

**АНАЛІЗ ІНДИВІДУАЛЬНОГО РІВНЯ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ  
ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ЯК СКЛАДОВА ПЕРВИННОЇ  
ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ**

*Голованова І.А., Касинець С.С., Хорош М.В.*

За висновками експертів ВООЗ (2014) серйозним проявом нових викликів для громадського здоров'я в світі є епідемія хронічних неінфекційних захворювань, провідне місце з яких займають хвороби системи кровообігу (ХСК), зокрема, підвищений рівень артеріального тиску [1, С. 8]. Постійне зростання загальної смертності населення від ХСК (66,3 % в структурі) й зниження очікуваної тривалості життя викликають серйозну тривогу та свідчать про недостатню ефективність проведених профілактичних заходів [2, С. 42]. Досвід розвинених країн світу показує, що найбільш ефективними щодо зниження смертності від ХСК є профілактичні заходи, пов'язані з боротьбою з поведінковими чинниками ризику [3, С. 6].

З 2000 р. почалося інтенсивне впровадження первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ) в охорону здоров'я Полтавської області. На даний час в області функціонує 34 Центри ПМСД, 324 амбулаторії сімейної медицини, 623 фельдшерсько-акушерських пунктів. Відсоток охоплення населення наглядом лікарів ЗПСМ становить 90,2 % (для порівняння у 2001 р. – 2,3 %). У 2014–2015 роках діяльність Центрів ПМСД спрямована більше на профілактичну складову. Про що свідчить збільшення кількості профілактичних відвідувань у 2016 році на 5,5 % у порівнянні з 2014 роком.

Профілактична робота вимагає від лікаря ЗПСМ наукового підходу, знань факторів ризику (ФР) ХСК на основі доказової медицини, вміння аналізувати, прогнозувати розвиток і можливі наслідки захворювань, володіти різними стилями спілкування, вміння швидко орієнтуватись і обирати оптимальні прийоми впливу на пацієнтів з урахуванням їхніх психологічних особливостей аби донести, переконати про необхідність уникнення ФР ХСК, особливо для вікової групи старше 40 років.

Для успішного впровадження первинної профілактики необхідна задоволеність лікаря ЗПСМ своєю роботою, яка породжує бажання працювати. Було проведено анонімне опитування 106 лікарів ЗПСМ м. Полтава щодо індивідуальної задоволеності умовами праці.

Ми проаналізували чим не задоволені лікарі ЗПСМ, що перешкоджає їм на повну силу працювати з пацієнтом і кожному, який звернувся, хто старше 40 років, нагадувати про первинну профілактику ХСК.

Стаж лікарів ЗПСМ, яким проводилось анкетування, складає  $21,4 \pm 2,2$  роки, середній вік –  $47,03 \pm 2,2$  роки. Серед опитаних 94,1 % були жінки, а

5,9 % – чоловіки. Серед 106 опитаних лікарів – 94,1 % лікарям подобається їхня робота, та лише – 5,9 % нею не задоволені. 52,9 % лікарів вказали, що в роботі їх все влаштовує, відповідно 47,1 % – прагнули б змін. Більшість лікарів 29,7 % вказують на низьку зарплату; 27,0 % – недостатній час на пацієнта; 20,3 % не влаштовують черги під їхніми кабінетами; 21,6 % не вдоволені великою кількістю викликів; 1,4 % переконані, що в їхній роботі багато часу відводиться на ведення документації.

В середньому на збирання скарг, за відповідями лікарів ЗПСМ, витрачається  $2,98 \pm 0,296$  хв., на анамнез –  $2,56 \pm 0,11$  хв., на постановку діагнозу  $4,26 \pm 0,627$  хв., на лікування –  $3,94 \pm 0,245$ . При проведенні хронометражу, щоб дійсно дізнатися скільки часу витрачається на роботу з пацієнтом, встановили, що в цілому він не має вірогідних відмінностей, в той же час, як на заповнення документації витрачається реально більше часу  $2,4 \pm 0,13$  хв., проти  $1,4 \pm 0,09$  за відповідями лікарів ЗПСМ ( $p=0,04$ ), а на постановку діагнозу і лікування, при спостереженні, витрачається менше часу –  $1,33 \pm 0,12$  хв. проти  $4,26 \pm 0,627$  хв. ( $p<0,001$ ) та  $2,1 \pm 0,14$  хв. проти  $3,94 \pm 0,245$  хв. ( $p<0,001$ ).

Загальний час потрачений на пацієнта приблизно становить 16 хв., тоді, як за наказом МОЗ України №72 від 23.02.2001 р. «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» норма прийому хворих сімейним лікарем складає 5 хворих в амбулаторії і 2 – вдома за годину роботи. Тобто, на пацієнта відведено в середньому 12 хвилин.

**Висновки.** За проміжок часу, який відбувся з моменту прийняття наказу МОЗ України № 72, відбулися значні зміни в організації охорони здоров'я, в тому числі, і в підходах до роботи з пацієнтом, де на кожному кроці прописане навчання пацієнта здоровому способу життя. А враховуючи значну розповсюдженість ХСК, високий рівень загальної смертності населення, цільову необхідність поширювати знання щодо первинної профілактики цих захворювань у пацієнтів 40–60 років, які звернулися до лікаря ЗПСМ не з цією нозологією стає очевидним, що норми часу прийому цього фахівця необхідно переглянути.

#### Використана література

1. ВОЗ: Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе. – 2015. – 64 с.
2. Горбась І. М. Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / І. М. Горбась // Мистецтво лікування. Журнал сучасного лікаря. – 2013. – № 4. – С. 42–43.
3. Оганов Р. Г. Профилактическая кардиология, успехи, неудачи, причины / Р. Г. Оганов // Кардиология. – 2012. – Т. 36, № 3. – С. 4–8.