

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
Центр професійної та післядипломної освіти  
Кафедра управління імені Олега Балацького

Наказ ректора  
про затвердження теми

«До захисту допускається»  
завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ І.І. Рекуненко

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**  
*на здобуття освітнього ступеня магістра*

спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»,  
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування  
в охороні здоров'я»

**МЕДИКО-ЕКОНОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ  
УПРАВЛІННЯ ПРОФІЛАКТИКОЮ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ  
ЗАХВОРЮВАНЬ**

**Здобувач вищої освіти**

гр. УЗмз – 01с  
Сміянов Владислав Анатолійович

**Науковий керівник**

д. екон. н., проф. Рекуненко І.І.

**Суми 2021р.**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Центр професійної та післядипломної освіти  
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Зав. кафедрою \_\_\_\_\_

»\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА  
за спеціальністю

281 Публічне управління та адміністрування,  
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування  
в охороні здоров'я»

студента групи УЗмз – Сміянова Владислава Анатолійовича

1. Тема роботи: затверджена наказом по СумДУ №\_\_\_\_\_ від «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи \_\_\_\_\_
3. Мета кваліфікаційної роботи: медико-економічне обґрунтування оптимізації управління профілактикою онкогінекологічних захворювань на рівні об'єднаних територіальних громад Сумської області.
4. Предмет дослідження: стан онкогінекологічної захворюваності в Сумській області, якість надання гінекологічної допомоги, її доступність, оцінка міським і сільським жіночим населенням області рівня загроз та можливостей для профілактики, відношення жіночого населення до власного здоров'я.
5. Об'єкт дослідження: система профілактики захворювань в охороні здоров'я.
6. Кваліфікаційна робота виконана на матеріалах соціологічного опитування 662 жінок у віці від 18 років, які є мешканками об'єднаних територіальних громад Сумської області.
7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

| № пор. | Назва розділу   | Термін подання |
|--------|---|----------------|
| I      | Дослідити динаміку показників захворюваності, смертності, летальності до одного року за останні 5 років від найбільш поширених злоякісних новоутворень жіночого населення сумської області та охоплення його спеціалізованим лікуванням |                |
| II     | Проаналізувати стан охоплення жіночого населення онкологічними профілактичними оглядами у Сумській області.   |                |

|     |  |  |
|-----|--|--|
| III | Провести аналіз існуючих нормативно- правових актів місцевого рівня у сфері профілактики онкогінекологічних захворювань        |  |
| IV  | Провести медико-економічне дослідження існуючих барерів щодо вчасного отримання онкогінекологічної допомоги                    |  |
| V   | Зробити висновки на основі проведеного дослідження   |  |
| VI  | Розробити медичні, соціальні та економічні рекомендації щодо вдосконалення системи профілактики онкогінекологічних захворювань |  |

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити на основі річних звітів та канцер-реєстрів показники захворюваності, смертності, летальності до одного року від найбільш поширених злоякісних новоутворень жіночого населення Сумської області за останні 5 років та охоплення його спеціалізованим лікуванням.

У розділі 2 студент має проаналізувати стан охоплення жіночого населення онкологічними профілактичними оглядами у Сумській області.

У розділі 3 студент має провести аналіз існуючих існуючих нормативно-правових актів місцевого рівня у сфері профілактики онкогінекологічних захворювань.

У розділі 4 студент має провести медико-економічне дослідження існуючих барерів щодо вчасного отримання онкогінекологічної допомоги. У розділі 5 студент має зробити висновки з проведеного дослідження.

У розділі 6 студент має запропонувати рекомендації щодо вдосконалення системи управління первинною медико-санітарною допомогою на рівні сільських громад в сучасних умовах

#### 8. Консультації щодо виконання роботи:

| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата   |                  |
|--------|---|----------------|------------------|
|        |   | Завдання видав | Завдання прийняв |
| 1      |   |                |                  |
| 2      |   |                |                  |
| 3      |   |                |                  |
| 4      |   |                |                  |
| 5      |   |                |                  |
| 6      |   |                |                  |

9. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

Керівник кваліфікаційної роботи \_\_\_\_\_ д. екон. н., проф. Рекуненко І.І.

Завдання до виконання одержав \_\_\_\_\_ Сміянов В. А.

## АННОТАЦІЯ

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%) .

Актуальність проблеми полягає в тому, що поширеність онкологічних захворювань репродуктивних органів продовжує зростати. Медико-соціальна значущість онкологічної патології обумовлена високою захворюваністю та смертністю населення, а також значним зниженням якості життя таких пацієнтів. Якщо взяти всі онкологічні захворювання, вперше виявлені, то 40% із них припадають на пухлини жіночої статеві сфери, а 80% жінок на момент встановлення діагнозу не мають навіть однієї дитини.

Як показало дослідження, динаміка показників онкогінекологічних захворювань в Сумській області за останні 5 років свідчить про зменшення профілактичних оглядів жінок, що негативно впливає на зростання як 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.

Показники захворюваності, смертності від онкогінекологічних захворювань у м. Суми нижчі у порівнянні із районами області, що свідчить про нижчий рівень доступності медичних послуг в 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.

За результатами дослідження в роботі висвітлено окремі підходи щодо організації профілактики онкогінекологічних захворювань, розроблені соціальні, медичні рекомендації щодо покращання системи їх профілактики та

проведені розрахунки фінансового нормативу надання профілактичної онкогінекологічної допомоги на рівні територіальної громади.

**Ключові слова:** система профілактики, територіальні громади, онкогінекологічні захворювання, профілактичні огляди.

## **ABSTRACT**

Ukraine ranks 2nd in Europe in the rate of cancer spread (with an annual increase of about 3%). In women, the most common are cancers of the breast, stomach, colon, rectum, ovary, cervix (57.6% in total).

The urgency of the problem is that the prevalence of cancer of the reproductive organs continues to grow. The medical and social significance of oncological pathology is due to the high morbidity and mortality of the population, as well as a significant reduction in the quality of life of such patients. If we take all cancers detected for the first time, then 40% of them are tumors of the female genital area, and 80% of women at the time of diagnosis do not have even one child.

According to the study, the dynamics of oncology and gynecology in the Sumy region over the past 5 years indicates a decrease in preventive examinations of women, which negatively affects the growth of both annual mortality and neglect. There is an increase in the rates of annual mortality and neglect of cervical cancer, as well as neglect of ovarian cancer.

Indicators of morbidity and mortality from oncogynecological diseases in Sumy are lower in comparison with the districts of the region, which indicates a lower level of availability of medical services in rural areas.

Only 60% of women surveyed regularly undergo preventive gynecological examinations. Most respondents visit a gynecologist once a year (46.8%). The older a woman is, the less often she turns to specialists or does not attend consultations at all. Women from villages and settlements are less likely to attend professional examinations or do not attend them at all.

According to the results of the research, the paper highlights some approaches to the organization of prevention of oncogynecological diseases, developed social

and medical recommendations for improving the system of their prevention and calculations of the financial standard for preventive oncogynecological care at the territorial community level.

**Key words:** prevention system, territorial communities, oncogynecological diseases, preventive examinations.

## АННОТАЦИЯ

Украина занимает второе место в Европе по темпам распространения рака (с ежегодным увеличением примерно на 3%). У женщин наиболее распространен рак молочных желез, желудка, ободочной кишки, прямой кишки, яичника, шейки матки (в общей сложности 57,6%).

Актуальность проблемы состоит в том, что распространенность онкологических заболеваний репродуктивных органов продолжает расти. Если взять все онкологические заболевания, впервые выявленные, то 40% из них приходится на опухоли женской половой сферы, а 80% женщин на момент установления диагноза не имеют даже одного ребенка.

Как показало исследование, динамика показателей онкогинекологических заболеваний в Сумской области за последние 5 лет свидетельствует об уменьшении профилактических осмотров женщин, что отрицательно сказывается на росте как случаев дорической летальности, так и запущенности случаев. Наблюдается рост темпов прироста случаев догодовой летальности и запущенности рака шейки матки, а также запущенности заболеваемости раком яичников.

Показатели заболеваемости, смертности от онкогинекологических заболеваний в г. Сумы ниже по сравнению с районами области, что свидетельствует о более низком уровне доступности медицинских услуг в сельской местности.

Лишь 60% опрошенных женщин регулярно проходят профилактические гинекологические осмотры. Большинство опрошенных бывают на приемах у гинеколога раз в год (46,8%). Чем старше женщина, тем реже она обращается

к специалистам или вообще не посещает консультаций. Реже бывают на профосмотрах или вообще их не проходят женщины из деревень и поселков.

По результатам исследования в работе отражены отдельные подходы к организации профилактики онкогинекологических заболеваний, разработаны социальные, медицинские рекомендации по улучшению системы их профилактики и проведены расчеты финансового норматива предоставления профилактической онкогинекологической помощи на уровне территориальной общины.

**Ключевые слова:** система профилактики, территориальные общины, онкогинекологические заболевания, профилактические осмотры.

## РЕФЕРАТ

**Структура й обсяг роботи.** Робота складається із вступу, чотирьох розділів, висновків, рекомендацій, списку використаних джерел, що включає 32 найменування. Загальний обсяг магістерської роботи становить 62 сторінки, у тому числі 11 таблиць, 9 рисунків, 1 додаток, список використаних джерел – 4 сторінки.

**Метою роботи** було медико-економічне обґрунтування оптимізації управління профілактикою онкогінекологічних захворювань на рівні територіальних громад Сумської області.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі **задачі**:

- дослідити показники захворюваності, смертності, летальності до одного року від найбільш поширених злоякісних новоутворень жіночого населення Сумської області за останні 5 років та охоплення його спеціалізованим лікуванням.

- проаналізувати стан охоплення жіночого населення онкологічними профілактичними оглядами у Сумській області;

- провести аналіз існуючих існуючих нормативно-правових актів місцевого рівня у сфері профілактики онкогінекологічних захворювань;

- за допомогою спеціально розробленої анкети провести медико-економічне дослідження існуючих бар'єрів щодо вчасного отримання онкогінекологічної допомоги в області;

- на основі висновків проведеного дослідження розробити пропозиції та рекомендації щодо вдосконалення системи управління первинною медико-санітарною допомогою на рівні сільських громад в сучасних умовах.

**Предметом дослідження** є стан онкогінекологічної захворюваності в Сумській області, якість надання гінекологічної допомоги, її доступність, оцінка міським і сільським жіночим населенням області рівня загроз та можливостей для профілактики, відношення жіночого населення до власного здоров'я.



**Об'єктом дослідження** є система профілактики захворювань в охороні здоров'я.

**Методи дослідження.** Методологічною основою магістерської роботи є системний підхід до аналізу розглянутих проблем, метод соціологічних опитувань, методи аналізу і синтезу, прийоми і методи статистичного і соціологічного аналізу і обробки даних, метод наукового спостереження.

**Наукова новизна** даного дослідження полягає в тому, що в роботі висвітлено окремі підходи в організації системи профілактичних заходів щодо виявлення онкогінекологічної захворюваності на рівні територіальних громад, проаналізовано відношення жінок до стану власного здоров'я, виявлені ключові медичні, соціальні та економічні бар'єри.

**Ключові слова:** система профілактики, територіальні громади, онкогінекологічні захворювання, профілактичні огляди.

## ЗМІСТ

|  |    |
|--|----|
| <b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ</b> .....   | 11 |
| <b>ВСТУП</b> .....   | 12 |
| <b>РОЗДІЛ 1 ЗАХВОРЮВАНІСТЬ, СМЕРТНІСТЬ,<br/>ЛЕТАЛЬНІСТЬ ДО ОДНОГО РОКУ ВІД НАЙБІЛЬШ<br/>ПОШИРЕНИХ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ СЕРЕД<br/>ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА<br/>ОХОПЛЕННЯ ЙОГО СПЕЦІАЛІЗОВАНИМ<br/>ЛІКУВАННЯМ</b> ..... | 21 |
| 1.1 Динаміка показників вперше виявлених найбільш поширених онкогінекологічних захворювань за період 2016-2020 рр. ....  | 21 |
| 1.2. Аналіз онкозахворюваності в географічному аспекті.....  | 24 |
| <b>РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СТАНУ ОХОПЛЕННЯ ЖІНОЧОГО<br/>НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ОНКОЛОГІЧНИМИ<br/>ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ОГЛЯДАМИ</b> .....  | 25 |
| 2.1 Стан охоплення жіночого населення онкологічними профілактичними оглядами у Сумській області.....   | 25 |
| <b>РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ ІСНУЮЧИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ<br/>АКТІВ МІСЦЕВОГО РІВНЯ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ<br/>ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ<br/>ЗАХВОРЮВАНЬ</b> .....  | 30 |
| 3.1. Програмні документи обласного рівня.....  | 30 |
| 3.2. Цільові програмні документи територіальних громад у галузі охорони здоров'я.....  | 31 |
| <b>РОЗДІЛ 4 МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНЕ ТА ЕКОНОМІЧНЕ<br/>ДОСЛІДЖЕННЯ: БАР'ЄРИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА<br/>РАНЬОГО ВІЯВЛЕННЯ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ<br/>ЗАХВОРЮВАНЬ</b> .....  | 36 |
| 4.1 Відношення респонденток до стану власного здоров'я та можливості отримання ними гінекологічної допомоги.....   | 36 |
| 4.2 Економічні бар'єри у респонденток щодо можливостей відвідування лікаря-гінеколога.....   | 43 |
| <b>ВИСНОВКИ</b> .....  | 48 |
| <b>РОЗРОБКА ЗАХОДІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ПРОФІЛАКТИКОЮ,<br/>РАНЬОЮ ДІАГНОСТИКОЮ ТА ЛІКУВАННЯМ<br/>ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У СУМСЬКІЙ<br/>ОБЛАСТІ</b> .....   | 50 |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....  | 54 |
| <b>ДОДАТОК А</b> .....   | 58 |

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

|      |  |
|------|--|
| ВООЗ | Всесвітня організація охорони здоров'я                         |
| ООН  | Організація Об'єднаних Націй                                   |
| НСЗУ | Національна служба здоров'я України                            |
| ЗОЗ  | заклад охорони здоров'я  |
| ЗН   | злоякісні новоутворення  |
| РМЗ  | рак молочної залози  |
| РТМ  | рак тіла матки   |
| РШМ  | рак шийки матки  |
| РЯ   | рак яєчників   |
| ТГ   | територіальна громада  |
| НПОД | норматив надання профілактичної<br>онкогінекологічної допомоги |

## ВСТУП

*Актуальність.* Внаслідок масштабних соціально-економічних перетворень, що проводяться в нашій країні, відбуваються і глибокі суспільні зміни, що багато в чому визначають динаміку стану здоров'я населення, у тому числі динаміку показників смертності та її причин.

Несприятливі показники смертності населення багато в чому зумовлені існуючою та зростаючою нерівністю між окремими соціальними групами населення, у тому числі за рівнем та якістю життя, охопленням профілактичними програмами, доступності медичної допомоги, зокрема її сучасних видів та технологій [3].

Захворюваність на злоякісні новоутворення (ЗН) є проблемою великої соціально-економічної значимості і належить до найскладніших медико-соціальних проблем через зростаючу її поширеність, передчасну смертність та інвалідність населення, що призводить до значних економічних втрат, що складаються з прямих та непрямих витрат [2].

Частка прямих витрат, пов'язаних з профілактикою, діагностикою, лікуванням, реабілітацією, соціальним забезпеченням хворих та інвалідів внаслідок ЗН становить близько 20% від загальних витрат. Непрямі витрати, що вимірюються «невиробленим продуктом», становлять 80%, у тому числі 5% посідає «невироблений продукт» у зв'язку із втратою працездатності та 75% – з передчасною смертністю у працездатному віці [10].

Захворюваність на ЗН в останні роки характеризується зростанням. Щорічно у світі виявляють 14 млн. нових хворих на ЗН, 6 млн онкологічних хворих вмирають. Як вважають експерти із Світового фонду з вивчення онкологічних захворювань, кількість випадків захворюваності на рак зросте до 2030 на 30% [27].

У Європейських рекомендаціях щодо боротьби зі ЗН вказується, що до 90% випадків пухлин людини пов'язані з особливостями способу життя та впливом канцерогенних факторів довкілля. В економічно розвинених країнах

тягар раку зростає внаслідок старіння населення та поширення малорухливого способу життя, куріння, типу харчування, що збільшують ризик розвитку ЗН [23].

У всіх розвинених країнах приділяється зростаюча увага до профілактики онкологічних захворювань. У світовій практиці на профілактику виділяється 30% фінансових коштів, на лікування – 50%, на реабілітацію – 20% [27].

Серед завдань протиракової боротьби, сформульованих Світовою організацією охорони здоров'я, профілактика та раннє виявлення стоять у ряду найбільш пріоритетних. Стратегічною метою первинної профілактики раку є зниження онкологічної захворюваності населення. Не можна розглядати будь-який «онкологічний» показник у відриві від соціальних факторів. Як це не здається парадоксальним, але найкращим критерієм соціально-економічного розвитку країни може вважатися найвищий рівень онкологічної захворюваності [9].

За даними світових джерел стандартизований показник захворюваності на всі види злоякісних новоутворень жіночого населення у більш розвинених країнах становив 225,5 (у менш розвинених – 138,0); найвищі показники захворюваності виявлено при захворюваності на рак молочної залози – 66,4 (у менш розвинених – 27,3), рак тіла матки – 12,9 (у менш розвинених – 5,9), рак яєчників – 9,4 (у менш розвинених – 5,0) та рак шийки матки – 9,1-9,0 (у менш розвинених – 3,4-17,8) [23, 27].

Подібні розбіжності у показниках захворюваності та смертності між розвиненими країнами, що розвиваються, відображають регіональні відмінності в переважанні та розподілі основних факторів ризику, що склалася в практиці виявлення захворювань та/або доступності та ефективності доступних діагностичних та лікувальних послуг [1].

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 [11].

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 [10]. 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 [19].

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% [11, 21].

Рак молочної залози (ЗМЗ) є значущою медико-соціальною проблемою, істотно впливаючи на здоров'я жінок. Соціальне значення захворювання визначається високим відсотком осіб працездатного віку, що піддаються радикальному оперативному лікуванню та значними економічними

витратами, пов'язаними з використанням дорогих методів діагностики, лікування та медико-соціальної реабілітації.

Захворюваність та смертність від РМЗ у жінок в останнє десятиліття продовжують зростати у всіх країнах світу. В економічно розвинених країнах з початку 1980-х років. РМЗ став у жінок найчастішою онкологічною формою патології, у зв'язку з чим рання діагностика та лікування даного захворювання є найважливішим медичним завданням [22].

РМЗ займає 1-е місце за поширеністю серед жіночого населення і друге місце - у загальній популяції. У 2012 р. у світі виявлено 1,67 млн нових випадків РМЗ (25% усіх онкологічних захворювань). Це найпоширеніша злоякісна пухлина як у розвинених (794 тис. нових випадків), так і країнах, що розвиваються (883 тис. нових випадків) [22, 24].

Основними факторами, що визначають відмінності поширеності даної патології, є відмінності в репродуктивній поведінці та програмах скринінгу в різних країнах. У гінекологічному статусі хворих жінок встановлені такі фактори, що підвищують ризик розвитку РМЗ, як тривалий менструальний період, безпліддя, проведення замісної гормональної терапії в менопаузі та пізній вік вагітності [22].

Соціальна значимість проблеми раку тіла матки (РТМ) визначається насамперед тим, що зростає кількість хворих в працездатному віці з поширеними формами захворювання, які вимагають значних економічних витрат за використання дорогих методів діагностики, лікування та розробку індивідуальних програм наступної реабілітації інвалідів.

Щорічно у світі виявляється близько 199 тис. нових випадків РТМ, смертність становить до 50 тис. Випадків. Протягом трьох останніх десятиліть у всіх розвинених країнах відзначено неухильне зростання захворюваності [25]. У США РТМ займає 1-е місце серед онкологічних захворювань жіночої статевої галузі. У 2017 р. очікується виявлення 61,38 тисячі нових випадків хвороби та 10,92 тисяч летальних наслідків від неї [29].

Рак шийки матки (РШМ) займає у світі 4-е місце за поширеністю серед жіночого населення та 7-е місце – у загальній популяції. Більшість хворих (85%) проживає в країнах, що розвиваються, де на частку цієї локалізації раку припадає 12% всієї онкопатології у жінок [ 26]. РШМ є одним з основних у структурі онкологічної захворюваності у жінок, становлячи 12% у структурі онкологічних захворювань жінок і є другим за поширеністю захворюванням після РМЗ [11].

РШМ займає у світі 3-е місце у структурі онкологічної захворюваності (9%) та 4-е місце у структурі смертності (8%) жіночого населення. Понад 85% випадків захворювання припадає на країни, що розвиваються. У 2017 р. зареєстровано 266 тис. випадків смерті від РШМ, що становить 7,5% жіночої смертності від онкологічних захворювань [26].

За останні два 10-річчя відбулися суттєві зміни у розумінні етіології захворювання, розроблення та стандартизації методів його профілактики та ранньої діагностики. Одним із найважливіших досягнень сучасної онкології є визначенням деяких етіологічних факторів розвитку пухлин. До них відносяться віруси папіломи людини (ВПЛ), основна роль яких у розвитку передракових змін та РШМ є доведеною [30].

Найефективніша сучасна методика скринінгу патології шийки матки включає огляд шийки матки в дзеркалах з використанням розчину Люголю та 3% оцтової кислоти та забором матеріалу на ВПЛ-тест [32]. Впровадження подібного методу у сільських економічно неблагополучних районах Індії показало 50 % зниження ризику розвитку поширеного РШМ та смертності [28].

РШМ є захворюванням, при якому скринінгові заходи можуть бути свідомо ефективними, тому що:

- 1) це важлива проблема для здоров'я, усвідомлення чого населенням можливе через просвітницькі заходи;



2) є тривала безсимптомна фаза, протягом якої можливо виявлення ознак атипії (тривалість прогресії від преінвазивної стадії до інвазивного раку може становити до 10 років;

3) значна частка доклінічних поразок;

4) при ранній діагностиці можливе ефективне та повне лікування.

Скринінг та раннє виявлення патології шийки матки призведуть до зниження захворюваності та смертності лише тоді, коли супроводжуватимуться постійним подальшим спостереженням та лікуванням усіх жінок, які мали виявлені передракові та преінвазивні зміни або інвазивні форми раку. У цитологічному скринінгу найважливішим є широта охоплення населення, а чи не частота його проведення [26].

Проблема раку яєчників (РЯ) – одна з найскладніших в онкогінекології. Без перебільшення можна сказати, що він є найважчим та підступним захворюванням злоякісного генезу у жінок. Злоякісні пухлини яєчників відрізняються найбільш несприятливим перебігом, більше, летальності ця патологія продовжує займати 1-е місце серед новоутворень жіночих статевих органів [30].

РЯ зустрічається значно рідше за РМЗ – не більше ніж у 1,5% мешканок планети, проте практично завжди це захворювання виявляють на пізніх невиліковних стадіях. Пухлини яєчника тривалий час розвиваються безсимптомно, а методи їх виявлення (ультразвукове дослідження та аналіз рівня маркера СА-125) відрізняються невисоким рівнем надійності [28].

Результати проведених епідеміологічних досліджень захворюваності й смертності жіночого населення України від злоякісних новоутворень статевої сфери встановили, що за останнє десятиліття відбулися суттєві зміни як у структурі захворюваності, так і поширеності даної патології. Захворюваність на рак тіла матки переважає у структурі загальної захворюваності на злоякісні новоутворення, а рак шийки матки – на 34,4 %. Значно рідше серед жіночого населення України, порівняно з раком шийки матки та раком тіла матки, виявляються злоякісні новоутворення яєчників. Серед питомої частки

злюкисних новоутворень вони становлять 4,9 % [3]. Захворюваність на злюкисні новоутворення репродуктивної системи у жінок характеризується тенденцією до збільшення. Високі показники відношень смертності/захворюваності при онкогінекологічній патології вимагають розробки нових підходів до діагностики, лікування та профілактики злюкисних новоутворень репродуктивної системи у жінок. Показники смертності при злюкисних новоутвореннях яєчників є значно вищими порівняно з показниками смертності при раку шийки матки та раку тіла матки. [11].

У різних регіонах України стан онкогінекологічної захворюваності та смертності має характерні відмінності. Кожна локалізація злюкисних новоутворень характеризується тенденцією до зростання захворюваності у певному віковому періоді. В осіб працездатного та фертильного віку визначається високий рівень захворюваності та смертності від злюкисних новоутворень шийки матки, тіла матки, яєчників. Виявлення злюкисних новоутворень яєчників у різні періоди дитячого віку вимагають розробки комплексу заходів онкологічної настороженості [21]

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

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% [20]. Привертає увагу низький відсоток виявлення ЗН на I-II стадії при візуально виявлених формах раку (молочної залози, шийки матки).

Підвищення виживання хворих ЗН в розвинених країнах обумовлено переважно раннім виявленням, а чи не вдосконаленням лікування. Загальновідома значимість раннього виявлення онкологічного захворювання, оскільки саме воно визначає тривалість життя хворого, успіх чи неуспіх лікування. Скринінг є основним шляхом діагностики доклінічного раку [28, 29].

Механізм розвитку раку невідомий, саме з цієї причини розробити адекватні профілактичні та лікувальні заходи надзвичайно важко а іноді й неможливо. В основі розвитку раку лежать різні генетичні мутації, а ще є так звані «епігенетичні» чинники – коли під впливом шкідливих факторів (інфекції, віруси, запалення, травма, інтоксикація, фактори зовнішнього середовища) змінюється генетична програма клітин. Саме вони і відповідають за появу ракових клітин.

Існують групи ризику розвитку новоутворень жіночої статеві сфери – це жінки з порушеннями менструального циклу, особливо з порушеннями овуляції та безпліддям, а також з ожирінням, цукровим діабетом, гіпертонічною хворобою.

Враховуючи актуальність проблеми *метою* дослідження є медико-економічне обґрунтування оптимізації управління профілактикою онкогінекологічних захворювань на рівні об'єднаних територіальних громад Сумської області.

На основі дослідження були виконані наступні *завдання*:

- дослідити показники захворюваності, смертності, летальності до одного року від найбільш поширених злоякісних новоутворень жіночого населення Сумської області за останні 5 років та охоплення його спеціалізованим лікуванням.

- проаналізувати стан охоплення жіночого населення онкологічними профілактичними оглядами у Сумській області;

- провести аналіз існуючих існуючих нормативно-правових актів місцевого рівня у сфері профілактики онкогінекологічних захворювань;

- за допомогою спеціально розробленої анкети провести медико-економічне дослідження існуючих бар'єрів щодо вчасного отримання онкогінекологічної допомоги в області;

- на основі висновків проведеного дослідження розробити пропозиції та рекомендації щодо вдосконалення системи управління первинною медико-санітарною допомогою на рівні сільських громад в сучасних умовах.

Для реалізації етапів дослідження було розроблено спеціальну анкету, на основі якої було проведене масове опитування жіночого населення області, в ході якого додатково були уточнені й оцінки щодо існування та вираженості бар'єрів доступу до послуг з профілактики та раннього виявлення онкогінекологічних захворювань.

За допомогою спеціально розробленої анкети (Додаток А) анонімно було опитано 662 респондентки віком від 18 років, які представляли жіноче населення Сумської області.

## **РОЗДІЛ 1 ЗАХВОРЮВАНІСТЬ, СМЕРТНІСТЬ, ЛЕТАЛЬНІСТЬ ДО ОДНОГО РОКУ ВІД НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ СЕРЕД ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ОХОПЛЕННЯ ЙОГО СПЕЦІАЛІЗОВАНИМ ЛІКУВАННЯМ**

### **1.1 Динаміка показників вперше виявлених найбільш поширених онкогінекологічних захворювань за період 2016-2020 рр.**

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

На основі результатів проведених кабінетних досліджень вибірка формувалась з урахуванням поширеності, динаміки, рівня тяжкості (занедбаності). Таким чином, вибірка є репрезентативною для області в цілому, проте при її формуванні були охоплені, перш за все, ті райони (міста, селища, села), які, згідно наявних даних, демонструють виражені тенденції у поширеності захворювань, рівні тяжкості, кількості звернень тощо.

З урахуванням зазначеного вище припущення стосовно того, що доступність профілактичних онкогінекологічних послуг є нижчою у сільській місцевості у порівнянні з міською місцевістю, а також досить низького загального рівня охоплення жіночого населення профілактичними онкогінекологічними послугами, в 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.

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 даними річних звітів та кацер-реєстрів КНП Сумської обласної ради «Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер» загальна кількість хворих із вперше встановленим онкогінекологічним діагнозом за останні 5 років становить 2113 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 1.1. Динаміка вперше встановлених діагнозів жінкам Сумської області (рак шийки матки, рак тіла матки, рак яєчників) у 2016–2020 рр.

| Рік                             | Кількість хворих |                |              |
|---------------------------------|------------------|----------------|--------------|
|                                 | 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 летальність до одного року зростає на 20,4%, а занедбаність хвороби зростає аж на 157,15% (таблиця 1.2).

Таблиця 1.2 . Динаміка показників 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 | 16,5  | 19,7 | - 20,2           |
| Смертність, на 100 тис.       | 8,5  | 7,5  | 8,1  | 10,3  | 7,1  | -16,47           |
| Летальність до одного року, % | 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 (таблиця 1.3), темпи якого зростають на 4,22%, а темпи занедбаності хвороби зростають аж на 54%.

Таблиця 1.3. Динаміка показників раку яєчників у 2016–2020 рр.

| 7                           | 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 | +54,0            |

Децю позитивнішою є динаміка щодо захворюваності на рак тіла матки (таблиця 1.4).

Таблиця 1.4. Динаміка показників 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           |
| Летальність\ до одного року, % | 9,0  | 13,1 | 7,7  | 6,3  | 5,6  | -37,77           |
| Занедбаність, %                | 2,6  | 1,2  | 2,8  | 2,8  | 1,2  | -53,8            |

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%).

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

## 1.2 Аналіз онкозахворюваності в географічному аспекті

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

Так, найвищі показники захворюваності на рак шийки матки у жінок Тростянецького, Буринського та Лебединського районів. Найвищий рівень занедбаності хвороби спостерігається у Великописарівському, Буринському Глухівському, Конотопському та Ямпільському районах.

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

Зазначені негативні показники можуть бути обумовлені меншою доступністю жінок, які проживають не в обласному центрі, до профоглядів та діагностики захворювань. Аналіз показника занедбаності у розрізі вікових



груп за 2016–2020 р. свідчить на те, що найбільша кількість занедбаних випадків виявляється у вікових групах 45–60 рр. та старше 60 р.

Таблиця 1.5. 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%)     |
| Всього       | 95 (100 %)              | 178 (100 %)    | 100 (100 %)  |

Статистичні звіти за 2020 р. показують, що найбільша кількість хворих жінок на онкогінекологічну патологію реєструється у віковій групі старше 60 років (таблиця 1.5), що підтверджує висновок про зменшення уваги до власного здоров'я та пізні звернення за медичною допомогою жінок пенсійного віку.

З таблиці 1.6 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 1.6. Динаміка охоплення спецікуванням хворих за онкопатологіями у 2016–2020 рр.

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

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 статистичних звітів 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.

## **РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СТАНУ ОХОПЛЕННЯ ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ОНКОЛОГІЧНИМИ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ОГЛЯДАМИ**

### **2.1 Стан охоплення жіночого населення онкологічними профілактичними оглядами у Сумській області**

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%.

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%) . Крім того, у Сумському регіоні наявна диференціація між районами щодо рівня захворюваності, стадій виявлення раку серед жінок і рівня смертності відповідно.

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 при профілактичних оглядах в сільській місцевості, зменшилася на 15,87% і відповідно загальна кількість онкохворих, яким вперше встановлений онкологічний діагноз в сільській місцевості, зменшилася на 23,08%.

Таблиця 2.1. Динаміка показників профілактичних оглядів/кількості хворих у 2016–2020 рр.

| Показник   | 2016   | 2017   | 2018   | 2019   | 2020   | Темп приросту, %, 2020/2016 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------------|
| Загальна кількість виявлених онкохворих при профілактичних оглядах, осіб           | 186    | 178    | 202    | 212    | 169    | -9,14                       |
| Загальна кількість онкохворих, яким вперше 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 при профоглядах, всього (в %),                   | 43,56  | 40,36  | 45,60  | 47,32  | 47,74  | +9,60                       |

Дані таблиці 2.1. свідчать про зменшення охоплення онкопрофоглядами з цитологічним обстеженням жінок впродовж 2016-2020 рр., як у м. Суми, так і в цілому у Сумській області.

Таблиця 2.2. Охоплення онкопрофоглядами з цитологічним обстеженням у 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 %             |

Так, у 2020 р. лише кожна третя жінка пройшла онкопрофогляд з цитологічним обстеженням. Відповідно, такий низький рівень профілактики не дозволяє своєчасно виявити передракові пухлини або вже наявні ракові пухлини на ранніх стадіях.

Таким чином, зниження темпів онкологічної захворюваності з одночасним зростанням дорічної летальності й занедбаності свідчить про зменшення кількості профілактичних оглядів, що в свою чергу, негативно впливає на показники захворюваності.

Жінки сільської місцевості мають меншу доступність до онкогінекологічних профоглядів, що підтверджується негативною динамікою щодо рівня занедбаності хвороби та летальності до одного року.

### **РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ МІСЦЕВОГО РІВНЯ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

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.;
- Обласна програма підтримки громадського здоров'я в Сумській області на 2020-2021 рр.. [7, 8].

Також проаналізовано дотичні програмні документи на рівні майже всіх ТГ, охоплених дослідженням, за виключенням 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.

При цьому не виявлено окремих цільових програм, спрямованих на подолання проблем у галузі онкогінекології – ні на рівні області, ні на рівні ТГ [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18].

#### **3.1 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, у тому числі, має місце акцент на проблемі передчасної смертності від онкологічних захворювань. В «Обласній програмі підтримки системи громадського здоров'я в Сумській області на 2020-2021 роки» 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.

В одному з етапів виконання обласної програми перспективного розвитку ЗОЗ третинного рівня Сумської області на 2017-2021 рр. передбачено (цитата): «2018 р.: Передача корпусу № 1 СОКЛ обласному КЗ Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер для розміщення поліклініки та хірургічних відділень». На сьогодні цей етап виконано.

*На рівні завдань (цитати):* «удосконалення раннього виявлення захворювань; ...зниження рівні передчасної смертності від ...раку»;

- *на рівні заходів (цитати):* «удосконалення раннього виявлення захворювань; ...зниження рівні 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 рівні 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».

### **3.2 Цільові програмні документи ТГ у галузі охорони здоров'я**

Не дивлячись 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. У тому числі, в 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 виглядає, скоріше, як констатація 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, в тому числі з онкогінекології. Отже, проаналізовані програмні документи, хоча й можуть бути підґрунтям для профілактичної роботи, у тому числі, у сфері онкогінекології, мають бути суттєво допрацьовані. Зокрема, профілактика як метод, з огляду на формальність згадувань у документах, потребує перегляду. Використання можливостей профілактики онкогінекології у комбінаціях з іншими нозологіями, щодо яких цей ресурс вже виділяється, має бути розглянуто.

Зазначений висновок підтверджується наступними 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, особливу виразність проблеми на рівні сільських закладів. Зазначається ...забезпеченість базою для надання спеціалізованої медичної допомоги; роль медичного працівника щодо профілактики захворюваності, забезпеченні населення якісною медичною допомогою важко переоцінити; В



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, у тому числі 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, в т. ч. 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 безперебійного 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)».

В проаналізованих документах відсутні вимірювані показники результативності профілактики, в тому числі з онкогінекології. Отже, проаналізовані програмні документи, хоча й можуть бути підґрунтям для профілактичної роботи, у тому числі, у сфері онкогінекології, мають бути суттєво допрацьовані. Зокрема, профілактика як метод, з огляду на формальність згадувань у документах, потребує перегляду.

## РОЗДІЛ 4 МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНЕ ТА ЕКОНОМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ: БАР'ЄРИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

### 4.1 Відношення респонденток до стану власного здоров'я та можливості отримання ними гінекологічної допомоги

Нами було проведене масове опитування жіночого населення області, в ході якого додатково були уточнені й оцінки щодо існування та вираженості бар'єрів доступу до послуг з профілактики та раннього виявлення онкогінекологічних захворювань.

За допомогою спеціально розробленої анкети (Додаток А) анонімно було опитано 662 респондентки віком від 18 років, які представляли жіноче населення Сумської області.

Похибка репрезентативності дослідження не перевищує 4%. Квотна вибірка, квоти за віком, типом населеного пункту. Респондентки відібрані випадковим методом. Обробка анкет велася співробітниками ЦСД за допомогою програми «ОСА».

Таблиця 4.1. Місце проживання респонденток, які взяли участь в опитуванні (у %)

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

Переважна частина опитаних жінок є мешканками міст – 79,9%, що свідчить про доступність отримання профілактичних медичних послуг як у сімейного лікаря, так і лікаря акушера-гінеколога.

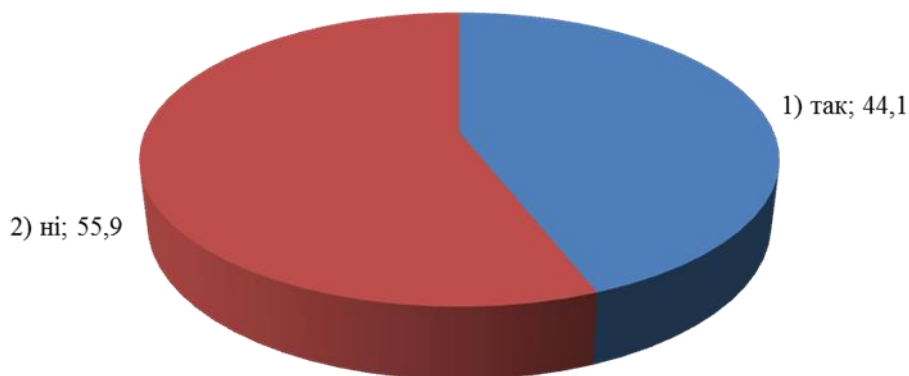


Рис. 4.1. Чи відвідуєте Ви свого сімейного лікаря із профілактичною метою (за відсутності ознак хвороби)?, у %.

Проте результати опитування свідчать, що жительки сільської місцевості рідше відвідують сімейного лікаря з профілактичною метою – 57,1%, проте ще більший відсоток тих, хто не відвідує сімейного лікаря серед опитаних жінок, що мешкають у обласному центрі – 69,3%. Тобто жінки, які проживають у обласному центрі, мають доступ до вузьких спеціалістів напряду, тоді як в сільській місцевості сімейний лікар часто є ближчим до пацієнток.

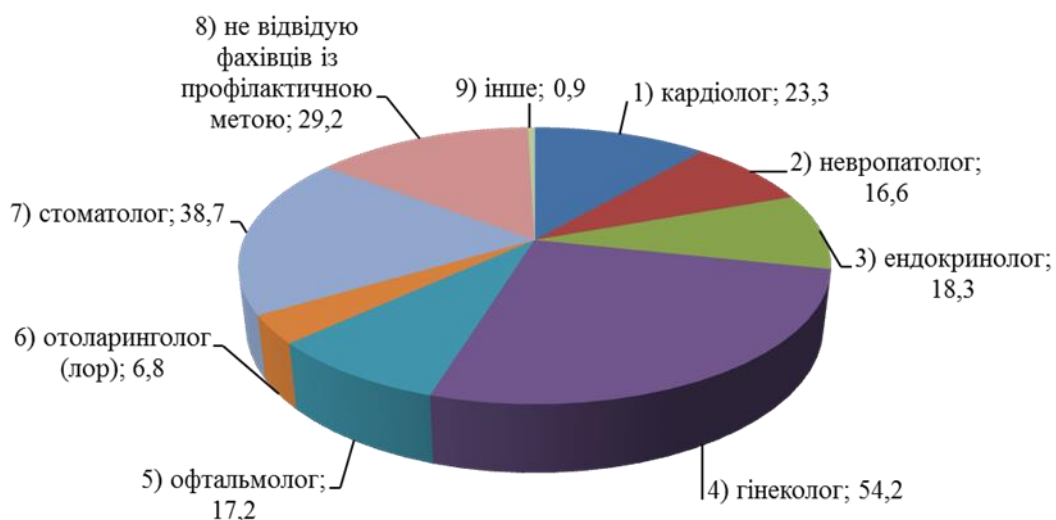


Рис. 4.2. Яких вузьких медичних фахівців Ви зазвичай відвідуєте із профілактичною метою (за відсутності ознак хвороби)?, у %

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 ЛОРа. Майже кожна третя жінка (29,2%) взагалі не звертається до фахівців з профілактичною метою (Рис. 4.2). Зазначимо, що опитані могли обрати не один, а декілька варіантів, тому загальний показник перевищує 100%.

Таблиця 4.2. Яких вузьких медичних фахівців відвідують респондентки з профілактичною метою (за відсутності ознак хвороби)?, в залежності від віку, у %

|  | 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            |

Як бачимо з Таблиці 4.2, в цілому гінеколога в профілактичних цілях 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.

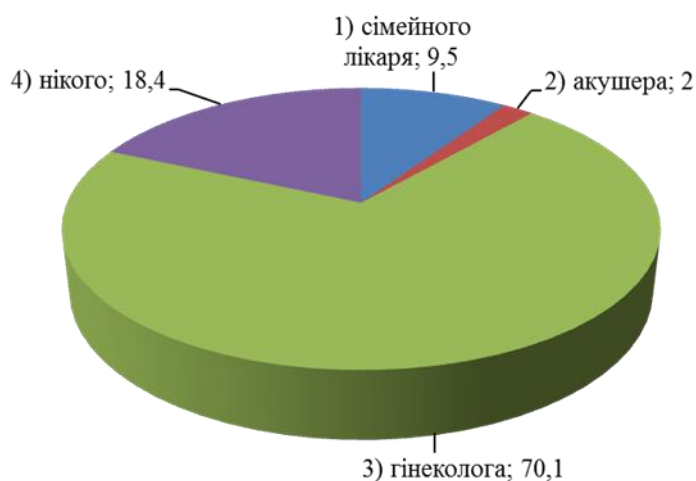


Рис. 4.3. До кого Ви звертаєтесь із метою профілактичних гінекологічних оглядів?, у %

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



Рис. 4.4. Чим Ви керуєтесь під час вибору гінеколога?, у %.

При виборі гінеколога найчастіше жінки керуються професійністю (66%) та уважністю (43,1%) фахівця, у тому числі увага і до питань профілактики захворювань (20,8%).

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 вимушена обирати 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 говорить 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 обирають тих спеціалістів, які знаходяться ближче до їх місця проживання (25% опитаних). Жінки старше 65 років переважають серед тих, хто шукають безкоштовного гінеколога, байдужі до будь-яких критеріїв, або ж взагалі не мають фахівця цього профілю.



Рис. 4.5. Заклади, в яких респондентки проходять гінекологічні огляди, у %.

Найчастіше гінекологічні огляди жінки проходять: у комунальному медичному закладі та медичному закладі, де приймає сімейний лікар (по 28% опитаних), а ще 25% надають перевагу приватним медичним закладам (Рис.



4.5). Досить показовими можна вважати те, що 12,1% з опитаних жінок взагалі не проходять гінекологічні огляди.

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



Рис. 4.6. Періодичність проходження респондентками гінекологічних оглядів, у %.

Дослідженням виявлено, що 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 біля 26% - проходять не регулярно або лише за потреби - 0,6% (Рис. 4.6).

Дослідження виявило відмінності у частоті гінекологічних оглядів в залежності від віку жінок. Більш свідомими в цьому питанні виявилися жінки віком 18-29 років, вони звертаються до гінеколога з періодичністю 1-2 рази на рік. Спостерігається певна закономірність - чим старша жінка, тим рідше вона звертається до даних спеціалістів або ж взагалі не відвідує консультації.

Також 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. Віддаленість медичного закладу від місця проживання теж значно знижує періодичність відвідування фахівця, особливо у селах.



Рис. 4.7. З чиєї ініціативи респондентки проходять огляд у гінеколога, у %.

Більшість респонденток проходять гінекологічні огляди з власної ініціативи - 60,7%, ще по 13% опитаних обрали варіанти «за направленням сімейного лікаря». І ті ж 13,4% зазначили, що взагалі «не проходять гінекологічні огляди». Це свідчить, що система організованих з 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%. Дослідження показало, що жінки старше 65 років або взагалі не відвідують гінеколога (34,5%), або звертаються до нього за направленням від сімейного лікаря (20,2%).

#### 4.2 Економічні бар'єри у респонденток щодо можливостей відвідування лікаря-гінеколога

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

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.



Рисунок 4.8. Витрати на транспорт при відвідуванні гінеколога.

Для більшості опитаних жінок витрати на консультацію до гінеколога є цілком прийнятними і не катастрофічними (рис. 4.8). 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.

Жительки сіл витрачають більше грошей на транспорт (51,9% обрали 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.



Рис. 4.9. Час на дорогу, який витрачають респондентки при візиті до гінеколога

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% ( рис. 4.9). Ще майже для третини опитаних дорога займає більше 1-2 годин.

Таблиця 4.3 Час, який займає дорога в обидва боки щоб потрапити на консультацію до гінеколога, в залежності від району проживання респонденток, у %

|                    | 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 4.3 показує, що найдовше дістаються на прийом жителі з Охтирського та Конотопського районів. Для роменчанок ця дорога займає менше 30 хвилин (50,9%), для сумчан – від 30 до 50 хвилин (38,2%).

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

На питання «Що, на Вашу думку, потрібно змінити, щоб Ви почали системно проходити гінекологічні огляди?» респондентки, що не проходять гінекологічні огляди, обрали 4 основні позиції: 15,3% - поширювати інформацію (цей пункт частіше обирають жінки віком до 30 років), 13,6% - спростити процедуру запису до фахівця, 12,1% - нагадувати про це сімейному лікарю (популярний варіант серед жінок віком старше 65 років) та 5% - змінити графік роботи фахівця .

Обравши варіант відповіді «Інше», опитані жінки зазначали наступні пропозиції: «розширити перелік безкоштовних аналізів», «зменшити ціни», «не бачу сенсу у моєму віці», «фахівці повинні виїжджати у села», «свідомо ставитися до свого власного здоров'я».

Дослідження показало, що існує низька поінформованість жінок щодо необхідності проходження оглядів і можливостей отримання медичної допомоги на первинному рівні:

- відсутність інформації щодо статистики поширеності захворювання;
- відсутність інформації щодо профілактики, вакцинації від вірусу папіломи людини;
- низький рівень просвітницької роботи.

Також жінки бояться почути «страшний діагноз», бо потрібно потім проходити лікування у спеціалізованих медичних закладах, а це - дорого, отже матеріальний фактор теж присутній. 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.

З дослідження випливає, що необхідно збільшити поінформованість населення, в тому числі, 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 респондентів вважають, що лікарі повинні йти у маси з питаннями профілактики. Крім того, необхідно залучати місцеве, районне радіо, телебачення, інтернет ресурси, ходити на виробництво, залучати страхову медицину - якщо вже буде заплачено за ці послуги, то буде стимул їх отримати.

Визнаючи, що не всі жінки розуміють ризики та важливість проходження профілактичних оглядів, можна зробити висновок, що є необхідність в інформації, яка викладена 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% респонденток готові щорічно проходити огляд в гінекологічному кріслі, 52,7% опитаних – один раз на три роки проводити цитологічне дослідження, 23% – проводити скрінінг раку шийки матки, 11% – вакцинуватися.

Старше покоління менше за інших налаштоване на профілактику онкогінекології. Так, жінки віком від 50 до 64 років у 60,3% зазначають, що готові проходити гінекологічні огляди та цитологічні дослідження, серед молоді таких 84,4%.

Більшість опитаних жінок не мають стереотипів стосовно онкогінекології і погодилися із твердженнями, що «кожна жінка може захворіти на рак шийки матки» (40,8%), «рак шийки матки поширений і є провідною 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%).

## ВИСНОВКИ

1. Динаміка показників онкогінекологічних захворювань за останні 5 років свідчить про зменшення профілактичних оглядів жінок, що негативно впливає на зростання як 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.

2. Дослідження дозволило виявити нижчі показники захворюваності, смертності від онкогінекологічних захворювань у м. Суми у порівнянні із районами області, що свідчить про нижчий рівень доступності медичних послуг в сільській місцевості.

3. В 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 більшою мірою спрямовані на вирішення інфраструктурних аспектів проблеми онкології, при цьому відсутні вимірювані показники результативності профілактики, в тому числі з онкогінекології. Також відсутні вимірювані гендерно чутливі показники, а рівність шансів для всіх соціально-економічних груп застосовувалось в контексті лише 4-х зазначених груп – ЛЖВ, ВІЛ, ТБ, наркозалежні особи. Крім того, гендерні аспекти жодним чином не були пов'язані з онкологічною проблематикою.

4. Кожна друга жінка (54,2%) відвідує гінеколога з профілактичною метою (за відсутності ознак хвороби). Лише 60% опитаних жінок регулярно проходять профілактичні гінекологічні огляди. 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.

5. Більшість респонденток проходять гінекологічні огляди з власної ініціативи (60,7%) і лише 13% – за направленням сімейного лікаря. При виборі гінеколога найчастіше жінки керуються професійністю (66%) та уважністю



(43,1%) фахівця, у тому числі увага і до питань профілактики захворювань (20,8%).

6. 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.

7. Жінки, що проживають у селі, частіше звертаються за усною консультацією і не проходять огляд у гінекологічному кріслі. Лише третина опитаних (29%) відвідують гінеколога безкоштовно, тоді як кожна четверта жінка (25,2%) витрачає на консультацію понад 200 грн. При цьому 25% не знають про існування базових безкоштовних послуг щодо консультації у гінеколога.

## РОЗРОБКА ЗАХОДІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ПРОФІЛАКТИКОЮ, РАННЬОЮ ДІАГНОСТИКОЮ ТА ЛІКУВАННЯМ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Беручи до уваги високий рівень смертності жінок від онкологічних хвороб, важливою є реалізація комплексного підходу до заходів, пов'язаних з 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 в меншій мірі 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 всіх у доступі до наявних медичних послуг.

*Соціальний напрямок* має передбачати залучення до вирішення проблеми всіх відповідальних сторін, зокрема, керівництво територіальних громад, депутатських комісій, виконавчих комітетів, працедавців, що працюють на території, постачальників дотичних комунальних послуг, громадських організацій, профспілки, засобів масової інформації.

Вся 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 з залученням до здорового способу життя;

- сприяння просвітницьким та освітнім заходам 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, що стосуються профілактики онкологічної гінекологічної патології;

- на рівні дотичних програмних документів місцевого рівня - включення питання профілактики онкогінекологічної патології поряд з профілактикою інших нозологій.

- в 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:***

1. Ініціювати внесення в доповнення до наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 "Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги обов'язковості профілактичного цитологічного гінекологічного обстеження для жінок 1 раз на рік.

2. Застосовувати дані канцер-реєстрів для розроблення місцевих цільових програм в сфері громадського здоров'я.

3. Оптимізувати графік роботи медичних закладів та лікарів-гінекологів.

4. Сприяти ранній діагностиці онкозахворювань шляхом посилення комунікації для впровадження заходів первинної профілактики, спрямованих на попередження злоякісних новоутворень, в закладах, що надають первинну медичну допомогу.

5. Забезпечення сталий та рівний доступ для жінок із сільської місцевості до мережі закладів для діагностики та лікування онкозахворювань;

6. Підвищити рівень професійної освіти сімейних лікарів щодо ранньої діагностики онкогінекологічних захворювань, а також гінекологів щодо конструктивної комунікації із пацієнткою;

7. Залучити кошти місцевих бюджетів на вакцинацію проти вірусу папіломи людини для запобігання раку шийки матки.

8. Організувати роботу виїзних бригад вузьких фахівців (з багатопрофільного медичного закладу) та створити умови для проведення профілактичних оглядів, в тому числі гінекологічних, в територіальних громадах.

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

Фінансовий норматив надання профілактичної онкогінекологічної допомоги включає 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 включається в норматив;
- 2) заробітна плата нараховується у рамках основної занятості медичних працівників.

Фінансовий норматив надання профілактичної онкогінекологічної допомоги, **заробітна плата медичних працівників включається 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 меседжа)

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

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

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Всесвітній тиждень обізнаності про рак шийки матки. Центр громадського здоров'я України. Режим доступу:  
<https://www.phc.org.ua/news/vsesvitniy-tizhden-obiznanosti-pro-rak-shiyki-matki>
2. Доповідь про стан охорони здоров'я в Європі, 2005 р. // ВООЗ, Європ. регіон. бюро, 2005.
3. Індекс здоров'я. Україна – 2018. Результати загальнонаціонального дослідження //. – Київ. – 2018. – 172 С.
4. Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я». – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
5. Комісія з соціальних детермінант здоров'я, усунення недоліків покоління: рівність у питаннях здоров'я, що забезпечується за рахунок соціальних детермінант здоров'я. Заключний звіт (ВООЗ: 2008 рік). Режим доступу:  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/103825/E89384R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/103825/E89384R.pdf)
6. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 "Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги". – Режим досупу:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>
7. Обласна програма перспективного розвитку закладів охорони здоров'я третинного рівня Сумської області на 2017-2021 рр. – Режим доступу:  
[http://sm.gov.ua/images/docs/programa/programma\\_med\\_2017-2021.pdf](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. – Режим доступу:  
<http://www.medycyna.sm.gov.ua/images/docs/2020/progr%20rozvytku/pidtr%20systm%20grom%20zdor.pdf>
9. Підтримка ВООЗ у сфері розвитку системи охорони здоров'я в Україні 2016–2019. - World Health Organization Regional Office for Europe. – Режим доступу:

[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/429698/WHO\\_support\\_UkrUkr\\_2016-19\\_UA\\_028.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/429698/WHO_support_UkrUkr_2016-19_UA_028.pdf)

10. Рак в Україні, 2015–2016. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби : бюлетень нац. канцер-реєстру України / Нац. інститут раку. – К., 2017. – № 18. – 145 с

11. Романів М.П. Онкогінекологічна патологія в структурі захворюваності та смертності населення України. // Вісник наукових досліджень, №2. Режим дрступу:

<https://doi.org/10.11603/2415-8798.2017.2.7871>

12. 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».

13. Рішення Глухівської міської ради Сумської області від 03.04.2020 №410 «Про Комплексну міську програму «Здоров'я глухівчан» на 2020–2024 роки».

14. 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».

15. 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».

16. 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».

17. 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».

18. 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».

19. 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. – Режим доступу: [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_21/index.htm](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_21/index.htm)

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

21. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік. // Режим доступу: <https://library.gov.ua/shhorichna-dopovid-pro-stan-zdorov-ya-naselennya-sanitarno-epidemichnu-sytuatsiyu-ta-rezultaty-diyalnosti-systemy-ohorony-zdorov-ya-ukrayiny-2017>.

22. Breast cancer statistics, 2013 [Text] / C. DeSantis, J. Ma, L. Bryan [et al.] // CA Cancer J. Clin. – 2014. – Vol. 64, № 1. – P. 52-62. 168.

Burden and trends of type-specific human papillomavirus infections and related diseases in the latin america and Caribbean region [Text] / D.M. Parkin, M. Almonte, L. Bruni [et al.] // Vaccine. – 2008. – Vol. 26, suppl. 11. – P. L1-L15.

23. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD) [Text] / M.P. Coleman, M. Quaresma, F. Berrino [et al.] // Lancet Oncol. – 2008. – Vol. 9, № 8. – P. 730-756.

24. Cronin, K.A. Sustained lower rates of breast cancer in the United States [Text] / K.A. Cronin, P.M. Ravdin, B.K. Edwards // Breast Cancer Res Treat. – 2009. – Vol. 117, № 1. – P. 223-224.

25. Endometrial cancer incidence trends in Europe: underlying determinants and prospects for prevention [Text] / F. Bray, I. Dos Santos Silva, H. Moller [et al.] // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. – 2005. – Vol. 14, № 5. – P. 1132-1142.



26. Evidence-based, alternative cervical cancer screening approaches in lowresource settings [Text] / J. Sherris, S. Wittet, A. Kleine [et al.] // *Int. Perspect. Sex. Reprod. Health.* – 2009. – Vol. 35, № 3. – P. 147-154.

27. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends [Text] / A. Jemal, M.M. Center, C. Desantis [et al.] // *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* – 2010. – Vol. 19, № 8. – P. 1893-1907.

28. HPV screening for cervical cancer in rural India [Text] / R. Sankaranarayanan, B.M. Nene, S.S. Shastri [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2009. – Vol. 360, № 14. – P. 1385-1394.

29. Mathew, A. Trends in incidence and mortality rates of squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of cervix-worldwide [Text] / A. Mathew, P.S. George // *Asian. Pac. J. Cancer Prev.* – 2009. – Vol. 10, № 4. – P. 645-650.

30. Ovarian\_cancer\_surgery guidelines [Text] / European Society of Gynaecological Oncology. – Prague, Czech Republic, 2017. – 11 p.

31. Reproductive risk factors and endometrial cancer: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition [Text] / L. Dossus, N. Allen, R. Kaaks [et al.] // *Int. J. Cancer.* – 2010. – Vol. 127, № 2. – P. 442-451.

32. Trends in cancer incidence and mortality in Osaka, Japan: evaluation of cancer control activities [Text] / Y. Ito, A. Ioka, M. Tanaka [et al.] // *Cancer Sci.* – 2009. – Vol. 100, № 12. – P. 2390-2395.

## Додаток А

**АНКЕТА****1. Скільки вам повних років?**

1) 18-29 р.2) 30-49 р. 3) 50-64 р.4) 65 р. і старше

**2. Ви проживаєте:**

1) в селі, 2) в селищі,

3) в місті, але не обласному центрі,4) в обласному центрі

**3. Ваша освіта:**

1) середня (повна, неповна);

2) середня спеціальна (технікум, училище, коледж)

3) вища (бакалавр, спеціаліст, магістр, вчений ступінь)

**4. Ваш рівень доходу:**

1) до 5 000 грн.4) від 10 000 грн. до 12 000 грн.

2) від 5 000 до 7 000 грн. 5) понад 12 000 грн.

3) від 7 000 грн. до 10 000 грн.6) нема відповіді

**5. Який склад вашої сім'ї?**

1) живу одна 4) живу з чоловіком і дітьми

2) живу з чоловіком 5) живу з батьками

3) живу з дітьми 6). інше \_\_\_\_\_

**6. Кількість вагітностей**

1) жодної 2) одна3) дві4) три5) більше трьох

**7. Кількість пологів, що завершилися народженням дитини:**

1) жодної 2) одна3) дві4) три5) більше трьох

**8. Опишіть власний емоційний/фізичний стан під час пологів (можна обрати**

*декілька варіантів відповіді)*

1) пологи пройшли нормально

2) під час пологів відчувала підтримку з боку медичного персоналу

3) під час пологів відчувала підтримку з боку рідних та близьких

4) понесла значні матеріальні витрати

5) після пологів мала проблеми зі здоров'ям

6) пережила приниження

7) не мала досвіду пологів

8) інше \_\_\_\_\_

**9. Чи відвідуєте Ви свого сімейного лікаря із профілактичною метою (за відсутності ознак хвороби)?**

- 1) так 2) ні

**10. Яких вузьких медичних фахівців Ви зазвичай відвідуєте із профілактичною метою (за відсутності ознак хвороби)?** *(можна обрати декілька варіантів відповіді)*

- 1) кардіолог 6) отоларинголог (лор)  
 2) невропатолог 7) стоматолог  
 3) ендокринолог 8) не відвідую фахівців із профілактичною метою  
 4) гінеколог 9) інше \_\_\_\_\_  
 5) офтальмолог

**11. До кого Ви звертаєтесь із метою профілактичних гінекологічних оглядів?**

- 1) сімейного лікаря 3) гінеколога  
 2) акушера 4) нікого

**12. Чи є у Вас гінеколог, якому довіряєте?**

- 1) так 2) ні 3) мені все одно до кого звертатися

**13. Чим Ви керуєтесь під час вибору гінеколога?** *(можна обрати декілька варіантів відповіді):*

- 1) близькість до місця проживання  
 2) професійність фахівця  
 3) уважність фахівця  
 4) безкоштовність консультації / огляду  
 5) швидкість консультації  
 6) швидкість під час запису на консультацію  
 7) увага фахівця до питання профілактики захворювань  
 8) мені все одно до кого звертатися  
 9) не маю гінеколога  
 10) інше \_\_\_\_\_

**14. Де саме Ви проходите гінекологічні огляди?**

- 1) у мед. закладі, де приймає мій сімейний лікар  
 2) у іншому комунальному медичному закладі  
 3) у іншому приватному медичному закладі  
 4) у медичному закладі іншого населеного пункту  
 5) не проходжу гінекологічні огляди

**15. З якою періодичністю Ви проходите гінекологічні огляди?**

- 1) двічі на рік4) рідше ніж раз на два роки
- 2) один раз на рік5) не проходжу гінекологічні огляди
- 3) один раз на два роки6) інше \_\_\_\_\_

**16. З чиєї ініціативи Ви проходите гінекологічні огляди?**

- 1) з власної ініціативи
- 2) за направленням сімейного лікаря
- 3) за направленням іншого фахівця
- 4) направлення з роботи
- 5) не проходжу гінекологічні огляди
- 6) інше \_\_\_\_\_

**17. З якою метою Ви проходите гінекологічні огляди?**

- 1) для профілактики 5) для діагностики захворювань
- 2) для онкопрофілактики6) лікування за наявними симптомами
- 3) підбір засобів контрацепції7) для працевлаштування/допуску на роботу
- 4) штучне переривання вагітності8) не проходжу гінекологічні огляди
- 9) інше \_\_\_\_\_

**18. Зазначте, як відбуваються гінекологічні огляди?** *(можна обрати декілька варіантів відповіді):*

- 1) усна консультація у медичному закладі або телефоном
- 2) огляд у гінекологічному кріслі
- 3) лабораторне дослідження (крові, сечі, тощо)
- 4) цитологічне дослідження (мазок)
- 5) ультразвукова діагностика
- 6) не проходжу гінекологічні огляди
- 7) інше \_\_\_\_\_

**19. Під час гінекологічного огляду чи приділяє увагу фахівець питанням профілактики?**

- 1) так2) ні

**20. Скільки коштів на транспорт Вам необхідно щоб потрапити на консультацію до гінеколога?**

- 1) нічого не коштує4) більше 100 грн.
- 2) до 20 грн. 5) не проходжу гінекологічні огляди
- 3) від 20 до 50 грн.

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

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

**22. Скільки коштів Вам необхідно щоб отримати консультацію до гінеколога?**

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

**23. Чи відомо Вам, що консультація у гінеколога входить до пакету 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 обрати 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 обрати 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 обрати декілька варіантів відповіді):

- 1) ВІЛ/СНІД5) не задумуюся над цим
- 2) сифіліс6) жодні
- 3) онкологія7) інші \_\_\_\_\_
- 4) безпліддя

**28. До яких кроків Ви готові вдатися для профілактики онкогінекології?**

(можна обрати 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. Зазначте твердження з якими Ви погоджуєтесь (оберіть всі варіанти , з якими погоджуєтесь):**

- 1) я не бачу причин проводити скринінг раку (діагностика) шийки матки
- 2) я боюсь процедури проведення скринінгу раку (діагностика) шийки матки
- 3) я боюсь 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 провідною 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 заподіює шкоди, ви проведете скринінг раку шийки матки
- 12) не погоджуюся із жодним