

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ**

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ОСВІТНІЙ СТУПІНЬ «МАГІСТР»

**тема: ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ
ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я В
УКРАЇНІ**

Виконала: студентка заочної форми навчання
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
ОП «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва напряму підготовки, спеціальності)

Мілютіна Тетяна Олексіївна

Керівник

Коблянська Інна Ігорівна
к.е.н., доцент кафедри економіки та
підприємництва ім. професора І.М. Брюховецького

Рецензент

Нагорна Ксенія Олександрівна
Лікар загальної практики – сімейний лікар
КНП «Центр первинної медико-санітарної
допомоги №1» СМР

Суми - 2022 р.

АНОТАЦІЯ

Мілютіна Т.О. Публічне управління в сфері репродуктивного здоров'я в Україні

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», СНАУ, Суми-2022 р. – Рукопис.

В першому розділі кваліфікаційної роботи досліджено, що принципи державної політики виступають основою для впровадження концептуальних елементів в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я. Одним із базових напрямів в системі управління національних систем охорони здоров'я є забезпечення, підтримки та збереження репродуктивного здоров'я населення. Враховуючи актуальність розвитку інформаційної складової в сфері охорони репродуктивного здоров'я важливою є її імплементація на рівень надання первинної медико-санітарної допомоги.

В другому розділі дослідження підтверджено, що протягом досліджуваного періоду, зниження показників перинатальної смертності, що виникло внаслідок проведення наступних комплексних заходів: боротьба з невиношуванням та переношуванням з метою охорони плода. Своєчасна госпіталізація та адекватна терапія вагітних груп ризику в критичні строки гестації у відділення патології вагітних та акушерське відділення. Скринінгові УЗД плода з метою раннього виявлення вроджених вад розвитку та плацентарної дисфункції, оцінка біофізичного профілю плода, визначення плодово-плацентарного та маточно-плацентарного кровотоку при допомозі доплерометричного дослідження. Широке впровадження методів медико-генетичного консультування.

В третьому розділі кваліфікаційної роботи встановлено, що серед показників, котрі можуть виступити основою для формування системи оціночних індикаторів визначено: комплекс показників частоти переривання вагітності; показники захворюваності на злоякісні новоутворення жіночого населення; показники захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, жіночого населення; показники захворювань сечостатевої системи серед дівчаток – підлітків; показники нозологічних форм жіночого безпліддя. Обґрунтовано алгоритм впровадження стратегічного підходу в сфері публічного управління охороною репродуктивного здоров'я. Аналіз тенденцій розвитку концепцій захисту репродуктивних прав населення на міжнародному рівні показує, що ці питання посідають центральне місце в політиці провідних країн світу, що свідчить про важливість управління в даній сфері. Водночас питання репродуктивних прав залежить від рівня соціального, економічного, культурного розвитку країни, релігії та національних традицій, тому для їх забезпечення важливою є повноцінна участь органів публічної влади та громадських організацій у цій сфері.

Ключові слова: публічне управління, охорона репродуктивного здоров'я, стратегічний підхід.

SUMMARY

Milyutina T.O. Public administration in the field of reproductive health in Ukraine

Qualification work on specialty 281 "Public management and administration", SNAU, Sumy-2022 - Manuscript.

In the first section of the qualification work, it was investigated that the principles of state policy are the basis for the implementation of conceptual elements in the field of public management of reproductive health care. One of the basic directions in the management system of national health care systems is to ensure, support and preserve the reproductive health of the population. Taking into account the relevance of the development of the informational component in the field of reproductive health care, its implementation at the level of providing primary health care is important.

In the second section of the study, it was confirmed that during the period under study, the reduction of perinatal mortality rates occurred as a result of the following complex measures: the fight against miscarriage and carrying to protect the fetus. Timely hospitalization and adequate therapy of pregnant women at risk during critical periods of gestation in the Department of Pregnancy Pathology and the Obstetrics Department. Screening ultrasound of the fetus with the aim of early detection of congenital malformations and placental dysfunction, evaluation of the biophysical profile of the fetus, determination of feto-placental and utero-placental blood flow with the help of dopplerometric examination. Wide implementation of medical and genetic counseling methods.

In the third section of the qualification work, it was established that among the indicators that can serve as a basis for the formation of a system of evaluation indicators, the following are defined: a set of indicators of the frequency of pregnancy termination; indicators of the incidence of malignant neoplasms in the female population; incidence rates of sexually transmitted infections in the female population; indicators of diseases of the genitourinary system among adolescent girls; indicators of nosological forms of female infertility. The algorithm for implementing a strategic approach in the field of public management of reproductive health care is substantiated. The analysis of trends in the development of concepts for the protection of reproductive rights of the population at the international level shows that these issues occupy a central place in the politics of the world's leading countries, which indicates the importance of management in this area. At the same time, the issue of reproductive rights depends on the level of social, economic, cultural development of the country, religion and national traditions, therefore, for their provision, full participation of public authorities and public organizations in this area is important.

Keywords: public administration, reproductive health care, strategic approach.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я...	6
РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я.....	16
2.1 Нормативна-правова регламентація публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я України	16
2.2 Оцінка результативності публічного управління в сфері організації охорони репродуктивного здоров'я населення Сумської міської ради.....	22
2.3 Аналіз результативності публічного управління в сфері надання акушерсько-гінекологічних хірургічних послуг населенню Сумської міської ради.....	29
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТРУМЕНТІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я...	38
3.1 Формування системи показників оцінки в системі публічного управління охорони репродуктивного здоров'я жіночого населення	38
3.2 Впровадження стратегічного підходу в систему формування публічних політик в сфері охорони репродуктивного здоров'я України	44
3.3 Обґрунтування напрямів розширення функцій первинної ланки в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я	52
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	63
ДОДАТКИ.....	66

ВСТУП

Актуальність теми. Публічне управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я України є комплексом механізмів, підходів, інструментів та важелів впливу на відтворення та продуктивність населення протягом життя кожної людини. В сфері реалізації державної політики, репродуктивне здоров'я розглядається як соціальна можливість, яка сприяє медичними та соціальними ресурсами забезпеченню національній безпеці, в системі громадського здоров'я. Громадське здоров'я визначається складною взаємодією соціальних, поведінкових і біологічних факторів, поліпшення яких, сприятиме збільшенню тривалості та якості життя, добробуту людей і збалансованому розвитку окремих осіб і суспільства.

Охорона репродуктивного здоров'я - це система заходів, спрямованих на здорове відтворення та планування сім'ї; захист від захворювань, що передаються статевим шляхом, і лікування захворювань репродуктивної системи; запобігання загибелі дітей і вагітних жінок. Відповідно, публічне управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я, розглядають як комплекс підходів, принципів, функцій, інструментів та заходів, як на рівні держави, так і на місцевому рівні, орієнтованих на досягнення прогресу в сфері охорони репродуктивного здоров'я.

Важливість впровадження дієвих інструментів в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я підтверджують стратегічні орієнтири розвитку, визначені в міжнародному просторі. Так, на 57-й Всесвітній асамблеї охорони здоров'я в травні 2004 року була прийнята Стратегія репродуктивного здоров'я, щоб прискорити прогрес у досягненні Цілей сталого розвитку. Ця стратегія ґрунтується на міжнародно-визнаних документах та Загальній декларації прав людини. Враховуючи зміну вектору публічного управління в частині імплементації репродуктивного здоров'я, як складової системи громадського здоров'я, важливим є посилення уваги до профілактичних заходів.

Інвестиції в цю сферу рятують життя, дозволяють жінкам і дівчатам рівноправно брати участь в економічній і соціальній діяльності, а також дозволяють сім'ям добре інвестувати у своїх дітей.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження концептуальних аспектів в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я та обґрунтування інструментів її удосконалення. Відповідно до визначеної в кваліфікаційній роботі мети дослідження визначено наступні **завдання**:

- дослідження теоретико-концептуальних аспектів публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я;
- проведення аналізу нормативно-правової регламентації публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я в Україні;
- надання оцінки результативності публічного управління в сфері організації охорони репродуктивного здоров'я населення Сумської міської ради;
- формування системи показників оцінки в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я жіночого населення;
- обґрунтування впровадження стратегічного підходу в систему формування публічних політик в сфері охорони репродуктивного здоров'я України;
- визначення напрямів розширення функцій первинної ланки в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я.

Об'єктом дослідження є управління охорони здоров'я Сумської міської ради.

Предметом дослідження є теоретичні положення, методологічні засади та практичні аспекти оцінки результативності публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я населення.

Теоретичні і методологічні засади кваліфікаційного дослідження були сформовані на основі положень, категорій і концепцій публічного управління. Важливе значення мали закони і нормативно-правові акти, які є регуляторами в сфері охорони репродуктивного здоров'я населення. Для аналізу та оцінки явищ щодо удосконалення інструментів публічного управління в сфері охорони

репродуктивного здоров'я населення було використано аналіз і синтез, загальнонаукові методи і методи соціально-економічних досліджень, зокрема, абстрактно-логічний, статистико-аналітичні методи тощо.

Інформаційною базою дослідження стали нормативно-правові акти, які регламентують публічне управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я населення України, нормативні акти Міністерства охорони здоров'я України, нормативні акти Кабінету Міністрів України, монографії і науково-аналітичні статті вітчизняних та зарубіжних вчених, Internet-ресурси, матеріали дискусій на наукових конференціях, аналітичні розробки та довідки, особистості спостереження автора.

Наукова новизна одержаних результатів роботи полягає в обґрунтуванні інструментів удосконалення публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я населення.

Практична значущість одержаних результатів роботи виражене в тому, що автором надано загальну характеристику системи публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я населення, визначено інструменти щодо її удосконалення. Окреслені напрями мають практичну цінність та актуальність для удосконалення інструментів публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я населення.

Основні положення і результати наукових досліджень пройшли апробацію на двох міжнародних науково-практичних конференціях:

1. Мілютіна Т.О. Концептуальні засади формування інноваційної моделі публічного управління охорони репродуктивного здоров'я. *Актуальні проблеми науки, освіти і суспільства в Україні та світі: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції* (Полтава, 29 вересня 2022 р.). Полтава: ЦФЕНД, 2022. С.39-41.

2. Мілютіна Т. О. Інформаційно-аналітичне забезпечення в системі публічного управління охорони репродуктивного здоров'я. *Актуальні питання науки, освіти і суспільства: теорія і практика: збірник тез доповідей*

міжнародної науково-практичної конференції (м. Умань, 28 жовтня 2022 р.): у 2 ч. Умань: ЦФЕНД, 2022. Ч. 1. С. 77-78.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатку. Основний зміст роботи викладено на 66 сторінках комп'ютерного тексту. Список використаних джерел нараховує 23 найменування. Робота містить 17 таблиць, 12 рисунків, додатку.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

Публічне управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я України є комплексом механізмів, підходів, інструментів та важелів впливу на відтворення та продуктивність населення протягом життєвого циклу кожної людини [1, с. 72]. В сфері реалізації державної політики репродуктивне здоров'я розглядається як соціальна можливість, яка сприяє медичними та соціальними ресурсами забезпеченню національній безпеці в системі громадського здоров'я. Громадське здоров'я визначається складною взаємодією соціальних, поведінкових і біологічних факторів, поліпшення яких сприятиме збільшенню тривалості та якості життя, добробуту людей і збалансованому розвитку окремих осіб і суспільства [2, с. 113].

Існує низка теоретичних підходів до визначення сутності репродуктивного здоров'я. Так, термін «репродуктивне здоров'я» розглядають, як психологічні та фізичні умови, які дозволяють відтворювати здорових дітей [3, с. 104]. Однак термін «репродуктивне здоров'я» має й більш ємну характеристику, в частині забезпечення підтримки в розрізі наступних аспектів: сексуальне здоров'я, планування сім'ї, безпечне материнство та батьківство [4, с. 54].

За визначенням ВООЗ, репродуктивне здоров'я розглядається як стан фізичного, емоційного, розумового та соціального благополуччя, пов'язаний зі статевим життям, а не лише відсутність захворювань, дисфункцій чи інвалідності. Репродуктивне здоров'я вимагає позитивного ставлення та поваги до сексуальності без примусу, дискримінації та насильства [5, с. 66]. Дане визначення формує вектор державної політики щодо забезпечення для чоловіків і жінок доступу до ефективних, доступних і прийнятних методів планування сім'ї та інших методів контрацепції. Іншим вектором державної політики є забезпечення адекватним медичним обслуговуванням, що дозволяє жінці безпечно завагітніти

та народити дитину, а батькам – народити здорову дитину [6, с. 43]. Саме даний напрям державної політики, в умовах реформування сфери охорони здоров'я, потребує особливої уваги та трансформації в сферу публічного управління. При цьому переважна роль надається діяльності закладів первинної медико-санітарної допомоги, а особливо сімейним лікарям, котрі володіють інформацією про розвиток та особливості поведінки дітей, підлітків і дорослих жінок у сімейному оточенні та повинен надавати такі послуги населенню, жінкам, котрі планують народжувати [7, с. 35]. В частині реалізації функцій держави в сфері публічного управління, розглянемо сутність твердження «охорона репродуктивного здоров'я».

Охорона репродуктивного здоров'я - це система заходів, спрямованих на здорове відтворення та планування сім'ї; захист від захворювань, що передаються статевим шляхом, і лікування захворювань репродуктивної системи; запобігання загибелі дітей і вагітних жінок [8]. Відповідно, публічне управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я, розглядають як комплекс підходів, принципів, функцій, інструментів та заходів, як на рівні держави, так і на місцевому рівні, орієнтованих на досягнення прогресу в сфері охорони репродуктивного здоров'я. Важливість впровадження дієвих інструментів в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я підтверджують стратегічні орієнтири розвитку, визначені в міжнародному просторі. Так, на 57-й Всесвітній асамблеї охорони здоров'я в травні 2004 року була прийнята Стратегія репродуктивного здоров'я (далі - Стратегія РЗ), реалізація завдань якої, дозволить прискорити прогрес у досягненні Цілей сталого розвитку. Ця стратегія ґрунтується на міжнародно-визнаних документах та Загальній декларації прав людини [9].

Стратегія РЗ визначила ключові пріоритети реалізації державних інструментів в сфері охорони репродуктивного здоров'я та окреслила необхідність розробки регіональних стратегій, формування плану дій, через консультативний процес, із залученням усіх зацікавлених сторін. В якості пріоритетних було визначено п'ять основних заходів: розбудова потенціалу системи охорони здоров'я; покращення даних для пріоритетів; удосконалення системи управління;

створення сприятливого правового та нормативного середовища; формування системи моніторингу, оцінки та звітності. Також розроблено обґрунтування впровадження стратегії ВООЗ у сфері репродуктивного здоров'я [9].

В частині нормативно-правового забезпечення виникла необхідність регламентації певних концептуальних елементів в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я, згрупованих та представлених на рисунку 1.1.



Рисунок 1.1 - Концептуальні елементи в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я, котрі потребують правової регламентації

Джерело: згруповано автором за даними [1, 5, 6]

Представлені на рисунку 1.1 концептуальні елементи, свідчать про важливість розвитку системи публічного управління охорони репродуктивного здоров'я. Для забезпечення їх успішної реалізації необхідним є реалізація низки заходів, серед яких визначимо наступні:

✓ розробка та реалізація міждисциплінарних стратегій для підтримки, виховання та заохочення здорового, відповідального та безпечного батьківства;

- ✓ інформування пацієнтів про відповідальне ставлення до особистого здоров'я;
- ✓ організація просвітницьких заходів з питань догляду за вагітністю та профілактика раку;
- ✓ посилення профілактичної спрямованості медичних послуг для кожної цільової групи;
- ✓ надання якісної медичної допомоги відповідно до клінічних протоколів;
- ✓ забезпечення рівних умов для чоловіків і жінок у наданні послуг, пов'язаних з особистою гігієною;
- ✓ розширення доступу до медичних послуг для молоді та сільського населення;
- ✓ розробка та впровадження новітніх технологій в сфері охорони репродуктивного здоров'я на основі доказових медичних висновків;
- ✓ вдосконалення обладнання та технічного забезпечення медичних закладів;
- ✓ оптимізація систем планування сім'ї [1, 5, 6].

В частині імплементації окреслених заходів покращення репродуктивного здоров'я населення в системі публічного управління, необхідним є забезпечення їх реалізації не лише на державному рівні, а й місцевому. Наразі є практика проведення Всеукраїнських тижнів планованого батьківства та охорони репродуктивного здоров'я, метою яких є підвищення обізнаності населення з проблем репродуктивного здоров'я, підтримка репродуктивного здоров'я, охорони репродуктивного здоров'я, материнської та дитячої смертності, абортів, проблем вагітності та пологів, жіночого та чоловічого безпліддя, захворювань, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ, та онкології репродуктивних органів [7].

Прийнявши Порядок денний сталого розвитку до 2030 року та відповідні Цілі розвитку, держави-члени ООН забезпечують реалізацію державної політики щодо забезпечення доступу до репродуктивного здоров'я, включаючи

контрацепцію, інформацію, навчання та інтеграцію репродуктивних систем, інтеграцію медичних технологій у національні стратегії та програми до 2030 року. Ціль 5.6 Плану дій Міжнародної конференції з народонаселення та розвитку, оголошена як підсумковий документ, встановлює мету доступу до репродуктивного здоров'я та репродуктивних прав, як це було схвалено Пекінським форумом [7].

Забезпечення ефективної реалізації публічного управління охорони репродуктивного здоров'я можливе за умови дотримання наступних принципів державної політики щодо розвитку та охорони репродуктивного здоров'я, котрі представлено на рисунку 1.2.



Рисунок 1.2 - Принципи державної політики щодо розвитку та охорони репродуктивного здоров'я

Джерело: згруповано автором [1, с. 37]

Представлені на рисунку 1.2 принципи державної політики виступають основою для впровадження концептуальних елементів в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я. Одним із базових напрямів в системі управління національних систем охорони здоров'я є забезпечення, підтримки та збереження репродуктивного здоров'я окремих людей і населення.

Враховуючи актуальність розвитку інформаційної складової в сфері охорони репродуктивного здоров'я важливою є її імплементація на рівень надання первинної медико-санітарної допомоги. Хоча низка країн має багаторічний досвід впровадження елементів системи охорони репродуктивного здоров'я на рівень первинної ланки, у деяких країнах європейського регіону вони все ще є вузькоспеціалізованими та надаються на різних рівнях [2, 5]. Публічне управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я також пов'язано з реалізацією права людини (право на недискримінацію, право на приватне життя та конфіденційність, свобода від насильства та примусу, право на освіту), в тому числі й на вільний доступ до медичної інформації та послуг. Забезпечення доступу до безперервного догляду та лікування протягом усього життя підтверджує, що індивідуальні та суспільні результати здоров'я залежать від взаємодії багатьох факторів захисту, а також ризику протягом усього життя людини. Цей підхід розглядає здоров'я людини з тимчасової та соціальної точки зору, а також міжпоколінні детермінанти здоров'я [3, с. 104].

Справедливість у здоров'ї є етичним принципом, тісно пов'язаним зі стандартами прав людини, він враховує розподіл ресурсів та інші процеси, які можуть призвести до неминучої нерівності. Даний принцип реалізує концепцію соціальної справедливості. Рівність у сфері охорони здоров'я означає рівний доступ жінок і чоловіків до медичних послуг та їхній внесок у здоров'я для зменшення нерівності [3].

Національні та міжнародні партнери є важливою аудиторією, оскільки вони відіграють важливу роль у здійсненні регіональної та національної політики як зацікавлені сторони, що працюють із програмами та службами громадського здоров'я. Ці партнери включають приватний сектор (комерційний і некомерційний); громадянське суспільство (наприклад, організації, що представляють жіночі організації, молодіжні організації, громадянське суспільство, групи меншин, групи та інші національні та міжнародні неурядові організації); професійні асоціації, особливо ті, що спеціалізуються на зміцненні сексуального та репродуктивного здоров'я.

Враховуючи зміну вектору публічного управління в частині імплементації репродуктивного здоров'я, як складової системи громадського здоров'я, важливим є посилення уваги до профілактичних заходів. Комплексне, засноване на фактичних даних навчання про сексуальність молодих людей є практичним способом запобігання небажаній вагітності, захворювань, що передаються статевим шляхом, і досягнення гендерної рівності. Інвестиції в цю сферу рятують життя, дозволяють жінкам і дівчатам рівноправно брати участь в економічній і соціальній діяльності, а також дозволяють сім'ям добре інвестувати у своїх дітей [7, с. 42].

Наступним елементом системи публічного управління охорони репродуктивного здоров'я є розробка комплексу заходів з планування сім'ї. Планування сім'ї пропонує багато потенційних переваг, включаючи економічний розвиток, здоров'я матері та дитини, освіту та розширення прав і можливостей жінок [10, с. 28]. Покращення здоров'я матері та дитини здавна було основою планування сім'ї. Система медичної допомоги населенню України, в сфері охорони репродуктивного здоров'я, функціонує за принципом єдності здоров'я матері та дитини. Відповідно до Індексу зусиль у плануванні сім'ї, який регулярно вимірюється з 1972 року, здоров'я жінок було основною причиною, чому програми планування сім'ї зменшили кількість небажаних пологів. Планування сім'ї може бути ефективною превентивною стратегією для зниження материнської смертності в країнах з низьким рівнем доходу [10, с. 43].

Представлені на рисунку 1.3 складники системи публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я свідчать про необхідність формування зв'язку між державою та органами місцевої влади. Реалізація досліджених напрямів в системі публічного управління охорони репродуктивного здоров'я передбачає проведення моніторингу стану здоров'я молоді на різних етапах фізичного розвитку до настання репродуктивного віку. Результати моніторингу мають стати основою для розробки шляхів вирішення проблем в сфері репродуктивного здоров'я [1, 7, 10].

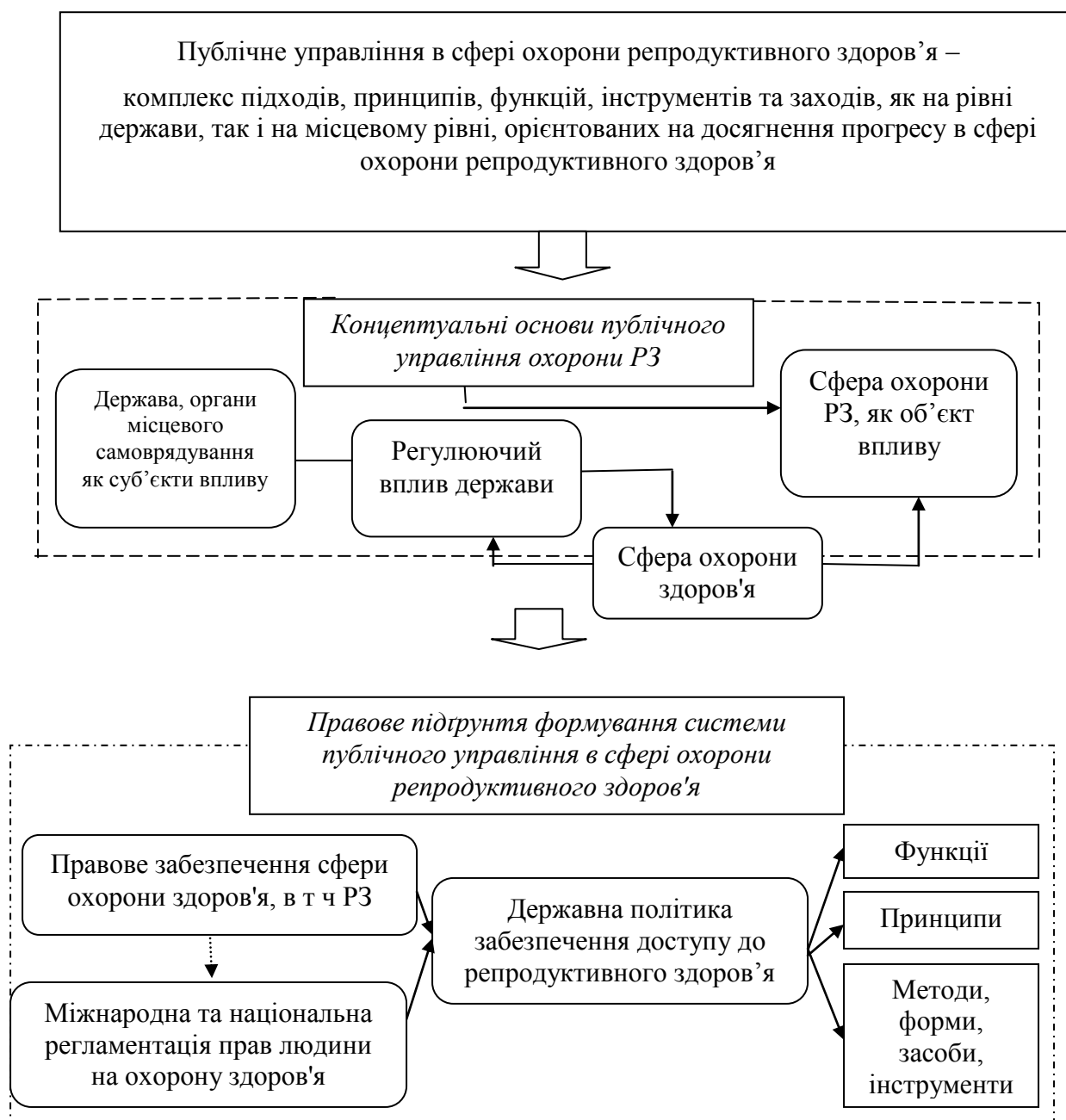


Рисунок 1.3 – Система публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я

Джерело: власна розробка автора

Інструменти публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я регламентовані Національною Програмою планування сім'ї. Даний документ було затверджено Постановою КМУ № 736 від 13 вересня 1995 р. [11] Указом Президента України № 203/2001 від 26.03.2001 р. було затверджено Національну програму «Репродуктивне здоров'я» [12]. Реалізація напряму допологової допомоги як складової системи охорони репродуктивного здоров'я

зосереджена переважно на вирішенні проблем здоров'я молоді та демонстрації ефективності профілактичних заходів на превагітному етапі, що наразі важливо для реформування функцій лікарів [7]. Діяльність служб планування сім'ї в Україні зарекомендувала себе усуненням основних причин проблем репродуктивного здоров'я, запобіганням 90% незапланованих вагітностей та зниженням захворюваності, що передається статевим шляхом. Просвітницька діяльність служби планування сім'ї у співпраці з навчальними закладами регіонального рівня сприяє створенню підґрунтя для статевого виховання, формування у підлітків та молоді почуття відповідального батьківства та більш відповідального ставлення до сексуальності.

У складі якісних показників ефективності реалізації Національної програми «Репродуктивне здоров'я», розглядають рівень абортів та стан захворюваності дівчат, які зменшилась за останні 5 років на 75,5% та 97,0% відповідно, що підтверджує правильність реалізованих ініціатив в сфері публічного управління [5]. Підтверджено, що наслідком реалізації програми стало покращення стану здоров'я вагітних жінок, що свідчить про позитивні результати запланованих у рамках реалізації програми профілактичних заходів та успішної їх реалізації. Ідентифіковані заходи забезпечили позитивний вплив на медичні результати для вагітних жінок, породіль, породіль і немовлят.

РОЗДІЛ 2

РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

2.1 Нормативна-правова регламентація публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я України

Правові норми України, якими вона регулюється у сфері охорони репродуктивного здоров'я, базуються переважно на міжнародно-правових документах. Однак, найважливішим залишається Конституція України, яка містить низку статей, які безпосередньо стосуються охорони репродуктивного здоров'я та контрацепції. Перш за все ці положення Конституції, які декларують рівні права чоловіків і жінок, забезпечують створення умов для поєднання праці з народженням дітей, матеріальну і моральну підтримку сім'ї, матері та дитини. Право на охорону репродуктивного здоров'я гарантується конституційними положеннями про свободу створення сім'ї, свободу репродуктивної поведінки та репродуктивних рішень жінок і чоловіків. Можливість ефективної реалізації права на охорону репродуктивного здоров'я підтверджує також заборона використання праці жінок на небезпечних для здоров'я роботах.

В основі законодавства України про охорону здоров'я лежить Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [13]. Даним нормативно-правовим актом регламентовано напрями державної політики щодо регулювання суспільних відносин у сфері охорони репродуктивного здоров'я та визначено, що держава захищає та реалізує репродуктивні права населення України, шляхом надання спеціалізованих медичних послуг жінкам під час вагітності, пологів і після пологів, шляхом організації широкої мережі консультаційних пунктів для матерів, медичних та інших лікувальних закладів, санаторіїв для вагітних і дітей, дитячі садки та навчальні заклади тощо. Також питання в сфері охорони

репродуктивного здоров'я регламентуються низькою базових нормативно-правових актів, котрі представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Базові нормативно-правові акти в сфері охорони репродуктивного здоров'я

Нормативно-правовий акт	Назва
Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII, редакція 2022 р.	«Основи законодавства України про охорону здоров'я»
Закон України № 322-VIII, редакція 2022 р.	Кодекс законів про працю України
Закон України від 14.10.1992 р. № 2694-XII, редакція 2022 р.	«Про охорону праці»
Закон від 10.01.2002 р. № 2947-III, редакція 2022 р.	«Сімейний кодекс України»
Закон від 05.04.2001 р. № 2341-III, редакція 2022 р.	«Кримінальний Кодекс України»
Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV, редакція 2022 р.	«Цивільний Кодекс України
Закон України від 03.03.1998 р. №155-98 ВР, редакція 2022 р.	«Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»
Закон України від 06.04.2000 р. № 1645-III, редакція 2022 р.	«Про захист населення від інфекційних хвороб»,
Закон України від 15.11.2001 р. № 2789-III, редакція 2022 р.	«Про попередження насильства в сім'ї»
Закон України від 05.03.2009 р. № 1065-VI, редакція 2022 р.	«Про загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року».

Джерело: [13-22]

Серед заходів в сфері охорони репродуктивного здоров'я, згідно з Сімейним кодексом, регламентовано здійснення планової репродукції та можливість контролю репродуктивної діяльності людини, що гарантується свободою прийняття рішення всіма подружніми парами та окремими особами щодо кількості дітей, застосуванням у разі необхідності допоміжних репродуктивних технологій, а також забезпеченням сучасних знань і безпеки, методів планування сім'ї, а також відшкодування моральної шкоди, якщо жінка внаслідок протиправної поведінки виконувала свої конституційні, службові чи трудові обов'язки або втратила можливість мати дитину [16].

Право жінки вирішувати питання про своє репродуктивне життя, проголошене в Законі України «Основи законодавства України про охорону

здоров'я» [13]. Даний нормативний акт регламентує обмеження на використання деяких методів контрацепції, зокрема, стерилізації. Стерилізація може бути проведена за власним бажанням пацієнта або за згодою пацієнта в уповноваженому медичному закладі згідно з медичними правилами, встановленими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.07.1994 р. № 121 «Про застосування методів стерилізації громадян». Незважаючи на принцип використання всіх сучасних методів контрацепції в Україні, спеціальна контрацепція є доступною лише за умови їх відповідної сертифікації [23].

Незважаючи на значне зменшення кількості абортів в Україні, жінки все ще використовують штучне переривання вагітності як метод контрацепції. Отже, відповідно до ст. Відповідно до 50 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» переривання вагітності може бути проведено за бажанням жінки у термін вагітності ≤ 12 тижнів та після 12 тижнів лише в уповноваженому медичному закладі, лише у визначеному порядку [13].

Створення безпечного екологічного середовища в сфері охорони репродуктивного здоров'я передбачено Законом України «Про охорону навколишнього природного середовища» [24]. Реалізація цих варіантів можлива за умови впровадження стандартів екологічної безпеки (зниження допустимої концентрації забруднення води, повітря та ґрунту, зниження допустимого рівня шкідливих речовин у продуктах харчування тощо) та інші ефекти. При встановленні стандартів екологічної безпеки та стандартів безпеки праці важливо провести відповідні дослідження впливу факторів контролю (речовин) на репродуктивну діяльність.

Охорона здоров'я матерів регулюється законодавством про працю та зайнятість. КЗпП України містить правові гарантії репродуктивної діяльності жінок. Закон конкретно визначає заборонені та обмежені робочі місця для жінок. Вагітні жінки та матері з дітьми користуються особливим захистом законодавства про працю. Вагітним жінкам і матерям, які мають дітей віком до 3 років, забороняється робота в нічний час, надурочна робота (статті 55 і 63), робота у відпустці по вагітності та пологах, відрядження (ст. 176), відмова у прийнятті на

роботу вагітних жінок, зниження їм заробітної плати, звільнення з ініціативи власника (ст. 184); перехід на просту роботу із збереженням середнього заробітку за попередньою роботою (ст. 178) [14]. Однією з особливостей України в сучасних умовах є вплив екологічних факторів на репродуктивне здоров'я. Закон «Про охорону праці» забороняє використання праці жінок на важких роботах, роботах із шкідливими та небезпечними умовами праці, підземних роботах, а також участь жінок у підйманні та переміщенні предметів, маса яких перевищує встановлену норму (Ст. 33) [15].

Норми репродуктивного здоров'я та планування сім'ї також мають місце в законах про запобігання домашньому насильству та кримінальному законодавстві. Здійснення репродуктивних прав — це вибір репродуктивної свободи. Відповідно до ст. 303 Кримінального кодексу України передбачено кримінальну відповідальність за застосування насильства або втягнення інших осіб у заняття проституцією [17]. Через законодавчу заборону проституції в Україні закони також регулюють професійну безпеку та гігієну громадян у секс-торгівлі, особливо заходи, необхідні для забезпечення безпеки щодо профілактики ВІЛ/СНІДу та інших захворювань, що передаються статевим шляхом, клієнтам і «власникам» цього бізнесу.

Профілактика насильства в сім'ї та шляхи її вирішення регулюються Законом України «Про попередження насильства в сім'ї». Закон визначає домашнє насильство як широкий термін і включає будь-які навмисні фізичні, сексуальні, психологічні чи фінансові дії члена сім'ї щодо іншого члена сім'ї, які порушують конституційні права та свободи члена сім'ї, завдають моральну шкоду, шкоду фізичному та психічному здоров'ю. Цей закон встановлює кримінальну, адміністративну та цивільно-правову відповідальність за вчинення домашнього насильства [21].

Сімейне законодавство України відіграє важливу роль у питаннях, важливих для ефективної реалізації права на охорону репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. Відповідно до ст. 5 Сімейного кодексу України, держава охороняє сім'ю, дитинство, материнство і батьківство, створює умови для

зміцнення сім'ї, захищає права матері і батька, підтримує репродуктивні функції населення [16]. Серед галузевих нормативно-правових актів в сфері охорони репродуктивного здоров'я слід відміти Накази МОЗ, представлені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 - Галузеві нормативно-правові акти в сфері охорони репродуктивного здоров'я України

Назва нормативного акту	Коротка характеристика
Наказ МОЗ України від 29.11.2003 №620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»	визначає проведення лікарями акушерами-гінекологами та акушерками акушерських та гінекологічних стаціонарів післяпологового чи післяабортного консультування, зокрема щодо питань планування сім'ї
Наказ МОЗ України від 31.12.2010 №1177 «Про затвердження Клінічного протоколу «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності»	включає заходи щодо підвищення якості та ефективності послуг, які надаються у системі охорони здоров'я для профілактики непланованої вагітності та безпечного переривання вагітності
Наказу МОЗ України від 15.07.2011 №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»	амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога включає заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення, диспансеризацію вагітних та гінекологічних хворих, профілактику та лікування акушерської і гінекологічної патології, планування сім'ї, санітарно-просвітницьку роботу.
Наказ МОЗ України від 13.04.2011 №204 «Про затвердження та впровадження Примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання»	визначає перелік надання послуг перинатальної допомоги на всіх етапах та включення профілактичної та інформаційно-просвітницької роботи (включно з питаннями планування сім'ї)

Джерело: згруповано автором за даними [25-28]

Розподіл повноважень в сфері охорони репродуктивного здоров'я здійснюється у відповідності до Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я» від 07.07.2011р. [29], котрий представлено на рисунку 2.1.

Представлені на рисунку 2.1 дані свідчать про правову регламентацію повноважень в сфері планування сім'ї на кожному рівні надання медичної допомоги. В розрізі нормативного забезпечення зниження випадків інфікування, що передаються статевим шляхом та ВІЛ/СНІД й завдають непоправної шкоди репродуктивному здоров'ю, зауважимо, що в Україні сформовано правове підґрунтя для впровадження заходів, щодо зниження їх негативного впливу [19].

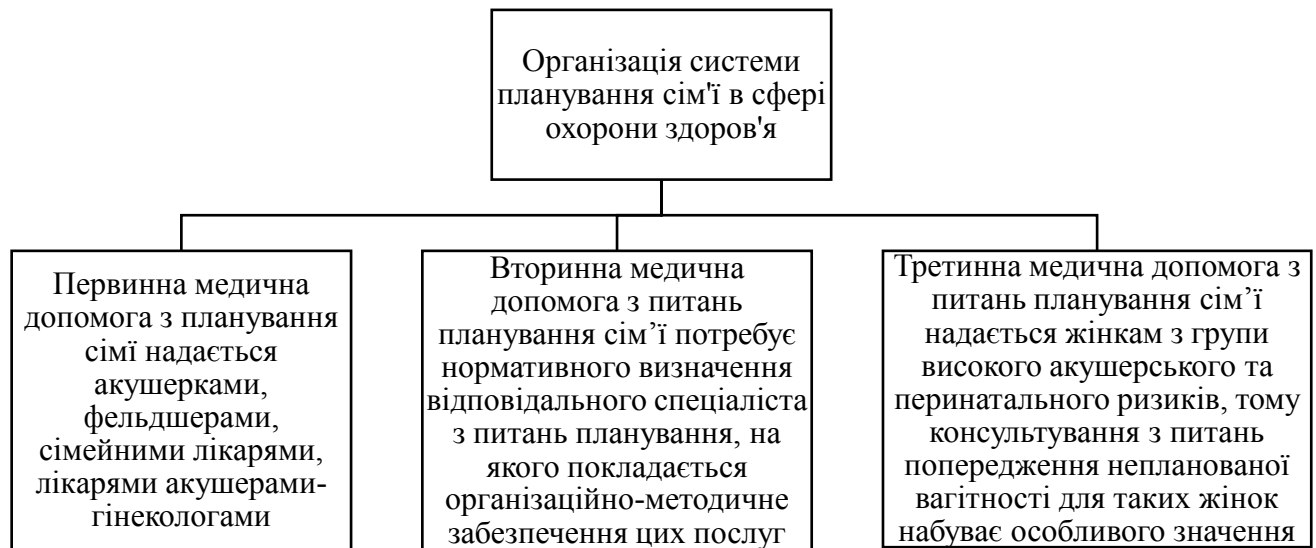


Рисунок 2.1 - Організація системи планування в сфері охорони репродуктивного здоров'я

Джерело: згруповано автором за даними [29]

Серед яких визначено, що хворі на захворювання, що передаються статевим шляхом, підлягають лікуванню (анонімно за бажанням) у державних та громадських закладах охорони здоров'я, відомості про яких становлять лікарську таємницю (ст. 26 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб») [20].

Враховуючи наявність прямого зв'язку між зміною демографічних показників та результативністю публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я, окремим напрямом нормативно-правового регулювання виступають Укази Президента України та Постанови КМУ щодо поліпшення медичної допомоги населенню та заохочення народжуваності в Україні. Також затверджено національні та міжнародні програми, що визначають основні заходи щодо покращення здоров'я населення та репродуктивного здоров'я, серед яких доцільно відмітити наступні: Національна програма «Репродуктивне здоров'я 2001-2005» [12]; Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року [31]; Міжгалузева комплексна програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки [31]; Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» [32].

В цілому реалізація програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року, отримала схвальні відгуки експертів щодо результативності впровадження [30]. Однак, в умовах реформування галузі охорони здоров'я та адміністративної реформи виникла необхідність перегляду діючих підходів в системі публічного управління та адміністрування та орієнтацію державної політики в сфері охорони репродуктивного здоров'я на реалізацію цілісної концепції громадського здоров'я населення, котра затверджена Законом України «Про Систему громадського здоров'я»[21]. Прийняття даного документу вказує на те, що державна політика щодо охорони репродуктивного здоров'я населення перевищила можливості МОЗ і стала головною метою національної політики. В цілому правова регламентація в сфері охорони репродуктивного здоров'я в Україні загалом є адекватною, однак відсутність системи моніторингу не дозволяє комплексно оцінити результативність їх реалізації в системі публічного управління.

2.2. Оцінка результативності публічного управління в сфері організації охорони репродуктивного здоров'я населення Сумської міської ради

Реформування галузі охорони здоров'я окреслило нові вектори в сфері державної політики щодо охорони репродуктивного здоров'я. Посилення вагомості даного напрямку визначило першочерговість впровадження заходів національної політики в даній сфері. Враховуючи те, що одним із вагомих складових охорони репродуктивного здоров'я є планування сім'ї, розглянемо перелік завдань, котрі реалізуються на кожному рівні, рисунок 2.2. Представлені на рисунку 2.2 завдання, щодо реалізації заходів в розрізі рівнів надання медичних послуг населенню визначають, що в рамках функціонування первинної ланки передбачено консультаційний та просвітницький характер допомоги, а також рання діагностика. Поглиблений профіль заходів щодо планування сім'ї передбачено на вторинному та третинному рівнях.

Первинна ланка	Вторинна ланка	Третинна ланка
• консультування з питань здорового способу життя, профілактики ІПСШ; • консультування з вибору сучасної контрацепції; • консультування з післяпологової контрацепції серед вагітних та їхніх партнерів; • доступність контрацепції для сільського населення • своєчасне виявлення жінок з екстрагенітальною патологією важкого ступеня, яким протипоказана вагітність за життєвими показаннями, з метою скерування їх на вищий рівень для індивідуального підбору високоефективного методу контрацепції для тривалого використання; • проведення у навчальних закладах роботи з питань статевого виховання, здорового способу життя, формування та збереження репродуктивного здоров'я.	• формування реєстру жінок з екстрагенітальною патологією важкого ступеня, яким протипоказана вагітність за життєвими показаннями, з метою безоплатного їх забезпечення сучасними ефективними видами контрацепції; • організація системної підготовки лікарів акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, фельдшерів, акушерок з питань планування сім'ї; • співпраця з обласними дермато-венерологічними, наркологічними диспансерами, центрами профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, центрами здоров'я, соціальними службами для інтеграції послуг з питань планування сім'ї; • співпраця з громадськими організаціями, закладами освіти, з питань здорового способу життя, формування та збереження репродуктивного здоров'я, профілактики непланованої вагітності.	• консультування щодо післяпологової контрацепції та підбір високоефективного методу для жінок (та їхніх партнерів) з групи високого акушерського і перинатального ризиків; • розробка галузевих нормативних документів з питань удосконалення діяльності служби планування сім'ї; створення навчальних матеріалів; адаптація та впровадження міжнародного досвіду і рекомендацій ВООЗ з питань планування сім'ї; • підвищення кваліфікації лікарів різних спеціальностей з питань планування сім'ї; • координація діяльності служби планування сім'ї у регіоні, аналіз її діяльності та розробка заходів щодо удосконалення; • співпраця з обласними дермато-венерологічними, наркологічними диспансерами, центрами профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, центрами здоров'я, соціальними службами для інтеграції послуг з питань планування сім'ї.

Рисунок 2.2 – Розподіл завдань в сфері охорони репродуктивного здоров'я щодо планування сім'ї в розрізі рівнів надання медичних послуг населенню

Джерело: згруповано автором за даними [10]

Так, заходи вторинного рівня пов'язані з формуванням реєстру, забезпеченням системної підготовки лікарів, організацією співпраці із профільними закладами та громадськими організаціями. Заходи третинного рівня мають більш публічний характер в частині розробки нормативних документів, координації діяльності на регіональному рівня, налагодження співпраці із профільними закладами обласного рівня тощо [10].

Чоловіки та жінки репродуктивного віку не мають достатньо знань про здоровий спосіб життя та профілактику хронічних захворювань, прикладів статевої безпеки та дотримання культури статевих стосунків, що є причиною безпліддя, поширення венеричних захворювань, абортів та онкогінекологічні

проблеми, а також серйозні ускладнення від внутрішньоутробної інфекції, які можуть викликати негативні наслідки для дитини і навіть вади розвитку. Щоб покращити профілактику, розширену діагностику та раннє лікування, існує нагальна потреба в інтеграції послуг репродуктивного та сексуального здоров'я на рівні первинної медичної допомоги.

Одним із найважливіших показників репродуктивного здоров'я населення є безпліддя. Близько 15% сімейних пар в Україні страждають від безпліддя внаслідок прямої втрати фертильності. Значно знизити кількість випадків безпліддя можна, вживаючи заходів щодо профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом та післяпологових інфекцій, а не використовуючи небезпечні методи переривання вагітності. При наявному безплідді необхідна розширена консультація, діагностика та правильне лікування. Тенденція збільшення віку жінок при народженні першої дитини, так званої «старіючої матері», створює нові виклики для охорони репродуктивного здоров'я майбутніх матерів і батьків та підвищує потреби для збереження здоров'я при наданні допологової та післяпологової допомоги цій спільноті жінок [3, 5].

Онкологічні захворювання репродуктивних органів, особливо рак молочної залози та рак шийки матки, є основною причиною смертності жінок репродуктивного віку. За час реалізації державних програм в попередні періоди не вдалося покращити захворюваність на рак шийки матки, сучасна ситуація навіть погіршилась і показники захворюваності зростають. Не було зроблено жодних суттєвих кроків щодо оновлення стратегії та законодавчої бази, відповідно до сучасних потреб та розширення національної програми аудиту. Враховуючи міжнародний досвід та рекомендації ВООЗ, особливу увагу слід приділити створенню програми базових профілактичних щеплень проти вірусу папіломи людини (ВПЛ) дівчаток 10-13 років, а також інформаційно-просвітницькій діяльності, забезпечити передову діагностику та лікування для профілактики та ефективного лікування онкологічних захворювань та впровадження сучасних технологій. Відповідні програми скринінгу повинні бути інтегровані в системи первинної медичної допомоги [7].

В рамках оцінки результативності реалізації публічного управління охорони репродуктивного здоров'я населення слід дослідити показники діяльності лікувального закладу КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії" СМР, як провідної інституції. Даний заклад має звання «Лікарня, доброзичлива до дитини» з 2010 року. В 2013 році, 2016 році звання «Лікарня, доброзичлива до дитини» підтверджено. З червня 2011 року, в рамках Проекту «Здоров'я матері та дитини», закладу присвоєне звання «Заклад якісного медичного обслуговування». В жовтні 2019 році без жодних нарікань КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії" СМР знову підтвердив статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» [34].

Пологовий будинок на 30 ліжок було створено в 1927 році в будинку 1886 року, який до того часу використовувався як будинок для сиріт. У 1957 році пологове відділення було розширено до 100 ліжок. Штат складався з 15 лікарів, 29 акушерок, 14 медичних сестер і 36 санітарок. Подальший розвиток пологового стаціонару відбувся у 1963 році, коли поряд із старим корпусом було побудовано нинішні приміщення пологового стаціонару. У 1990 році була побудована чотириповерхова жіноча консультація, яка розрахована на 300 місць одночасно. Статистика свідчить, що кількість новонароджених зростає (рисунок 2.3).

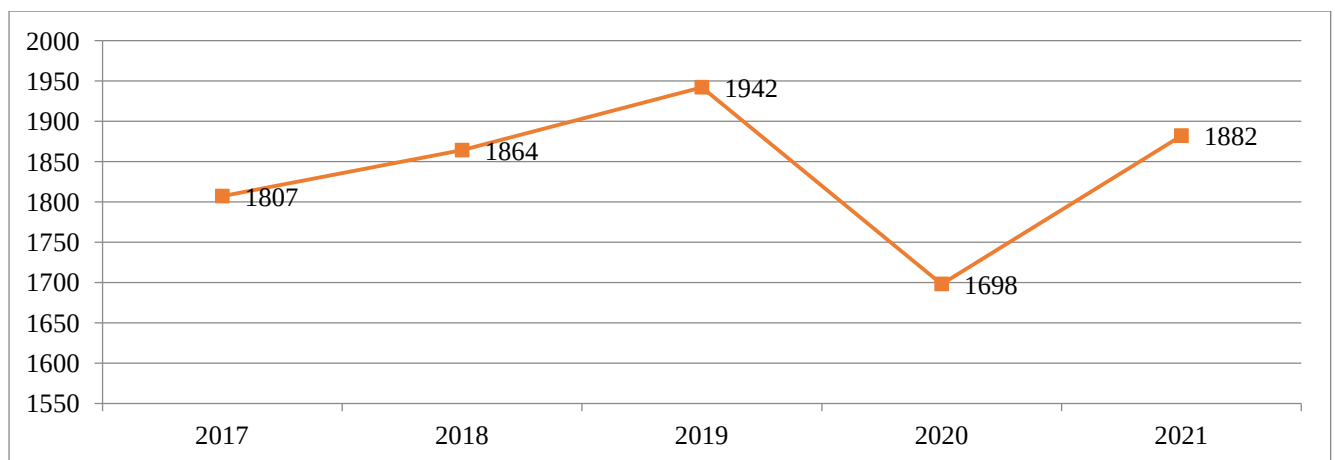


Рисунок 2.3 – Динаміка кількості новонароджених КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії" СМР, 2017-2021 рр.

Джерело: [34]

Тенденції, наведені на рисунку 2.3, показують зменшення кількості новонароджених у 2020 р. порівняно з 2017-2019 рр., але спостерігається позитивна тенденція зростання у 2021 р. порівняно з 2020 р. Жіноча консультація, яка розташована за адресою: м. Суми, вул. Троїцька, 20 здійснює супровід з моменту планування вагітності до післяпологового відновлення. Гінекологічне відділення розгорнуто на 45 ліжок. Розміщене у 4х поверховому приміщенні на III та IV поверхах. В своїй структурі має: операційну, малу операційну, післяопераційні палати, палати для хворих та приймально-оглядовий підрозділ. Анестезіологічне відділення сформовано з палат інтенсивної терапії (9 ліжок), також включає клініко-діагностичну лабораторію, кабінет ультразвукової діагностики, центральна стерилізаційна.

Надання кваліфікованої, акушерсько-гінекологічної професійної допомоги здійснюється в розрізі напрямів, представлених на рисунку 2.4.

лікування безпліддя	планування вагітності	ультразвукове дослідження	пренатальна діагностика
вирішення проблем гінекологічних захворювань	раціональна контрацепція	клініко- діагностичне обстеження	психологічна підтримка

Рисунок 2.4 – Напрями надання послуг в сфері організації охорони репродуктивного здоров'я КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії" СМР

Джерело: [34]

В рамках діяльності жіночої консультації працюють «Школа відповідального батьківства» та «Школа репродуктивного здоров'я». Лікарі-гінекологи працюють відповідно до наказу МОЗ України № 417 та клінічних протоколів [27]. Основні показники проведення консультацій з жінками за 2020-2021 рр. наведені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 - Характеристика роботи жіночої консультації КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії" СМР, 2020-2021 рр.

№	Показники	2020 рік		2021 рік		Відхилення 2021 р. до 2020 р., од., +/-
		од.	%	од.	%	
1	Надійшло для спостереження, усього в т. ч.	990	100	889	100	-101
	до 12 тижнів	822	83	738	83	-84
	Вибуло	66	6,7	55	6,2	-11
	Доспостереження	27	2,7	26	2,9	-1
2	Закінчили вагітність, усього	966	100	895	100	-71
	в т.ч. пологи вчасно	922	95,4	847	94,6	-75
	переношування	-				
	передчасні пологи	28	2,9	37	4,1	9
3	Всього, в т.ч.:	16	1,6	11	1,2	-5
	Самовільні аборти	5	0,5	5	0,6	0
	в т.ч. за медичними показами	11	1,1	6	0,7	-5
	за соц. показами	-		-		
	ВІР	13	1,3	6	0,7	-7

Джерело: згруповано автором за даними [34]

Аналізуючи діяльність жіночої консультації за період, який охоплює дослідження, можна зробити висновок, що наведені показники свідчать про зменшення кількості осіб, які звернулися на обстеження до КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії" СМР. Слід зауважити, що показник ранньої постановки на диспансерний облік по вагітності в 2021 р. залишився на тому ж рівні, а саме склав 83%, так само, як і в 2020 р. За моніторинговий період зареєстровано 889 вагітних, що на 101 менше, ніж у 2020 р. У 2021 р. народилася на 71 дитину менше (у 2020 році – 966).

У порівнянні з 2020 р. кількість передчасних пологів зросла на 9 в абсолютному вираженні та на 1,2% у відсотковому відношенні. Зменшилась кількість спонтанних абортів на 0,4% до 1,2%, у 2020 р. – на 1,6% та резерв робочої сили для планованого батьківства. Станом на 01.01.2022 р. на обліку по вагітності у «Д» перебуває 477 майбутніх матерів, що на 35 менше, ніж у 2021 р. Жінки, що закінчили вагітність абортom, направляються до кабінету планування сім'ї, де отримують адекватну консультацію по контрацепції та проходять

обстеження і одержують прегравідарну підготовку, але відвідування кабінету після абортa залишається низькою. Група ризику по невиношуваною складає 37%. Група ризику по ЕГП складає 38%.

Одним із показників ефективності роботи акушерсько-гінекологічних відділень є рівень захворюваності вагітних. Характеристика діяльності жіночої консультації КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії" в частині збереження здоров'я вагітних, представлена таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 – Динаміка захворюваності вагітних КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії" в розрізі нозологічних груп, 2020-2021 рр.

№	Показники	2020 рік		2021 рік		Відношення 2021 р. до 2020 р. од, +/-
		Од.	%	Од.	%	
1	Сечостатева система	17	1,7	16	1,7	-1
2	Система кровообігу	22	2,2	16	1,7	-6
3	Цукровий діабет					0
4	Анемії	352	36,5	284	31,7	-68
5	Захворювання щитоподібної залози	124	12,8	136	15,1	12
6	Венозні ускладнення	68	7	33	3,6	-35
	Усього:	583	-	485	-	-98

Джерело: згруповано автором за даними [34]

Аналізуючи захворювання вагітних за нозологічними групами (таблиця 2.2), слід зазначити, що практично всі показники, крім захворювань щитоподібної залози, мають тенденцію до зниження. Лише цей показник порівняно з 2020 р. зріс на 2,3%. Можливо це пов'язано з тим, що більш детально функцію цієї залози обстежують вже при взятті на «Д» облік, а саме визначення тиреотропного гормону. Характерним ступенем тяжкості всіх екстрагенітальних проблем є анемія. У 2021 р. цей показник становив 31,7%, що на 4,8% менше, ніж у 2020 р. Значно зменшилася частота проблем з венами приблизно на 3,4%, а проблем з кровообігом – незначно на 0,5%. Частота захворювань сечостатевої системи залишається на колишньому рівні, що може бути результатом профілактики інфікування матері та плоду, а також покращення підготовки до вагітності.

Одним із факторів ризику ускладнення вагітності та пологів є гестоз. Розглянемо динаміку гестозів в рамках діяльності КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії"(таблиця 2.5.)

Таблиця 2.5 – Динаміка гестозів в рамках діяльності КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії", 2020-2021 рр.

№	Показники	2020 рік		2021 рік		Відділення 2021 р. до 2020 р., од., +/-
		Од.	%	Од.	%	
1	Гестози:	47	4,8	36	4,0	-11
2	Поєднаний гестоз	-	-	-	-	-
	Прееклампсія легкого ступеня	19	1,9	21	2,3	2
	Середнього ступеня	24	2,4	11	1,2	-13
	Тяжкого ступеня	4	0,4	4	0,4	0
	Еклампсія	-	-	-	-	-

Джерело: згруповано автором за даними [34]

В частині оцінки гестоза, як показника ускладнення вагітності та пологів, слід відмітити динаміку зменшення загального показника в 2021 р. на 0,8% до 4,0%, проти 4,8% в 2020 р. В аналізі структури захворювань, яким можна запобігти, на першому місці знаходиться легка прееклампсія, цей показник збільшився на 0,4% порівняно з 2020 р. Зменшення на 1,2% рівня середньотяжкої прееклампсії можна пов'язати з ранньою діагностикою та госпіталізацією вагітних жінок. Рівень важкої прееклампсії залишився на тому ж рівні - 0,4%. Як і раніше, рання діагностика та профілактика факторів ризику прееклампсії все ще є джерелом профілактики викидня та прееклампсії.

2.3 Аналіз результативності публічного управління в сфері надання акушерсько-гінекологічних хірургічних послуг населенню Сумської міської ради

Основною вимогою пологового стаціонару є постійна готовність медичного персоналу до швидкого проведення висококваліфікованої медичної допомоги жінкам в період вагітності, пологів та післяпологовому періоді, а також

новонародженим, профілактика інфекційних захворювань, жінок та новонароджених дітей. Як зазначалось, в установі успішно реалізується програма грудного вигодовування немовляти та досягнуто звання «Лікарня, доброзичлива до дитини», що передбачає спільне перебування матері і дитини з моменту народження та до виписки. З метою реалізації наказу МОЗ України від 10.05.2007 року №234 у акушерському відділенні пологового будинку створені належні умови до надання акушерських та гінекологічних послуг, представлені на рисунку [35].

індивідуальні пологові зали, 5 од.	палата для госпіталізації вагітних, роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів боксированого типу, 1 од.	індивідуальні післяпологові палати з поліпшеними умовами перебування на 1 ліжко (сан. вузол, душова кабіна, холодильник, телевізор) та можливістю цілодобового знаходження чоловіка або 1-го родича в палаті з породіллю, 20 од.
палати спільного перебування матері та дитини на 2 ліжка, 9 од.	відділення патології вагітності: 5 палат на 4 ліжка	палати з поліпшеними умовами перебування (сан. вузол, душова кабіна, холодильник, телевізор), 2 палати на 2 ліжка

Рисунок 2.4 – Характеристика умов акушерського відділення КНП

"Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії"

Джерело: згруповано автором за даними [34]

Основні показники роботи стаціонару КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії" за 2020-2021 рр., представлено в таблиці 2.6. В 2021 р., як і в 2020 р., на першому місці серед показань для проведення операції кесарів розтин є рубець на матці - 125 випадків, що склало 28,0%. Друге місце серед показників займали тазові передлежання плоду – 91 випадок, що склало 20,4%. І на третьому місці - дистрес плода – 46 випадків, що склало 10,3%.

Дані, представлені в таблиці 2.6, свідчать про те, що основні цілі діяльності пологового відділення в клініці КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії" були досягнуті: материнська смертність, неонатальна захворюваність,

післяопераційні ускладнення та відсутність госпітальної захворюваності. залишається на низькому рівні.

Таблиця 2.6 – Динаміка результатів діяльності стаціонару КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії", 2020-2021 рр.

Показники	2020 рік		2021 рік		Відхилення 2021 р. до 2020 р. од., +/-
	од.	%	од.	%	
Кількість пологів	1626	100,00	1523	100,00	-103
Кесарів розтин	493	0,30	445	0,29	-48
Кількість дітей, народжених живими	1626	100,00	1524	100,00	-102
Частота черепно-мозкових та спінальних травм у новонароджених	0	0,00	0	0,00	0
Охоплення новонароджених вакцинацією БЦЖ	1460	0,90	1366	0,90	-94
Охоплення 2-х разовим ультразвуковим скринінгом вагітних в термін до 22 тижнів	941	0,99	879	1,00	-62
Охоплення обстежень на ВІЛ вагітних жінок	940	0,99	878	0,99	-62
Охоплення онкопрофоглядами жінок з 18 років	5651	0,90	2915	0,46	-2736
Рівень цитологічного обстеження жінок	5651	1,00	2915	1,00	-2736
Питома вага вперше виявленої патології при онкопрофоглядах жінок	543	0,10	303	0,10	-240
З них з цитологічним дослідженням	397	0,73	257	0,85	-140
Материнська смертність	1	0,60	0	0,00	-1
Перинатальна смертність	6	3,60	7	4,50	1
Мертвонародження, з них:	6	3,60	6	4,80	0
Аntenатальні	5	3,00	5	3,20	0
Інтрантальні	1	0,60	1	0,60	0
РНС	0	0,00	1	0,60	1

Джерело: згруповано автором за даними [34]

Акушерсько-гінекологічне відділення суворо дотримується положень клінічного протоколу акушерства та гінекології до кесаревого розтину. Вимоги нормативних документів МОЗ України КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії" виконує вчасно. Особлива увага приділяється профілактиці, своєчасному та повному лікуванню маткових інфекцій у вагітних, повної взаємодії матері та дитини. Нові інструкції та клінічні протоколи від МОЗ України. орієнтовані на підвищення якості системи консультування матерів відповідними

фахівцями, залучення до консультування спеціалістів виконуються. На засіданнях лікарсько-консультативної комісії регулярно розглядаються випадки післяпологових ускладнень для розробки профілактичних заходів. Аналіз роботи акушерського відділення КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії", наведено в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7 – Динаміка результативності діяльності акушерського відділення КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії", 2020-2021 рр.

Показники	2020 рік		2021 рік	
	Од.	%	Од.	%
Всього пологів	1626		1523	
<i>Нормальні пологи</i>	1028	63,2	955	62,7%
<i>Ускладнені пологи</i>	600	36,8%	568	37,3%
ПОНРП та передлежання плаценти	2018	3,7%	2816	3,6%
Пізній токсикоз	85	5,2%	68	4,5%
Кровотечі в пологах і післяпологовому періоді	10	0,6%	12	0,7%
Сепсис	-	-	-	-
<i>Кесарів розтин</i>	493	30,3%	445	29,2%
<i>Планові операції кесаревого розтину</i>	360	73%	333	75%
Ургентні операції к/р	133	27%	112	25%
Питома вага пологів, проведених з партнерською підтримкою	1525	93,7%	338	22,2%

Джерело: згруповано автором за даними [34]

Пренатальна смертність по акушерському відділенню в 2020 рік склала 6 випадків або 3,6% у загальному підсумку та 7 випадків (4,5%) в 2021 рік. Всі випадки пренатальної смертності розглянуті на координаційних радах, виявлені помилки на всіх етапах ведення вагітної, її розродження і адекватність реанімаційних заходів новонароджених та їх лікування у відділенні новонароджених.

За звітний період зниження показників перинатальної смертності забезпечено шляхом проведення наступних комплексних заходів: боротьба з невиношуванням та переношуванням з метою антенатальної охорони плода. Своєчасна госпіталізація та адекватна терапія вагітних груп ризику в критичні строки гестації у відділення патології вагітних та акушерське відділення.

Скринінгові УЗД плода з метою раннього виявлення вроджених вад розвитку та плацентарної дисфункції, оцінка біофізичного профілю плода, визначення плодово-плацентарного та маточно-плацентарного кровотоку при допомозі доплерометричного дослідження. Широке впровадження методів медико-генетичного консультування. Удосконалення методів первинної реанімації новонароджених та терапевтичних методик, що використовуються відділенням новонароджених КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії". Використання сучасних методів діагностики материнсько-плодової інфекції та її санація. Зниження показників мертвонароджуваності в структурі перинатальної смертності за останні роки було обумовлено зниженням питомої ваги мертвонароджених, що пов'язано з діагностуванням ВВР плода. Отже, впровадження УЗ-скринінга, доплерометричного дослідження, медико-генетичного консультування дають реальні позитивні результати.

Щорічно в пологовому будинку проводяться планові ремонти, під час яких додатково поліпшується санітарно технічний стан відділення. У акушерському відділенні цілодобово проводиться спостереження та лікування вагітних з групи «ризик» з екстрагенітальною патологією. В процесі обстеження вагітних застосовуються сучасні методи діагностики: кардіотокографія, ультразвукові дослідження внутрішньоутробного плода, амніоскопія, амніоцентез, що дозволяє своєчасно усунути патологію і раціонально родорозрішити жінку. Динаміка хірургічної активності у стаціонарі КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії", представлена в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8 – Динаміка хірургічної активності у стаціонарі КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії", 2020-2021 рр.

№	Показники	2020 р.	2021 р.	Відхилення 2021 р. до 2020 р. од.. +/-
1	Хірургічна активність у стаціонарі, од.	1610	1591	-19
2	Робота ліжка, днів	185,7	154,2	-31,5
3	Середнє перебування на ліжку, днів	6,2	5,72	-0,48
4	Оборот ліжка, днів	29,9	26,9	-3
5	Поступило хворих, од.	3279	2961	-318
6	Виписано хворих, од.	3290	2963	-327
7	Виконання плану ліжко-днів, %	90,2	83,0	0

Джерело: згруповано автором за даними [34]

У зв'язку з поліпшенням матеріально-технічної бази (придбанням гістероскопу та лапароскопічного хірургічного комплексу), з 2003 р. розширено об'єм оперативних втручань лапароскопічним доступом (проводиться тотальна і субтотальна гістеректомія). Даний вид оперативного лікування дозволяє виконувати операції при різних видах гінекологічної патології, без широкого хірургічного доступу. Даний вид хірургічного лікування значно полегшує течію післяопераційного періоду, зменшує медикаментозне навантаження на пацієнта, зменшує час перебування на лікарняному ліжку, зменшує течію реабілітаційного періоду, має мінімальний відсоток ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень. З 2017 р. почато проведення гістероскопічних операцій.

У гінекологічному відділенні виконуються різні види оперативних втручань. Показниками для госпіталізації до гінекологічного відділення є: доброякісні новоутворення матки та придатків; аномалії розвитку полових органів; запальні захворювання жіночих полових органів; безпліддя ендокринного, трубно-перитонеального та неуточненого генезу; гінекологічні ендокринопатії; хворі з патологією вагітності до 22 тижнів вагітності. Розглянемо основні показники роботи гінекологічного відділення КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії", котрі наведено в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9 - Основні показники роботи гінекологічного відділення КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії", 2020-2021 рр.

Найменування	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2020 р., од., +/-
Поступило хворих	1352	1188	-164
Виписано хворих	1351	1188	-163
Виконання плану ліжко-днів	88,20%	80,00%	-0,082
Оборот ліжку	30	26,4	-3,6
Роботи ліжку	218	181,4	-36,6
Середня перебування на ліжку	7,2	6,8	-0,4
Летальність	0	0	0

Джерело: згруповано автором за даними [34]

Відповідно до статистичних даних, наведених у таблиці 2.9, кількість госпіталізованих хворих у 2021 р. зменшилася порівняно з 2020 р. на 164 особи.

Так само кількість ліжко-днів у 2021 р. впала на 36,6 порівняно з 2020 р. Середня тривалість перебування на ліжку, також незначно скоротилась, а саме на 0,4.

Одним із аспектів успішної організації акушерсько-гінекологічної діяльності є аналіз гінекологічних захворювань в розрізі яких спостерігаються звернення до КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії"(таблиця 2.10).

Таблиця 2.10 - Розподіл гінекологічних хворих КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії" в розрізі захворювань, 2020-2021 рр.

Найменування	2020 рік	2021 рік	Відділення 2021 р. до 2020 р., од., +/-
Запальні захворювання	77	51	-26
Доброякісні пухлини	219	165	-54
Аномальні маточні кровотечі	279	270	-9
Аномальні маточні кровотечі в клімактеричному періоді	27	48	21
Аномальні маточні кровотечі в менопаузі	45	45	0
З приводу патології вагітності	290	168	-122

Джерело: згруповано автором за даними [34]

Представлені в таблиці 2.10 дані вказують на те, що найбільшу кількість звернень складають аномальні маточні кровотечі та звернення з приводу вагітності. Однак в 2020 р. та 2021 р. відмінною є динаміка в розрізі зазначених захворювань. Так, кількість звернень щодо аномальних кровотеч не мала значних динамічних змін, при цьому кількість звернень з приводу патології вагітності значно зменшилась в 2021 р. в порівнянні з 2020 р., що склало 122 одиниці. Зменшення кількості звернень в 2021 р. в порівнянні з 2020 р. відбулось в розрізі запальних захворювань (-26 зв.), доброякісних пухлин (-54 зв.) та аномальні маточні кровотечі (- 9 зв.). Динаміка зростання звернень спостерігається в розрізі аномальних маточних кровотеч в клімактеричному періоді, збільшення на 21 од.

Розглянемо динаміку кількості полосних операцій проведених на базі КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії" (таблиця 2.11). Хворі, яким проводиться планове хірургічне лікування, приймаються після повного зовнішнього огляду, що відповідає початковій підготовці.

Таблиця 2.11 - Динамка кількості полосних операцій, проведених на базі КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії", 2020-2021 рр.

Найменування	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2020 р., од., +/-
Екстирпація матки	41	16	-25
Надвлагалишна ампутація матки	12	12	0
Позаматкова вагітність	14	12	-2
Позаматкова вагітність шляхом лапароскопії	14	11	-3
Операція на придатках	2	2	0
Екстирпація матки через піхву	30	23	-7
Вишкрібання	438	461	23
Лапароскопія	102	92	-10
Пластичні операції	6	2	-4

Джерело: згруповано автором за даними [34]

У кожному конкретному випадку обсяг дослідження і підготовки може бути розширений відповідно до характеру супутніх проблем. Післяопераційних гнійно-септичних ускладнень за цей період не було. З таблиці 2.12 видно, що найбільший відсоток малих хірургічних діагнозів у жінок становили аборти.

Таблиця 2.12 - Динаміка малих гінекологічних операцій та абортів проведених на базі КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії", 2020-2021 рр.

Найменування операцій	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2020 р., од., +/-
Діагностичні вишкрібання	438	461	23
Пункції черевної порожнини через заднє склепіння піхви	14	15	1
Розтин абсцесів зовнішніх статевих органів	25	22	-3
Аборти	196	271	75
З них штучні аборти	32	32	0
Аборти за медичними показаннями	0	0	0
Самовільні аборти	5	3	-2
Вишкрібання у зв'язку з завмерлою вагітністю	90	116	26
Абортів неуточнених	69	66	0

Джерело: згруповано автором за даними [34]

Враховуючи зріст гіперпластичних процесів матки, безпліддя маточного генезу для поліпшення діагностики та надання допомоги гінекологічним хворим, у листопаді 2017 р. було придбано гістероскоп. Продовжується робота по зниженню рівня абортів. Суворо виконуються показання до оперативного лікування, які регламентовані наказами МОЗ України та клінічними протоколами. Всі випадки післяопераційних ускладнень розглядаються на засіданнях комісії ЛКК закладу.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТРУМЕНТІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

3.1 Формування системи показників оцінки в системі публічного управління охорони репродуктивного здоров'я жіночого населення

В умовах низької народжуваності та негативних тенденцій зміни чисельності населення України охорона репродуктивного здоров'я жінок має велике медико-соціальне значення. 25 вересня 2015 року Генеральна Асамблея на Конференції ООН зі сталого розвитку в Нью-Йорку прийняла резолюцію «Перетворення світу: Порядок денний сталого розвитку до 2030 року». Третім завданням цієї резолюції є забезпечення здорового та заможного життя людей будь-якого віку. Стаття 3.7: «До 2030 року послуги з репродуктивного та сексуального здоров'я стануть загальнодоступними, включаючи послуги контрацепції, інформацію, освіту та інтеграцію питань репродуктивного здоров'я в національні стратегії та програми» [36].

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 р. № 1849 встановлено, що проблеми, особливо у сфері репродуктивного здоров'я, зумовлені такими причинами.

- високий рівень безпліддя в українських сім'ях, що може бути пов'язане з прямою втратою народжуваності;
- високий рівень абортів (19,1 на 1000 жінок дітородного віку), що впливає на фертильність, наступні вагітності та пологи;
- онкогінекологічні проблеми, які є однією з основних причин смертності та спричиняють втрату великої кількості молодих жінок, які не знають своєї репродуктивної діяльності;
- венеричні захворювання, що спричиняють безпліддя, аборти, онкологічні та внутрішньоутробні інфекції у підлітків і дорослих, є одним із

основних факторів репродуктивного здоров'я населення. Прямі репродуктивні втрати, викликані абортами, складають 36-40 тисяч ненароджених дітей на рік [30].

Проведений аналіз результативності публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я визначив відсутність системи індикаторів оцінки для впровадження щорічного моніторингу та визначення прогресу. Серед показників, котрі можуть виступити основою для формування системи оціночних індикаторів, визначено наступні: комплекс показників частоти переривання вагітності; показники захворюваності на злоякісні новоутворення жіночого населення; показники захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, жіночого населення; показники захворювань сечостатевої системи серед дівчаток – підлітків; показники нозологічних форм жіночого безпліддя.

Важливим фактором, що впливає на репродуктивне здоров'я жіночого населення, є аборти. Аборт безпосередньо впливає на фертильність і наступні результати вагітності: викидень або навіть безпліддя [27]. Проведено аналіз частоти абортів у Сумській міській територіальній громаді (далі – СМТГ) в цілому та по групах: переривання вагітності за власним бажанням, медикаментозне переривання вагітності до 12 -го тижня вагітності, медикаментозне переривання вагітності, мінімальний аборт із застосуванням вакуум-аспірації та міні аборти. Отримані результати представлено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Динаміка частоти переривання вагітності СМТГ, 2019-2021 рр. (на 1000 жінок фертильного віку)

Показники	2019 рік	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2020 р., +/-
Аборти	7,55	6,24	5,71	-1,84
Самовільні	1,10	1,10	1,08	-0,02
Медичні легальні до 12 тиж. вагітності	1,83	1,33	1,03	-0,80
Медикаментозні	0,79	0,60	0,49	-0,30
Міні аборти	1,42	0,94	0,76	-0,66
Неуточнені	2,27	2,14	2,17	-0,10

Джерело: згруповано автором за даними [34]

Дані таблиці 3.1 показують, що загальний рівень абортів поступово знизився з 7,55 до 5,71 на 1000 жінок дітородного віку на рік. Це означає, що спостерігається позитивна тенденція до зменшення кількості абортів. Спостерігається тенденція до зниження частоти легальних медичних абортів до 12 тижня вагітності на високому рівні: з 1,83 до 1,08 на 1000 жінок дітородного віку. Частота самовільних абортів мало змінилася, але поступово зменшувалася: з 1,20 до 1,08 на 1000 жінок дітородного віку. Частота незрозумілих абортів знизилася з 2,27 до 2,17 на 1000 жінок дітородного віку. Чіткої тенденції до зменшення кількості медичних абортів не спостерігається. Позитивні тенденції, пов'язані зі зменшенням частоти загальних та медикаментозних абортів до 12 -го тижня вагітності, свідчать про ефективність заходів контрацепції, а також про позитивну динаміку репродуктивної поведінки жінок.

Показники захворюваності на злоякісні новоутворення є дуже важливими факторами, що впливають на репродуктивне здоров'я жіночого населення [5]. У таблиці 3.2 представлено динаміку захворюваності на рак молочної залози, шийки матки, матки та яєчників у жінок СМТГ .

Таблиця 3.2 – Динамка захворюваності на злоякісні новоутворення жіночого населення СМТГ, 2019-2021 рр.

Показники	2019 рік	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2020 р., +/-
Молочна залоза	63,30	54,55	60,32	-2,98
Шийка матки	17,21	14,82	14,80	-2,41
Тіло матки	30,55	26,27	28,27	-2,28
Яєчники	15,71	13,67	14,09	-1,62

Джерело: згруповано автором за даними [34]

Тенденція до зниження захворюваності на рак молочної залози дещо інша (63,30 у 2019 році; 60,32 у 2021 році). Спостерігається позитивна тенденція щодо раку шийки матки. Захворюваність на рак шийки матки поступово знизилася з 17,21 до 14,8 на 100000 людей. Суттєвих змін в динаміці щодо захворюваності на рак матки та яєчників не визначено. Захворюваність на рак матки у 2019 році – 30,55; 28,27 у 2021 році та 15,71 випадків раку яєчників у 2019 році в порівнянні з показником 2021 р., котрий склав 14,09.

Відсутність тенденцій до зниження частоти раку молочної залози, матки та яєчників та незначне зниження значення свідчать про стабільність стану цього показника та недостатність заходів щодо профілактики цих захворювань. Однак встановлено динаміку в позитивному напрямку. Позитивна тенденція щодо зниження захворюваності на рак шийки матки свідчить про ефективність раннього виявлення та заходів щодо запобігання змінам шийки матки та сприятиме підвищенню обізнаності жінок щодо цієї проблеми.

Інфекції, що передаються статевим шляхом, також є одним із факторів порушення репродуктивного здоров'я. Проведено аналіз динаміки захворюваності на деякі інфекції, що передаються статевим шляхом: сифіліс, гонококова інфекція, хламідійна інфекція, трихомоніаз, уrogenітальний мікоплазмоз. Отримані результати представлено в таблиці 2.13.

Таблиця 3.3 – Динаміка захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, жіночого населення СМТГ, 2019-2021 рр. (на 1000 жінок фертильного віку)

Показники	2019 рік	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2020 р., +/-
Сифіліс	4,7	2,9	2,7	-2,0
Гонококова інфекція	5,3	2,5	1,9	-3,4
Хламідійна інфекція	40,5	20,9	16,8	-23,7
Трихомоніаз	123,7	71,4	57,4	-66,3
Уrogenітальний мікоплазмоз	72,0	39,3	29,4	-42,6

Джерело: згруповано автором за даними [34]

Аналізуючи дані таблиці 3.3, варто відзначити позитивну тенденцію до зниження захворюваності на всі вищевказані інфекції. Захворюваність на сифіліс на 1000 жінок знизилась з 4,7 до 2,7, гонококової інфекції з 5,3 до 1,9 на 1000 жінок, хламідіоз від 40,5 до 16,8 і трихомоніаз від 123,7 до 57,4 на 1000 жінок, сечостатеві мікоплазмоз - від 72,0 до 29,4 (у 3 рази). Водночас у 2020 р. захворюваність на всі зазначені інфекції значно впала. У 2019-2020 рр. впала захворюваність на 1 тис. жінок: сифіліс у 1,6 р., гонококова інфекція у 2,1 р., хламідіоз. інфекції - в 1,9 р., трихомоніазу - в 1,7 р., уrogenіт мікоплазмоз - в 1,8 р.

Враховуючи наявність низки проблемних питань в частині зростання захворюваності дівчат-підлітків на захворювання сечостатевої системи, визначено динаміку змін показника за період 2019-2021 рр. по СМТГ, котра представлена в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 - Динаміка захворювань сечостатевої системи серед дівчаток – підлітків СМТГ*, 2019-2021 рр.

Показники	2019 рік	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2020 р., +/-
Загальна захворюваність	8613,7	8434,8	8683,9	70,2
Запальні захворювання придатків матки	91,3	96,8	93,4	2,1
Розлади менструації	243,3	262,9	280,8	37,5
Інші захворювання сечостатевої системи	827,7	835,6	878,3	50,6

* число випадків захворювання на 10000 дівчат віком 15 -17 років

Джерело: згруповано автором за даними [34]

Представлені в таблиці 3.4 дані, вказують на те, що в розрізі всіх досліджуваних показників відбулось зростання. Так, в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. загальна захворюваність зросла на 70,2 од. При цьому найменшою, в кількісному вимірі, є динаміка зростання запальних захворювань придатків матки, котра складає 2,1 од. Також потребує уваги й питання щодо зниження інших захворювань сечостатевої системи у дівчаток-підлітків, що вказує на важливість посилення уваги до профілактичних заходів, котрі проводяться в рамках функціонування первинної медико-санітарної допомоги. Враховуючи те, що ключовим індикатором оцінки стану репродуктивного здоров'я жінок є безпліддя, розглянемо його структуру в розрізі нозологічних груп, котра представлена в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5 – Структура нозологічних форм безпліддя жіночого населення СМТГ, 2021 р.

Нозологічна форма	% жінок фертильного віку
Жіноче безпліддя ендокринного генезу	35-40
Жіноче безпліддя трубно-перитоніального генезу	20-30
Імунологічне безпліддя	20
Жіноче безпліддя шийкового генезу	5
Безпліддя неясного генезу	10-15

Джерело: згруповано автором за даними [34]

Представлені в таблиці 3.5 дані свідчать про те, що найбільшу часту в загальній структурі складає безпліддя ендокринного генезу. Також вагомий негативний вплив на репродуктивне здоров'я жіночого населення здійснюють проблеми трубно-пренатального генезу та імунологічні проблеми, що вказує на важливість забезпечення надання своєчасність профільних консультацій.

Проведені дослідження в цілому позитивно характеризують заходи, котрі були впроваджені в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я СМТГ. Позитивні тенденції щодо зниження захворюваності на захворювання, що передаються статевим шляхом, свідчать про підвищення контрацепції та профілактики інфекцій. Даний результат є позитивною оцінкою діючої державної програми «Репродуктивне здоров'я».

Проаналізувавши показники репродуктивного здоров'я жінок СМТГ, встановлено наступне.

- позитивні тенденції щодо зниження частоти абортів загалом, особливо легального медичного аборту до 12-го тижня вагітності;
- позитивні тенденції щодо зниження захворюваності на рак шийки матки;
- позитивні тенденції щодо зниження захворюваності на захворювання, що передаються статевим шляхом;
- високі показники захворюваності на рак молочної залози, матки та яєчників.

Позитивні зміни свідчать про ефективність планування сім'ї, профілактики раку шийки матки та профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом. Навчання жінок питанням репродуктивного здоров'я може підвищити обізнаність жінок у цих питаннях і призвести до позитивних змін у репродуктивній поведінці. Відсутність тенденцій до зниження частоти раку молочної залози, матки та яєчників та незначне зниження показника може свідчити про те, що ситуація щодо частоти цього захворювання є стабільною, але профілактичні заходи є недостатніми та потребують покращення.

3.2 Впровадження стратегічного підходу в систему формування публічних політик в сфері охорони репродуктивного здоров'я України

Стратегії та підходи щодо посилення політики держав Європейського регіону в сфері охорони репродуктивного здоров'я визначено в Європейському плані дій ВООЗ. При цьому, найбільш важливим напрямом, є посилення уваги до охорони репродуктивного здоров'я та репродуктивних прав на 2017-2021 рр. Дана динаміка зумовила необхідність впровадження стратегічного підходу у формування публічних політик в сфері охорони репродуктивного здоров'я України. Першочерговим завданням для реалізації даного напрямку є необхідність визначення кола проблемних питань в сфері публічної політики. Хоча динаміка останніх років в сфері охорони репродуктивного здоров'я характеризується позитивно, що підтверджено результатами проведеного аналізу, однак низка проблемних питань залишається невирішеними (рисунок 3.1).

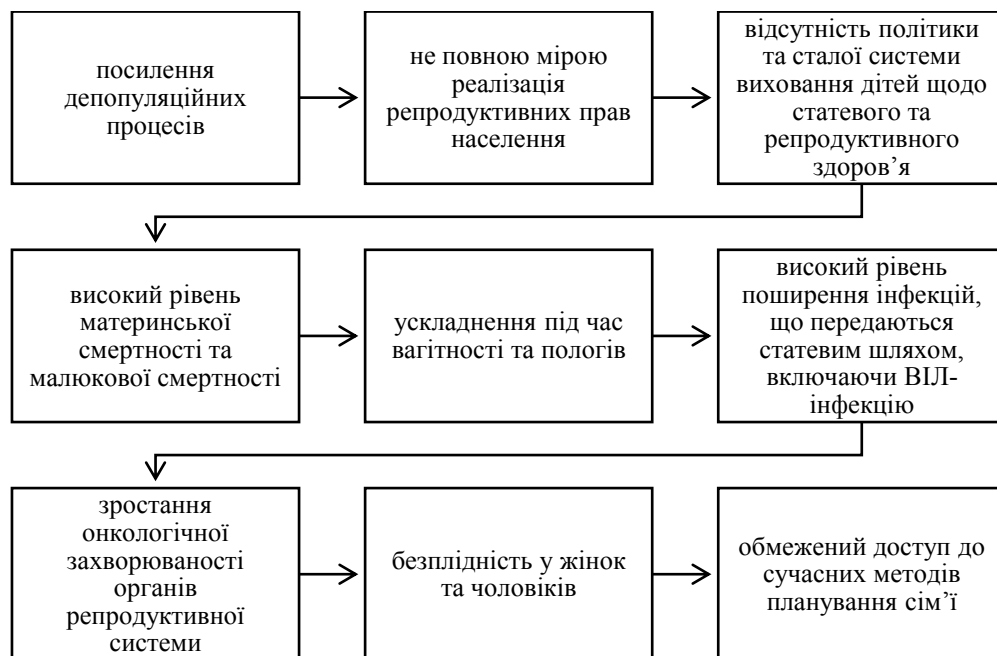


Рисунок 3.1 – Проблемні питання в сфері публічної політики охорони репродуктивного здоров'я України

Джерело: згруповано автором

Виходячи з даних, представлених на рисунку 3.1, окреслено стратегічні завдання, котрі забезпечать зниження негативних тенденцій:

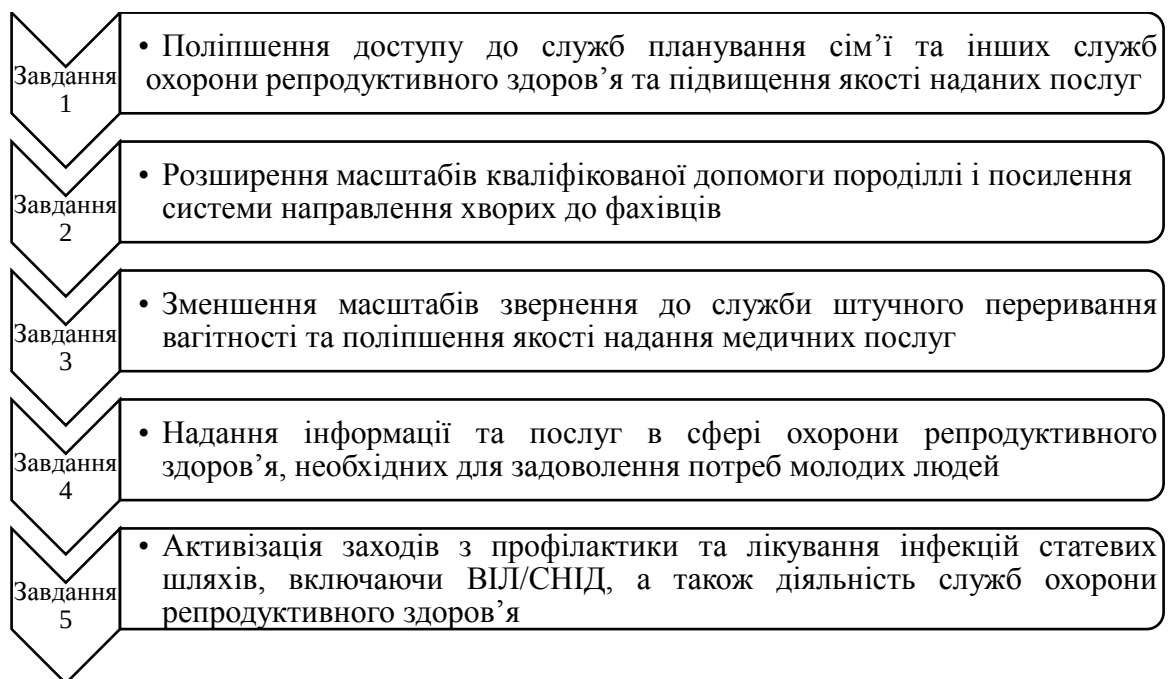
Завдання 1. Поліпшення доступу до служб планування сім'ї та інших служб охорони репродуктивного здоров'я та підвищення їх якості;

Завдання 2. Розширення масштабів кваліфікованої допомоги породіллі і посилення системи направлення хворих до фахівців;

Завдання 3. Зменшення масштабів звернення до служби штучного переривання вагітності та поліпшення якості існуючих галузевих медичних служб;

Завдання 4. Надання інформації та послуг в сфері охорони репродуктивного здоров'я, необхідних для задоволення потреб молодих людей;

Завдання 5. Активізація заходів з профілактики та лікування інфекцій статевих шляхів, включаючи ВІЛ/СНІД, а також діяльність служб охорони репродуктивного здоров'я.



Щоб знайти відповіді на ці та інші запитання, європейські країни використовують стратегічні підходи до зміцнення політик та програм у сфері репродуктивного здоров'я, які були розроблені протягом останніх десятиліть у політичній та адміністративній сферах, а також у медичній та гендерній сферах. Ці програми фінансуються ВООЗ. Вони часто використовують три-етапний стратегічний підхід, щоб допомогти країнам оцінити потреби та пріоритети у сфері охорони здоров'я матерів, виміряти та розширити політику та програми,

спрямовані на вирішення цих потреб, у співпраці з міжнародними організаціями, імплементувати різні успішні заходи [5].

Стратегічний підхід до репродуктивного здоров'я поєднує концепції та практику громадського здоров'я з інструментами державного управління та принципами охорони здоров'я (рисунок 3.2). Представлені на рисунку 3.2 переваги стратегічного підходу в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я окреслюють доцільність його впровадження. Аналіз динаміки розвитку концептуальних основ захисту репродуктивних прав населення на міжнародному рівні свідчить про те, що ці питання займають одне з головних місць у політиці провідних країн світу, що пов'язано з важливістю регулювання народонаселення нашої планети. Дискримінаційні дії щодо дотримання репродуктивних прав мають бути суворо засуджені на законодавчому рівні.

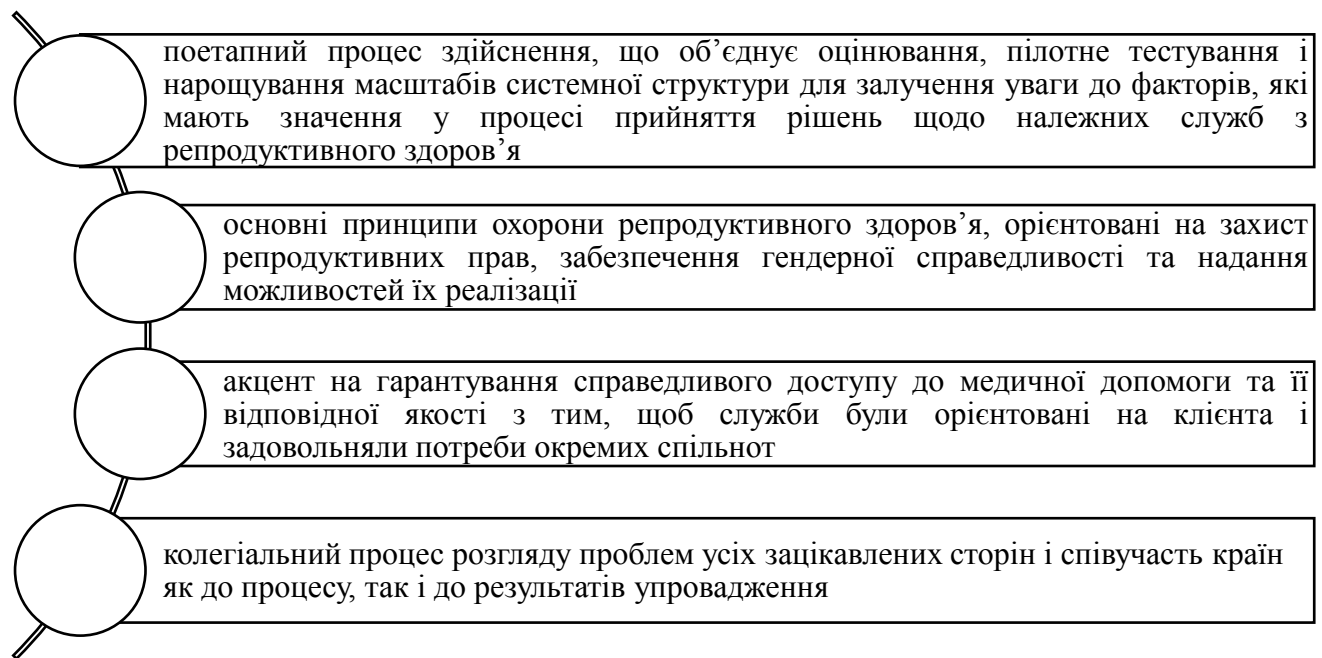


Рисунок 3.2 – Переваги стратегічного підходу в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я

Джерело: згруповано автором

Водночас питання репродуктивних прав залежить від рівня соціально-економічного, культурного розвитку окремих країн, релігійних та національних традицій, що потребує наполегливого втручання органів державної влади та

громадських організацій у цю сферу з метою їх забезпечення. З огляду на ситуацію у сфері репродуктивного здоров'я українського населення в найбільш широкому сенсі не викликає сумніву необхідність наукової розробки та популяризації проблематики репродуктивних прав людини, що виходить далеко за межі суто медичних або юридичних аспектів, управлінська складова безпосередньо стосується демократизації суспільства та впровадження прав людини в повсякденність органів публічної влади.

Забезпечення впровадження стратегічного підходу в систему публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я передбачає низку етапів, котрі представлено на рисунку 3.3.

I етап впровадження стратегічного підходу в систему публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я включає систему правового забезпечення. Розробка нормативно-правових актів, що стосуються забезпечення охорони репродуктивного здоров'я повинна здійснюватись на основі соціально-правового принципу. Даний принцип державного управління включає в себе принцип розробки законодавчих основ і соціальну підтримку громадян, що забезпечує охорону здоров'я і стимулювання народжуваності.

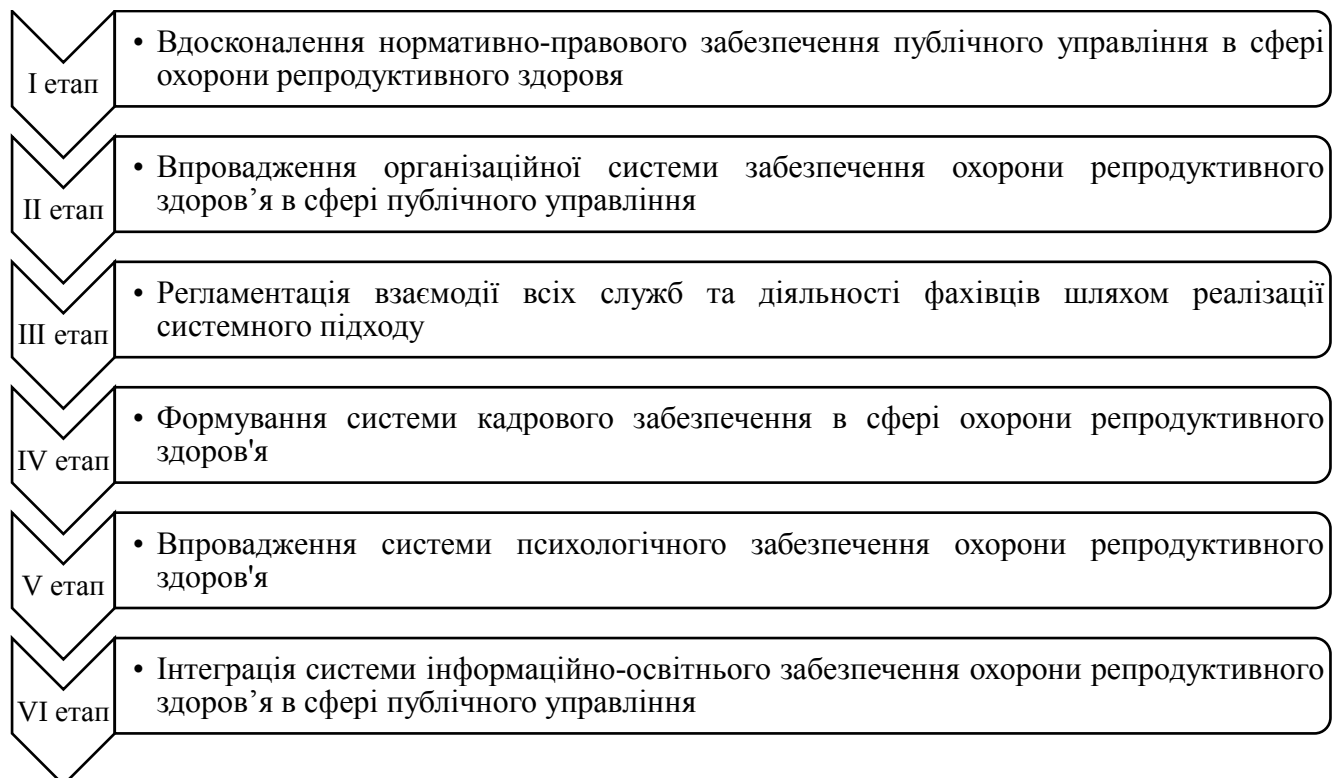


Рисунок 3.3 – Алгоритм впровадження стратегічного підходу в систему публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я

Джерело: розроблено автором

II етап впровадження стратегічного підходу в систему публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я передбачає формування організаційної системи забезпечення охорони репродуктивного здоров'я, що складається з 3-ох етапів організації державного управління охороною репродуктивного здоров'я (рисунок 3.4). Даний етап відображає комплексний підхід до охорони репродуктивного здоров'я в охороні здоров'я з інтеграцією служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я з іншими службами і безперервністю профілактичного та лікувально-діагностичного процесу на всіх етапах формування, розвитку та повного закінчення репродуктивної функції. Важливе значення в реалізації політики охорони репродуктивного здоров'я відіграє чітка взаємодія не тільки установ охорони здоров'я між собою, але і взаємодію органів і установ охорони здоров'я з місцевими органами державної влади, тобто необхідна горизонтальна інтеграція. Зважаючи на це на даний підхід передбачає як вертикальний напрям формування публічного управління охороною репродуктивного здоров'я так і горизонтальний.



Рисунок 3.4 – Організаційна система забезпечення охорони репродуктивного здоров'я в сфері публічного управління

Джерело: розробка автора

Основним завданням першого етапу - базового, є профілактика, патології та порушень репродуктивної системи у дітей та підлітків, формування та профілактика порушень репродуктивної системи у жінок репродуктивного віку. Даний етап охоплює всі вікові етапи - від народження до підліткового періоду, далі фертильний вік, а також пременопаузальний і менопаузальний періоди у жінок. Безпосередніми суб'єктами державної реалізації політики на даному етапі є місцеві органи виконавчої влади, на які покладається обов'язок втілення в життя загальнодержавних програм охорони репродуктивного здоров'я.

Основною ланкою у формуванні та профілактиці порушень репродуктивної системи на даному етапі є лікар, основне призначення якого в нашому випадку полягає в виявленні патології і направленні в жіночу консультацію; наданні, невідкладної допомоги, огляд, консультування, лікування патології репродуктивної системи відповідно до рекомендації акушера-гінеколога; самостійному веденні вагітних (фізіологічна вагітність) і хворих; організації взаємодії з іншими службами. Крім зазначеного, у формуванні репродуктивного здоров'я значна роль відводиться: дитячій поліклініці, завдання якої полягають у профілактиці хронічних захворювань і інфекцій, своєчасній діагностиці і лікуванні порушень репродуктивної системи у дівчаток-підлітків, гігієнічне і моральне виховання тощо; жіночій консультації, завдання якої полягають у антенатальному спостереженні, підготовці до пологів, післяпологовому спостереженні, профілактиці, лікуванні та реабілітації порушень репродуктивної системи, профілактиці абортів, пропаганді здорового способу життя, тощо.

Реалізація системного підходу забезпечує інтеграцію всіх служб та діяльності фахівців, що забезпечує істотний внесок у формування репродуктивного здоров'я. Основним завданням спеціалізованого етапу є збереження репродуктивного здоров'я, у першу чергу жінок фертильного віку, так

як цей вік охоплює найбільш значущу частину періоду статевої зрілості жінки і активного функціонування репродуктивної системи. На цьому етапі дуже важливі чітка взаємодія наступних лікувально-профілактичних установ: сімейної та загально лікарської практики, поліклініка, жіноча консультація, пологові будинки, перинатальні центри, гінекологічні відділення стаціонарів, шкірно-венерологічні диспансери, тощо. Формування підґрунтя для реалізації стратегічного підходу здійснюється на третьому етапі і забезпечується шляхом розробки принципів, стратегічних засад, пріоритетних напрямів підвищення репродуктивного потенціалу населення.

В рамках реалізації четвертого етапу необхідним є формування системи кадрового забезпечення охорони репродуктивного здоров'я. В основу розробку даного блоку покладено організаційний принцип, який включає різнорівневий і регіональний підхід, принцип вдосконалення системи підготовки кадрів та кадрового забезпечення, що дозволить комплексно і раціонально організувати охорону репродуктивного здоров'я, забезпечити збалансованість повноважень і відповідальності всіх зацікавлених міністерств, відомств та установ на всіх щаблях управлінської ієрархії з урахуванням регіональних особливостей та етапів надання медичної допомоги, а також сприяє удосконалення системи планування і розподілу кадрового потенціалу, підвищенню кваліфікації медичних працівників. Розробляючи даний блок обґрунтовано, що головною метою державної кадрової політики у сфері охорони репродуктивного здоров'я є сприяння оптимальному використанню трудових ресурсів країни (медичних працівників, державних управлінців, на яких безпосередньо покладаються обов'язок розробки та втілення державних програм охорони репродуктивного здоров'я) для реалізації національних інтересів для забезпечення демографічного розвитку держави.

П'ятий етап реалізації стратегічного підходу в сфері публічного управління репродуктивного здоров'я населення ґрунтується на впровадженні системи психологічного забезпечення охорони репродуктивного здоров'я. Врахування економічних, соціальних та психологічних репродуктивних мотивацій. Результатами репродуктивних дій, що можуть розглядатися як показники

ефективності репродуктивної поведінки, є не тільки факти народження чи не народження дітей, але й стан репродуктивного здоров'я, особливості статевого життя, застосування методів планування вагітності, ставлення до не планованої вагітності, у том числі штучне її переривання, адекватна реалізація батьківства, ставлення до дитини та її виховання. При цьому внутрішніми стимулами репродуктивної поведінки є потреби жінки та сім'ї в цілому в реалізації репродуктивної функції, а зовнішніми засобами орієнтації – репродуктивні норми, які базуються на принципах і зразках, що існують у суспільстві і тією чи іншою мірою засвоюються індивідом. Впровадження таких основних механізмів державної політики мотивації репродуктивного здоров'я серед молоді як розвиток духовної, психічної та фізичної складових репродуктивного здоров'я. Даний етап передбачає формування основи реалізації суспільного принципу в державному управлінні, який містить в собі принципи пріоритетності стратегічних цілей над теоретичними і оперативними, які є основоположними принципами державного управління, принцип пріоритетності охорони репродуктивного здоров'я, що в підсумку сприяє здоров'ю майбутніх поколінь і забезпечує здоров'я нації.

Останній етап впровадження стратегічного підходу в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я населення включає розробку та інтеграцію систему інформаційно-освітнього забезпечення охорони репродуктивного здоров'я. Інтеграційний принцип, який визначено в якості базового при розробці даного блоку, включає принцип інтеграції закладів охорони репродуктивного здоров'я з службами всередині сектора охорони здоров'я, принцип взаємодії (партнерства) передбачає залучення закладів освіти, неурядових та релігійних організацій, засобів масової інформації, волонтерів та взаємодію з міжнародними організаціями. Це дозволить забезпечити досягнення більш ефективних результатів в охороні репродуктивного здоров'я.

Багато аспектів репродуктивного здоров'я - низький індекс здоров'я жінок, висока питома вага абортів, рання вагітність пов'язані з недостатньою поінформованістю населення про планування сім'ї, незнанням заходів профілактики і шкоди, що завдають здоров'ю шкідливі звички. В рамках розробки

місцевих програм охорони репродуктивного здоров'я необхідно впроваджувати технології інформування населення про репродуктивне здоров'я, планування сім'ї, яка включала б такі напрями: розробка та видання інформаційних матеріалів для населення та медичного персоналу; розвиток програми з морально-статевого виховання для учнів загальноосвітніх шкіл; проведення навчальних, програм для журналістів в питаннях інформування населення з репродуктивного здоров'я; інформування населення через залучення самого населення до цього процесу.

В пропаганді здорового способу життя та проведення профілактики різних захворювань репродуктивної системи дуже важливим є своєчасне оновлення знань медичного персоналу та навчання його основам валеології, інформування населення та проведення кампаній з пропаганди здорового способу життя. У зв'язку з зазначеним доцільним є організація проведення систематичних навчальних семінарів в галузі охорони репродуктивного здоров'я для медичних працівників - акушерів-гінекологів, урологів, терапевтів, сімейних лікарів.

Основною метою при цьому є допомога населенню в розумінні того, що методи контрацепції безпечні, ефективні і можуть допомогти їм уникнути випадкових вагітностей і надмірних ризиків. Іншими словами, дати можливість населенню шляхом надання достатньої та достовірної інформації зробити правильний вибір на користь власного здоров'я. Шляхом інформування населення можна: поліпшити розуміння гостроти проблеми охорони репродуктивного здоров'я, допомогти вирішенню проблеми; вплинути на відносини, щоб збільшити підтримку індивідуальної або колективної дії; мотивувати прояв навичок і здібностей серед населення з використання контрацептивних методів; збільшити попит на послуги з репродуктивного здоров'я та планування сім'ї.

3.3 Обґрунтування напрямів розширення функцій первинної ланки в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я

Проведений аналіз щодо організації охорони репродуктивного здоров'я, визначення низки проблемних питань та обґрунтування алгоритму щодо

впровадження стратегічного підходу в систему публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я окреслив важливість посилення ролі первинної ланки сфери охорони здоров'я.

Для забезпечення розширення напрямів первинної ланки в сфері охорони репродуктивного здоров'я необхідним є:

1. Удосконалення профільних знань та компетентностей сімейних лікарів та молодшого медичного персоналу у наданні пологових та жіночих послуг та продовжити професійну освіту. Для виконання цього розділу необхідна систематична підготовка фахівців для участі у професійному навчанні, короткостроковому навчанні та курсах підвищення кваліфікації, у тому числі в регіональних навчальних центрах, створених у кожній області, на базі ПМСД тощо.

2. Іншим, не менш важливим складовим елементом, є придбання обладнання, інструментів та медичних матеріалів, необхідних для надання акушерсько-гінекологічної допомоги, покращення інструментів розповсюдження інформації щодо обладнання установи первинного рівня, забезпечення основного обладнання та системи самодіагностики, проведення клінічної діагностики станів жінок, включаючи інформаційні матеріали та методи. Заклади первинної ланки в Україні уклали договір з Національною службою здоров'я на фінансування медичних послуг, тож можна сказати, що вони мають комп'ютерну техніку та підключені до Інтернету. Дані вдосконалення дозволяють створити на рівні ПМСД реєстр чисельності жінок, де описується стан здоров'я кожної жінки для підвищення ефективності прийняття медичних рішень щодо напрямів лікування.

3. Окремої уваги потребує налагодження співробітництва зі спеціалізованими та вузькоспеціалізованими медичними та жіночими центрами здоров'я, відповідно до клінічної методики, орієнтованої на пацієнта.

4. Не менш важливим елементом, в розрізі даного напрямку, є організація комунікативно-просвітницької роботи в груповій та індивідуальній формі, в частині, пропаганди здорового способу життя (ЗСП), створення та підтримання ЗСЖ, профілактика куріння, надмірного вживання алкоголю та психоактивних

речовин. У процесі інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги в практику ПМСД інформаційний елемент відіграє дуже важливу роль у формуванні прихильності жінок до посилення уваги до стану свого здоров'я та збільшати їх активність щодо участі у регулярних гінекологічних оглядах [8].

Дані напрями є вкрай важливими та потребують певного часу для ефективного їх впровадження. Перелік інструментів, заходів та підходів можуть відрізнятися в залежності від специфіки регіону. Вони пов'язані з рівнем та можливими умовами теоретичної та практичної підготовки сімейних лікарів та молодшого медичного персоналу із сімейної медицини. Рекомендується, щоб кожен ПМСД розробив відповідний план інтеграції складових сфери репродуктивного здоров'я на рівень первинної медичної допомоги.

Інтеграція складових сфери репродуктивного здоров'я в систему ПМСД для реалізації функцій публічного управління, пов'язана з набуттям додаткових можливостей щодо консультування в розрізі всіх вагомих складників, таких як: контрацепція, планування сім'ї, просвітницька робота з підлітками тощо. За дорученням МОЗ України загальний веб-сайт ПМСД повинен щомісяця оновлюватися та доповнюватися науковою, методичною та адміністративною інформацією щодо пологів у жінок із певними видами ускладнень. Щоб навчити цим питанням лікарів сімейної медицини та молодшого медичного персоналу, знадобиться багато часу та коштів. Тому для вирішення цього завдання, в найкоротші терміни та з мінімальними витратами, рекомендуємо такий порядок підготовки медичних працівників: навчання інструкторів у всіх регіонах України на замовлення МОЗ України. Впровадження елементів акушерсько-гінекологічної допомоги в практичну діяльність, відповідно до розроблених та затверджених програм для набуття теоретичних та практичних знань у провідних закладах медичної освіти; відповідно до рекомендацій обласної організації охорони здоров'я, Інститут середньої медичної освіти організовує учасників, визначаючи їхні професійні якості та їх зв'язок із лідерами в діяльності, обраних на первинному рівні в регіоні [37-41].

Забезпечується систематичний спосіб вирішення завдань, наприклад регулярна участь підготовлених викладачів у тематичних семінарах та заходах з обміну досвідом на державному рівні. Частиною моделі для діяльності первинної ланки щодо забезпечення материнства обладнанням та технічною підтримкою є розробка рекомендацій щодо обладнання та технічної підтримки сімей за участю акушерів та медичних працівників. Ці рекомендації доцільно затвердити як доповнення до наказу МОЗ України від 8 квітня 2019 року № 797 «Про перегляд Примірною табеля матеріально-технічної оснащеності організацій охорони здоров'я та ФОП, які надають первинну медико-санітарну допомогу» [42].

Для розширення можливостей щодо імплементації складових системи охорони репродуктивного здоров'я необхідним є затвердження відповідних стандартів в розріз медичних послуг. Рекомендується, щоб критерії, встановлені ВООЗ, були запроваджені як спеціальні стандарти якості медичних послуг для жінок та їхніх дітей. Затвердження стандарту дозволить якісно надавати медичні послуги та лікування під час пологів та ранніх післяпологових ускладнень. Функціонування інформаційних систем в сфері охорони здоров'я дозволять використовувати дані для ефективних і результативних заходів щодо покращення якості медичного обслуговування жінок і дітей. Також необхідним є обґрунтування процедури направлення жінок і дітей грудного віку до медичних закладів відповідного профілю при виявленні захворювань, які не піддаються лікуванню існуючими методами та можливостями первинної ланки. Забезпечення спілкування з жінками та їхніми родинами для врахування їх потреб та вподобань, надання жінкам та членам їх сімей необхідної емоційної підтримки, яка зосереджується на їхніх потребах і розширює можливості жінок. Забезпечення належної інфраструктури, такої як водопостачання, енергопостачання, санітарні засоби, а також медикаменти, ліки, витратні матеріали та обладнання, необхідне для здійснення звичайного догляду за матерями та новонародженими та їх лікування.

Враховуючи постійно комунікацію сімейних лікарів із пацієнтами за укладеними деклараціями, доцільно запровадити додаткове консультування з

питань безпечної поведінки, відповідального репродуктивного здоров'я та профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом, ВІЛ та вірусних гепатитів; сприяння повноцінному харчуванню: правильному харчуванню, фізичній активності, відмові від паління, вживання алкоголю та наркотиків; Консультування у сфері статевого виховання: попередження небажаної вагітності, захворювань, що передаються статевим шляхом, дошлюбних статевих стосунків, статевого життя та здоров'я, методів контрацепції; надавати психологічну підтримку молодим людям, які опинились у складній життєвій ситуації; профілактика, виявлення та лікування інфекційних та неінфекційних захворювань, захворювань, що передаються статевим шляхом, та інших інфекцій репродуктивних органів. ВІЛ, туберкульоз, сифіліс; щеплення від вірусу папіломи людини, вірусного гепатиту В, дифтерії, правця, краснухи, кору; профілактика, виявлення та лікування залізодефіцитної анемії; консультувати батьків щодо відповідних заходів щодо вирішення проблем поведінки у молоді та інформувати про можливість знайти « Клініку , дружню до молоді » [7].

Також на первинному рівні повинно здійснюватися виявлення жінок із ризиком небажаної вагітності (жінок, які зловживають алкоголем, наркотиками чи психотропними речовинами) та надання їм консультацій щодо контрацепції [7]. Розробка Положення про заходи щодо охорони репродуктивного здоров'я на рівні ПМСД передбачає моніторинг особистого календаря щеплень, заходів із запобігання народжуваності та генетичних проблем (профілактика захворювань, що передаються статевим шляхом, споживання фолієвої кислоти, модифікація факторів ризику (харчування, ожиріння, куріння, вживання алкоголю), психічного здоров'я та впливу навколишнього середовища. фактори), профілактика абортів (визначення відповідних рівнів, підбір вітаміну D, виявлення тромбофілічних і гормональних проблем), профілактика раку шийки матки та молочної залози [8].

Також потрібно впровадити постійний моніторинг, один раз на два тижні, з метою визначення психологічного стану вагітних, створення більш якісної клінічної картини для вагітних і годуючих жінок та контролю за виконанням призначень лікарів-акушерів (супровід роботи). Важливою частиною розширення

доступу до високоякісної акушерської підтримки та послуг для жінок є організація Школи відповідального батьківства. В закладах, де діє Школа відповідального батьківства, необхідно вдосконалити такі види діяльності.

1. Консультування, психологічна та оздоровча підготовка вагітної та членів її родини до появи новонародженого. Зокрема, всі члени сім'ї, які будуть контактувати з майбутнім новонародженим, повинні бути обстежені на наявність інфекційних захворювань, щоб не наражати новонародженого на ризик захворювання, особливо після виходу з пологового будинку.

2. Консультування пари при підготовці до пологів, особлива увага до пологів партнера, наголос на особливих завданнях, які партнер повинен виконувати під час пологів (майбутній батько дитини вважається найкращим), особливо підтримка під час пологів, народження, перші дні після народження. Через складність деяких медичних процедур проявляється особлива поведінка партнера під час пологів.

3. Консультування вагітних жінок про симптоми пологів. Такий вид консультацій є дуже важливим, оскільки материнство адаптується до покращення пологових ліжок відповідно до адміністративних реформ щодо регіоналізації медичних послуг та послуг у країні. У цьому випадку відбувається реструктуризація закладів, які приймають пологи шляхом переміщення району, і в зв'язку з цим вагітна жінка повинна мати своєчасну інформацію при виборі спеціального пологового будинку та обов'язкова госпіталізація під час пологів.

4. Профілактика захворювань, що передаються статевим шляхом/ВІЛ, планування сім'ї, контрацепція, включаючи контрацепцію після народження, профілактика вроджених вад, особливо пов'язаних з недостатністю фолієвої кислоти, репродуктивний ризик, ендемічні захворювання та імуносупресія. Організація індивідуальних та групових консультацій [17].

В частині організації діагностики та спостереження за вагітністю на рівні первинної медичної допомоги необхідним є забезпечення реалізації наступних напрямів:

1. Діагностика та спостереження за вагітними жінками з ускладненим перебігом вагітності та своєчасним взяттям вагітних на облік (до 12 тижнів) є важливим для запобігання виношування та проблем плода.

2. Організація праці на робочому місці змінюється разом із навичками роботи для нових типів медичних центрів, а також правильним використанням обладнання для медичного огляду жінок.

3. Підвищення уваги до пацієнтів, враховуючи побажання та культурні особливості жінки, а також повну інформацію про проблеми зі здоров'ям. Реалізація пацієнт-орієнтованого підходу до організації репродуктивної допомоги, що відповідає міжнародним трендом та рекомендаціям ВООЗ.

4. Володіння спеціальними навичками, такими як фізичне обстеження пацієнтів, використання інструментальних методів аналізу для профілактики проблем, особливо жіночого здоров'я.

5. Загальний огляд акушерсько-гінекологічної допомоги з урахуванням соматичного здоров'я та його впливу на вагітність, пологи та післяпологовий період.

6. Комплексний підхід. Оцінка здоров'я не тільки в розрізі показника відсутності хронічних захворювань, а й загального самопочуття, мотивації, задоволення тощо. Враховуючи, що вагітність - це стан психологічного здоров'я, реалізується потенціал без болю, поганих побажань та психічних пошкоджень.

7. Взаємодія на вторинному рівні медичної допомоги, наприклад: своєчасна передача вагітних до акушерів, інструментарій (УЗД) та диспансеризація;

8. Розробка самостійного плану визначення настання пологів для вагітної жінки (і дорослих у родині, які живуть з нею).

9. Планове переведення в пологове відділення за станом здоров'я вагітної: догляд за пологами під час психологічної праці (1) ЗОГ регіонального значення; 2) пологові будинки II рівня із середнім рівнем ускладнень вагітності; 3) Пологові центри III рівня з важкими ускладненнями вагітності з метою зменшення ускладнень у жінок і немовлят.

10. Забезпечення високого рівня лікування, шляхом діагностики відхилень ускладненого перебігу вагітності; перехід на другий і третій рівні охорони материнства; обмін ідеями (обмін інформацією) з експертами вторинної та третинної медичної допомоги; стежити за тим, чи дотримується вагітна жінка рекомендацій фахівців вищого рівня.

11. Надавати допомогу вагітним жінкам у невідкладних станах відповідно до клінічних протоколів та настанов; отримати дистанційну консультацію спеціалістів середньої та вищої ланки, отримати детальну інформацію про клінічну ситуацію; маршрути для вищих рівнів (за необхідності) та детальна документація наданої допомоги; термінове звернення до лікаря-спеціаліста при серйозних проблемах з прогнозом вагітності.

12. Ретельне спостереження за жінками під час пологів: отримання детальної інформації про пологи та стан новонародженого від фахівців середньої та вищої освіти; контролювати виконання їх підбору та виконувати рекомендації працюючих жінок; забезпечувати надання медичних послуг на основі діючих клінічних протоколів; надавати поради щодо гігієни після пологів та годування груддю, профілактика, рання діагностика, супровід і, при необхідності, переведення породіллі на вищий рівень лікування; організація психологічної підтримки інших членів сім'ї [37-41].

Пропозиція щодо регламенту спрямована на покращення організації, медико-діагностичних методів репродукції та акушерства для запобігання серйозним проблемам під час вагітності, пренатальна діагностика, профілактика еклампсії, вродженого ВІЛ, сифілісу, гепатиту, ятрогенні репродуктивні заходи; дослідження жінок і новонароджених у післяпологовому періоді. Для розширення напрямів надання послуг в сфері охорони репродуктивного здоров'я необхідним є внесення зміни до наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медико-санітарної допомоги» [43], якими визначено функції первинної медико-санітарної допомоги. Підготовка системи ПМСД для розширення їх функцій в сфері охорони репродуктивного здоров'я потребує

впровадження відповідних управлінських та організаційних рішень, реалізації організаційних заходів, з урахуванням особливих умов регіону.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі запропоновано вирішення актуальної наукової проблеми щодо публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я в Україні. Здійснено обґрунтування комплексу теоретичних і концептуальних положень та практичних рекомендацій.

Висновки і результати, одержані у процесі наукового дослідження, можуть бути зведені до наступного:

1. Досліджено, що принципи державної політики виступають основою для впровадження концептуальних елементів в сфері публічного управління охорони репродуктивного здоров'я. Одним із базових напрямів в системі управління національних систем охорони здоров'я є забезпечення, підтримки та збереження репродуктивного здоров'я окремих людей і населення. Враховуючи актуальність розвитку інформаційної складової в сфері охорони репродуктивного здоров'я важливою є її імплементація на рівень надання первинної медико-санітарної допомоги. Хоча низка країн має багаторічний досвід впровадження елементів системи охорони репродуктивного здоров'я на рівень первинної ланки, у деяких країнах європейського регіону вони все ще є вузькоспеціалізованими та надаються на різних рівнях.

2. Правові норми України, якими вона регулюється у сфері охорони репродуктивного здоров'я, базуються переважно на міжнародно-правових документах. Однак, найважливішим залишається Конституція України, яка містить низку статей, які безпосередньо стосуються охорони репродуктивного здоров'я та контрацепції. Перш за все ці положення Конституції, які декларують рівні права чоловіків і жінок, забезпечують створення умов для поєднання праці з відтворенням, матеріальну і моральну підтримку сім'ї, матері та дитини. Право на охорону репродуктивного здоров'я гарантується конституційними положеннями про свободу створення сім'ї, свободу репродуктивної поведінки та репродуктивних рішень жінок і чоловіків. Можливість ефективної реалізації права

на охорону репродуктивного здоров'я підтверджує й заборона використання праці жінок на небезпечних для здоров'я роботах.

3. Підтверджено, протягом досліджуваного періоду, зниження показників перинатальної смертності, що виникло внаслідок проведення наступних комплексних заходів: боротьба з невиношуванням та переношуванням з метою охорони плода. Своєчасна госпіталізація та адекватна терапія вагітних груп ризику в критичні строки гестації у відділення патології вагітних та акушерське відділення. Скринінгові УЗД плода з метою раннього виявлення вроджених вад розвитку та плацентарної дисфункції, оцінка біофізичного профілю плода, визначення плодово-плацентарного та маточно-плацентарного кровотоку при допомозі доплерометричного дослідження. Широке впровадження методів медико-генетичного консультування.

4. Удосконалено методи первинної реанімації новонароджених та терапевтичних методик, що використовуються відділенням новонароджених КНП "Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії". Використання сучасних методів діагностики материнсько-плодової інфекції та її санації, забезпечило зниження показників мертвонароджуваності в структурі перинатальної смертності за останні роки. Впровадження УЗ-скринінга, доплерометричного дослідження, медико-генетичного консультування дають реальні позитивні результати.

5. Проведений аналіз результативності публічного управління в сфері охорони репродуктивного здоров'я визначив відсутність системи індикаторів оцінки для впровадження щорічного моніторингу та визначення прогресу. Серед показників, котрі можуть виступити основою для формування системи оціночних індикаторів визначено: комплекс показників частоти переривання вагітності; показники захворюваності на злоякісні новоутворення жіночого населення; показники захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, жіночого населення; показники захворювань сечостатевої системи серед дівчаток – підлітків; показники нозологічних форм жіночого безпліддя.

6. Обґрунтовано алгоритм впровадження стратегічного підходу в сфері публічного управління охороною репродуктивного здоров'я. Аналіз тенденцій розвитку концепцій захисту репродуктивних прав населення на міжнародному рівні показує, що ці питання посідають центральне місце в політиці провідних країн світу, що свідчить про важливість управління в даній сфері. Водночас питання репродуктивних прав залежить від рівня соціального, економічного, культурного розвитку країни, релігії та національних традицій, тому для їх забезпечення важливою є повноцінна участь органів публічної влади та громадських організацій у цій сфері.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Банчук М. В. Державне управління інституційними змінами галузі охорони здоров'я в Україні. 2015. 272 с.
2. Жилка К.І. Розвиток механізму взаємодії з міжнародними організаціями у сфері державного управління охороною здоров'я дітей. 2015. 267 с.
3. Длугопольська Т. Правова природа репродуктивних прав фізичних осіб. *Актуальні проблеми правознавства*. 2016. Вип. 2. С. 103-107.
4. Демченко І. С. Громадське здоров'я: міжнародно-правові підходи до визначення. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. 2018. № 2. С. 53–58.
5. Демченко І. Акценти ВООЗ щодо ключових характеристик систем охорони здоров'я: міжнародно-правові аспекти. *Український часопис міжнародного права*. 2016. № 4. С. 65–71.
6. Горбата Л. П. Діяльність структурних підрозділів органів публічної влади в контексті забезпечення їх інформаційної відкритості. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія «Державне управління»*. 2019. Т. 30 (69), № 3. С. 42–47.
7. Операційний посібник «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я». Центр громадського здоров'я МОЗ України. К., 2020. 60 с.
8. Концепція Державної програми “Репродуктивне здоров'я нації на 2006—2015 роки”: Розпорядженням КМУ від 27 квітня 2006 р. № 244-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/35202731> (дата звернення: 20.11.2022).
9. Стратегия в области репродуктивного здоровья в целях ускорении прогресса в направлении достижения международных целей и задач в области развития. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 год.(Документ No. WHO/RHR/04.8)

10. Бойко В. І., Калашник Н. В. Планування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник. Суми : Сумський державний університет, 2018. 223 с.
11. Про Національну програму планування сім'ї: Постанова КМУ від 13 вересня 1995 р. №736 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/736-95-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.11.2022).
12. Про Національну програму "Репродуктивне здоров'я": Указ Президента України від 26 березня 2001 р. № 203/2001 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/203/2001>
13. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 20.11.2022).
14. Кодекс законів про працю України: Верховна рада УРСР від 10.12.1971 р. № 322-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text> (дата звернення: 20.11.2022).
15. Про охорону праці: Закон України від 14.10.1992 № 2694-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text> (дата звернення: 20.11.2022).
16. Сімейний кодекс України: Закон України від 10.01.2002 № 2947-III URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text> (дата звернення: 20.11.2022).
17. Кримінальний кодекс України: Закон України від 05.04.2001 № 2341-III URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text> (дата звернення: 20.11.2022).
18. Цивільний кодекс України: Закон України від 16.01.2003 № № 435-IV URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 20.11.2022).
19. Про внесення змін до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення": Закон України від 23.12.2010 № 2861-VI URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2861-17#Text> (дата звернення: 20.11.2022).
20. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 23.12.2010 № 1645-III URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/1645-14> (дата звернення: 20.11.2022).

21. Про попередження насильства в сім'ї: Закон України від 15.11.2001 № 2789-III URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2789-14#Text> (дата звернення: 20.11.2022).

22. Про загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року: Закон України від 05.03.2009 № 1065-VI URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1065-17#Text> (дата звернення: 20.11.2022).

23. Про застосування методів стерилізації громадян: Наказ МОЗ від 06.07.1994 № 121 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0187-94#Text> (дата звернення: 20.11.2022).

24. Про охорону навколишнього середовища: Закон України від 25.06.1991 № 1264-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1264-12#Text>

25. Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні: Наказ МОЗ від 29.11.2003 №620 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0620282-03#Text> (дата звернення: 20.11.2022).

26. Про затвердження Клінічного протоколу «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності: Наказ МОЗ від 31.12.2010 № 1177 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1177282-10#Text> (дата звернення: 20.11.2022).

27. Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні: Наказ МОЗ від 15.07.2011 № 417 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11#Text> (дата звернення: 20.11.2022).

28. Про затвердження та впровадження Примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання: Наказ МОЗ від 13.04.2011 № 204 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0204282-11#Text> (дата звернення: 20.11.2022).

29. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text> (дата звернення: 20.11.2022).

30. Державна програма “Репродуктивне здоров’я нації” на період до 2015 року: Постанова КМУ від 27 грудня 2006 р. № 1849 URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/61854426> (дата звернення: 20.11.2022).

31. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки: Постанова КМУ від 10 січня 2002 р. № 14 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.11.2022).

32. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми "Здоров'я 2020: український вимір": Розпорядження КМУ від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80#Text> (дата звернення: 20.11.2022).

33. Про Систему громадського здоров’я: Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення: 20.11.2022).

34. КНП "КЛІНІЧНИЙ ПОЛОГОВИЙ БУДИНОК ПРЕСВЯТОЇ ДІВИ МАРІЇ" СМР URL: <https://pologsumy.com/> (дата звернення: 20.11.2022).

35. Про організацію профілактики внутрішньо-лікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах: Наказ МОЗ 10.05.2007 № 234 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0694-07#Text> (дата звернення: 20.11.2022).

36. «Перетворення світу: Порядок денний сталого розвитку до 2030 року» URL: <https://ukraine.un.org/uk/sdgs> (дата звернення: 20.11.2022).

37. Clarke D, Mühlrad H (2018) Abortion laws and womens health. IZA—Institute of Labor Economics, No. 11890. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2020.102413> (дата звернення: 20.11.2022).

38. Darney BG, Fuentes-Rivera E, Saavedra-Avendaño B, Sanhueza-Smith P, Schiavon R (2020) Contraceptive receipt among first-trimester abortion clients and postpartum women in urban Mexico. *Int Perspect Sexual Reprod Health* 46(1):35–43

39. Fischer S, Royer H, White C (2018) The impacts of reduced access to abortion and family planning services on abortions, births, and contraceptive purchases.

J Public Econ 167:43–68. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2018.08.009> (дата звернення: 20.11.2022).

40. Forman-Rabinovici A, Sommer U (2018) Reproductive health policy-makers: comparing the influences of international and domestic institutions on abortion policy. Public Adm 96(1):185–199. <https://doi.org/10.1111/padm.12383> (дата звернення: 20.11.2022).

41. Khan S, Hancioglu A (2019) Multiple indicator cluster surveys: delivering robust data on children and women across the globe. Stud Fam Plan 50(3):279–286. <https://doi.org/10.1111/sifp.12103> (дата звернення: 20.11.2022).

42. Про внесення змін до Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу: Наказ МОЗ від 08.04.2019 №797 URL: <https://medplatforma.com.ua/news/3452-moz-onovilo-primrniy-tabel-materalno-tehnchnogo-osnashchennya-zakladv-pervinki> (дата звернення: 20.11.2022).

43. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ МОЗ від 19.03.2018 р. № 504: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення: 20.11.2022).