4. Патріарший паломницький центр Української Греко-Католицької Церкви (ППЦ УГККЦ) / автори-упорядники : І. Голота, М. Влад, с. М. Гузіль, В. Гіщинський. – К. : Вид-во НВФ «Карти і Атласи», 2011. – 178 с.
5. Патріарший паломницький центр УГКЦ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://pilgrimage.org.ua.
6. Релігійний туризм : термінологічний словник-довідник / автор-упорядник Т. Божук. – Львів : Укр. бестселер, 2010. – 252 с.
7. Сапелкіна З. П. Паломництво як соціокультурне явище: становлення і розвиток в Україні (середина XIX – початок XXI ст.) : дис. ... канд. іст. наук : 17.00.01 / З. П. Сапелкіна ; Київський нац. ун-т культури і мистецтва – К., 2006. – 208 с.
8. Святині, що знаходяться в храмах Львівської єпархії УПЦ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://orthodox.lviv.ua.

Городиский Юрий. Классификация паломнических маршрутов в религиозно-туристическом исследовании. В статье осуществлена классификация паломнических маршрутов для нужд общественно-географических исследований. Выделены основные критерии и особенности паломнических маршрутов по видам. На основе анализа литературных источников и собственных исследований составлена классификация паломнических маршрутов с выделением основных их видов по следующим признакам: направленностью, масштабам охвата территории, продолжительностью, целью, средствами передвижения, организацией, сезонностью, формой участия и видами маршрута.
Ключевые слова: паломничество, виды паломничества, христианство, паломнические объекты, паломнические ресурсы, паломнический туризм.

Gorodysky Yuriy. Classification of Pilgrimage Routes in Religious Tourism Research. In the article pilgrimage route to the needs of social and geographical research are classified. In particular, the main criteria and characteristics of the pilgrimage route types is highlighted. On the base of literature analysis and own research classification of pilgrimage routes with the release of their main types basing on the main criteria as: the orientation, scale coverage of area, duration, the purpose, the means of transportation, the organization, seasonality, the form of participation, the form of route is made.
Key words: pilgrimage, types of pilgrimage, Christianity, objects of pilgrimage, pilgrimage resources, pilgrimage tourism.

Стаття надійшла до редколегії
30.12.2015 р.

УДК [911.3:33:61](477.82)

Юлія Базелюк

Особливості медико-географічного районування території (на прикладі Волинської області)

У статті узагальнено теоретичні напрацювання щодо медико-географічного районування території. Визначено основні етапи медико-географічного районування території мезорівня. Досліджено структуру та рівні організації медичного району мезорівня. Коротко проаналізовано функціонально-організаційну структуру медичних закладів Волинської області. Проведено медико-географічне районування Волинської області на основі комплексних ознак. Досліджено головні проблеми, які виникають при проведенні медико-географічного районування території. Визначено основні недоліки розвитку медико-географічних районів Волинської області.
Ключові слова: медико-географічне районування, охорона здоров'я, заклади охорони здоров'я, медико-географічний район, медичний вузол.

Постановка наукової проблеми та її значення. Система охорони здоров'я країни на сьогодні перебуває в складному становищі, за якого більшість населення країни мінімально забезпечене медичними послугами. Сьогодні держава потребує розвитку такої організації галузі охорони здоров'я в регіонах, яка максимально буде наближеною до населення, відповідатиме його потребам й спрямовуватиметься на превентивне попередження захворювань. Одним зі способів створення моделей територіальної організації закладів охорони здоров'я є поглиблення досліджень медико-географічного районування території, що дає змогу враховувати природні й соціально-економічні особливості розвитку регіонів країни. Медико-географічне районування не лише уможливлює територіальне окреслення потреби населення в тих чи інших медичних послугах, які надають заклади охорони здоров'я, а й стимулює управлінську функцію та створює передумови для найбільш оптимальної концентрації

© *Базелюк Ю., 2015*

медичних закладів, сприяє розвитку такої системи територіальної організації, яка є найбільш прийнятною для досліджуваної території з урахуванням критеріїв й особливостей розвитку. У межах вітчизняних наукових досліджень суспільної географії питаням медико-географічного районування приділено, на нашу думку, недостатньо уваги, що зумовлює вибір теми цієї наукової статті.

Аналіз досліджень цієї проблеми. Протягом останніх десятиліть дослідженням питання медико-географічного районування у вітчизняній науці все більше приділено уваги вченими не лише в галузі суспільної географії, а й інших наук. Це пов'язано з мультидисциплінарним характером цієї частини медичної географії. Результати цих досліджень викладено в працях М. І. Долішнього, В. І. Куценко, А. В. Підаєва, Б. Б. Прохорова, А. Г. Топчієва, О. І. Шаблія, В. А. Шевченка.

Мета статті – дослідити сутність медико-географічного районування та визначити його місце в раціоналізації охорони здоров'я населення Волинської області; за допомогою вивчення цілого спектра показників виділити основні медико-географічні райони Волинської області на основі врахування наявних територіальних диспропорцій у медичному обслуговуванні населення. У ході дослідження поставлено такі **завдання:** установити суть поняття «медико-географічне районування»; узагальнити методику проведення медико-географічного районування; провести медико-географічне районування Волинської області.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Медико-географічне районування – закономірний та необхідний результат комплексних досліджень, які є підсумковою оцінкою функціонування природних і суспільно-географічних комплексів у контексті їх впливу на здоров'я населення [2]. Цінність медико-географічного районування полягає в тому, що воно відображає складне різноманіття та просторову диференціацію географічного середовища разом із синтезом й інтеграцією інформації про дані територіальні підсистеми. У суспільній географії є різні наукові точки зору щодо трактування поняття «медико-географічне районування». За В. Шевченко, медико-географічне районування відображає стан відповідних територіальних систем за точно зафіксованими характеристиками, якими можуть бути властивості навколишнього середовища, що стосуються нездоров'я людей узагалі; різні конкретні ознаки його прояву (захворюваність, смертність тощо); кількісні або якісні показники зв'язку між середовищем і населенням, якщо цей зв'язок стосується стану здоров'я [7, 39].

Запропоновані підходи професором О. Шаблієм визначають, що медико-географічне районування вивчає організацію тих аспектів суспільства, які мають безпосередній вплив на здоров'я його представників, а також самого здоров'я, тобто це просторова структура сфери здоров'я. Конкретизуючи об'єкт дослідження останнього, О. Шаблій зазначає, що вона вивчає форми географічної організації сфери здоров'я, якими є територіальні медичні системи – від початкових аж до загально-державних, міжнародних і навіть глобальних [6]. Помітне місце в медико-географічному районуванні відведено медико-географічній оцінці комфортності умов проживання населення. Під комфортністю навколишнього середовища прийнято розуміти ступінь її здатності задовольняти медичні послуги населення в місцях постійного або короткотермінового проживання. Загальна схема таких досліджень зводиться до відбору ключових параметрів, які характеризують стан довкілля, рівень антропогенного навантаження на це середовище, медико-демографічний стан, а також до аналізу та розрахунку інтегральних оцінних критеріїв.

При визначенні інтегральних оцінок сукупності природних умов будь-якої території постає питання щодо коефіцієнтів значимості окремо взятих показників або елементів сфер життєдіяльності людини. Уведення кореляційних коефіцієнтів здебільшого пов'язане з проведенням ранжування показників. Оскільки від вибору коефіцієнта залежать величина й правильність усієї сукупності оцінок, то потрібно звернути увагу на об'єктивне визначення цих коефіцієнтів, що можливе лише за поглибленого вивчення закономірностей зв'язків явищ та об'єктів дослідження [7, 139].

При проведенні медико-географічного районування потрібно встановити його масштаби й виокремити територіальні одиниці. Оскільки оцінку природного середовища необхідно здійснювати в регіональному аспекті, то виділені райони повинні показувати відмінності в територіальних поєднаннях природних умов. У процесі визначення меж медико-географічних районів потрібно враховувати не лише природні, а й соціально-економічні, історичні та медико-географічні умови.

Медико-географічне дослідження території можна проводити трьома способами:

1) поділом території на більші або менші рівновеликі частини й проводити медико-географічну оцінку кожної з них;

2) поділом території за одним із визначених найважливіших критеріїв (проведення стратифікації території), збір медико-географічної інформації за типовими ключовими об'єктами в середині виділених частин, екстраполяція отриманої інформації на весь виділений тип території;

3) презентацією оцінки територіальної диференціації медико-географічних показників методом ізоліній, побудованих із використанням опорних точок.

У науковій літературі запропоновано кілька способів відбору районів для оцінки:

1) вибір адміністративних одиниць у якості територіальної одиниці, що зручно завдяки простому відбору та обробці статистичної інформації. Але оскільки об'єктом дослідження слугують природні умови, то таке виділення районів не є прийнятним, бо адміністративні межі часто перетинають природні комплекси, а їхні межі не збігаються;

2) для дослідження в якості вихідних територіальних одиниць обирають природні райони. Проте й застосування цього способу не виправдане, оскільки зменшується значимість оцінки окремо взятих елементів природного середовища. Таку закономірність простежено, тому що в одному природному комплексі можуть бути цілком різні економіко-географічні й соціально-історичні умови життя населення;

3) сумування конкретних особливостей природного середовища та економіко-географічної ситуації з урахуванням природних й адміністративних кордонів районування [6, 139; 7, 111].

На думку багатьох науковців, медико-географічне районування доцільно проводити в три етапи:

– перший – виділення критеріїв районування, відбір групи показників і характеристик майбутніх медико-географічних районів;

– другий – проведення обґрунтування меж досліджуваних районів на основі локалізованих показників;

– третій – процес зіставлення природних і соціально-економічних показників, що допомагають виявити критерії комфортності медико-географічного району [2].

Мета медико-географічного районування – створення моделі територіального управління системою охорони здоров'я на певній території. Механізмом реалізації та ефективного управління є саме територіальна медико-географічна система. У процесі медико-географічного моделювання створюється та розробляється територіальна структура медико-географічної системи, яка має складну структуру й декілька рівнів організації:

– перший (мікрорівень) – рівень одиничних закладів охорони здоров'я, які все ж належать до закладів галузі, але не є повноцінними його учасниками. Певною мірою це заклади вузької спеціалізації, або підвідомчі. Особливостями цього рівня просторової організації системи є відсутність зв'язків між структурними одиницями в межах одного й того самого регіону. Вони лише виконують функції, задекларовані загальними постулатами системи охорони здоров'я;

– другий – формується при виникненні галузевих зв'язків безпосередньо між закладами охорони здоров'я в межах одного населеного пункту. Цей процес характеризується підвищенням вимоги населення досліджуваного регіону до якості й кількості медичних послуг. Такі взаємозв'язки існують лише в межах досліджуваного населеного пункту та практично відсутні з іншими. Ці зв'язки формують медичний пункт;

– третій (мезорівень) – результат взаємодій медичних закладів, які функціонально складають медичний пункт. Цей рівень перший, який характеризується не лише вертикальними зв'язками, а й горизонтальними – міжпрофесійними;

– четвертий – так званий медичний ареал – результат взаємодії медичних пунктів та центрів, які складають на досліджуваній території територіальну медичну концентрацію або мережу медичних закладів;

– п'ятий – медичний район – найвищий рівень територіального угрупування закладів охорони здоров'я, що характеризується не лише концентрацією взаємозв'язків усіх попередніх рівнів, а й інтеграцією допоміжних, навіть непрофільних організацій, що виконують адміністративні та управлінські функції [7, 398].

Головна проблема медико-географічного районування, особливо територіальних медико-географічних систем – визначення меж районів. Якщо в процесі дослідження на початковому етапі зрозумілі кордони, у межах яких потрібно проводити дослідження, то в процесі постановки завдання та використання різноманітних методів дослідження ці межі можуть розширюватися чи, навпаки, звужуватися. Причина цього – усе та ж мета, яка поставлена перед науковцем під час проведення

медико-географічного районування території. Така проблема викликає різне розуміння в побудові реально діючої системи територіальної організації закладів охорони здоров'я.

У процесі проведення медико-географічного районування Волинської області нами виявлено недостатність наявних розроблених показників для проведення повної й детальної оцінки. Усе ж найбільш повну медичну оцінку районів регіону та специфіку територіальної організації закладів охорони здоров'я Волинської області відображають показники демографічної (народжуваність, смертність, статево-вікова структура, міграція населення тощо) і медичної (кількість закладів медицини, ліжкового фонду та медичного персоналу в містах та сільській місцевості, рівень забезпеченості населення медичними послугами, показники роботи стаціонарів, рівні захворюваності й поширення хвороб тощо) статистики.

У ході дослідження для виявлення медичних районів Волинської області нами застосовано підходи адміністративно-територіального поділу регіону разом із подальшим аналізом комфортності сформованих районів разом з установленням медичних ареалів – вузлів – накладанням ізоліній.

Так, на сьогодні на території Волинської області можна виокремити такі медичні райони: Північний, Західний, Центральний і Південно-Східний. Поряд із ними функціонують самостійні медичні ареали, які в ході сучасної медичної реформи поки не можна віднести до будь-якого з указаних медичних районів. Важливо звернути увагу на той факт, що якщо ареал функціонування медико-географічних районів проводився нами адміністративно-територіальними межами районів області, то медичний ареал вузлів дуже частко виходить за ці межі.

У межах таких районів на території Волинської області функціонує 48 лікарняних закладів, що надають стаціонарну допомогу населенню, у т. ч. 15 центральних районних лікарень, сім районних лікарень, чотири дільничні лікарні, чотири міські лікарні, два пологові будинки, дві психіатричні лікарні, три туберкульозні лікарні для дорослих, одна обласна інфекційна лікарня для дорослих, по одній обласній клінічній лікарні для дорослих і дітей, одна дитяча міська лікарня, один госпіталь для інвалідів війни, одна обласна лікарня «Хоспіс», три обласні диспансери (протитуберкульозний, онкологічний, наркологічний) та один міський шкірно-венерологічний. У них нараховано 8171 ліжок, що складає 78,8 од. на 10 тис. населення [5].

Починаючи з 2013 р., створено та функціонують 14 самостійних центрів первинної медичної допомоги. Амбулаторії й ФАПи у ході медичної реформи 2010–2014 рр. увійшли до складу центрів ПМСД. У результаті такої реорганізації кількість амбулаторно-поліклінічних закладів складає 205 од. Із них – 33 поліклініки, які входять до складу лікарняних закладів, п'ять диспансерів, 15 центрів ПМСД, три самостійні поліклініки для дорослих, одна госпрозрахункова клініка, шість стоматологічних поліклінік, одна дитяча поліклініка, три сільські лікарські амбулаторії загальної практики / сімейної медицини (ЗП/СМ), один обласний Центр із профілактики та боротьби зі СНІДом, три лікарські й 15 фельдшерських пунктів, 52 ФАПи [9].

Найбільшу увагу приділено забезпеченню сільського населення медичними послугами. Так, загальний рівень забезпеченості амбулаторіями сімейної медицини в сільській місцевості – 3,12 од. на 10 тис. населення, у містах він становить лише 0,80 амбулаторій на 10 тис. населення. Загалом, населення медичною допомогою амбулаторій охоплене рівномірно та майже однаково й становить 95,35 % [5].

На основі аналізу передумов розвитку закладів охорони здоров'я, регіонального тяжіння населення до отримання тих чи інших медичних послуг, територіальної близькості розміщення закладів медицини й особливістю існування функціонально-просторових зв'язків нами виділено такі вузли медичного обслуговування населення: Луцький, Володимир-Волинський, Шацьк–Любомль, Камінь-Каширський, Любешів–Маневичі, Ковельський.

Північний медико-географічний район уключає чотири адміністративні райони – Ратнівський та Камінь-Каширський, Любешівський і Маневицький. Окрім територіальної близькості та локалізованості медичних процесів, для цього району характерна віддаленість від основного медичного центру області – Луцька, що обумовлює важкодоступність населення до повного спектра медичних послуг. Район характеризується відсутністю мережі закладів спеціалізованої медицини, ураховуючи той факт, що ці території належать до забруднених унаслідок аварії на ЧАЕС. Відносна низька густота населення обумовлює розпорошеність закладів медицини. Усі заклади рівні за функціональним значенням і надають однакові послуги, що унеможливлює компенсацію (прагненням отримати більш кваліфіковані послуги) наявного медичного обслуговування мережею закладів.

Схожість організації, проблем, функціональна спорідненість формує єдину ланку медико-лікувальних і медико-профілактичних зв'язків. Загалом на території району розміщено чотири

центральні районні лікарні (ЦРЛ), дві лікарні районного підпорядкування (РЛ) та чотири центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). Район вирізняється однією особливістю, яка полягає у відсутності єдиного центру, до якого функціонально тяжіють інші заклади охорони здоров'я району, що, на нашу думку, негативно впливає на ефективність територіальної організації закладів медицини. На території району сформувалися два медичні вузли – Камінь-Каширський і Любешів-Маневичі. Особливість указаних вузлів – висока забезпеченість середнім медичних персоналом, високим рівнем забезпеченості населення амбулаторними закладами – 4,18 од. на 10 тис населення (особливо в Камінь-Каширському вузлі), але низький рівень забезпечення медичним персоналом вищої ланки. Також характерний відносно низький рівень захворюваності населення, що зумовлено бажанням населення отримувати медичні послуги в більш кваліфікованих закладах, наприклад у Луцьку [9].

Західний медико-географічний район – новітнє та найпотужніше медичне угрупування, яке об'єднує три райони області (Шацький, Любомльський і Володимир-Волинський). Особливістю цього регіону є функціонування новоутворених територіальних медичних об'єднань (ТМО) – Любомльського ТМО, що об'єднує Любомльський і Шацький райони, а також Володимир-Волинське ТМО. Ці угрупування створено для оптимізації функціональної й територіальної структури організації закладів охорони здоров'я та подальшого підвищення ефективності і якості послуг. Обидва ТМО створено на базі ЦРЛ; у Шацькому районі ЦРЛ спрощено до звичайної лікарні з денним стаціонаром. Рівень медичного обслуговування є найвищим після Луцького медичного району внаслідок швидких темпів оновлення медичного обладнання й матеріально-технічної бази закладів. Концентрація потужних медичних закладів у районних центрах зумовлює тяжіння до них центрів нижчого рівня, реорганізованих у процесі утворення ТМО. Особливість організації закладів обумовлює відсутність периферійних населених пунктів в обслуговуванні населення.

Перевагою, на нашу думку, є географічне положення району. А створення ТМО дає змогу створити потужний прикордонний медичний центр для обслуговування не лише власних громадян, а й населення з-за кордону.

Закономірно, що на базі району функціонують два вузли в межах ТМО: Володимир-Волинський, до складу якого входять ЦРЛ, міська лікарня, один Центр ПМСД, стоматологічна поліклініка; та вузол Любомль–Шацьк, у якому функціонують ЦРЛ, РЛ та один Центр ПМСД [5; 9].

Південно-Східний медико-географічний район – найпотужніший та ефективний медичний район за всіма показниками. Територія, яку він об'єднує, – м. Луцьк, Луцький, Ківерцівський і Рожищанський райони – є найбільш густонаселеною, де сконцентровано близько третини населення області. Потужним ядром району є обласний центр – м. Луцьк. Тому закономірно, що до функціонування головного осередку тяжіють усі медичні заклади. Високорозвинута, порівняно з іншими медичними районами, вторинна й третинна медико-санітарна допомога обумовлює розподіл потоків медичного обслуговування населення з інших регіонів на користь указаного. Більше того, функціональна та територіальна структура медицини Волинської області побудована таким чином, що рівноцінне медичне обслуговування неможливо отримати в інших медичних районах, окрім Луцького медико-географічного.

До структури цього району входять три міські лікарні, три ЦРЛ, одна РЛ, дві стоматологічні поліклініки, одна обласна лікарня для дорослих та одна дитяча обласна лікарня, на базі якої створено ТМО (об'єднання дитячої обласної лікарні й дитячого санаторію «Дачний»), дві лікарні психоневрологічного лікування, один наркодиспансер, один шкірно-венерологічний диспансер, один онкодиспансер, «хоспіс» та шість ЦПМСД – три у м. Луцьку й по одному в кожному районі [9]. У межах цього району функціонує один медичний вузол із центром у м. Луцьку, який уміщує всі ці заклади. Очевидно, така концентрація медичних закладів та спектра надаваних послуг зумовлює відсутність потреби в додаткових медичних вузлах.

Центральний медико-географічний район сформований на території трьох адміністративних районів (Ковельського, Старовижівського та Турійського) і м. Ковеля. Це друге за функціональністю та медичним наповненням угрупування. Район характеризується найвищим в області рівнем забезпеченості медичним персоналом як вищої, так і середньої ланки – 84,1 од. медичного персоналу на 10 тис. населення. Рівновіддаленість розміщення адміністративних центрів, де наявні основні заклади охорони здоров'я, обумовлює рівнодоступність населення в процесі отримання медичних послуг.

Більше того, транзитність території медичного району наштовхує на потребу створення міжнародного пункту медичного обслуговування. З одного боку, це дасть змогу підвищити якість й ефективність медичних послуг, а з іншого – створити альтернативний центр медичного обслуговування поряд із Луцьким медико-географічним районом. Він функціонує на базі Ковельського міського ТМО,

що об'єднує одну РЛ, одну міську лікарню, одну спеціалізовану лікарню ДП «Укрзалізниці», один пологовий будинок та одну стоматологічну поліклініку; дві ЦРЛ, три Центри ПМСД і три дільничні лікарні [5; 9]. Для району характерні дві особливості – високий рівень концентрації закладів охорони здоров'я в м. Ковелі, що призводить до ієрархічного тяжіння інших закладів району та населення до цього міста; інша особливість – район є одним із нерівномірно розселених: якщо м. Ковель, Ковельський і Турійський райони є більш-менш рівномірно заселеними, то Старовижівський – характеризується значним рівнем його розпорошеності, що призвело до потреби у функціонуванні таких медичних закладів, як дільнична лікарня з частковим функціонуванням повного стаціонару. Ця особливість дещо нагромаджує територіальну структуру організації закладів охорони здоров'я району, але в ході реформи така структура переживатиме процес зміни функціонально-компонентної й функціонально-територіальної структури.

У процесі проведення районування території Волинської області нами виявлено факт неможливості віднести кілька районів області до того чи іншого медико-географічного району внасідок автономного функціонування та / або відсутності структурних зв'язків з іншими закладами поза ареалом їх функціонування. Інші фактори, що не дали змоги провести районування, полягали в тому, що один і той самий регіон функціонально тяжіє до кількох медико-географічних районів одразу, наприклад Локачинський адміністративний регіон одночасно тяжіє до Центрального й Західного районів з вузлом у м. Володимирі-Волинському. Іншого характеру перепона полягала в тому, що адміністративно-територіальні одиниці, які до проведення медичної реформи функціонально й компонентно були взаємопов'язаними, після її початку опинилися в ситуації, коли вони не належать до жодного медико-географічного району, а наповнення медичного комплексу внаслідок тих чи інших причин на цей момент не дає змоги виділити їх в окремий самостійний медичний вузол. Прикладом такої ситуації можуть стати м. Нововолинськ та Іваничівський адміністративний район у цілому. Усе ж проведене нами дослідження медико-географічного районування Волинської області не можна вважати повністю завершеним через продовження медичної реформи в Україні, дія якою розповсюджена на оптимізацію територіальної структури закладів охорони здоров'я. Тому зміна меж медико-географічних районів та переформатування медичних вузлів може зазнавати процесів як укрупнення, так і подрібнення, виокремлення нових ареалів відповідно до поставлених завдань перед галуззю охорони здоров'я.

Висновки та перспективи подальших досліджень. У ході дослідження визначено, що медико-географічне районування регіону – важливий і змістовний процес дослідження сфери медичного обслуговування цієї території. Подібні дослідження уможливлюють оцінку та прогноз діяльності територіальних систем медицини. Вивчено можливі шляхи та основні перепони в здійсненні медико-географічного районування регіону. Уперше проведено медико-географічне районування Волинської області, що в подальшому дасть змогу як науковцям, так і практикам створити оптимальну модель територіальної організації закладів охорони здоров'я для якнайширшого покриття населення регіону якісними й доступними медичними послугами.

Джерела та література

1. Базелюк Ю. Регіональна політика в системі територіальної організації закладів охорони здоров'я регіону / Ю. Базелюк // Актуальні проблеми країнознавчої науки : матеріали ІІ Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. (м. Луцьк, 14−15 трав. 2015 р.) / за ред. В. Й. Лажніка. – Луцьк : Вежа-Друк, 2015. – С. 38–42.
2. Клочко Л. В. Медична географія: курс лекцій геолого-географічного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна / Л. В. Клочко. – Х., 2011.
3. Куролап С. А. Медицинская география: современные аспекты / С. А. Куролап // Соросовский образовательный журнал. – Т. 6, № 6. – 2000. – С. 52–58.
4. Гуцуляк В. Історія розвитку та сучасний стан медико-географічних досліджень / В. Гуцуляк, К. Муха // Вісник Львівського університету. – Серія географічна. – 2009. – Вип. 36. – С.115–121.
5. Статистичний щорічник: Волинь 2014. – Луцьк : Голов. упр. статистики у Волин. обл., 2015. – 490 с.
6. Шаблій О. І. Суспільна географія: теорія, історія, українознавчі студії / О. І. Шаблій. – Львів : Львів. нац. ун-т ім. І. Франка, 2001. – С. 744.
7. Шевченко В. А. Медико-географическое картографирование территории Украины / В. А. Шевченко. – К, 1981. – С. 532.
8. Шевчук Л. П. Основи медичної географії: текст лекцій / Л. П. Шевчук. – Львів, 1997. – С. 168.
9. Щорічна доповідь-2014 / за ред. О. Квіташвілі ; МОЗ України. – К., 2015. – 460 с.
10. Brown T. A companion to health and medical geography / T. Brown, S. McLafferty, G. Moon. – Oxford : Willey-Blackwell, 2010. – 637 p.

Юлия Базелюк. Особенности медико-географического районирования территории (На примере Волынской области). В статье обобщаются теоретические наработки по медико-географическому районированию территории. Определены основные этапы медико-географического районирования территории мезоуровня. Исследованы структура и уровни организации медицинского района мезоуровня. Кратко проанализирована функционально-организационная структура медицинских учреждений Волынской области. Проведено медико-географическое районирование Волынской области на основе комплексных признаков. Исследованы главные проблемы, которые возникают при проведении медико-географического районирования территории. Определены основные недостатки развития медико-географических районов Волынской области.

Ключевые слова: медико-географическое районирование, здравоохранение, учреждения здравоохранения, медико-географический район, медицинский узел.

Bazelyuk Julia. Features of the Medical-Geographical Zoning of the Territory (on the Example of Volyn Region). The paper summarizes theoretical work on medical-geographical zoning. The main stages of medical-geographical zoning of the mezo level are developed. The structure and levels of organization of medical area of mezo level is investiged. Brief analysis of functional and organizational structure of health care institutions in Volyn region is made. A medical-geographical regionalization of Volyn region on the basis of complex characteristics is made. The main problems that arise in the course of medical-geographical zoning are studied. The main disadvantages of medical and geographic areas of Volyn region are revealed.

Key words: medical-geographical zoning, health care, health care facilities, medical and geographical area, the medical node.

Стаття надійшла до редколегії
29.12.2015 р.

УДК 911: 502.5 (477.82-751.3)

Андрій Шульгач,
Михайло Мельнійчук

Гуманістичний потенціал перспективного Національного природного парку «Лісова пісня»

Досліджено гуманістичний потенціал геосистеми середнього межиріччя Турії та Стоходу. Визначено історико-культурну, рекреаційно-оздоровчу та еколого-середовищну складові частини як вагомі чинники організації на досліджуваній території Національного природного парку. Обґрунтовано появу його назви й відповідного бренду. Виділено та вивчено основні компоненти гуманістичного потенціалу досліджуваної геосистеми потенційного природного парку «Лісова пісня». Вивчено ландшафтне різноманіття й пов'язану з ним естетичну цінність краєвидів досліджуваної території з метою планування еколого-пізнавальних маршрутів, створення мережі екологічних стежок й інших туристично-рекреаційних компонентів потенційного природного парку. Проаналізовано рекреаційну цінність усієї території перспективного Національного природного парку. Визначено основні напрями збереження загальнонаціональної природної та гуманістичної спадщини.

Ключові слова: історико-культурна спадщина, естетика ландшафту, геосистема, перспективний Національний природний парк, урочище Нечимне.

Постановка наукової проблеми та її значення. Мережа природно-заповідного фонду Волинського Полісся й досі не репрезентує повною мірою природної та культурної спадщини, потребує вдосконалення, виявлення й узяття під охорону нових, особливо цінних ділянок. Серед них – малопорушена геосистема середнього межиріччя Турії та Стоходу, що не втратила здатності до самовідновлення й компенсації господарських впливів людини, проте є екологічно вразливою. Маючи високий сукупний потенціал окремих елементів, вона могла б забезпечувати ефективну реалізацію екологічної, господарської, рекреаційної функцій у разі створення тут природоохоронної установи загальнодержавного значення. Її розглянуто як перспективний Національний природний парк (ПНПП) «Лісова пісня». Оцінка його гуманістичного потенціалу важлива для організації діючого Національного природного парку (НПП), розвитку туризму та рекреації.

Аналіз досліджень цієї проблеми. На теоретичному рівні проблематикою впливу гуманістичних чинників на формування заповідних територій займалися такі науковці, як Ж. Бучко (естетичне

© *Шульгач А., Мельнійчук М., 2015*