

**ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ЗАКЛАДУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ГІРСЬКОГО РАЙОНУ ЗАКАРПАТТЯ****Чопей І.В., Рогач І.М., Боднар В.П.***Ужгородський національний університет; Закарпатська ОДА, м. Ужгород***Ключові слова:** первинна медико-санітарна допомога, принципи сімейної медицини, анкетування підлітків, АМАОЗ, Клініка сімейної медицини

У робочому документі “Європейська політика по досягненню здоров’я для всіх на двадцять перше століття”, розробленому Європейським регіональним бюро ВОЗ, передбачено розвиток до 2005 року концепції сімейного лікаря і сімейної медичної сестри, як основи синтезованих служб первинної медико-санітарної допомоги.

З метою відродження первинної медико-санітарної допомоги, концепції сімейного лікаря Кабінетом Міністрів України прийнята Постанова № 989 від 20 червня 2000р. “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я”.

Проблеми зміцнення здоров’я населення України, підвищення якості та ефективності медичних послуг, наближення кваліфікованої медико-санітарної допомоги до кожної сім’ї, раціонального використання ресурсів охорони здоров’я – визнані пріоритетом реформування первинної медико-санітарної допомоги.

Із середини 70-х років поняття первинної медико-санітарної допомоги стало центром уваги світової охорони здоров’я, що було зв’язано з появою на карті світу нових держав, яким необхідно було створити і розвинути економічно-ефективну систему охорони здоров’я, а також з метою здешевлення медичних послуг, висока вартість яких внаслідок спеціалізації стала суттєво гальмувати доступність медичної допомоги до пацієнта.

Первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) потрібно розглядати як систему таких відомств та служб, як амбулаторно-поліклінічна (включаючи поліклініки, здоров’я пункти, медико-санітарні частини), швидку та невідкладну допомогу, рододопомогу, а також частково стаціонари, куди первинно звертаються або доставляються пацієнти. До закладів ПМСД відносяться також фельдшерські та фельдшерсько-акушерські пункти, дільничні лікарні в сільській місцевості. Більше 80-% хворі починають та завершують лікування в цій системі. Вона зобов’язана також виконувати всю профілактичну, санітарно-протиепідемічну роботу.

Основним принципом побудови системи ПМСД був принцип дільниці, коли населення визначеної територіальної дільниці обслуговується визначеним дільничним лікарем. Дільничний лікар об’єднував і координував медичну і санітарно-освітню роботу з населенням на даній території. Дільничний лікар є першим медичним

працівником, до якого звертається людина в разі недомогання. Якщо допомога не могла бути надана на рівні ПМСД, дільничний лікар направляє пацієнта в медичні заклади другого рівня. Таким чином дільничний лікар забезпечував зв’язок медичної допомоги на рівні амбулаторії (поліклініки) і стаціонару.

Проте, існуюча система ПМСД характеризувалася нереалізованістю ряду продекларованих принципів. Принцип профілактичного напрямку охорони здоров’я не мав розвитку, а був тільки продекларований. Екстенсивний шлях розвитку охорони здоров’я через постійне збільшення кількості лікарів, лікарняних ліжок, поліклінік, ріст спеціалізації привели до зниження кваліфікації лікарів первинної ланки і зниження їх інтересу до роботи.

Тенденція останніх десятиріч до надмірної спеціалізації привели до зниження рівня кваліфікації дільничного лікаря – терапевта настільки, що він не в змозі виконати просту лікувально-діагностичну роботу по суміжних спеціальностях. В результаті тільки 18-26% із тих хто починав лікуватися в дільничного лікаря, закінчив своє лікування на цьому рівні, а не 70-75%, як це прийнято в усьому світі.

Організатори охорони здоров’я останні місяці почали широко оперувати поняттями “сімейний лікар”, “сімейна медицина”. За концепцією ВООЗ первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) за принципом родинного лікаря є основою системи охорони здоров’я, а спеціалісти сімейної медицини організаторами і виконавцями її заходів.

Основні принципи сімейної медицини – це:

Безперервність медичної допомоги від моменту зачаття до тієї хвилини, коли лікар зобов’язаний допомогти людині гідно прийняти смерть.

Профілактика хвороби, що значно дешевше і простіше від лікування захворювання.

Визначення впливу на пацієнта різних психоемоціональних, фінансових та культурних факторів сім’ї та суспільства.

Бути готовим мати справу з любим проявом будь-якого захворювання у пацієнтів різного віку і статі.

Медичне обслуговування 1,5 тис. приписного населення (400-500) сімей, найбільш оптимальним є обслуговування 1000 чол. (300 сімей).

На такому підґрунті в жовтні 1999 року було розпочато створення взірцевої моделі закладу ПМСД на базі районної поліклініки В-

Березнянської ЦРЛ. Початком роботи можна вважати 14 жовтня 1999 року, коли був підписаний Меморандум про взаєморозуміння між Управлінням охорони здоров'я Закарпатської облдержадміністрації та Американським Міжнародним Альянсом Охорони Здоров'я (АМАОЗ), який був представлений сімейними лікарями з м. Корвалліс.

Мета співпраці – протягом першого року розробити модель Центру сімейної медицини (ПМСД) на базі районної поліклініки Великоберезнянської ЦРЛ для задоволення потреб місцевого населення у послугах охорони здоров'я, забезпечення неприривності цих послуг, їхньої якості, досягнення економічної ефективності до січня 2004 року. В програму також включено налагодження роботи обладнаного стоматологічного кабінету на базі Великоберезнянської районної поліклініки, сприяти таким чином покращенню якості та доступності стоматологічної допомоги населенню В-Березного, організувати навчальний курс з стоматології та профілактичних заходів. На початку другого року співпраці заплановано розпочати на базі Великоберезнянської районної поліклініки

навчальну програму для лікарів, медсестер та молодшого медичного персоналу з усіх питань сімейної медицини. Мета програми – здобуття клінічних знань та навичок у педіатрії, підлітковій медицині, загальній терапії, гінекології, неонатології та акушерстві, хірургії, наданні ПМСД пацієнтам стаціонару прилеглої лікарні.

Великоберезнянський район розташований в північно-західній частині Закарпатської області. Територія району складає 810 кв.км. Протяжність району з півночі на південь 60 км, з сходу на захід 12 км. Рельєф гірський.

На заході район межує з Словачією та Польщею (протяжність кордону 80 км.), на півночі - з Турківським районом Львівської області, на сході - з Воловецьким і на півдні з Перечинським районами.

Адміністративна територія району розділена на 31 населений пункт, в тому числі одне селище міського типу (територіальний центр). Більшість сіл розташовані в важкодоступних гірських ущелинах, в зимовий період часто відрізані від сполучення.

Район сільськогосподарський. Біля 70% території району зайнята змішаними лісами.



Станом на 1.01.2001р. населення району становить 29,6 тис. чоловік, в тому числі дорослого 22600 чоловік, дітей до 14 років 6200, підлітків 1200, пенсіонерів 8100 чоловік, інвалідів 1114 чоловік. Мережа медичних закладів району представлена центральною районною лікарнею на 150 ліжок з поліклінікою на 200 відвідувань в зміну, 7 сільськими лікарськими амбулаторіями, три з яких з денним круглодобовим стаціонаром по 10 ліжок, 26 ФАПами.

В районі є міжрайонна туб.лікарня на 40 ліжок та міжрайонне інфекційне відділення на 20 ліжок.

Ареал обслуговування сімейної клініки – смт. В.Березний та навколишні села, розташовані в радіусі до 10 км, нараховує 10 тис. чол.

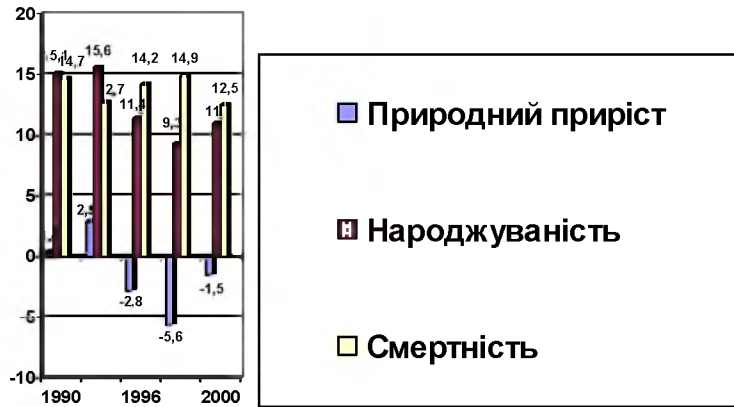
Нижче наведені статистичні дані, що підтверджують доцільність створення центру

первинної медико-санітарної допомоги в Великому Березному:

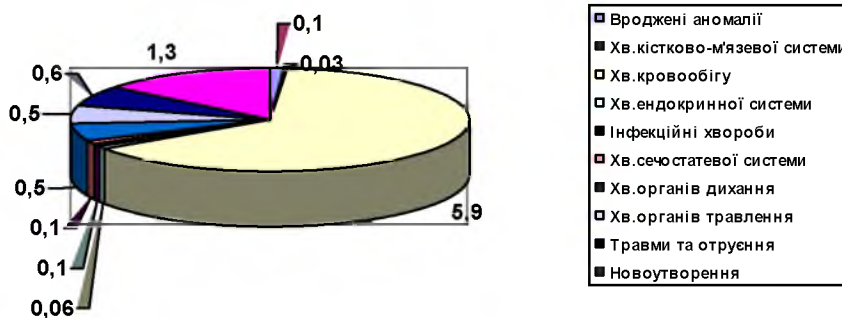
Рівень народжуваності знизився з 15,5/1000 у 1990 році до 11,4/1000 у 1999 році. Спад рівня народжуваності пов'язаний з погіршенням умов життя. Рівень смертності у 1999 році склав 14,9/1000, населення старіє, природній приріст в районі в 1999 році склав 5,5. Люди живуть в ізольованих гірських селах, що робить важким доступ до медичних послуг. Високий рівень безробіття (до 35%). Неправильне, одноманітне харчування. В зв'язку з повною відсутністю йоду в природньому середовищі, значний відсоток дітей має прояви йододефіциту. Тривалість життя складає 65,8 років.

Великий процент смертності, пов'язаний з вживанням алкоголю (транспортні аварії, вбивства, самовбивства).

Народжуваність, смертність та природний приріст



Структура смертності в районі за 2000 р.



Основними причинами смерті в районі у 1999 році стали:

нещасні випадки – 163/10,000 (приблизно 50% всіх нещасних випадків пов'язані з вживанням алкоголю);

захворювання кровеносної системи – 52/10,000;  
рак (трахеї, бронхів, легень) – 69/10,000;  
високий процент курців серед населення.

Основними медичними проблемами є серцево-судинні захворювання, рак легенів та шийки матки, нещасні випадки, захворювання щитовидної залози та гастроентерологічні захворювання.

Відкриттю Клініки передувало анкетування шкільної молоді селища Великий Березний, опитано більше 700 дітей. Основні запитання анкети – це: поведінка підлітків та ставлення до власного здоров'я. Результати анкетування виявили наступні негативні тенденції в здоров'ї підлітків: 76.1% подростков пробували курити, 25.3% почали курити в 13-14 років, 10.6% почали курити в 8 років, 19.4% підлітків курять регулярно, 23.9% підлітків вперше попробували спиртне в 13-14 років, 14.4% – в 11-12 років, 7.4% – в 8 років, 12% респондентів пробували марихуану.

Виходячи з цього, визначені основні пріоритети в роботі з підростаючим поколінням:

боротьба з курінням, антиалкогольна кампанія, роз'яснююча робота з питань сексуального виховання.

Протягом травня 2000р. – травня 2001р. проведено мобілізацію громадськості району, створена коаліція громадського здоров'я із групи ініціативних людей, які на районному рівні займаються вирішенням проблем, зв'язаних з пропагандою здорового способу життя. У Клініці сімейної медицини створений і працює кабінет здорового способу життя, випущені буклети з пропаганди здорового способу життя: "Смертельна правда про куріння", "Подаруй мені життя", які поширюються серед молоді району.

На основі даних, отриманих в результаті анкетування шкільної молоді та підлітків, розроблено програми пропаганди здорового способу життя, санітарної просвіти та профілактики захворювань, орієнтованих не тільки на учнів шкіл але і на все місцеве населення В.Березнянського району. Дані програми стануть однією із складових частин діяльності Клініки сімейної медицини. Клініку сімейної медицини відкрито 5 грудня 2000 року. Клініка складається з 8 оглядових кабінетів, оснащених сучасним обладнанням, поставленим партнерами із США,

маніпуляційного кабінету (малої операційної), рентгенівського кабінету, лабораторії, реєстратури, зал для чекання пацієнтів, 2 стоматологічних кабінетів. Оснащена сучасним рентгенівським апаратом, комп'ютерним електрокардіографом, ультразвуковим апаратом для спостереження за станом плода, дефібрилятором, стоматологічним обладнанням. Тут працюють 6 сімейних лікарів, робочі місця яких оснащені комп'ютером, стоматологі, середній медперсонал, рентгенлаборант, клінічний лаборант, медреєстратор. Організацією роботи середнього медперсоналу, постачання обладнання, витратних матеріалів, обліку цінностей, фінансового планування займається менеджер Клініки.

За кожним сімейним лікарем закріплено в середньому 320 родин, створено паспорт родини, на основі амбулаторної карточки створена база даних здоров'я родини, проводиться робота по створенню електронної амбулаторної карти. Протягом другого року роботи ми плануємо розпочати на базі Великоберезнянської Клініки сімейної медицини навчальну програму для лікарів, медсестер та молодшого медичного персоналу з усіх питань сімейної медицини. Мета програми – здобуття клінічних знань та навичок з педіатрії, підліткової медицини, загальної терапії, гінекології, неонатології та акушерства, хірургії.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Базилевич Я.П. "Сімейна медицина (завдання, принципи, моделі)" «Лікування та Діагностика», №3, 1997 р
2. Robert B. Taylor "Manual of Family Practice", 1996.

## SUMMARY

ORGANIZATION OF FUNCTIONING OF PRIMARY MEDICAL AID ESTABLISHMENT IN CONDITIONS OF A MOUNTANEOUS REGIONS OF TRANSCARPATIA

**Chopej I.V., Rohach I.M., Bodnar V.P.**

In the paper the experience of organizing a family medicine establishment in a country highland region is described. Previous to this work the questionnaire for young people was made with the aim of studying the possible risk of possible behaviour. The Clinics of family medicine was created, which was opened on 05.12.2000 on the base of regional polyclinics of Central regional hospital of V. - Berezhny.

**Key words:** primary medical aid, family medicine principles, questionnaire for teenagers, family medicine clinics, АІНА