



УДК 616-053.2

ФОФАНОВ О.Д.

Івано-Франківський національний медичний університет

ДОСВІД ПІДГОТОВКИ СПЕЦІАЛІСТІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В КОНТЕКСТІ ІНТЕГРОВАНОГО ВЕДЕННЯ ХВОРОБ ДИТЯЧОГО ВІКУ ПРИ ВИКЛАДАННІ ПЕДІАТРІЇ СТУДЕНТАМ МОЛОДШИХ КУРСІВ

Резюме. У статті викладений огляд основних засад стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ), що розроблена для покращення якості надання медичної допомоги дітям віком до 5 років на рівні первинної медико-санітарної ланки охорони здоров'я. Висвітлено перший досвід впровадження цієї стратегії в навчальний процес при вивченні педіатрії на молодших курсах в межах типової програми. При цьому значна увага приділена методиці засвоєння студентами молодших курсів комунікативних навичок та застосування їх при збиранні анамнезу, спілкуванні з батьками й родичами дітей. За рекомендаціями ІВХДВ всі медичні працівники, які працюють у первинній ланці медико-санітарної допомоги, повинні володіти методологією консультування сім'ї з питань догляду за здоровими та хворими дітьми, виховування, забезпечення оптимальних умов для фізичного та нервово-психічного розвитку. Наш перший досвід свідчить про доцільність впровадження окремих питань ІВХДВ у навчальний процес студентам ще на молодших курсах.

Ключові слова: діти, інтегроване ведення хвороб, студенти, навчальний процес.

Одним із важливих завдань у реформуванні охорони здоров'я в Україні є вдосконалення первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) та підвищення якості підготовки кадрів, підготовки спеціалістів для роботи в цій ланці охорони здоров'я [1, 4, 5]. Сучасні соціально-економічні умови, що склалися в Україні, спричинили зміни в системі охорони здоров'я. Це призвело передусім до зменшення професійно підготовлених кадрів у первинній ланці, погіршення оснащення амбулаторних лікувально-профілактичних установ тощо. Особливо це стосується надання медичної допомоги дітям. У результаті зріс об'єм необґрунтованої госпіталізації хворих, нерационального застосування лікарських засобів, стали ширше використовуватися медикаменти, ефективність яких недостатньо доведена. Усе це призвело до підвищення вартості лікування, зробило його економічно невиправданим, а саме звернення до медичних установ — непривабливим для населення. Для вирішення цих проблем необхідно було виробити стандартизовані підходи, що допомагають медичним працівникам будь-якого рівня організувати спостереження за здоровими й хворими дітьми, оцінювати тяжкість стану пацієнта

й мати чіткий алгоритм проведення діагностичних і терапевтичних маніпуляцій залежно від отриманих результатів оцінки [1, 3, 4].

За результатами аналізу причин смерті в 10,8 млн дітей віком до 5 років, що був проведений ВООЗ/ЮНІСЕФ у 90-х роках ХХ століття у країнах із низьким і середнім прибутком, встановлено, що велика частка дитячої захворюваності й смертності зумовлена такими причинами: гострі респіраторні інфекції (в основному пневмонія), діарея, кір, малярія, порушення харчування (у 50 % дітей захворювання перебігало на їх фоні). Сім із 10 таких смертельних випадків викликані гострими респіраторними інфекціями (в основному пневмонією), діареєю, кором або порушенням живлення, а також часто поєднанням таких захворювань. Досвід і наукові факти показують, що поліпшення здоров'я дитини не обов'язково залежить від використання складних і високовартісних технологій, швидше тут відіграє роль застосування ефективних стратегій, що

© Фофанов О.Д., 2013

© «Здоров'я дитини», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

ґрунтуються на глобальному підході й доступні для більшості дітей, які потребують медичної допомоги, а також враховують існуючий персонал та структуру системи охорони здоров'я в державі.

ВООЗ, дитячим фондом ООН ЮНІСЕФ і багатьма іншими організаціями, інститутами та приватними особами ВООЗ/ЮНІСЕФ розроблена стратегія «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» (ІВХДВ, Integrated Management of Childhood Illness) для дітей віком молодше 5 років, у якому подані алгоритми правильного ведення найбільш поширених серйозних проблем, з якими, найімовірніше, стикатимуться як медичні працівники первинної ланки медичної допомоги дітям, так і працівники стаціонару [7, 8]. Це вікова група найбільшого ризику смерті, адже 90 % смертей дітей у віці до 18 років припадає на перші 4 роки життя. Щорічно у світі помирає близько 11 мільйонів дітей цього віку, або 1200 дітей кожен годину, 99 % померлих — це діти з країн, що розвиваються. Пріоритетний напрямок стратегії «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» — первинна медико-санітарна допомога [8, 10].

Незважаючи на те, що головною причиною для розробки стратегії ІВХДВ була необхідність надання хворим клінічної допомоги, стратегія також приділяє увагу таким аспектам, як раціональне харчування здорових дітей, імунізація, та іншим важливим елементам профілактики захворювань і пропаганди здорового способу життя. Стратегія ІВХДВ пропагує також активне залучення членів сім'ї та громади до процесу надання медичної допомоги [4, 7, 9, 10]. З метою удосконалення організації надання первинної медико-санітарної допомоги дітям віком до 5 років, зниження рівня їх захворюваності й запобігання смертності у 2010 році МОЗ України видало наказ про впровадження стратегії ІВХДВ в Україні [6]. Згідно з цим наказом Снятинський район Івано-Франківської області визначений одним із регіонів України для реалізації пілотного впровадження ІВХДВ. Необхідність впровадження стратегії ІВХДВ в Україні пов'язана з цілою низкою причин. Серед них важливе значення мають обмежена кількість витратних матеріалів і устаткування в медичних установах першого рівня надання медичної допомоги дітям, недостатні знання й навички медичних працівників у консультуванні дітей і батьків та відсутність базових знань ведення хворих і здорових дітей тощо.

На сьогодні не існує стандартного набору рекомендацій щодо включення ІВХДВ у програму навчання студентів. Але WHO/САН у співпраці з фахівцями з різних країн вивчають різні можливі способи включення стратегії ІВХДВ у програму навчання студентів при підготовці фельдшерських і лікарських кадрів як основних фахівців первинної медико-санітарної ланки допомоги дітям. Провідні вчені нашої держави вважають, що стратегію ІВХДВ у первинній медико-санітарній ланці допомоги дітям доцільно впроваджувати у викладання педіатрії

на до- і післядипломному етапі й широко використовувати в практиці педіатрії й сімейної медицини України [1, 4, 5]. У деяких медичних університетах України основні окремі питання ІВХДВ вже включені в навчальні програми на випускних курсах [5]. Але, на нашу думку, доцільно не тільки знайомити студентів старших курсів з цією стратегією, але й навчити методики втілення багатьох її принципів саме на молодших курсах.

Ми поставили за мету нашого дослідження огляд окремих засад стратегії ІВХДВ і визначення шляхів її впровадження в педагогічний процес при вивченні педіатрії на молодших курсах студентами медичного факультету в межах існуючих типових програм. Більшість рекомендацій ІВХДВ, зокрема питання догляду, вигодовування, фізичного й нервово-психічного розвитку тощо, включені в типові програми дисциплін, що викладаються на молодших курсах студентам медичних факультетів. Це такі дисципліни, як пропедевтика педіатрії, змістові модулі «Догляд за дітьми, його роль у лікувальному процесі та організація в умовах педіатричного стаціонару» (практика) та «Основні обов'язки та професійні дії медичної сестри педіатричного відділення» (практика). З 2010 року на кафедрі в педагогічний процес при викладанні цих дисциплін вже включено наказ № 149 МОЗ України «Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років», що містить окремі питання стратегії ІВХДВ щодо догляду за дітьми, вигодовування, оцінки фізичного та нервово-психічного розвитку.

Впровадження стратегії ІВХДВ на кафедрі дитячої хірургії та пропедевтики педіатрії розпочалось із навчання викладачів. За наказом МОЗ України доцент кафедри З.О. Ціхонь призначена модератором впровадження стратегії ІВХДВ в Івано-Франківській області, що дозволило отримати в електронному вигляді не лише матеріали ВООЗ/ЮНІСЕФ (посібники, керівництва), але й презентації навчальних семінарів, навчальні фільми.

У керівництві ІВХДВ вказано, що процедура проведення оцінки стану дитини віком від народження до 5 років включає декілька важливих етапів, що мають бути виконані медичним працівником: 1) збір анамнезу і спілкування з тим, хто доглядає за дитиною; 2) перевірка на наявність загальних ознак небезпеки; 3) перевірка на наявність основних симптомів; 4) перевірка статусу харчування; 5) оцінка годування дитини; 6) перевірка статусу щеплення; 7) оцінка щодо інших проблем. З усіх перерахованих етапів важливим у навчальному процесі при викладанні педіатрії на молодших курсах є вивчення методики збирання анамнезу й спілкування з матір'ю. Анамнез допомагає з'ясувати всі існуючі зв'язки між хворобою та її причинами, а також дозволяє ознайомитися з умовами побуту дитини, встановити характер стосунків у сім'ї дитини та одержати інші дані, необхідні для подальшої верифікації діагнозу.

За рекомендаціями ВООЗ і згідно зі стратегією ІВХДВ, навчання матері виконують у три етапи:

1) надати їй інформацію; 2) показати, як виконувати рекомендацію; 3) попросити матір виконати рекомендацію самостійно. При навчанні матері необхідно: 1) використовувати зрозумілі слова й знайомі допоміжні засоби; 2) хвалити за те, що було зроблено правильно, і тактовно поправляти в разі помилок; 3) надавати можливість для додаткової практики; 4) заохочувати матір задавати уточнювальні питання й відповідати на них; 5) перевіряти, чи правильно мати зрозуміла інформацію і чи здатна вона виконати рекомендації.

Важливим розділом стратегії ІВХДВ є консультування батьків із питань годування й догляду здорових дітей та під час хвороби. Згідно зі стратегією ІВХДВ, батьки, якщо їх правильно інформувати й консультувати, можуть відіграти важливу роль у поліпшенні здоров'я своїх дітей, виконуючи поради медичного працівника, притримуючись відповідної практики годування й звертаючись до лікаря, як тільки в дитини з'являться симптоми хвороби. Дуже важливо навчити студентів ще з молодших курсів прийомів ефективного спілкування з матір'ю (іншими особами, які доглядають за дитиною), використання яких є важливою умовою надання якісної медичної допомоги дитині. Слід уважно вислухати матір, проявити зацікавленість, серйозно ставитися до її слів і проблем дитини, говорити зрозумілою для матері мовою, ставити питання і вислуховувати відповіді на поставлені питання й заохочувати матір до продовження розмови. Мати дитини може зажадати часу для того, щоб обдумати питання і поставити додаткові питання, якщо вона не впевнена у відповіді. Приклад вміння викладача за такою методикою проводити бесіду з дітьми або батьками дітей має велике виховне й навчальне значення. Безумовно, для того, щоб студент міг виконати ці вимоги стратегії ІВХДВ і надалі застосувати їх на старших курсах, на післядипломному етапі навчання, а потім у практичній роботі, необхідний тривалий тренінг, що слід розпочинати з молодших курсів, коли студенти вперше приходять на клінічні кафедри.

Багато клініцистів вказують на недооцінку ролі анамнезу в діагностичному процесі. Незважаючи на тривалу й прогресуючу «технізацію» діагностики в медицині, класичними методами, такими, що не втратили значення й нині, є збір анамнезу та огляд хворого. На необхідності оволодіння мистецтвом ефективного спілкування з пацієнтом та його родиною на засадах загальнолюдської етики й моралі та лікарської деонтології на етапі післядипломної освіти наголошують Н.В. Нагорна та співавт. [2, 3]. На думку авторів, успіх ефективного лікування пацієнта значно залежить від позитивної атмосфери під час спілкування лікаря з пацієнтом, а спілкування з пацієнтом у педіатрії має свої особливості. Самих лише знань фізіологічних особливостей дитячого організму та відмінностей патології в дітей педіатру та сімейному лікарю недостатньо для ефективного спілкування з дітьми та їх батьками. Необхідно мати особливу природжену прихильність до дітей, важ-

ливо знайти правильний підхід до дитини, завоювати її довіру, запевнити матір у користі та доцільності усіх процедур. На сьогодні є невтішним, що більшість скарг із боку батьків на недоліки в лікуванні їх дітей зумовлені власне етичними проблемами, недостатньою увагою медичних працівників, зокрема лікарів, невмінням або небажанням налагодити той контакт з батьками, що є запорукою успішного лікування.

Наш досвід при проведенні державного практично-орієнтованого іспиту показав, що не всі студенти вільно володіють методикою збирання анамнезу та спілкування з хворими дітьми та їх батьками, а більшість з них не обізнані методикою консультування матері щодо догляду за дитиною. Здебільшого анамнез збирають за стандартними схемами без застосування комунікативних навичок і тому отримують менше інформації про перебіг хвороби й умови догляду за дитиною в сім'ї. Зважаючи на це, у студентів ще з 2-го курсу на кафедрі на практичній частині заняття відновлено методику ділових ігор, під час яких студенти виконують почергово роль лікаря і пацієнта або матері пацієнта чи особи, яка доглядає за дитиною. Для позааудиторної самостійної роботи студентам даємо завдання підготувати тексти бесід з матір'ю і консультацій залежно від теми заняття. Під час практичного заняття викладачі демонструють студентам методику консультування матері з догляду за дитиною, а надалі дають завдання студентам перевірити, як вона засвоїла їх виконання.

У програмі вивчення дисципліни «Пропедевтика педіатрії» важлива роль відводиться об'єктивному обстеженню хворої дитини, що починається із загального огляду й оцінки її стану. Існуючий нині педіатричний стандарт включає повну оцінку усіх ознак і систем на підставі клінічного обстеження й лабораторних аналізів. Цей підхід орієнтований у першу чергу на встановлення точного діагнозу, що визначає подальшу лікувальну стратегію і є золотим стандартом у педіатрії. Але на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги (сільські фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії, районні лікарні) виникають найбільші складнощі в наданні ефективної медичної допомоги дітям. Це зумовлено недостатньою кадрового складу та його слабкою підготовленістю з педіатрії, віддаленістю цих медичних установ і складнощами взаємодії з районними лікарнями щодо доставки пацієнтів та виїзду фахівців на місце. Крім того, на рівні первинної ланки відсутні елементарні лабораторно-технічні можливості для обстеження дитини, обмежений асортимент лікарських засобів.

У контексті стратегії ІВХДВ при оцінці стану дитини передбачається одночасно визначати етапи екстреного сортування для своєчасної діагностики й успішного лікування [9, 10]. Сортування — це процес швидкої оцінки стану дітей за визначеним алгоритмом для виявлення тих із них, у кого є невідкладні ознаки і кому у зв'язку з цим потрібні термінові втручання за життєвими показаннями; пріоритетні

ознаки, що свідчать про необхідність приділити пріоритетну увагу дітям серед тих, хто чекає своєї черги, і провести без затримки необхідні лікувально-діагностичні заходи; нетермінові випадки, при яких немає ні екстрених, ні пріоритетних ознак і діти підлягають плановому обстеженню й лікуванню. Ця методологія дозволяє чітко й швидко оцінити та класифікувати тяжкість стану дитини за ознаками небезпеки й основними симптомами, призначити необхідну терапію й проконсультувати матір. Це особливо важливо для успішної роботи медичного персоналу первинного рівня надання медичної допомоги дітям.

При вивченні семіотики захворювань дитячого віку й виділенні окремих синдромів при захворюваннях життєво важливих органів і систем на лекціях та практичних заняттях звертали увагу на необхідність застосування методики етапного сортування хворих дітей для термінового втручання за життєвими показаннями та детального обстеження дитини без зайвого зволікання, неприпустимість очікування в черзі.

Таким чином, вивчення посібників та керівництв стратегії ІВХДВ та перший досвід застосування окремих її засад показали можливість і доцільність їх впровадження в початковий процес при вивченні педіатрії на молодших курсах у межах типової програми. Особливу увагу при цьому звернути на особливості спілкування з батьками та засвоєння навичок із консультування матерів із питань догля-

ду, вигодовування, фізичного та нервово-фізичного розвитку дітей.

Список літератури

1. Волосовец А.П. Интегрированное ведение болезней детского возраста как современная стратегия первичной медико-санитарной помощи детям / А.П. Волосовец, С.П. Криволюстов // *Здоровье ребенка*. — 2008. — № 1(10).
2. Етика спілкування з пацієнтами через все навчання в інтернаті / Нагорна Н.В., Острополец С.С., Баєшко Г.І. [та ін.] // *Здоровье ребенка*. — 2011. — № 4(31). — С. 110-112.
3. Досвід і перспективи викладання біоетики при підготовці педіатрів і сімейних лікарів / Нагорна Н.В., Дубова Г.В., Бордюгова О.В., Пшенична О.В. // *Здоровье ребенка*. — 2013. — № 1(44). — С. 150-153.
4. Квашина Л.В. Стратегия интегрированного ведения болезней детского возраста: как научиться использовать стратегию на практике / Л.В. Квашина, И.Н. Матвиенко // *Современная педиатрия*. — 2010. — № 6(34). — С. 25-26.
5. Лежнев И.А. Интегрированное ведение болезней детского возраста — стратегия первичной медицинской помощи больным детям в возрасте от 1 недели до 5 лет / И.А. Лежнев, Н.В. Котова, Е.А. Старец // *Современная педиатрия*. — 2010. — № 4(32). — С. 14-17.
6. Наказ МОЗ України № 581 «Про впровадження стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку» від 15.07.2010 року.
7. *Интегрированное ведение болезней детского возраста / Всемирная организация здравоохранения. Департамент здоровья и развития ребенка и подростка*. — Женева, 2000. — 195 с.
8. *Pocket book of Hospital care for children*. — Geneva, WHO, 2005. — 365 с.
9. <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>
10. *Technical updates of the guidelines on Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)*. — Geneva, WHO, 2005.

Отримано 04.06.13 □

Фофанов А.Д.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В КОНТЕКСТЕ ИНТЕГРИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ ПЕДИАТРИИ СТУДЕНТАМ МЛАДШИХ КУРСОВ

Резюме. В статье изложен обзор основных принципов стратегии интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ), которая разработана для улучшения качества медицинской помощи детям в возрасте до 5 лет на уровне первичного медико-санитарного звена здравоохранения. Представлен первый опыт внедрения этой стратегии в учебный процесс при изучении педиатрии на младших курсах в пределах учебной программы. При этом значительное внимание уделено методике усвоения студентами младших курсов коммуникативных навыков и применения их при сборе анамнеза, общении с родителями и родственниками детей. Согласно рекомендациям ИВБДВ все медицинские работники, которые работают в первичном звене медико-санитарной помощи, должны овладеть методологией консультирования семьи по вопросам ухода за здоровыми и больными детьми, вскармливания, обеспечения оптимальных условий для физического и нервно-психического развития. Наш первый опыт свидетельствует о целесообразности внедрения отдельных вопросов ИВБДВ в учебный процесс при изучении педиатрии еще на младших курсах.

Ключевые слова: дети, интегрированное ведение болезней, студенты, учебный процесс.

Fofanov O.D.

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

EXPERIENCE IN TRAINING OF PRIMARY HEALTH CARE SPECIALISTS IN THE CONTEXT OF THE INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS IN THE TEACHING OF PEDIATRICS TO JUNIOR STUDENTS

Summary. The article describes an overview of the basic principles of the integrated management of childhood illness (IMCI) strategy, which is designed to improve the quality of care for children up to 5 years at the level of primary health care. The first experience of the implementation of this strategy in the educational process while studying of pediatrics at the junior courses within the curriculum is described. A considerable attention is paid to the method of mastering communication skills by the junior students' and applying them in the collection of medical history, communicating with parents and relatives of children. According to IMCI recommendations all health care professionals, who work in primary health care, must master the methodology of counseling family about care for healthy and sick children, feeding, providing optimal conditions for the physical and neuropsychological development. Our first experience demonstrates the feasibility of implementing IMCI individual issues in the educational process while studying pediatrics for the junior classes.

Key words: children, integrated disease management, students, educational process.