



В. М. Князевич, Г. О. Слабкий

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИЙМАЛЬНИХ ВІДДІЛЕНЬ МІСЬКИХ ЛІКАРЕНЬ

Міністерство охорони здоров'я України

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Ключові слова: приймальне відділення, організація діяльності.**Ключевые слова:** приёмное отделение, организация деятельности.**Key words:** a reception, the organization of activity.

У статті наведено результати наукового дослідження щодо організації діяльності приймальних відділень міських лікарень.

В статті приведені результати наукового дослідження щодо організації діяльності приймальних відділень міських лікарень.

In article results of the scientific research concerning the organization of activity of municipal hospitals receptions are resulted.

Національна політика України в галузі охорони здоров'я ґрунтується на положенні, що держава визнає право кожного громадянина на охорону здоров'я, забезпечує захист всіх громадян та гарантує реалізацію їх права на здоров'я. Саме тому одним з основних об'єктів, на який слід спрямовувати управлінський вплив держави, є здоров'я української нації [1].

В Україні створено мережу лікувально-профілактичних закладів, метою діяльності яких визначено проведення заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я населення [2]. Кількість лікарняних закладів, які надають стаціонарну допомогу, перевищує три тисячі [3].

В умовах реформування галузі охорони здоров'я велике значення має підвищення якості та ефективності лікувально-діагностичного процесу, поліпшення організації надання медичної допомоги та її доступності, насамперед при невідкладних станах [5–7]. В даному напрямку Міністерство охорони здоров'я приділяє значну увагу організації надання медичної допомоги на рівні приймальних відділень лікувально-профілактичних закладів – як першого і важливого етапу в наданні стаціонарної медичної допомоги, що зумовило актуальність даного дослідження.

МЕТА РОБОТИ – вивчити діяльність приймальних відділень міських лікарень та оцінити їх готовність до надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам на етапі їх госпіталізації до лікарні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ: статистичний, експертних оцінок, історико-інформаційний, системного підходу. Дослідження проводилося на базі приймальних відділень міських лікарень м. Донецька.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В ході проведення дослідження було встановлено, що робота приймальних відділень (ПВ) лікарень регламентована штатним розкладом, а штатний розклад складається відповідно до наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

Відповідно до програми дослідження нами було вивчено роботу приймальних відділень ЗОЗ міста за наступними напрямками: штатне забезпечення; оснащення; показники діяльності; експертна оцінка документації пацієнтів, що надходять; аналіз діяльності відповідно до поставленої мети.

АНАЛІЗ ШТАТНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Аналіз штатного забезпечення проводився відповідно до потужності ліжкового фонду лікарні, що регламентується відповідним наказом МОЗ України. Одержані дані наведені в таблиці 1.

Як видно з таблиці 1, штатне забезпечення приймальних відділень залежить від потужності лікарні; 40,0% ЗОЗ в штаті ПВ не мають посад лікарів, а 20,0% ЗОЗ не забезпечені посадами для цілодобового надання медичної допомоги.

При цьому нами були вивчені функції медичних працівників ПВ, які мають суттєві відмінності, що також пов'язано з потужністю ліжкового фонду лікарні. Середні медичні працівники виконують функції статистів. 82,4+2,4% із них не проходили курси спеціалізації з надання медичної допомоги при невідкладних станах і в разі її потреби у:

34,6% викликають лікаря із відповідного відділення;

4,3% випадків – надають медичну допомогу;

61,1% терміново відправляють пацієнта у відповідне відділення, при цьому 78,3% у супроводі молодшого медичного працівника.

Таблиця 1

Штатне забезпечення приймального відділення

| ЗОЗ | Потужність | Штатних одиниць | | |
|---------|------------|-----------------|---------|---------|
| | | лікарі | середні | молодші |
| МЛ № 1 | 670 | 12,0 | 12,0 | 12,0 |
| МЛ № 2 | 200 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| МЛ № 3 | 430 | 5,5 | 5,5 | 5,0 |
| МЛ № 5 | 160 | - | - | - |
| МЛ № 6 | 380 | 5,5 | 5,5 | 5,5 |
| МЛ № 7 | 90 | - | - | - |
| МЛ № 9 | 380 | 5,5 | 5,5 | 5,5 |
| МЛ № 11 | 120 | - | - | - |
| МЛ № 12 | 90 | - | - | - |
| МЛ № 14 | 300 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| МЛ № 16 | 320 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| МЛ № 17 | 240 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| МЛ № 18 | 70 | - | - | - |
| МЛ № 19 | 160 | - | - | - |
| МЛ № 20 | 260 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| МЛ № 21 | 260 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| МЛ № 23 | 140 | - | - | - |
| МЛ № 24 | 300 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| МЛ № 25 | 120 | - | - | - |
| МЛ № 26 | 100 | - | - | - |



Слід зазначити, що 3 (15,0%) ЗОЗ мають по декілька приймальних відділень, що визвано як специфікою надання медичної допомоги (акушерська, інфекційна тощо), так і територіальними особливостями.

Оснащення приймальних відділень та їх санітарний стан

В ході дослідження було встановлено, що не всі ПВ відповідають санітарним нормам:

65,0% не мають необхідного набору приміщень;

15,0% не мають ізолятора;

40,0% не мають умов для миття пацієнтів;

40,0% не мають умов для проведення дезобробки;

60,0% не мають умов для зберігання одягу пацієнтів;

50,0% не забезпечені гарячою водою;

85,0% не мають достатньої кількості білизни;

85,0% не мають умов для прийняття пацієнтів при їх масовому поступленні.

В ході дослідження встановлено, що жодне приймальне відділення не укомплектоване відповідно до таблиця оснащення.

Всі приймальні відділення мають набори лікарських засобів для надання невідкладної допомоги, перелік яких відповідає фінансовим можливостям лікарні.

Таким чином, приймальні відділення міських лікарень в Україні недостатньо укомплектовані медичною апаратурою, обладнанням та медичними засобами для надання медичної допомоги на рівні ПВ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ ДІЯЛЬНОСТІ ПВ

Аналізуючи дані щодо діяльності ПВ, можна зробити висновок, що основними видами діяльності ПВ є:

87,3% – реєстрація пацієнтів, що надходять;

8,1% – амбулаторний прийом пацієнтів;

4,6% – надання медичної допомоги на етапі перебування пацієнта в ПВ.

Таким чином, основним видом діяльності ПВ є госпіталізація пацієнтів – вона займає від 82,6% до 92,3% всієї роботи відділень. Простежується тенденція зв'язку між потужністю ЗОЗ та показниками діяльності ПВ: чим менша потужність ЗОЗ, тим більший відсоток тільки госпіталізації пацієнтів. Проведене дослідження показало, що зовсім не використовується така форма надання медичної допомоги, як тимчасова госпіталізація пацієнтів в ізоляторі ПВ.

Результати експертної оцінки діяльності ПВ

Відповідно до програми дослідження, була проведена експертна оцінка за історіями хвороби та записами в журналі реєстрації пацієнтів, що звернулися до ПВ. Всього експертній оцінці було піддано історії хвороби та записи в журналі 1273 пацієнтів. Характеристика отриманих даних наведена в таблиці 2.

З таблиці 2 видно, що переважна кількість пацієнтів ПВ направляється поліклінікою – 85,7%, самостійно звертаються 12,3% і тільки 1,9% хворих доставляються машиною швидкої допомоги. Переважна кількість пацієнтів (75,5%) госпіталізується планово, з них тільки 5,3% повністю обстежено на рівні поліклініки. Експертним шляхом було встановлено, що 26,4% із них за станом здоров'я могли

лікуватися у денному стаціонарі, 7,3% – отримати медичну допомогу на рівні ПВ. Із числа тих, хто звернувся до ПВ самостійно і отримав медичну допомогу на рівні ПВ, 87,3% хворим був необхідний документ про звільнення з роботи і тільки 12,8% потребували отримання медичної допомоги у зв'язку з погіршенням стану здоров'я. Як правило, такі звернення реєструються в нічний час та у вихідні і святкові дні, коли поліклініки не працюють.

Таблиця 2

Характеристика пацієнтів приймальних відділень

| Показник | % |
|---|-------|
| Направлено із поліклініки | 85,74 |
| Доставлено машиною швидкої допомоги | 1,96 |
| Звернулися самостійно | 12,3 |
| Госпіталізовано планово | 75,49 |
| Госпіталізовано за ургентними показаннями | 24,51 |
| Надана медична допомога без госпіталізації | 8,1 |
| Надана допомога на етапі госпіталізації в ПВ | |
| Із госпіталізованих планово: | 4,6 |
| - обстежено в поліклініці повністю | 5,3 |
| - обстежено частково | 82,1 |
| - не обстежено | 12,6 |
| В історії хвороби в ПВ зроблено запис «З методами діагностики і лікування ознайомлений і даю згоду» з підписом пацієнта | 99,3 |

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження показало, що приймальні відділення ЗОЗ виконують значний обсяг роботи, але переважно (до 87,3%) вона зводиться до виконання функцій реєстратури для стаціонарного сектора. Приймальні відділення не оснащені для надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам, а їх штатний розклад залежить від потужності ліжкового фонду. Медичні кадри (63,7%) недостатньо підготовлені для надання невідкладної медичної допомоги, і для її проведення викликаються спеціалісти з профільних відділень.

Приймальні відділення не забезпечують раціональне використання ліжкового фонду, оскільки госпіталізують пацієнтів, які можуть отримати медичну допомогу на рівні ПВ – 7,3%; не підготовлені до планової госпіталізації – до 94,7% із госпіталізованих на планове лікування; можуть отримати лікування в стаціонаророзамінних організаційних формах – до 26,4%.

Одержані в ході дослідження дані є підґрунтям для прийняття управлінських рішень щодо функціонально-організаційної перебудови приймальних відділень міських лікарень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України : зб. офіційних матеріалів. – К., 2001 – 29 с.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік : [монографія]. – К., 2006. – 226 с.
3. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2007 рік : [монографія] / за ред. В. М. Князевича. – К., 2008. – 277 с.



4. Основні шляхи подальшого розвитку охорони здоров'я в Україні : Спільний звіт / Під ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 167 с.

5. Нагорна А. М. Проблеми якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-

Подільський : АБЕТКА-Нова, 2002. – 384 с.

6. Лехан В. Система здравоохранения в Украине и пути ее реформирования / В. Лехан, В. Рудый, С. Шишкин // Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). – 2007. – 25 с.

Відомості про авторів:

Князевич Василь Михайлович – міністр охорони здоров'я України;

Слабкий Геннадій Олександрович – доктор медичних наук, професор, директор інституту стратегічних досліджень МОЗ України.

Контакти: Слабкий Геннадій Олександрович, тел. сл. 8-044-576-41-19

УДК 612.171.1:612.172.2– 073.97:796.81:796.85:796.89

В.В. Абрамов, О.Б. Неханевич

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ СПОРТСМЕНОК, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ТХЕКВОНДО

Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: спортсменки, харчова поведінка, триада жінки-спортсменки, тхеквондо, анорексія.

Ключевые слова: спортсменки, пищевое поведение, триада женщины-спортсменки, тхэквондо, анорексия.

Key words: women athletes, eating behavior, female athletes triad, taekwondo, anorexia.

Результати дослідження показали, що загальний бал харчової поведінки у спортсменок достовірно вищий, ніж у жінок, які не займаються спортом. Це свідчить про більшу стурбованість спортсменок особливостями свого харчування. Структура харчової поведінки тхеквондисток відзначалась збільшенням частки тривожного та небезпечного типів, що свідчить про більшу розповсюдженість відхилень від нормативної харчової поведінки серед спортсменок. З ростом спортивної кваліфікації тхеквондисток достовірно зростали загальний бал харчової поведінки та стурбованість образом тіла.

Результаты исследования показали, что общий бал пищевого поведения у спортсменок достоверно выше, чем у женщин, не занимающихся спортом. Это свидетельствует о большей обеспокоенности спортсменок своим питанием. Структура пищевого поведения тхэквондисток отличалась увеличением доли тревожного и опасного типов, что свидетельствует о большем распространении отклонений от нормативного пищевого поведения среди спортсменок. С ростом спортивной квалификации тхэквондисток увеличивались общий бал пищевого поведения и озабоченность образом тела.

The results of the research showed that female athletes eating behavior ball authentic bigger than in non-training women. This suggests a greater concern for athletes to diet. The structure of the athletes food behavior is differed by increasing the share of disturbing and dangerous types. These suggest indicate a higher incidence of deviations from the standard of food behavior among athletes. With the growth of sports skills increased the total score of food behavior and the concern of the body.

В сучасному жіночому спорті рівень навантажень наближається до чоловічих, жінки опанували більшість первісно чоловічих видів спорту [1, 4, 8]. В таких умовах вагомість правильної побудови системи харчування спортсменок значно зростає. За даними спеціальної медичної літератури від 40 до 75% спортсменок за різних умов мають порушення в прийомі їжі [6, 9, 10, 13], що значно частіше, ніж в популяції (3-5%) [4]. При цьому 46% спортсменів, намагаючись підтримати необхідну, з їх точки зору, вагу використовують різні методи, у тому числі й заборонені (24% обмежують чи використовують низькокалорійну дієту, 12,7% - періодично визивають блювоту після прийому їжі, 5,1% - застосовують діуретики, 2,5% – проносні засоби) [14]. Серед жінок, які займаються тхеквондо виникає проблема підтримки ваги, зумовлена специфічними особливостями їх спортивної діяльності [9]. Порушення енергетичного балансу при обмеженні харчування, з однієї сторони, і надмірні фізичні й психічні навантаження – з іншої, можуть призвести до появи ознак порушеного харчування з серйозними наслідками, у вигляді синдрому «триада жінки-спортсменки», який включає розлади харчової поведінки (невротичну анорексію, невротичну булімію), порушення менструальної функції і остеопороз [4, 11]. Однак за даними літератури автори

підкреслюють, що дівчата та жінки, які страждають порушеннями харчової поведінки, не афішують своїх проблем [5]. Ранніми ознаками порушеної харчової поведінки є зміни в психологічному стані: спортсменки агресивні і зосереджені на собі, внутрішній психологічний конфлікт заважає адаптації до змін оточуючого середовища, а виникаюча тривога відносно форми і складу власного тіла негативно впливає на спортивний результат [7, 8]. Ця особливість, а також відсутність ранніх психологічних критеріїв невротичної анорексії у спортсменок приводить до того, що початкові ознаки порушеного харчування своєчасно не діагностуються і розвивається виражена клінічна картина. За даними літератури 6,5-20% випадків госпіталізації з приводу невротичних розладів харчування закінчується летально [4, 9, 12]. В зв'язку з цим становиться актуальним створення психологічних критеріїв своєчасної діагностики невротичних порушень харчування у спортсменок.

МЕТА РОБОТИ – вивчити особливості харчової поведінки та їх взаємозв'язок з показниками психологічної дезадаптації жінок, які займаються тхеквондо.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Нами було обстежено 40 жінок віком від 16 до 27 років. В основну групу були включені 20 спортсменок високого