

В.І. Шуляк

ОЦІНКА СТАВЛЕННЯ ЛІКАРІВ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ ЛОКАЛЬНИХ ПРОТОКОЛІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ЩО ҐРУНТУЮТЬСЯ НА ДОКАЗАХ

Житомирська центральна районна лікарня,
м. Житомир, Україна

e-mail: Zt.office@mail.ru

Резюме: Метою роботи було вивчення ставлення лікарів та організаторів охорони здоров'я до розробки та впровадження локальних протоколів медичної допомоги, які ґрунтуються на доказах, в медичну практику. Отримані дані медико-соціологічного дослідження підтвердили доцільність розробки та впровадження в медичну практику локальних протоколів медичної допомоги, які ґрунтуються на доказах, як медико-технологічних документів для управління якістю та раціональним використанням ресурсів.

Ключові слова: опитування лікарів, стандартизація медичної допомоги, якість медичної допомоги, доказова медицина, локальні протоколи медичної допомоги.

Вступ. Відповідно до Концепції управління якістю медичної допомоги (МД) у галузі охорони здоров'я (ОЗ) України, серед інноваційних механізмів забезпечення якості, ключова роль відводиться стандартизації МД на принципах доказової медицини (ДМ)⁶. Сучасні наукові підходи щодо стандартизації МД в Україні передбачають створення медико-технологічних нормативних документів, що ґрунтуються на доказах, на галузевому та регіональному рівнях^{7,15}. На галузевому рівні цей процес включає адаптацію клінічних настанов (КН), що ґрунтуються на доказах, та розробку на їх основі медичних стандартів (МС) та уніфікованих клінічних протоколів МД (УКПМД). На регіональному рівні та на рівні окремих закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) на основі медико-технологічних документів галузевому рівня, розробляються медико-технологічні документи регіонального рівня – локальні протоколи МД. Локальний протокол МД (ЛПМД) – нормативний документ регіонального рівня, що спрямований на забезпечення надання безперервної, ефективної та економічно доцільної МД при певних захворюваннях та інших патологічних станах відповідно до УКПМД, забезпечує координацію та упорядкування за часовим графіком технологій та методів надання МД полі- чи міждисциплінарного змісту, регламентує реєстрацію медичної інформації та ведення клінічного аудиту; затверджується головним лікарем ЗОЗ⁷.

В Україні вже напрацьований досвід застосування ЛПМД, що розроблені на принципах ДМ, в умовах ЗОЗ вторинного рівня. Цей

процес був започаткований в рамках реалізації проекту ТАСІS «Підтримка розвитку системи МС в Україні» (2005–2006 рр.)¹. У подальшому розробка та впровадження медико-технологічних документів регіонального рівня продовжувалась у ЗОЗ Житомирської області, де розроблені та затверджені ЛПМД допомоги дорослому та дитячому населенню по педіатричному, терапевтичному та хірургічному профілю⁹, які активно використовуються як інструмент управління якістю МД та контролю використання ресурсів⁸.

Мета дослідження. Вивчити ставлення лікарів та організаторів ОЗ до впровадження ЛПМД, що ґрунтуються на доказах, у діяльність ЗОЗ.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведене в 2010 р. за безповоротною випадковою вибіркою методом анонімного письмового (анкетного) опитування серед лікарів та організаторів ОЗ в м. Києві, в Київській, Житомирській та Полтавській областях. Інструментом дослідження стала розроблена нами анкета, яка була розрахована на самостійне читання і власноручне заповнення респондентом. Отримані дані анкетування були формалізовані та введені в розроблену електронну базу даних. Використовуючи статистичний та абстрактно-логічний методи, проведена аналітична та математична обробка результатів дослідження. Застосовані програмні пакети *MS Excel*, *MS Access*, *SPSS*.

Результати дослідження та їх обговорення. Вибіркова сукупність загалом склала

1273 анкети, дослідженням охоплено 0,64±0,2% усіх лікарів України¹¹.

Розподіл варіаційного ряду за таким критерієм, як вік респондентів, не відповідає нормальному закону, тому для подальшого статистичного аналізу респонденти були поділені на окремі вікові групи. Група респондентів віком до 29 років склала 13,6±1,0%,

30–39 р. – 26,3±1,2%, 40–49 р. – 28,4±1,3%, 50–59 р. – 23,1±1,2%, старші 60 р. – 8,6±0,8%. Розподіл респондентів за статтю по окремих областях України, в яких проводилось медико-соціологічне дослідження, представлений у табл.1.

Таблиця 1. Розподіл респондентів за статтю

Стать	Загальна вибірка		Житомирська обл.		м.Київ та Київська обл.		Полтавська обл.	
	абс.	% ± Δ %	абс.	% ± Δ %	абс.	% ± Δ %	абс.	% ± Δ %
Чоловіки	362	28,4±1,3	123	30,9±2,3	136	29,0±2,1	103	25,4±2,2
Жінки	887	69,7±1,3	260	65,3±2,4	331	70,6±2,1	296	72,9±2,2
Стать не вказана	24	1,9±0,4	15	3,8±1,0	2	0,4±0,3	7	1,7±0,6
Всього:	1273	100,0	398	100,0	469	100,0	406	100,0

Встановлено, що серед лікарів, які взяли участь у дослідженні, найбільшу частку (24,2±1,2%) склали респонденти з стажем роботи понад 26 років. Лікарі зі стажем роботи 11–15 р. – 17,8±1,1%, 16–20 р. – 16,8±1,0%, 6–10 р. – 14,4±1,0%, стаж роботи до 5 років – 14,0±1,0%, 21–25 р. – 11,86±0,9% ($p < 0,05$).

Результати проведеного нами аналізу розподілу респондентів за кваліфікаційною категорією показав, що найбільшу частку склали респонденти з I-ю кваліфікаційною категорією – 31,3±1,3%, із вищою – 29,7±1,3%, з II-ю – 21,7±1,2%, а 16,5±1,0% ($p < 0,05$) респондентів не мали кваліфікаційної категорії.

Найбільшу частку (39,3±1,4%) складають лікарі, спеціальність яких належить до терапевтичного профілю, лікарі-хірурги становлять 24,4±1,2%, педіатричного профілю – 20,4±1,1%, акушерсько-гінекологічного – 5,8±0,7%, стоматологічного профілю – 3,8±0,5% і група респондентів, які вказали основною своєю спеціальністю організацію та управління ОЗ, становила 4,2±0,6% ($p < 0,05$).

За таким критерієм, як посада респондента, найбільшу групу склали лікарі-спеціалісти – 70,5±1,3%, частка лікарів загальної практики/сімейної медицини склала 15,2±1,0%, завідувачі відділенням – 10,5±0,9%, заступники головного лікаря – 1,4±0,3%, головні лікарі – 0,8±0,2%, адміністратори більш високого рівня – 0,6±0,2%.

Сьогодні одним із пріоритетних сучасних чинників концепції управління якістю в ОЗ України є доказовий менеджмент⁴, який визначає необхідність використання системи доказів, як основи для прийняття обґрунтованих управлінських рішень. При дослідженні обізнаності респондентів з терміном «доказова медицина» встановлено, що найбільшу групу (58,1±1,4%) склали респонденти, знайомі з основними принципами застосування тверджень ДМ на практиці. Ще 19,7±1,1% лі-

карів вказали, що користуються базами даних клінічних досліджень у своїй професійній діяльності. Натомість, 18,5±0,8% респондентів відповіли, що термін ДМ їм відомий, проте чіткого уявлення про використання в практичній діяльності тверджень ДМ вони не мають. Лише 2,1±0,4% ($p < 0,05$) респондентів вказали, що не знайомі з терміном.

У результаті проведеного дослідження було встановлено, що як з боку лікарів, так і організаторів ОЗ є зауваження до клінічних протоколів (КП), затверджених МОЗ України на галузевому рівні (рис.1). На те, що КП галузевого рівня не враховують особливостей організації діагностично-лікувального процесу на рівні окремого ЗОЗ, вказали 20,0±6,8% організаторів ОЗ, 19,2±1,3% лікарів-спеціалістів, 16,1±2,6% лікарів загальної практики та 11,3±2,7% завідувачів відділеннями; що КП недостатньо детально визначають діагностично-лікувальний процес – вважають 29,8±1,5% лікарів-спеціалістів, 28,6±3,9% завідувачів відділеннями, 11,4±5,4% організаторів ОЗ; вважають недостатньо обґрунтованими відповідно до тверджень ДМ 17,1±6,5% організаторів ОЗ, 37,6±4,2% завідувачів відділеннями, 25,6±1,5% лікарів-спеціалістів та 24,9±3,1% лікарів загальної практики.

Варіант відповіді «зауважень до затверджених КП немає» обрали 11,8±1,1% лікарів-спеціалістів, 9,3±2,1% лікарів загальної практики та 7,5±2,3% завідувачів відділеннями.

Крім того, на недостатність ресурсів для виконання вимог КП галузевого рівня вказали 68,6±7,8% організаторів ОЗ (заступники головних лікарів, головні лікарі, адміністратори більш високого рівня), 44,4±4,3% завідувачів відділеннями, 32,7±1,6% лікарів-спеціалістів та 31,6±3,3% лікарів загальної практики.

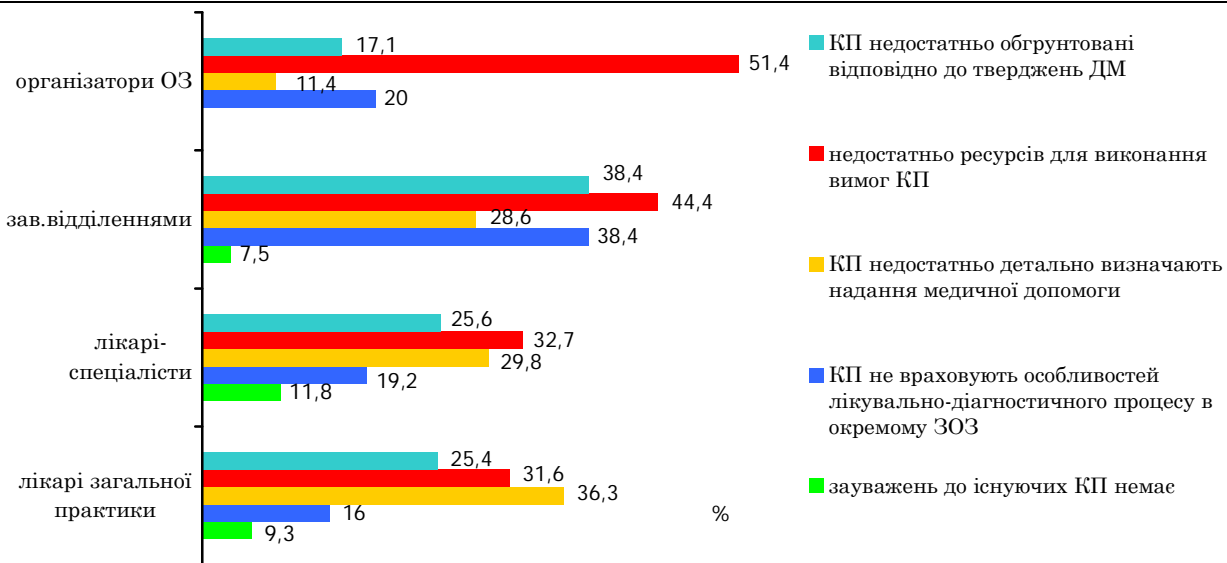


Рис. 1. Питомі частки респондентів, які висловили зауваження до існуючих КП у залежності від займаної посади (%)

У процесі дослідження були проаналізовані чинники, які на думку респондентів, впливають на процес впровадження та дотримання вимог КП при наданні МД.

За порядковою шкалою найбільше значення для дотримання КП має матеріально-технічне забезпечення ЗОЗ, наступним за важливістю чинником є зміст та структура КП, третім чинником є кваліфікація медичного персоналу. Четверте місце посідає такий чинник, як відношення медичного персоналу до виконання вимог КП. Наступним є рівень розвитку інформаційних технологій в ЗОЗ. На п'ятій позиції міститься такий чинник, як відношення пацієнта та його родичів до надання МД відповідно до вимог КП. Ці дані відрізняються від результатів подібних закордонних досліджень¹⁴.

Основою Галузевої програми стандартизації МД⁵ є «Уніфікована методика з розробки КН до МС, УКПМД, ЛПМД (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах ДМ»⁷, проте на запитання, чи знайомі респонденти з методикою розробки медико-технологічних документів, дали ствердну відповідь 19,8±1,1% (p<0,05) респондентів.

За результатами дослідження, переважна більшість респондентів 75,5±1,2% вважає впровадження ЛПМД, що ґрунтуються на доказах, доцільним. Встановлено, що впровадження ЛПМД на основі тверджень ДМ вважають доцільним 97,1±2,8% організаторів ОЗ та 91,7±2,4% завідувачів відділеннями. Позитивну відповідь на це питання дали 77,6±1,4% лікарів-спеціалістів та 51,3±3,6% лікарів загальної практики/сімейної медицини.

При дослідженні в окремих сегментах вибірки за ознакою «спеціальність» встановлено, що розробку та впровадження ЛПМД вважають доцільною 81,9±2,3% лікарів педіатричного профілю, 80,1±2,3% лікарів хірургічного профілю, 73,0±5,2% акушерів-гінекологів, 69,8±6,3% організаторів ОЗ, 68,8±2,1% лікарів терапевтичного профілю та 58,3±7,1% лікарів-стоматологів.

При оцінці результатів впровадження ЛПМД в практичну діяльність 47,0±1,4% респондентів визначили ЛПМД, як юридичний документ, який слугує для захисту інтересів медичних працівників та пацієнтів; 24,9±1,2% респондентів вважають, що ЛПМД підвищують якість МД; ЛПМД допомагають прийняти клінічне рішення на думку 22,2±1,2% респондентів; ЛПМД попереджують виникнення та сприяють вирішенню спірних питань між медичними працівниками та пацієнтами – 20,4±1,1%; 19,2±1,1% респондентів ЛПМД дозволяють уникнути поліпрагмазії та медичних втручань ефективність, яких не доведена; покращують взаємодію лікарів різних спеціальностей – 18,6±1,1% респондентів. Лише 13,8±1,0% (p<0,05) лікарів вказали, що дотримання вимог ЛПМД ускладнює діагностично-лікувальний процес.

Розробка, впровадження та дотримання ЛПМД неможлива без забезпечення належної інформаційної підтримки як на етапі опрацювання та впровадження ЛПМД, так і при проведенні моніторингу дотримання вимог ЛПМД¹³, що вимагає від медичного персоналу обізнаності з сучасними інформаційними технологіями та практичних навиків роботи з персональним комп'ютером (ПК)¹⁰,

проте лише $62,8 \pm 1,4\%$ ($p < 0,05$) респондентів вказали, що мають навик роботи з сучасними інформаційно-комунікаційними технологіями та використовують ПК в своїй професійній діяльності.

Інтернет-ресурси на сьогоднішній день є важливим джерелом медичної інформації¹³, проте, як показали результати проведеного нами дослідження, лише $27,3 \pm 1,2\%$ респондентів користуються ресурсами мережі Інтернет у своїй професійній медичній діяльності.

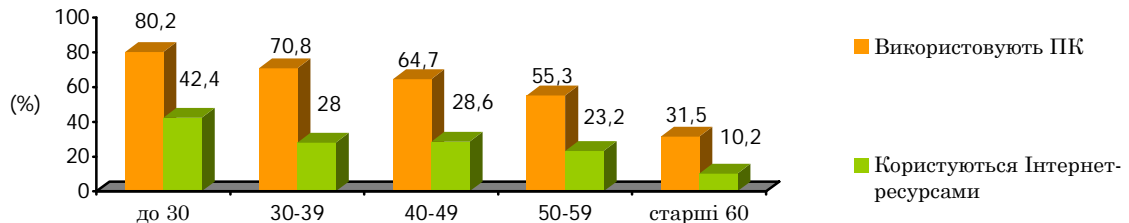


Рис.2. Порівняльні дані стосовно частки лікарів в окремих вікових групах, які використовують ПК та користуються Інтернет-ресурсами медичної інформації у своїй професійній діяльності (%)

Найбільша частка респондентів, які використовують ПК для виконання своїх службових обов'язків, у віковій групі до 30 років – $80,2 \pm 3,0\%$, 30–39 р. – $70,8 \pm 2,5\%$, 40–49 р. – $64,7 \pm 2,5\%$, 50–59 р. – $55,3 \pm 2,9\%$, понад 60 р. – $31,5 \pm 4,5\%$ ($p < 0,05$).

Встановлено, що у віковій групі до 30 років найбільша частка респондентів, які користуються Інтернет-ресурсами в своїй професійній діяльності ($42,4 \pm 3,8\%$), в віковій групі 30–39 р. – $28,0 \pm 2,5\%$, 40–49 р. – $28,6 \pm 2,4\%$, 50–59 р. – $23,2 \pm 2,5\%$ і серед лікарів старших 60 р. лише $10,2 \pm 2,9\%$ ($p < 0,05$) респондентів використовують Інтернет-ресурси в своїй професійній діяльності для отримання наукової медичної інформації.

Моніторинг виконання вимог ЛПМД є складовою клінічного аудиту та дієвим механізмом управління якістю МД^{7,15}. На думку $49,41 \pm 2,0\%$ респондентів доцільною формою реєстрації виконання ЛПМД є відповідний запис в медичній карті стаціонарного (амбулаторного) пацієнта, $45,88 \pm 2,1\%$ лікарів обрали електронний варіант моніторингу ЛПМД і лише $19,40 \pm 2,5\%$ опитаних вважають доцільною реєстрацію виконання ЛПМД в окремій, спеціально розробленій формі медичної документації.

Результати проведеного кореляційного аналізу між ознаками «моніторинг ЛПМД з використанням сучасних інформаційних технологій – використання ПК в професійній діяльності – вік пацієнта» показали наявність прямого сильного зв'язку між обраним

Отримані дані дещо нижчі, ніж ті, що були отримані в подібних дослідженнях В.М. Богомазом² та І.Д. Шкробанець¹².

Встановлена достовірно значуща відмінність між окремими віковими групами респондентів за такою характеристикою, як використання ПК та Інтернет-ресурсів медичної інформації для виконання своїх професійних обов'язків. Порівняльні дані стосовно частки лікарів в окремих вікових групах, які користуються ПК та використовують Інтернет-ресурси у своїй професійній діяльності наведені на рис. 2.

варіантом моніторингу ЛПМД в електронному вигляді та використанням респондентами ПК в своїй професійній діяльності ($r=0,99$, $p > 99\%$) та зворотній сильний зв'язок із віком респондентів ($r=-0,98$, $p > 99\%$).

Відповідно, в групі респондентів, які використовують ПК для виконання своїх професійних обов'язків, електронний варіант форми реєстрації виконання ЛПМД обрали $76,5 \pm 1,5\%$ лікарів, а в групі респондентів, які не користуються ПК, цей формат обрали лише $11,5 \pm 1,5\%$ респондентів (рис. 3).

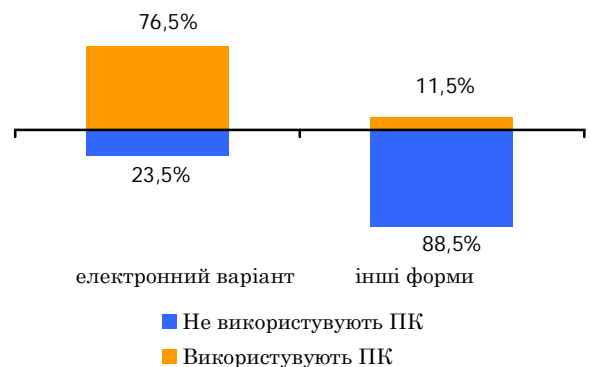


Рис.3. Залежність між обраним варіантом форми реєстрації виконання ЛПМД та використання ПК для виконання функціональних обов'язків лікарями

Результати кореляційного аналізу підтверджують, що лікарі більш молодшого віку надають перевагу моніторингу ЛПМД за допомогою сучасних інформаційних технологій.

На останнє, але чи найважливіше запитання нашого дослідження, про згоду респондентів взяти участь у розробці ЛПМД у ЗОЗ,

де вони працюють, $74,16 \pm 1,4\%$ лікарів відповіли позитивно.

Висновки:

1. Як у практикуючих лікарів, так і у організаторів охорони здоров'я є певні зауваження до затверджених МОЗ України клінічних протоколів надання медичної допомоги. При цьому в групі організаторів охорони здоров'я (заступники головних лікарів, головні лікарі, адміністратори більш високого рівня), критичні зауваження до затверджених клінічних протоколів стосувалися управління ресурсами та якістю медичної допомоги, а саме: необґрунтованість положень відповідно до тверджень доказової медицини, недостатнє забезпечення ресурсами для виконання вимог клінічних протоколів та те, що клінічні протоколи не враховують особливостей надання медичної допомоги на рівні окремого закладу охорони здоров'я. Разом із тим, у групі практикуючих лікарів (лікарі-спеціалісти, лікарі загальної практики, завідувачі відділеннями) зауваження стосувалися питань надання медичної допомоги, а саме того, що існуючі клінічні протоколи недостатньо детально визначають діагностично-лікувальний процес.
2. Переважна більшість респондентів ($75,5 \pm 1,2\%$) вважає доцільним використання локальних протоколів медичної допомоги, що ґрунтуються на доказах, та детально регламентують ведення пацієнтів із певною нозологією в умовах певного закладу охорони здоров'я. Встановлено, що в окремих групах респондентів в залежності від їх посади, впровадження локальних протоколів медичної допомоги на основі тверджень доказової медицини вважають доцільним $97,1 \pm 2,8\%$ керівників охорони здоров'я та $91,7 \pm 2,4\%$ завідувачів відділеннями. Позитивну відповідь на це питання дали $77,6 \pm 1,4\%$ лікарів-спеціалістів та $51,3 \pm 3,6\%$ лікарів загальної практики/сімейної медицини.
3. На думку респондентів найбільше значення для дотримання клінічних протоколів в умовах окремого закладу охорони здоров'я має його матеріально-технічне забезпечення, а такі фактори, як кваліфікація медичного персоналу та його відношення до виконання вимог клінічних протоколів, займають відповідно 3-тє та 4-тє місце. Отримані результати відрізняються від даних закордонних досліджень, де на думку респондентів, найважливішим фактором для успішного впровадження та виконання вимог локальних протоколів медичної допомоги є взаєморозуміння членів мультидисциплінарної команди¹⁴.
4. При оцінці результатів впровадження локальних протоколів медичної допомоги в практичну діяльність $47,0 \pm 1,4\%$ респондентів визначили локальні протоколи медичної допомоги як юридичний документ, що слугує для захисту інтересів медичних працівників та пацієнтів; $24,9 \pm 1,2\%$ – локальні протоколи медичної допомоги підвищують якість медичної допомоги; $22,2 \pm 1,2\%$ – локальні протоколи медичної допомоги допомагають прийняти клінічне рішення; $20,4 \pm 1,1\%$ – попереджують виникнення спірних питань між медичними працівниками та пацієнтами; $19,2 \pm 1,1\%$ – дозволяють уникнути поліпрагмазії та медичних втручань, ефективність яких не доведена; $18,6 \pm 1,1\%$ – покращують взаємодію лікарів різних спеціальностей.
5. Як організатори охорони здоров'я, так і практикуючі лікарі висловили позитивне ставлення до впровадження на рівні окремих закладів охорони здоров'я локальних протоколів медичної допомоги, що ґрунтуються на доказах. Проте цей процес вимагає реальних кроків з підвищення рівня знань медичних працівників, подальшої інформатизації медичної галузі та належного рівня матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я.

Література:

1. Аналітичний звіт із тестування медичних стандартів в пілотних регіонах України / Під заг. ред. Грета Росс, А.В. Степаненко, О.М. Новічкова // Укр. мед. часопис. – 2007. – №1 (57). – С. 26-44.
2. Богомаз В.М. Опитування лікарів про чинники постійного професійного розвитку в умовах клінічної практики / В.М. Богомаз // Укр. мед. часопис. – [Електронний ресурс]. – 2007. – №2(58). – С. 138-144. Режим доступу: http://www.umj.com.ua/archive/58/pdf/154_ukr.pdf
3. Думенко Т.М. Вивчення задоволення потреб лікарів України у достовірній інформації про лікарські засоби / Т.М. Думенко // Укр. мед. часопис. – [Електронний ресурс]. – 2010. – Режим доступу: http://www.umj.com.ua/wp-content/uploads/archive/0/pdf/1599_ukr.pdf
4. Зіменковський А.Б. Доказова соціальна медицина – сучасних напрямків у розвитку охорони здоров'я: проблеми та перспективи впровадження в Україні / А.Б. Зіменковський, Д.В. Данко, М.К. Хобзей // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2010. – № 3-4. – С. 77-83.
5. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.09.2011 р. №597. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_2011
6. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2011 р. №454. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html
7. Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша та частина друга). Спільні накази Міністерства охорони здоров'я та Академії медичних наук України від 19.02.2009 р. №102, 18 та від 03.11.2009р. №798, 75 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090219_102_.html
8. Толстиков О.К. Впровадження локальних клінічних протоколів як інструмент покращення якості медичної допомоги / О.К. Толстиков, В.Д. Парій, С.М. Гришук // Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати: Матер. Всеукраїнської наук.-практ. конф. – Київ, 2010. – С. 143-144.
9. Управління охорони здоров'я Житомирської державної адміністрації. Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ztuo.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=853%3A2010-11-16-10-26-29&catid=5%3A2009-06-24-13-48-30&Itemid=18
10. Реформування вторинної медичної допомоги в Україні: базова проблематика та варіанти вирішення. Зведений звіт. Проект, що фінансується ЄС, «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» 2007–2009. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/SR_V04_ua.pdf
11. Центр медичної статистики МОЗ України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports/access.html?id=13>
12. Шкробанець І.Д. Особливості інформаційної підтримки рівня фахових знань у лікарів педіатричного профілю Чернівецької області / І.Д. Шкробанець, Ю.М. Нечитайло, О.В. Макарова // Буковинський мед. вісн. – 2009. – №13(3). – С. 134-136.
13. Blaser R. Improving pathway compliance and clinician performance by using information technology / R. Blaser, M. Schnabel, C. Biber // International Journal of Medical Informatics. – 2007. – Vol. 76. – P. 151-156.
14. De Allegri Manuela Which factors are important for the successful development and implementation of clinical pathways? A qualitative study / M. De Allegri, M. Schwarzbach, A. Loerbroks // British Medical Journal. – [Електронний ресурс]. – 2011. – Режим доступу: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/01/04/bmjqs.2010.042465.full.pdf>
15. Stepanenko A.V. Unified Methodology for Development of Clinical Guidelines, Standards of Medical Care, Unified Clinical Protocols of Medical Care, Local Protocols of Medical Care (Clinical Pathways) on the Principles of Evidence-Based Medicine / A.V. Stepanenko, A.M. Morozov, V.T. Chumak // Укр. мед. часопис. – 2009. – №3(71). – С. 80-83.

УДК 61:001.8:614.23

ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ К РАЗРАБОТКЕ И ВНЕДРЕНИЮ ЛОКАЛЬНЫХ ПРОТОКОЛОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОСНОВАННЫХ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ.

В.И. Шуляк

Житомирская центральна районная больница, г. Житомир, Украина

Резюме: Целью работы было изучение отношения врачей и организаторов здравоохранения к внедрению локальных протоколов медицинской помощи, основанных на доказательствах, в медицинскую практику. Полученные данные медико-социологического исследования подтвердили целесообразность разработки и внедрения в медицинскую практику локальных протоколов медицинской помощи, основанных на доказательствах, как медико-технологических документов для управления качеством и рациональным использованием ресурсов.

Ключевые слова: опрос врачей, стандартизация медицинской помощи, качество медицинской помощи, доказательная медицина, локальные протоколы медицинской помощи.

UDC 61:001.8:614.23

THE STUDY OF MEDICAL PROFESSIONALS CONSIDERATIONS CONCERNING THE IMPLEMENTATION OF EVIDENCE-BASED LOCAL CLINICAL PROTOCOLS INTO MEDICAL PRACTICE

V.I. Shulyak

Zhytomyr Central regional hospital, Zhytomyr, Ukraine

Summary: The research aims to study the opinions of health care providers concerning the elaboration and introduction of evidence-based local clinical protocols into medical practice. The obtained data of medical and sociological studies confirmed the expediency of development and implementation of evidence-based local clinical protocols into medical practice as medical and technological documents for proficient medical care and rational use of resources.

Keywords: inquiry of doctors, standardization of medical care, quality of health care, evidence-based medicine, clinical pathways.

Надійшла до редакції 29.11.2011 р.