Основы управления автомобилем и безопасность движения*. М.: ДОСААФ СССР, 1987. 25 с.

15. Avorn J., Dreyer P., Soumerai S. *Use of psychoactive medications and the quality of care in rest homes*. N. Engl. J. Med. 1989. Vol. 11. N. 320. P. 227.

16. *International Drug monitoring: the role of national centers: report of a WHO meeting*. WHO Technical Report Series. 1972. 498 p.

17. M3 (CPMP/ICH/386/95) *Non-Clinical Safety Studies for the Conduct of Human Clinical Trials for Pharmaceuticals*. New York. 1995. 386 p.

18. *National Institute on Drug Abuse “Monitoring the Future Study” 1975–1992 (High School Seniors)*. Washington, DC: US Government Printing Office. 1993. 3597 p.

19. Кравченко П. И., Юзефович Д. Д. *Безопасность дорожного движения*. К.: *Техника*, 1989. 143 с.

20. Абросимов, О. С. *Медикаментозне забезпечення заходів щодо попередження та ліквідації наслідків дорожньо-транспортних пригод: автореф. дис. на здобуття*

*наук. ступеня канд. фармац. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи» / О.С. Абросимов*. Харків, 2004. 20 с.

21. *Судебно-фармацевтическая оценка вопросов промышленной и транспортной безопасности при обороте психоактивных веществ / В. В. Шаповалов, В.А. Шаповалова, Н. М. Халин та ін. Экология 2002 – море и человек. Материалы Второй Всерос. науч. конф. с междунар. участием*. Таганрог, 2002. №6(29). С. 223.

22. *Судебно-фармацевтические аспекты обеспечения безопасности грузовых автомобильных перевозок лекарственных средств как условие исключения ущерба предприятию и окружающей среде / В. В. Шаповалов, В.А. Шаповалова, А. С. Абросимов та ін. Ліки України*. 2001. №2(43). С. 25–27.

23. Шаповалов В. В., Абросимов А. С., Шаповалова В.А. *Судебно-фармацевтический комментарий к статье 286 УК Украины “Нарушение правил безопасности дорожного движения или эксплуатации транспорта лицами, управляющими транспортными средствами” (в том числе под воздействием психоактивных веществ)*. Ліки України. 2003. №7–8(72–73) С. 60–62.

24. Шаповалов В. В., Абросимов О. С., Шаповалова В. О. *Причинно-наслідковий зв'язок між вживанням лікарських засобів та дорожньо-транспортними й іншими нещасними випадками*. Ліки. 2002. №1–2. С. 115–119.

25. *Токсикологічні та судово-фармацевтичні критерії щодо розмежування лікарських засобів до різних категорій / І. М. Трахтенберг, В. О. Шаповалова, О.П. Вікторов та ін. Фармація XXI століття: Тез. доп. Всеукр. наук.-практ. конф., 23–24 жовт. 2002 р. Х., 2002. С. 198–199.*

Отримано / Received 23.09.2021

Рецензовано / Revised 05.10.2021

Прийнято до друку / Accepted 11.10.2021 ■

V. V. Shapovalov (Jr.)<sup>1,2,3,4</sup>, V. A. Shapovalova<sup>1,4</sup>, V. V. Shapovalov<sup>2,3,4,5</sup>

<sup>1</sup> Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

<sup>2</sup> National Bar Association of Ukraine, Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup> Advocates company «Apotheosis», Kharkiv, Ukraine

<sup>4</sup> Public organization «Association of medical and pharmaceutical law», Kharkiv, Ukraine

<sup>5</sup> Lviv Medical Institute LLC, Lviv, Ukraine

## Forensic and pharmaceutical research on the impact of drugs on the safety, life and health of road users within the organization of pharmaceutical business, drug technology, pharmaceutical and medical law in Ukraine

**Abstract. Background.** Around the world, drug-related road traffic accidents are one of the leading causes of injury and death among road users. Traffic safety is a system that includes the following components: a person – a person's health condition – the use of dangerous drugs of different classification and legal groups – adverse drug reactions – a vehicle – a road. The share of road traffic accidents under the influence of drugs is more than 75 %, they are also the most socially dangerous, because they have grave consequences, cause irreparable harm to the health and death of the victims. The purpose of the study was to analyze the achievements of forensic

and pharmaceutical researches in Ukraine on the impact of drugs on the safety, life and health of road users within the framework of the organization of pharmaceutical business, drug technology, pharmaceutical and medical law in a retrospective aspect. **Materials and methods.** The materials of the imperative research were legislative, regulatory and legal documents; materials of the formation of the scientific school of forensic pharmacy; scientific publications on the topic of the article; Internet resources, sources of scientific literature. To achieve the set goals, the methods of forensic and pharmaceutical, regulatory, documentary, bibliographic, comparative, historical

and graphic analysis were used. **Results.** The experience of the countries of the world in the prophylaxis and prevention of road traffic accidents under the influence of drugs was analyzed. The causes and conditions for the occurrence and consequences of road traffic accidents are multifactorial in nature and are associated with the victims (driver - pedestrian), vehicle, road conditions, and the use of psychoactive drugs. A system of organizational, regulatory and preventive measures has been developed to provide first medical aid to victims of a road traffic accident. Shown that there is a need for scientifically grounded organizational and legal, clinical and pharmacological, forensic pharmaceutical and socio-economic studies on causal relationships between adverse reactions due to the use of drugs of various classification and legal groups, traffic safety and road traffic accidents. For the first time in Ukraine, a mathematical model was proposed to establish the effect of psychoactive drugs on the driver's condition when driving a vehicle, depending on the calculation of

the stopping path of the car in accordance with the selected speed and a decrease in the driver's response. The structure of road traffic accidents under the influence of psychoactive drugs has been investigated. **Conclusions.** A classification of first-aid kits for providing first medical aid to victims of road traffic accidents was proposed, which made it possible to substantiate the need to improve them both in qualitative and quantitative composition, depending on the type of vehicle and the likelihood of an accident with serious consequences. Recommendations were proposed for providing information on the possibility of obtaining medical care and the signal-calling system on the roads, marking the packages of psychoactive drugs with a special mark in the form of a red triangle. The need for further forensic pharmaceutical research has been proven.

**Keywords:** forensic pharmacy; organization of pharmaceutical business; drug technology; pharmaceutical law; the impact of drugs on the safety; life and health of road users

Шаповалов В. В. (мл.)<sup>1,2,3,4</sup>, Шаповалова В. А.<sup>1,4</sup>, Шаповалов В. В.<sup>2,3,4,5</sup>

<sup>1</sup> Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

<sup>2</sup> Национальная ассоциация адвокатов Украины, г. Киев, Украина

<sup>3</sup> Адвокатское объединение «Апофеоз», г. Харьков, Украина

<sup>4</sup> Общественная организация «Ассоциация медицинского и фармацевтического права», г. Харьков, Украина

<sup>5</sup> Львовский медицинский институт, г. Львов, Украина

### Судебно-фармацевтические исследования влияния лекарств на безопасность, жизнь и здоровье участников дорожного движения в рамках организации фармацевтического дела, технологии лекарств, фармацевтического и медицинского права в Украине

**Резюме. Актуальность.** Во всем мире дорожно-транспортные происшествия под воздействием лекарственных средств являются одной из главных причин травм, смертности среди участников дорожного движения. Безопасность движения представляет собой систему, которая включает следующие составляющие: человек – состояние здоровья человека – употребление опасных лекарств разных классификационно-правовых групп – побочные реакции лекарств – транспортное средство – дорога. Доля дорожно-транспортных происшествий под влиянием лекарств составляет более 75 %, они и наиболее общественно опасны, потому что имеют тяжёлые последствия, наносят неисправимый вред здоровью и приводят к смерти пострадавших. **Цель исследования:** проанализировать достижения судебно-фармацевтических исследований в Украине о влиянии лекарственных средств на безопасность, жизнь и здоровье участников дорожного движения в рамках организации фармацевтического дела, технологии лекарств, фармацевтического и медицинского права в ретроспективном аспекте. **Материалы и методы.** Материалами императивного исследования были законодательные, нормативно-правовые документы; материалы становления научной школы судебной фармации; научные публикации по теме статьи; Интернет-ресурсы, источники научной литературы. Для достижения поставленных целей были применены методы судебно-фармацевтического, нормативно-правового, документального, библиографического, сравнительного, исторического и графического анализа. **Результаты.** Проанализирован опыт стран мира по предупреждению дорожно-транспортных происшествий под влиянием лекарств. Причины и условия возникновения и последствия дорожно-транспортных происшествий носят многофакторный характер и связаны с пострадавшими (водитель – пешеход), транспортным средством, дорожными условиями, употреблением психоактивных лекарственных средств. Разработана система организационно-регуляторных

и предупредительных мер по оказанию первой медикаментозной помощи пострадавшим при дорожно-транспортном происшествии. Показано, что существует необходимость проведения научно-обоснованных организационно-правовых, клинико-фармакологических, судебно-фармацевтических и социально-экономических исследований по причинным связям между побочными реакциями вследствие употребления лекарственных средств различных классификационно-правовых групп, безопасностью движения и дорожно-транспортными происшествиями. Впервые в Украине была предложена математическая модель по установлению влияния психоактивных лекарственных средств на состояние водителя при управлении транспортным средством в зависимости от вычисления пути остановки автомобиля в соответствии с выбранной скоростью и снижением реакции водителя. Исследована структура дорожно-транспортных происшествий, совершаемых под воздействием психоактивных лекарственных средств. **Выводы.** Предложена классификация медицинских аптек для оказания первой медикаментозной помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, которая позволила обосновать необходимость усовершенствования их как по качественному, так и по количественному составу в зависимости от типа транспортного средства и вероятности возникновения происшествия с тяжёлыми последствиями. Предложены рекомендации по обеспечению информации о возможности получения медицинской помощи и системе сигнально-вызывной связи на дорогах, маркировке упаковок психоактивных лекарственных средств специальной отметкой в виде красного треугольника. Доказана необходимость дальнейших судебно-фармацевтических исследований.

**Ключевые слова:** судебная фармация; организация фармацевтического дела; технология лекарств; фармацевтическое право; влияние лекарств на безопасность; жизнь и здоровье участников дорожного движения