



Швеція
Sverige



*ДОРОЖНЯ КАРТА
З ПРОФІЛАКТИКИ ОНКОЛОГІЧНИХ
ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ*

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

**ДОРОЖНЯ КАРТА
З ПРОФІЛАКТИКИ ОНКОЛОГІЧНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Дослідницька команда:

Ніна Світайло – керівниця дослідження, канд. філос. наук, доц.

Юлія Савельєва – гендерна експертка, канд. філос. наук

Світлана Тарасенко – експертка з бюджетування, канд. економ. наук, доц.

Дмитро Сумцов – онкогінеколог, канд. мед. наук

Андріана Костенко – керівниця Центру соціальних досліджень, д-р політ. наук, доц.

Світлана Півень – експертка, канд. вет. наук

Ганна Євсеєва – експертка Центру соціальних досліджень.

Рецензент:

Владислав Сміянов – д-р мед. наук, проф., зав. каф. громадського здоров'я Сумського державного університету

Дорожня карта з профілактики онкологічних гінекологічних захворювань в Сумській області. Аналітичний звіт. – Суми, 2021. – 65 с.

ЗМІСТ

Резюме	4
Вступ	5
Методологія	8
I. Аналіз статистичних показників щодо охоплення спеціалізованими онкогінекологічними захворюваннями та онкопрофілактикою	12
II. Оцінка охоплення профілактичними оглядами в Сумській області у 2016–2020 рр.	17
III. Гендерний аналіз нормативно-правових актів у сфері профілактики онкогінекологічних захворювань	19
IV. Медико-соціологічне дослідження: бар'єри профілактики та раннього виявлення онкогінекологічних захворювань	25
Висновки та рекомендації (дорожня карта)	52
Додатки	58

РЕЗЮМЕ

Дослідження бар'єрів у користуванні міськими і сільськими жінками послугами щодо профілактики та раннього виявлення онкогінекологічних захворювань у Сумській області здійснювалося Центром соціальних досліджень Сумського державного університету впродовж липня–жовтня 2021 року в межах «Ініціативи з розвитку університетських аналітичних центрів», яку впроваджує Міжнародний фонд «Відродження» в партнерстві з Ініціативою відкритого суспільства для Європи (OSIFE) та за фінансової підтримки Посольства Швеції в Україні.

Динаміка показників онкогінекологічних захворювань за останні 5 років свідчить про зменшення профілактичних оглядів жінок, що негативно впливає на зростання випадків як дорічної летальності, так і занедбаності випадків. Спостерігається зростання темпів приросту випадків дорічної летальності та занедбаності щодо раку шийки матки, а також занедбаності щодо захворюваності на рак яєчників. Показники захворюваності, смертності від онкогінекологічних захворювань у м. Суми нижчі порівняно із районами області, що свідчить про нижчий рівень доступності медичних послуг у сільській місцевості.

Лише 60% опитаних жінок регулярно проходять профілактичні гінекологічні огляди. Більшість опитаних бувають на прийомах у гінеколога один раз на рік (46,8%). Чим старша жінка, тим рідше вона звертається до спеціалістів або ж взагалі не відвідує консультацій. Рідше бувають на профоглядах або взагалі їх не проходять жінки з сіл та селищ.

Професійність та уважність є головними чинниками при виборі гінеколога, проте майже кожна п'ята жінка вимушена вибрати гінеколога, керуючись близькістю до місця проживання. Жінки, які проживають у селі, частіше звертаються за усною консультацією і не проходять огляд на гінекологічному кріслі. Також рівень доходу жінок прямо пов'язаний з кількістю процедур, які вони проходять під час гінекологічних оглядів.

Щодо супутніх витрат, то сільські жительки витрачають більше грошей та часу на дорогу (від 20 до 50 грн, близько 2 год), аби потрапити на прийом до гінеколога, і майже не мають безкоштовної альтернативи.

Ключовою причиною невідвідування гінеколога є відчуття дискомфорту. Також жінки зазначають, що вони не мають на це часу, їм складно дістатися чи навіть записатися, для них незручним є графік прийому або зависока вартість послуги. При цьому 10,2% опитаних лікуються самостійно.

Ураховуючи високий рівень смертності жінок від онкологічних захворювань, важливою є реалізація комплексного підходу до заходів, пов'язаних з профілактикою, ранньою діагностикою та лікуванням раку в Сумській області.

Вирішення проблеми має здійснюватися у двох напрямках: соціальному, тобто через підвищення культури профілактики онкогінекологічних захворювань, та медичному – через розбудову системи діагностики захворювань з одночасним подоланням бар'єрів (передусім фізичних/організаційних) у доступі до наявних медичних послуг.

ВСТУП

Для сталого розвитку ООН міцне здоров'я та благополуччя задекларовані ціллю № 3, спрямованою на забезпечення якісними та доступними медичними послугами населення та зниження і попередження смертності від неінфекційних та інфекційних хвороб. Доступність медичних послуг для населення можна виміряти через фізичну доступність медичних закладів для пацієнтів, фінансову можливість отримати кваліфіковану медичну допомогу та необхідні ліки, поінформування щодо послуг тощо.

Наразі доступність в Україні медичних послуг у міській і сільській місцевості дуже різниться, при цьому не на користь сільських жінок. Так, за оцінкою Світового Банку (2016 р.), 48% жінок України, які мешкають у сільській місцевості, мають обмежений доступ до спеціалізованих медичних послуг. Особливо гостро це питання постає у випадку складних патологій, які потребують високоспеціалізованого лікування, зокрема онкологічні захворювання, лікування яких організовано лише на рівні обласних центрів. При цьому питання профілактики та ранньої діагностики, які можуть бути реалізовані на місцевому рівні (ближче до місця проживання жінок), зазвичай рідше і меншою мірою вирішуються в невеликих малоспроможних громадах, ніж у великих містах. І це знову ставить у неоднакові умови жінок із сільської місцевості порівняно з міськими.

Беручи до уваги високий рівень смертності жінок від онкологічних захворювань, важливою є реалізація комплексного підходу до заходів, пов'язаних із профілактикою та ранньою діагностикою онкогінекологічної патології. Тож означені питання мають вирішуватись на регіональному і передусім на місцевому рівні територіальних громад (далі – ТГ). Доведено, що чим раніше встановлено діагноз онкозахворювання, тим успішнішим є лікування і сприятливішим прогноз. Так, виживаність у разі встановлення діагнозу і розпочатого лікування на I клінічній стадії захворювання становить 92%, на II – 88%, на III – 42%, на IV – 13%¹.

В Україні норми щодо рівності прав та можливостей у сфері охорони здоров'я закріплені в Законі України «Основи законодавства про охорону здоров'я», ст. 4² якого гарантує для населення забезпечення рівних можливостей та справедливому доступу при отриманні медичної допомоги та медичних послуг і визначає це одним із ключових принципів функціонування галузі.

Україна посідає 2-ге місце в Європі за темпами поширення раку (із щорічним збільшенням приблизно на 3%). У жінок найбільш поширеним є рак молочних залоз, шлунка, ободової кишки, прямої кишки, яєчника, шийки матки (загалом 57,6%)³.

¹ Федоренко З.П., Гулак Л.О., Горох Є.Л. та ін. Рак в Україні, 2009–2010. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. *Бюлетень Національного канцер-реєстру України*. № 12, Київ, 116 с. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_21/index.htm

² Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

³ Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/news/u-2019-roci-novoutvorennya-stali-drugoyu-naychastishoyu-prichinoyu-smerti-ukrainciv-visnovki-z>

Злоякісні пухлини жіночої репродуктивної системи є найпоширенішими в структурі онкологічної захворюваності (37%). За причиною смерті злоякісні пухлини жіночих статевих органів займають друге місце, а серед жінок працездатного віку – перше. Ці втрати мають соціальне значення на національному рівні, негативно впливаючи на демографічну ситуацію, оскільки жінки репродуктивного віку (15–49 років) становлять майже третину загальної кількості онкологічних хворих – 27,5%.

Рівень смертності в Сумській області, пов'язаний із раком, серед жінок становить: 2018 р. – 87,5%, 2019 р. – 89,1%. Кількість смертей від злоякісного новоутворення шийки матки у віці 30–59 років на 1000 жінок відповідного віку у 2018 р. становила 0,08 випадків, у 2019 р. – 0,1 випадків, у 2020 р. – 0,07 випадків.

За 2020 р. у Сумській області відмічається зниження занедбаності під час діагностики раку тіла матки з 2,8 до 1,2% (Україна – 3,9%), підвищення занедбаності при раку шийки матки з 11,82% до 20% (Україна – 25,5%) та при раку яєчника з 11,2 до 15,4% (Україна – 15,8%)⁴. Рівень охоплення онкопрофоглядами з цитологічним обстеженням у 2020 році зменшився на 35,6% і становив 31,6% від планового показника (у 2019 році – 67,2%)⁵. Крім того, у Сумському регіоні наявна диференціація між районами щодо рівня захворюваності, стадій виявлення раку серед жінок і рівня смертності відповідно.

У багатьох випадках рак можна попередити за допомогою вакцинації від папіломавірусу людини. Рання діагностика суттєво підвищує шанси на успішне лікування. Утім згідно з наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»⁶ у фокусі первинної ланки медичної допомоги профілактика раку молочної залози, простати та колоректального раку, але не раку шийки матки.

Метою дослідження є аналіз динаміки рівня онкогінекологічної захворюваності в Сумській області, оцінка міським і сільським жіночим населенням області рівня загроз та можливостей для профілактики, а також визначення бар'єрів для користування послугами з профілактики та раннього виявлення таких захворювань.

Передбачається розроблення дорожньої карти з профілактики онкогінекологічних захворювань у Сумській області, включаючи рекомендації для органів місцевого самоврядування щодо підвищення доступності профілактики онкологічних гінекологічних захворювань для сільських і міських жінок на рівні територіальних громад та області.

Завдання дослідження:

- оцінити охоплення спеціалізованими онкогінекологічними захворювань та онкопрофоглядами у розрізі територіальних громад різного типу (сільських, селищних, міських) Сумської області;

- визначити правові, інституційні, економічні, інформаційні та соціокультурні бар'єри для користування міськими і сільськими жінками послугами з профілактики та раннього виявлення онкогінекологічних захворювань

⁴ За даними Сумського обласного онкологічного диспансеру

⁵ За даними Сумського обласного онкологічного диспансеру

⁶ Наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>

на базі первинної медичної ланки через проведення «гендерного аналізу плюс» на рівні територіальних громад різного типу (сільських, селищних, міських).

Дослідження із вивчення бар'єрів для користування міськими і сільськими жінками послугами з профілактики та раннього виявлення онкогінекологічних захворювань у Сумській області проводиться Центром соціальних досліджень Сумського державного університету в межах «Ініціативи з розвитку університетських аналітичних центрів», яку впроваджує Міжнародний фонд «Відродження» у партнерстві з Ініціативою відкритого суспільства для Європи (OSIFE) та за фінансової підтримки Посольства Швеції в Україні.

До міждисциплінарної дослідницької команди увійшли фахівці у сфері гендерних досліджень та громадського здоров'я. Зокрема, над звітом працювали Ніна Світайло – керівниця дослідження, канд. філос. наук, доц., Юлія Савельєва – гендерна експертка, канд. філос. наук, Світлана Тарасенко – експертка з бюджетування, канд. екон. наук, доц., Дмитро Сумцов – онкогінеколог, канд. мед. наук, Андріана Костенко – керівниця Центру соціальних досліджень, д-р політ. наук, доц., Світлана Півень – експертка, канд. вет. наук, Ганна Євсєєва – експертка Центру соціальних досліджень, Владислав Сміянов – д-р мед. наук, проф., зав. каф. громадського здоров'я Сумського державного університету.

Особливу вдячність висловлюємо співробітникам Сумського обласного клінічного онкодиспансеру, Гендерного ресурсного центру СумДУ та кафедрі громадського здоров'я СумДУ.

МЕТОДОЛОГІЯ

Дизайн дослідження

Кабінетне дослідження передбачало:

1.1. Збір та аналіз даних канцер-реєстру Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру, звітів Управління охорони здоров'я Сумської ОДА, наукових публікацій за напрямом щодо:

- показників захворюваності раку шийки матки, раку тіла матки та раку яєчників у 2016–2020 рр.;
- показників охоплення спеціалізованим та онкопрофоглядами жінок у розрізі територіальних громад різного типу (сільських, селищних, міських) Сумської області;
- динаміки надання онкогінекологічної медичної допомоги за 2016–2020 рр.;
- середніх величин надання онкогінекологічної медичної допомоги за 2016 – 2020 рр.

1.2. Гендерний аналіз нормативно-правових актів у галузі охорони здоров'я в Сумській області (аналіз 15 обласних та місцевих нормативно-правових актів та дотичних документів) щодо:

- наявності дотичних нормативно-правових актів (зокрема цільових програм) обласного та місцевого рівнів, які гіпотетично мали би спрямованість на вирішення онкогінекологічної проблематики. За відсутності (недоступності) таких програм аналізувалась наявність програми економічного та соціального розвитку, яка могла містити положення, що стосуються охорони здоров'я (додаток А).

- фокус на питаннях профілактики захворювань взагалі та у сфері онкогінекології зокрема, що відстежували через наявність у програмних документах слів-маркерів (додаток Б) у назві, загальних положеннях програмного документа/аналізі проблеми, меті, завданнях, шляхах розв'язання проблеми, напрямках діяльності/заходах, результатах/результативних показниках, планах фінансування вищезначених програмних документів;

- інтеграція гендерних аспектів у питаннях профілактики захворювань до назви, загальних положень програмного документа/аналізу проблеми, мети, завдань, шляхів розв'язання проблеми, напрямків діяльності/заходів, очікуваних результатів/результативних показників, планів фінансування вищезначених програмних документів. Гендерні аспекти аналізувались через згадування категорії доступності, рівності, репродуктивного здоров'я, зазначення різних груп населення (зокрема гендерних), різноманіття послуг, що відстежували через наявність слів-маркерів та/або змістовну спрямованість на інтереси різних груп населення.

2. Медико-соціологічне дослідження щодо визначення бар'єрів користування міськими і сільськими жінками послугами з профілактики та раннього виявлення онкогінекологічних захворювань на базі первинної медичної ланки, яке проводилося шляхом:

2.1) анкетування серед жінок Сумської області методом анонімного опитування 662 респонденток віком від 18 років, які представляли жіноче населення Сумської області. Похибка репрезентативності дослідження з ймовірністю 0,95: не перевищує 4%. Квотна вибірка, квоти за віком, типом населеного пункту. Респондентки відібрані випадковим методом. Обробка анкет велася співробітниками ЦСД за допомогою програми «ОСА».

2.2) експертне інтерв'ю. Усього опитано 10 експертів серед: лікарів-онкологів Сумського обласного онкодиспансеру; сімейних лікарів, терапевтів ТГ, гендерних експерток, науковців та громадських діячів у сфері громадського здоров'я.

Польовий етап робіт був реалізований у період з 15 липня по 20 серпня 2021 року. На першому етапі були розроблені програма та інструментарій, сформована вибірка, а також розроблена методика опитування в умовах карантинних обмежень та проведено відповідний інструктаж інтерв'юєрок. На другому етапі проведено масове опитування населення за спеціально розробленою вибіркою, результати якого відображені у звіті. На третьому етапі проведено перевірку роботи інтерв'юєрок, вибракування анкет, комп'ютерну обробку, сформовано таблиці та підготовлено звіт.

Дослідницькі гіпотези

1) онкогінекологічні захворювання превалюють у сільській місцевості Сумського регіону, що зумовлено низьким рівнем охоплення жіночого населення профілактичними онкогінекологічними послугами;

2) доступність профілактичних онкогінекологічних послуг нижча у сільській місцевості порівняно з міською;

3) вищий рівень доходів корелює з вищим рівнем піклування про власне здоров'я, зокрема, вищою прихильністю до профілактичних онкогінекологічних послуг;

4) обізнаність жінок щодо профілактики онкогінекологічних захворювань є низькою;

5) сімейний лікар є дієвим інформаційним джерелом у питаннях профілактики онкогінекологічних захворювань;

б) у площині профілактики та ранньої діагностики вплив мають гендерно забарвлені чинники, які можуть стримувати профілактику онкогінекологічних захворювань, зокрема:

- негативний емоційний та фізичний досвід пологів стримує жінок від систематичного відвідування гінеколога;

- брак часу в жінок через більшу відповідальність за догляд за іншими: за дітьми (зокрема, в умовах браку послуг дошкільної освіти, обмеженого режиму їхньої роботи, відсутності/браку послуг груп тривалого перебування, груп подовженого дня, гуртків тощо), догляд за особами з інвалідністю, літніми батьками;

- брак часу в жінок через більшу відповідальність за ведення домашнього господарства;

- брак фізичної доступності медичних послуг для жінок через їх більшу залежність від громадського транспорту (зокрема, через відсутність транспортного сполучення, незручний розклад руху, більший вплив на жінок небезпечного зовнішнього середовища при подорожуванні);

- обмежені фінансові можливості жінок (для покриття супутніх витрат під час діагностики, на транспортні витрати);

- додаткові інституційні незручності для жінок (зокрема необхідність збору довідок від інших фахівців);

- брак уваги жінок до власного здоров'я через пріоритизацію відповідальності за благополуччя інших залежних осіб;

- обмеження для жінок через більшу зайнятість у неформальному секторі праці, обмеження через особливості робочого графіка;

- обмеження для жінок через гендерні стереотипи: щодо приватного життя (залежність жінок від влади інших родичів), щодо здоров'я (табування інших, окрім вагітності, гінекологічних проблем); більший вплив гендерних стереотипів у сільській місцевості.

Обмеження дослідження

Кабінетне дослідження надання онкогінекологічної медичної допомоги в Сумській області передбачає охоплення аналізом документів та звітності за 2016–2020 рр., тобто найбільш актуальної із вже доступної статистики та звітності. При цьому маємо враховувати, що у цей період відбулись певні структурні зміни у системі охорони здоров'я, а також змінилась конфігурація районів області. Тому в дослідженні основна увага була сконцентрована на аналізі не у розрізі територіальних чи адміністративних одиниць, а насамперед у розрізі динаміки та тяжкості захворюваності залежно від особливостей населеного пункту.

Принципова структура інструментарію опитування формувалась з урахуванням результатів кабінетного дослідження та частково – експертного опитування.

На основі результатів проведених кабінетних досліджень вибірка формувалась з урахуванням поширеності, динаміки, рівня тяжкості (запущеності). Отже, вибірка є репрезентативною для області загалом, проте при її формуванні були охоплені насамперед ті райони (міста, селища, села), які згідно з наявними даними демонстрували виражені тенденції щодо поширеності захворювань, ступеня тяжкості, кількості звернень тощо.

З урахуванням зазначеного вище припущення, що доступність профілактичних онкогінекологічних послуг є нижчою у сільській місцевості порівняно з міською, а також досить низький загальний рівень охоплення жіночого населення профілактичними онкогінекологічними послугами, у ході формування інструментарію масового опитування закладалась можливість аналізу залежності показників захворюваності та вираженості бар'єрів доступу до послуг від типу населеного пункту, рівня освіти, віку респонденток.

Отже, можна виділити правові, інституційні, економічні, інформаційні та соціокультурні бар'єри ефективної профілактики та раннього виявлення

онкогінекологічних захворювань окремо для жінок із сільської та міської місцевості.

Ураховуючи специфіку тематики дослідження та існуючі у значної частини населення гендерні стереотипи та культурні упередження як інтерв'юєрок передбачено залучати тільки жінок. Це дозволить певним чином пом'якшити бар'єри у спілкуванні та порозумінні, а також знизити загальну кількість відмов.

«Гендерний аналіз плюс» у межах цього дослідження використано для оцінки різного досвіду жінок (із міської і сільської місцевості) щодо:

а) охоплення спеціалізуванням онкогінекологічних захворювань та онкопрофоглядами;

б) відображення у нормативно-правових актах у сфері профілактики онкогінекології;

в) бар'єрів користування послугами з профілактики та раннього виявлення онкогінекологічних захворювань на базі первинної медичної ланки.

Подальше використання «гендерного аналізу плюс» у розробленні дорожньої карти дозволить передбачити міжгалузевий підхід до вирішення проблеми з урахуванням контекстів міських і сільських територіальних громад.

I. АНАЛІЗ СТАТИСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЩОДО ОХОПЛЕННЯ СПЕЦІЛІКУВАННЯМ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ОНКОПРОФОГЛЯДАМИ

Оцінка рівня захворюваності/ смертності/ дорічної летальності та занедбаності на онкологічну гінекологію у Сумській області

Загальна кількість хворих із вперше встановленим онкогінекологічним діагнозом за останні 5 років становить 2 113 жінок. Із них лише за 2020 рік у Сумській області рак тіла матки встановлено 167 жінкам, рак яєчників – 97, рак шийки матки – 90 жінкам.

Динаміка встановлених уперше діагнозів з 2016 по 2020 рр. на рак шийки матки та рак тіла матки скорочується, проте це не є свідченням зменшення захворюваності.

Таблиця 2.1

Динаміка вперше встановлених діагнозів жінкам Сумської області (рак шийки матки, рак тіла матки, рак яєчників) у 2016–2020 рр.

Рік	Кількість хворих, осіб		
	Рак шийки матки	Рак тіла матки	Рак яєчників
2016	117	214	96
2017	117	233	91
2018	127	206	110
2019	110	233	105
2020	90	167	97
Темп приросту, 2020/2016 рр., %	-23,08	-21,96	1,04

Співвідношення показників захворюваності, занедбаності та смертності дозволяє визначити реальну ситуацію із онкогінекологією в Сумській області.

Зокрема, хоча у період 2016–2020 рр. темпи захворюваності **раку шийки матки** знижуються на 20,29%, проте дорічна летальність зростає на 20,4%, а занедбаність хвороби зростає аж на 157,15% (табл. 2.2.)

Таблиця 2.2

Динаміка показників щодо РАКУ ШИЙКИ МАТКИ у 2016–2020 рр.

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	Темп приросту, %
Захворюваність, на 100 тис	20,7	19,6	22,8	19,7	16,5	-20,29
Смертність, на 100 тис	8,5	7,5	8,1	10,3	7,1	-16,47
Дорічна летальність, %	9,8	7,7	9,3	7,9	11,8	20,41
Занедбаність, %	5,6	6,0	5,2	11,82	20	157,15

Можна припустити, що зменшення захворюваності на фоні зростання занедбаності хвороби та смертності спричинена **скороченням профілактичних онкогінекологічних оглядів**. Одним із чинників скорочення профоглядів є карантинні обмеження, пов'язані із пандемією Covid-19. Тобто значна кількість випадків захворюваності не виявляється, а жінки звертаються до онкогінекологів уже на стадії занедбаності хвороби.

Негативну динаміку спостерігаємо і щодо захворювання на **рак яєчників**, темпи якого зростають на 4,22%, а темпи занедбаності хвороби зростають аж на 54%.

Таблиця 2.3

Динаміка щодо РАКУ ЯЄЧНИКІВ у 2016–2020 рр.

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	Темп приросту, %
Захворюваність, на 100 тис	16,6	16,1	20,0	19,9	17,3	4,22
Смертність, на 100 тис	10,1	10,0	9,6	7,9	9,0	-10,89
Дорічна летальність, %	28	22,9	14,3	20,0	14,2	-49,28
Занедбаність, %	10,0	9,4	13,6	11,2	15,4	54,00

Дещо позитивнішою є динаміка щодо захворюваності на рак тіла матки (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Динаміка показників щодо РАКУ ТІЛА МАТКИ у 2016–2020 рр.

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	Темп приросту, %
Захворюваність, на 100 тис	38,0	42,3	36,5	42,5	30,9	-18,68
Смертність, на 100 тис	11,6	10,9	10,7	8,7	8,7	-25,00
Дорічна летальність, %	9,0	13,1	7,7	6,3	5,6	-37,77
Занедбаність, %	2,6	1,2	2,8	2,8	1,2	-53,84

Отже, негативні показники занедбаності та летальності мають хворі жінки на рак шийки матки та рак яєчників.

Аналіз показників захворюваності за трьома патологіями свідчить про **вразливість жінок, які проживають у районах області порівняно з жінками, які проживають в м. Суми.**

Так, найвищі показники захворюваності на рак шийки матки у Тростянецькому, Буринському та Лебединському районах. Відсоток занедбаності хвороби спостерігається у Великописарівському, Буринському Глухівському, Конотопському та Ямпільському районах (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Показники щодо РАКУ ШИЙКИ МАТКИ у розрізі районів Сумської області за 2020 р.

Район	Захворюваність (на 100 тис. жіночого нас.)	Дорічна летальність (% від уперше зареєстрованих в 2019 р.)	Занедбаність, %
Білопільський	11,7	-	-
Буринський	32,8	100,0	33,3
В.Писарівський	10,7	-	100,0
Глухівський	20,6	-	33,3
Конотопський	14,3	25,0	37,5
Краснопільський	21,2	50,0	-
Кролевецький	-	-	-
Лебединський	29,5	20,0	28,6
Л.Долинський	-	-	-

Недригайлівський	-	-	-
Охтирський	7,7	-	-
Путівльський	7,1	-	-
Роменський	18,9	27,3	-
С.Будський	24,2	-	-
Сумський	21,4	-	-
Тростянецький	38,8	33,3	14,3
Шосткинський	15,4	-	12,5
Ямпільський	24,4	25,0	33,3
м.Суми	16,6	8,7	28,6
Сумська область	16,5	11,8	20,0

Найвищі показники захворюваності на рак тіла матки у Роменському, Великописарівському, Лебединському районах. Найвищий відсоток дорічної летальності спостерігається у Ямпільському, Тростянецькому та Липоводолинському районах (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Показники щодо РАКУ ТІЛА МАТКИ у розрізі районів Сумської області за 2020 р.

Район	Захворюваність (на 100 тис. жіночого нас.)	Дорічна летальність (% від уперше зареєстрованих в 2019 р.)	Занедбаність, %
Білопільський	15,6	14,3	-
Буринський	24,6	-	-
В.Писарівський	42,9	-	-
Глухівський	30,8	-	-
Конотопський	39,8	9,5	4,5
Краснопільський	28,3	-	-
Кролевецький	10,2	-	-
Лебединський	42,2	-	-
Л.Долинський	21,2	20,0	-
Недригайлівський	32,5	-	-
Охтирський	18,0	-	-
Путівльський	28,4	-	-
Роменський	51,2	10,0	-
С.Будський	-	-	-
Сумський	24,4	6,7	-
Тростянецький	16,6	20,0	-
Шосткинський	32,7	7,7	-
Ямпільський	24,4	25,0	-
м.Суми	34,5	3,3	2,1
Сумська область	30,9	5,6	1,2

Найвищі показники захворюваності на рак яєчників у Великописарівському, районі. Найвищий відсоток дорічної летальності у Буринському, Великописарівському та Липоводолинському районах. Занедбаність хвороби спостерігається також у Великописарівському та Тростянецькому районах (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

**Показники щодо РАКУ ЯЄЧНИКІВ у розрізі районів Сумської області
за 2020 р.**

Район	Захворюваність (на 100 тис. жіночого нас.)	Дорічна летальність (% від уперше зареєстрованих в 2019 р.)	Занедбаність, %
Білопільський	7,8	-	-
Буринський	24,6	100,0	33,3
В.Писарівський	53,6	100,0	40,0
Глухівський	10,3	-	-
Конотопський	14,3	-	-
Краснопільський	21,2	33,3	33,3
Кролевецький	20,4	-	-
Лебединський	21,1	20,0	25,0
Л.Долинський	42,5	50,0	-
Недригайлівський	-	33,3	-
Охтирський	20,6	-	12,5
Путівльський	21,3	-	33,3
Роменський	24,3	33,3	11,1
С.Будський	12,1	33,3	-
Сумський	6,1	-	50,0
Тростянецький	27,7	20,0	20,0
Шосткинський	11,5	8,3	16,7
Ямпільський	8,1	25,0	-
м.Суми	18,6	13,0	16,0
Сумська область	17,3	14,3	15,5

Підсумуємо, що зазначені негативні показники можуть бути обумовлені меншою доступністю жінок, які проживають не в обласному центрі, до профоглядів та діагностики захворювань.

Показник занедбаності у розрізі вікових груп за 2016–2020 р. (табл. 2.8) свідчить на те, що найбільша кількість занедбаних випадків виявляється у вікових групах 45–60 рр. та старше 60 р.

Таблиця 2.8

**Динаміка показників занедбаності ЗА ПАТОЛОГІЯМИ у розрізі вікових груп,
2016–2020 рр., %**

Вікова група		0-15	15-30	30-45	45-60	Старше 60
2016 рік	Рак шийки матки	-	0	3,8	5,4	6
	Рак тіла матки	-	-	0	6,8	0,7
	Рак яєчників	-	0	20	7,9	11,1
2017 рік	Рак шийки матки	-	-	6,5	6,3	5,3
	Рак тіла матки	-	-	0	0	1,4
	Рак яєчників	0	0	0	10,7	12,8
2018 рік	Рак шийки матки	-	0	0	8,6	0
	Рак тіла матки	-	0	0	3,5	2,8
	Рак яєчників	-	0	7,7	7,9	20,7
2019 рік	Рак шийки матки	-	0	12	19,6	2,6
	Рак тіла матки	-	-	7,7	4	2,1
	Рак яєчників	-	0	0	6,9	19,2

2020 рік	Рак шийки матки	-	-	19	15,4	26,7
	Рак тіла матки	-	-	0	2,3	0,8
	Рак яєчників	-	0	0	16	18,3

Дані табл. 2.9 показують, що найбільша кількість хворих жінок на онкогінекологічні патології реєструється у віковій групі старше 60 р., що підтверджує висновок про зменшення уваги до власного здоров'я та пізні звернення за медичною допомогою жінок пенсійного віку.

Таблиця 2.9

Частка хворих у розрізі вікових груп, 2020 р.

Вікова група	Частка хворих, (абс.,%)		
	рак шийки матки	рак тіла матки	рак яєчників
0–15	0	0	0
15–30	1 (1,1%)	0	4 (4%)
30–45	21 (22,1%)	4 (2,2%)	8 (8%)
45–60	40 (42,1%)	46 (25,8%)	25 (25%)
Старше 60	33 (34,7%)	128 (71,9%)	63 (63%)
Усього	95 (100 %)	178 (100 %)	100 (100 %)

З табл. 2.10 бачимо, що відсоток охоплення спецікуванням сягає рівня 72–88%. Так, серед хворих на рак шийки матки спецікування отримували у 2020 р. 87,8% жінок, хворих на рак тіла матки – 88,6% хворих жінок, а хворих на рак яєчників – лише 73,2%.

Таблиця 2.10

Динаміка охоплення спецікуванням хворих за патологіями у 2016–2020 рр.

Показник охоплення спецікуванням хворих	2016	2017	2018	2019	2020	Темп приросту, %
на рак шийки матки, %	82,9	78,6	85	71,8	87,8	5,91
на рак тіла матки, %	86,4	88,8	88,3	87,1	88,6	2,55
на рак яєчників, %	85,4	82,4	80,9	72,4	73,2	-14,28

Отже, незважаючи на необхідність 100% охоплення спецікуванням жінок, у яких виявлені онкогінекологічні патології, відсоток жінок, що відмовлялися від лікування, коливається в межах 12,2–26,8% (за даними 2020 р.). Можна припустити, що серед причин відмов від спецікування є недостатня обізнаність жінок щодо особливостей лікування, а також психологічні та гендерні аспекти – страх перед лікуванням, стереотипи тощо.

II. ОЦІНКА ОХОПЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ОГЛЯДАМИ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2016-2020 РР.

У 2020 р. знизилися показники охоплення профілактичними оглядами, що негативно вплинуло на виявлення нових випадків хвороб.

Так, охоплення онкологічними профілактичними оглядами з цитологічним обстеженням у 2020 р. порівняно з 2016 р. в області зменшилося у 2,5 рази. Також загальна кількість виявлених онкохворих під час профілактичних оглядів зменшилася на 9,14%; загальна кількість онкохворих, яким уперше встановлений онкологічний діагноз, знизилась на 17,10%; кількість профілактичних оглядів (обстежено цитологічно) зменшилася на 61,87%; питома вага онкохворих, виявлених під час профоглядів, зросла на 9,6%.

Таблиця 3.1

Динаміка показників профілактичних оглядів/кількості хворих у 2016–2020 рр.

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	Темп приросту, %, 2020/2016
Загальна кількість виявлених онкохворих під час профілактичних оглядів, осіб	186	178	202	212	169	-9,14
Загальна кількість онкохворих, яким уперше встановлений онкологічний діагноз, осіб	427	441	443	448	354	-17,10
Кількість профілактичних оглядів (обстежено цитологічно) од.	417857	403564	384060	341644	159338	-61,87
Кількість жінок, що підлягають огляду, осіб	517871	513358	513358	508111	504737	-2,54
Питома вага онкохворих, виявлених під час профоглядів, усього (в %),	43,56	40,36	45,60	47,32	47,74	9,60

Розподіл показників охоплення профоглядами сільських та міських жінок підтверджує висновок про наявність бар'єрів у виявленні захворюваності для сільських жінок. Це негативно проявляється у виявленні патологій у сільських жінок. Так, загальна кількість виявлених онкохворих під час профілактичних оглядів у сільській місцевості зменшилася на 15,87% і відповідно загальна кількість онкохворих, яким уперше встановлений онкологічний діагноз, у сільській місцевості зменшилася на 23,08%;

Таблиця 3.2

Динаміка показників профілактичних оглядів/кількості хворих у 2016–2020 рр., у розрізі село/місто

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	Темп приросту, %, 2020/2016
Загальна кількість виявлених онкохворих під час профілактичних оглядів у сільській місцевості, осіб	63	59	51	60	53	-15,87
Загальна кількість онкохворих, яким уперше встановлений онкологічний діагноз, у сільській місцевості, осіб	130	127	132	126	100	-23,08

Продовж. Таблиця 3.2

Загальна кількість виявлених онкохворих під час профілактичних оглядів у міській місцевості, осіб	123	137	151	152	116	-5,69
Загальна кількість онкохворих, яким уперше встановлений онкологічний діагноз, у міській місцевості, осіб	297	314	311	322	254	-14,48
Співвідношення кількості виявлених онкохворих у міській місцевості до кількості виявлених хворих у сільській місцевості	2,28	2,47	2,36	2,56	2,54	11,40
Співвідношення кількості виявлених онкохворих у міській місцевості до кількості виявлених хворих у сільській місцевості під час профілактичних оглядів	1,95	2,32	2,96	2,53	2,19	12,24

Дані табл. 3.3 свідчать про зменшення охоплення онкопрофоглядами з цитологічним обстеженням жінок упродовж 2016–2020 рр. як у м. Суми, так і загалом у Сумській області. Так, у 2020 р. лише кожна третя жінка пройшла онкопрофогляд із цитологічним обстеженням. Тож такий низький рівень профілактики не дозволяє своєчасно виявити передракові пухлини або ракові пухлини на ранніх стадіях.

Таблиця 3.3

Охоплення онкопрофоглядами з цитологічним обстеженням, 2016–2020 рр.

Рік	м. Суми, %	Сумська область, %
2016	63,6	80,7
2017	59,0	78,6
2018	54,2	74,3
2019	51,0	67,2
2020	31,0	31,6 %

Отже, зниження темпів онкологічної захворюваності з одночасним зростанням дорічної летальності й занедбаності свідчить про зменшення профілактичних оглядів, які негативно впливають на показники захворюваності. Жінки сільської місцевості мають меншу доступність до онкогінекологічних профоглядів, що підтверджується негативною динамікою рівня занедбаності хвороби та дорічної летальності.

III. ГЕНДЕРНИЙ АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Наявність дотичних програмних документів

На рівні Сумської області дотичними до онкогінекологічної проблематики виявились 2 цільові програми: Обласна програма перспективного розвитку ЗОЗ третинного рівня Сумської області на 2017–2021 рр.⁷, Обласна програма підтримки громадського здоров'я в Сумській області на 2020–2021 рр.⁸

Також виявлено дотичні програмні документи на рівні майже всіх ТГ, охоплених дослідженням, за винятком однієї громади, в якій програмні документи у галузі охорони здоров'я та програма соціально-економічного розвитку не доступні ні через офіційний інтернет-ресурс, ні у відповідь на офіційне звернення.

Крім того, не виявлено окремих цільових програм, спрямованих на подолання проблем у онкогінекології – ні на рівні області, ні на рівні ТГ.

Фокус на питаннях профілактики захворювань в дотичних програмних документах

I. Програмні документи обласного рівня

Проаналізовані програмні документи обласного рівня **фокусують увагу на питаннях профілактики наскрізно**, про що свідчать відповідні згадування у всіх структурних елементах програм, зокрема, має місце **акцент на проблемі передчасної смертності від онкологічних захворювань**. У «Обласній програмі підтримки системи громадського здоров'я в Сумській області на 2020–2021 роки»⁹ зазначено конкретні заходи, спрямовані на вирішення інфраструктурних аспектів проблеми онкології в області, визначено вимірюваний індикатор результативності, який може бути дотичним до проблематики, що вивчається (а саме – охоплення первинною профілактикою до 50% молоді 14–25 років). Але при цьому **відсутній акцент на онкогінекології, бракує вимірюваних показників результативності програм**.

Зазначений висновок підтверджується такими цитатами:

- на рівні загальних положень / аналізу проблеми (цитати): *криза профілактичної медицини, наявні невикористані резерви у частині активізації профілактичної роботи, критичні рівні охоплення вакцинацією;*

- на рівні мети (цитати): *наближення своєчасної високоспеціалізованої медичної допомоги до кожного жителя області; ...попередження захворювань, ...інформаційно-роз'яснювальна діяльність і комунікація; ...профілактика хвороби, зокрема раннє виявлення порушення стану здоров'я.*

На одному з етапів виконання обласної програми перспективного розвитку ЗОЗ третинного рівня Сумської області на 2017–2021 рр. (цитати): *«2018 р.: Передача корпусу № 1 СОКЛ обласному КЗ Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер для розміщення поліклініки та хірургічних відділень»;*

⁷ Обласна програма перспективного розвитку закладів охорони здоров'я третинного рівня Сумської області на 2017-2021 рр. URL: http://sm.gov.ua/images/docs/programa/programma_med_2017-2021.pdf

⁸ Обласна програма підтримки громадського здоров'я в Сумській області на 2020-2021 рр. URL: <http://www.medycyna.sm.gov.ua/images/docs/2020/progr%20rozvytku/pidtr%20systm%20grom%20zdor.pdf>

⁹ Обласна програма підтримки громадського здоров'я в Сумській області на 2020-2021 рр. URL: <http://www.medycyna.sm.gov.ua/images/docs/2020/progr%20rozvytku/pidtr%20systm%20grom%20zdor.pdf>

- на рівні завдань (цитати): *удосконалення раннього виявлення захворювань; зниження рівня передчасної смертності від ...раку;*

- на рівні заходів (цитати): *удосконалення раннього виявлення захворювань; зниження рівня передчасної смертності від ... раку. Дотичними до досліджуваної проблематики є такі (цитати): «3.4. Розробка та видавництво друкованої продукції та рекламної продукції в контексті ...профілактики ...неінфекційних захворювань; 3.6. Організація первинної профілактики серед дітей, учнівської, студентської молоді»;*

- на рівні очікуваних результатів (цитати): *забезпечити надання своєчасної, якісної, високоспеціалізованої медичної допомоги кожному жителю області, поліпшити рівень виявлення захворювань на ранніх етапах, що приведе до зменшення первинної інвалідності і смертності; ...зниження рівня передчасної смертності від ...раку; 3.6. Організація первинної профілактики серед дітей, учнівської, студентської молоді (передбачено охоплення до 50% молоді 14–25 років);*

- на рівні планів фінансування: (цитати): *переміщення онкологічного диспансеру на площі Сумської обласної клінічної лікарні.*

II. Цільові програмні документи ТГ у галузі охорони здоров'я

Незважаючи на відмінності у представленості нормативно-правових актів у галузі охорони здоров'я – від 1 до 4 документів в одній ТГ – бачимо, що з десяти проаналізованих цільових програм рівня територіальних громад **лише одна мала безпосередню спрямованість на медичну профілактичну роботу**. Всі програмні документи багато уваги та наскрізно приділяли питанням профілактики, про що свідчать відповідні згадування у всіх структурних елементах програм. Зокрема, у деяких програмах згадуються проблеми онкології, хоча відбувається це в дуже обмеженому обсязі на рівні загальних положень програм / аналізу проблеми, на рівні шляхів вирішення проблеми та очікуваних результатів. При цьому **проблема онкогінекології не фігурує на рівні мети, завдань, заходів, фінансування**, тому це схоже ймовірніше на констатацію факту. В найбільшому обсязі питання профілактики шаблонно згадувались в програмах на рівні напрямів діяльності / заходів. Категорія репродуктивного здоров'я в проаналізованих НПА не була пов'язана з питаннями профілактики. Профілактики онкогінекологічних захворювань при цьому не виокремлено. **Відсутні вимірювані показники результативності профілактики, зокрема з онкогінекології**. Отже, проаналізовані програмні документи хоча й можуть бути підґрунтям для профілактичної роботи, зокрема у сфері онкогінекології, але мають бути суттєво доопрацьовані. Зокрема, профілактика як метод, з огляду на формальність згадувань у документах, потребує перегляду. Використання можливостей профілактики онкогінекології у комбінаціях із іншими нозологіями, щодо яких цей ресурс уже виділяється, має бути розглянуто.

Зазначений висновок підтверджується такими цитатами:

- на рівні назви (цитати): *«Про проведення комплексного профілактичного медичного огляду осіб, на яких поширюється чинність Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» в 2021 році»;*

- на рівні загальних положень / аналізу проблеми (цитати): завданням є забезпечення ...профілактики захворювань, зменшення потреби в госпіталізації, особлива виразність проблеми на рівні сільських закладів. Зазначається ...забезпеченість базою для надання спеціалізованої медичної допомоги; роль медичного працівника щодо профілактики захворюваності, забезпечення населення якісною медичною допомогою важко переоцінити. У сучасних умовах не менш важливою є проблема новоутворень. За три останніх роки ця страшна недуга забрала життя у 218 жителів міста. Щорічно діагностується більше ста нових випадків злоякісних новоутворень, рівень санітарної культури населення залишається недостатнім; для роботи закладів охорони здоров'я використовуються... галузеві та міжнародні стандарти щодо діагностики, ...профілактики захворювань; викликає занепокоєння збільшення частоти онкологічних захворювань, у структурі смертності посідають II місце – онкологічні захворювання – 17,9% (2018–19,9%);

- на рівні мети (цитати): профілактика захворювань, забезпечення обізнаності населення щодо умов здорового способу життя;

- на рівні завдань (цитати): профілактика, раннє виявлення для вразливих верств населення, для всіх верств населення, в сільській місцевості;

- на рівні шляхів розв'язання проблеми (цитати): через надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги, а також лікувально-профілактичної допомоги; підвищення якості кадрового забезпечення та рівня професійної підготовки фахівців з питань профілактики і раннього виявлення хвороб, діагностики, забезпечення надання високоякісної медичної допомоги у сфері репродуктивного здоров'я населення, підвищення ефективності санітарно-освітньої роботи та пропаганди здорового способу життя з широким використанням сучасних технологій та засобів масової інформації, спрямування зусиль медичних працівників на виявлення захворювань у ранніх стадіях та проведення ефективної профілактики їх на функціональній стадії або на стадії мінімальних морфологічних змін, активізувати профілактичний напрям дій щодо боротьби з ...онкологічними захворюваннями, залишити пріоритетними напрямками надання медичної допомоги дітям, матерям та населенню похилого віку; підвищення якості кадрового забезпечення, рівня професійної підготовки фахівців з питань профілактики і раннього виявлення хвороб, діагностики;

- на рівні напрямів діяльності / заходів (цитати): забезпечення своєчасності медичної допомоги населенню, здійснення профілактичних заходів, зокрема безперервне відстеження стану здоров'я пацієнтів, консультації щодо профілактики, діагностики, організація відбору та спрямування хворих на консультацію та лікування до закладів охорони здоров'я та установ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, участь у проведенні інформаційної та освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя, участь у державних та регіональних програмах щодо скринінгових обстежень, профілактики, діагностики, своєчасне та обґрунтоване направлення хворих на стаціонарне лікування в обласні заклади та інші провідні спеціалізовані заклади охорони здоров'я України, профілактичні медичні огляди населення, зокрема. попередні, періодичні, позачергові, надання пацієнтам відповідно до законодавства на безоплатній та оплатній основі послуг

вторинної/спеціалізованої стаціонарної медичної необхідної для забезпечення належної профілактики, забезпечення проходження періодичних медичних оглядів працівників закладу (ЦПМСД); раннє виявлення та діагностика, але лише в контексті туберкульозу; провести комплексний профілактичний медичний огляд осіб на яких поширюється чинність Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»; забезпечення проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників бюджетної сфери;

- на рівні очікуваних результатів (цитати): забезпечення вчасного та безперервного медичного обслуговування населення, покращення якості та ефективності надання лікувально-профілактичної допомоги; покращення виявлення захворювань на ранніх стадіях, зниження онкологічної захворюваності та показників онкологічної занедбаності; поліпшення обізнаності населення з питань формування здорового способу життя та його збереження; підвищення ефективності заходів, спрямованих на профілактику захворювань, визначення стану здоров'я працівників навчальних закладів, що знаходяться у комунальній власності Сумської міської ради, закладів та установ соціального захисту міського підпорядкування;

- на рівні планів фінансування (цитати): дотримання вимог профілактичних медичних оглядів (проведення щорічних медичних оглядів працівників).

Інтеграція гендерних аспектів у питаннях профілактики захворювань в програмних документах

I. Програмні документи обласного рівня

Такі гендерні аспекти, як доступність, рівність, індивідуальний вимір (використання категорії «кожна особа»), різноманіття соціально-економічних груп, були відображені у проаналізованих обласних програмах. Вони були представлені на рівні мети, заходів та очікуваних результатів програм. Але вимірюваних **гендерно чутливих показників програми не містили**, а рівність шансів для всіх соціально-економічних груп застосовувалось в контексті лише 4 зазначених груп – ЛЖВ, ВІЛ, ТБ, наркозалежні особи. Крім того, гендерні аспекти жодним чином не були пов'язані з онкологічною проблематикою.

Зазначений висновок підтверджується такими цитатами:

- на рівні мети (цитати): *наближення своєчасної високоспеціалізованої медичної допомоги до кожного жителя області;*

- на рівні заходів (цитати): *організація первинної профілактики серед дітей, учнівської, студентської молоді (передбачено охоплення до 50% молоді 14–25 років); формування політики рівного доступу людей до збереження та зміцнення здоров'я (передбачено: зрівняно шанси на здоров'я для всіх соціально-економічних груп), хоча фігурували вони лише в контексті – ЛЖВ, ВІЛ, ТБ, наркозалежних осіб;*

- на рівні очікуваних результатів (цитати): *забезпечити надання своєчасної, якісної, високоспеціалізованої медичної допомоги кожному жителю області.*

II. Цільові програмні документи ТГ у галузі охорони здоров'я

З десяти проаналізованих цільових програм рівня територіальних громад три з них мали спрямованість на певну цільову групу (але без ознаки статі), про що було зазначено, починаючи з назви документа. При цьому цільова група програм

охоплювала як отримувачів послуг (особи, на яких поширюється чинність Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»¹⁰), так і надавачів послуг – медичних працівників. Така спрямованість програм на медичних працівників, окрім очікуваного гендерного впливу переважно на жінок, оскільки вони становлять близько 80% медичних працівників в Україні, має свою додаткову цінність ще й тому, що дозволяє сподіватись на зміни і в характері надаваних послуг завдяки залученню нових кадрів. А у світлі актуальності проблеми зміни підходів до профілактики це додає перспектив. Особливість відображення гендерних аспектів у межах цих проаналізованих програм полягає у тому, що тією чи іншою мірою **фокус на різних ознаках цільових груп був у всіх програмах**, а також був наскрізно представлений на рівні всіх структурних елементів програм. Окремо варто відмітити згадування категорії репродуктивного здоров'я на рівні однієї з програм – у контексті медичних послуг у цій сфері. Жінки як окрема цільова група також згадувались в межах однієї програми – жінки як матері. **Гендерні аспекти до питань онкології не були інтегровані**. Традиційно слабким місцем залишились результативні показники програм, які не мали кількісного виміру, хоча й були гендерно чутливими за певними ознаками.

Зазначений висновок підтверджується такими цитатами:

- на рівні назви (цитати): *про проведення комплексного профілактичного медичного огляду осіб, на яких поширюється чинність Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» в 2021 році; Програма місцевих стимулів для медичних працівників на 2020–2022 роки; Міська програма залучення молодих лікарів на роботу до міста Глухова та забезпечення їх службовим житлом на 2018–2022 роки у новій редакції;*

- на рівні загальних положень / аналізу проблеми (цитати): *кожний громадянин, який проживає на території України, має право на охорону здоров'я; створення умов для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування, роль медичного працівника щодо профілактики захворюваності, забезпечення населення якісною медичною допомогою важко переоцінити; проблема у залученні молодих фахівців; необхідність доступності медичної допомоги населенню;*

- на рівні мети (цитати): *доступність для сільського населення з акцентом на різних групах населення, зокрема: особи з обмеженими фізичними можливостями та інше маломобільне населення; підвищення рівня укомплектованості молодими спеціалістами – лікарями, які надають первинну медичну допомогу, створення їм умов та заохочення до праці, наближення медичної допомоги, за якими закріплене населення, до пацієнта сільської місцевості; забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на охорону здоров'я, ...забезпечення доступу мешканців до якісних медичних послуг, перевага в отриманні житла надаватиметься сім'ям лікарів, які прибудуть до міста;*

- на рівні завдань (цитати): *доступність, профілактика, раннє виявлення для вразливих верств населення, для всіх верств населення, в сільській місцевості; підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги, досягнення*

¹⁰ Закон України від 22 жовтня 1993 року № 3551-ХІІ «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text>

рівного доступу жителів міста до кваліфікованої медичної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і захисту прав громадян на охорону здоров'я, підвищення усвідомлення цінності здоров'я та відповідальності серед молоді та дорослого населення за власне здоров'я; удосконалення системи кадрового забезпечення молодими спеціалістами;

- на рівні шляхів розв'язання проблеми (цитати): підвищення якості кадрового забезпечення та рівня професійної підготовки фахівців з питань профілактики і раннього виявлення хвороб, діагностики, забезпечення надання високоякісної медичної допомоги у сфері репродуктивного здоров'я населення, спрямування зусиль медичних працівників на виявлення захворювань на ранніх стадіях та проведення ефективної профілактики їх на функціональній стадії або на стадії мінімальних морфологічних змін, залишити пріоритетними напрямками надання медичної допомоги дітям, матерям та населенню похилого віку; соціальний захист медичних працівників (забезпечення відомчим житлом), підготовка та перепідготовка медичних працівників, постійне підвищення їх професійного рівня; підвищення якості кадрового забезпечення, рівня професійної підготовки фахівців з питань профілактики і раннього виявлення хвороб, діагностики;

- на рівні напрямів діяльності / заходів (цитати): заохочення медичних та інших працівників охорони здоров'я у сільській місцевості, забезпечення доступності, своєчасності медичної допомоги населенню, залучення до консультацій хворих висококваліфікованих спеціалістів з обласних лікувально-профілактичних закладів та працівників науково-дослідницьких інститутів, розширення видів надання послуг, забезпечення проходження періодичних медичних оглядів для працівників закладу (ЦПМСД); провести комплексний профілактичний медичний огляд ветеранів війни, осіб з інвалідністю та осіб похилого віку, учасників бойових дій, учасників війни та інших осіб, на яких поширюється чинність Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»; проводити зустрічі з майбутніми випускниками медичних ЗВО України з метою залучення їх до роботи у медичних закладах міста; забезпечення проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників бюджетної сфери;

- на рівні очікуваних результатів (цитати): територіальне наближення мережі лікувальних закладів до місць проживання громадян, підвищення мотивації медичних та інших працівників охорони здоров'я у сільській місцевості, вільний доступ в приміщення медичної практики осіб із обмеженими фізичними можливостями та іншого маломобільного населення; підвищити доступність та якість медичного обслуговування населення у сільській місцевості; залучення молодих спеціалістів у заклади охорони здоров'я громади; визначення стану здоров'я працівників навчальних закладів, що знаходяться у комунальній власності Сумської міської ради, закладів та установ соціального захисту міського підпорядкування;

- на рівні планів фінансування (цитати): дотримання вимог профілактичних медичних оглядів (проведення щорічних медичних оглядів працівників).

IV. МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ: БАР'ЄРИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА РАНЬОГО ВІЯВЛЕННЯ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Зроблені під час кабінетного дослідження висновки та сформульовані раніше гіпотези знайшли своє підтвердження в ході проведеного масового опитування жіночого населення області, де додатково були уточнені й оцінки щодо існування та вираженості бар'єрів доступу до послуг із профілактики та раннього виявлення онкогінекологічних захворювань.

Усього в опитуванні взяли участь 662 жінки, що є достатнім для відображення загальної ситуації та тенденцій. Оскільки для коректного сприйняття як окремих показників, так і зроблених висновків, важливими є позиції і статуси респонденток, наведемо таблицю, яка відображає загальну характеристику респонденток (у частотах та відсотках), які взяли участь в опитуванні.

Таблиця 5.1

Вік респонденток, які взяли участь в опитуванні, у кількісних та відсоткових показниках

Вік	%
1) 18--29 р	26,9
2) 30-49 р	34,6
3) 50--64 р	20,5
4) 65 р. і старше	18

Таблиця 5.2

Район проживання респонденток, які взяли участь в опитуванні, у кількісних та відсоткових показниках

Географія	%
1) м. Суми	42,7
2) Сумський район	18,1
3) Конотопський район	14
4) Охтирський район	8,5
5) Роменський район	8
6) Шосткинський район	8,6

Таблиця 5.3.

Місце проживання респонденток, які взяли участь в опитуванні, у кількісних та відсоткових показниках

Тип населеного пункту	%
1) у селі	11,6
2) у селищі	8,5
3) у місті, але не обласному центрі	45,5
4) в обласному центрі	34,4

Також результати польового етапу передбачали експертні інтерв'ю із: лікарів-онкологів Сумського обласного онкодиспансеру; сімейних лікарів, терапевтів ТГ, гендерних експерток, науковців та громадських діячів у сфері громадського здоров'я.

Не підтвердилася гіпотеза, що негативний емоційний та фізичний досвід пологів стримує жінок від систематичного відвідування гінеколога. Так, на запитання анкети, яким був емоційний та фізичний стан під час пологів, майже половина опитаних жінок зазначили, що пологи пройшли нормально (діаграма 1). Кожна 4–5 жінка відчувала підтримку з боку рідних (26,6%) та від медичного персоналу (21,5%). Негативні наслідки від пологів відчула на собі невелика частка респонденток: 11,2% – мали проблеми зі здоров'ям, а 6,8% – зазнали великих матеріальних втрат.

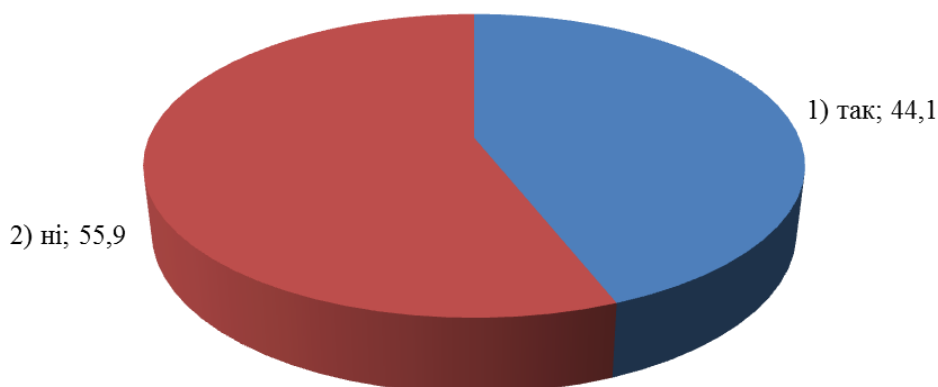
Зазначимо, що у цьому питанні опитані могли вибирати декілька варіантів відповіді, тому загальний показник перевищує 100%.

Діаграма 1. Яким був Ваш емоційний/фізичний стан під час пологів?, %



Кожна друга жінка (55,9%) не відвідує свого сімейного лікаря із профілактичною метою (за відсутності ознак хвороби) (діаграма 2).

Діаграма 2. Чи відвідуєте Ви свого сімейного лікаря із профілактичною метою (за відсутності ознак хвороби), %



Жительки сільської місцевості рідше відвідують сімейного лікаря з профілактичною метою, проте ще більший відсоток тих, хто **не відвідує сімейного лікаря серед опитаних жінок, що мешкають у обласному центрі (69,3%)** (табл. 5.4). Тобто жінки, які проживають у обласному центрі, мають доступ до вузьких спеціалістів напряму, тоді як у сільській місцевості сімейний лікар часто є ближчим до пацієнток.

Таблиця 5.4.

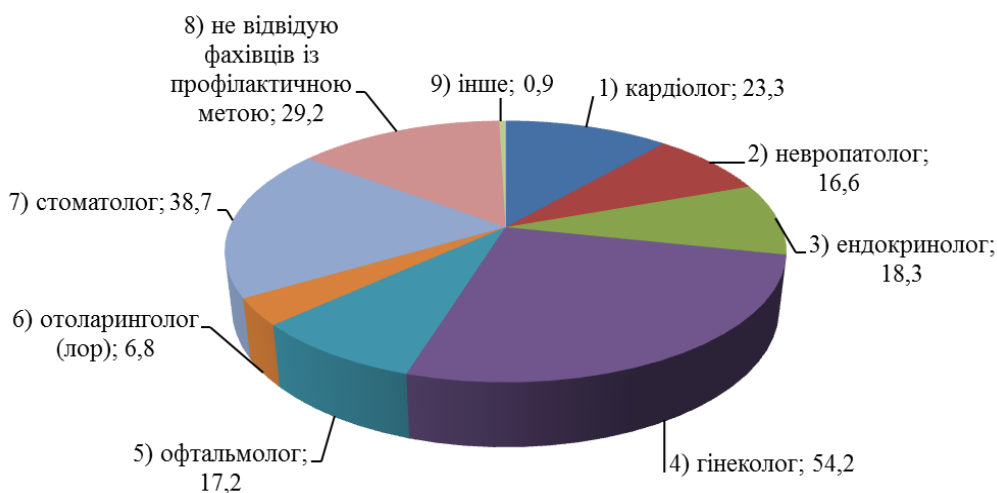
Чи відвідуєте Ви свого сімейного лікаря із профілактичною метою (за відсутності ознак хвороби) (залежно від місця проживання респонденток), %

	так	Ні
у селі	42,9	57,1
у селищі	51,8	48,2
у місті, але не обласному центрі	53,2	46,8
у обласному центрі	30,7	69,3

Захворюваність на онкогінекологію зростає упродовж останніх 5 років, і найчастіше до онкологічного диспансеру звертаються до 90% жінок на 2–3 стадії захворювання, а з 1 і 4 – рідше, до 7–10%. Водночас експерти звертають увагу, що профілактичні гінекологічні огляди жінки у Сумській області не проходять. Наголосимо, що медичні заклади первинної ланки Сумської області забезпечені діагностичним матеріалом і обладнанням для раннього виявлення захворювань. Необхідно, щоб жінки вчасно проходили профогляди. Спростився алгоритм направлення жінок до онколога, зараз в електронному вигляді його надає сімейний лікар за необхідності (зі слів лікаря-онколога).

Серед вузьких спеціалістів з профілактичною метою найчастіше жінки відвідують гінеколога (54,2%), стоматолога (38,7%) та кардіолога (23,3%). Рідше опитані жінки за відсутності ознак хвороби бувають у ендокринолога, офтальмолога, невропатолога та отоларинголога (ЛОР). Майже **кожна третя жінка (29,2%) взагалі не звертається до фахівців із профілактичною метою** (діаграма 3). Зазначимо, що опитані могли обрати не один, а декілька варіантів, тому загальний показник перевищує 100%.

Діаграма 3. Яких вузьких медичних фахівців Ви зазвичай відвідуєте із профілактичною метою (за відсутності ознак хвороби)? , %



Рівень онкогінекологічної захворюваності в Сумській області високий. Зanedбаних випадків виявляється по 2–3 на 3 місяці, але ще більше – ранньої патології і особливо – передракових станів. Тому дуже актуальним є питання проведення онкогінекологічних профілактичних оглядів. Захворювання молодшає і все частіше виявляється у жінок після 30 років (зі слів лікаря-гінеколога).

Як бачимо з таблиці 3а, загалом гінеколога з профілактичною метою відвідує кожна друга опитана жінка, більшість цих жінок представляють вікові категорії від 18 до 29 років (66,3%) та від 30 до 49 років (65,9%). Найчастіше не відвідують вузьких медичних фахівців (включаючи гінеколога) з профілактичною метою жінки старше 65 років, що є цілком очікуваним результатом.

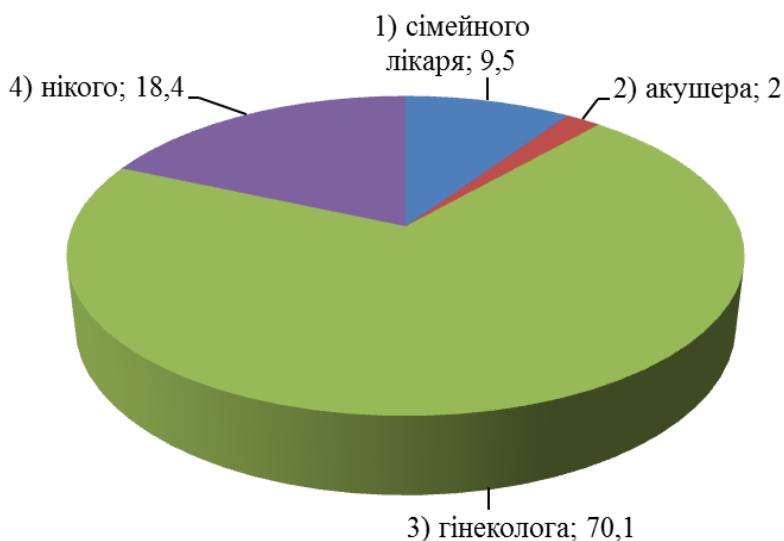
Таблиця 5.5

Яких вузьких медичних фахівців Ви зазвичай відвідуєте із профілактичною метою (за відсутності ознак хвороби)? (залежно від віку респонденток), %

	18-29 р	30-49 р	50-64 р	65 р. і старше
Кардіолог	18	15,3	31,6	37
Невропатолог	16,9	15,3	16,2	19,3
Ендокринолог	17,4	18,3	20,6	16,8
Гінеколог	66,3	65,9	45,6	23,5
Офтальмолог	23,6	14	15,4	16
ЛОР	10,1	3,5	6,6	8,4
Стоматолог	57,3	42,8	29,4	13,4
не відвідую фахівців із профілакт. метою	20,2	25,3	36,8	41,2
Інше	1,1	1,3	0	0,8

Опитані найчастіше з метою профілактичних гінекологічних оглядів звертаються до гінеколога (70,1%), ще 9,5% – до сімейного лікаря і 2% – до акушера. П'ята частина опитаних жінок взагалі не звертаються до лікарів для профілактичних гінекологічних оглядів.

Діаграма 4. До кого Ви звертаєтесь з метою профілактичних гінекологічних оглядів, %



Не звертаються до медичних фахівців 40,3% жінок літнього віку (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

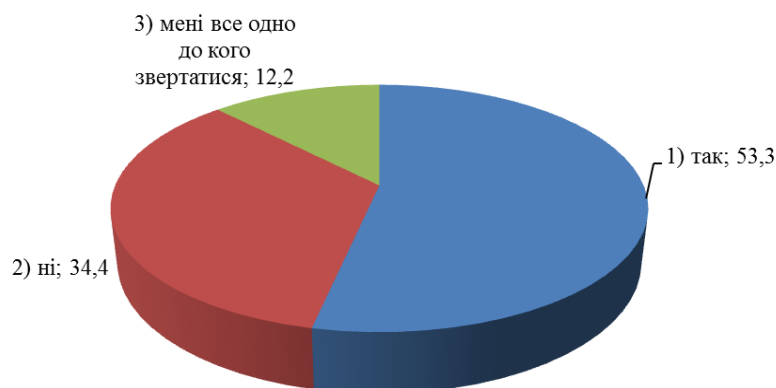
**До кого Ви звертаєтесь із метою профілактичних гінекологічних оглядів?
(залежновід віку респонденток), %**

	сімейного лікаря	акушера	гінеколога	нікого
18-29 р	9	1,7	80,3	9
30-49 р	7,9	0,9	79,9	11,4
50-64 р	11	2,2	63,2	23,5
65 р. і старше	11,8	4,2	43,7	40,3

Жінки звертаються за допомогою, коли є скарги, тобто вже з метою лікування. Щодо профілактики звернень більше в містах Суми і Шостка, переважно це організоване жіноче населення, яке скероване роботодавцями на профогляди (зі слів лікаря-гінеколога).

Більшість респонденток відвідують гінеколога, якому довіряють (53,3%), проте більше третини опитаних ще не знайшли такого спеціаліста. 12,2% опитаних взагалі байдуже, до кого звертатися (діаграма 5).

Діаграма 5. Чи є у Вас гінеколог, якому довіряєте?, %



Як бачимо з табл. 5.7, більша частка тих, хто довіряє своєму гінекологу, виявлена саме серед тих жінок, які частіше відвідують цього лікаря, навіть з профілактичною метою – серед жінок віком 18–49 років.

Таблиця 5.7

**Чи є у Вас гінеколог, якому довіряєте?
(залежно від віку респонденток), %**

	так	ні	мені однаково, до кого звертатися
18-29 р	60,1	30,9	9
30-49 р	59,8	33,2	7
50-64 р	51,5	37,5	11
65 р. і старше	32,8	38,7	28,6

Більше довіри до гінеколога у жінок із села (50,6%) чи невеличкого міста (64,1%). А респондентки, що мешкають в обласному центрі, частіше за інших не мають гінеколога, який викликає довіру (51,3%). Можна припустити, що і запити та очікування у цієї частини респонденток є вищими, адже лише 6,6% з них зазначили, що їм байдуже, до кого звертатися.

Таблиця 5.8

**Чи є у Вас гінеколог, якому довіряєте?
(залежної від місця проживання респонденток), %**

	Так	ні	мені однаково, до кого звертатися
у селі	50,6	32,5	16,9
уселищі	44,6	44,6	10,7
у місті, але не обласному центрі	64,1	20,3	15,6
в обласному центрі	42,1	51,3	6,6

Як бачимо з табл. 5.8, рівень доходу також зумовлює довіру до фахівця-гінеколога. Можна припустити, що жінки, які живуть на мінімальну зарплатню, частіше звертаються до безкоштовних клінік або кожен раз до різних спеціалістів, і не завжди мають змогу потрапити до лікаря з профілактичною метою, тому не мають спеціаліста, якому можуть повністю довіряти. **Найбільше довіряють своєму гінекологу жінки з доходом понад 12 000 грн (77,8%).**

Таблиця 5.9.

**Чи є у Вас гінеколог, якому довіряєте?
(залежно від рівня доходу респонденток) у %**

	так	ні	мені однаково, до кого звертатися
до 5 000 грн	29,4	53,1	17,5
від 5 000 до 7 000	59,5	31,2	9,2
від 7 000 до 10 000	64,3	26,2	9,5
від 10 000 до 12 000	62	24	14
понад 12 000 грн	77,8	15,9	6,3
немає відповіді	57,1	28,6	14,3

При виборі гінеколога найчастіше жінки керуються професійністю (66%) та уважністю (43,1%) фахівця, зокрема і щодо питань профілактики захворювань (20,8%) (діаграма 6).

Діаграма 6. Чим Ви керуєтеся під час вибору гінеколога?, %



Маючи можливість зазначити кілька варіантів, все ж на безкоштовність та швидкість огляду орієнтується не так багато респонденток (6,6%–7,3%). Проте майже кожна п'ята жінка змушена вибирати гінеколога, керуючись близькістю до місця проживання. Вартий уваги і показник 13% – тих жінок, які зазначили, що взагалі не мають гінеколога, до якого могли б звернутись.

На статі гінеколога звертають увагу при виборі лише 0,3% опитаних, що свідчить про те, що професіоналізм для сучасних жінок все ж важливіший, аніж сором'язливість чи дискомфорт.

Про професійність та уважність фахівця частіше говорять жінки віком від 18 до 29 років, а у віці від 50 до 64 років частіше вибирають тих спеціалістів, які знаходяться ближче до їх місця проживання (25% опитаних) (табл. 5.10). Жінки старше 65 років переважають серед тих, хто шукають безкоштовного гінеколога, байдужі до будь-яких критеріїв, або ж взагалі не мають фахівця цього профілю.

Що підтверджується опитуванням експертів, молоді проінформовані жінки приїжджають з районів до «свого» фахівця на профілактичний огляд в м. Суми або м. Шостку. Жінки літнього віку звертаються до лікарів за місцем проживання або не звертаються взагалі. Також у віддалених селах залишається проблема звернень до акушерок, які не можуть провести повноцінний огляд і часто пропускають патологію. На думку експертів, акушерки можуть скеровувати пацієнтів до звернень до вузького спеціаліста, інформувати їх, але не проводити огляд.

Як можемо побачити з наведених у таблицях даних, близькість до місця проживання не виступає основним і визначальним критерієм. Хоча можемо простежити різну її значимість для жінок, які проживають і містах та у селах чи селищах. Близькість до місця проживання, очікувано більш важлива для мешканок сіл та селищ (22-23% опитаних). Для цих категорій також більш значимими є такі критерії, як безкоштовність консультації (12,5%) та швидкість під час запису на прийом (8,9%). Жителі ж міст частіше вибирають професійність та уважність фахівців, до яких звертаються.

Таблиця 5.10

**Чим Ви керуєтеся під час вибору гінеколога?
(залежності від місця проживання респонденток), %**

	у селі	у селищі	у місті, але не обласному центрі	в обласному центрі
близькість до місця проживання	22,1	23,2	12,6	20,6
професійність фахівця	49,4	57,1	71,8	66,2
уважність фахівця	35,1	35,7	49,5	39
безкоштовність консультації	2,6	12,5	5,3	8,3
швидкість консультації	2,6	8,9	7,6	7,9
швидкість під час запису	6,5	8,9	5,6	8,8
увага фахівця до питання профілактики	9,1	19,6	26,9	17,1
мені однаково, до кого звертатися	6,5	8,9	4	3,1
не маю гінеколога	15,6	12,5	12,6	12,7
стать - жінка-гінеколог	0	0	0	0,9

Жінки, які не мали досвіду пологів, при виборі гінеколога насамперед орієнтуються на його професійність (73%), уважність (53,9%) та увагу до питань профілактики (28,3%). Як бачимо з результатів опитування, з кожною наступною дитиною жінки все менше уваги звертають на перелічені критерії і частіше при виборі спираються на близькість до місця проживання (50%) та безкоштовність послуг (20%).

Таблиця 5.11

**Чим Ви керуєтеся під час вибору гінеколога?
(залежності від кількості пологів, що завершилися народженням дитини), %**

	жодної	одна	дві	три	більше трьох
близькість до місця проживання	19,1	10,7	20,2	32,1	50
професійність фахівця	73	67,2	63,6	42,9	50
уважність фахівця	53,9	45,1	36	21,4	50
безкоштовність консультації	2,6	7,8	7,5	7,1	20
швидкість консультації	9,2	5,7	7	7,1	20
швидкість під час запису	5,9	7,8	7,5	3,6	10
увага фахівця до питання профілактики	28,3	23	14,5	17,9	10
мені однаково, до кого звертатися	3,9	4,5	4,4	7,1	0
не маю гінеколога	12,5	12,3	11	28,6	40
стать - жінка-гінеколог	0	0	0,9	0	0

Найчастіше гінекологічні огляди жінки проходять: у комунальному медичному закладі та медичному закладі, де приймає сімейний лікар (по 28% опитаних), а ще 25% віддають перевагу приватним медичним закладам (діаграма 7). Досить показовим можна вважати і 12,1% тих опитаних жінок, які зазначили, що взагалі не проходять гінекологічні огляди.

Діаграма 7. Де саме Ви проходите гінекологічні огляди?, %



До приватних закладів частіше звертаються молодші жінки, а старше покоління проходить гінекологічні огляди у медичному закладі, де приймає сімейний лікар (табл. 5.12).

Таблиця 5.12

Де саме Ви проходите гінекологічні огляди? (залежно від віку респонденток), %

	у мед. закладі, де приймає мій сімейний лікар	у іншому комунальному медичному закладі	у іншому приватному медичному закладі	у медичному закладі іншого населеного пункту	не проходжу гінекологічні огляди
18-29 р	29,2	23,6	34,8	6,7	5,6
30-49 р	18,8	34,5	32,3	7	7,4
50-64 р	35,3	25,7	16,2	8,8	14
65 р. і старше	36,1	26,9	5	3,4	28,6
УСЬОГО	28,1	28,4	24,8	6,6	12,1

Цікаво, що приватна медицина більш затребувана в Роменському та Шосткинському районах Сумської області – на гінекологічні огляди в такі заклади приходять майже 40% опитаних.

Це підтверджується висновком експерта із м. Шостка, який зазначає, що жінки звертаються до приватних закладів на огляд і інколи навіть створюються черги, незважаючи на те, що послуги платні.

19,6% жителів Охтирського району відвідують медичний заклад іншого населеного пункту, що може свідчити про існування певних труднощів доїхати до таких закладів. Особливістю ситуації можна вважати те, що найбільший відсоток тих жінок, які взагалі не проходять гінекологічні огляди, виявлено саме у Сумському районі (табл. 5.13).

Таблиця 5.13

Де саме Ви проходите гінекологічні огляди? (залежно від району респонденток) %

	у мед. закладі, де приймає мій сімейний лікар	у іншому комунальному медичному закладі	у іншому приватному медичному закладі	у медичному закладі іншого населеного пункту	не проходжу гінекологічні огляди
м. Суми	30,4	37,8	21,9	0,4	9,5
Сумський район	39,2	5,8	20	10	25
Конотопський район	23,7	34,4	29	7,5	5,4
Охтирський район	23,2	30,4	14,3	19,6	12,5
Роменський район	17	17	39,6	15,1	11,3
Шосткинський район	15,8	28,1	38,6	8,8	8,8
УСЬОГО	28,1	28,4	24,8	6,6	12,1

Лише 60% опитаних жінок регулярно проходять профілактичні гінекологічні огляди. Більшість опитаних бувають на прийомах у гінеколога один раз на рік (46,8%). Двічі на рік звертаються за консультацією 13,4% опитаних, приблизно така ж частка відвідують фахівця один раз на два роки. Тоді як 13,6% взагалі їх не проходять, а близько 26% – проходять нерегулярно або лише за потреби (0,6%).

Діаграма 8. З якою періодичністю Ви проходите гінекологічні огляди?, %



Таблиця 5.14 дозволяє більш детально розглянути питання залежно від віку респонденток. Більш свідомими в цьому питанні виявилися жінки віком 18–29 років, вони звертаються до гінеколога з періодичністю 1–2 рази на рік. Бачимо певну закономірність: чим старша жінка, тим рідше вона звертається до названих спеціалістів або ж взагалі не відвідує консультації.

Таблиця 5.14

**З якою періодичністю Ви проходите гінекологічні огляди?
(залежності від віку респонденток), %**

	двічі на рік	один раз на рік	один раз на два роки	рідше ніж раз на два роки	не проходжу гінекологічні огляди	за потреби
18-29 р	24,2	57,3	9,6	4,5	4,5	0
30-49 р	16,6	51,1	13,1	10	8,3	0,9
50-64 р	5,9	44,9	22,8	11	14,7	0,7
65 р. і старше	0	25,2	14,3	23,5	36,1	0,8

Рідше бувають на таких прийомах жінки з сіл та селищ, вони ж переважають і серед тих, хто не проходить такі огляди. Респондентки з міст частіше за інших відвідують гінеколога двічі на рік (16,6%), а 50,4% жителів обласного центру звертаються до гінеколога хоча б раз на рік (табл. 5.15).

Таблиця 5.16

**З якою періодичністю Ви проходите гінекологічні огляди?
(залежності від місця проживання респонденток), %**

	двічі на рік	один раз на рік	один раз на два роки	рідше ніж раз на два роки	не проходжу гінекологічні огляди	за потреби
у селі	14,3	41,6	15,6	9,1	18,2	1,3
у селищі	8,9	48,2	14,3	12,5	16,1	0
у місті, але не обласному центрі	16,6	45,2	14,6	10,3	12,3	1
в обласному центрі	10,1	50,4	13,6	12,7	13,2	0

Віддаленість медичного закладу від місця проживання значно знижує періодичність відвідування фахівця, особливо у селах (зі слів лікаря-гінеколога).

Більшість респонденток проходять гінекологічні огляди з власної ініціативи (60,7%), ще по 13% опитаних вибрали варіанти «за направленням сімейного лікаря». І ті ж 13,4% зазначили, що взагалі «не проходять гінекологічні огляди». Це свідчить, що система організованих з місця роботи профоглядів не працює.

З власної ініціативи відвідують гінеколога 70,3% жінок віком 30–49 років, молодші жінки частіше за інших проходять огляди за направленням з роботи (12,9%). Жінки старше 65 років (табл. 9а) або не відвідують гінеколога (34,5%), або звертаються до нього за направленням від сімейного лікаря (20,2%).

З табл. 5.17 бачимо, що більш забезпечені жінки частіше звертаються до гінеколога з власної ініціативи (68,3%), жінки ж з доходом до 5000 – переважають серед тих, хто не проходить медичні огляди (19,6%).

Діаграма 9. З чєї ініціативи Ви проходите гінекологічні огляди?, %



Таблиця 5.17

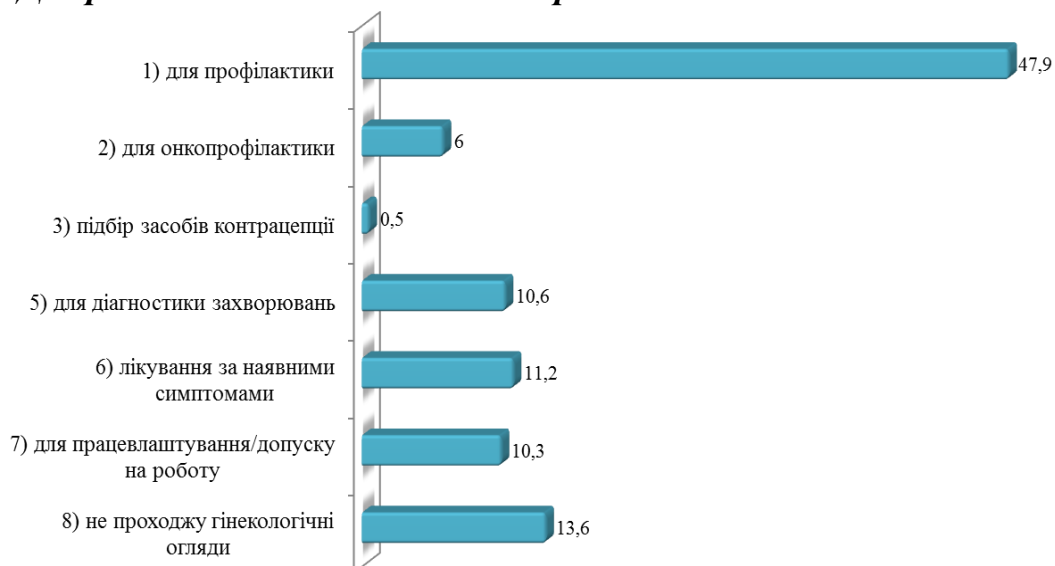
З чєї ініціативи Ви проходите гінекологічні огляди? (залежно від рівня доходу респонденток), %

	з власної ініціативи	за направленням сімейного лікаря	за направленням іншого фахівця	направлення з роботи	не проходжу гінекологічні огляди
до 5 000 грн	56,7	13,9	2,1	7,7	19,6
від 5 000 до 7 000	65,3	8,7	2,9	11,6	11,6
від 7 000 до 10 000	58,7	15,1	4	13,5	8,7
від 10 000 до 12 000	58	20	4	10	8
понад 12 000 грн	68,3	14,3	0	7,9	9,5
немає відповіді	58,9	14,3	3,6	5,4	17,9

Отже, можемо говорити про те, що економічний стан (рівень доходів) є суттєвим бар'єром для певної частини жінок у проходженні ними профілактичних оглядів.

Близько половини опитаних (47,9%) зазначили, що відвідують гінеколога «для профілактики», а 6% – для онкопрофілактики.

Діаграма 10. З якою метою Ви проходите гінекологічні огляди?, %



У цьому питанні є певні розходження позицій опитаних жінок і експертів, які були залучені до дослідження. Зокрема, експерти стверджують, що більше звернень жінок все ж таки фіксується зі скаргами і з лікувальною метою, а не з профілактичною.

Цікаво, що серед жінок, які обрали варіант «для профілактики», переважають молоді жінки віком від 18 до 29 років (59,6%). Молоді жінки також частіше за інших проходять огляди для лікування за наявними симптомами (12,4%). Цікаво, що лише 1,1% опитаних цієї групи проходять гінекологічні огляди для підбору засобів контрацепції (Таблиця 10а).

Жіноче населення Сумської області загалом поінформовано щодо проблем онкогінекології, профілактики, діагностики, лікування, але існує і низка причин, які заважають вчасно звернутися за профілактичним оглядом до лікаря. Жінки області не звертаються до лікаря через незручний графік роботи, незручне транспортне сполучення, низький рівень усвідомлення проблеми (включаючи рівень освіти, культури, звичок у сім'ї), страх перед можливим діагнозом. Більшість жінок репродуктивного віку від'їжджають на роботу за кордон, де не мають можливості пройти профілактичний огляд. Крім того, відсутні фахівці у районах (зі слів лікаря-гінеколога).

Респондентки старше 65 років частіше зазначають, що відвідують гінеколога для діагностики захворювань (15,1%) та для онкопрофілактики (10,1%). У цій же групі виявлено і найбільше тих, хто взагалі не проходять гінекологічні огляди (36,1%).

Таблиця 5.18

**З якою метою Ви проходите гінекологічні огляди?
(залежно від віку респонденток), %**

	18-29 р	30-49 р	50-64 р	65 р. і старше
для профілактики	59,6	50,7	46,3	26,9
для онкопрофілактики	2,8	6,1	6,6	10,1
підбір засобів контрацепції	1,1	0,4	0	0
для діагностики захворювань	6,2	11,4	11	15,1
лікування за наявними симптомами	12,4	14	7,4	8,4
для працевлаштування/допуску на роботу	12,4	10	14	3,4
не проходжу гінекологічні огляди	5,6	7,4	14,7	36,1

Для 83,1% опитаних візит до гінеколога супроводжується оглядом у гінекологічному кріслі, ще 45,8% зазначили, що огляд зазвичай охоплює цитологічне дослідження, лабораторне дослідження (29,2%) та ультразвукову діагностику (28,2%). Ще 18,2% жінок обмежуються усною консультацією у медичному закладі або по телефону (діаграма 11).

Діаграма 11. Зазначте, як відбуваються гінекологічні огляди?, %



Лише за усною консультацією до гінеколога частіше звертаються жінки віком до 30 років (25,8%) та старше 65 років (21,8%). Загалом жінки до 50 років проходять майже всі з перелічених процедур.

Досить цікавими у цьому контексті є коментарі експертів, які підводять до висновку і про існування певних формалізованих чинників, які також можуть розглядатись як бар'єри у площині забезпечення профілактичних оглядів. Так, експерти зазначають, що під час звернення пацієнта лікар має надати інформацію щодо здоров'я та профілактики захворювань і провести повноцінний огляд. Але час, виділений на 1 пацієнта, регламентований – 15 хвилин у державній медичній установі, і його катастрофічно не вистачає. А у приватній клініці лікар виділяє стільки часу, скільки потрібно пацієнту.

Показовим можна вважати і те, що п'ята частина жінок із Сумського району (20,8%) взагалі не проходять гінекологічні огляди, і такий показник може свідчити про певні проблеми з доступом до фахівців та кваліфікованої допомоги (табл. 5.19).

Таблиця 5.19

**Зазначте, як відбуваються гінекологічні огляди?
(залежно від району респонденток), %**

	усна консультація	огляд у гінекологічному кріслі	лабораторне дослідження	цитологічне дослідження	ультразвукова діагностика	не проходжу
м. Суми	18,4	85,9	25,8	45,2	21,2	12,4
Сумський район	23,3	72,5	19,2	40,8	21,7	20,8
Конотопський район	6,5	86	28	35,5	22,6	9,7
Охтирський район	19,6	85,7	26,8	53,6	42,9	10,7
Роменський район	45,3	79,2	79,2	58,5	67,9	11,3
Шосткинський район	5,3	87,7	24,6	56,1	35,1	7

Жінки, що проживають у селі, частіше взагалі не проходять гінекологічні огляди (18,2%), а жителі селищ – частіше звертаються за усною консультацією (23,2%). Огляд у гінекологічному кріслі частіше проходять міські жительки.

Таблиця 5.20

Зазначте, як відбуваються гінекологічні огляди?
(залежно від місця проживання респонденток), %

	усна консультація	огляд у гінекологічному кріслі	лабораторне дослідження	цитологічне дослідження	ультразвукова діагностика	не проходжу
у селі	13	74	23,4	37,7	26	18,2
у селищі	23,2	76,8	17,9	46,4	16,1	14,3
у місті, але не обласному центрі	20,9	85	42,5	49,5	31,6	11
в обласному центрі	16,7	85,1	16,2	43,4	27,6	13,2

Рівень доходу респонденток прямо пов'язаний з кількістю процедур, які проходять жінки при гінекологічних оглядах (табл. 5.21).

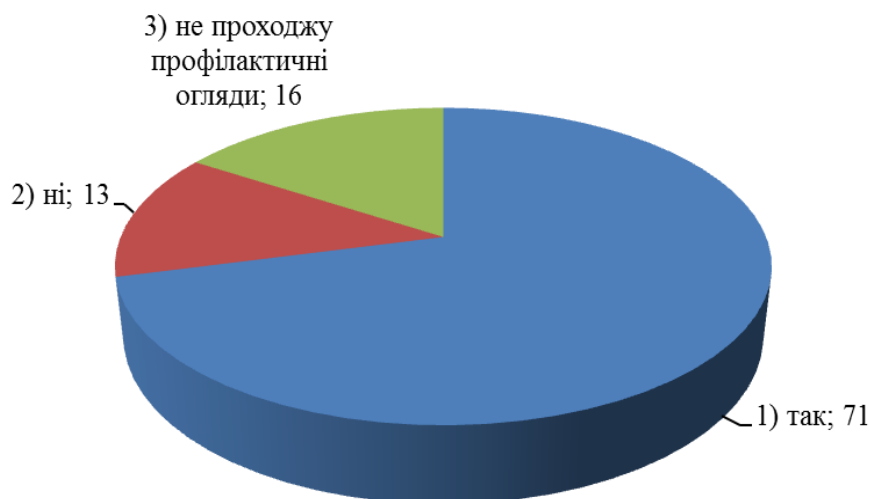
Таблиця 5.21

Зазначте, як відбуваються гінекологічні огляди?
(залежно від рівня доходу респонденток), %

	усна консультація	огляд у гінекологічному кріслі	лабораторне дослідження	цитологічне дослідження	ультразвукова діагностика	не проходжу
до 5 000 грн	16	76,8	13,9	34,5	16,5	18
від 5 000 до 7 000	15	87,3	30,6	45,1	27,7	10,4
від 7 000 до 10 000	18,3	85,7	40,5	53,2	34,9	10,3
від 10 000 до 12 000	18	88	28	52	34	8
понад 12 000 грн	34,9	88,9	42,9	61,9	46	11,1
немає відповіді	23,2	75	37,5	46,4	30,4	14,3

Більшість жінок, що відвідали гінеколога, зазначають, що він приділяв увагу питанням профілактики (71%).

Діаграма 12. Під час гінекологічного огляду чи приділяє увагу фахівець питанням профілактики?, %



Частіше цей варіант відповіді зазначають молодші жінки: віком до 30 років (78,9%) та віком до 50 років (78,6%). Старші жінки частіше вказують, що питання профілактики під час огляду не піднімалися. До того ж представниці цієї вікової групи займають «лідуючі» позиції серед тих, хто взагалі не проходить профілактичні гінекологічні огляди.

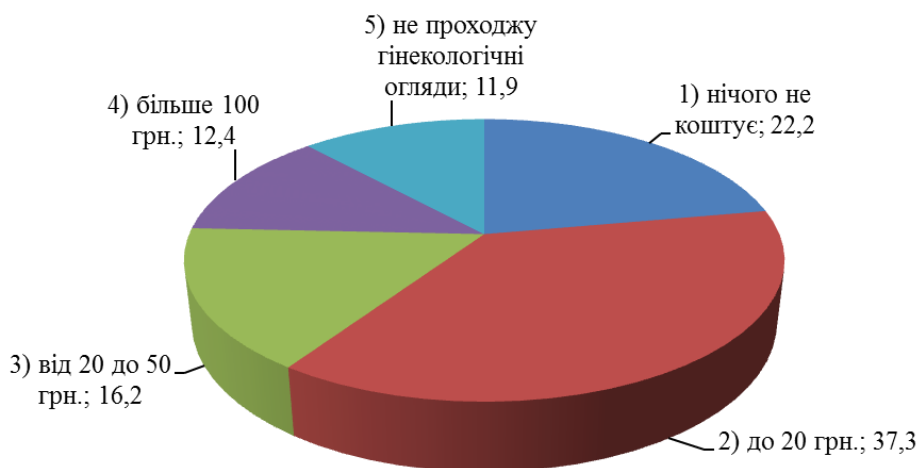
Таблиця 5.22

Під час гінекологічного огляду чи приділяє увагу фахівець питанням профілактики? (залежно від віку респонденток), %

	так	ні	не проходжу профілактичні огляди
18-29 р	79,8	11,8	8,4
30-49 р	78,6	12,7	8,7
50-64 р	69,9	11,8	18,4
65 р. і старше	44,5	16,8	38,7

Для більшості опитаних жінок витрати на консультацію до гінеколога є цілком прийнятними і не катастрофічними. Так, для 37,3% – це питання проїзду на комунальному транспорті чи власній машині в межах міста – до 20 грн в обидві сторони, а 22,2% мають можливість дістатися до гінеколога безкоштовно. Ще 16,2% опитаних витрачають на транспорт від 20 до 50 грн. А для 12,4% ці витрати є відчутними, адже щоб потрапити на консультацію до гінеколога їм варто викласти понад 100 грн (діаграма 13).

Діаграма 13. Скільки коштів на транспорт Вам необхідно, щоб потрапити на консультацію до гінеколога?, %



Цікаво буде розглянути витрати на транспорт жінок із різних регіонів Сумської області та залежно від місця проживання. З табл. 13а бачимо, що найбільше коштів витрачають респондентки з Охтирського району (37,5%), і, як було зазначено вище, саме вони частіше їздять до гінеколога в інший населений пункт. Від 20 до 50 грн витрачають жінки з Конотопського району (28%). У місті Суми опитані на транспорт до гінеколога витрачають до 20 грн.

Опитані експерти також підтверджують, що витрати на транспорт є однією з суттєвих причин непроходження профілактичних оглядів, проте не вважають її основною.

Таблиця 5.23

**Скільки коштів на транспорт Вам необхідно, щоб потрапити на консультацію до гінеколога?
(залежно від району респонденток), у %**

	нічого не коштує	до 20 грн.	від 20 до 50 грн.	більше 100 грн.	не проходжу гінекологічні огляди
м. Суми	12	61,5	13,8	2,1	10,6
Сумський район	31,7	5,8	15	26,7	20,8
Конотопський район	17,2	33,3	28	14	7,5
Охтирський район	17,9	17,9	14,3	37,5	12,5
Роменський район	49,1	20,8	7,5	13,2	9,4
Шосткинський район	40,4	24,6	21,1	5,3	8,8

Таблиця 5.24 ілюструє зрозумілу закономірність, що жительки сіл витрачають більше грошей на транспорт (51,9% вибрали варіант відповіді від 20 до 50 грн), аби потрапити на прийом до гінеколога, і майже не мають безкоштовної альтернативи (3,9%). Жінки, що мешкають у селищах, витрачають на дорогу ще більше – 23,2% опитаних зазначили суму більше 100 грн. Проте можна припустити, що це та частина, яка розраховує на більш кваліфіковану допомогу, адже 37,5% цієї групи зазначають, що їм вдається обійтись без будь-яких транспортних витрат.

Таблиця 5.24

**Скільки коштів на транспорт Вам необхідно щоб потрапити на консультацію до гінеколога?
(залежно від місця проживання респонденток), %**

	нічого не коштує	до 20 грн.	від 20 до 50 грн.	більше 100 грн.	не проходжу гінекологічні огляди
у селі	3,9	9,1	51,9	18,2	16,9
у селищі	37,5	8,9	16,1	23,2	14,3
у місті, але не обласному центрі	30,9	35,2	7	15,9	11
в обласному центрі	13,2	56,6	16,2	3,1	11

Для більшості опитаних жінок Сумської області дорога в обидва боки, щоб потрапити на консультацію до гінеколога, займає не більше однієї години: менше 30 хвилин – 29,3% опитаних, від 30 до 50 хвилин – 31,7% (діаграма 14). Ще майже для третини опитаних дорога займає більше 1–2 годин.

Найдовше дістаються на прийом жителі з Охтирського та Конотопського районів (табл. 5.25). Для роменчанок ця дорога займає менше 30 хв (50,9%), для сумчан – від 30 до 50 хв (38,2%).

Таблиця 5.26 показує, що найважче добиратися на огляд гінеколога з сіл (більше 1–2 год) та селищ (від 30 до 50 год). Жителям міст та обласного центру значно легше дістатися на консультацію: для 39,5% ця дорога займає менше півгодини.

Діаграма 14. Скільки часу займає дорога в обидва боки, щоб потрапити на консультацію до гінеколога?, %



Таблиця 5.25

Скільки часу займає дорога в обидва боки щоб потрапити на консультацію до гінеколога?(залежно від району респонденток), %

	менше 30 хв	від 30 до 50 хв	більше однієї години	більше двох годин	не проходжу гінекологічні огляди
м. Суми	33,6	38,2	16,3	1,1	11
Сумський район	15	28,3	12,5	22,5	21,7
Конотопський район	15,1	30,1	31,2	16,1	7,5
Охтирський район	26,8	17,9	17,9	26,8	10,7
Роменський район	50,9	24,5	15,1	0	9,4
Шосткинський район	43,9	29,8	10,5	7	8,8

Таблиця 5.26

Скільки часу займає дорога в обидва боки, щоб потрапити на консультацію до гінеколога? (залежно від місця проживання респонденток), у %

	менше 30 хв	від 30 до 50 хв	більше однієї години	більше двох годин	не проходжу гінекологічні огляди
у селі	6,5	18,2	41,6	18,2	15,6
у селищі	12,5	37,5	16,1	17,9	16,1
у місті, але не обласному центрі	39,5	28,9	9	11,6	11
в обласному центрі	27,6	38,6	20,2	2,2	11,4

Отже, отримані результати підтверджують висловлені як гіпотези припущення щодо існування гендерно забарвлених чинників, які можуть стримувати профілактику онкогінекологічних захворювань у площині профілактики та ранньої діагностики. Адже необхідність для сільських жінок витратити 2 години на дорогу (враховуючи час на очікування та огляд) буде стримувальним чинником, адже є домашнє господарство та інші обов'язки – догляд за дітьми, літніми батьками, є залежність жінок від громадського транспортного сполучення (відсутність, незручність, розклад руху). А якщо додати і обмежені фінансові можливості жінок (потенційно за візитом очікуються витрати на ліки, аналізи, транспорт), то дія цих чинників ще більш посиляться.

Лише третина опитаних (29%) відвідують гінеколога безкоштовно, тоді як кожна четверта жінка (25,2%) витрачає на консультацію понад 200 грн (діаграма 15).

Діаграма 15. Скільки коштів Вам необхідно, щоб отримати консультацію гінеколога?, %



Аналіз отриманої інформації у розрізі районів показує досить суттєві коливання вартості. Про найдорожчі візити до гінеколога говорять жінки з Шосткинського району (26,8% вибрали варіант відповіді «більше 200 грн»), менше 100 грн за консультацію найчастіше платять в м. Суми (37,1%). Безкоштовні консультації отримують 37,6% конотопчанок (табл. 5.27).

Таблиця 5.27

Скільки коштів Вам необхідно щоб отримати консультацію до гінеколога? (залежно від району респонденток), %

	безкоштовно	менше 100 грн	від 100 до 200 грн	більше 200 грн	не проходжу гінекологічні огляди
м. Суми	26,9	37,1	6	18,4	11,7
Сумський район	25	16,7	7,5	28,3	22,5
Конотопський район	37,6	9,7	21,5	23,7	7,5
Охтирський район	28,6	19,6	7,1	33,9	10,7
Роменський район	34	9,4	11,3	35,8	9,4
Шосткинський район	29,8	7	15,8	36,8	10,5

Цікаво, що більша доступність безкоштовних консультацій в містах (34,6%), а у селах частіше жінки витрачають на консультацію від 100 до 200 грн (14,3%).

Таблиця 15.28

Скільки коштів Вам необхідно, щоб отримати консультацію гінеколога? (залежно від місця проживання респонденток), %

	безкоштовно	менше 100 грн	від 100 до 200 грн	більше 200 грн	не проходжу гінекологічні огляди
у селі	24,7	20,8	14,3	23,4	16,9
у селищі	30,4	25	10,7	17,9	16,1
у місті, але не обласному центрі	34,6	13,6	10,3	30,2	11,3
в обласному центрі	22,8	36,4	7,5	21,1	12,3

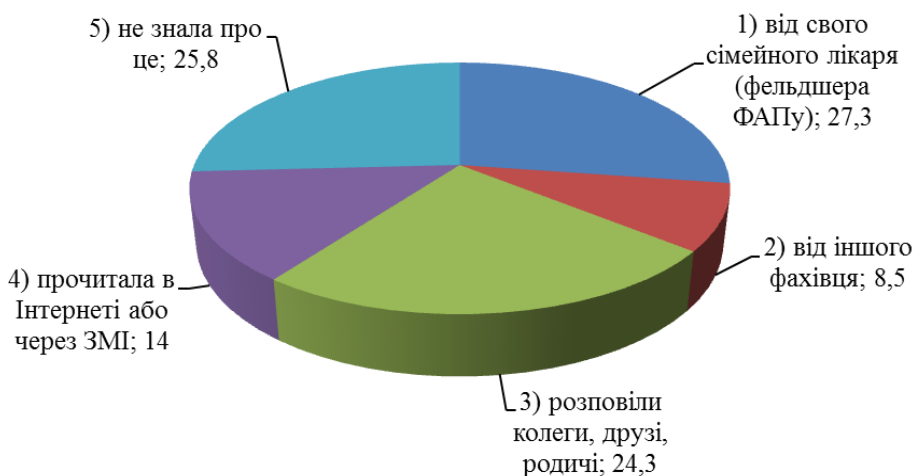
Проведене опитування підтверджує і наявність певного інформаційного вакууму, адже не всі опитані знають про існування базових безкоштовних послуг. Так, для четвертої частини респонденток це стало новиною. Проте більшість опитаних жінок зазначили, що їм відомо, що консультація у гінеколога входить до пакета безкоштовних медичних послуг (66,9%).

Діаграма 16. Чи відомо Вам, що консультація у гінеколога входить до пакета безкоштовних медичних послуг?, %



Шляхи інформування жінок про можливості безкоштовного проходження профілактичних оглядів також є різними. Так, лише третина жінок, що взяли участь в опитуванні, дізналися про безкоштовну консультацію у гінеколога від свого сімейного лікаря, 8,5% – від іншого фахівця. Ще 24,3% респонденток про це розповіли колеги, друзі та родичі, ще 14% прочитали в Інтернеті або дізналися через засоби масової інформації.

Діаграма 17. Як Ви дізнались про безкоштовну консультацію у гінеколога?, %



Як бачимо з попередніх результатів дослідження, від 12 до 16% опитаних жінок не проходять гінекологічні огляди та не відвідують гінеколога з профілактичною метою. У наступному запитанні ми спробуємо з'ясувати причини

цього явища. Більшість жінок (70,5%) відповіли, що проходять гінекологічні огляди, тому в аналізі за 100% брали тих, хто не проходить огляди з певних причин.

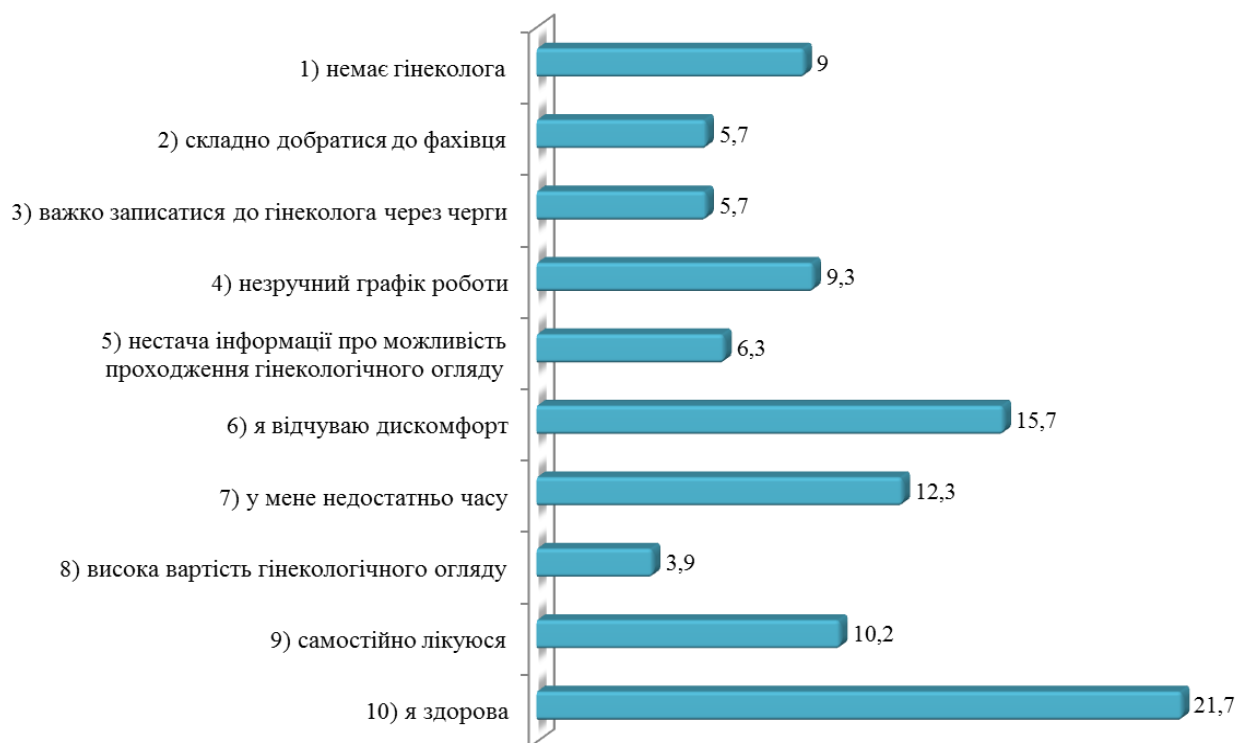
Більшість з тих, хто не відвідує гінеколога, як причину зазначають, що вони здорові (21,7%), хоча це й не пояснює, чому ці жінки не займаються профілактикою захворювань. Ще **15,7% відчують дискомфорт, 10,2% – лікуються самостійно**. Усі ж інші варіанти відповіді показують, що причини невідвідування гінеколога не завжди залежать від самих жінок: не мають на це часу, складно дістатися чи навіть записатися, незручний графік або висока вартість послуг (діаграма 18).

Розглянемо це питання окремо за всіма розподілами. Жінки молодшого віку частіше проходять гінекологічні огляди, а от **жінки віком 30–49 років частіше за інших не мають вільного часу і скаржаться на незручний графік**. Респондентки віком 50–64 роки частіше зазначають позицію «нестача інформації про можливість проходження гінекологічного огляду». А ті, хто старше 65 років, або лікуються самі, або ж вважають себе здоровими (табл. 18а).

Жінки з міста Суми (табл. 18б) частіше за інших опитаних не мають гінеколога (21,8%) або їм важко записатися до гінеколога через черги (14,9%). Респондентки з Сумського району відчують дискомфорт під час гінекологічних оглядів (31,4%), а тому лікуються самостійно (23,5%).

Найчастіше саме жінки з сіл скаржаться на дискомфорт та незручність добиратися (по 28,6%), а також на високу вартість такого огляду. У жителів обласного центру недостатньо часу та труднощі з записом через великі черги (табл. 18в).

Діаграма 18. Зазначте, з якої причини Ви не проходите гінекологічні огляди, %



Лікарі-гінекологи також підтверджують вищенаведені результати і вважають, що визначальна причина не матеріальна, а саме низька поінформованість жінок щодо необхідності проходження оглядів і можливостей отримання медичної допомоги на первинному рівні: «Відсутність інформації щодо статистики поширеності захворювання, профілактики, вакцинації, відсутність просвітницької роботи».

Також фахівці відзначають, що жінки бояться почути «страшний діагноз», бо потрібно потім проходити лікування у спеціалізованих медичних закладах, а це – дорого. Отже, матеріальний фактор теж наявний. Серед інших причин – відсутність постійного місця працевлаштування (жінки репродуктивного віку з районів виїжджають на роботу за кордон і там не мають змоги проходити профілактичні огляди), незручний графік роботи лікарів-гінекологів, складнощі із транспортним сполученням і просте небажання проходити профілактичні огляди.

Таблиця 5.29

**Зазначте, з якої причини Ви не проходите гінекологічні огляди
(залежної від віку респонденток), %**

	18-29 р	30-49 р	50-64 р	65 р. і старше
немає гінеколога	12,8	14,7	13,6	13,1
складно добратися до фахівця	10,3	4	11,4	11,5
важко записатися до гінеколога через черги	10,3	4	6,8	14,8
незручний графік роботи	20,5	18,7	15,9	3,3
нестача інформації про можливість проходження гінекологічного огляду	10,3	2,7	15,9	13,1
я відчуваю дискомфорт	23,1	21,3	18,2	31,1
у мене недостатньо часу	15,4	26,7	18,2	11,5
висока вартість гінекологічного огляду	10,3	5,3	6,8	3,3
самостійно лікуюся	5,1	10,7	11,4	31,1
я здорова	43,6	25,3	36,4	32,8

Таблиця 5.30

**Зазначте, з якої причини Ви не проходите гінекологічні огляди
(залежно від району респонденток), %**

	м. Суми	Сумський район	Конотопський район	Охтирський район	Роменський район	Шосткинський район
немає гінеколога	21,8	13,7	6,1	5,3	14,3	0
складно добратися до фахівця	3,4	9,8	24,2	0	14,3	9,1
важко записатися до гінеколога через черги	14,9	3,9	6,1	0	0	9,1
незручний графік роботи	10,3	11,8	21,2	10,5	14,3	27,3
нестача інформації про можливість проходження гінекологічного огляду	18,4	0	3	15,8	14,3	0
я відчуваю дискомфорт	25,3	31,4	9,1	31,6	28,6	13,6
у мене недостатньо часу	21,8	17,6	12,1	15,8	28,6	18,2
висока вартість гінекологічного огляду	3,4	9,8	3	0	0	18,2
самостійно лікуюся	16,1	23,5	9,1	10,5	28,6	4,5
я здорова	31	41,2	21,2	36,8	57,1	27,3

Таблиця 5.31

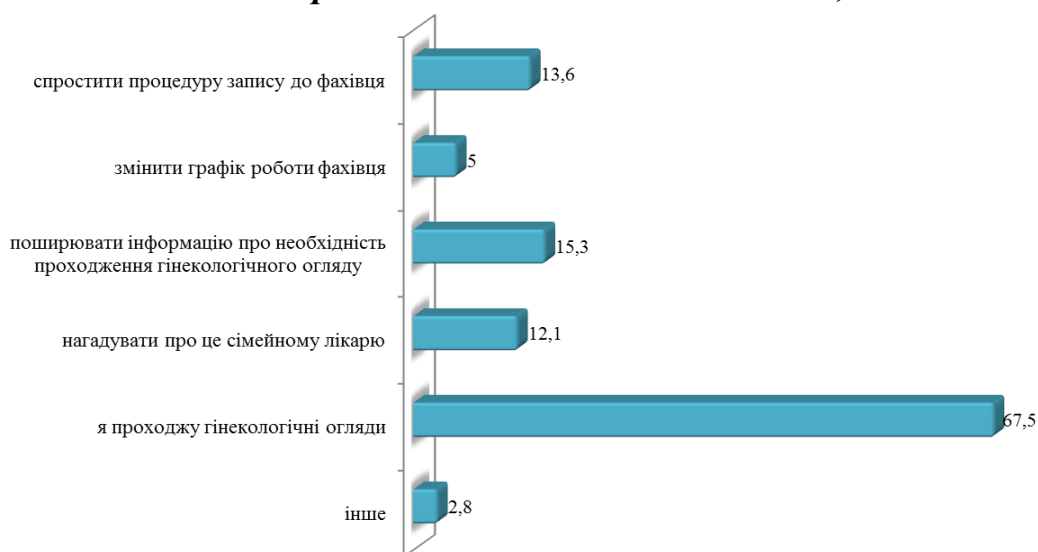
**Зазначте, з якої причини Ви не проходитье гінекологічні огляди
(залежно від місця проживання респонденток), %**

	у селі	у селищі	у місті, але не обласному центрі	в обласному центрі
немає гінеколога	3,6	6,7	12	21,1
складно добратися до фахівця	28,6	20	6	2,6
важко записатися до гінеколога через черги	0	6,7	5	17,1
незручний графік роботи	17,9	13,3	16	10,5
нестача інформації про можливість проходження гінекологічного огляду	3,6	6,7	3	21,1
я відчуваю дискомфорт	28,6	40	16	28,9
у мене недостатньо часу	17,9	13,3	17	22,4
висока вартість гінекологічного огляду	7,1	6,7	7	3,9
самостійно лікуюся	10,7	26,7	17	13,2
я здорова	25	26,7	43	23,7

На запитання «Що, на Вашу думку, потрібно змінити, щоб Ви почали системно проходити гінекологічні огляди?» респондентки, що не проходять гінекологічні огляди, вибрали 4 основні позиції: **15,3% – поширювати інформацію (цей пункт частіше вибирають жінки віком до 30 років)**, **13,6% – спростити процедуру запису до фахівця**, **12,1% – щоб нагадував про це сімейний лікар (популярний варіант серед жінок віком старше 65 років)** та **5% – змінити графік роботи фахівця** (діаграма 19). Вибравши варіант відповіді «інше», опитані жінки зазначали такі пропозиції: «розширити перелік безкоштовних аналізів», «зменшити ціни», «не бачу сенсу в моєму віці», «фахівці повинні виїжджати у села», «свідомо ставитися до свого здоров'я».

Для жінок із селищ вкрай важливо змінити графік роботи фахівця (табл. 5.33), а для респонденток із невеликих міст – спростити процедуру запису. Для опитаних жінок з обласного центру – важливо отримувати більше інформації про необхідність проходження огляду і нагадувати про це сімейному лікарю.

Діаграма 19. Що, на Вашу думку, потрібно змінити, щоб Ви почали системно проходити гінекологічні огляди?, %



Експерти в галузі охорони здоров'я теж вважають, що необхідно збільшити поінформованість населення, зокрема щодо вакцинації проти раку шийки матки.

Також необхідно змінити графік роботи лікаря-гінеколога, сімейного лікаря або/та виділити години роботи саме для спілкування з жінками з питань профілактики онкогінекології. Більшість фахівців вважають, що лікарі повинні йти у маси з питаннями профілактики, а не чекати поки жінка прийде на прийом. Крім того, необхідно залучати місцеве, районне радіо, телебачення, інтернет-ресурси, ходити на виробництво, залучати страхову медицину, якщо вже будуть оплачені ці послуги, то буде стимул ходити, - так вважає лікар із м. Суми.

Таблиця 5.32

Що, на Вашу думку, потрібно змінити, щоб Ви почали системно проходити гінекологічні огляди? (залежно від віку респонденток), %

	18-29 р	30-49 р	50-64 р	65 р. і старше
спростити процедуру запису до фахівця	9	15,7	13,2	16,8
змінити графік роботи фахівця	6,7	3,5	2,9	7,6
поширювати інформацію про необхідність проходження гінекологічного огляду	17,4	14,4	13,2	16
нагадувати про це сімейному лікарю	11,2	9,6	11,8	18,5
я проходжу гінекологічні огляди	77,5	65,9	73,5	48,7
інше	0,6	2,1	2,2	7,5

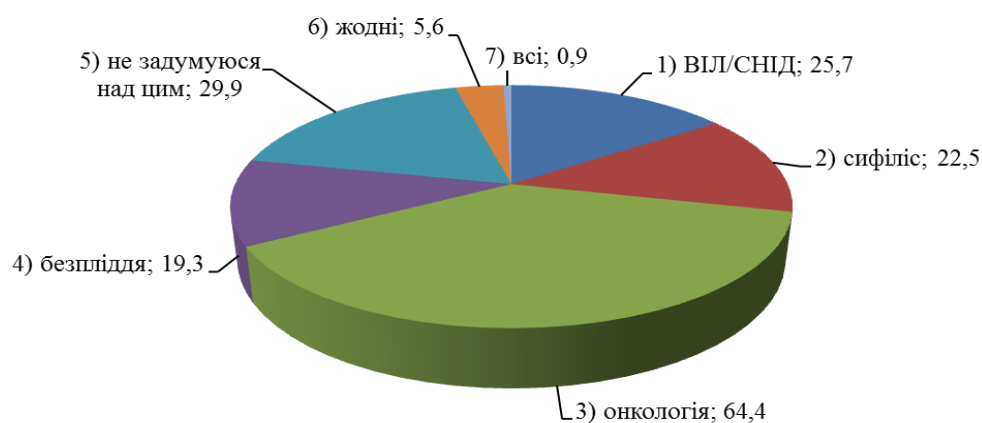
Таблиця 5.33

Що, на Вашу думку, потрібно змінити, щоб Ви почали системно проходити гінекологічні огляди? (залежно від місця проживання), %

	у селі	у селищі	у місті, але не обласному центрі	в обласному центрі
спростити процедуру запису до фахівця	13	5,4	15,3	13,6
змінити графік роботи фахівця	6,5	10,7	3,7	4,8
поширювати інформацію про необхідність проходження гінекологічного огляду	15,6	8,9	13,6	18,9
нагадувати про це сімейному лікарю	7,8	7,1	11	16,2
я проходжу гінекологічні огляди	59,7	71,4	68,4	68
інше	5,2	3,6	2,6	1,6

Майже третина опитаних не задумуються над небезпечністю гінекологічних захворювань. Більшість вважають небезпечними для себе онкологію (64,4%), ще 25,7% – ВІЛ/ СНІД, 22,5% – сифіліс та 19,3% – безпліддя (діаграма 20).

Діаграма 20. Які гінекологічні захворювання Ви оцінюєте як небезпечні для себе особисто?, %



Цікаво, що саме молоді жінки найбільше переймаються власним здоров'ям і частіше вважають небезпечними для себе майже всі перелічені варіанти (табл. 5.34). Для жінок віком 30–49 років найбільша загроза, на їх думку, онкологія (72,1%). Жінки похилого віку не задумуються над цим питанням (35,3%) або зазначають, що жодне з захворювань для них не є небезпечним (10,9%).

Таблиця 5.34
Які гінекологічні захворювання Ви оцінюєте як небезпечні для себе особисто? (залежно від віку респонденток), %

Вік	ВІЛ/СНІД	сифіліс	онкологія	безпліддя	не задумуюся над цим	жодні	всі
18-29 р.	42,1	37,6	60,1	47,2	33,7	2,2	1,1
30-49 р.	27,1	24,5	72,1	16,6	23,6	4,4	1,7
50-64 р.	16,2	12,5	61,8	4,4	30,9	7,4	0
65 р. і старше	9,2	7,6	58,8	0	35,3	10,9	0

Якщо ж розглядати це питання з огляду на склад сім'ї респонденток, то маємо такі результати: найбільше занепокоєння гінекологічні захворювання викликають у жінок, які живуть з батьками (38,4% – ВІЛ, 35,6% – сифіліс), у жінок, які живуть з дитиною і батьками (100% вибрали варіант «онкологія»).

Таблиця 5.35
Які гінекологічні захворювання Ви оцінюєте небезпечними для себе особисто? (залежно від складу сім'ї респонденток), %

	ВІЛ/СНІД	сифіліс	онкологія	безпліддя	не задумуюся над цим	жодні	всі
живу одна	27,2	25	56,5	15,2	34,8	7,6	0
живу з чоловіком	20	16,2	65,9	18,4	29,7	4,3	0
живу з дітьми	24	22,7	69,3	8	25,3	9,3	0
живу з чоловіком і дітьми	26,1	22,6	67,9	15,8	26,5	6	0,9
живу з батьками	38,4	35,6	52,1	49,3	41,1	1,4	5,5
живу з дитиною і батьками	33,3	0	100	33,3	0	0	0

Визнаючи, що не всі жінки розуміють ризики та важливість проходження профілактичних оглядів, експерти зазначають, що є необхідність в інформації, яка б подавалася зрозумілою для населення мовою. Найбільш доступний канал її подачі – це інтернет-мережі, у районах – місцеве радіо і телебачення, проведення бесід із підлітками щодо культури сексуального життя, з батьками щодо вакцинації дітей проти вірусу папіломи людини. Окрему увагу проходженню оглядів необхідно приділяти сімейним лікарям, скеровуючи пацієнток, робити розсилки-нагадування на мобільний телефон про профогляд.

Для профілактики онкогінекології 73,4% готові щорічно проходити огляд в гінекологічному кріслі, 52,7% опитаних – один раз на три роки цитологічне дослідження, 23% – проводити скринінг раку шийки матки, 11% – вакцинуватися (діаграма 21).

Діаграма 21. До яких кроків Ви готові вдатися для профілактики онкогінекології?, %



Таблиця 5.36

До яких кроків Ви готові вдатися для профілактики онкогінекології? (залежно від віку респонденток), %

вік	щорічно проходити огляд у гінекологічному кріслі	один раз на три роки проходити цитологічне дослідження (здавати мазок на онкологію)	Вакцинуватися	проводити скринінг раку шийки матки
18-29 р.	84,8	46,6	10,7	26,4
30-49 р.	78,2	50,7	10,5	24
50-64 р.	66,2	60,3	8,1	16,9
65 р. і старше	55,5	57,1	16	22,7

Старше покоління менше за інших налаштоване на профілактику онкогінекології. Так, жінки віком від 50 до 64 років частіше зазначають, що готові проходити цитологічне дослідження (60,3%), молодь – щорічно проходити гінекологічний огляд (табл. 5.36).

Більшість жінок Роменського району (табл. 5.37) готові раз на рік проходити огляд у гінекологічному кріслі (90,6%) та вакцинуватися (43,3%). Жительки міста Суми частіше говорять про готовність здавати мазок на онкологію (64,7%).

Таблиця 5.37

До яких кроків Ви готові вдатися для профілактики онкогінекології? (залежно від району респонденток, %)

Район	щорічно проходити огляд у гінекологічному кріслі	один раз на три роки проходити цитологічне дослідження (здавати мазок на онкологію)	вакцинуватися	проводити скринінг раку шийки матки
м. Суми	73,5	64,7	8,1	23,3
Сумський район	56,7	55,8	11,7	29,2
Конотопський район	78,5	34,4	2,2	19,4
Охтирський район	83,9	28,6	8,9	21,4
Роменський район	90,6	60,4	43,4	22,6
Шосткинський район	73,7	33,3	10,5	15,8

Сільська ланка надання первинної медичної допомоги постраждала, оскільки до перелічених вище проблем додається час і кошти на те, щоб доїхати до лікаря»,

– *вказує один із лікарів. Необхідно виділити час сімейним лікарям і лікарям-гінекологам на проведення просвітницької роботи (1 день на місяць або години впродовж тижня): «За просвітницьку роботу грошей не платять і в офіційні обов'язки вона не входить (йдеться про проведення лекцій, як раніше). Зараз навантаження на сімейних лікарів завелике, і ця частина роботи просто не виконується, бо фізично її неможливо охопити».*

Більшість опитаних жінок **не мають стереотипів щодо онкогінекології** і погодилися із твердженнями, що «кожна жінка може захворіти на рак шийки матки» (40,8%), «рак шийки матки поширений і є основною причиною смертності серед усіх злоякісних пухлин серед жінок в Україні» (26,4%) та «рак шийки матки не може передаватися від однієї людини до іншої» (25,5%).

Проте **підтверджують власну неготовність здійснювати діагностику захворювання**, оскільки не підтримали відповіді з цього питання. Більшість опитаних не згодні з твердженням: «обстеження на рак шийки матки не є дорогим» – 4,5%, «я не бачу причин проводити скринінг раку (діагностика) шийки матки» – 8,8%, «скринінг (діагностика) шийки матки не завдає шкоди пацієнту» – 9,7% (діаграма 22).

Діаграма 22. Виберіть твердження, з якими Ви погоджуєтесь, %



З табл. 5.38 бачимо, що 21,8% опитаних жінок старше 65 років бояться поганих результатів, а 16,8% не знають, до кого звернутися за консультацією щодо скринінгу раку шийки матки. 18,5% молоді бояться самої процедури проведення скринінгу раку шийки матки.

З розподілу за місцем проживання опитаних жінок, бачимо, що жителі міст є більш поінформованими, у них відсутні стереотипи з більшості позицій, а також

серед них найменший відсоток тих, хто не погодився з жодним твердженням (табл. 5.39).

Таблиця 5.38

Виберіть твердження, з якими Ви погоджуєтесь (залежно від віку респонденток), %

	18-29 р	30-49 р	50-64 р	65 р. і старше
я не бачу причин проводити скринінг раку (діагностика) шийки матки	7,3	7,9	9,6	11,8
я боюсь процедури проведення скринінгу раку (діагностика) шийки матки	18,5	15,7	6,6	14,3
я боюсь поганих результатів, краще їх не знати	9,6	10,5	8,1	21,8
я не знаю, до кого звернутися за консультацією щодо скринінгу раку (діагностика) шийки матки	14	11,8	10,3	16,8
рак шийки матки поширений і є основною причиною смертності серед усіх злоякісних пухлин серед жінок	27	27,9	25,7	23,5
будь-яка жінка може захворіти на рак шийки матки	42,1	48	41,2	24,4
рак шийки матки не може передаватися від однієї людини до іншої	28,7	29,7	22,1	16,8
скринінг (діагностика) допомагає у профілактиці раку шийки матки	17,4	19,2	16,2	12,6
скринінг (діагностика) шийки матки не завдає шкоди пацієнту	11,2	9,6	7,4	10,1
обстеження на рак шийки матки не є дорогим	2,8	5,7	5,1	4,2
якщо скринінг безкоштовний і не завдає шкоди, ви проведете скринінг раку шийки матки	14,6	7,9	16,9	13,4
не погоджуюсь із жодним	9,6	9,2	9,6	16,8

Таблиця 5.39

Зазначте твердження з якими Ви погоджуєтесь (залежно від місця проживання респонденток), %

	у селі	в селищі	у місті, але не обласному центрі	в обласному центрі
я не бачу причин проводити скринінг раку (діагностика) шийки матки	14,3	30,4	6,3	4,8
я боюсь процедури проведення скринінгу раку (діагностика) шийки матки	6,5	5,4	15,6	17,5
я боюсь поганих результатів, краще їх не знати	20,8	8,9	14	6,6
я не знаю до кого звернутися за консультацією щодо скринінгу раку (діагностика) шийки матки	10,4	21,4	12,6	12,3
рак шийки матки поширений і є основною причиною смертності серед усіх злоякісних пухлин серед жінок	15,6	17,9	26,6	32
будь-яка жінка може захворіти на рак шийки матки	40,3	23,2	38,5	48,2
рак шийки матки не може передаватися від однієї людини до іншої	13	12,5	27,6	30,3
скринінг (діагностика) допомагає у профілактиці раку шийки матки	16,9	12,5	18,6	15,8
скринінг (діагностика) шийки матки не завдає шкоди пацієнту	7,8	7,1	9	11,8
обстеження на рак шийки матки не є дорогим	2,6	5,4	4,7	4,8
якщо скринінг безкоштовний і не заподіює шкоди, ви проведете скринінг раку шийки матки	15,6	5,4	9,3	17,5
не погоджуюся із жодним	13	12,5	15,6	3,1

Експерти зазначають про наявність на рівні ТГ певних програм із охорони здоров'я: «Клініка дружня до молоді», «Репродуктивне здоров'я жінки», «Скринінг патології шийки матки», але їм не відома інформація щодо фінансування і виконання цих програм у Сумській області.

ВИСНОВКИ

Динаміка показників онкогінекологічних захворювань за останні 5 років свідчить про зменшення профілактичних оглядів жінок, що негативно впливає як на зростання випадків дорічної летальності, так і занедбаності випадків. Спостерігається зростання темпів приросту випадків дорічної летальності та занедбаності щодо раку шийки матки, а також занедбаності щодо захворюваності на рак яєчників.

«Гендерний аналіз плюс» дозволив виявити нижчі показники захворюваності, смертності від онкогінекологічних захворювань у м. Суми порівняно із районами області, що свідчить про **нижчий рівень доступності медичних послуг у сільській місцевості**.

У нормативно-правових актах у галузі охорони здоров'я як обласного рівня, так і на рівні ТГ згадуються питання профілактики, хоча відбувається це в дуже обмеженому обсязі на рівні загальних положень. Зазначені заходи здебільшого спрямовані на вирішення інфраструктурних аспектів проблеми онкології, при цьому відсутні вимірювані показники результативності профілактики, зокрема з онкогінекології. Також відсутні вимірювані гендерно чутливі показники, а однакові шанси для всіх соціально-економічних груп застосовувались в контексті лише 4 зазначених груп – ЛЖВ, ВІЛ, ТБ, наркозалежні особи. Крім того, гендерні аспекти жодним чином не були пов'язані з онкологічною проблематикою.

Кожна друга жінка (54,2%) відвідує гінеколога з профілактичною метою (за відсутності ознак хвороби) і стільки ж (53,3%) мають гінеколога, якому довіряють. Лише 60% опитаних жінок регулярно проходять профілактичні гінекологічні огляди. Більшість опитаних бувають на прийомах у гінеколога один раз на рік (46,8%). Двічі на рік звертаються за консультацією 13,4% опитаних, приблизно такий самий відсоток жінок відвідують фахівця один раз на два роки, тоді як 13,6% взагалі не проходять профогляди. Чим старша жінка, тим рідше вона звертається до спеціалістів або ж взагалі не відвідує консультацій. Рідше бувають на профоглядах або взагалі їх не проходять жінки з сіл та селищ.

Професійність та уважність є головними чинниками при виборі гінеколога, проте майже кожна п'ята жінка змушена вибирати гінеколога, керуючись близькістю до місця проживання. Близькість до місця проживання більш важлива для мешканок сіл та селищ (22–23% опитаних). Також для них важливі безкоштовність консультації (12,5%) та швидкість під час запису на прийом (8,9%).

Більшість респонденток проходять гінекологічні огляди з власної ініціативи (60,7%) і лише 13% – за направленням сімейного лікаря. Жінки із доходом більше 12 000 грн частіше звертаються до гінеколога з власної ініціативи (68,3%), тоді як жінки з доходом до 5000 грн переважають серед тих, хто не проходить медичні огляди (19,6%).

Жінки, що проживають у селі, частіше звертаються за усною консультацією і не проходять огляд у гінекологічному кріслі. Також рівень доходу жінок прямо пов'язаний з кількістю процедур, які вони проходять під час гінекологічних оглядів.

Щодо супутніх витрат, то жительки сіл витрачають більше грошей та часу на дорогу (від 20 до 50 грн, а також близько 2 годин), аби потрапити на прийом до гінеколога, і майже не мають безкоштовної альтернативи. Також найбільше коштів на проїзд витрачають жінки з Охтирського району (37,5%), адже вони частіше їздять до гінеколога в інший населений пункт.

Лише третина опитаних (29%) відвідують гінеколога безкоштовно, тоді як кожна четверта жінка (25,2%) витрачає на консультацію понад 200 грн. Про найдорожчі візити до гінеколога говорять жінки з Шосткинського району (26,8% вибрали варіант відповіді «більше 200 грн»), менше 100 грн за консультацію найчастіше платять в м. Суми (37,1%). Більша доступність безкоштовних консультацій в містах (34,6%), а в селах частіше жінки витрачають на консультацію від 100 до 200 грн (14,3%). При цьому 25% не знають про існування базових безкоштовних послуг щодо консультації у гінеколога.

Ключовою причиною невідвідування гінеколога є відчуття дискомфорту. Також жінки зазначають, що вони не мають на це часу, їм складно дістатися чи навіть записатися, для них незручним є графік прийому або зависока вартість послуги. При цьому 10,2% опитаних лікуються самостійно. Жінки у віці 30–49 рр. частіше зазначають, що не мають вільного часу і скаржаться на незручний графік; у віці 50–64 рр. жінкам не вистачає інформації про можливість проходження гінекологічного огляду. Жінкам з міста Суми важко записатися до гінеколога через черги. А жінки з сіл скаржаться на дискомфорт та на те, що їм важко добиратися, а також на високу вартість такого огляду.

Бар'єри, що заважають звертатись за профілактичними гінекологічними оглядами

 <p>Міські жінки</p>	 <p>Сільські жінки</p>
--	--

ПРАВОВІ БАР'ЄРИ

- в нормативно-правових актах у галузі охорони здоров'я обласного рівня та на рівні ТГ бракує уваги до проблем онкогінекологічного характеру;
- профілактичні огляди не є обов'язковими;

ФІЗИЧНІ / ОРГАНІЗАЦІЙНІ БАР'ЄРИ

- відсутність системи організованих за місцем роботи планових регулярних профілактичних оглядів;
- черги на запис для базової безкоштовної консультації/огляду;
 - незручний графік роботи гінеколога;
 - обмеження, пов'язані з пандемією COVID-19
- регламентований час (до 15 хв.) на проведення огляду і консультацію пацієнтки

- слабший зв'язок із сімейним лікарем;

- відсутність (віддаленість від місця проживання) гінеколога, засобів діагностики та лікування;
- відсутність гінекологічного крісла, можливостей проходження лабораторних та цитологічного досліджень;
- більше часових витрат на дорогу;
- обмеження в користуванні онлайн запису до гінеколога;



Міські жінки



Сільські жінки

ЕКОНОМІЧНІ БАР'ЄРИ

- обмеженість в отриманні комплексу профілактичних послуг (в т.ч. вакцинації, лабораторних досліджень) через низький рівень доходів жінок

- наявність супутніх витрат, а також нижчий рівень поінформованості стосовно безкоштовності послуги, що призводить до здорожчання профогляду;

ІНФОРМАЦІЙНІ БАР'ЄРИ

- низька поінформованість щодо захворюваності та її профілактики, вакцинації дівчат проти раку шийки матки;
- низький рівень просвітницької роботи серед жіночого населення щодо профілактики захворювань;

- нижча поінформованість щодо прав та можливостей проходження профілактичних заходів та отримання медичних послуг;

СОЦІОКУЛЬТУРНІ БАР'ЄРИ

- відчуття дискомфорту, незручності;
- соціальні ролі (сімейні обов'язки);
- недовіра до лікарів;
- практика самолікування;
- низький рівень культури профілактики захворювань;
- страх перед можливим виявленим діагнозом;

- відсутність гінеколога якому довіряють (51,3%);
- нижчий рівень культури профілактики захворювань;
- більша завантаженість домашніми обов'язками

Дорожня карта з профілактики онкологічних гінекологічних захворювань у Сумській області

Ураховуючи високий рівень смертності жінок від онкологічних хвороб, важливою є реалізація комплексного підходу до заходів, пов'язаних із профілактикою, ранньою діагностикою та лікуванням раку в Сумській області. При цьому питання профілактики та ранньої діагностики, які можуть бути реалізовані на місцевому рівні (ближче до місця проживання жінок), зазвичай рідше і меншою мірою вирішуються в невеликих малоспроможних громадах, ніж у великих містах.

Вирішення проблеми має здійснюватися у двох напрямках: **соціальному**, тобто через підвищення культури профілактики онкогінекологічних захворювань, та **медичному** – через розбудову системи діагностики захворювань з одночасним подоланням бар'єрів (насамперед фізичних/організаційних) у доступі до наявних медичних послуг.

Соціальний напрямок має передбачати залучення до вирішення проблеми всіх відповідальних сторін, зокрема: керівництво територіальної громади (голова громади, старости, депутатські комісії та депутатські корпуси загалом), усі відділи виконавчого комітету (особливо – відділ освіти, відділ культури, відділ, відповідальний за роботу з молоддю, відділ з охорони здоров'я), працедавці, що працюють на території, постачальники дотичних комунальних послуг, громадські організації, профспілки, ЗМІ. Уся діяльність має відбуватись з урахуванням вікових особливостей жінок та контексту міської і сільської місцевості, а спільні зусилля мають бути спрямовані на:

- запобігання гендерним стереотипам, що стають бар'єрами для жінок у питаннях збереження здоров'я;
- забезпечення в громадах послуг, які сприяють рівному розподілу домашніх обов'язків, догляду за залежними членами сім'ї, гідній праці, економічній спроможності, мобільності та безпеці жінок;
- інформування жінок щодо факторів ризику виникнення злоякісних новоутворень, необхідності проходження профілактичних медичних оглядів із залученням до здорового способу життя;
- сприяння просвітницьким та освітнім заходам у необхідності проходження профілактичних медичних оглядів;
- інформування жінок вікової групи 30–59 років щодо необхідності проходження вакцинації дівчат проти вірусу папіломи людини для запобігання раку шийки матки;
- вивчення доцільності розроблення окремих програмних документів обласного/місцевого рівнів щодо профілактики онкологічної гінекологічної патології;
- на рівні дотичних програмних документів місцевого рівня – внесення питання профілактики онкогінекологічної патології поряд із профілактикою інших нозологій;
- інтеграція гендерного аспекту до нормативно-правових актів обласного і місцевого рівнів у сфері охорони здоров'я, що, зокрема, підвищить їх адресність через чітке зазначення цільових груп та їх гендерних ознак (зокрема, стать, вік, географія (міська/сільська місцевість), та має стосуватись як отримувачів, так і

надавачів послуг. Результативні показники програм мають бути гендерно чутливими. Важливою особливістю інтеграції гендерних аспектів у досліджуваній проблематиці є окрема увага до онкологічної гінекологічної патології, оскільки остання стосується лише жінок;

- при формуванні нової редакції Регіональної угоди між Стороною органів влади Сумської області, Спільним представницьким органом Сторони профспілок Сумської області та Спільним представницьким органом Сторони роботодавців на території Сумської області на наступний період вважати доцільним внесення позицій щодо підтримки Стороною роботодавців практики обов'язкових онкогінекологічних профглядів працівниць/-ків;

- у рамках моніторингу виконання Регіональної угоди між Стороною органів влади Сумської області, Спільним представницьким органом Сторони профспілок Сумської області та Спільним представницьким органом Сторони роботодавців на території Сумської області на 2020–2025 роки передбачити аналіз стану виконання програм (Обласної програми підтримки системи громадського здоров'я в Сумській області на 2020–2021 роки; Обласної Програми перспективного розвитку закладів охорони здоров'я третинного рівня Сумської області на 2017–2021 роки) у частині посилення профілактичної складової, орієнтованої на своєчасне виявлення онкогінекологічних патологій.

Медичний напрямок:

- доповнення наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 "Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги", а саме Додатку 1 «Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги», пункту 8 «Проведення профілактичних втручань», критерієм ефективного надання ПМД: обов'язковості профілактичного цитологічного гінекологічного обстеження для жінок 1 раз на рік;

- застосування даних канцер-реєстру для розроблення місцевих цільових програм у сфері громадського здоров'я;

- удосконалення графіка роботи медичних закладів та гінекологів;

- сприяння ранній діагностиці онкозахворювань шляхом посилення комунікації для впровадження заходів первинної профілактики, спрямованих на попередження злоякісних новоутворень, у державних та комунальних закладах, що надають первинну медичну допомогу.

- забезпечення сталого та рівного доступу для жінок із сільської місцевості до мережі закладів для діагностики та лікування онкозахворювань;

- підвищення рівня професійної освіти сімейних лікарів щодо ранньої діагностики онкогінекологічних захворювань, а також гінекологів щодо конструктивної комунікації із пацієнткою;

- залучення коштів місцевого бюджету на вакцинацію проти вірусу папіломи людини для запобігання раку шийки матки (у жінок вікової групи 30–59 років);

- забезпечення фінансування виїзної бригади вузьких фахівців (із багатопрофільного медичного закладу), а також створення умов для проведення профілактичних оглядів, зокрема гінекологічного, у ТГ. За організаційні питання покласти відповідальність на сімейних лікарів.

Рекомендованим є використання щорічного **фінансового нормативу надання профілактичної онкогінекологічної допомоги (НПОД)** на рівні територіальної громади.

Фінансовий норматив надання профілактичної онкогінекологічної допомоги охоплює чотири складові витрат:

- 1) вакцинування, вартість вакцинації жінок до 18 років;
- 2) профілактичні огляди;
- 3) транспортні витрати;
- 4) інформаційна компанія щодо необхідності профілактики стану здоров'я жінок.

Фінансовий норматив надання профілактичної онкогінекологічної допомоги розроблений у двох варіантах:

- 1) заробітна плата медичних працівників вноситься в норматив;
- 2) заробітна плата нараховується у рамках основної зайнятості медичних працівників.

Фінансовий норматив надання профілактичної онкогінекологічної допомоги, **заробітна плата медичних працівників вноситься в норматив:**

НПОД=(вартість вакцини*кількість жінок 14–18 рр.)+(середня вартість гінекологічного профогляду*кількість жінок (15+))+транспортні витрати (гінекологічний мобіль) + вартість інформаційної кампанії

а) вартість вакцини –

б) середня вартість гінекологічного 1 профогляду на жовтень 2021 року:

- ціна гінекологічного пакету –

- ціна цитологічного скринінгу –

- заробітна плата акушера/гінеколога –

- накладні витрати (електроенергія, миючі засоби та ін.) – 3–5%.

в) транспортні витрати (гінекологічний мобіль) =вартість 1км/год*кількість км+оренда

г) вартість інформаційної кампанії = \sum (кількість певного виду меседжів на рік*вартість певного виду меседжу)

Фінансовий норматив надання профілактичної онкогінекологічної допомоги, **заробітна плата нараховується у рамках основної зайнятості медичних працівників:**

НПОД=вартість вакцини*кількість жінок 14-18 рр+транспортні витрати (гінекологічний мобіль) + вартість інформаційної кампанії

ДОДАТКИ

Додаток А

Перелік нормативно-правових актів, що взяті до аналізу

1. Пояснювальна записка про хід виконання комплексної Програми Сумської міської об'єднаної територіальної громади «Охорона здоров'я» на 2020–2022 роки», затвердженої рішенням Сумської міської ради від 21 жовтня 2020 № 7548 - МР (зі змінами), за підсумками 2020 року.
2. Рішення Білопільської міської ради Сумської області від 29.11.2020 №493 «Про програму місцевих стимулів для медичних працівників на 2020–2022 роки».
3. Рішення Глухівської міської ради Сумської області від 25.03.2021 №170 «Про затвердження Міської програми залучення молодих лікарів на роботу до міста Глухова та забезпечення їх службовим житлом на 2018–2022 роки у новій редакції».
4. Рішення Глухівської міської ради Сумської області від 03.04.2020 №410 «Про Комплексну міську програму «Здоров'я глухівчан» на 2020–2024 роки».
5. Рішення Конотопської районної ради Сумської області від 21.12.2018 «Про затвердження Програми економічного і соціального розвитку Конотопського району на 2019 рік та наступні 2020–2021 програмні роки».
6. Довідка про виконання Програми економічного і соціального розвитку м. Конотопа за I півріччя 2020 року.
7. Рішення Краснопільської селищної ради Сумської області від 23.12.2020 №83 «Про затвердження Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги Краснопільської селищної ради на 2021–2023 роки».
8. Рішення Краснопільської селищної ради Сумської області від 29.07.2020 №1143 «Про затвердження Програми розвитку та фінансової підтримки комунального некомерційного підприємства «Краснопільська лікарня» Краснопільської селищної ради» на 2020–2021 роки».
9. Рішення Краснопільської селищної ради Сумської області від 20.01.2021 №129 «Про внесення змін до рішення 48 сесії 7 скликання від 29.07.2020 № 1143 «Про затвердження Програми розвитку та фінансової підтримки комунального некомерційного підприємства «Краснопільська лікарня» Краснопільської селищної ради» на 2020–2021 роки».
10. Розпорядження міського голови м. Охтирка від 11.06.2021 №159-ОД «Про проведення комплексного профілактичного медичного огляду осіб, на яких поширюється чинність Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» в 2021 році».
11. Рішення сесії Сумської обласної ради сьомого скликання від 07.07.2017 «Про Обласну програму перспективного розвитку закладів охорони здоров'я третинного рівня Сумської області на 2017–2021 роки». URL: http://sm.gov.ua/images/docs/programa/programma_med_2017-2021.pdf.
12. Рішення сесії Сумської обласної ради сьомого скликання від 25.10.2019 «Про Обласну програму підтримки системи громадського здоров'я в Сумській області на 2020–2021 роки». URL: <http://www.medycyna.sm.gov.ua/images/docs/2020/progr%20rozvytku/pidtr%20system%20grom%20zdor.pdf>.
13. Рішення Сумської міської ради від 21.10. 2020 року № 7548-МР «Про затвердження комплексної Програми Сумської міської об'єднаної територіальної громади «Охорона здоров'я» на 2020–2022 роки».
14. Рішення Шосткинської міської ради Сумської області від 05.02.2021 року «Про затвердження Програми соціально-економічного та культурного розвитку Шосткинської міської територіальної громади на 2021 рік».
15. Рішення Шосткинської міської ради Сумської області від 10.06.2021 року «Про внесення змін до міської комплексної програми «Охорона здоров'я на 2021–2024 роки».

Перелік слів-маркерів при аналізі програмних документів

- профілактика
- профілактичні огляди населення
- профілактичні (медичні) огляди попередні, періодичні, позачергові
- здійснення профілактичних заходів
- проведення санітарно-освітньої роботи серед пацієнтів щодо запобігання інфекціям
- раннє/завчасне виявлення
- принцип рівності
- село, сільський
- доступ
- вразливість
- територіально наближених до місць проживання громадян
- сприяння в вакцинації
- спеціалізована медична допомога
- безперервне відстеження стану здоров'я
- консультації щодо профілактики, діагностики
- організація відбору та спрямування хворих на консультацію та лікування до закладів охорони здоров'я та установ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу
- інформаційна та освітньо-роз'яснювальна робота
- скринінгові обстеження
- залучення до консультацій хворих висококваліфікованих спеціалістів
- захворюваність та смертність
- розширення видів надання послуг
- якісна медична допомога

Групи населення:

- жінка, чоловік
- особи із обмеженими фізичними можливостями
- маломобільне населення
- всі/різні/інші /пільгові окремі верстви/категорії населення
- особи з інвалідністю,
- діти з інвалідністю
- діти першого року життя/немовлята
- дитяче населення
- малозабезпечені сім'ї
- ВІЛ-інфіковані матері
- пацієнти на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань
- люди похилого віку
- пацієнти з важким перебігом основної патології та множинними супутніми захворюваннями
- пацієнти, що зазнають агресивних та інвазивних медичних втручань

21. Скільки часу займає дорога в обидва боки, щоб потрапити на консультацію до гінеколога?

- 1) менше 30 хв
- 2) від 30 до 50 хв
- 3) більше однієї години
- 4) більше двох годин
- 5) не проходжу гінекологічні огляди

22. Скільки коштів Вам необхідно, щоб отримати консультацію гінеколога?

- 1) безкоштовно
- 2) менше 100 грн
- 3) від 100 до 200 грн
- 4) більше 200 грн
- 5) не проходжу гінекологічні огляди

23. Чи відомо Вам, що консультація у гінеколога входить до пакета безкоштовних медичних послуг?

- 1) так
- 2) ні
- 3) мене це не цікавить

24. Як Ви дізналися про безкоштовну консультацію у гінеколога?

- 1) від свого сімейного лікаря (фельдшера ФАПУ)
- 2) від іншого фахівця
- 3) розповіли колеги, друзі, родичі
- 4) прочитала в Інтернеті або через ЗМІ
- 5) не знала про це

25. Зазначте, з якої причини Ви не проходитье гінекологічні огляди (можна вибрати декілька варіантів відповіді)

- 1) немає гінеколога
- 2) складно добратися до фахівця
- 3) важко записатися до гінеколога через черги
- 4) незручний графік роботи
- 5) нестача інформації про можливість проходження гінекологічного огляду
- 6) я відчуваю дискомфорт
- 7) у мене недостатньо часу
- 8) висока вартість гінекологічного огляду
- 9) самостійно лікуюся
- 10) я здорова
- 11) я проходжу гінекологічні огляди

26. Що, на Вашу думку, потрібно змінити, щоб Ви почали системно проходити гінекологічні огляди (можна вибрати декілька варіантів відповіді)

- 1) спростити процедуру запису до фахівця
- 2) змінити графік роботи фахівця
- 3) поширювати інформацію про необхідність проходження гінекологічного огляду
- 4) нагадувати про це сімейному лікарю
- 5) я проходжу гінекологічні огляди
- 6) інше _____

27. Які гінекологічні захворювання Ви оцінюєте небезпечними для себе особисто? (можна вибрати декілька варіантів відповіді):

- 1) ВІЛ/СНІД
- 2) сифіліс
- 3) онкологія
- 4) безпліддя
- 5) не задумуюся над цим
- 6) жодні
- 7) інші _____

28. До яких кроків Ви готові вдатися для профілактики онкогінекології? (можна вибрати декілька варіантів відповіді)

- 1) щорічно проходити огляд у гінекологічному кріслі
- 2) один раз на три роки проходити цитологічне дослідження (здавати мазок на онкологію)
- 3) вакцинуватися
- 4) проводити скринінг раку шийки матки

29. Виберіть твердження, з якими Ви погоджуєтесь (виберіть всі варіанти, з якими погоджуєтесь):

- 1) я не бачу причин проводити скринінг раку (діагностика) шийки матки
- 2) я боюся процедури проведення скринінгу раку (діагностика) шийки матки
- 3) я боюся поганих результатів, краще їх не знати
- 4) я не знаю, до кого звернутися за консультацією щодо скринінгу раку (діагностика) шийки матки
- 5) рак шийки матки поширений і є основною причиною смертності серед усіх злоякісних пухлин серед жінок в Україні
- 6) будь-яка жінка може захворіти на рак шийки матки
- 7) рак шийки матки не може передаватися від однієї людини до іншої
- 8) скринінг (діагностика) допомагає у профілактиці раку шийки матки
- 9) скринінг (діагностика) шийки матки не завдає шкоди пацієнту
- 10) обстеження на рак шийки матки не є дорогим
- 11) якщо скринінг безкоштовний і не завдає шкоди, ви проведете скринінг раку шийки матки
- 12) не погоджуюся із жодним

Анкета-опитувальник (сценарій)

для проведення інтерв'ю з ключовими зацікавленими сторонами / експертами на
регіональному рівні

П. І. П. _____

Сфера діяльності _____

№ п/п	Зміст запитання	Так/ні або +/-, позитивно чи негативно	Коментар експерта
1	Зазначте сферу своєї діяльності, посаду		
2	Чи знайома Вам проблема онкогінекологічної захворюваності? Чи стикаєтеся Ви із зазначеною проблемою в межах своєї діяльності?		
3	Як Ви загалом оцінюєте рівень онкогінекологічної захворюваності в Сумській області (а у Вашому населеному пункті)?		
4	Яка тенденція онкогінекологічної захворюваності в Сумській області (у Вашому населеному пункті) за останні п'ять років (динаміка погіршується / покращується)?		
5	Чи спостерігаєте Ви відмінності щодо динаміки захворюваності між різними районами області (населеними пунктами)?		
6	Чим обумовлена така (позитивна/негативна) тенденція у Сумській області?		
7	На Вашу думку, які основні причини поширення випадків онкогінекологічних захворювань у Сумській області?		
8	Якщо говорити про гінекологічні огляди, то наскільки вони є нормою для жінок?		
9	З якою причиною частіше звертаються до гінеколога (профілактична чи лікувальна)? Чим це обумовлено?		
10	На Вашу думку, що є основним, визначальним чинником, який стримує вчасне звернення жінок для профілактичних гінекологічних оглядів? (через відсутність фахівця (гінеколога), зайнятість, складність транспортного сполучення, відсутність коштів, нестача інформації, ментальність, недовіра до лікарів, сором тощо)		
11	Що, на Вашу думку, загалом потрібно змінити, щоб жінки почали системно проходити гінекологічні огляди?		
12	Як особисто Ви оцінюєте рівень поінформованості жінок щодо онкогінекологічних захворювань та її профілактики? (можливостей отримання консультації, діагностики, лікування тощо)		

13	На ваш погляд, якої інформації щодо профілактики онкогінекологічної захворюваності сьогодні не вистачає? Які канали її поширення є неприйнятними чи/або недоступними? Які є найбільш ефективними?		
14	Якщо говорити про систему охорони здоров'я на рівні міської громади (чи обласної громади), то які основні проблеми заважають подолати негативну динаміку онкозахворювань? (Чи достатньо сьогодні можливостей на місцевому рівні для надання таких послуг? Чого не вистачає?)		
15	Якщо говорити про систему охорони здоров'я на рівні сільської громади, то які основні проблеми заважають подолати негативну динаміку онкозахворювань? (Чи достатньо сьогодні можливостей на місцевому рівні для надання таких послуг? Чого не вистачає?)		
16.	Як Ви вважаєте, як можна сьогодні вплинути на ситуацію з метою її покращення? Що б Ви перш за все змінили, покращили у сфері своєї діяльності (відповідальності)?		
17.	Наприклад, якщо експертом є лікар , то як можна мотивувати сімейних лікарів та лікарів-гінекологів проводити просвітницьку кампанію та залучати жінок до проходження профоглядів?		
18.	Чи відомі Вам обласні (чи на рівні громади) медичні профілактичні програми? Які саме? Чи виділено на них кошти? На що саме виділено кошти?		
19.	Як Ви ставитесь до необхідності впровадження обов'язкових профоглядів для жінок? Які заходи необхідно впровадити в громаді для реалізації такого кроку?		
20.	Чи бачите Ви необхідність прийняття окремої програми з профілактики онкогінекології, якщо експертом є хтось з керівників громади . Чи готові виділяти кошти на профілактику онкогінекології (інформаційну кампанію, скринінг, закупку вакцини)?		