

УДК 614.21.614.255.3:362.121(477.83)

**Я.-Р. Федорів,
І. Гайдучок,
Р. Грицко,
О. Грицко**

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ПІДГОТОВКОЮ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДЛЯ СФЕРИ РОДИННОЇ (СІМЕЙНОЇ) МЕДИЦИНИ

Подано результати дослідження механізмів державного управління навчанням медичних сестер для сфери сімейної медицини у навчальних закладах недержавної форми власності.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, сімейна медицина, кадри, медичні сестри, підготовка, недержавні навчальні заклади, механізми державного управління.

Як відомо, сімейна медицина (далі – СМ) на Львівщині започаткована ще у 1988 р., а вже у 2003 р. встановлено, що діяльність лікаря загальної практики – сімейної медицини (далі – ЗПСМ) у медичному та соціальному аспектах виявилася ефективнішою, ніж дільничних терапевтів у 4,6 рази [1].

На кінець 2010 р. 50,84 % населення Львівської області отримувало первинну медико-санітарну допомогу (далі – ПМСД) на засадах СМ. Її надавало 714 лікарів та 864 медичні сестри ЗПСМ. Останні працюють на засадах партнерів сімейних лікарів, надаючи значний обсяг ПМСД мешканцям Львівщини і реалізуючи їх медичну опіку [2]. Серед медичних сестер, які працюють з сімейними лікарями, немало випускників Львівського медичного коледжу “Монада”, що активно сприяє наповненню кваліфікованими медичними кадрами сфери СМ області. Вони проходять повний курс теоретичної та практичної підготовки на базі лікувально-профілактичних закладів за державною програмою, що є основним інструментом організаційного механізму державного управління середніх медичних працівників як у державних медичних навчальних закладах I – II рівнів акредитації, так і в подібних навчальних закладах недержавної форми власності.

За останні роки значно підвищилася роль політичного механізму державного управління розвитком ПМСД на засадах СМ [3 – 6]. Важливим інструментом реалізації цього механізму став Закон України “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях і місті Києві” № 3612-VI від 07.07.2011 р., яким визначені конкретні інструменти інших механізмів державного управління реформуванням системи охорони здоров’я населення України в пілотних регіонах [7].

Названими нормативними документами поставлені нові, відповідальні завдання щодо подальшого розвитку родинної медицини, підвищення якості та ефективності ПМСД відносно профілактики найпоширеніших недуг серед населення, задоволення потреб та очікувань споживачів послуг у сфері СМ.

Важлива роль у якійсній роботі закладів СМ належить медичним сестрам ЗПСМ, які разом із сімейними лікарями обслуговують не лише хворих людей різних вікових

груп, надаючи щоденно первинну медичну допомогу, але й проводять величезний обсяг профілактичних заходів щодо первинної та вторинної профілактики найпоширеніших захворювань.

Кваліфікація і професійна компетентність медичних сестер, які працюють на сімейно-територіальних дільницях, обсяг їх знань і професійних навиків мають бути дуже високими. Їм у повсякденній професійній діяльності трапляються різноманітні захворювання. Кількість таких захворювань на амбулаторному прийомі сімейного лікаря за нозологіями значно більша, ніж у будь-якій лікарні. Окрім цього, багато практичних питань, які стосуються опіки хворих і догляду за ними, медичні сестри вирішують самостійно.

Медичній сестрі ЗПСМ у своїй роботі доводиться одночасно виконувати роль медичної сестри домашнього стаціонару, в якому проводиться медико-соціальна і психологічна реабілітація хворих; фізіотерапевтичного кабінету та кабінету довіри; проводити диспансерний огляд хворих і здорових людей різних вікових груп, визначаючи групи здоров'я і опрацьовуючи комплекс лікувально-оздоровчих заходів.

Все наведене вище зумовлює необхідність ефективної підготовки медичних сестер як на додипломному і післядипломному етапах, так і у процесі безперервного професійного розвитку.

Основним завданням цієї роботи є аналіз механізмів державного управління підготовкою кадрів середніх медичних працівників, які здатні вирішувати глобальні завдання України щодо забезпечення доступності населення до якісної медичної допомоги, заснованої на пріоритетності ПМСД, що надається на засадах СМ.

Враховуючи наявність у ПМСД значної кількості фахівців пенсійного віку, постійну недостатню укомплектованість наявних штатних посад медичних сестер ЗПСМ, потрібно звернути увагу також на необхідність залучення мотиваційного механізму державного управління щодо збільшення підготовки фахівців ЗПСМ, зокрема внаслідок державного замовлення. Адже залишається дуже низьким показник співвідношення штатних посад медичних сестер до сімейних лікарів. На Львівщині цей показник на кінець 2010 р. становив лише 1,17 при середній в Україні – 1,3 при штатному нормативі 2,0.

Як зазначали В. Ф. Москаленко і О. І. Висоцька [8] на III з'їзді лікарів загальної практики – сімейної медицини України, який відбувся у м. Дніпропетровську 19 – 21 жовтня 2011 р., центральною постаттю в ПМСД стає висококваліфікований сімейний лікар. Його потрібно навчити методам унікальної діагностики, переваги якої полягають у його можливостях здійснювати всебічну, тривалу та скоординовану лікувально-профілактичну діяльність. Окрім цього, фахівці СМ повинні володіти навиками об'єднання зусиль державних, громадських і професійних медичних організацій щодо удосконалення сфери охорони громадського здоров'я у контексті формування, збереження, зміцнення здоров'я здорових (валеологічний аспект) і відновлення здоров'я хворих людей (лікувально-діагностичний аспект). Важливою сферою діяльності фахівців СМ є медична валеологія щодо здоров'я родини (сім'ї) як найважливішої соціально-біологічної структури територіальної громади, а також громадського здоров'я.

Громадське здоров'я – це такий стан демографічної структури, фізичного та інтелектуального потенціалу, морально-психологічного клімату, який забезпечує певний рівень життя суспільства (громади) і виконання ним (нею) всіх інших соціальних функцій на цьому історичному відрізку часу. Громадське здоров'я не може не включати в себе

всього, що пов'язано зі здоров'ям індивіда, однак воно не може бути зведене лише до характеристики останнього [9].

Відомо, що профілактична (превентивна) медицина має значні переваги перед лікувально-реабілітаційною, а також значно дешевша за останню. Профілактична концепція стилю і способу життя кожної людини, медицини як науки та сфери охорони громадського здоров'я, соціальної політики держави та місцевого самоврядування можлива лише у разі збігу інтересів у системі “людина – родина (сім'я) – медичні фахівці – суспільство (група) – держава”.

Успіхи профілактичної роботи у сфері охорони здоров'я значною мірою залежать від дільничної медичної сестри, яка відповідно до політичного механізму державного управління, визначеного законодавчо, до кінця 2019 р. має повністю перейти на засади родинної (сімейної) медицини.

Головним помічником і партнером родинного лікаря стає медична сестра ЗПСМ, яка, виконуючи функції громадського медсестринства, забезпечує медичну опіку мешканців територіальної громади. Вона проводить санітарно-освітню роботу щодо первинної та вторинної профілактики найпоширеніших недуг і травм, режиму праці та відпочинку, раціонального і лікувально-профілактичного харчування, шкідливості наркоманії, паління тютюну та зловживання алкоголем; пропагує і запроваджує принципи здорового способу життя.

Громадська медична сестра сімейно-територіальної дільниці активно залучає до формування, збереження зміцнення і відновлення здоров'я окремих пацієнтів їх родини, органи місцевого самоврядування, державну владу і громадські організації, які опікуються охороною здоров'я територіальної громади. Шляхом такої співпраці формуються не лише принципи громадської системи охорони здоров'я, а й через фахівців родинної медицини створюються засади громадянського суспільства.

Усі ці питання, що є складовими комплексного механізму державного управління індивідуальним здоров'ям населення і здоров'ям територіальних громад, включені до державної програми підготовки медичних сестер на до дипломного етапі з дисципліни “громадське здоров'я і громадське медсестринство”, яка є у планах підготовки медичних сестер у всіх вищих медичних навчальних закладах I – III рівнів акредитації.

До названої навчальної дисципліни окремим розділом належать питання медичної валеології, що присвячені вивченню методів формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп. При цьому враховується певний вплив різних біологічних і соціальних чинників на стан здоров'я сучасної людини: спадковість – 20 %, довкілля (екологія) – 20%, рівень медичної допомоги – 10% і спосіб життя людини – 50%. При цьому доцільно зауважити, що спосіб життя може бути як здоровим, так і нездоровим.

Сам по собі здоровий спосіб життя не складається. Його необхідно активно формувати та суворо дотримуватися; пристосовувати до конкретних умов довкілля, яке періодично змінюється; опрацьовувати для окремої особи, враховуючи багато чинників, що можуть як позитивно, так і негативно впливати на стан її здоров'я. І тут проявляється вирішальна роль фахівців родинної медицини в державному механізмі управління суспільним (громадським) здоров'ям. Вони повинні добре знати принципи здорового способу життя для різних вікових і статевих груп людей та підбирати для кожної здорової людини найоптимальніші комплекси її поведінки щодо формування, збереження і

зміцнення фізичного (соматичного), психічного, репродуктивного та імунологічного здоров'я.

Процес управління здоров'ям складається з таких напрямків: збирання інформації та її аналіз про стан здоров'я конкретної людини й створення прогнозу, формування програми управлінських дій та її реалізація, аналіз адекватності та ефективності програми управління громадським здоров'ям (зворотній зв'язок). Цей процес у діяльності фахівців родинної медицини починається ще перед народженням людини. Збирається повна генетична інформація про батьків майбутньої дитини. На основі генетичного анамнезу майбутніх батьків при будь-яких підозрах на спадкові хвороби у їх нащадків їм рекомендується консультація генетика.

Під час вагітності на фізичний розвиток плоду та його здоров'я впливають неповноцінність статевих клітин батьків, патогенні чинники довкілля і хвороби матері. На ці чинники фахівці родинної медицини повинні звертати увагу батьків та інших членів сім'ї. Адже такі чинники довкілля, як гіпоксія, іонізуюча радіація, порушення складу і режиму харчування вагітної, психоемоційні стреси під час вагітності, ліки, інфекційні, фізичні та хімічні агенти, що негативно впливають на внутрішньоутробний розвиток плоду, можуть бути усунуті або їх негативна дія значно знижена.

Формування здоров'я новонароджених, дітей та підлітків проходить в умовах родини як найближчого біосоціального оточення. У сім'ї реалізуються комплекси валеологічних, профілактичних і лікувально-реабілітаційних технологій ПМСД. Тому розвиток родинної медицини як науки та практичних дій фахівців цієї сфери охорони здоров'я, спрямованих на формування, збереження і зміцнення здоров'я окремої людини та її родини, має виняткове значення у застосуванні організаційного механізму державного управління громадським здоров'ям на рівні здоров'я окремої особи (на мікрорівні).

Одним із важливих методів організаційного механізму державного управління громадським здоров'ям є диспансеризація, роль медичної сестри у якій дуже важлива [10]. За допомогою цього методу відбувається синтез профілактичного в лікувального напрямків у родинній медицині, в реалізації чого особливу роль відіграє медична сестра ЗПСМ. Її обов'язки у цьому процесі визначені наказом Міністерства охорони здоров'я України [11].

Система диспансеризації передбачає активне спостереження за здоров'ям певних груп населення, вивчення умов їх праці та побуту, забезпечення правильного розвитку і збереження здоров'я, а також запобігання недугам шляхом проведення відповідних лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і соціальних заходів.

На першому етапі диспансеризації відбувається відбір контингенту для такої опіки пацієнтів шляхом проведення профілактичних оглядів. Відібрані для диспансеризації здорові та хворі пацієнти розподіляються у 5 диспансерних груп залежно від стану здоров'я. Кожному з них призначаються комплекси лікувально-оздоровчих чи валеологічних заходів.

Другий етап диспансерного обслуговування передбачає проведення додаткових обстежень і містить комплекс лікувальних та санітарно-оздоровчих заходів. До них належать раціоналізація умов праці та відпочинку, харчування, санація хронічних вогнищ інфекції, профілактичне медикаментозне лікування, саногенетична терапія, хірургічні втручання, лікувальна фізкультура, фізіотерапія, мануальна і рефлексотерапія, а також санаторно-курортне лікування, що має неаби-яке значення у профілактиці загострень і ускладнень хронічних захворювань.

Третій етап диспансеризації включає аналіз якісних показників ефективності диспансеризації, які залежать від рівня захворюваності І і ІІ диспансерних груп, наявності загострень захворювань та їх ускладнень із тимчасовою втратою працездатності чи переведенням їх на інвалідність.

Громадська медична сестра родинного лікаря забезпечує медичну опіку за всіма пацієнтами диспансерної групи на сімейно-територіальній дільниці. Вона веде всю обліково-звітну документацію на диспансерну групу пацієнтів, скеровує їх на діагностичні обстеження відповідно медичних маршрутів пацієнтів, готує хворих до планових профілактичних і оздоровчих заходів, які призначені кожному хворому як у поліклініці чи амбулаторії СМ, так і вдома.

Обов'язки медичної сестри під час амбулаторного прийому з родинним лікарем мають свої певні особливості. Лікар на прийомі в поліклініці чи амбулаторії СМ швидко орієнтується у клінічній ситуації, діє чітко і організовано, тому що він повинен детально оглянути пацієнта, на якого пересічно відводиться 12 хвилин робочого часу. Потрібно встигнути визначити тип захворювання, призначити лікування, провести бесіду стосовно призначеного режиму, відповісти на всі питання хворого, підбадьорити його і вселити надію на одужання. А ще за цей час необхідно встигнути записати основні відомості про хворого в амбулаторну карту. Медична сестра активно допомагає лікарєві на прийомі, звільняючи його від виконання нескладних обов'язків, щоби лікар міг усю свою увагу зосередити на хворому.

Висновки

Сучасні навчальні медичні заклади як державної, так й інших форм власності, у яких навчаються майбутні медичні сестри для сфери ПМСД, що надається на засадах СМ, працюють над реалізацією комплексного механізму державного управління якістю підготовки кадрів, спроможних виконувати поставлені передкладами СМ завдання суспільства.

Профілактичній спрямованості у професійній діяльності майбутніх родинних медичних сестер у їх базовій підготовці, згідно з затвердженими державними програмами, приділяється достатньо уваги. А ліцензування і акредитація цих закладів державними комісіями щодо якісного виконання програм засвідчують ефективність комплексного механізму державного управління якісною підготовкою кадрів для закладів СМ.

На сьогодні існує значна незадоволена навчальнимикладами потреба у збільшенні кількості підготовки родинних медичних сестер. Суттєва перебудова ПМСД зі створеннями окремих центрів ПМСД, де будуть працювати лише фахівці СМ призведе до значного збільшення потреби у медичних сестрах ЗПСМ, яких можна якісно підготувати у навчальнихкладах недержавної форми власності за державним замовленням. Однак це питання потребує політичного вирішення на рівні відповідних державних органів зі створенням організаційного механізму державного управління підготовкою таких фахівців.

Література

1. Хобзей М. К. До питання оптимізації системи надання первинної медико-санітарної допомоги / М. К. Хобзей // Український медичний часопис [Текст]. — 2008. — № 5/67. — С. 93.
2. Динаміка розвитку сімейної медицини Львівщини [Текст] / С. М. Федоренко, М. С. Панок, Б. Лемішко [та ін.]. — Львів : [б. в.], 2011. — 34 с.

3. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України № 208 від 17.02.2010 р. — Режим доступу : www.moz.gov.ua.
4. Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 735 від 30.08.2010 р. — Режим доступу : www.moz.gov.ua.
5. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року [Електронний ресурс] : Закон України № 1841-VI від 22.01.2010. — Режим доступу : www.moz.gov.ua.
6. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги [Електронний ресурс] : Закон України № 3611-VI від 07.07. 2011 р. — Режим доступу : www.moz.gov.ua.
7. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві [Електронний ресурс] : Закон України № 3612-VI від 07.07.2011 р. — Режим доступу : www.moz.gov.ua.
8. Москаленко В. Ф. Актуальні питання підготовки лікарів сімейної медицини України / В. Ф. Москаленко, О. І. Висоцька // Сімейна медицина [Текст]. — 2011. — № 3 (38). — С. 7—11.
9. Склярів Є. Я. Громадське здоров'я і громадське медсестринство [Текст] : [підр. для студ. вищ. мед. навч. закладів I – III рівнів акредитації] / Є. Я. Склярів ; за ред. Є. Я. Склярів, М. Б. Шегедін, Б. Б. Лемішка. — К. : Медицина, 2008. — 224 с.
10. Заремба Є. Х. Медсестринство в сімейній медицині [Текст] : [навч. посіб. для студ. вищих медичних закладів освіти I – IV рівнів акредитації] / Є. Х. Заремба ; за ред. Є. Х. Заремби. — Львів : [б. в.], 2008. — 213 с.
11. Про диспансеризацію населення [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 728 від 27.08.2010 р. — Режим доступу : www.moz.gov.ua.

**Ya.-R. Fedoriv,
I. Haiduchok,
R. Hrytsko,
O. Hrytsko**

PUBLIC ADMINISTRATION OF NURSE TRAINING FOR THE FAMILY MEDICINE

The results of the study of public administration mechanisms of nurse training for the family medicine at the educational establishments of private ownership are given.

Key words: primary health care, family medicine, personnel, nurses, training, private schools, public management mechanisms.