

УДК 614.2:312.6:616-082
DOI 10.11603/1681-2786.2016.1.6590

Ф.П. РИНДА

СТАН ЗАСТОСУВАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕТОДІВ У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

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

Мета – вивчення застосування профілактичних методів у роботі закладів первинної медико-санітарної допомоги.

Матеріали і методи. Проаналізовано інформацію від регіонів щодо застосування профілактичних методів за спеціально розробленою формою та результати анкетування лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Застосовано інформаційно-аналітичний і соціологічний методи.

Результати. Аналіз інформації з регіонів та відповіді респондентів засвідчили, що вони загалом позитивно оцінюють профілактичну роботу лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Головною причиною, що заважає наданню профілактичних послуг, є відсутність об'єктивних передумов. Водночас найбільш високо оцінюються пасивні, а не активні, стратегії профілактики. Відмічено, що короткотермінові інтервенції щодо корекції способу життя плутають з індивідуальними бесідами на амбулаторних прийомах. З'ясовано, що для надання профілактичних послуг необхідно не менше п'яти хвилин на одного пацієнта. Більшість регіонів схвалюють необхідність корекції існуючих обліково-звітних форм для закладів первинної допомоги у частині профілактики.

Висновки. Наразі немає обґрунтованої системи або напрацювань щодо профілактичної діяльності спеціалістів із сімейної медицини.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: профілактика, заклад первинної медико-санітарної допомоги, уніфікований клінічний протокол первинної медико-санітарної допомоги, короткотермінова інтервенція.

Реформа охорони здоров'я, яка здійснюється в Україні, орієнтована на розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини. Вона відповідає загальноприйнятому курсу європейської охорони здоров'я. Напрямок сімейну медицину має компенсувати прогалини у профілактичній та медико-соціальній роботі закладів охорони здоров'я. На Парламентських слуханнях у Верховній Раді України, які відбулися 5.06.2013 р. з тематики «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України», було наголошено, що з поширенням сімейної медицини тісно пов'язане запровадження профілактичного напрямку в охороні здоров'я, пропаганда ЗСЖ, зміна ціннісних орієнтирів тощо [5].

Мета роботи – вивчення стану застосування профілактичних методів у роботі закладів ПМСД.

Матеріали і методи. Робота виконувалася в УІСД МОЗ України. Вивчення стану застосування профілактичних методів у практичній діяльності лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗПСЛ) здійснювалося шляхом аналізу відповідної інформації від обласних управлінь охорони здоров'я (УОЗ) регіонів щодо оптимізації профілактичної роботи закладів ПМСД за спеціально розробленою формою, яка складалася із 19 запитань, з яких три були відкритими. Питання стосувалися загальної оцінки роботи ЛЗПСЛ з профілактики: перешкоди щодо якісного надання профілактичної допомо-

ги пацієнтам; час, який лікарі витрачають під час амбулаторного прийому та який доцільно витрачати на профілактичні послуги; вплив уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги (УКПМД) на надання останніх; відображення показників профілактичної роботи в статистичних облікових формах; використання показників профілактичної роботи при атестації ЛЗПСЛ тощо.

Відповіді за вказаною формою отримали від 11 регіонів (Вінницька, Дніпропетровська, Івано-Франківська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Черкаська області та м. Київ). Ще в чотирьох регіонах (Житомирська, Закарпатська, Херсонська та Хмельницька області) по даній формі були проведені соціологічні опитування спеціалістів сімейної медицини: 94 респонденти у Закарпатській, 20 – у Житомирській, 22 – у Херсонській областях та 21 керівник центру ПМСД (ЦПМСД) у Хмельницькій області.

Результати дослідження та їх обговорення. Як УОЗ регіонів, так і респонденти роботу фахівців із сімейної медицини з питань профілактики оцінили в цілому позитивно (табл. 1).

Тільки один регіон (Вінницька обл.) негативно оцінив діяльність спеціалістів сімейної медицини з профілактичних питань. Респонденти з трьох регіонів також більш критично поставилися до цього питання, насамперед у Закарпатській області.

Причини, що заважають наданню якісних профілактичних послуг пацієнтам, наступні (табл. 2).

Таблиця 1. Оцінка профілактичної роботи лікарів загальної практики – сімейних лікарів

Оцінка профілактичної роботи ЛЗПСЛ (варіанти відповідей)	Кількість регіонів	Кількість респондентів (%)			
		Житомирська	Закарпатська	Херсонська	Хмельницька
1. Загалом задовільно	3*	40,0	48,9	54,5	43,3
2. Скоріше задовільно, ніж незадовільно	7**	60,0	33,0	36,4	48,0
3. Скоріше незадовільно, ніж задовільно	1***		8,5		8,7
4. Незадовільно					
5. Важко відповісти			6,4	9,1	

Примітка: *Івано-Франківська, Львівська та Черкаська області; **Дніпропетровська, Миколаївська, Одеська, Сумська, Тернопільська, Харківська області, м. Київ;*** Вінницька область.

Таблиця 2. Причини, що заважають якісно надавати профілактичні послуги пацієнтам на амбулаторному прийомі

Причина	Кількість регіонів	Кількість респондентів (%)			
		Житомирська	Закарпатська	Херсонська	Хмельницька
1. Дефіцит часу	9 ¹	40,0	53,2	100,0	65,2
2. Недостатня підготовка з питань профілактики	2 ²	5,0	6,4		4,3
3. Оплата праці ЛЗПСЛ не залежить від якості та кількості профілактичних послуг	7 ³	30,0	28,7	100,0	65,2
4. Дефіцит саносвітніх матеріалів для пацієнтів	3 ⁴		12,8	27,3	26,0
5. Недостатнє володіння комунікативними навичками	3 ⁵		2,0	4,5	4,3
6. Відсутність наданих проф-послуг в обліково-звітніх формах			4,0	9,1	
7. Відсутність відповідних матеріальних передумов в ЦПМСД	4 ⁶	15,0	37,2	31,8	43,5
8. Низький престиж профілактичної роботи	4 ⁷	10,0	19,1	13,6	26,0
9. Важко сказати			9,6		

Примітка: ¹Вінницька, Івано-Франківська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Сумська, Тернопільська, Черкаська області та м. Київ; ²Дніпропетровська та Сумська області; ³Вінницька, Дніпропетровська, Одеська, Сумська, Харківська, Черкаська області, м. Київ; ⁴Миколаївська, Сумська, Тернопільська; ⁵Вінницька, Дніпропетровська та Тернопільська області; ⁶Вінницька, Одеська, Сумська та Черкаська області; ⁷Дніпропетровська, Миколаївська, Одеська та Харківська області.

Головною причиною, що заважає наданню якісних профілактичних послуг в ЦПМСД, як регіони, такі респонденти з чотирьох областей, вважають дефіцит часу, на другому місці – недосконалість системи оплати праці ЛЗПСЛ, що наразі не залежить від якості та кількості профілактичних послуг, на третьому та четвертому місцях – низький престиж профілактичної роботи та відсутність матеріальних передумов у ЦПМСД відповідно. Недостатній підготовці з питань профілактики, недостатньому володінню комунікативними навичками при спілкуванні з пацієнтами тощо відводиться незначна роль. Таким чином, для надання профілактичних послуг, як вважають наразі регіони та респонденти, об'єктивні

передумови мають визначальне значення, а суб'єктивний фактор має лише допоміжне значення.

Порівняння оцінки пасивних та активних стратегій профілактики, що використовуються у практичній роботі, засвідчило значну перевагу перших над другими (табл. 3).

Наразі регіони явно віддають перевагу пасивним стратегіям профілактики, зокрема організації телефону «гаряча лінія» та веб-сайтів із питань профілактики, здорового способу життя (ЗСЖ) та керованих факторів ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), а також використанню засобів наочної пропаганди з питань ЗСЖ у закладах ПМСД. Можливо, це пояснює-

Таблиця 3. Оцінка окремих стратегій профілактики, бали*

Стратегія профілактики	Оцінка окремих стратегій профілактики			
	низька (0–3)	середня (4–7)	висока (8–10)	немає оцінки
	кількість регіонів			
Пасивні стратегії профілактики				
1. Видання методичних матеріалів	4	6	1	2**
2. Видання матеріалів для пацієнтів із питань ЗСЖ	4	7		2**
3. Веб-сайти з питань ЗСЖ		7	6	
4. Використання засобів наочної пропаганди з питань ЗСЖ	3	7	3	
5. Організація телефону «гаряча лінія»		3	10	
Активні стратегії профілактики				
1. Включення питань профілактики в програми учбових заходів	7	4	2	
2. Оцінка роботи з профілактики		9	4	
3. Короткотермінові інтервенції	5	6	2	
4. УКПМД	8	3	2	
5. Групові форми навчання пацієнтів	5	7	1	

Примітка: *інформація з Вінницької та Харківської області взагалі не містила відповіді на це питання;** Житомирська та Тернопільська області.

ся тим, що ці дії не вимагають як значних коштів, так і людських зусиль, однак одночасно спроможні охопити значну кількість населення. Невисоку оцінку одержали також стратегії інформаційного супроводу роботи з формування ЗСЖ. Це, ймовірно, пов'язано з тим, що матеріали, насамперед для пацієнтів закладів ПМСД, через дефіцит коштів, видаються вкрай обмежено, а методичні не завжди відповідають потребам суб'єктів, для яких вони призначені. З активних стратегій профілактики більш-менш високо оцінюється тільки стратегія щодо оцінки роботи з профілактики та формування ЗСЖ при проведенні атестації ЛЗПСЛ. Низьку оцінку отримали також стратегії профілактики, що ґрунтуються на індивідуальних та групових формах навчання пацієнтів. Недооцінка цих стратегій, що є найбільш ефективними серед форм та засобів формування ЗСЖ, ймовірно, пов'язана як з недостатньою підготовкою спеціалістів із сімейної медицини з питань профілактики, зокрема оволодіння комунікативними навичками спілкування з пацієнтами, так і дефіцитом часу.

Водночас фактично найнижчу оцінку отримали УКПМД, що, безумовно, свідчить про суттєві недоліки щодо їх впровадження. І це при тому, що переважна більшість регіонів (9 з 11) вважали, що останні позитивно вплинули на надання профілактичних послуг (чотири відповіді «так» і п'ять – «скоріше так, ніж ні»). Тільки два регіони (Вінницька та Харківська області) дали, по суті, негативну відповідь: «скоріше ні, ніж так». Водночас респонденти з чотирьох регіонів, зокрема Закарпатської та Хмельницької областей, більш критично висловилися з цього питання. Так, серед респондентів За-

карпатської області 31,2% сказали «так», 32,2% – «скоріше так, ніж ні», 17,2% висловилися «скоріше ні, ніж так», а 9,4% ухилилися від відповіді («важко сказати»). У Хмельницькій області відповіді «так» тільки 26,0% опитаних, 43,5% сказали «скоріше так, ніж ні», 17,5% респондентів «скоріше ні, ніж так», 8,7% ухилилися від відповіді, а ще 4,3% дали негативну відповідь («ні»). Опитування на Житомирщині показало, що сказали «так» 70,0% респондентів, «скоріше так, ніж ні» 29,0% з них і лише 1,0% висловилися «скоріше ні, ніж так». У Херсонській області двоє опитаних спеціалістів із сімейної медицини (9,1%) ухилилися від конкретної відповіді («важко сказати»), 50,0% відповіді «так», решта 9 (40,9%) осіб – «скоріше так, ніж ні».

Регіони, що позитивно оцінили впровадження УКПМД на надання профілактичних послуг пацієнтам, пояснюють це тим, що «Питання профілактики стали складовою частиною алгоритму надання медичної допомоги» – 7 регіонів, вони «Визначили найбільш актуальні питання профілактики при різних ХНІЗ» – 7 регіонів, «Поліпшилася підготовка ЛЗПСМ загалом, зокрема з питань профілактики ХНІЗ» – 6 регіонів. Респонденти з чотирьох опитаних регіонів відповіді на це питання так: «Питання профілактики стали складовою частиною алгоритму надання медичної допомоги» – 70,0% опитаних у Житомирській, 68,2% у Херсонській, 57,4% у Закарпатській областях відповідно, «Визначили найбільш актуальні питання профілактики при різних ХНІЗ» – 45,4% респондентів у Херсонській, 31,9% у Закарпатській, 10,0% у Житомирській та 24,9% у Хмельницькій областях, «Поліпшилася підготовка ЛЗПСМ загалом, зокрема з питань профілактики

ХНІЗ» – 29,8% опитаних у Закарпатській, 22,7% у Херсонській, 20,0% у Житомирській і 4,3% у Хмельницькій областях.

Разом з тим деякі регіони вказали на недоліки УКПМД щодо здійснення профілактичних дій (табл. 4).

Таблиця 4. Недоліки уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, що негативно впливають на профілактичну діяльність

Недоліки	Кількість регіонів	Кількість респондентів (%)			
		Житомирська	Закарпатська	Херсонська	Хмельницька
1. Питання профілактичної роботи висвітлені дуже стисло	1*		12,8		17,4
2. Недостатність об'єктивних умов для втілення протоколів			16,0	27,3	39,1
3. Вони не враховують ступінь готовності пацієнтів до зміни свого способу життя	4**	V	70,2	68,2	43,5
4. Вони не враховують рівень володіння комунікативними навичками ЛЗПСМ					
5. Недостатня підготовка ЛЗПСМ щодо стандартів та протоколів надання меддопомоги		V	4,2		8,7
6. Відсутність матеріальної зацікавленості ЛЗПСМ займатися профілактичною роботою	2***	V	19,1	27,3	34,8

Примітка: *Вінницька область; **Вінницька, Івано-Франківська, Львівська, Миколаївська області; ***Вінницька, Одеська області; V – кількість респондентів не вказано.

Більше того, Департамент охорони здоров'я та курортів Вінницької ОДА взагалі вважає, що УКПМД «по всіх профілях не зорієнтовані на первинну та вторинну профілактику».

Опитування у чотирьох регіонах засвідчило, що рекомендації УКПМД не враховують ступінь готовності пацієнтів до зміни способу життя; має місце також недостатня підготовка спеціалістів із сімейної медицини стосовно останніх та відсутність у них зацікавленості займатися профілактичною роботою.

Згідно з методичними рекомендаціями МОЗ України, що були затверджені наказом МОЗ України від 11.09.2012 р. № 713, до 25–30% обсягу роботи сімейного лікаря мають складати профілактичні заходи [3].

За інформацією з регіонів, найменше витрачається часу на профілактичні послуги під час амбулаторного прийому у Вінницькій області (0–1 хв), у м. Києві (1–2 хв), Сумській (2–3 хв) та почасти у Житомирській областях; в Івано-Франківській та Хмельницькій областях лікарі витрачають на профілактику 4–5 хвилин; у Львівській, Миколаївській, Тернопільській Харківській та Черкаській областях витрачають понад 5 хвилин. Тільки два регіони (Дніпропетровська та Одеська області) не змогли визначитися щодо цього питання. Оцінку витрат ЛЗПСМ на профілактичні послуги, наприклад, у Вінницькій, Сумській областях, м. Києві, можна порівняти з даними хронометражу роботи сімейних лікарів, отриманими із літературних джерел. Так, у Вінницькій області вони склали 5,0±0,07 хв, або

2,4% від змінного робочого часу, тобто обсяг профілактичної роботи у них незначний [2].

Водночас усі 15 регіонів висловилися за те, що доцільно витратити на профілактичні послуги при амбулаторному прийомі на одного пацієнта не менше 5 хв, зокрема від 5 до 10 хв – Дніпропетровська, 10 хв – Тернопільська, 15 хв – Миколаївська, 15–20 хв – Черкаська, 20 хв – Сумська, від 20 до 30 хв – Одеська області.

У стратегічному документі «Здоров'я для всіх у 21 столітті» ВООЗ поставила завдання: «До 2015 р. слід значно зменшити несприятливий вплив на здоров'я, пов'язаний з вживанням тютюну, алкоголю та психоактивних препаратів». Цієї мети можна досягнути лише тоді, коли заклади ПМСД будуть активно залучатися до роботи з формування ЗСЖ.

Фахівці ВООЗ вважають, що на сьогодні при будь-якому контакті пацієнта у закладах ПМСД необхідно використовувати профілактичні втручання для виявлення факторів ризику, втручання, що спрямовані на зміну поведінки та способу життя, проведення терапевтичних втручань з приводу таких станів, як артеріальна гіпертензія, діабет тощо. Такі профілактичні втручання повинні зводитися до надання рекомендацій щодо додержання ЗСЖ та збереження рівня здоров'я, підтримки пацієнтів щодо сприятливих для здоров'я звичок (здорове харчування, висока фізична активність, уникання пасивного куріння тощо), короткотермінових втручань щодо позбавлення шкідливих для здоров'я звичок тощо.

Рівень застосування у закладах ПМСД короткотермінових інтервенцій в регіонах з'ясували шляхом постановки наступних питань у запитальнику:

6. Застосовуються чи ні для пацієнтів у закладах ПМСД короткотермінові інтервенції з питань корекції способу життя? (питання типу «так – ні»).

7. Для яких пацієнтів у закладах ПМСД застосовуються та доцільно застосовувати короткочасні інтервенції з питань корекції способу життя (питання типу меню)?

8. Оцініть кількість ЛЗПСЛ, які здатні використовувати у своїй практичній діяльності при спілкуванні з пацієнтами короткотермінові інтервенції (питання типу меню).

Усі 11 регіонів, від яких була отримана інформація, стверджували, що короткочасні втручання з питань корекції способу життя застосовуються у закладах ПМСД. Проте результати опитування в чотирьох регіонах не зовсім збігаються з таким висновком. Так, у Житомирській та Херсонській областях 3% та 9,1% респондентів відповідно

ухилилися від відповіді («важко сказати»), у Закарпатській області тільки 73,9% сказали «так» (з урахуванням однієї відповіді «не завжди»), а 6,5% відповіли «ні» і ще 17,4% ухилилися від відповіді, а в Хмельницькій області відповіді опитаних склали 82,7%, 4,3% і 13,0% відповідно.

Щодо контингентів пацієнтів, для яких застосовуються та доцільно застосовувати ці короткотермінові інтервенції (відповідь щодо кількості груп пацієнтів не обмежувалася), переважна більшість регіонів вважали, що їх наразі застосовують для пацієнтів, хворих на ХНІЗ, пацієнтів із різними поведінковими факторами ризику, осіб при проходженні диспансеризації та профілактичного огляду та осіб із числа декретованих груп населення при медичному огляді. Результати опитування окремих респондентів у чотирьох регіонах загалом практично збіглися з результатами з регіонів (табл. 5).

Стосовно контингентів пацієнтів, для яких доцільно застосовувати короткотермінові інтервенції, відповіді з регіонів наведено у таблиці 6.

Таблиця 5. Контингенти пацієнтів, для яких застосовуються короткочасні інтервенції у регіонах

Контингент пацієнтів	Кількість регіонів	Кількість респондентів (%)			
		Житомирська	Закарпатська	Херсонська	Хмельницька
1. Хворі на різні ХНІЗ	8 ¹	√	68,1	100,0	44,0
2. Пацієнти з різними поведінковими факторами ризику	8 ¹	√	38,1	100,0	52,0
3. Практично здорові особи	4 ²		19,1		13,0
4. Особи при проходженні диспансеризації та профогляду	7 ³	√	56,4	95,5	52,0
5. Особи при проходженні медичного огляду, які відносяться до декретованих контингентів	6 ⁴	√	50,0	100,0	44,0
6. Пацієнти при будь-якому контакті у закладах ПМСД	6 ⁵	√	36,2	90,9	26,0

Примітка: ¹Вінницька, Дніпропетровська, Івано-Франківська, Львівська, Миколаївська, Сумська, Черкаська області та м. Київ; ²Івано-Франківська, Львівська, Сумська та Черкаська області; ³Івано-Франківська, Миколаївська, Одеська, Сумська, Харківська, Черкаська області та м. Київ; ⁴Івано-Франківська, Миколаївська, Одеська, Сумська, Харківська та Черкаська області; ⁵Вінницька, Івано-Франківська, Одеська, Сумська, Тернопільська та Черкаська області.

Таким чином, тільки сім регіонів вказали, що ці втручання використовуються у закладах ПМСД для пацієнтів при будь-якому контакті з лікарем незалежно від стану здоров'я та поведінкових факторів ризику.

Однак у регіонах, ймовірно, не чітко розрізняють такі форми профілактичної роботи, як короткочасна інтервенція та індивідуальна бесіда на прийомі з приводу тієї чи іншої хвороби, в процесі диспансерного обстеження, профогляду тощо. Тому не дивно, що в переважній більшості регіонів, що надали інформацію, явно переоцінюється кількість лікарів, які здатні використовувати у своїй практичній діяльності при спілкуванні з пацієнтами короткотермінові інтервенції. На питання «Оцініть,

будь ласка, кількість лікарів, які здатні використовувати у своїй практичній діяльності при спілкуванні з пацієнтами короткотермінові інтервенції» (пропонувалися відповіді від «Одиниці лікарів», «Незначна кількість», самим вказати частку від загальної кількості лікарів, а також ухилитися від конкретної відповіді шляхом посилення на відповідь «важко відповісти») 10 регіонів відповіли, що в їхньому регіоні від 50% (Одеська) і до 100% (Житомирська, Івано-Франківська, Миколаївська області) від загальної кількості лікарів (сімейних лікарів) «здатні використовувати при спілкуванні з пацієнтами короткотермінові інтервенції», тільки один регіон (Харківська область) вважав, що таких лікарів є одиниці, а ще один регіон (Львівська

Таблиця 6. Контингенти пацієнтів, для яких доцільно застосовувати короточасні інтервенції

Контингент пацієнтів	Кількість регіонів	Кількість респондентів (%)			
		Житомирська	Закарпатська	Херсонська	Хмельницька
1. Хворі на різні ХНІЗ	6 ¹	√	29,8	100,0	26,0
2. Пацієнти з різними поведінковими факторами ризику	7 ²	√	35,1	100,0	39,0
3. Практично здорові особи	7 ³	√	31,9	100,0	13,0
4. Особи при проходженні диспансеризації та профогляду	7 ⁴	√	40,4	100,0	30,0
5. Особи при проходженні медичного огляду, які відносяться до декретованих контингентів	7 ⁴	√	40,4	100,0	30,0
6. Пацієнти при будь-якому контакті у закладах ПМСД	7 ⁵	√	43,6	100,0	39,0

Примітка: * Вінницька обл. на це питання не дала відповіді; ¹Дніпропетровська, Івано-Франківська, Львівська, Одеська, Сумська області та м. Київ; ²Дніпропетровська, Івано-Франківська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Сумська області та м. Київ; ³Дніпропетровська, Івано-Франківська, Львівська, Миколаївська, Сумська, Харківська області та м. Київ; ⁴Дніпропетровська, Івано-Франківська, Миколаївська, Одеська, Сумська, Харківська області та м. Київ; ⁵Дніпропетровська, Івано-Франківська, Миколаївська, Одеська, Сумська, Тернопільська та Черкаська області.

область) ухилився від конкретної відповіді, обмежуючись відповіддю «важко відповісти». У трьох регіонах, де проводилися опитування спеціалістів із сімейної медицини, відповіді були більш різноманітними. Так, у Хмельницькій області 13,0% респондентів вважали, що лише одиниці ЛЗПСЛ здатні використовувати короткотермінові інтервенції, ще 34,8% вказали, що останніх незначна кількість, а решта 52,2% – що таких лікарів близько 80% від їх загальної кількості. У Закарпатській області 50,0% опитаних ухилилися від конкретної відповіді («важко сказати»), 9,6% вказали «одиниці лікарів», 11,7% – «незначна кількість», 7,4% не дали взагалі ніякої відповіді і лише 24,3% (20 осіб) вважали, що кількість здатних використовувати короткотермінові інтервенції ЛЗПСЛ коливається від 25,0% (два респонденти) до 100,0% (шість). У Херсонській області чотири респондента (18,2%) ухилилися від конкретної відповіді («важко сказати»), 16 фахівців (72,7%) вказали на 98,0%, решта 2 (9,1%) опитаних вказали на 100,0%.

Зараз лікарі отримують свою заробітну плату за діагностично-лікувальний процес, а не за те, щоб здорових людей стало більше. Система соціально-економічного стимулювання медичних працівників залежно від обсягу використаних ними профілактичних технологій відсутня. Тому інтервенції з корегування способу життя пацієнтів у закладах ПМСД насправді не є масовими. Це підтверджується результатами дослідження „Основні причини високого рівня смертності в Україні”, підготовленого Світовим банком. Так, вимірювання кров'яного тиску та діагностика ожиріння повинні проводитися під час кожного відвідування закла-

ду ПМСД, однак у ході цього дослідження, серед пацієнтів яких була виявлена гіпертонія, 14,1% отримали одну медичну консультацію за останні 30 днів, а 4,3% зверталися до медичних установ більше одного разу. Серед пацієнтів, у кого було виявлене ожиріння під час цього дослідження, майже чверть зверталися до закладів ПМСД за останні 30 днів [3]. У дослідженні „Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну” майже третина (32,3%) респондентів-курців вказали, що вони відвідували заклади ПМСД впродовж минулих 12 місяців, однак лише у 41,7% з них лікарі з'ясували, чи курять вони. Загалом тільки 10% усіх курців і 31% курців, які протягом минулого року зверталися до медичних закладів, отримали пораду від лікаря щодо відмови від куріння [1]. За даними звітів наркологічних служб 16 областей України за 2006 р., послуги у припиненні куріння отримало лише близько 10 тис. осіб.

Для впровадження профілактичних технологій у практику лише пасивних стратегій профілактики (публікації у медичній пресі, підготовка відповідних рекомендацій, листків передового досвіду тощо), як свідчить досвід, недостатньо. Доцільно їх поєднувати з різноманітними активними стратегіями: внесення відповідних корективів у навчальні програми підготовки кадрів, оцінка такої роботи, її обов'язковий облік та звітування тощо. Тільки у такому разі престиж профілактики буде зростати. Усвідомлена профілактика має зайняти провідне місце в діяльності медичного персоналу установ ПМСД.

Наразі для ЦПМСД немає спеціальної форми первинної облікової документації, яка б відобра-

жала різноманітність їхньої діяльності з профілактичної роботи, що свідчить про недостатність контролю цього питання. У свою чергу це не може не позначатися й на якості останньої.

Як же оцінюють спеціалісти із сімейної медицини відображення показників профілактичної робо-

ти у звітно-облікових формах для закладів ПМСД? Переважна більшість регіонів (8 з 11) та 4 області, де відбулося опитування, загалом вважають, що показники профілактичної роботи більш-менш достатньо відображені в обліково-звітних формах (табл. 7).

Таблиця 7. Оцінка відображення показників профілактичної роботи у звітно-облікових формах для ЦПМСД

Оцінка	Кількість регіонів	Кількість респондентів (%)			
		Житомирська	Закарпатська	Херсонська	Хмельницька
1. Цілком достатньо	5	40,0	38,3	59,1	30,4
2. Скоріше достатньо, ніж недостатньо	3	50,0	25,5	9,1	43,5
3. Важко відповісти	1	10,0	22,3	22,7	4,3
4. Скоріше недостатньо, ніж достатньо	2		11,7	9,1	13,0
5. Недостатньо			2,1		8,7

Тільки два регіони (Вінницька та Сумська) вважають, що це питання скоріше недостатньо, ніж достатньо, відображено у звітно-облікових формах для ЦПМСД, і ще один регіон (м. Київ) ухилився від прямої відповіді.

Проте лише меншість регіонів (Дніпропетровська, Львівська, Тернопільська та Харківська області) вважають, що обліково-звітні форми для ЦПМСД у частині профілактики не потребують ніяких змін, а ще два регіони (Миколаївська область і м. Київ) ухилилися від відповіді, обмежившись підказкою «важко відповісти». Дев'ять регіонів вважають, що ті чи інші обліково-звітні форми для закладів ПМСД у частині профілактики потребують певних корективів.

Пропозиції регіонів щодо корективів звітних форм у частині профілактики зводилися до наступного:

– форма №039/о: вона має відповідати формі 025-4/о «Талон на прийом до лікаря» (Житомирська обл.), форма не має конкретики, тому доцільно внести графу про проведену профілактичну роботу, яка б відповідала запису в карті амбулаторного хворого за формою №025/о або в історії розвитку дитини ф. 112/о (Вінницька обл.), додати графу щодо профілактики з патронажної роботи із дорослим населенням (Херсонська обл.);

– форма №20: створення додаткового розділу, що забезпечить загальну інформацію про роботу сімейних лікарів (Сумська обл.);

– потребують корективи: форма №31 «Звіт про медичну допомогу дітям» (Черкаська обл.), форма 038/о (Хмельницька обл.), форма № 039/о (Івано-Франківська, Одеська області), №20 (Одеська обл.), №51-здоров (Вінницька та Одеська області).

Одночасно 11 регіонів із 15 (Вінницька, Дніпропетровська і Тернопільська області проти) вважають доцільним додатково включити до існуючих облікових статистичних форм показники з профілактичної роботи, насамперед такі, що характери-

зують як інтенсивність роботи з цього напрямку діяльності (7 регіонів), так і динаміку рівня здоров'я (5 регіонів), а також рівень поінформованості населення з питань ЗСЖ (5 регіонів).

Більшість регіонів не схвалює запровадження спеціальної облікової форми звітності на зразок «Журналу обліку профілактичної роботи ЛЗП/СЛ». Відповіді з цього питання розподілилися наступним чином: відповіли «доцільно» – 3 регіони (Івано-Франківська, Львівська та Одеська області), «скоріше доцільно, ніж недоцільно» – 2 регіони (Сумська обл. і м. Київ), «скоріше недоцільно, ніж доцільно» – 1 регіон (Харківська обл.), «недоцільно» – 5 регіонів (Вінницька, Дніпропетровська, Миколаївська, Тернопільська та Черкаська області). У чотирьох регіонах, де здійснювалося опитування, більшість респондентів також висловилися проти: в Житомирській, Закарпатській, Херсонській та Хмельницькій областях відповіли «доцільно» 10,0%, 12,8%, 31,8% і 17,4% респондентів відповідно, «скоріше доцільно, ніж недоцільно» – 20,0%, 13,8%, 13,6% і 17,4% опитаних, «скоріше недоцільно, ніж доцільно» – 50,0%, 38,3%, 22,7% і 30,4% респондентів, «недоцільно» – 20,0%, 30,8%, 31,8% і 21,7%, «важко відповісти» – 0%, 3,2%, 0% та 13,0%.

Стосовно заохочення спеціалістів із сімейної медицини займатися профілактичною роботою отримано наступні дані. За інформацією УОЗ (за винятком Тернопільської обл. та м. Києва), у регіонах застосовують для цього різноманітні заходи, насамперед урахування профілактичної роботи при атестації фахівців із сімейної медицини, запровадження надбавок за якісні показники роботи, включення в нормативну модель кінцевих результатів показників, які заохочують ЛЗП/СЛ займатися профілактикою, тощо. Проте опитування фахівців сімейної медицини в Закарпатській та Херсонській областях засвідчило дещо інше. Так, 15 (68,2%) респондентів у Херсонській області стверджують,

що в регіоні заходи щодо заохочення профілактичної діяльності відсутні, а решта 7 (31,2%) опитаних ухилилися від відповіді («важко сказати»). У Закарпатській області опитані загалом вважають, що профілактична діяльність в області не заохочується: 31 з 94 осіб (33,0% опитаних) вказали, що немає жодних стимулів проведення такої діяльності, ще 8 (8,5%) осіб посилалися на «недостатність (відсутність) інформації», 3 (3,2%) особи ухилилися від відповіді («важко сказати»), 34 (36,2%) особи взагалі не дали ніякої відповіді на це питання, відповідь іще трьох опитаних є, по суті, відпискою («робота здійснюється згідно посадовим інструкціям» або «профілактика – обов'язок кожного лікаря») тощо.

Одним із дієвих стимулів для застосування профілактичних технологій у практичній діяльності

ЛЗПСЛ є їхня атестація, що, як активна стратегія профілактики, високо оцінюється регіонами. За даними з 11 регіонів, профілактичні дії враховуються при проведенні атестації спеціалістів із сімейної медицини. Опитування в чотирьох регіонах засвідчило, що у принаймні трьох із них атестація ЛЗПСЛ як засіб для стимулювання профілактичної діяльності використовується не завжди. Так, у Закарпатській області 10,6% респондентів дали негативну відповідь на це питання, у Херсонській області один фахівець (4,5%) дав негативну відповідь, ще один опитаний (4,5%) взагалі не відповідав на це питання, а в Житомирській області більшість респондентів (60,0%) відповіли «ні».

Загалом, за інформацією УОЗ, у регіонах при атестації ЛЗПСЛ враховуються наступні показники профілактичної роботи (табл. 8).

Таблиця 8. Показники профілактичної роботи, що враховуються при атестації ЛЗПСЛ

Показники профілактичної роботи	Кількість регіонів	Кількість респондентів (%)			
		Житомирська	Закарпатська	Херсонська	Хмельницька
Показники, що характеризують інтенсивність профілактичної роботи	6 ¹	10,0	39,4	45,4	43,5
Рівень фізичного здоров'я населення (фізичного, адаптаційного потенціалу)	5 ²	15,0	20,2	27,3	8,7
Фактори, що впливають на здоров'я та пов'язані з поведінкою населення	2 ³	5,0	8,5	9,1	8,7
Рівень нездоров'я населення	3 ⁴	20,0	20,2	22,7	13,0
Демографічні показники здоров'я	10 ⁵	50,0	64,9	59,1	52,2

Примітка: ¹Дніпропетровська, Івано-Франківська, Львівська, Миколаївська, Сумська області та м. Київ; ²Івано-Франківська, Одеська, Сумська, Тернопільська області та м. Київ; ³Івано-Франківська область та м. Київ; ⁴Вінницька, Івано-Франківська, Сумська області; ⁵ Крим, Тернопільська області.

Таким чином, при атестації ЛЗПСЛ акцент робиться не на якісних (рівень фізичного здоров'я), а на кількісних (інтенсивність профілактичної роботи) та непрямих (демографічні тощо) показниках профілактичної роботи.

Слід зазначити, що інформація від деяких регіонів із цього питання викликає сумніви, бо не зовсім відповідає дійсності. Так, Івано-Франківська, Одеська та Хмельницька (незначна частина респондентів) області вказали, що при атестації спеціалістів із сімейної медицини враховується «Рівень фізичного здоров'я населення (фізичного, адаптаційного потенціалу)». Проте за даними форми № 51-здоров «Звіт про роботу центру здоров'я і лікувально-профілактичного закладу з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення» за 2014 р. від цих регіонів відсутня взагалі інформація щодо діагностики рівня фізичного здоров'я населення (таблиці 1013–1017), а в Закарпатській області і м. Києві вона обмежується тільки дитячим населенням.

Стосовно удосконалення застосування профілактики у практичній діяльності закладів ЛЗПСЛ (в Інформаційному листі воно було сформульовано у вигляді відкритого питання) пропозиції були на-

дані з 13 регіонів, які стосувалися різноманітних питань цієї проблеми. Їх можна класифікувати за наступними напрямками:

– покращення соціальних передумов для формування ЗСЖ (запровадження системи соціально-економічного стимулювання осіб, які ведуть ЗСЖ, підвищення відповідальності за збереження та зміцнення власного здоров'я тощо);

– нормативно-правове забезпечення профілактичної діяльності (включення в протоколи надання медичної допомоги питання профілактики, централізоване забезпечення закладів охорони здоров'я УКПМД тощо);

– реформування медичної галузі (впровадження страхової медицини);

– методичне забезпечення діяльності з формування ЗСЖ (забезпечення закладів ПМСД необхідною кількістю методичних та наочних посібників, визначення найбільш актуальних питань профілактики при різних ХНІЗ тощо);

– організаційні заходи (залучення до формування ЗСЖ крім ЛЗПСЛ вихователів дитячих дошкільних закладів, вчителів, батьків, фахівців соціальної служби, запровадження нових масових акцій з профілактики ХНІЗ, здійснення на рівні централь-

них ЗМІ соціальної реклами з питань ЗСЖ та первинної профілактики ХНІЗ тощо);

– удосконалення діяльності безпосередньо ЛЗПСЛ (запровадження моделей діяльності ЛЗПСЛ за прикладом розвинених країн, зменшення навантаження на ЛЗПСЛ, збільшення нормативного часу для проведення профілактичних заходів під час амбулаторного прийому тощо);

– поліпшення (створення) матеріальних передумов у ЦПМСД для профілактичної роботи (внести корективи в таблиць оснащення ЦПМСД);

– удосконалення системи оплати праці ЛЗПСЛ (впровадження системи матеріального заохочення (мотивації) медичних працівників ЦПМСД з урахуванням обсягу та якості використаних профілактичних технологій, встановлення доплат ЛЗПСЛ за позитивну динаміку фізичного здоров'я обслуговуючого населення тощо);

– удосконалення обліково-звітної документації (корегування облікових звітних форм у бік збільшення інформації щодо профілактики) тощо.

Така широка палітра пропозицій регіонів щодо застосування профілактики у практичній діяльності ЛЗПСМ свідчить, що наразі профілактична діяльність має багато прогалин і невирішених проблем.

Висновки

Визначальними для надання якісних профілактичних послуг, на думку як представників регіонів, так і окремих респондентів, є об'єктивні передумови, а суб'єктивний фактор має лише допоміж-

не значення. Серед стратегій профілактики спеціалісти сімейної медицини, які взяли участь у дослідженні, найбільш високо оцінюють пасивні стратегії. Активні стратегії профілактики, насамперед запроваджені УКПМД або ті, що ґрунтуються на групових та індивідуальних формах навчання пацієнтів, недооцінюються.

У більшості регіонів, що взяли участь у дослідженні, вважається, що часу, який витрачається на профілактичні послуги під час амбулаторного прийому ЛЗПСЛ, недостатньо для надання якісної профілактичної допомоги, на це потрібно виділяти не менше п'яти хвилин на одного пацієнта.

Більшість регіонів не схвалюють запровадження спеціальної облікової форми звітності щодо профілактичної роботи, проте підтримують необхідність корекції існуючих обліково-звітних форм для закладів ПМСД у частині профілактики, насамперед що характеризують її інтенсивність, рівень поінформованості населення з питань ЗСЖ, динаміку рівня здоров'я тощо.

За інформацією з регіонів, при атестації ЛЗПСЛ, якщо й враховується профілактична діяльність останніх, акцент робиться не на якісних (рівень фізичного здоров'я), а на кількісних (інтенсивність профілактичної роботи) та непрямих (демографічні тощо) показниках профілактичної роботи, що не сприяє її проведенню.

Обґрунтованої системи або напрацювань щодо профілактичної діяльності спеціалістів із сімейної медицини наразі немає.

Список літератури

1. Андрєєва Т.І., Захожа В., Король Н.А., Красовський К.С., Лі В., Лі Дж., Уоррен Ч., Харченко Н.М. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну. Звіт за результатами дослідження. – Україна 2010. – Київ, 160 с.
2. Крекотень О. М. Оцінка працезатрат лікаря загальної практики / сімейного лікаря на амбулаторному прийомі методом безпосередніх замірів часу через хронометраж / О. М. Крекотень // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3 (31). – С. 61–67.
3. Про затвердження методичних рекомендацій МОЗ України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу : наказ МОЗ України від 11.09.2012 р. №713 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. Основні причини високого рівня смертності в Україні. – Київ : ВЕРСО-04, 2010. – 60 с.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. – Київ, 2014. – 438 с.

СОСТОЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ – СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

Ф.П. Рында

ГУ „Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины”, Киев

Цель – изучение применения профилактических методов в работе учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Материалы и методы. Проанализирована информация регионов по применению профилактических методов по специально разработанной форме и результаты анкетирования врачей общей практики – семейных врачей. Применялись информационно-аналитический и социологический методы.

Результаты. Анализ информации из регионов и ответы респондентов показали, что они положительно оценивают профилактическую работу врачей общей практики – семейных врачей. Главным препятствием на пути предоставления профилактических услуг является отсутствие объективных условий. Одновременно

наиболее высоко оцениваются пассивные, а не активные, стратегии профилактики. Отмечено, что кратковременные интервенции по коррекции образа жизни путают с индивидуальными беседами на амбулаторных приемах. Установлено, что для предоставления профилактических услуг необходимо не менее пяти минут на одного пациента. Большинство регионов одобряют необходимость коррекции существующих учетно-отчетных форм для учреждений первичной медико-санитарной помощи в части профилактики.

Выводы. На данном этапе нет обоснованной системы или наработок по профилактической деятельности специалистов семейной медицины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: профилактика, учреждение первичной медико-санитарной помощи, унифицированный клинический протокол медицинской помощи, краткосрочные интервенции.

STATE OF APPLICATION OF PREVENTIVE METHODS IN PRACTICE OF GENERAL PRACTITIONERS – FAMILY DOCTORS

F.P. Rynda

SI „Ukrainian Institute of Strategic Researches of the Ministry of Health of Ukraine”, Kyiv

Purpose – to study the use of preventive methods in the institutions of primary health care.

Materials and methods. Analyzed information from the regions on the use of preventive methods on a specially designed form and the results of a survey of general practitioners – family doctors. Methods: information-analytical, sociological.

Results. Analysis of data from regions and respondents confirmed that they are generally positive about the work of general practitioners – family doctors prevention. The main reason to prevent the provision of preventive services is the lack of objective conditions. However, the most highly rated passive, not active prevention strategy. It is noted that short-term interventions on lifestyle confused with individual conversations on an outpatient receptions. It was found that for the provision of preventive services should be at least 5 minutes per 1 patient. Most regions endorse the need for correction of existing accounting and reporting forms for institutions of primary health care in terms of prevention.

Conclusions. Grounded system or developments on prevention of family medicine specialists not developed.

KEY WORDS: prevention, institutions of primary health care, unified clinical protocols of medical care, short-term intervention.

Рукопис надійшов у редакцію 01.04.2016 р.

Відомості про автора

Ринда Фелікс Павлович – завідувач відділу профілактичної діяльності та координації співробітництва з ВООЗ ДУ „Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України”; тел. служб. +38(044) 576-41-19.