

УДК 614.2:312.6:616-053.7.001.73

Г.О. СЛАБКИЙ, Т.М. БУХАНОВСЬКА

ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ПІДРОСТАЮЧОГО ПОКОЛІННЯ НА ЕТАПІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета: з'ясування основних проблем в організації медичної допомоги дитячому населенню на первинному рівні на тлі реформування галузі охорони здоров'я.

Матеріали і методи. Проведено медико-соціологічне дослідження лікарів, які безпосередньо задіяні на рівні закладів ПМСД. Опитування проводилось одночасно із застосуванням спеціально розроблених анкет. Обсяг репрезентативної вибірки соціологічного дослідження становив 70 сімейних лікарів.

Результати. За результатами опитування, найбільшими проблемами в організації роботи сімейного лікаря є: невірність кадрового питання, недооснащеність закладів діагностичною апаратурою та спеціальним автотранспортом, недостатня підготовка лікарів з усіх аспектів діяльності сімейного лікаря, особливо щодо надання медичної і профілактичної допомоги дитячому населенню.

Висновки. Виявлені недоліки в організації роботи сімейних лікарів вимагають посилення уваги до якості їх підготовки та оснащеності закладів первинного рівня.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сімейний лікар, дитяче населення, профілактика.

На сучасному етапі розвитку держави зусилля галузі охорони здоров'я спрямовано на реалізацію заходів з підвищення якості та забезпечення доступності надання лікувально-профілактичної допомоги дітям. Пріоритетними завданнями залишаються: удосконалення профілактичної роботи шляхом поступової переорієнтації діяльності закладів на ПМСД, збереження та відновлення здоров'я дитячого населення [3].

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) є основною і найважливішою ланкою в організації охорони здоров'я населення. Вона надається переважно за територіальним принципом, тобто лікар загальної практики/сімейної медицини обслуговує певну кількість мешканців, що проживають на закріпленій за ним території.

В «Основах законодавства України про охорону здоров'я», прийнятих Верховною Радою ще у 1992 р., ПМСД трактується як основна частина медико-санітарної допомоги, що передбачає: консультацію лікаря; просту діагностику та лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруень; профілактичні заходи; направлення пацієнта для надання спеціалізованої та висококваліфікованої медичної допомоги [2].

Основною метою реформування є наближення медичної допомоги до населення та підвищення якості медичної допомоги. Програмою економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне

суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» для підвищення доступності надання медичної допомоги населенню передбачено подальший розвиток інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі ПМСД. Розпочата реформа передбачає обслуговування дитячого населення лікарями загальної практики, її потрібно аналізувати та вносити корективи.

З метою отримання даних стосовно основних проблем в організації медичної допомоги дитячому населенню на первинній ланці, проведено медико-соціологічне дослідження лікарів, які безпосередньо задіяні на рівні закладів ПМСД.

Матеріали і методи. Дане дослідження передбачало проведення репрезентативного опитування шляхом анонімного анкетування лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» (далі – ЗП-СМ) м. Києва та Київської області. Відбір одиниць спостереження проведено випадковим способом з використанням безповоротної вибірки, тобто кожний респондент заповнював анкету лише один раз. Мінімізацію випадкових похибок забезпечено репрезентативністю вибірки. Обсяг репрезентативної вибірки соціологічного дослідження становив 70 сімейних лікарів (далі – СЛ).

Дослідження мало комплексний характер, завданнями якого було виявити готовність СЛ до надання медичної допомоги дитячому населенню, визначити наявність необхідного матеріально-технічного та інформаційного забезпечення за-

кладів первинної медичної допомоги (далі – ПМД), згідно з наказом МОЗ України від 23 лютого 2012 р. № 132 «Про затвердження Примірної таблиці оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу», реальний стан організації та надання лікарями первинної ланки лікувальної, консультативної, діагностичної та, що найголовніше, профілактичної роботи з дитячим населенням та батьками.

Опитування проводилось одночасно із застосуванням спеціально розроблених анкет. За основу проекту анкети покладено методичні рекомендації МОЗ України [1]. Анкети були анонімними, запитання передбачали вибір одного чи кількох найбільш прийнятних варіантів та висловлювання особистої думки опитуваних. Перед роздачею анкет СЛ було запропоновано для ознайомлення спеціальний інформаційний лист, де зазначались мета, завдання соціологічного дослідження, підкреслювалась анонімність дослідження, право респондентів відмовитись від участі у заповненні анкет та необхідність подання об'єктивної відповіді на поставлені запитання.

Обробку та статистичне групування отриманої інформації проведено за ознаками, вираженими в абсолютних цифрах і відсотках.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами проведеного дослідження серед лікарів первинної ланки надання ПМСД, які заповнювали анкету, розподіл за статтю становив: жінки – 55 (78,6%±4,9%) осіб, чоловіки – 15 (21,4%±4,9%).

У структурі за віком ситуація досить невтішна. Питова вага респондентів, старших за 50 років, становила 51,5%±6,0% (36 осіб), з переважанням осіб передпенсійного віку (51–60 років) до лікарів, які досягли пенсійного віку, у співвідношенні 2:1. Доля молодих лікарів первинної ланки (до 30 років), що взяли участь у дослідженні, становила лише 7,1%±3,1%, що демонструє загальну тенденцію в державі.

Більшість опитаних працює в ЦПМСД (54 осіб – 77,1%±5,0%). В амбулаторіях СЛ, віддалених від ЦПМСД, надають медичну допомогу 15 (21,4%±4,9%) респондентів. Один опитаний (1,3%) працює в ООО «Медичний центр Достомед». Водночас переважна більшість респондентів (61 особа – 87,1%±4,0%) надає ПМД лише міському населенню (рис. 1).

Більшість респондентів працюють у лікувальних закладах, що знаходяться на відстані до 5 км (41,4%±5,9%) від найближчої багатoproфільної лікарні. Надають медичну допомогу на відстані до 10 км 17,2%±4,5% лікарів, до 15 км – 21,4%±4,9%. Решта опитаних (20,0%±4,8%) відповіли, що відстань від їхньої амбулаторії до найближчої лікарні становить понад 15 км.

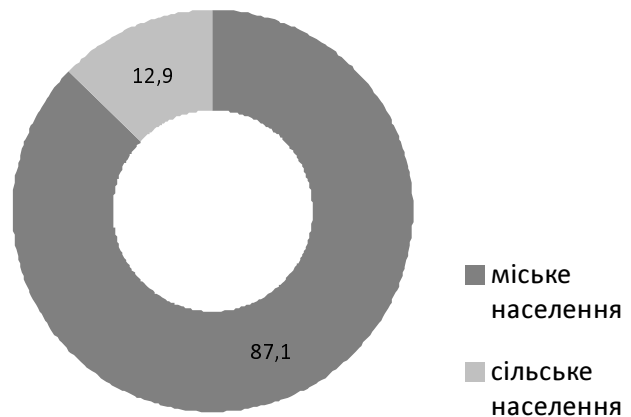


Рис. 1. Питова вага респондентів, що надають ПМСД населенню, залежно від території обслуговування, %

Водночас задля вчасної та доступної організації надання медичної допомоги спеціалізований автомобіль у лікувальному закладі мають 43 (61,4%±5,8%) респонденти, транспортний засіб категорії А (мотоцикл, моторолер) або велосипед – 5 (7,1%±3,1%) осіб. У 5 (7,1%±3,1%) респондентів є і спеціалізований автомобіль та велосипед (мотоцикл, моторолер). Зовсім не забезпечені транспортним засобом для надання ПМСД 17 (24,4%±5,1%) лікарів.

Мають можливість для проведення телемедичних консультацій, дистанційно підвищувати свій кваліфікаційний рівень лише 18 (25,7%±5,2%) респондентів, робоче місце яких оснащено комп'ютером з підключенням до Інтернету. Усі лікарі (35 – 50,0%±6,0%), хто мають комп'ютер на робочому місці, застосовують його для створення єдиного реєстру пацієнтів на дільниці, у тому числі диспансерних груп. Серед тих, які мають автоматизоване робоче місце, 17 (48,6%±8,4%) осіб використовують комп'ютер для ведення медичної документації, 15 (42,8%±8,4%) – для пошуку інформації, 8 (22,9%±7,1%) – при проведенні адміністрування, 7 (20,0%±6,7%) – з метою призначення консультації та направлення пацієнтів до інших спеціалістів. Один респондент (2,8%) безпосередньо проводить телемедичні консультації при лікуванні пацієнтів та діагностиці захворювань.

За результатами проведеного анкетування, усе населення ведуть лише 38 (54,3%±6,0%) лікарів, з яких по одному респонденту відповіли, що спостерігають населення, починаючи з 3-х років життя та з 10 років життя, і 16 (22,8%±5,0%) осіб – починаючи з 15 років життя.

Надають ПМД лише педіатричному контингенту (від 0 до 18 років) 16 осіб, що становить 22,8%±5,0%, та стільки ж респондентів відповіли, що надають медичну допомогу лише дорослому населенню (старше 18 років).

В анкетуванні взяли участь дільничні лікарі закладів ПМСД (50 осіб – $71,4\% \pm 5,4\%$) та завідувачі сімейних амбулаторій (20 осіб – $28,6\% \pm 5,4\%$). Загальний стаж роботи в системі охорони здоров'я у більшості респондентів становить до 30 років ($70,0\% \pm 5,5\%$), від 30 років – у $30,0\% \pm 5,5\%$ опитаних (рис. 2).

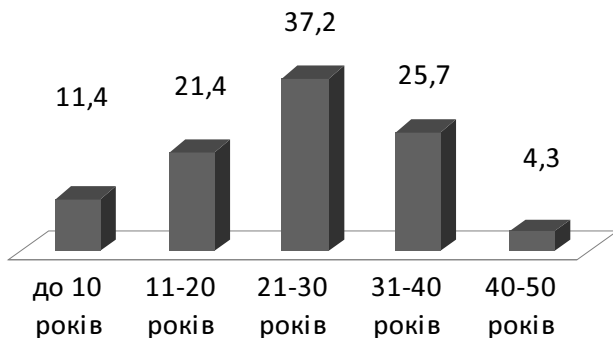


Рис. 2. Розподіл респондентів за загальним стажем роботи, %

Інтернатуру за спеціальністю «ЗП-СМ» проходили 4 лікарі ($5,7\% \pm 2,8\%$) – це респонденти вікової категорії молодше 30 років. Проте більшість респондентів становили ті, хто навчався в інтернаті за спеціальністю «Терапія» – 40 ($57,1\% \pm 5,9\%$) осіб. Курси спеціалізації за спеціальністю «ЗП-СМ» закінчили 49 ($70,0\% \pm 5,5\%$) респондентів.

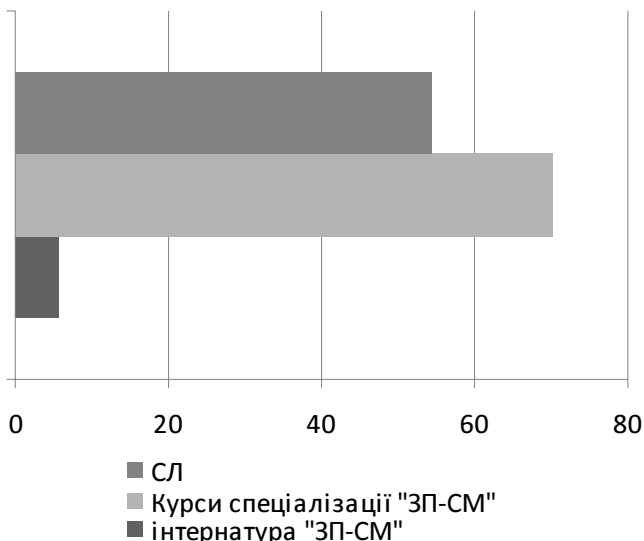


Рис. 3. Питома вага респондентів, які пройшли навчання в інтернаті за спеціальністю «ЗП-СМ», курси спеціалізації та фактично працюють СЛ, %

Встановлено, що, хоча майже $75,7\% \pm 5,1\%$ опитаних мають сертифікат лікаря «ЗП-СМ» (пройшли інтернатуру за спеціальністю або курси спеціалізації), лише 38 ($54,3\% \pm 6,0\%$) осіб

фактично працюють СЛ (рис. 3), які обслуговують усе населення, а решта респондентів працюють у закладах ПМСД дільничними терапевтами чи педіатрами.

За організаційною формою надання ПМСД населенню в лікувальному закладі, де працюють респонденти, превалює медична практика, що надається разом з лікарями інших спеціальностей (позитивно відповіли 37 осіб – $52,8\% \pm 6,0\%$). Здебільшого це педіатр, ортопед, невролог, отоларинголог, окуліст, хірург, стоматолог, дерматолог, ендокринолог. На другому місці – група практика разом з іншими СЛ (24 – $34,3\% \pm 5,7\%$). У 9 ($12,9\% \pm 4,0\%$) випадках медична допомога надається лікарем одноосібно, тобто запроваджена монопрактика.

Стосовно організації обслуговування дитячого населення у закладі, де працюють респонденти, відповіді свідчать, що 38 ($54,3\% \pm 6,0\%$) з них самостійно надають допомогу дітям, а 12 ($17,1\% \pm 4,5\%$) – разом з педіатром. Решта відповіли, що зовсім не надають медичну допомогу педіатричному контингенту.

За результатами дослідження, змішаний прийом пацієнтів (діти та дорослі) запроваджено не в усіх лікувальних закладах – лише 25 ($35,7\% \pm 5,7\%$) респондентів ствердно відповіли на це питання анкети. Але 46 ($65,7\% \pm 5,7\%$) респондентів відповіли, що у їхньому лікувальному закладі передбачені та проводяться «Дні здорової дитини».

Відомо, що існують різні види медичної допомоги: лікувальна, консультативна, діагностична, профілактична. Тому досить важливим є визначення спектру послуг, які надаються СЛ (на думку респондентів). У ході дослідження встановлено, що більшість респондентів вважають найголовнішим в роботі з дитячим контингентом профілактичну спрямованість ($48 - 68,6\% \pm 5,5\%$) шляхом застосування комунікативних навичок у роботі з батьками ($48 - 68,6\% \pm 5,5\%$) та лікування виявлених захворювань ($47 - 67,1\% \pm 5,6\%$). На друге місце респонденти винесли необхідність проведення санітарно-просвітницької роботи з населенням (45 осіб – $64,3\% \pm 5,7\%$). На важливість проведення диспансеризації дитячого населення вказав 41 ($58,6\% \pm 5,9\%$) респондент. Наступні місця посіли робота з дітьми підліткового віку ($38 - 54,3\% \pm 6,0\%$), спостереження за дітьми раннього віку ($37 - 52,9\% \pm 6,0\%$), міжсекторальна взаємодія з органами влади ($34 - 48,6\% \pm 6,0\%$) та співпраця з органами освіти – проведення профоглядів у школах, дошкільних закладах, інтернатах тощо ($32 - 45,7\% \pm 6,0\%$).

Досить суттєвим розділом роботи СЛ з надання профілактичної допомоги є своєчасність та доступність проведення вакцинальної кампанії. У ході дослідження встановлено, що в закладах,

де працюють 56 (80,0%±4,8%) респондентів, запроваджено проведення профілактичних щеплень населенню: 48 (68,6%±5,5%) опитаних відповіли, що щеплення проводяться в окремому кабінеті, а 8 (11,4%±3,8%) проводять в маніпуляційному кабінеті. Решта (14 – 20,0%±4,8%) не проводять вакцинацію, бо не мають такої можливості, а скеровують населення в інші лікувальні заклади.

Мають у лікувальному закладі можливість надання фізіотерапевтичних процедур (електрофорез, УВЧ-терапія, магнітолазерні та низькочастотні ультразвукові інгаляції) 60 (85,7%±4,2%) респондентів. Решта 10 (14,3%±4,2%) працюють у закладах, де відсутня будь-яка фізіотерапевтична апаратура.

Профілактичний напрямок галузі охорони здоров'я включає низку заходів, зокрема санітарних та протиепідемічних, до складу яких входять оздоровлення середовища життєдіяльності людини; здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду; визначення пріоритетних заходів у профілактиці захворювань; вивчення, оцінка і прогнозування показників здоров'я населення; формування здорового способу життя, розвиток фізичної культури та спорту. Діяльність органів та закладів охорони здоров'я повинна бути комплексною та включати широкий спектр заходів, що передбачають попередження і своєчасне виявлення захворювань, оздоровлення та лікування хворих, динамічне спостереження за станом здоров'я населення, особливо на первинному рівні надання медичної допомоги. Тому суттєвим є визначення СЛ в організації проведення диспансерного спостереження за хворими дітьми.

Проведене соціологічне дослідження стосовно забезпечення диспансеризації дітей першого року життя визначило, що загальна кількість СЛ 10,5%±3,7% зовсім не здійснює диспансерне спостереження за хворими дітьми даного віку, ще 22,7%±5,0% залучають для диспансерного спостереження вузьких спеціалістів і тільки 66,9%±5,6% СЛ здійснюють нагляд самостійно.

Невтішна ситуація і у віковій категорії від 1 до 7 років, де самостійно здійснюють диспансерний нагляд за пацієнтами з хронічними захворюваннями 31,4%±5,5% СЛ, 46,0%±6,0% диспансерний нагляд здійснюють разом з іншими спеціалістами, решта (22,5%±5,0%) СЛ зовсім не вирішують питання диспансеризації. Така ситуація спостерігається, передусім, щодо хворих на усі форми імунодефіцитних станів (42,8%±5,9%), епілепсію, ДЖВШ, хронічні назофарингіти, риніти, цукровий діабет (38,1%±5,8%).

Повністю «випадають» з-під диспансерного нагляду СЛ 27,8%±5,3% нозологічних одиниць у дітей віком від 7 до 14 років. У цій віковій кате-

горії 47,7%±6,0% диспансерних хворих спостерігаються СЛ разом з фахівцями інших спеціальностей, ще 24,5%±5,1% здійснюють диспансеризацію самостійно. «Випадають» з поля зору СЛ й хвороби ендокринної системи (40,9%±5,9%), серцево-судинної системи (36,4%±5,8%), хвороби шлунково-кишкового тракту (27,3%±5,3%), дихальної системи (31,8%±5,6%) та інші.

Тільки 16,8%±4,5% СЛ самостійно здійснюють диспансерний нагляд за хронічно хворими дітьми підліткового віку, ще 62,5%±5,8% спостерігають підлітків разом з іншими фахівцями, 20,7%±4,8% підлітків, які страждають на хронічні хвороби, зовсім не спостерігаються СЛ.

Таке ставлення з боку СЛ до диспансеризації дитячого населення викликає неймовірну тривогу і вказує на те, що сьогоднішні СЛ мають ще недостатньо кваліфікації для надання медичної допомоги дитячому населенню, що негативно відбивається на його здоров'ї. Це підтверджується аналізом проведеної самими респондентами оцінки оволодіння навичками профілактичної роботи з дітьми. Свої знання з профілактики рахіту (специфічна та неспецифічна), залізодефіцитних станів у дітей раннього віку, особливостей спостереження, догляду, режиму дітей першого року життя, складання індивідуального плану вакцинації дитини, вміння оцінити вигодування та харчування дитини раннього віку та провести корекцію харчування, володіння методами загартовування дитини, володіння методикою правильного прикладання дитини до грудей матері тощо оцінили на достатньому рівні 51,0%±6,0% респондентів. Ще 29,2%±5,4% відповіли, що мають недостатньо знань з цих питань. Тобто тільки майже половина респондентів може здійснювати профілактичну роботу з дітьми. Сумно, що серед опитаних СЛ на 19% більше тих, які не зможуть скласти індивідуальний план вакцинації дитини. Це саме стосується і таких важливих питань, як вміння оцінити вигодування та харчування дитини раннього віку та провести його корекцію, володіння методами загартовування дитини тощо.

Володіння респондентів діагностичними навичками ще гірші, ніж профілактичними. Лише 34,4%±5,7% опитаних відповіли, що володіють необхідними діагностичними навичками на достатньому рівні. Оцінити кульшові суглоби дитини на наявність вродженого вивиху або дисплазії можуть тільки 45,7%±6,0% СЛ, визначитись щодо рефлексів немовлят – 38,6%±5,8%, провести огляд зовнішнього вуха та барабанної перетинки з рефлектором та отоскопом – лише 15,7%±4,3%, а визначити гостроту зору у пацієнта – 10,0%±3,6%.

Провести оцінку фізичного розвитку дитини залежно від віку можуть 28,6%±5,4% СЛ. Майже

така сама кількість СЛ (30,0%±5,5%) можуть самостійно оцінити психічний розвиток дитини та провести консультування дітей підліткового віку з питань застосування методів контрацепції.

Надати невідкладну допомогу можуть 40,0%±5,9% респондентів та ще 38,1%±5,8% відповіли, що недостатньо володіють цими навичками. Особливо це стосується таких станів, як зупинка серцевої діяльності та дихання (24,3%±5,1% знають, що робити при даному стані); видалення неускладненого стороннього тіла з вуха, горла, носа (25,7%±5,2%) тощо. Навіть при таких станах, як анафілактичний шок, надати допомогу зможуть лише 57,1%±5,9% СЛ, при судинному синдромі – 52,9%±6,0%, гіпертонічному синдромі – 64,3%±5,7%.

Висновки

Таким чином, результати проведеного соціологічного дослідження показали, що найбільш проблемними позиціями при наданні ПМСД сімейними лікарями на даному етапі реформування галузі є:

- невирішеність кадрового питання (недостатня кількість СЛ, значна доля лікарів пенсійного та передпенсійного віку, яким дуже складно пере-кваліфікуватися на СЛ, незацікавленість молодих лікарів працювати СЛ);

- наявність організаційних моментів у розподілі дорослих та дитячих потоків пацієнтів, відсутність кабінетів здорової дитини, визначення днів для прийому здорових та диспансерних хворих дітей тощо;

- недостатній час, що виділяється програмою спеціалізації лікарів за спеціальністю «ЗП-СМ», для надання медичної допомоги усім категоріям населення;

- незважаючи на те, що більшість респондентів вважають найголовнішим у роботі з дитячим контингентом профілактичну спрямованість, більшість з них не можуть самостійно здійснювати диспансеризацію дитячого населення, тому залучають (не завжди виправдано) спеціалістів другого рівня надання медичної допомоги;

- недостатньо уваги респонденти приділяють спостереженню дітей раннього віку, якому вони виділили IV рангове місце, що вказує на відсутність настороженості з їхнього боку до даної когорти дітей.

Перспективи подальших досліджень полягають в оцінці готовності лікарів-інтернів до надання ПМСД на засадах сімейної медицини та з'ясування основних проблемних питань у наданні медичної допомоги найбільш вразливому контингенту населення – дітям.

Список літератури

1. Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги / Л.Ф. Матюха, Н.Г. Гойда, Г.О. Слабкий [та ін.]. – К., 2011. – 47 с.
2. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік / за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2011. – 28 с.
3. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік : [монографія] / за ред. О.В. Аніщенко. – К., 2011. – 459 с.

СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ НА ЭТАПЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Г.А. Слабкий, Т.Н. Бухановская

ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: выяснение основных проблем в организации медицинской помощи детскому населению на первичном уровне на фоне реформирования отрасли здравоохранения.

Материалы и методы. Проведено медико-социологическое исследование врачей, которые непосредственно задействованы на уровне учреждений ПМСП. Опрос проводился одномоментно с использованием специально разработанных анкет. Объем репрезентативной выборки социологического исследования составил 70 семейных врачей.

Результаты. По результатам опроса, самыми большими проблемами в организации работы семейного врача являются: нерешенность кадрового вопроса, недооснащенность учреждений диагностической аппаратурой и специальным автотранспортом, недостаточная подготовка врачей по всем аспектам деятельности семейного врача, особенно относительно оказания медицинской и профилактической помощи детскому населению.

Выводы. Обнаруженные недостатки в организации работы семейных врачей требуют усиления внимания к качеству их подготовки и оснащенности учреждений первичного уровня.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: семейный врач, детское население, профилактика.

PRESERVATION OF HEALTH OF YOUNGER GENERATION AT THE STAGE OF HEALTH CARE REFORMING

G.O. Slabkyi, T.M. Buhanovska

SI "Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine", Kyiv

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

Purpose: finding-out the major problems in the medical care organization for children's population at primary level on the background of health care reforming.

Materials and methods. Medical and sociological study of doctors who are directly involved at the level of primary health care facilities. The survey was conducted simultaneously with application of specially designed questionnaires. The volume of representative sample of sociological survey was 70 family doctors.

Results. According to the survey, the greatest problems in the work organization of family doctors are unresolved personnel question, lack of institutions diagnostic equipment and special vehicles, inadequate training of physicians in all aspects of family doctor activity, especially for providing medical and preventive care for children's population.

Conclusions. The revealed lacks in the organization of family physician's work demand increased attention to quality of their training and equipment of primary level facilities.

KEY WORDS: **family doctor, children's population, prevention.**

Рукопис надійшов до редакції 21.05.2014 р.

Відомості про авторів:

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., директор Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України; тел. (044) 576-41-19.

Бухановська Тетяна Миколаївна – к.мед.н., ас. кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; тел. +38(044) 288-10-34.