

УДК 614.253:314.42:616-058.86:303.62

Г.О. Слабкий¹, С.В. Дудник²

Готовність лікарів загальної практики — сімейних лікарів до попередження передчасної смерті дітей: за даними соціологічного дослідження

¹Ужгородський національний університет, Україна²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Modern pediatrics. Ukraine. 2019.5(101):57-63; doi 10.15574/SP.2019.101.57

For citation: Slabkiy GO, Dudnyk SV. (2019). Readiness of general practitioners-family doctors on the prevention of children's premature death: according to sociological research. Modern Pediatrics.Ukraine. 5(101): 57-63. doi 10.15574/SP.2019.101.57

Мета — вивчити та проаналізувати рівень знань лікарів загальної практики — сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ) з попередження передчасної смерті дітей та визначити шляхи підвищення рівня їх інформованості з даного питання.

Матеріали і методи. Проведено опитування 400 ЛЗП-СЛ, які проживають у м. Києві, Київській та Закарпатській областях. Більшість респондентів склали: лікарі, які працюють у містах (65,75%); у віці старше 40 років (66,25%); жінки (82,25%); які навчалися професії на курсах спеціалізації із загальної лікарської практики — сімейної медицини (73,25%); атестовані на вищу (38,50%) та першу (32,75%) атестаційні категорії; працюють у лікарських амбулаторіях (90,75%). Опитування проводилося за спеціально розробленою анкетною. Методи дослідження: математичний, соціологічного опитування (анкетування), статистичний, аналітичний, порівняльного аналізу.

Результати. Встановлено недостатній рівень готовності ЛЗП-СЛ до попередження дитячої смертності: респонденти оцінили як недостатній рівень своїх теоретичних знань з тактики дій при таких загрозливих життю дитини станах, як черепно-мозкова травма (12,25±1,6%), гостра асфіксія (9,25±1,4%), опіки, у тому числі дихальних шляхів (8,5±1,4% та 8,0±1,4% відповідно), судоми (7,75±1,3%). Найменше ЛЗП-СЛ володіють практичними навичками з надання медичної допомоги дітям при черепно-мозковій травмі (16,0±1,8%), крупі (15,5±1,8%), опіках дихальних шляхів (11,5±1,6%), судамах (10,5±1,5%). На низькому рівні знаходиться роз'яснювальна регулярна освітня робота ЛЗП-СЛ з батьками з питань збереження здоров'я дітей та навчання тактиці при загрозливих життю станах (21,25±2,0% респондентів організували роботу школи відповідального батьківства, 15,75±1,8% навчали батьків тактиці дій при загрозливих життю дітей станах).

Висновки. Недостатній рівень теоретичних знань та практичних навичок ЛЗП-СЛ з тактики дій при окремих станах, які загрожують життю дітей, вимагає навчання лікарів компетенційним та кваліфікаційним рівням знань з надання допомоги дітям та профілактики дитячої смертності. Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) усіх установ. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: лікар загальної практики — сімейний лікар, діти, передчасна смертність, попередження, соціологічне дослідження.

Readiness of general practitioners-family doctors on the prevention of children's premature death: according to sociological research

G.O. Slabkiy¹, S.V. Dudnyk²¹Uzhhorod National University, Ukraine²SE «Ukrainian Institute of Strategic Researches of Ministry of Public Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose — to study and analyze the level of knowledge of general practitioners-family doctors in preventing the premature death of children, to determine ways of increasing their awareness on this problem.

Materials and methods. Sociological survey was conducted of 400 general practitioners, family doctors, who live in Kiev, Kiev and Zakarpattia regions. The majority of respondents are represented by general practitioners-family doctors working in cities (65.75%), over the age of 40 years (66.25%), women made up (82.25%), the number of doctors trained on specialization course «general medical practice — family medicine» (73.25%), doctors who has certificate for the highest (38.50%) and first (32.75%) certification categories working in medical ambulatories (90.75%). The study was conducted according to a specially designed questionnaire. Research methods: mathematical, sociological survey (questioning), statistical, analytical, comparative analysis.

Results. Sociological study established an insufficient level of readiness of general practitioners — family doctors to prevent children's premature mortality: respondents rated their theoretical knowledge of the tactics of actions as insufficient for conditions that threaten a child's life, such as traumatic brain injury (12.25±1.6%), acute asphyxia (9.25±1.4%), burns, including respiratory tract (8.5±1.4% and 8.0±1.4%, respectively), convulsions (7.75±1.3%). The least general practitioners — family doctors possess practical skills in providing medical care for children with traumatic brain injury (16.0±1.8%), croup (15.5±1.8%), and respiratory tract burns (11.5±1.6%), convulsions (10.5±1.5%). The explanatory regular educational work of general practitioners — family doctors with parents on maintaining children's health and learning tactics for conditions that threaten a child's life has low level (21.25±2.0% of respondents organized the work of the school of responsible parenthood, 15.75±1.8% taught parents tactics in conditions that threaten a child's life).

Conclusions. The established insufficient level of theoretical knowledge and practical skills of general practitioners — family doctors in tactics of action in certain conditions that threaten the threaten a child's life requires doctors to be trained on the competent and qualification levels of knowledge in helping children and preventing child mortality.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee (LEC) of all institutions.

No conflict of interest was declared by the authors.

Key words: general practitioners — family doctors, children, premature mortality, prevention, sociological research.

Готовность врачей общей практики — семейных врачей к предупреждению преждевременной смерти детей: по данным социологического исследования

Г.А. Слабкий¹, С.В. Дудник²

¹Ужгородский национальный университет, Украина

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

Цель — изучить и проанализировать уровень знаний врачей общей практики — семейных врачей по предупреждению преждевременной смерти детей, определить пути повышения уровня их информированности по данному вопросу.

Материалы и методы. Проведен опрос 400 ВОП-СВ, проживающих в г. Киеве, Киевской и Закарпатской областях. Большинство респондентов составили: врачи, работающие в городах (65,75%); в возрасте старше 40 лет (66,25%); женщины (82,25%); обучавшиеся профессии на курсах специализации по общей врачебной практике — семейной медицине (73,25%); аттестованные на высшую (38,50%) и первую (32,75%) аттестационные категории; работающие во врачебных амбулаториях (90,75%). Опрос проводился по специально разработанной анкете.

Методы исследования: математический, социологического опроса (анкетирование), статистический, аналитический, сравнительный анализ.

Результаты. Установлен недостаточный уровень готовности ВОП-СВ к предупреждению детской смертности: респонденты оценили, как недостаточный, уровень своих теоретических знаний по тактике действий при таких угрожающих жизни ребенка состояниях, как черепно-мозговая травма (12,25±1,6%), острая асфиксия (9,25±1,4%), ожоги, в том числе дыхательных путей (8,5±1,4% и 8,0±1,4% соответственно), судороги (7,75±1,3%). Наименее ВОП-СВ владеют практическими навыками по оказанию медицинской помощи детям при черепно-мозговой травме (16,0±1,8%), крупе (15,5±1,8%), ожогах дыхательных путей (11,5±1,6%), судорогах (10,5±1,5%). На низком уровне находится разъяснительная регулярная просветительская работа ВОП-СВ с родителями по вопросам сохранения здоровья детей и обучения тактике при жизнеугрожающих состояниях (21,25±2,0% респондентов организовали работу школы ответственного родительства, 15,75±1,8% обучали родителей тактике действий при угрожающих жизни детей состояниях).

Выводы. Недостаточный уровень теоретических знаний и практических навыков ВОП-СВ относительно тактики действий при отдельных состояниях, угрожающих жизни детей, требует обучения врачей компетенционным и квалификационным уровням знаний по оказанию помощи детям и профилактике детской смертности.

Исследование было выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен Локальным этическим комитетом (ЛЭК) всех учреждений.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: дети, преждевременная смертность, предупреждение, социологическое исследование.

Вступ

За даними ВООЗ (2017), у світі переважна більшість (85,7%) дітей не доживає до п'яти років. Щодня відбувається 15000 випадків смерті дітей у віці до п'яти років, майже половина цих випадків припадає на дітей, що помирають протягом першого місяця життя. І хоча прогрес у скороченні дитячої смертності, у тому числі у віці до п'яти років, у всьому світі йде наростаючими темпами, вона продовжує залишатися однією з провідних проблем, зберігаючи диспропорції між регіонами і країнами в тому, що стосується показників смертності серед дітей молодше п'яти років, нерівність всередині країн, що обумовлена географічним положенням або соціально-економічним статусом (з 1990 р. глобальний коефіцієнт смертності дітей у віці до п'яти років знизився на 58% — з 93 випадків смерті на 1000 живонароджених у 1990 р. до 39 у 2017 р.) [1,2,5]. При цьому більше половини випадків смерті дітей у віці до п'яти років викликані хворобами або відбуваються через стани, яким можна запобігти або лікувати за наявності доступу до простих і доступних за вартістю заходів (наприклад, приблизно 45% випадків смерті дітей у віці до п'яти років пов'язані з харчуванням) [1,6,12,13,18]. Прийняті ООН у 2015 р. Цілі в галузі сталого розвитку (ЦСР) спрямовані на забезпечення

здорового способу життя та сприяння благополуччю всіх дітей, зокрема Ціль 3 полягає в тому, щоб до 2030 р. покласти край запобіжній смертності новонароджених і дітей у віці до п'яти років [7,10]. Завдання ЦСР стосовно жінок і дітей були відображені і у новій Глобальній стратегії охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків (Глобальній стратегії ВООЗ), яка закликає покласти край запобіжній смертності дітей шляхом вжиття заходів щодо виникаючих пріоритетів у царині здоров'я дітей, для чого державам-членам необхідно встановити власні цільові показники, розробити конкретні стратегії скорочення дитячої смертності та відслідковувати свій прогрес у справі її скорочення, також вони мають забезпечити загальне охоплення населення послугами охорони здоров'я, у тому числі захист від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медико-санітарних послуг та доступ до безпечних, ефективних, якісних і недорогих основних лікарських засобів і вакцин для всіх, а також нарощувати потенціал щодо раннього попередження, зниження ризиків і регулювання національних і глобальних ризиків для здоров'я [4,8,11,14]. Досягнення суттєвого скорочення дитячої смертності, виконання завдань ЦСР та заходів Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків вимагає, передусім, зміцнення систем охорони

здоров'я країн (більшість країн світу, у тому числі Україна), де ключову роль у забезпеченні громадського здоров'я відіграє первинна медико-санітарна допомога, що організована за принципом лікаря загальної практики — сімейного лікаря (ЛЗП-СЛ), діяльність якого має спиратись на науково обґрунтовані і доведені ефективні форми організації роботи установ і фахівців первинної ланки з урахуванням сучасної ситуації і національних особливостей [9,10,14,15]. Лікар загальної практики — сімейний лікар має розширений діапазон функцій за рахунок введення додаткових видів і обсягів медичної допомоги у вузькопрофільних напрямках, а також за рахунок розширення контингенту, який обслуговується, — надання медичної допомоги не тільки дорослому населенню, але й дітям та підліткам. У зв'язку з цим підготовка ЛЗП-СЛ має бути такою, щоб він міг, поряд із суто лікувальною роботою, займатися профілактикою, виконувати соціально-психологічну функцію і займатися вирішенням питань соціального захисту пацієнтів. Європейським ЛЗП-СЛ притаманна порівняно висока залученість до надання послуг з планування сім'ї, середня залученість — у педіатричне спостереження та імунопрофілактику, і мінімальна залученість — у гігієнічне навчання [3,14,16,17]. Тому і досі, поряд із пошуком ефективної системи попередження дитячої смертності (у тому числі в Україні), актуальним залишається питання визначення оптимальної і функціонуючої системи організації первинної медико-санітарної допомоги дітям.

Результати останніх досліджень (за даними ВООЗ) стану первинної медико-санітарної допомоги та якості її надання свідчать про неналежне оцінювання ЛЗП-СЛ стану багатьох хворих дітей, ненадання належного лікування і правильних порад батькам, відсутність або неадекватність діагностичної підтримки (радіологічні, лабораторні послуги тощо), ліків, устаткування, що унеможлиблює надання якісної допомоги хворим дітям [3,6,7,14]. Для вирішення цієї проблеми і створення комплексного підходу до охорони здоров'я дітей, у центрі якого знаходиться здоров'я дитини в цілому, починаючи з первинного рівня, ВООЗ і ЮНІСЕФ розробили стратегію під назвою «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ)», що включає як профілактичні, так і лікувальні елементи, які здійснюються як сім'ями та громадами, так і медичними закладами. Метою стратегії є скорочення числа випад-

ків смерті, хвороб та інвалідності та сприяння кращому росту і розвитку дітей у віці до п'яти років. Стратегія ІВХДВ має сприяти точному визначенню дитячих хвороб у поліклініці, забезпечити належне комбіноване лікування всіх основних хвороб, покращити консультування осіб, які здійснюють догляд за дітьми, і прискорити скерування важко хворих дітей до необхідних фахівців [2,5]. У домашніх умовах стратегія має стимулювати звернення по належну допомогу, сприяти кращому харчуванню та профілактиці, а також правильному виконанню лікарських приписів [2,12,13,18].

З урахуванням вищенаведеного, актуальним питанням для скорочення дитячої смертності залишається забезпечення якісної підготовки ЛЗП-СЛ, орієнтованої на надання медичної допомоги дітям у рамках їх компетенції, створення нормативної бази зі стандартизації основних медичних послуг за уніфікованими клінічними протоколами, які повинні надавати дітям лікарі цієї спеціальності. Це стосується як лікувально-діагностичного процесу в рамках медичного супроводу дітей, так і профілактичного спрямування, знання лікарської тактики на первинному рівні надання допомоги та організації раціонального маршруту хворої дитини по фахівцях вищих рівнів надання медичної допомоги, впровадження синдромального підходу до ведення дітей з патологічними станами, що найбільш часто зустрічаються, і дозволяє прийняти правильне діагностичне рішення та призначити раціональну доступну стартову терапію і спостереження маленьких пацієнтів [3,5,14,16,17].

В Україні загалом визначені напрями стратегічного реформування системи охорони здоров'я, у зв'язку з чим одними з найгостріших питань для обговорення залишаються питання переходу первинної педіатричної допомоги на засади сімейної медицини та якості спостереження дітей ЛЗП-СЛ, тому важливо налагодити систему навчання і перенавчання ЛЗП-СЛ з акцентом на педіатричну практичну діяльність, для чого особливо важливим є вивчення готовності українських ЛЗП-СЛ до попередження передчасної смерті дітей.

Мета роботи: вивчити та проаналізувати рівень знань ЛЗП-СЛ із попередження передчасної смерті дітей та визначити шляхи підвищення рівня їх інформованості з даного питання.

Дослідження проведене в рамках виконання НДР «Наукове обґрунтування і розробка системи заходів по оптимізації ефективності медич-

ної допомоги матерям і новонародженим в умовах регіоналізації перинатальної допомоги» ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», № держреєстрації 0117U002419, строки виконання 2017–2019 рр.

Матеріал і методи дослідження

Дослідження проводилося за спеціально розробленою анкетною, яка затверджена рішенням комісії з біоетики ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Було опитано 400 ЛЗП-СЛ, які проживають у м. Києві, Київській та Закарпатській областях. Процес заповнення анкет та їх опрацювання забезпечував збереження конфіденційності інформації про респондентів.

При проведенні соціологічного дослідження дотримані принципи Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964–2000 рр.), Конвенції ради Європи про права людини та біомедицину (1997 р.), Європейської конвенції з використання хребетних тварин для експериментів (1986 р.), відповідних положень ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та чинного законодавства України.

Таблиця 1

Дані про опитаних у ході соціологічного дослідження ЛЗП-СЛ

Показник	Абс.	%
Місце роботи		
Місто	263	65,75
Сільська місцевість	137	34,25
Вік		
До 30 років	54	13,50
31–40 років	81	20,25
41–50 років	80	20,00
51–60 років	97	24,25
61 рік і старше	88	22,00
Стать		
Чоловік	69	17,25
Жінка	331	82,25
Вид підготовки		
Інтернатура із загальної лікарської практики — сімейної медицини	107	26,75
Спеціалізація із загальної лікарської практики — сімейної медицини	293	73,25
Атестаційна категорія		
Вища	154	38,50
Перша	131	32,75
Друга	82	20,50
Сертифікат	29	7,25
Не атестований	4	1,00
Тип закладу охорони здоров'я, де працює		
Лікарська амбулаторія	363	90,75
Поліклініка	37	9,25

Таблиця 2

Рівень самооцінки ЛЗП-СЛ особистих знань та практичних навичок із попередження передчасної смерті дітей

Показник	Абс.	P±m%
Рівень теоретичної підготовки		
Добрий	24	6,00±1,2
Задовільний	105	26,25±2,2
Недостатній	164	41,00±2,5
Вкрай недостатній	107	26,75±2,2
Рівень практичної підготовки		
Добрий	21	5,25±1,1
Задовільний	98	24,50±2,2
Недостатній	172	43,00±2,5
Вкрай недостатній	109	27,25±2,2

Дані про опитаних ЛЗП-СЛ наведено в табл. 1. Як видно з таблиці, переважна більшість респондентів працюють у містах (65,75%), мають вік старше 40 років (66,25%), жінки (82,25%), навчалися професії на курсах спеціалізації із загальної лікарської практики — сімейної медицини (73,25%), атестовані на вищу (38,50%) та першу (32,75%) атестаційні категорії і працюють у лікарських амбулаторіях (90,75%).

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження вивчалось питання самооцінки ЛЗП-СЛ своїх знань та практичних навичок з попередження передчасної смерті дітей. Аналіз наведених в табл. 2 даних вказує на те, що високо оцінили рівень своїх теоретичних знань з питань попередження передчасної смерті дітей тільки 32,25±2,3% респондентів, в той час як вкрай недостатніми вважають свої теоретичні знання з даного питання 26,75±2,2% опитаних. Рівень практичної підготовки 29,75±2,3% опитаних оцінили на «добре» та «задовільно», а 27,25±2,2% — як вкрай недостатній та 43,00±2,5% — як недостатній.

Далі було вивчено та проаналізовано питання щодо самооцінки ЛЗП-СЛ особистих знань та практичних навичок з тактики дій при окремих станах, які загрожують життю дитини (табл. 3). Найкраще свої теоретичні знання респонденти оцінили з таких питань, як гострий біль у животі (26,25±2,2%), блювота та кривава блювота (18,50±1,9%), судоми (17,25±1,9%), а практичні навички — при гострому болю в животі (27,25±2,2%), блювоті (19,00±2,0%), кривавій блювоті (16,25±1,8%).

Як вкрай недостатній лікарі оцінили рівень своїх теоретичних знань при таких станах, як черепно-мозкова травма (12,25±1,6%), гостра асфіксія (9,25±1,4%), опіки та опіки

Таблиця 3

Рівень самооцінки ЛЗП-СЛ особистих знань та практичних навичок з тактики дій при окремих станах, які загрожують життю дитини

Стан дитини	Теоретичні знання						Практичні навички									
	1		2		3		4		1		2		3		4	
	абс.	R±m%	абс.	R±m%	абс.	R±m%	абс.	R±m%	абс.	R±m%	абс.	R±m%	абс.	R±m%	абс.	R±m%
Анафілактичний шок	52	13,00±1,7	196	49,00±2,5	140	35,00±2,4	12	3,00±0,9	55	13,75±1,7	182	45,50±2,5	144	36,00±2,4	19	4,75±1,1
Вогнепальне поранення	34	8,50±1,4	154	38,50±2,4	193	48,25±2,5	19	4,75±1,0	32	8,00±1,4	142	35,50±2,4	201	50,25±2,5	25	6,25±1,2
Ураження електричним струмом	43	10,75±1,5	165	41,25±2,5	161	40,25±2,4	31	7,75±1,3	39	9,75±1,5	153	38,25±2,4	172	43,00±2,5	36	9,00±1,4
Гостра асфіксія	51	12,75±1,7	201	50,25±2,5	111	27,75±2,2	37	9,25±1,4	50	12,50±1,7	196	49,00±2,5	115	28,75±2,3	39	9,75±1,5
Гостра дихальна недостатність	64	16,00±1,8	214	53,50±2,5	103	25,75±2,2	19	4,75±1,0	61	15,25±1,8	209	52,25±2,5	106	26,50±2,2	24	6,00±1,2
Гострий біль у животі	105	26,25±2,2	262	65,50±2,4	26	6,50±1,2	7	1,75±0,6	109	27,25±2,2	255	63,75±2,4	31	7,75±1,3	5	1,25±0,6
Кривава блювота	74	18,50±1,9	194	48,50±2,5	123	30,75±2,3	9	2,25±0,7	65	16,25±1,8	195	48,75±2,5	125	31,25±2,3	15	3,75±0,9
Круп	26	6,50±1,2	62	15,50±1,8	283	70,75±2,3	29	7,25±1,3	9	2,25±0,7	55	13,75±1,7	274	68,50±2,3	62	15,50±1,8
Опік дихальних шляхів	17	4,25±1,0	64	16,00±1,8	287	71,75±2,3	32	8,00±1,4	11	2,75±0,8	80	20,00±2,0	263	65,75±2,4	46	11,50±1,6
Опіки	34	8,50±1,4	192	48,00±2,5	140	35,00±2,4	34	8,50±1,4	41	10,25±1,5	189	47,25±2,5	141	35,25±2,4	29	7,25±1,3
Падіння з висоти	49	12,25±1,6	127	31,75±2,3	197	49,25±2,5	27	6,75±1,2	32	8,00±1,4	144	26,00±2,2	190	47,50±2,5	34	8,50±1,4
Блювота	74	18,50±1,9	194	48,50±2,5	127	31,75±2,3	5	1,25±0,6	76	19,00±2,0	199	49,75±2,5	119	29,75±2,3	6	1,50±0,6
Судоми	69	17,25±1,9	183	45,75±2,5	117	29,25±2,3	31	7,75±1,3	61	15,25±1,8	181	45,25±2,5	116	29,00±2,3	42	10,50±1,5
Травма грудної клітки	51	12,75±1,7	191	47,75±2,5	134	33,50±2,4	24	6,00±1,2	42	10,5±1,5	204	51,00±2,5	120	30,00±2,3	34	8,50±1,4
Травма живота	56	14,00±1,7	184	46,00±2,5	131	32,75±2,3	29	7,25±1,3	45	11,25±1,6	200	50,00±2,5	118	29,50±2,3	37	9,25±1,4
Черепно-мозкова травма	49	12,25±1,6	115	28,75±2,3	187	46,75±2,5	49	12,25±1,6	32	8,00±1,4	142	35,50±2,4	162	40,50±2,5	64	16,00±1,8

Примітка: 1 – добрий; 2 – задовільний; 3 – недостатній; 4 – вкрай недостатній рівень самооцінки.

Таблиця 4

Джерела та бажання отримання ЛЗП-СЛ знань із попередження передчасної смерті дітей і тактики дій при життєво загрозливих станах

Показник	Абс.	Р±m%
Джерела отримання інформації		
У процесі навчання в інтернаті	104	26,00±2,2
У процесі проходження спеціалізації	209	52,25±2,5
Курси тематичного удосконалення	32	8,00±1,4
Передатестаційні цикли підвищення кваліфікації	46	11,50±1,6
Стажування на робочому місці	29	7,25±1,3
Спеціальні тренінги	47	11,75±1,6
Наукові конференції	9	2,25±0,7
Навчальна література	211	52,75±2,5
Наукова література	72	18,00±1,9
Методична література	183	45,75±2,5
Бажання проходити навчання		
Має бажання навчатися	358	89,50±1,5
Не має бажання навчатися	17	4,25±1,0
Не визначився	25	6,25±1,2
Найзручніший спосіб навчання		
Курси тематичного удосконалення	269	67,25±2,3
Стажування на робочому місці	207	51,75±2,5
Спеціальні короткотривалі тренінги	264	66,00±2,4
Спеціальна методична література	172	43,00±2,5
Спеціальна навчальна література	154	38,50±2,4
Спеціальна наукова література	82	20,50±2,0

дихальних шляхів (8,5±1,4% та 8,0±1,4% відповідно), судоми (7,75±1,3%).

Найменше ЛЗП-СЛ володіють практичними навичками з надання медичної допомоги дітям при черепно-мозковій травмі (16,0±1,8%), крупі (15,5±1,8%), опіках дихальних шляхів (11,5±1,6%), судомомах (10,5±1,5%).

Наступним кроком дослідження стало вивчення питання щодо джерел та бажання отримання ЛЗП-СЛ знань із попередження передчасної смерті дітей та тактики дій при життєво загрозливих станах у процесі безперервної післядипломної освіти. Респондентам було запропоновано відповісти на три питання: про джерела, з яких вони зазвичай отримують інформацію із попередження передчасної смерті дітей та тактики дій при життєво загрозливих станах, про їхнє бажання проходити навчання та найзручніший спосіб навчання із зазначеної проблеми (табл. 4).

Аналіз наведених у табл. 4 даних вказує на те, що 26,0±2,2% опитаних свої знання отримали під час навчання в інтернаті, а 52,25±2,5% — у процесі проходження спеціалізації. Основними джерелами отримання інформації у після-

дипломний період підготовки стали навчальна література (52,75±2,5%), методична література (45,75±2,5%), наукова література (18,00±1,9%). Хочуть отримувати знання з попередження передчасної смерті дітей та тактики дій при життєво загрозливих станах 89,50±1,5% опитаних. Найзручнішими способами навчання респонденти вважають курси тематичного удосконалення (67,25±2,3%), спеціальні короткотривалі тренінги (66,00±2,4%), стажування на робочому місці (51,75±2,5%).

Важливим завданням дослідження було вивчення обсягу роз'яснювальної роботи, яку проводять ЛЗП-СЛ з батьками з питань збереження здоров'я дітей та навчання тактиці при загрозливих життю станах. У ході дослідження було встановлено, що серед усіх опитаних ЛЗП-СЛ тільки 85 респондентів (21,25±2,0%) організували роботу школи відповідального батьківства, з них 63 ЛЗП-СЛ (15,75±1,8%) на заняттях у даній школі навчали батьків тактиці дій при загрозливих життю дітей станах.

Висновки

Результати проведеного серед ЛЗП-СЛ соціологічного дослідження з метою визначення їхніх знань щодо попередження передчасної смерті дітей та тактики дій у життєво загрозливих для дитини станах показали низький рівень самооцінки респондентами своїх теоретичних знань і практичних навичок з даного питання. Мають бажання отримувати знання з попередження передчасної смерті дітей та тактики дій при станах, які загрожують життю, 89,50±1,5% опитаних ЛЗП-СЛ. Найзручнішими способами навчання вони вважають курси тематичного удосконалення (67,25±2,3%), спеціальні короткотривалі тренінги (66,00±2,4%), стажування на робочому місці (51,75±2,5%). Водночас роз'яснювальна робота, яку проводять ЛЗП-СЛ з батьками з питань збереження здоров'я дітей та навчання тактиці при життєво загрозливих станах, залишається на недостатньому рівні (21,25±2,0% опитаних ЛЗП-СЛ організували роботу школи відповідального батьківства, 15,75±1,8% респондентів навчали батьків тактиці дій при загрозливих життю дітей станах).

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. WHO. (2018, Sept 19). Children: reducing mortality. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality> [BO3. (2018, 19 сент). Дети: сокращение смертности. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>].
2. WHO. Maternal, newborn, child and adolescent health. Integrated Management of Childhood Illness [Здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков. Интегрированное ведение болезней детского возраста. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/ru/].
3. WHO. (2019, 27 Feb). Primary health care. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> [BO3. (2019, 27 февр). Первичная медико-санитарная помощь. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>].
4. Every Woman Every Child. Saving lives, protecting futures: Progress report on the Global Strategy for Women's and Children's Health. (2015). New York: United Nations.
5. Gera T, Shah D, Garner P, Richardson M, Sachdev HS. (2016). Cochrane Review: Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Strategy for children under five (in press). Cochrane Database of Systematic Reviews. 6(CD010123).
6. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ et al. (2013). Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet*. 382(9908): 1898–955.
7. Kuruvilla S, Schweitzer J, Bishai D, Chowdhury S et al. (2014). Success factors for reducing maternal and child mortality. *Bull World Health Organ*. 92(7): 533–44B.
8. Marleen Temmerman, Rajat Khosla, Zulfiqar A Bhutta, Flavia Bustreo. (2015). Towards a new Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. *The BMJ*. 351;1. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h4414>
9. Resolution WHA 69.2. Committing to implementation of the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. 69th World Health Assembly, Geneva, 28 May 2016. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R2-en.pdf
10. Sustainable Development Goals (SDGs). (2015). New York: United Nations. <https://sustainabledevelopment.un.org>.
11. The Global Strategy on Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). (2015). New York: United Nation. https://www.everywomaneverychild.org/wpcontent/uploads/2016/12/EWEC_Global_Strategy_EN_inside_LogoOK_web.pdf.
12. UNICEF, WHO. (2015). A Decade of Tracking Progress for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2015 Report. Geneva: WHO.
13. WHO. (1998). Child Health Division. Improving family and community practices: A component of the IMCI strategy. Geneva: WHO.
14. WHO. (2008). Primary health care now more than ever: the world health report. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
15. WHO. (2013). Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1
16. WHO. (2013). The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Partners in Population and Development. Promoting women's empowerment for better health outcomes for women and children. Geneva: WHO. http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/strategybriefs/sb_gender.pdf.
17. WHO. (2014). The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, WHO. A policy guide for implementing essential interventions for reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH): a multisectoral policy compendium. Geneva: WHO.
18. WHO. (2014). WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva: WHO.

Відомості про авторів:

Слабкий Геннадій Олексійович — д.мед.н., проф., зав. каф. громадського здоров'я Ужгородського національного університету.

Адреса: м. Ужгород, площа Народна, 1. <https://orcid.org/0000-0003-2308-7869>

Дудник Світлана Валеріївна — к.мед.н., учений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

Адреса: м. Київ, пров. Волго-Донський, 3. <https://orcid.org/0000-0002-7012-424X>

Стаття надійшла до редакції 23.03.2019 р., прийнята до друку 12.08.2019 р.