

МЕДИЧНІ НАУКИ

УДК 616-058(477.7)-084-048.78+616-036.12(477.7)-084-048.78

*Талалаєв Костянтин Олександрович,
Одеський національний медичний університет, доцент кафедри соціальної
медицини, громадського здоров'я та медичного права*

УДОСКОНАЛЕННЯ НАПРЯМКУ ПРОТИДІЇ СОЦІАЛЬНИМ І ХРОНІЧНИМ ХВОРОБАМ У ПРИЧОРНОМОРСЬКОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

Завдяки досягненням медичної науки та подовженню тривалості життя, зростає частка людей, які протягом тривалого часу страждають від складних проблем здоров'я (множинних хронічних і супутніх захворювань). Лікування цих груп хворих не може обмежуватися епізодичними контактами з пацієнтами. Медична допомога будується переважно навколо моделі епізодичного лікування окремих станів і характеризується фрагментацією послуг. Фрагментарність постачання медичних послуг є визнаною проблемою в системах охорони здоров'я багатьох країн. Загальносвітовою тенденцією в реформі охорони здоров'я і нових організаційних заходів, спрямованих на більш скоординовані і комплексні форми надання медичної допомоги, є інтеграція медичної допомоги, яка певним чином є протиположною.

Ключові слова. Профілактика, соціальні хвороби, хронічні хвороби, організація охорони здоров'я.

Актуальність. У сучасному світі, завдяки досягненням медичної науки та подовженню тривалості життя населення більшості країн, зростає частка людей, які протягом тривалого часу свого життя страждають від мультиморбідних і все більш складних проблем здоров'я (множинних хронічних і супутніх захворювань). Лікування цих груп хворих не може обмежуватися епізодичними контактами з пацієнтами за їх ініціативи. Проте сьогодні медична допомога переважно будується навколо моделі епізодичного лікування окремих станів і характеризується фрагментацією послуг, що значно знижує результативність та ефективність медичного обслуговування більшості хворих.

Аналіз публікацій. Така фрагментарність постачання медичних послуг є визнаною проблемою в багатьох системах охорони здоров'я [1]. Загальносвітовою тенденцією в реформі охорони здоров'я і нових організаційних заходів, спрямованих на більш скоординовані і комплексні форми надання медичної допомоги, в останні два десятиліття стала інтеграція медичної допомоги, яка певним чином є протиположною автономії, що належить до одного краю континууму з найменшою співпрацею. Інтеграція – поєднання частин роботи або послуг – відноситься до протилежного краю з найбільшою співпрацею та координацією [2].

Поняття інтеграції сягає корінням у теорію систем, що досліджує процеси об'єднання організаційновиробничих структур та пов'язані з цим зміни в системах управління. У найбільш загальному вигляді інтеграція визначається як «якість співпраці між підрозділами, яким необхідно об'єднати зусилля відповідно до вимог зовнішнього середовища». Ідея інтеграції в галузі охорони здоров'я спрямована на формування єдиної системи, що забезпечує максимальне задоволення справедливих потреб населення в медичній допомозі, безперервність і високий стандарт якості її надання [3].

Інтегрована допомога, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (2002), – це концепція надання медичної допомоги, що забезпечує скоординованість дій окремих постачальників медичних послуг із метою досягнення економічної ефективності, поліпшення якості та підвищення рівня задоволеності користувачів і постачальників медичної допомоги. Засоби включають: зниження неефективності в рамках системи, підвищення безперервності процесу надання медичної допомоги та розширення прав і можливостей споживачів послуг. В охороні здоров'я багатьох країн Європейського Союзу йде пошук організаційно-економічних механізмів інтеграції роботи окремих медичних служб для забезпечення безперервності, наступності лікування і досягнення на цій основі

внутрішньосистемної економії та більш високих клінічних результатів роботи галузі в цілому [4].

На сьогодні набули поширення два підходи скоординованого надання послуг: інтегрована медико-соціальна допомога (Leichsenring K., 2004) [5] та інтегроване ведення хвороб (Nolte E., 2008) [6].

Інтегрована медична та медико-соціальна допомога орієнтована на осіб із множинними проблемами здоров'я, яким потрібна допомога при виконанні звичайних життєвих функцій. Мета цього підходу – забезпечити взаємодію служб, що займаються лікуванням і наданням медико-соціальної допомоги для того, щоб поліпшити кінцеві результати охорони здоров'я для осіб із комплексними потребами. Така інтеграція може мати різні форми залежно від мети (функціональної, організаційної, професійної чи клінічної), рівня (горизонтального або вертикального) і ступеня інтеграції (повна, структурна або «віртуальна» інтеграція у вигляді певних формальних зв'язків або більш довільного співробітництва). Підхід, заснований на інтегрованому веденні хвороб, націлений на людей з однією, частіше хронічною, хворобою або патологією. Є фактичні дані на користь того, що деякі елементи медичної допомоги дозволяють поліпшити результати для осіб зі складними проблемами здоров'я. Створення інтегрованих систем потребує певних трансформацій в організації надання всього спектра медичних послуг відповідно до потреб пацієнтів. Аналіз численних фактичних доказових даних, представлених у систематичному огляді, підготовленому канадським вченим Suter E. (2009), дали змогу виділити ключові принципи, яким має відповідати інтегрована система медичної допомоги.

Одним з актуальних завдань, що стоять перед державою і суспільством, є підвищення рівня громадського здоров'я та удосконалення (підвищення) його ефективності. У ряді напрямків вирішення цих завдань суттєво залежить від законодавства у галузі охорони здоров'я громадян. Але положення багатьох з прийнятих законів не діють або діють слабо. Проблема дієвості законів, підвищення віддачі від них характерна для багатьох галузей законодавства, включно з охороною здоров'я громадян.

Має місце ряд нормативно-правових актів, що потребують перегляду, доопрацювання і переробки; вдосконалення їх можливе лише при появі нових наукових даних, які треба буде внести у клінічні протоколи.

Ситуація, що склалася у сфері боротьби з соціальними та хронічними хворобами, примушує констатувати суттєву неузгодженість між спеціальним законодавством і конституційними вимогами, між підзаконними актами і законодавством.

Вирішення існуючих проблем хворих, в т.ч. на законодавчому рівні, має включати забезпечення раціонального контрольованого лікування усіх хворих на належному рівні у стаціонарах і на амбулаторному етапі, вирішення кадрових питань, створення національного і регіональних реєстрів і забезпечення моніторингу ситуації; усунення недоліків щодо виявлення хворих; зміцнення матеріально-технічної бази лікувальних закладів.

Висновки. Мультисекторальний підхід до вирішення проблеми створенням системи безперервного комплексного надання якісних і доступних послуг з профілактики, діагностики та лікування, з належною координацією та пріоритетним фінансуванням має здійснюватись у межах реформування системи охорони здоров'я шляхом розробки і затвердження програми, розробленої на підставі державної соціальної програми, об'єднання зусиль державних і комунальних медичних, соціальних і наукових установ, бізнесструктур, громадських і релігійних організацій в її реалізації та за умови пошуку додаткових механізмів фінансування, незаборонених державою.

З огляду на існуючі світові тренди в галузі охорони здоров'я та наукові надбання, отримані під час виконання роботи, з метою попередження розповсюдженню та сприяння якісному лікуванню пацієнтів з соціальними та хронічними хворобами, доцільним виглядає впровадження в систему охорони здоров'я моделі інтегрованих послуг, яка передбачатиме надання всього комплексу профілактичних, діагностичних та лікувальних послуг в галузі соціальних та хронічних хвороб в одному лікувальному закладі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. В.М. Лехан, В.В. Волчек, Л.В. Крячкова, В.Г. Кий–Кокарева. Інтеграція медичної допомоги як технологія підвищення ефективності системи охорони здоров'я. // Економіка і право охорони здоров'я. № 1 (3), 2016, с. 5-11.
2. Gröne O. Trends in integrated care – reflections on conceptual issues / O. Gröne, M. Garcia-Barbero. – Copenhagen: WHO, 2002. – 164 p. – EUR/02/5037864.
3. Ham C. Payment systems and incentives to support integrated care. 11 April 2013. [Electronic resource] / C. Ham // The King's Fund. – 22 p. – Access mode : <http://www.integratedcarefoundation.org>. – Title from screen.
4. Rice J. Integrated care delivery models: insights from USA and Europe / J. Rice // Seminar at Research University – High School of Economics, 27 June, 2011. – Brussels, 2011. – 26 p.
5. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe / Kai Leichsenring // International Journal of Integrated Care. – 2004. – № 4. – P. 10–19.
6. Nolte E. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective / E. Nolte. M. McKee. – Open University Press, 2008. – 253 p.

Талалаев Константин Александрович,

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ СОЦИАЛЬНЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ В ПРИЧЕРНОМОРСКОМ РЕГИОНЕ УКРАИНЫ

Благодаря достижениям медицинской науки и увеличению продолжительности жизни, растет доля людей, которые в течение длительного времени страдают от сложных проблем здоровья (множественных хронических и сопутствующих заболеваний). Лечение этих групп больных не может ограничиваться эпизодическими контактами с пациентами. Медицинская помощь строится преимущественно вокруг модели эпизодического лечения отдельных состояний и характеризуется фрагментацией услуг. Фрагментарность поставки медицинских услуг является признанной проблемой в системах здравоохранения многих стран. Общемировой тенденцией в реформе здравоохранения и новых организационных мероприятиях, направленных на более скоординированные и комплексные формы оказания медицинской помощи, является интеграция медицинской помощи, определенным образом является противовесом.

Ключевые слова. Профилактика, социальные болезни, хронические болезни, организация здравоохранения.

Kostyantyn Talalayev,

IMPROVEMENT OF SOCIAL AND CHRONIC DISEASES PREVENTION IN THE BLACK SEA REGION OF UKRAINE

With the advancement of medical science and life expectancy, the proportion of people suffering from complex health problems (multiple chronic and comorbidities) has been increasing for a long time. Treatment of these patient groups may not be limited to episodic contact with patients. Medical care is mainly built around the model of episodic treatment of individual conditions and is characterized by fragmentation of services. The fragmentation of health care delivery is a recognized problem in many countries' healthcare systems. A worldwide trend in health care reform and new organizational arrangements for more coordinated and integrated care delivery is the integration of care, which is in some ways a counterbalance.

Keywords. Prevention, Social Diseases, Chronic Diseases, Health Care Management.

МИСТЕЦТВОЗНАВСТВО

УДК 793.322:159.942

*Педан Анастасія Вікторівна,
магістрантка 2 курсу факультету заочного та дистанційного навчання
Європейського університету,
спеціальність «Сучасна хореографія», Київ*

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН СУЧАСНОГО ТАНЦІВНИКА В ПЕРФОРМАТИВНОМУ ПРОСТОРИ

У статті визначаються та висвітлюються особливості психоемоційного стану сучасного танцівника в перформативному просторі. Поставлена мета реалізується через уточнення поняття «перформативний простір» / «перформанс» й окреслення специфіки психоемоційного стану танцівника з акцентом на вольовому компоненті. Виявлено, що для перформативного простору сучасного танцівника характерним є симуляція природного переключення психоемоційних станів задля досягнення найтіснішого контакту / зв'язку з глядачем. Це обумовлено цілою низкою об'єктивних і суб'єктивних причин, основними з яких є розвиток самосвідомості, спонукальної та вольової сфер особистості. Для сучасного танцівника надзвичайно важливим є вміння активувати стани споглядання, зосередженості, емоційної напруги, які власне при закріпленні навичок дають змогу викликати в подальшому розмаїття необхідних для конкретних ситуацій психоемоційних станів у перформативному просторі. Перспективи подальшого дослідження полягають в описі ситуаційного контексту, що безпосередньо впливає на психоемоційний стан сучасного танцівника.

Ключові слова: психоемоційний стан, перформативний простір, перформанс, симуляція природного переключення, вольовий компонент.

Постановка проблеми. Психологія (емоційних / психоемоційних) станів в спеціальній навчальній і науковій літературі не є достатньо висвітленою, а отже залишається *актуальною* для вивчення, зокрема в такому образотворчому виді мистецтва, як танець. Поради щодо керування й контролю психоемоційного стану танцівника в сучасному перформансі неодмінно сприятимуть розвитку такого сучасного танцю, як контемпорарі, привертаючи все більше прихильників, здатних зрозуміти й проінтерпретувати побачене й відчуте.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблемою емоційних / психічних станів, емоцій взагалі займалися як вітчизняні (Ю. Гриненко, В. Романюк, К. Станіславська, Т. Мотрук, Г. Шевцов та інші), так і зарубіжні вчені (М. Каткова, Ж.-Ф. Ліотар, Е. Морозова, К. Платонов, В. Савчук та інші). Дослідники намагались розмежувати зазначені вище явища, проте, визнаючи існування психічних процесів, станів і властивостей особистості, цілком логічним є визнання психічних станів проміжною ланкою між процесами й властивостями, розуміючи під ними «єдність духовної, психічної та тілесної організації» (Мотрук, 2011: 202). Також цілком закономірним є факт невіддільності психоемоційних ста-

нів від емоцій, котрі є невід'ємною складовою будь-якого стану і завжди пов'язані з якоюсь діяльністю людини. Психоемоційні стани залежать від стану здоров'я людини, від життєвих обставин, цілої низки інших факторів. Вони існують у вигляді переживань та ідей, формуючись як у свідомій, так і несвідомій частині психіки, тому й не завжди можуть бути дослідженими.

Як вияви психічних психоемоційні стани можна класифікувати на емоційні, вольові та пізнавальні / гностичні (О.А. Коренькова, А.О. Прохоров); за глибиною – на глибокі й поверхові; за тривалістю – на миттєві / нестійкі / оперативні, довготривалі / поточні, хронічні / перманентні (А.Н. Мосіна, Ю.В. Щербатих), при цьому вони можуть переходити із одного виду в інший, як в позитивному, так і в негативному плані.

Відносячи до емоційних станів настрої, афекти і тривогу, до вольових – рішучість і розгубленість, до пізнавальних / гностичних – зосередженість і замисленість, то, як правило, за складністю та довільністю вчені психоемоційні стани розмішують від афекту (з домінуванням емоцій) до настрою і пристрасті, де вже емоції об'єднуються з волею. Саме про психоемоційний стан сучасного танцівника як вольовий вияв тут і зараз дотепер не існує вичерпної інформації.