

2. Горбась І. М. Фактори ризику серцево - судинних захворювань: поширеність і контроль //Здоров'я України. - 2007. - №21 (додатковий) - С. 62 - 63.
3. Дмитриенко В.В., Аникеева Н.А., Бодаченко Д.А., Туйнова С.В., Петренко Е.А. Рост профессиональной заболеваемости хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) у шахтёров: основные причины //Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2006. - Т.10. - №1 (Приложение).- С. 95 - 98.
4. Кундієв Ю.І., Нагорна А.М. Професійна захворюваність в Україні у динаміці довгострокового спостереження //Український журнал з проблем медицини праці. - 2005. - №1. -С. 3 - 11.
5. Отказ от курения. Иллюзия или реальность? // Therapia.- 2008.-№3. - С. 27 - 36.
6. Перцева Т.А., Конопкина Л.И. Реабилитация больных хроническим обструктивным бронхитом: достижения и перспективы //Укр. пульмонологический журнал. - 2003. - №3.- С. 63 - 65.
7. Рубцов Р.В. Особенности течения хронического обструктивного заболевания лёгких профессиональной этиологии в постконтактный период у рабочих горнорудной промышленности // Довкілля та здоров'я.- 2007.-№3.- С.39 - 43.
8. Dormer C. F., Decramer M. Pulmonary rehabilitation // Eur. Resp. Monograph. –2000. - Vol. 5, № 13/3 – 200 p.
9. West R., McNeil A., Raw M. Smoking cessation guidelines for health professional: an update //Health Education Authority. Thorax. - 2000. – V.55 (12). - P. 987 - 999.

УДК 614.88:364.442:616-053.2-036.86

¹В.А. Огнев, ¹О.М. Міщенко, ¹М.М. Міщенко, ¹О.В. М'якина, ²В.В. Бабієнко

ІНТЕГРАЛЬНА КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЮ ДОПОМОГОЮ

¹Харківський національний медичний університет,
²Одеський державний медичний університет

Реферат

В.А. Огнев, А.Н. Мищенко, М.М. Мищенко, А.В. Мякина, В.В. Бабієнко

ІНТЕГРАЛЬНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩЬЮ

На основе использования данных собственных исследований авторы установили общий уровень обеспеченности медико-социальной помощью и её составляющими различных стратифицированных популяционных групп детей-инвалидов г. Харькова и области.

Ключевые слова: медико-социальная помощь, уровень обеспеченности социальной помощью, ребенок-инвалид, детская инвалидность.

Реферат

В.А. Огнев, О.М. Міщенко, М.М. Міщенко, О.В. М'якина, В.В. Бабієнко

ІНТЕГРАЛЬНА КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЮ ДОПОМОГОЮ

Використовуючи результати власних досліджень встановлені загальні рівні забезпеченості медико-соціальною допомогою і забезпеченість складовими даної допомоги різних стратифікованих популяційних груп дітей-інвалідів м. Харькова та області.

Ключові слова: медико-соціальна допомога, рівні забезпеченості медико-соціальною допомогою, дитина-інвалід, інвалідність, дитяча інвалідність.

Summary

V. Ognev, A. Mischenko, M. Mischenko, A. Mjakina, V. Babienko

THE INTEGRAL COMPLEX ESTIMATION OF SUPPLEMENT OF DISABLE CHILDREN WITH MEDICAL-AND-SOCIAL AID

On the results of own investigations they have established the general levels of supplement with medical-and-social aid and supplement with its containing parts in different stratification groups of population in disable children in the city of Kharkov and its region.

Key words: medical-and-social aid, supplement levels of medical-and-social aid, disable child, disability, children's disability.

Вступ. Система охорони здоров'я населення є основою соціальної політики нашої держави [1, 2, 9, 12]. Особлива увага при цьому надається найбільш незахищеним верствам населення, серед яких діти-інваліди займають одні з перших місць. Стан дитячої інвалідності і їх підтримки відображає соціальну зрілість, економічну повноцінність та моральний стан суспільства [3, 5, 7, 8, 13]. Створення відповідних умов для навчання, виховання, реабілітації, адаптації та інтеграції в суспільство дітей-інвалідів є найважливішою задачею будь-якої держави і світового співтовариства в цілому [4, 6, 10, 11]. Реалізація цього відбувається шляхом надання їм відповідного рівня медико-соціальної допомоги (МСД).

Високий стан залежності від МСД найбільш незахищених верств населення – незаперечне та досить закономірне явище. В першу чергу це відноситься до дітей-інвалідів, у яких спостерігаються зміни реактивності організму, зниження функціонального стану та адаптаційних механізмів, обмеження пристосувальних та психологічних можливостей тощо. Все це і визначає досить високий ступінь залежності від медичної, реабілітаційної, психологічної, соціальної, юридичної, побутової та інших допомоги.

Мета дослідження – розробити методiku і провести кількісну інтегральну оцінку забезпеченості дітей-інвалідів складовими МСД.

Матеріали та методи дослідження. Для даного дослідження нами використано розроблену автором методiku кількісної інтегральної оцінки забезпеченості дітей-інвалідів МСД. Дана методика полягає у заповненні спеціального опитувальника, який складається з декількох розділів (паспортна частина, умови мешкання, забезпеченість медичною допомогою, забезпеченість соціальною допомогою тощо). Отримані якісні характеристики переводяться в кількісну міру, на основі чого розраховуються індивідуальні рівні забезпеченості МСД дітей-інвалідів і популяційні середні рівні, які можуть знаходитись в інтервалі від 0% до 100%. Чим ближче значення до 100%, тим більша забезпеченість даною допомогою і менші потреби у ній. На основі рівня забезпеченості допомогою, стає можливим сформулювати так званий „профіль залежності” дитини-інваліда від допомоги і відповідні цьому профілю рекомендації як для самої дитини-інваліда, так і для медичних, соціальних, освітніх, юридичних та інших служб щодо найбільш адекватного у кожному конкретному випадку виду допомоги з переліком необхідних заходів, а також орієнтовних фінансових витрат на їх більш повне і економічне проведення.

На основі отриманих нами даних, ми створили відповідну базу досліджень, яка склала 521 фізичні одиниці спостереження – діти-інваліди у віці від 0 до 18 років, що мешкають у м.Харкові та області. Було проведено порівняльне дослідження між розподіленими нами стратифікованими популяційними групами (в залежності від віку, статі, мешкання (у місті або селі та в домашніх умовах або спеціалізованому інтернаті), ступеня тяжкості дії інвалідизуючої патології).

При обробці матеріалу розраховувались відносні та середні величини, прогностичні коефіцієнти. Використовувались регресійний (простий, множинний), кореляційний аналізи; методи математичного прогнозування та моделювання, метод системного підходу та аналізу, структурно-логічний та інші. Нами враховані рекомендації про застосування статистичних методів при виконанні соціально-гігієнічних досліджень (А.С. Поляков, А.М. Мерков, 1974, Є.Н. Шиган, 1986, 1987, М.Б. Славін, 1989, Г.Ф. Лакін, 1990, С. Гланц, 1999, А.П. Кулаїчев, 1998, С.П. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич, 2000 та ін.). Обробка матеріалу проводилася на IBM-Pentium IV з використанням пакета прикладних програм „Stadia-6” (серійний номер ліцензійного паспорту 1218 від 24 травня 2000 р., версія „Prof”), Microsoft „Access”, „Excel”.

Результати дослідження та їх обговорення. Використовуючи факторний аналіз нами було визначено найбільш впливові фактори з усіх досліджених, комплекс яких і склав основу вивчення стану надання МСД дітям-інвалідам.

Так у групу даних факторів, увійшли: умови проживання (X1), умови харчування (X2), відпочинок дитини (X3), зайняття фізичною культурою (X4), можливість відвідування секцій та кружків (X5), навчання навичам самообслуговування (X6), сторонній догляд (X7), проведення корекційних вправ (X8), ставлення викладачів та вихователів (X9), рівень навчання (X10), забезпеченість медичною допомогою (X11), наявність письмових рекомендацій (X12), рівень диспансеризації (X13), швидка та невідкладна допомога (X14), амбулаторна допомога (X15), отримання пільгових препаратів та спеціальних засобів (X16), санаторно-курортне лікування (X17), реабілітаційна допомога (X18), інформаційна обізнаність (X19), пільгова допомога (X20).

Для визначення впливу окремих складових МСД (20 ознак) на формування її надання нами за допомогою кореляційної матриці (табл. 1) встановлено, що загальний рівень надання допомоги (X21) має значиму кореляцію ($p < 0,05$) з усіма медико-соціальними факторами. При цьому встановлено, що сильний прямий зв'язок ($r > 0,7$) рівень МСД має з факторами X1, X2, X3, X4, X5, X6, X7, X8, X9, X10, X11, X12, X13, X15, X16, X18, X19, X20; помірний прямий ($0,7 > r > 0,5$) з X14; помірний зворотній ($-0,7 > r > -0,5$) – з X17. Коефіцієнти кореляційної матриці вказують, що практично усі основні складові забезпеченості допомогою дітей-інвалідів мають

значний вплив на загальний її рівень.

Рівні загальної забезпеченості МСД дітям-інвалідам м. Харкова та області, нами відображені в табл. 2, 3. При дослідженні даних питань, нами встановлено, що в цілому рівень забезпеченості МСД дітей-інвалідів складає 61%. Виявлена залежність цього показника від умов мешкання та ступеня дії інвалідизуючої патології. Так, діти, що проживають в домашніх умовах забезпечені допомогою краще (46%), у порівнянні з дітьми, які мешкають в умовах інтернату (19%).

Окрім цього, діти з легким та середнім ступенем дії інвалідизуючої патології, забезпечені допомогою значно краще проти дітей з тяжким (40%, 15% та 12% відповідно). При цьому встановлені і показники забезпеченості окремими складовими МСД. Досить низькі рівні визначені у забезпеченості стороннім доглядом (45%), забезпеченості навчанням навичкам самообслуговування (42%), зайнятті фізичною культурою (41%), забезпеченості санаторно-курортним лікуванням (34%), можливості відвідування секцій та кружків (31%), забезпеченості швидкою та невідкладною допомогою (26%) та отриманні пільгових препаратів та спеціальних пристроїв (23%).

Висновки. На основі вищезазначеного, ми спроможні констатувати:

1. Встановлено, що в цілому рівень забезпеченості медико-соціальною допомогою дітей-інвалідів складає 61,0%. Основними факторами, які істотно впливають на забезпеченість допомогою, є: умови мешкання та ступінь дії інвалідизуючої патології. Так, згідно з результатами дослідження, розкрито, що діти з тяжким ступенем дії патології та проживаючі в умовах інтернату, мають вкрай низькі загальні рівні забезпеченості медико-соціальною допомогою (лише 12% і 19% відповідно).

2. Менш всього діти забезпечені санаторно-курортним лікуванням (34%), можливістю відвідування секцій та кружків (31%), швидкою та невідкладною допомогою (26%) та отриманням пільгових препаратів та спеціальних пристроїв (23%).

Література

1. Дудіна О. О., Курчатова Г. В., Мазур Т. М. Методичні аспекти оцінки якості первинної медико-санітарної допомоги дитячому населенню м. Києва // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 2. – С. 52–54.
2. Зинчук Ю. Ю. Роль врачебной ассоциаций в обеспечении качества медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. – 2004. – № 5. – С. 6–8.
3. Платов А. В., Сергієні О. В., Войтчак Т. Г. Первинна і загальна інвалідність населення України у 90 – х роках // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 12–17.
4. Калиниченко І.О., Єжова О.О. Формування здоров'я школярів в умовах навчально – виховного закладу // Довкілля та здоров'я. – 2003. – № 3. – С. 59 – 61.
5. Камаєв І. А., Позднякова М. А. Детская инвалидность (проблемы и пути решения). – Нижний Новгород. – 1999. – 156 с.
6. Качанова Л.П. Створення безпечного оточення дітям – стратегія соціальної політики в Україні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 3. – С. 74 – 77.
7. Корнацький В. М. Інвалідизація населення як показник стану здоров'я та резервів покращання добробуту держави // Медичні перспективи. – 2001. – Том VI. – № 1. – С. 124–128.
8. Лук'янова О. М. Медико-соціальні аспекти збереження здоров'я дітей, забезпечення їхнього гармонійного фізичного та інтелектуального розвитку // Журнал академії медичних наук України. – 2001. – Том 7. – № 3. – С. 408–415.
9. Максимова Т. М., Гаєнко О. Н. Здоровье населения и социально – экономические проблемы общества // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 3–7.
10. Меметов С.С., Домашенко А.А., Макаренко С.А. Взаимодействие ученых и практиков по вопросам улучшения социальной защиты инвалидов в Целинском районе Ростовской области // Медико – социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 1. – С. 56 – 57.
11. Нестеренко Е.И., Полунина Н.В., Оприщенко С.А., Федоров Д.И. Современные тенденции заболеваемости населения и ведущие социально – гигиенические факторы, способствующие ее формированию // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 5. – С. 4 – 7.
12. Пономаренко В. М., Ковешнікова І. В., Нагорна А. М., Чаус О. В. Виконання політики „Здоров'я для всіх” в Україні (за результатами третьої оцінки здійснення політики ЗДВ в Європі) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – № 2. – С. 8–13.
13. Пономаренко В. М., Хунов Ю. А. Вивчення стану здоров'я дітей – складова частина формування програм розвитку охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – № 2. – С. 5–10.

Таблиця 1

Кореляційна матриця залежності загального рівня надання МСД дітям-інвалідам м. Харкова та області від окремих медико-соціальних факторів

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15	X16	X17	X18	X19	X20	X21
X1	1	0,9984	0,9993	0,8158	0,6794	0,9992	0,9830	0,9956	0,9939	0,9992	0,9997	0,9983	0,9970	0,5632	0,9681	0,9642	-0,5495	1	0,9949	0,9939	0,9989
X2	0,9984	1	0,9998	0,8163	0,7194	0,9998	0,9904	0,9906	0,9983	0,9998	0,9994	1	0,9913	0,6078	0,9526	0,9769	-0,5954	1	0,9989	0,9861	0,9995
X3	0,9993	0,9998	1	0,8164	0,7071	1	0,9884	0,9925	0,9973	1	0,9998	0,9998	0,9934	0,5940	0,9578	0,9733	-0,5812	1	0,9980	0,9889	0,9996
X4	0,8158	0,8163	0,8164	1	0,5773	0,8164	0,7566	0,8509	0,8283	0,8164	0,8163	0,8163	0,8019	0,4042	0,7820	0,8388	-0,4745	1	0,8149	0,8074	0,8011
X5	0,6794	0,7194	0,7071	0,5773	1	0,7071	0,7863	0,6316	0,7538	0,7071	0,6950	0,7198	0,6226	0,9801	0,4740	0,8411	-0,9863	1	0,7498	0,5943	0,7068
X6	0,9992	0,9998	1	0,8164	0,7071	1	0,9884	0,9925	0,9973	1	0,9998	0,9998	0,9934	0,5940	0,9578	0,9733	-0,5812	1	0,9980	0,9889	0,9996
X7	0,9830	0,9904	0,9884	0,7566	0,7863	0,9884	1	0,9627	0,9922	0,9884	0,9862	0,9905	0,9694	0,6973	0,9112	0,9821	-0,6750	1	0,9942	0,9592	0,9904
X8	0,9956	0,9906	0,9925	0,8509	0,6316	0,9925	0,9627	1	0,9848	0,9925	0,9941	0,9906	0,9961	0,5012	0,9792	0,9500	-0,4961	1	0,9844	0,9963	0,9904
X9	0,9939	0,9983	0,9973	0,8283	0,7538	0,9973	0,9922	0,9848	1	0,9973	0,9960	0,9984	0,9826	0,6435	0,9355	0,9874	-0,6356	1	0,9996	0,9760	0,9963
X10	0,9992	0,9998	1	0,8164	0,7071	1	0,9884	0,9925	0,9973	1	0,9998	0,9998	0,9934	0,5940	0,9578	0,9733	-0,5812	1	0,9980	0,9889	0,9996
X11	0,9997	0,9994	0,9998	0,8163	0,6950	0,9998	0,9862	0,9941	0,9960	0,9998	1	0,9993	0,9993	0,5805	0,9625	0,9695	-0,5673	1	0,9968	0,9913	0,9995
X12	0,9983	1	0,9998	0,8163	0,7198	0,9998	0,9905	0,9906	0,9984	0,9998	0,9993	1	0,9912	0,6083	0,9524	0,9770	-0,5959	1	0,9990	0,9860	0,9994
X13	0,9970	0,9913	0,9934	0,8019	0,6226	0,9934	0,9694	0,9961	0,9826	0,9934	0,9952	0,9912	1	0,5030	0,9840	0,9413	-0,4855	1	0,9845	0,9992	0,9935
X14	0,5632	0,6078	0,5940	0,4042	0,9801	0,5940	0,6973	0,5012	0,6435	0,5940	0,5805	0,6083	0,5030	1	0,3414	0,7388	-0,9898	1	0,6423	0,4700	0,5975
X15	0,9681	0,9526	0,9578	0,7820	0,4740	0,9578	0,9112	0,9792	0,9355	0,9578	0,9625	0,9524	0,9840	0,3414	1	0,8701	-0,3229	1	0,9380	0,9898	0,9574
X16	0,9642	0,9769	0,9733	0,8388	0,8411	0,9733	0,9821	0,9500	0,9874	0,9733	0,9695	0,9770	0,9413	0,7388	0,8701	1	-0,7417	1	0,9849	0,9304	0,9709
X17	-0,5495	-0,5954	-0,5812	-0,4745	-0,9863	-0,5812	-0,6750	-0,4961	-0,6356	-0,5812	-0,5673	-0,5959	-0,4855	-0,9898	-0,3229	-0,7417	1	1	-0,6308	-0,4540	-0,5810
X18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
X19	0,9949	0,9989	0,9980	0,8149	0,7498	0,9980	0,9942	0,9844	0,9996	0,9980	0,9968	0,9990	0,9845	0,6423	0,9380	0,9849	-0,6308	1	1	0,9777	0,9977
X20	0,9939	0,9861	0,9889	0,8074	0,5943	0,9889	0,9592	0,9963	0,9760	0,9889	0,9913	0,9860	0,9992	0,4700	0,9898	0,9304	-0,4540	1	0,9777	1	0,9885
X21	0,9989	0,9995	0,9996	0,8011	0,7068	0,9996	0,9904	0,9904	0,9963	0,9996	0,9995	0,9994	0,9935	0,5975	0,9574	0,9709	-0,5810	1	0,9977	0,9885	1

Таблиця 2

Рівні забезпеченості найбільш вагомими факторами МСД дітей-інвалідів
м. Харкова та області (в %)

№ з/п	Складові МСД	Рівень забезпеченості (%)
1	відпочинок дитини	96%
2	реабілітаційна допомога	96%
3	умови харчування	94%
4	забезпеченість медичною допомогою	91%
5	наявність письмових рекомендацій	89%
6	забезпеченість пільговою допомогою	83%
7	ставлення викладачів та вихователів	72%
8	інформаційна обізнаність	70%
9	рівень навчання	69%
10	рівень диспансеризації	68%
11	забезпеченість проведення корекційних вправ	54%
12	умови проживання	52%
13	забезпеченість амбулаторною допомогою	48%
14	забезпеченість стороннім доглядом	45%
15	забезпеченість навчанням навичкам самообслуговування	42%
16	зайняття фізичною культурою	41%
17	забезпеченість санаторно-курортним лікуванням	34%
18	можливість відвідування секцій та кружків	31%
19	забезпеченість швидкою і невідкладною допомогою	26%
20	отримання пільгових препаратів та спеціальних пристроїв	23%
21	У цілому:	61%

Таблиця 3

Загальні рівні забезпеченості МСД дітей-інвалідів (в %)

№ з/п	Групи дітей	Рівень забезпеченості (%)
1	сільські діти	32%
2	міські діти	32%
3	мешкають в інтернаті	19%
4	мешкають вдома	46%
5	легкий ступінь дії патології	40%
6	середній ступінь дії патології	15%
7	тяжкий ступінь дії патології	12%
8	У цілому:	61%