

ISSN 2077-6594

УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ



2(30)/2014

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Керівний орган журналу

Засновник: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Колегіальні органи журналу

Головний редактор –	Г. О. Слабкий
Заступник головного редактора –	Ю. Б. Ященко
Директор проекту –	Д. О. Бахтіярова
Науковий редактор –	О. Р. Ситенко
Літературний редактор –	О. М. Ратаніна
Науковий перекладач –	Н. Т. Кучеренко
Секретаріат –	Н. Ю. Кондратюк, Є. М. Кривенко, Л. А. Карамзіна, І. В. Бутенко

Редакційна колегія

Голова редакційної колегії: В. М. Лобас

О. І. Авраменко	Б. О. Ледошук	А. М. Нагорна	Г. О. Слабкий
В. О. Волошин	В. П. Лисак	М. Є. Нечитайло	А. В. Степаненко
Ю. В. Вороненко	Л. Ф. Матюха	М. Г. Проданчук	Л. А. Чепелевська
М. В. Голубчиков	В. М. Лехан	С. О. Риков	Н. П. Ярош
А. С. Котуза	О. В. Любінець	Н. О. Сайдакова	Ю. Б. Ященко

Редакційна рада

Голова редакційної ради: Д. І. Заболотний (Київ)

В. І. Агарков (Донецьк)	О. С. Коваленко (Київ)	В. Л. Подоляка (Донецьк)
Т. Д. Бахтєєва (Київ)	Т. В. Кулемзіна (Донецьк)	В. М. Рудий (Київ)
А. Войтила (Люблін, Польща)	Ю. В. Михайлова (Росія)	О. Р. Ситенко (Київ)
Н. Г. Гойда (Київ)	Р. О. Моїсеєнко (Київ)	Д. В. Тентюк (Молдова)
О. О. Дудіна (Київ)	О. Ю. Майоров (Харків)	О. М. Ціборовський (Київ)
Ю. В. Думанський (Донецьк)	О. П. Мінцер (Київ)	Т. Ч. Чубаков (Киргизія)
О.З. Децик (Івано-Франківськ)	А. Овоц (Варшава, Польща)	М. В. Шевченко (Київ)
В. Н. Запорожан (Одеса)	В. А. Огнев (Харків)	М. М. Шутов (Донецьк)
А. Б. Зіменковський (Львів)	О. М. Орда (Київ)	

Журнал включено до Переліку №1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук (додаток до Постанови Президії ВАК України від 25.06.2010 р. №1-05/4)
Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

Протокол № 5 від 10.06.2014 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

Тел./факс: (044) 576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №12202-1086Р від 15.01.2007 р.

Підписано до друку 10 червня 2014 р. Загальний наклад 2500 прим. Зам. № 01/07/01

Видавці

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

Видавництво «ЕКСПЕРТ»

Адреса редакції: вул. Кіквідзе, 14в, м. Київ, 01103, Україна

Видруковано у друкарні «Аврора-принт»,

Адреса: вул. Причальна, 5, м. Київ, 02081, Україна, тел. (044) 550-52-44

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: А00 № 777897 від 06.07.2009 р.

Усі статті рецензовані. Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.
Цілковите або часткове розмежування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

© ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2014
© Видавництво «ЕКСПЕРТ», 2014

УВАГА!

Ви можете передплатити журнал «Україна. Здоров'я нації»
у будь-якому відділенні зв'язку України. Передплатний індекс 99956

ЗМІСТ

ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОГНОЗИ

Флорикян В.А.

Сопоставление артериального и венозного компонентов интракраниального кровообращения по данным ультразвуковой доплерографии у больных в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы. 5

*Якимець В.В., Гуценко І.В.,
Косарчук В.В., Чергава О.Ю.*

Аналіз загальних рівнів та показників госпіталізованої захворюваності військовослужбовців Збройних сил України за 2009–2013 рр. 10

ПИТАННЯ ДЕМОГРАФІЧНОГО РОЗВИТКУ

Чепелевська Л.А., Яценко Ю.Б.

Статеві-вікові тенденції смертності населення від хвороб системи кровообігу в регіонах України. 14

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

*Северин Г.К., Слабкий Г.О.,
Астахова Н.Ю.*

Оптимізована система онкологічної допомоги населенню 22

Бугоркова І.А.

Мониторинг основных стоматологических заболеваний в группе лиц подросткового возраста. 27

Плужнікова Т.В.

Сучасні підходи до профілактики цереброваскулярних захворювань у населення агропромислового регіону. 31

Качур О.Ю.

Структурна перебудова системи надання медичної допомоги як основа нової моделі організації променевої діагностики 37

Знаменська М.А.

Методичні підходи до оцінки ефективності програм комунікацій з населенням в охороні здоров'я 42

Савчук О.В.

Сучасні проблеми та перспективи розвитку муніципальних стоматологічних закладів м. Києва (на думку керівників і лікарів цих закладів) 46

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Матюха Л.Ф., Слабкий Г.О.,
Бухановська Т.М.*

Результати соціологічного дослідження інтерв'ю щодо їх готовності до надання первинної медичної допомоги дитячому населенню. 52

Картавцев Р.Л.

Забезпеченість закладів охорони здоров'я вторинного рівня високовартісним обладнанням 62

Клименюк В.П.

Аналіз факторів інвалідизації внаслідок серцево-судинних захворювань на основі історичних когорт 66

Кривенко Є.М.

Сучасна структура функціонально-організаційної моделі інформатизації охорони здоров'я на регіональному рівні. 75

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

Ukraine: not only matter of geopolitics. 83

ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Шевченко М.В., Кучеренко Н.Т.

Державне регулювання ціноутворення та системи відшкодування лікарських засобів в Україні 86

ЮВІЛЕЇ

Некролог. Пам'яті професора А.Р. Уваренка 94

CONTENT

HEALTH OF THE POPULATION: TENDENCIES AND FORECASTS

- Florikyan V.A.*
Comparison of arterial and venous components of the intracranial circulation according to doppler ultrasound in patients in the remote period of closed craniocerebral injury 5
- Yakymets V.V., Gutsenko I.V., Kosarchuk V.V., Chergava O. Yu.*
Analysis of general levels and indexes of the hospitalized morbidity of servicemen of the armed forces of Ukraine is for 2009–2013 10

QUESTIONS OF DEMOGRAPHIC DEVELOPMENT

- Chepelevska L.A., Yaschenko Yu.B.*
Sex and age mortality tendencies of the population from cardiovascular diseases in the regions of Ukraine 14

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE PROVISION

- Severyn G.K., Slabky G.O., Astakhova N. Yu.*
The optimized system of the oncologic help to the population 22
- Bugorkova I.A.*
Monitoring of basic stomatological diseases in the group of persons of teens 27
- Pluzhnikova T.V.*
Modern approaches to the prevention of cerebrovascular disease in the population agroindustrial region 31
- Kachur O. Yu.*
Structural reorganization of health care system as a basis of new model of beam diagnostics organization 37

- Znamenska M.A.*
Methodological approaches to effectiveness evaluation of communications programs with the population in health care 42

- Savchuk O.V.*
Modern problems and prospects of Kyiv municipal stomatologic establishments (according to heads and physicians of these establishments) 46

REFORMING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM

- Matyukha L.F., Slabky G.O., Bukhanovska T.M.*
Results of sociological research interns about their willingness to provide primary health care of the child population 52

- Kartavtsev R.L.*
Provision of health care institutions of secondary level the expensive equipment 62

- Klymenyuk V.P.*
The analysis of disability factors due to cardiovascular diseases on the basis of historical cohorts 66

- Kryvenko Ye.M.*
Modern structure of functional organizational model of informatization of public health at the regional level 75

INTERNATIONAL EXPERIENCE

- Ukraine: not only matter of geopolitics** 83

FINANCING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM

- Shevchenko M.V., Kucherenko N.T.*
State regulation of pricing and reimbursement of medical products in Ukraine 86

ANNIVERSARIES

- The obituary. In memory of Professor A.R. Uvarenko** 94

Г.К. Северин¹, Г.О. Слабкий², Н.Ю. Астахова¹

ОПТИМІЗОВАНА СИСТЕМА ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

¹Донецький національний медичний університет імені М. Горького, м. Донецьк, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – розробити оптимізовану систему онкологічної допомоги населенню.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження: організаційна система надання онкологічної допомоги населенню. Методи: системний підхід, структурно-логічний аналіз, концептуальне моделювання.

Результати. Запропоновано структурно-оптимізовану систему онкологічної допомоги населенню, яка складається з восьми організаційних блоків. Перші чотири спрямовані на профілактичну роботу з населенням, здоровим у плані онкологічної патології; наступні – на забезпечення медичною допомогою хворих із онкопатологією.

На рівні вторинної амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги слід запровадити цільові огляди усіх пацієнтів на виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень під час звернення хворих на відповідний рівень медичної допомоги.

Висновки. Оптимізована система медичної допомоги населенню, скерована на індивідуальну та групову профілактику злоякісних новоутворень у населення, їх виявлення на ранніх стадіях, надання медичної допомоги відповідно до галузевих стандартів залежно від стадії розвитку хвороби, буде сприяти зниженню рівня захворюваності населення на онкопатологію і подовженню якісного життя хворих.

Ключові слова: населення, онкологічна допомога, оптимізована система.

Вступ

Сьогодні серед найголовніших медико-біологічних і соціально-економічних проблем в охороні здоров'я України є боротьба зі злоякісними новоутвореннями (ЗН), які суттєво впливають на показники загальної захворюваності, інвалідизації та смертності, особливо серед населення працездатного віку. Останніми роками в країні стійко зростає рівень онкозахворюваності. За уточненими даними Національного канцер-реєстру, у 2011 р. зареєстровано 169 030 нових випадків захворювань на ЗН; загальний показник захворюваності на цю патологію сягнув 370,7 на 100 тис. населення, тобто порівняно з 2010 р. збільшився на 2,1%, у т. ч. серед жіночого населення – на 2,7%, чоловічого – на 1,6% [8].

Основними в профілактиці, ранньому виявленні та своєчасному направленні на лікування до спеціалізованих закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) мають стати заклади первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини [2, 6, 7] з їх юридичним і фінансовим розмежуванням [3] та юридичним визнанням лікаря загальної лікарської практики / сімейного лікаря (ЛЗП/СЛ) основною фігурою у визначенні медичного маршруту пацієнта [4, 5]. При цьому слід відпрацювати обсяги медичної

допомоги, які має надавати ЛЗП/СЛ, і механізми його взаємодії з лікарями-спеціалістами [9].

Враховуючи постійне зростання рівня захворюваності населення на онкопатологію та її медико-соціальне значення [11], перед ЛЗП/СЛ стоїть завдання щодо забезпечення профілактичної роботи з виявлення ЗН на ранніх стадіях розвитку та організації медичної допомоги хворим.

Мета роботи – розробити оптимізовану систему онкологічної допомоги населенню.

Матеріали та методи

Об'єктом дослідження стала організаційна система надання онкологічної допомоги населенню. Методами дослідження були системний підхід, структурно-логічний аналіз та концептуальне моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення

У ході дослідження обґрунтовано та розроблено оптимізовану систему онкологічної допомоги населенню (рис.). Основним елементом системи стало населення, яке структурно розділено на три групи: здорові, населення з підозрою на онкопатологію і хворі на ЗН.

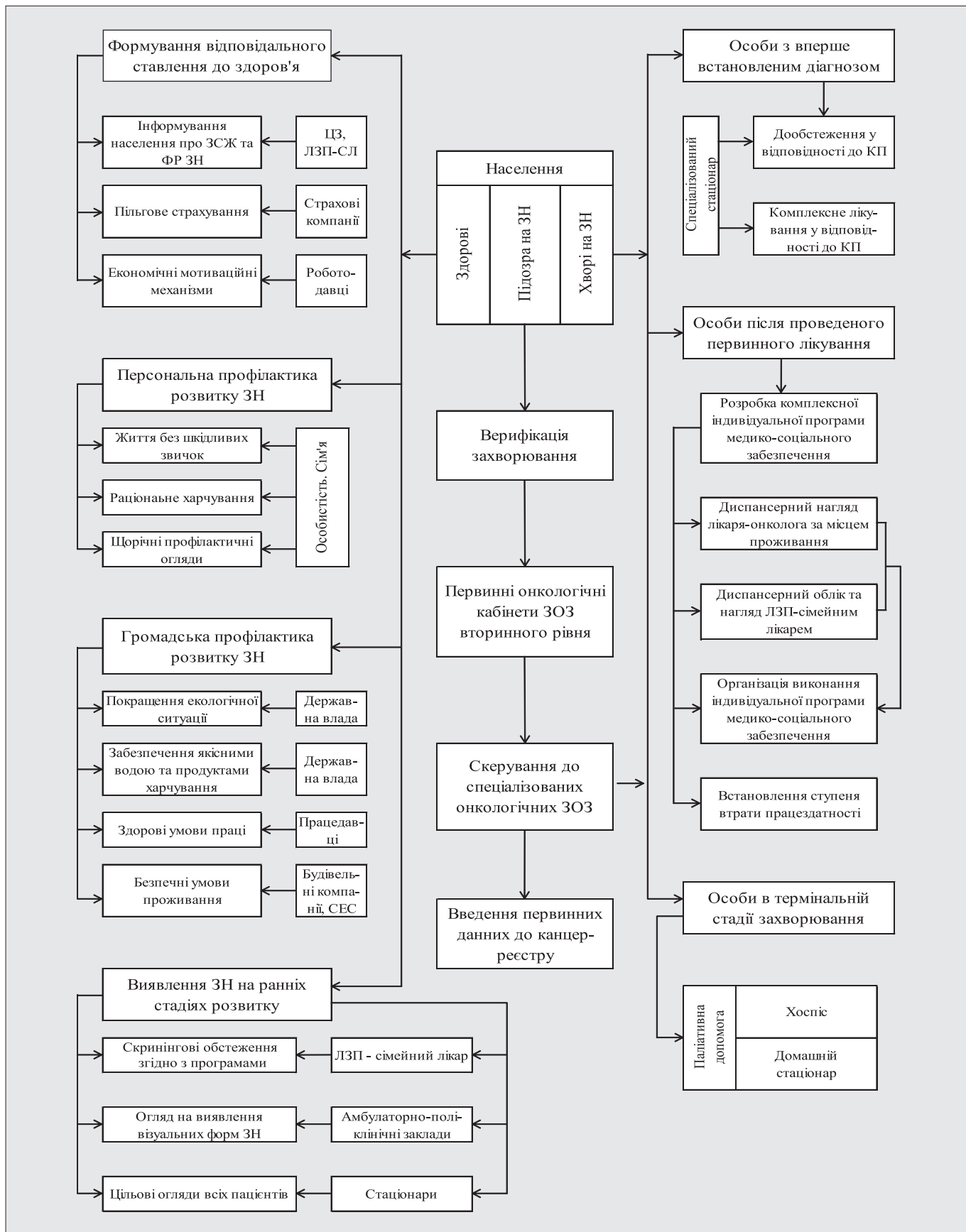


Рис. Оптимізована система онкологічної допомоги населенню

Стратегічним напрямом системи є зменшення рівнів захворюваності населення на ЗН та подовження якісного життя хворих з онкопатологією.

Тактичним напрямом системи є профілактика онкопатології, раннє виявлення ЗН, ефективне лікування таких хворих і забезпечення паліативної допомоги в термінальних стадіях хвороби.

Структурно-оптимізована система онкологічної допомоги населенню складається з восьми організаційних блоків.

Перші чотири блоки спрямовані на профілактичну роботу зі здоровими в плані онкологічної патології людьми.

Перший блок системи передбачає формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я. Важливим напрямом є інформування населення про основи здорового способу життя (ЗСЖ) та фактори ризику розвитку ЗН, значення щорічного проходження цільових профілактичних оглядів із метою раннього виявлення онкопатології.

Цю роботу мають проводити ЛЗП/СЛ і центри здоров'я. З метою мотивації населення до ЗСЖ запропоновані мотиваційні механізми: пільгове страхування і запровадження економічних мотивацій на робочому місці.

Другий блок передбачає персональну профілактику розвитку ЗН і скерований на сім'ю та особистість. Він включає раціональне харчування, життя без шкідливих звичок (тютюнопаління, зловживання алкоголем) і проходження щорічних цільових онкологічних профоглядів.

Третій блок спрямований на профілактику онкозахворюваності шляхом проведення заходів державного, регіонального та місцевого рівнів. Ці заходи передбачають поліпшення екологічної ситуації, забезпечення якісними водою та продуктами харчування, здорові умови праці, безпечні умови проживання.

Четвертий блок є важливим у роботі ЗОЗ усіх рівнів надання медичної допомоги та скерований на виявлення ЗН на ранніх стадіях. У цьому плані ЛЗП/СЛ мають запровадити систему скринінгових програм із виявлення онкопатології. Такі програми розроблені для запровадження на рівні ПМСД за нашою участю [1, 10].

На рівні вторинної амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги слід запровадити цільові огляди усіх пацієнтів на виявлення візуальних форм ЗН.

П'ятий блок системи передбачає надання медичної допомоги населенню з підозрою на ЗН. Для цього

запропонована організація роботи в ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги кабінетів первинної онкологічної допомоги, в яких така категорія населення проходить дообстеження з верифікацією захворювання. Первинні дані про них вносяться до канцерреєстру, а пацієнти скеровуються до спеціалізованого онкологічного ЗОЗ. У подальшому лікарі-онкологи здійснюють диспансерний нагляд за такими хворими.

Наступні блоки системи спрямовані на забезпечення хворих із ЗН медичною допомогою.

Шостий блок передбачає надання спеціалізованої медичної допомоги особам з уперше встановленим діагнозом ЗН у стаціонарних умовах. На цьому етапі, відповідно до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України, які є галузевим стандартом медичної допомоги, проводиться дообстеження і комплексне лікування вперше виявлених хворих.

Сьомий блок забезпечує організацію та надання медичної допомоги хворим на подальших етапах лікування. По-перше, це розробка комплексної індивідуальної програми медико-соціального забезпечення, яке базується на прогнозі подальшого розвитку хвороби та можливості ефективності застосування медичних програм. По-друге, це диспансерний нагляд за хворим з організацією виконання індивідуальної програми медико-соціального забезпечення. По-третє, це вирішення рівня втрати працездатності та потреби в медико-соціальній допомозі.

Восьмий блок передбачає надання паліативної допомоги хворим у термінальній стадії хвороби. Для цього слід створити хоспісну систему їх забезпечення як на рівні стаціонарів, так і вдома.

Висновки

Оптимізована система медичної допомоги населенню, спрямована на індивідуальну та групову профілактику ЗН у населення, виявлення на ранніх стадіях онкозахворювань і надання медичної допомоги відповідно до галузевих стандартів залежно від стадії розвитку хвороби, має сприяти зниженню рівня захворюваності населення на ЗН і подовженню якісного життя хворих.

Перспективи подальших досліджень скеровані на вивчення ефективності запровадження запропонованої оптимізованої системи онкологічної медичної допомоги населенню.

Література

1. *Думанський Ю. В.* Модель надання онкологічної допомоги населенню на первинному рівні / Ю. В. Думанський, Г. К. Северин // Семейная медицина. – 2014. – № 1. – С. 154–156.
2. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С. 30–31.
3. *Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина: монографія* / З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Кризина ; за ред. В. М. Князевича ; МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.
4. *Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги* / Г. О. Слабкий, В.П. Лисак, Ю.Б. Ященко [та ін.] ; МОЗ України, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України». – К., 2010. – 24 с.
5. *Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики / сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях : метод. рекомендації* / Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда [та ін.]. – К. : МОЗ, УІСД, 2011. – 43 с.
6. *Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI* [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
7. *Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»* / Комітет з економічних реформ при Президенті України. – К., 2010. – 87 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва з екрана.
8. *Рак в Україні, 2011–2012. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби* : бюлетень Нац. канцер-реєстру України. – К., 2013. – № 14. – С. 2.
9. *Рак в Україні, 2010–2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби* : бюл. Нац. канцер-реєстру України. – К., 2012. – № 13. – 124 с.
10. *Северин Г. К.* Характеристика виявлення онкологічних захворювань під час профілактичних оглядів / Г. К. Северин // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4. – С. 15–20.
11. *Слабкий В. Г.* Перерозподіл видів надання медичної допомоги між лікарями загальної практики / сімейної медицини та лікарями-спеціалістами / В. Г. Слабкий // Управління закладом охорони здоров'я. – 2010. – № 7. – С. 19–24.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.05.2014 р.

Оптимизированная система онкологической помощи населению

Г.К. Северин¹, Г.А. Слабкий², Н.Ю. Астахова¹

¹Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького, г. Донецк, Украина

²ГУ «Украинский институт стратегических исследований
МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – разработать оптимизированную систему онкологической помощи населению.

Материалы и методы. Объект исследования: организационная система оказания онкологической помощи населению. Методы: системный подход, структурно-логический анализ, концептуальное моделирование.

Результаты. Предложена структурно-оптимизированная система онкологической помощи населению, которая состоит из восьми организационных блоков. Первые четыре направлены на профилактическую работу с населением, здоровым в плане онкологической патологии; следующие – на обеспечение больных злокачественными заболеваниями медицинской помощью.

На уровне вторичной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи следует внедрить целевые осмотры всех пациентов на выявление визуальных форм злокачественных заболеваний во время обращения больных на соответствующий уровень медицинской помощи.

Выводы. Оптимизированная система медицинской помощи населению, направленная на индивидуальную и групповую профилактику злокачественных новообразований у населения, их выявление на ранних стадиях, оказание медицинской помощи согласно отраслевым стандартам в зависимости от стадии развития болезней, будет способствовать снижению уровня заболеваемости населения онкопатологией и продолжению качественной жизни больных.

Ключевые слова: население, онкологическая помощь, оптимизированная система.

The optimized system of the oncologic help to the population

G.K. Sevryn¹, G.O. Slabky², N.Yu. Astakhova¹

¹Donetsk National Medical University
named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

²SI «Ukrainian Institute of Scientific Researches
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – development of the optimized system of the oncologic help to the population.

Materials and methods. Object of research: organizational system of rendering the oncologic help to the population. Methods: systemic approach, structural and logical analysis, conceptual modeling.

Results. The offered structural optimized system of the oncologic help to the population consists of eight organizational blocks. The first four – are referred on scheduled maintenance with the population which malignant neoplasm's (MN) – healthy people in respect of oncologic pathology doesn't suffer. The following blocks of system are aimed at providing sick MN with a medical care.

At the level of the secondary out-patient and polyclinic and stationary help it has to be introduced when carrying out target surveys of all patients on identification of the MN visual forms during their address on an appropriate level of a medical care.

Conclusions. The offered optimized system of a medical care to the population, referred on individual and group prophylaxis of malignant neoplasm's at the population, identification at early stages of MN, rendering a medical care according to industry standards depending on a stage of development of illnesses that has to provide depression of an incidence of the population of MN and continuation of qualitative life of patients.

Key words: population, oncologic help, optimized system.

Відомості про авторів

Северин Григорій Костянтинівич – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я та історії медицини Донецького національного медичного університету імені М. Горького; просп. Ілліча, 16, м. Донецьк, 83003, Україна; служб. тел. +38 (0623) 44-29-78; e-mail: soc.med.dsmu@mail.ru.

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: g.slabkiy@mail.ru.

Астахова Наталія Юріївна – к.мед.н., асистент кафедри організації вищої освіти, управління охороною здоров'я та епідеміології Донецького національного медичного університету імені М. Горького; просп. Ілліча, 16, м. Донецьк, 83003, Україна.

Л.Ф. Матюха¹, Г.О. Слабкий², Т.М. Бухановська¹

РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ІНТЕРНІВ ЩОДО ЇХ ГОТОВНОСТІ ДО НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – вивчити готовність лікарів-інтернів другого року навчання (спеціальність «Загальна практика – сімейна медицина») до надання первинної медичної допомоги дитячому населенню після закінчення інтернатури.

Матеріали та методи. Проведено соціологічне дослідження 65 лікарів-інтернів. Одиниці спостереження відібрано випадковим способом із використанням безповоротної вибірки. Мінімізацію випадкових похибок забезпечено репрезентативністю вибірки. Методи обліку та збору медико-статистичної інформації – анкетування та опис. Обробку та статистичне групування отриманої інформації проведено за ознаками, відображеними в абсолютних цифрах і відсотках за загальноприйнятими методиками.

Результати. Встановлено, що лише 20,0% респондентів по закінченню інтернатури мають бажання та готові обслуговувати дітей з етапу надходження дитини з пологового будинку до дільниці.

Висновки. Для підвищення вищезазначеного відсотка слід збільшити термін проходження інтернатури за фахом «Загальна практика – сімейна медицина»; переглянути існуючі нормативні документи щодо заочних баз для проходження інтернатури; створити навчально-тренінгові центри при закладах первинної медичної допомоги, що є базами заочного навчання; керівники заочних баз повинні нести відповідальність за якість підготовки лікаря-інтерна та ознайомлювати інтернів із медико-технологічними документами, уніфікованими клінічними протоколами, наказами МОЗ України з питань надання медичної допомоги дитячому населенню.

Ключові слова: лікарі-інтерни, дитяче населення, сімейна медицина.

Вступ

Реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі передбачає надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) усьому населенню незалежно від віку та включає консультування, діагностування й лікування найпоширеніших хвороб, травм та отруєнь [2, 5, 6, 7]. Водночас, одним із основних напрямів діяльності лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗПСЛ) є принцип збереження «здоров'я здорових» [1], тобто посилення профілактичних заходів. Це дуже актуально, оскільки саме на амбулаторному етапі медичної допомоги слід вирішувати понад 80% медичних проблем пацієнтів [6]. На сьогодні в Україні починають і закінчують лікування близько 30% пацієнтів у сільській місцевості та близько 50% міського населення.

Важливим інструментом реформування галузі є ефективна кадрова політика. У 2011–2012 рр. забез-

печеність ЛЗПСЛ (за даними статистичних звітів) збільшилася з 1,8 до 2,3 на 10 тис. населення, а кількість випускників вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ) на зазначені посади у 2013 р. порівняно з попереднім зросла на 77,5% [8]. Тому дуже суттєва надія покладена на молоде покоління ЛЗПСЛ, зокрема, на до- і післядипломну підготовку.

Програма інтернатури випускників ВМНЗ III–IV рівнів акредитації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» (ЗПСМ) складається з двох років навчання та поділяється на очну (бази кафедр післядипломної підготовки лікарів) і заочну частини (лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) за місцем розподілу лікарів-інтернів). За цей час інтерни підвищують рівень професійної готовності для самостійної роботи з фаху «ЗПСМ». Проте, відповідно до нового документу ЄС Directive 2005/36/EC, спочатку Велика Британія, а потім інші країни збільшили мінімальний термін навчання ЛЗПСЛ до 3 років [4].

Таблиця 1
 Розподіл лікарів-інтернів за віком

Вік (повні роки), x	Кількість інтернів, p	xp	%±Δ%
23	24	552	36,9±6,0
24	23	552	35,4±5,9
26	5	125	7,7±3,3
27	6	156	9,2±3,5
	1	27	1,5±1,5
28	3	84	4,6±2,6
29	1	29	1,5±1,5
30	0	0	0
31	2	62	3,2±2,2
	n=65	Σxp=1587	

Мета роботи – вивчити готовність лікарів-інтернів другого року навчання (спеціальність «ЗПСМ») до надання ПМСД дитячому населенню після закінчення інтернатури.

Матеріали та методи

Проведено репрезентативне опитування шляхом анонімного анкетування 65 лікарів-інтернів другого року навчання, які вже пройшли першу очну підготовку на кафедрах післядипломної освіти та стажування на заочних базах.

Одиниці спостереження відібрано випадковим способом із використанням безповоротної вибірки, тобто кожний респондент заповнював анкету тільки один раз. Мінімізацію випадкових похибок забезпечено репрезентативністю вибірки. Методи обліку та збору медико-статистичної інформації – анкетування та опис.

Опитування проведено одномоментно із застосуванням спеціально розроблених анкет. Анкети були анонімними, запитання передбачали вибір одного чи декількох найбільш прийнятних варіантів відповідей та висловлювання власної думки опитуваних. Перед анкетуванням лікарям-інтернам роздано інформаційний лист, де зазначено мету, завдання соціологічного дослідження, наголошено на анонімності анкетування, на праві респондентів відмовитись від участі в заповненні анкет та на необхідності надання об'єктивної відповіді на поставлені запитання.

Обробку та статистичне групування отриманої інформації проведено за ознаками, відображеними в абсолютних цифрах і відсотках відповідно до загальноприйнятих методик [3].

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідження проведено серед респондентів, середній вік яких становив 24,4 року (табл. 1). Найбільше було осіб віком 23 (36,9±6,0%) і 24 роки (35,4±5,9%). Найменше – віком 27 і 29 років (по 1,5±1,5% відповідно).

За статтю переважали жінки (49 осіб, або 75,4±5,3%), а чоловіки становили 24,6±5,3% (16 респондентів).

За місцем проходження заочного циклу інтернатури інтерни розподілилися таким чином: в амбулаторіях у складі центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) проходили заочну частину 32 (49,2±6,2%) респонденти, у віддалених від ЦПМСД амбулаторіях працювало 3 (4,6±2,6%) інтерни. Проте більшість (30 опитаних, або 46,2±6,2%) проходили заочну частину в інших ЛПЗ: центральних міських лікарнях – 18 (60,0±8,9%) осіб, центральних районних лікарнях – 8 (26,6±8,1%) осіб, у терапевтичних відділеннях обласних лікарень – 4 (13,4±6,2%) лікарі.

Серед осіб, які взяли участь у дослідженні, 56 (86,2±4,3%) респондентів відповіли, що заклад, де вони проходили заочний цикл інтернатури, знаходиться в міському поселенні, 8 (12,3±4,1%) – в обласному центрі, 1 (1,5%) – у сільській місцевості.

Протягом навчання на заочних базах 31 (47,7±6,2%) інтерн обслуговував лише доросле населення (рис. 1) та стільки ж надавали медичну допомогу всьому населенню (дорослим і дітям). Ще 3 (4,6±2,6%) респонденти відповіли, що обслуговували лише дорослих і дітей від 15 років.

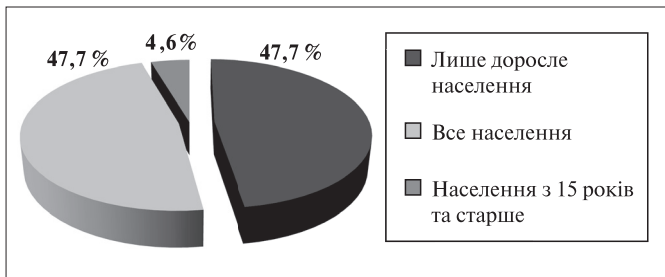


Рис. 1. Розподіл респондентів за категоріями населення, яким надавалась допомога під час проходження заочної частини інтернатури за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» (%)

Серед тих (47 осіб, або 72,3±5,6%), хто надавав медичну допомогу дитячому населенню (0–17 років), самостійно це здійснювало 9 (19,2±5,7%) респондентів, разом із педіатром – 15 (31,9±6,8%), разом з іншими лікарями – 23 (48,9±7,3%). У ході проведеного анкетування 18 (27,7±5,6%) респондентів відповіли, що зовсім не працювали з дітьми.

У лікувальних закладах, де працювали лікарі-інтерни, відстань до найближчої багатопрофільної лікарні становила до 5 км – 43 (66,2±5,9%) респонденти, 5–10 км – 9 (13,8±4,3%) лікарів, 10–15 км – 7 (10,8±3,8%) осіб, понад 15 км – 6 (9,2±3,6%) опитаних. Середня відстань серед тих, хто працював у ЛПЗ на відстані понад 15 км, становила майже 66 км.

З клінічними настановами, уніфікованими протоколами, затвердженими МОЗ України, щодо надання медичної допомоги дитячому населенню ознайомлений 51 (78,5±5,1%) респондент (рис. 2), решта (14 осіб, або 21,5±5,1%) відповіли, що не ознайомлені з цими нормативними документами. Стосовно наявності на заочних базах проходження інтернатури документів, які регламентують надання медичної допомоги дітям, 56 (86,2±4,3%) осіб відповіли позитивно, решта (9 опитаних, або 13,8±4,3%) респондентів – негативно.

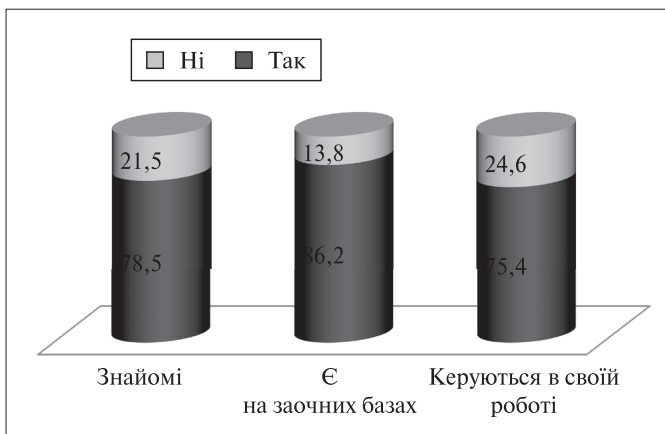


Рис. 2. Відповіді респондентів щодо використання у своїй практиці клінічних настанов, уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги дитячому населенню (%)

Більшість (38 інтернів, або 58,5±6,1%) у своїй роботі при обслуговуванні педіатричного контингенту керувалися відповідними клінічними настановами, уніфікованими клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України, ще 11 (16,9±4,6%) – іноді до них зверталися, а решта (16 інтернів, або 24,6±5,3%) респондентів відповіли, що дуже рідко або зовсім не використовували їх у своїй роботі.

Робоче місце оснашене комп'ютерною технікою майже у кожного третього інтерна. Так, 49 (75,4±5,3%) опитаних відповіли, що не мали комп'ютера на місці проходження інтернатури. При цьому ті, у кого він був (16 осіб, або 24,6±5,3%), здебільшого (11 опитаних, або 68,8±11,6%) забезпечені доступом до мережі Інтернет.

Наступне запитання анкети стосувалося використання наявного автоматизованого робочого місця та передбачало декілька відповідей. З'ясовано (рис. 3), що комп'ютер на робочому місці використовувався насамперед для пошуку необхідної інформації (50,0%), ведення медичної документації (43,8%), створення Єдиного реєстру пацієнтів (31,3%).

Наступні запитання анкети стосувалися самостійної оцінки за п'ятибальною шкалою власних знань і практичних навичок самими інтернами (табл. 2).

Одним з основних видів ПМСД є профілактика. Серед профілактичних заходів, спрямованих на попередження хвороб саме в ранньому дитячому віці, на перший план виступає специфічна та неспецифічна профілактика рахіту. За даними таблиці 2, наявність достатнього та високого рівня теоретичних знань із цього питання визнали 49 (75,4±5,3%) інтернів, середній бал серед всіх опитаних – 3,9. Така ж середня оцінка стосувалась і профілактики залізодефіцитних станів у дітей раннього віку. Водночас, на достатньому рівні («4» та «5» балів) оцінили власні знання 50 (76,9±5,2%) респондентів. Наднизький середній бал із теоретичних основ профілактики виявився в інтернів щодо особли-

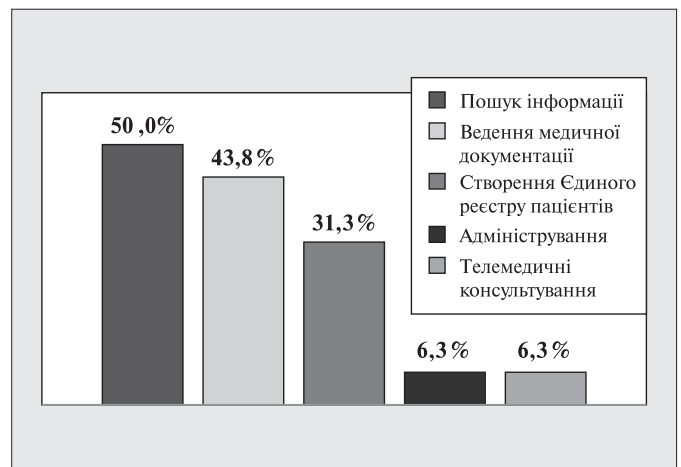


Рис. 3. Використання комп'ютеризованого робочого місця лікарями-інтернами (%)

Таблиця 2
 Самооцінка інтернами рівня теоретичних знань (бали)

Знання	Бал										Середній бал
	1		2		3		4		5		
	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	
<i>з питань профілактики</i>											
профілактики рахіту	0	—	1	1,5±1,5	15	23,1±5,2	37	56,9±6,1	12	18,5±4,8	3,9
профілактики залізодефіцитних станів у дітей раннього віку	1	1,5±1,5	0	—	14	21,6±5,1	39	60,0±6,0	11	16,9±4,6	3,9
особливостей спостереження, догляду, режиму дітей 1-го року життя	0	—	3	4,7±2,6	19	29,2±5,6	27	41,5±6,1	16	24,6±5,3	3,4
самостійне складання індивідуального плану вакцинації дитини	0	—	6	9,2±3,6	19	29,2±5,6	28	43,1±6,1	12	18,5±4,8	3,7
вигодовування та харчування дитини раннього віку	0	—	0	—	12	18,5±4,8	35	53,8±6,2	18	27,7±5,6	4,1
методів загартування дитини	0	—	4	6,2±3,0	15	23,1±5,2	34	52,3±6,2	12	18,5±4,8	3,8
методики правильного прикладання дитини до грудей матері	0	—	2	3,1±2,1	10	15,4±4,5	19	29,2±5,6	34	52,3±6,2	4,3
факторів ризику синдрому раптової смерті дитини грудного віку	0	—	0	—	23	35,4±5,9	28	43,1±6,1	14	21,6±5,1	3,9
<i>з діагностики</i>											
методики оцінки кульшових суглобів дитини на наявність вродженого вивиху, дисплазії	0	—	2	3,1±2,1	14	21,5±5,1	38	58,5±6,1	11	16,9±4,6	3,9
рефлексів немовляти	0	—	1	1,5±1,5	17	26,2±5,5	34	52,3±6,2	13	20,0±5,0	3,9
методики оцінки загальної та місцевої реакції на щеплення	0	—	0	—	19	29,2±5,6	28	43,1±6,1	18	27,7±5,6	4,0
методики проведення огляду зовнішнього вуха та барабанної перетинки з рефлектором і отоскопом	0	—	11	16,9±4,6	19	29,2±5,6	22	33,8±5,9	13	20,0±5,0	3,6
методики оцінки гостроти слуху мовою і пошепки	0	—	4	6,2±3,0	13	20,0±5,0	32	49,2±6,2	16	24,6±5,3	3,9
методики визначення гостроти зору за допомогою оптичних таблиць, набору лінз	1	1,5±1,5	6	9,2±3,6	21	32,3±5,8	28	43,1±6,1	9	13,8±4,3	3,6
критеріїв фізіологічної жовтяниці в новонароджених	0	—	2	3,1±2,1	13	20,0±5,0	37	56,9±6,1	13	20,0±5,0	3,9

Таблиця 2 (продовження)

Знання	Бал										Середній бал
	1		2		3		4		5		
	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	
<i>із загальноклінічних</i>											
вікових показників маси тіла, зросту	0	—	0	—	6	9,2±3,6	29	44,6±6,2	30	46,2±6,2	4,4
методики оцінки психічного розвитку дитини залежно від віку	0	—	1	1,5±1,5	20	30,8±5,7	31	47,7±6,2	13	20,0±5,0	3,9
методики визначення фізичного розвитку дитини залежно від віку	0	—	1	1,5±1,5	14	21,6±5,1	32	49,2±6,2	18	27,7±5,6	4,0
здійснення догляду за пупковим залишком	0	—	0	—	9	13,8±4,3	37	56,9±6,1	19	29,2±5,6	4,2
методів контрацепції в підлітків	0	—	3	4,7±2,6	8	12,3±4,1	24	36,9±6,0	30	46,2±6,2	4,2
профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом	0	—	1	1,5±1,5	10	15,4±4,5	22	33,8±5,9	32	49,2±6,2	4,3
з консультування батьків та близьких родичів дитини з питань профілактики захворювань, здорового способу життя	0	—	0	—	8	12,3±4,1	28	43,1±6,1	29	44,6±6,2	4,3
<i>з невідкладної допомоги при:</i>											
судомному синдромі	0	—	3	4,7±2,6	19	29,2±5,6	35	53,8±6,2	8	12,3±4,1	3,7
анафілактичному шоці	0	—	2	3,1±2,1	9	13,8±4,3	40	61,5±6,0	14	21,6±5,1	4,0
гострому стенозуючому ларинготрахеїті	0	—	3	4,7±2,6	15	23,1±5,2	35	53,8±6,2	12	18,5±4,8	3,9
синдромі раптової смерті дитини	0	—	6	9,2±3,6	33	50,8±6,2	21	32,3±5,8	5	7,7±3,3	3,9
потраплянні стороннього тіла											
у верхні дихальні шляхи	0	—	2	3,1±2,1	14	21,6±5,1	38	58,5±6,1	11	16,9±4,6	3,9
зупинці серцевої діяльності та дихання	0	—	0	—	14	21,6±5,1	32	49,2±6,2	19	29,2±5,6	4,1
гіпертермічному синдромі	0	—	0	—	5	7,7±3,3	39	60,0±6,1	21	32,3±5,8	4,2
видалення неускладненого стороннього тіла											
з вуха, горла, носа	0	—	4	6,2±3,0	29	44,6±6,2	27	41,5±6,1	5	7,7±3,3	3,5
видаленні поверхневого стороннього тіла											
з кон'юнктиви	0	—	7	10,8±3,8	24	36,9±6,0	31	47,7±6,2	3	4,7±2,6	3,5

востей спостереження, догляду, режиму дітей 1-го року життя (3,4) та індивідуального плану вакцинації дитини (3,7).

Вважали себе достатньо обізнаними з проведення оцінки загальної та місцевої реакції на щеплення

46 (70,8±5,6%) респондентів, а середній бал серед усіх опитаних становив 4,0.

Найнижче інтерни оцінили власні концептуальні знання стосовно методик проведення огляду зовнішнього вуха та барабанної перетинки і визначення

Таблиця 3
 Самооцінка інтернами володіння практичними навичками (бали)

Практична навичка	Бал										Середній бал
	1		2		3		4		5		
	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	
<i>з профілактики</i>											
з профілактики рахіту	0	—	4	6,2±3,0	15	23,1±5,2	36	55,4±6,2	10	15,4±4,5	3,8
з профілактики залізодефіцитних станів у дітей раннього віку	0	—	3	4,7±2,6	18	27,7±5,6	34	52,3±6,2	10	15,4±4,5	3,8
особливостей спостереження, догляду, режиму дітей 1-го року життя	0	—	5	7,7±3,3	11	16,9±4,6	37	56,9±6,1	12	18,5±4,8	3,9
самостійно скласти індивідуальний план вакцинації дитини	0	—	7	10,8±3,8	20	30,8±5,7	28	43,1±6,1	10	15,4±4,5	3,6
оцінка вигодовування та харчування дитини раннього віку та проведення корекції харчування	0	—	3	4,7±2,6	14	21,6±5,1	31	47,7±6,2	17	26,1±5,4	4,0
володіння методами загартовування дитини	1	1,5±1,5	4	6,2±3,0	14	21,6±5,1	38	58,5±6,1	8	12,3±4,1	3,7
володіння методикою правильного прикладання дитини до грудей матері	0	—	5	7,7±3,3	7	10,8±3,8	27	41,5±6,1	26	40,0±6,1	4,1
попередження синдрому раптової смерті дитини грудного віку	0	—	4	6,2±3,0	16	24,6±5,3	30	46,2±6,2	15	23,1±5,2	3,9
<i>з діагностики</i>											
оцінка кульшових суглобів дитини на наявність вродженого вивиху, дисплазії	0	—	3	4,7±2,6	16	24,6±5,3	35	53,8±6,2	11	16,9±4,6	3,8
визначення рефлексів немовляти	0	—	5	7,7±3,3	15	23,1±5,2	32	49,2±6,2	13	20,0±5,0	3,8
оцінка загальної та місцевої реакції на щеплення	0	—	5	7,7±3,3	17	26,1±5,4	31	47,7±6,2	12	18,5±4,8	3,8
огляд зовнішнього вуха та барабанної перетинки з рефлектором і отоскопом	1	1,5±1,5	9	13,8±4,3	17	26,1±5,4	28	43,1±6,1	10	15,4±4,5	3,6
оцінка гостроти слуху мовою і пошепки	0	—	5	7,7±3,3	12	18,5±4,8	31	47,7±6,2	17	26,1±5,4	3,9
визначення гостроти зору за допомогою оптичних таблиць, набору лінз	0	—	6	9,2±3,6	17	26,1±5,4	31	47,7±6,2	11	16,9±4,6	3,7
<i>із загальноклінічних навичок</i>											
оцінка вікових показників маси тіла, зросту	0	—	3	4,7±2,6	6	9,2±3,6	31	47,7±6,2	25	38,5±6,0	4,2

Таблиця 3 (продовження)

Практична навичка	Бал										Середній бал
	1		2		3		4		5		
	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	
оцінка психічного розвитку дитини залежно від віку	0	—	3	4,7±2,6	15	23,1±5,2	32	49,2±6,2	15	23,1±5,2	3,9
оцінка фізичного розвитку дитини залежно від віку	0	—	2	3,1±2,1	14	21,6±5,1	30	46,2±6,2	19	29,2±5,6	4,0
догляд за пупковим залишком	0	—	4	6,2±3,0	10	15,4±4,5	31	47,7±6,2	20	30,8±5,7	4,0
консультування підлітків із питань застосування методів контрацепції	0	—	4	6,2±3,0	8	12,3±4,1	34	52,3±6,2	19	29,2±5,6	4,0
консультування підлітків щодо профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом	0	—	2	3,1±2,1	13	20,0±5,0	29	44,6±6,2	21	32,3±5,8	4,1
консультування батьків та близьких родичів дитини з питань профілактики захворювань, здорового способу життя	1	1,5±1,5	2	3,1±2,1	14	21,6±5,1	26	40,0±6,1	22	33,8±5,9	4,0
<i>з надання невідкладної допомоги при:</i>											
судомному синдромі	0	—	7	10,8±3,8	24	36,9±6,0	28	43,1±6,1	6	9,2±3,6	3,5
анафілактичному шоці	0	—	6	9,2±3,6	13	20,0±5,0	37	56,9±6,1	9	13,8±4,3	3,8
гострому стенозуючому ларинготрахеїті	0	—	7	10,8±3,8	18	27,7±5,6	36	55,4±6,2	4	6,2±3,0	3,6
синдромі раптової смерті дитини	1	1,5±1,5	7	10,8±3,8	27	41,5±6,1	27	41,5±6,1	3	4,7±2,6	3,4
потраплянні стороннього тіла у верхні дихальні шляхи	0	—	4	6,2±3,0	21	32,3±5,8	32	49,2±6,2	8	12,3±4,1	3,6
зупинці серцевої діяльності та дихання	1	1,5±1,5	4	6,2±3,0	16	24,6±5,3	31	47,7±6,2	13	20,0±5,0	3,8
гіпертермічному синдромі	0	—	3	4,7±2,6	12	18,5±4,8	37	56,9±6,1	13	20,0±5,0	3,9
видалення неускладненого стороннього тіла з вуха, горла, носа	1	1,5±	7	10,8±3,8	25	38,5±6,0	30	46,2±6,2	2	3,1±2,1	3,4
видалення поверхневого стороннього тіла з кон'юнктиви	0	—	8	12,3±4,1	26	40,0±6,1	28	43,1±6,1	3	4,7±2,6	3,4

гостроти зору за допомогою оптичних таблиць, набору лінз (середній бал – 3,6).

Така ж ситуація спостерігалася стосовно навичок у разі необхідності видалення неускладненого стороннього тіла з вуха, горла, носа та поверхневих сторонніх

тіл із кон'юнктиви. У середньому власні знання з цих питань респонденти оцінили в 3,5 балу.

Недостатньо обізнаними були інтерни щодо синдрому раптової смерті дитини. Середній бал знань щодо факторів ризику розвитку цього синдрому та

визначення плану дій у такому випадку становив 3,9 балу.

У дослідженні виявлено (табл. 3), що рівень володіння практичними навичками у інтернів із профілактики захворювань дещо нижчий, ніж теоретичний. Це стосується передусім профілактики рахіту, залізодефіцитних станів, складання індивідуального плану вакцинації дитини, вигодовування та харчування дитини раннього віку й проведення корекції харчування, володіння методами загартування дитини, методами правильного прикладання дитини до грудей матері. Рівень володіння практичними навичками з діагностики також поступався теоретичним знанням. Лише володіння практичними навичками, що стосувались спостереження, догляду та режиму дітей 1-го року життя, було вищим, ніж теоретичні знання, що може бути обумовлено наявністю власних дітей раннього віку в інтернів.

Практично оцінити психічний розвиток дитини залежно від віку на достатньому рівні змогли $72,3 \pm 5,6\%$ респондентів, вікові показники маси тіла та зросту – $86,2 \pm 4,3\%$, фізичний розвиток дитини – $75,4 \pm 5,3\%$ респондентів. Гірша ситуація склалася щодо можливості надання невідкладної допомоги. Надати допомогу при найбільш поширеному гіпертермічному синдромі на достатньому рівні (4 та 5 балів) змогли б $76,9 \pm 5,2\%$ інтернів, при судомному – $52,3 \pm 6,2\%$. Такими навичками, як видалення неускладненого стороннього тіла з вуха, горла, носа, а також поверхневого тіла з кон'юнктиви, володіли $49,3 \pm 6,2\%$ і $47,8 \pm 6,2\%$ респондентів відповідно.

За даними респондентів встановлено, що рівень отриманих ними знань з основних методів обстеження та діагностики найбільш поширених захворювань дитячого віку, з теоретичної підготовки достатній та середній. Але, незважаючи на курс викладання педіатрії у ВМНЗ та на етапі проходження інтернатури, лікарі-інтерни оцінили рівень отриманих ними практичних вмінь і навичок як недостатній. Так, $73,8 \pm 5,5\%$ осіб оцінили власні знання з теорії на достатньому та середньому рівнях, $93,9 \pm 3,0\%$ зазначили, що володіють основними методами обстеження та діагностики, і лише $61,5 \pm 6,0\%$ вказали на власні практичні навички (рис. 4).

Водночас, у ході соціологічного дослідження з'ясовано (рис. 5), що майже половина опитаних не володіє методиками хірургічних маніпуляцій ($46,2 \pm 6,2\%$), офтальмологічних ($44,6 \pm 6,2\%$) та урологічних ($41,6 \pm 6,1\%$). Лікарі-інтерни самостійно можуть провести лише деякі отоларингологічні ($18,5 \pm 4,8\%$) та гінекологічні ($15,4 \pm 4,5\%$) обстеження і маніпуляції.

По закінченні інтернатури лише 13 ($20,0 \pm 5,0\%$) осіб готові надавати ПМСД дитячому населенню, починаючи з етапу надходження дитини до дільниці з пологового відділення, а 19 ($29,2 \pm 5,6\%$) респондентів відповіли, що не готові. Водночас, майже половина опитаних

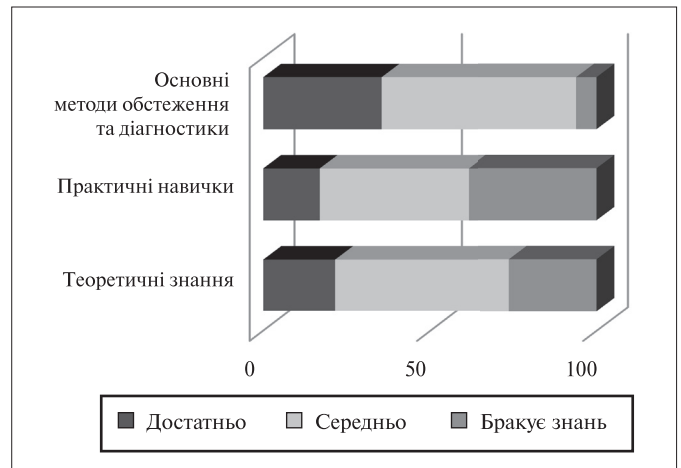


Рис. 4. Оцінка інтернами рівня знань з усіх педіатричних питань в інтернатурі (%)

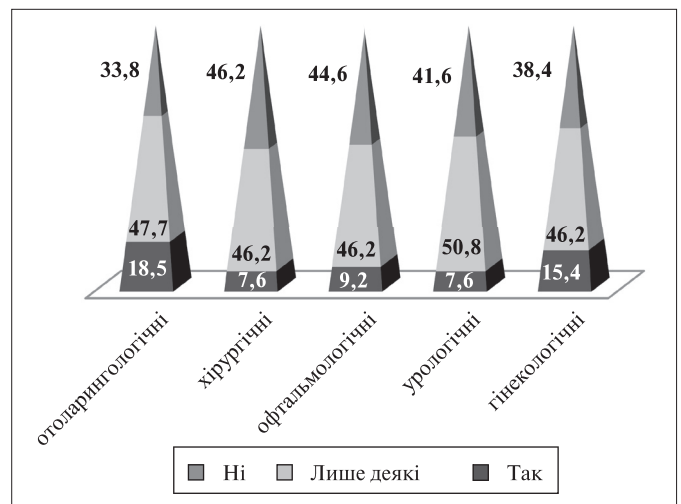


Рис. 5. Визначення інтернами спроможності самостійно виконувати різні маніпуляції відповідно до програми навчання в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» (%)

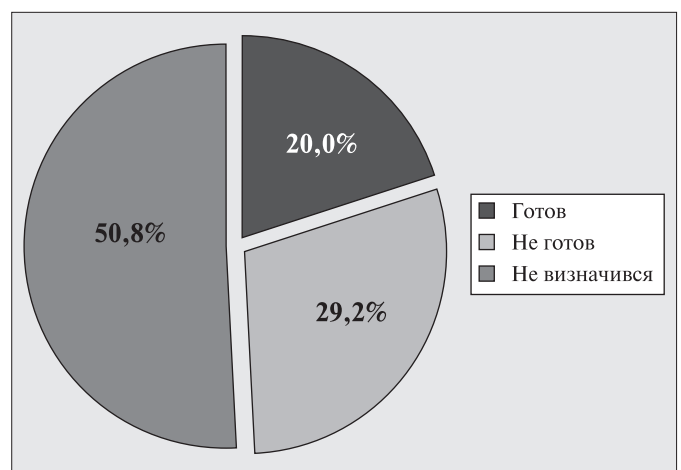


Рис. 6. Частка лікарів-інтернів, готових по закінченні інтернатури надавати медичну допомогу дитячому населенню (%)

(33 особи, або $50,8 \pm 6,2\%$) ще не визначилися стосовно своєї готовності в наданні медичної допомоги дітям (рис. 6). Тобто можна припустити, що серед останніх також є майбутні лікарі, здатні виконувати функції відповідно до кваліфікаційної характеристики.

Висновки

Таким чином, у ході проведеного соціологічного дослідження лікарів-інтернів щодо їх готовності до надання ПМСД дитячому населенню встановлено, що лише 20,0% респондентів по закінченні інтернатури мають бажання та готові обслуговувати дітей від моменту надходження дитини з пологового будинку до дільниці. Для підвищення цього відсотка треба: збільшити термін проходження інтернатури за фахом «ЗПСМ» до 3 років; переглянути чинні нормативні документи щодо заочних баз для проходження інтернатури з цієї спеціальності з урахуванням того, що лише ті амбулаторії ЦПМСД, які обладнані відповідно до табеля оснащення і в яких лікар надає допомогу населенню за принципом ЗПСМ незалежно від віку пацієнта, можуть бути базовими закладами з призначенням кваліфікованих ЛЗПСЛ керівниками інтернів для навчання на «робочому місці»; забезпечити роботу лікаря-інтерна (під час проходження заочного циклу) в закладах ПМСД і установах педіатричного та інших профілів на вищих рівнях медичної допомоги, у сільській місцевості та в місті (договір між первинним і вищими рівнями медичної допомоги); створити навчально-тренінгові центри при закладах ПМСД, що є базами заочного навчання з від-

повідним матеріально-технічним забезпеченням, створенням умов для відпрацювання практичних навичок (ІТ-технології, учбові манекени тощо) як лікарями-інтернами, так і лікарями-практиками; надавати більше самостійності лікарям-інтернам як при курації хворих дітей, так і при відпрацюванні практичних навичок, з якими б інтерни ознайомлювалися на очному циклі (методики хірургічних, офтальмологічних, отоларингологічних та інших діагностично-лікувальних маніпуляцій); щоб керівники закладів і керівники заочних баз несли відповідальність за якість підготовки лікаря-інтерна на заочних базах і були присутніми на заключних іспитах; ознайомлювати лікарів-інтернів (перед курацією хворого) з медико-технологічними документами, уніфікованими клінічними протоколами, наказами МОЗ України з питань надання медичної допомоги дитячому населенню; частіше залучати лікарів-інтернів до участі в клінічних обговореннях, спільних консультаціях із куратором на заочній базі стажування, участі в патолого-анатомічних та клінічних конференціях із підготовкою літературної довідки по тому чи іншому захворюванню тощо; приділяти достатньо часу для вивчення невідкладних станів, що зустрічаються у дітей, та питанням невідкладної допомоги при них.

Перспективи подальших досліджень

У перспективі планується з'ясувати стан здоров'я дитячого населення України на етапі реформування системи охорони здоров'я та провести моніторинг розвитку ПМСД на засадах ЗПСМ у регіонах.

Література

1. *Доцільність реформування амбулаторно-поліклінічної системи та переходу до практики сімейного обслуговування населення* / О. М. Гиріна, В. О. Сірик, Н. М. Горобець, Т. І. Калюжна // Сімейна медицина. – 2010. – № 3. – С. 8–10.
2. *Думанский Ю. В. Семейный врач (врач общей практики)* / Ю. В. Думанский, О. В. Синяченко, Г. А. Игнатенко. – Донецк : Донбасс, 2013. – 256 с.
3. *Медицинская статистика : учебное пособие* / В. И. Агарков, С. В. Грищенко, Г. К. Северин [и др.] ; под ред. проф. В. И. Агаркова. – Изд. 2-е. – Донецк : Изд-во «Ноулидж» (Донецкое отделение), 2013. – 277 с.
4. *Одринський В. А. Відмінності у післядипломному навчанні лікарів ЗП/СМ в Україні і Європі* // Про підготовку лікарів загальної практики – сімейної медицини у ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»: тези до Х навч.-метод. конф. ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», 21 червня 2012. – Запоріжжя, 2013. – С. 5–7.
5. *Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина : монографія* / за ред. В. М. Князевича ; МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.
6. *Сімейна медицина : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації* / О. М. Гиріна, Л. М. Пасієшвілі, Г. С. Попік [та ін.]. – К. : Медицина, 2013. – Кн. 1. – 672 с.
7. *Черешнюк Г. С. Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини: пос.* / Г. С. Черешнюк, Л. В. Черешнюк. – Вінниця : ФОП Данилюк В.Г., 2013. – 184 с.
8. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік* / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – 464 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.05.2014 р.

Результаты социологического исследования интернов относительно их готовности к предоставлению первичной медицинской помощи детскому населению

Л.Ф. Матюха¹, Г.А. Слабкий², Т.Н. Бухановская¹

¹Национальная медицинская академия

последипломного образования имени П.Л. Шупика

²ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины»

Цель – изучить готовность врачей-интернов второго года обучения (специальность «Общая практика – семейная медицина») относительно их готовности к предоставлению первичной медицинской помощи детскому контингенту после окончания интернатуры.

Материалы и методы. Проведено социологическое исследование 65 врачей-интернов. Единицы наблюдения отобраны случайным способом с использованием безвозвратной выборки. Минимизация случайных погрешностей обеспечена репрезентативностью выборки. Методы учета и сбора медико-статистической информации – анкетирование и описание. Обработка и статистическое группирование полученной информации проведены по признакам, отображенным в абсолютных цифрах и процентах по общепринятым методикам.

Результаты. Установлено, что лишь 20,0% респондентов по окончании интернатуры имеют желание и готовы обслуживать детей с этапа поступления ребенка из родильного отделения на участок.

Выводы. Для повышения вышеуказанного процента необходимо: увеличить срок прохождения интернатуры по специальности «Общая практика – семейная медицина»; пересмотреть существующие нормативные документы относительно заочных баз для прохождения интернатуры; создать учебно-тренинговые центры при учреждениях первичной медицинской помощи, которые являются базами заочного обучения; руководители заочных баз должны нести ответственность за качество подготовки врача-интерна и проводить ознакомление интернов с медико-технологическими документами, унифицированными клиническими протоколами, приказами МЗ Украины по вопросам предоставления медпомощи детскому населению.

Ключевые слова: врачи-интерны, детское население, семейная медицина.

Results of sociological research interns about their willingness to provide primary health care of the child population

L.F. Matyukha¹, G.O. Slabky², T.M. Bukhanovska¹

¹National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

²SI «Ukrainian Institute of Scientific Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to study readiness of doctors-interns of the second year of educating (speciality «General practice – family medicine») in relation to their readiness to the grant of primary health care to child's contingent after internship.

Materials and methods. A sociological study is undertaken 65 doctors-interns. Units of supervision are selected by a casual method with the use of irretrievable selection. Minimization of random error terms is provided with representation of selection. Methods of account and collection of medical and statistical information are a questionnaire and description. Treatment and statistical grouping of the got information are conducted on the signs represented in absolute numbers and percents on the generally accepted methodologies.

Results. Found that only 20.0% of respondents at the end of the internship are willing and ready to serve children with stage Incoming child from the hospital to the site.

Conclusions. To increase this percentage should: extend the internship in «General practice – family medicine»; revise existing regulations regarding correspondence database for internship; create educational and training centers in primary care, which are the bases of distance learning; correspondence database managers should be responsible for the quality of training doctors-interns and interns conduct familiarization with medical technology documents, standardized clinical protocols, orders of Ukraine for providing medical care to the child population.

Key words: doctors-interns, child population, family medicine.

Відомості про авторів

Матюха Лариса Федорівна – д.мед.н., професор, зав. кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; служб. тел. +38 (044) 288-10-33; e-mail: mlarisa@gmail.com.

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: g.slabkiy@mail.ru.

Бухановська Тетяна Миколаївна – к.мед.н., асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; служб. тел. +38 (044) 288-10-34; e-mail: tatiana.malceva@gmail.com.