

DOI: 10.21802/gmj.2018.3.8

УДК: 616.517-092: 616.1/8 - 036.12 - 06: 616.85:612.26.015.11

Черкашина Л.В.

**Сфера компетентції спеціалістів та фахівців первинної ланки медичної допомоги в реалізації персоналізованих програм освітньо-поведінкової корекції при хронічних дерматозах**Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України  
narodmed@med.edu.ua

Дослідження виконано в межах науково-дослідної роботи «Наукове обґрунтування забезпечення доступності і якості первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини населенню регіону» (державна реєстрація №0100U004260), «Обґрунтування системи управління якістю та ефективністю ПМСД на засадах сімейної медицини сільському населенню» (державна реєстрація №0101u003582), кафедри сімейної медицини, народної і нетрадиційної медицини та санології (державна реєстрація №0108u005248).

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

В умовах значного дефіциту кадрів в галузі, як лікарських, так і середнього медичного персоналу, що особливо актуально для закладів у сільських населених пунктах, важливе місце має розподіл і кооперація виробничих функцій. У зв'язку з цим, важливим аспектом удосконалення надання ПМСД є обґрунтування моделі оптимального розподілу обсягів діяльності [4, 5]. Одним з важливих компонентів практичного запровадження стратегії, рекомендованої ВООЗ для країн Європейського регіону, є саме організація праці на науковій основі. За даними дослідників, раціонально зорганізований процес виробничої діяльності надає можливість підвищити ефективність будь якої системи без додаткових витрат на її утримання [4]. Це повною мірою відповідає сучасним задачам, що постають на етапі ПМСД стосовно пацієнтів з хронічними дерматозами (ХД) різного генезу [1, 12, 18].

Як відомо, до пріоритетних завдань ВООЗ щодо покращення психічного здоров'я належить «...забезпечення гідного психосоціального стану людей та наявності комплексних служб по наданню допомоги особам, які мають проблеми пов'язані з психічним здоров'ям»: окремо визначається потреба: «Значне скорочення поширеності та несприятливого впливу проблем, пов'язаних з охороною здоров'я, та надання пацієнтам можливості справлятися з життєвими обставинами, які спроможні формувати стрес».

Серед базових стратегій, запропонованих ВООЗ, – скринінг та елімінація факторів ризику, розробка методів оцінки ранньої діагностики та корекції, а також формування професійної готовності медичного персоналу – підготовки та безперервного удосконалення кваліфікації [13, 14]. При цьому відомо, що захворюваність та перебіг ХД визначається впливом регіонально-екологічних [1, 3], конституційно-біологічних [17], сімейно-генеалогічних [18] та інших факторів і є не тільки медичною, а й психосоціальною проблемою [11, 15, 16]. Зважаючи на непересічну значимість адекватного сприйняття хворими на ХД свого захворювання прихильності у підтримці стратегії подолання його наслідків (комплаєнсу «пацієнт-лікар ЗПСМ»), важливим є застосування засобів освітньо-поведінкової корекції (ОПК) для усунення / нівелювання впливу несприятливих факторів. До того ж, як доведено у спеціальних дослідженнях, пацієнти характеризуються особливостями психологічного

стану [9, 10]. У вказаному контексті ефективність ОПК пов'язана, з одного боку - з прихильністю пацієнта до виконання обґрунтованих рекомендацій, а з іншого, власне, кваліфікацією персоналу АЗПСМ при проведенні ОПК.

**Мета дослідження** полягала у виконанні проблемно-цільового аналізу щодо кооперації та розподілу функцій спеціалістів та фахівців при впровадженні ОПК у хворих ХД на етапі первинної медичної допомоги.

**Матеріал і методи дослідження**

У дослідженні виконано проблемно-цільовий аналіз виробничих функцій персоналу (лікарів та медичних сестер) амбулаторій загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ) щодо виконання програм ОПК серед хворих на ХД у з урахуванням передбачених нормативними документами типових задач фахової діяльності фахівця (ТЗДФ) [2, 6-8]. Використано методи: аналітичний, структурно-логічний, функціонально-компонентний та організаційно-методичного моделювання [11, 19]. Перелічені методи застосовано для функціонально-кваліфікаційного забезпечення базових напрямків реалізації ОПК у пацієнтів з ХД.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Виконано проблемно-цільовий аналіз кваліфікаційних компетентностей стосовно можливості виконання ОПК фахівцями медсестринства з урахуванням типових задач фахової діяльності фахівця (ТЗДФ), що виявив відповідність основних складових професійної компетентності лікарів та медичних сестер стосовно їх залучення до процесу ОПК серед пацієнтів з ХД.

Основними (наведено коди ТЗДФ для медичних сестер, згідно до [8]) із цих компетентностей є: 2.СВ.Д.35.ПР.О.496.04 - спостереження за пацієнтами, 2.СВ.Д.35.ПР.О.499 - оцінка вихідного рівня знань, умінь і навичок пацієнтів та членів їхньої родини, 2.СВ.Д.35.ПР.О.498 - визначати зміст навчання пацієнтів та членів їхньої родини, 2.СВ.Д.35.ПР.О.497 - організувати навчання пацієнтів та членів їхньої родини, 2.СВ.Д.35.ПР.О.500 - складати індивідуальний план навчання пацієнтів та членів їхньої родини і реалізувати його, 2.СВ.Д.35.ПР.О.497.01 – забезпечувати діагностично-лікувальний процес на дільниці. Отже, існують кваліфікаційні передумови перерозподілу виробничих функцій між персоналом амбулаторій ЗПСМ, зокрема стосовно виконання частини ОПК серед хворих на ХД. Слід також зазначити, що в систему атестації медичних сестер нормативно закладено принцип підвищення та розширення професійних компетентностей, у тому числі з питань громадського здоров'я та профілактичної медицини. Окрім того, перелік компетентностей, визначених освітньо-професійною програмою (ОПП) та вказаними напрямками, визначає кваліфікаційне забезпечення проведення медичними сестрами ОПК, включно з методами медико-психологічного впливу, що стосовно діагностичних скринінгових технологій, відповідає практиці надання ПМСД допомоги у більшості

країн Європи.

Виходячи із основних обов'язків сімейного лікаря, якими передбачено «...забезпечення первинної профілактики по факторам ризику залежно від статі та віку; діагностику та немедикаментозну корекцію при додержанні принципів деонтології та етики, забезпечення психологічної реабілітації, іт.ч. і з використанням форм та методів освітньо-корекційної діяльності» [6, 7] (табл. 1). ТЗДФ лікарів ЗПСМ визначені наступні основні професійні компетентності, що окреслюють напрямки їх професійної діяльності, включаючи і при ХД [6, 7]: ПФ.С.12.ПРО.31 - в умовах терапевтичної дільниці, використовуючи статистичні та лабораторні методи, здійснювати аналіз захворюваності населення, виявляючи групи ризику; ПФ.С.12.ЗР.Р.28 – в умовах медичного закладу за стандартними методиками шляхом співставлення з середньостатистичними показниками проаналізувати стан здоров'я певного контингенту; ПФ.С.7.ПРО.15 - у лікувальній установі або вдома у хворого на підставі отриманих даних про стан здоров'я пацієнта, за допомогою стандартних схем, використовуючи знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення: визначати тактику обстеження та первинної профілактики; ПФ.С.1.ПР.Р.1 - за умов стаціонару, амбулаторії або вдома у хворого, використовуючи результати співбесіди з пацієнтом, за стандартною схемою опитування хворого збирати дані про його скарги, анамнез хвороби, анамнез та дані про скарги з боку інших органів і систем; ПФ.С.1.ПРО.7 - в умовах лікувальної установи, на підставі даних про стан здоров'я певних контингентів населення та про наявність впливу на нього навколишнього середовища, використовуючи існуючі методи, в межах ПМСД, здійснювати пропаганду здорового способу життя; ПФ.С.1.ПРО.4 - в умовах лікувальної установи, на підставі даних про стан здоров'я певних контингентів населення та про наявність впливу на нього навколишнього середовища, використовуючи існуючі методи, в межах первинної медико-санітарної допомоги населенню, здійснювати систему профілактичних заходів щодо режиму діяльності та відпочинку; ПФ.Д.1.ПР.Р.3 - в умовах лікувальної установи на підставі найбільш вірогідного або синдромного діагнозу, використовуючи знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення, призначити лабораторне та/або інструментальне обстеження хворого; ПФ.Д.1.ПР.Р.2 - в умовах стаціонару, поліклініки, амбулаторії або вдома в пацієнта, використовуючи дані анамнезу та огляду, на основі провідного клінічного симптому або синдрому, використовуючи знання про людину, дотримуючись відповідних етичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення, визначати вірогідний або синдромний діагноз; 3.02.ЗП.Р.3 - на підставі усвідомлених цілей особистої діяльності та її структури, дотримуючись відповідних етичних норм, за допомогою певних методик та технологій управління, особистих відношень з іншими учасниками діяльності оцінювати особистий стан та стан інших людей, настроїв, ступінь психічної напруги при вирішенні завдань різної складності.

Отже, ОПК на рівні ПМСД має бути спрямована на (рис. 1): вироблення / закріплення в пацієнта стійких переконань стосовно необхідності дотримання визначених сімейним лікарем режимів дня, праці та відпочинку, раціональ-

ного харчування; дотримання раціонального рухового режиму; розвиток звичок саморегуляції та контролю емоційного стану, встановлення оптимальних міжособистісних стосунків; відмову від несприятливих поведінкових звичок та уникнення / елімінація стрес-індукуючих впливів. Окрім перелічених, програма ОПК може містити специфічні стосовно ХД заходи, критерії оцінки досягнення успішності та індикатори якості.

### Висновки

1. Виконано аналіз сфер компетенції персоналу амбулаторій ЗПСМ та на прикладі ХД продемонстрована потреба у кооперації та розподілу виробничих функцій між лікарем ЗПСМ та медичною сестрою у реалізації ОПК.

2. Доведено, що в межах кваліфікаційної характеристики, лікар ЗПСМ не тільки може, але і зобов'язаний забезпечувати профілактику (первинну, вторинну) ХД, що може бути реалізовано шляхом кооперації та розподілу функцій на рівні амбулаторії ЗПСМ. При цьому лікар ЗПСМ має: виявляти групи ризику стосовно ХД, аналізувати здоров'я окремих груп населення дільниці, визначати тактику обстеження та первинної профілактики, а також на підставі даних про стан здоров'я та про наявність впливу на нього навколишнього середовища, розробляти систему профілактичних заходів.

3. Визначено, що виробничі функції медичної сестри амбулаторії ЗПСМ повною мірою відповідають завданням ОПК стосовно хворих на ХД, зокрема: спостереження за пацієнтами, оцінки вихідного рівня знань, умінь і навичок пацієнтів та членів їхньої родини, визначення змісту та складання індивідуального плану, а також безпосередньої організації і проведення навчання пацієнтів та членів їхньої родини, забезпечення діагностично-лікувального процесу.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з деталізацією структури ОПК задля досягнення ефективності програм первинної та вторинної профілактики серед пацієнтів з ХД залежно від клінічних форм.

### Література

1. Біловол А.М., Шкляр С.П., Черкашина Л.В. Контактно-захисні системи при системних дерматозах: стан та патогенетична корекція при екземі // Харківський національний медичний університет: ФОП Шлёмич С.Ф., Харків, 2008. - 187 с.
2. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників: Вип.78 «Охорона здоров'я» // МОЗ України, Мін. праці та соціальної політики України.- Київ, 2002. – 372 с.
3. Мавров І.І., Шкляр С.П., Савенкова В.В., Черкашина Л.В. Поширеність системних захворювань сполучної тканини (з переважним ураженням шкіри) у Харківському регіоні залежно від факторів довкілля // Дерматологія та венерологія. 2009. №1. С.3-18.
4. Методика вивчення виробничих функцій медичного персоналу амбулаторій загальної практики-сімейної медицини / Укладачі: С.П. Шкляр, І.М. Кравченко, Л.В. Черкашина // Методичні рекомендації МОЗ України.-Київ, 2013.- 16 с.
5. Методика оцінки ефективності медичних маршрутів пацієнтів в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини / Укладачі: С.П. Шкляр, І.М. Кравченко, Л.В. Черкашина // Методичні рекомендації МОЗ України.- Київ, 2013. 16 с.
6. Наказ МОЗ України №53 від 31.01.2005 року «Про затвердження Положення про організацію та порядок проведення державної атестації студентів, які навчаються у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації за напрямком підготовки «Медицина».

Таблиця 1. Сфери компетенції сімейного лікаря та медичної сестри: схема інтеграції та кооперації базових функцій щодо виконання освітньо-поведінкової корекції при хронічних дерматозах

Лікар ЗПСМ	Функціональні компоненти сфер компетенції стосовно ОПК	Фахівець з медсестринства
ПФ.С.12.ПР.О.31	Виявлення груп ризику серед населення дільниці	
	• спостереження за пацієнтами	2.СВ.Д.35.ПР.О.496.04
ПФ.С.12.ЗР.Р.28	Аналіз стану здоров'я певного контингенту	
	• спостереження за пацієнтами	2.СВ.Д.35.ПР.О.496.04
ПФ.С.7.ПР.О.15	Визначення тактики обстеження та первинної профілактики	
	• оцінка вихідного рівня знань, умінь і навичок пацієнтів та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.499
	• визначення змісту навчання пацієнта та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.498
	• складати і реалізувати індивідуальний план навчання пацієнтів та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.500
	• організація навчання пацієнтів та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.497
ПФ.С.1.ПР.Р.1	За результатами співбесіди, за стандартними схемами збирати дані про скарги з боку різних органів та систем, анамнез хвороби	
	• спостереження за пацієнтами	2.СВ.Д.35.ПР.О.496.04
	• оцінка вихідного рівня знань, умінь і навичок пацієнтів та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.499
	• визначення змісту навчання пацієнта та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.498
	• складати і реалізувати індивідуальний план навчання пацієнтів та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.500
ПФ.С.1.ПР.О.7	Здійснення пропаганди здорового способу життя	
	• оцінка вихідного рівня знань, умінь і навичок пацієнтів та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.499
	• визначення змісту навчання пацієнта та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.498
	• складати і реалізувати індивідуальний план навчання пацієнтів та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.500
	• організація навчання пацієнтів та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.497
ПФ.С.1.ПР.О.4	Здійснення системи профілактичних заходів щодо режиму діяльності та відпочинку	
	• оцінка вихідного рівня знань, умінь і навичок пацієнта та членів його родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.499
	• визначення змісту навчання пацієнта та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.498
	• складання і реалізація індивідуальний план навчання пацієнтів та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.500
	• організація навчання пацієнтів та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.497
ПФ.Д.1.ПР.Р.3	Призначення обстеження	
	• забезпечення діагностично-лікувального процесу	2.СВ.Д.35.ПР.О.497.01
ПФ.Д.1.ПР.Р.2	Визначення синдромного діагнозу	
	• забезпечення діагностично-лікувального процесу	2.СВ.Д.35.ПР.О.497.01
3.02.ЗПР.3	Оцінка психологічного стану та настрою, ступеня психічної напруги	
	• оцінка вихідного рівня знань, умінь і навичок пацієнтів та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.499
	• визначення змісту навчання пацієнта та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.498
	• складати і реалізувати індивідуальний план навчання пацієнтів та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.500
	• організація навчання пацієнтів та членів родини	2.СВ.Д.35.ПР.О.497

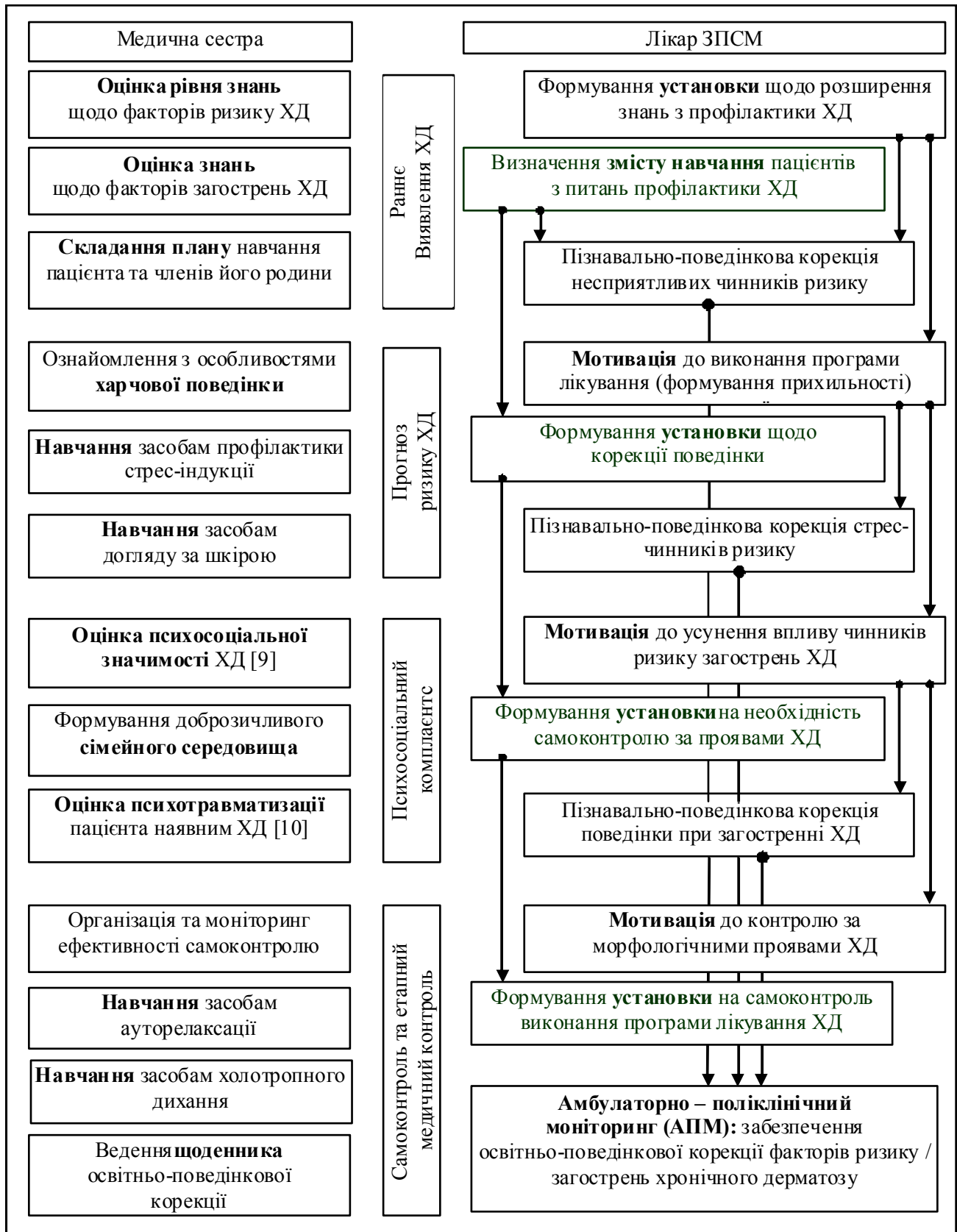


Рис.1. Концептуальна структурно-функціональна модель програми освітньо-поведінкової корекції: типові задачі діяльності фахівців та спеціалістів на етапі первинної медичної допомоги хворим на хронічні дерматози

7. Освітньо-кваліфікаційна характеристика спеціаліста за спеціальністю 7.110101 – «Лікувальна справа» напрямку підготовки 1101 – «медицина» (кваліфікації 2221.2 - лікар) / Галузевий стандарт вищої освіти. Офіційне видання.-Київ, 2003.- С.22-49.

8. Освітньо-кваліфікаційна характеристика молодшого спеціаліста за спеціальністю 5.12010102 – «Сестринська справа» напрямку підготовки 6.120101 – «Сестринська справа» (кваліфікації 3231 – сестра медична) / Галузевий стандарт вищої освіти. Офіційне видання.-Київ, 2011.- С.11-13.

9. Пат.40546 U, Україна, МПК (2009) А61В10/00. Спосіб оцінки рівня психосоціальної значимості дерматозу / Черкашина Л.В. (UA). – ХМАПО (UA). – Заявка №u200814317; Заявл. 12.12.2008; Опубл. 10.04.2009, Бюл. №7, 2009.

10. Пат.40547 U, Україна, МПК (2009) А61В10/00. Спосіб оцінки рівня психотравматизації хворих дерматозом / Черкашина Л.В. (UA). – ХМАПО (UA). Заяв. №u200814318; Заявл. 12.12.2008; Опубл. 10.04.2009, Бюл. №7, 2009.

11. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Заг. ред. Москаленко В.М., Вороненко Ю.В. / Підручник.-Тернопіль, 2002. – С.50-75.

12. Соціометрична оцінка якості медичної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини / С.П. Шкляр, І.М. Кравченко, Л.В. Черкашина // Методичні рекомендації МОЗ України.-Київ, 2013.- 20 с.

13. Черкашина Л.В. Дерматологія та медична косметологія у структурі освітньо-професійних програм // Матеріали міжнародної наукової медичної конф. «Від малюка до дорослого: міждисциплінарні аспекти фундаментальної і практичної медицини» (24-25.09.2009). Харків: ХНМУ, 2009. С.140.

14. Черкашина Л.В. Дерматологія та медична косметологія: структурно-цільовий аналіз освітньо-професійної програми та принципи її реалізації в педагогічному процесі // Матеріали міжнародної наукової медичної конференції «Від малюка до дорослого: міждисциплінарні аспекти фундаментальної і практичної медицини» (24-25.09.2009). Харків: ХНМУ, 2009. С.139.

15. Черкашина Л.В. Психогенні дерматози: оцінка психосоціальної значимості на етапах дерматологічного моніторингу // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. 2012. Вип.21. Кн.4. С.122-130.

16. Черкашина Л.В. Психогенні дерматози: оцінка рівня психотравматизації хворих // Медицина І..., 2009. №2(24). С.78-84.

17. Черкашина Л.В. Соматогенії серед пацієнтів дерматологічного профілю: інноваційне забезпечення діагностичних технологій // Пробл. екологічної та мед. генетики і клін. імунології: 36. наукових праць. 2013. Вип. 2(116). С.345-358.

18. Черкашина Л.В., Шкляр С.П., Біловол А.М. Вільнорадикальне окислення при системних дерматозах: стан та патогенетична корекція при псоріазі // Харківський національний медичний університет: ФОП Шлёмич С.Ф., Харків, 2008. - 184 с.

19. Шкляр С.П., Черкашина Л.В., Фролова Т.В., Охупкіна О.В. Моніторинг здоров'я населення – удосконалення первинної медико-санітарної допомоги в умовах реформування галузі: інноваційне забезпечення // Матеріали IV з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я. Київ – Житомир. 2008. Том.2. С.260-262.

*L.V. Cherkashyna*

**Area of Competence of Primary Healthcare Specialists in the Implementation of Person-Centered Programs of Educational and Behavior Modification in Chronic Dermatoses**

Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

E-mail: [narodmed@med.edu.ua](mailto:narodmed@med.edu.ua)

**Abstract.** Due to a significant shortage in both physicians and practical nurses that is of special relevance for healthcare services in rural areas, the distribution and cooperation of health production functions are of great importance. In this context, the effectiveness of educational and behavior modification (EMB) is associated, on the one hand, with the patient adherence to the substantiated recommendations and, on the other hand, with the qualification level of medical personnel in the general family medicine ambulatories while carrying out EBM.

**The objective of the research** was to conduct the problem-oriented analysis of cooperating and distributing the duties of specialists in the implementation of EBM among patients with chronic dermatoses (CD) at the stage of primary healthcare.

**Results.** There was conducted the problem-oriented analysis of qualification competencies to verify the possibility of implementing EBM by practical nurses considering typical activities of professionals. The analysis revealed the compliance of the main components of professional competence of physicians and nurses with their involvement in the process of EBM implementation among patients with CD.

**Keywords:** *chronic dermatosis, educational and behavior modification.*

Надійшла: 03.09.2018

Завершено рецензування: 18.09.2018

Прийнята до друку: 26.09.2018