

Вплив мотиваційних чинників у роботі сімейного лікаря в Україні та країнах Європи на ефективність охорони здоров'я

Т.І. Чабан

Київський медичний університет УАНМ

Були опитані 20 сімейних лікарів з України, Франції, Швейцарії, Ізраїлю. Українські лікарі мали загальних стаж роботи від 3 до 5 років. Закордонні – від 15 до 25 років. Усім лікарям було запропоновано визначити ступінь задоволення своєю роботою та основні проблеми, які виникали в роботі. У роботі українського сімейного лікаря, особливо сімейного, відзначали такі чинники: мотивація до праці та мотивація пацієнта до виконання призначень.

При опитування сімейних лікарів про особливості їхньої роботи не було виявлено зацікавленості до своєї праці. Були висказані наступні фрази: «Все зроблю для того, щоб помінати цю спеціалізацію», «Я ніколи не думала, що попаду в таке рабство», «Не могу реально себе прогнати, батьки допомагають», «Продукти забезпечуємо з городу».

Другою важливою проблемою, яку визначали українські

лікарі, було те, що немає механізму, як впливати на хворих, щоб вони виконували лікарські призначення.

Третьою проблемою була величезна кількість документації, яку потрібно вести і яка вимагає значного часу роботи.

У той самий час під час проведення пілотного проекту реформування сімейної медицини в двох районах м. Києва відгуки сімейних лікарів були не такі песимістичні, були відзначені позитивні тенденції.

Що стосується закордонних сімейних лікарів, то всі вони відзначили задоволення своєю професією. Своє відношення до неї характеризували такими фразами: «Бути сімейним лікарем – це так вигідно, престижно», «Ми маємо досягати результату, щоб пацієнт був щасливий».

Таким чином, необхідна кардинальна реформа медицини, особливо первинної медичної допомоги, в Україні для того, щоб система охорони здоров'я була ефективною.

Сучасні напрямки первинної профілактики серцево-судинних захворювань: роль сімейного лікаря

О.М. Корж, Г.І. Кочуєв, С.В. Краснокутський

Харківська медична академія післядипломної освіти

Первинною профілактикою хронічних захворювань важливо займатися з дитячого віку, позаяк численними дослідженнями підтверджено, що так звані фактори ризику, формуючись у дитячо-підлітковому віці, виявляють «стійкість» і надалі переходять у спосіб життя дорослої людини. Наявність високого рівня захворюваності і смертності хворих на серцево-судинну патологію, незважаючи на застосування ефективних технологій первинної і вторинної профілактики, зумовлюють необхідність вивчення якості надання медичної допомоги, відповідності лікування, що надається в першу чергу лікарями первинної ланки, прийнятих рекомендацій.

Розрізняють фактори ризику, що модифікуються та не модифікуються. До других належать вік, стать, генетична схильність, які використовують для розроблення стратифікації ризику розвитку захворювань. Такі фактори ризику не можуть бути скориговані, їх тільки враховують при визначенні ступеня ризику розвитку захворювань зокрема серцево-судинних.

Фактори ризику, що модифікуються, піддаються корекції і розділені на поведінкові та біологічні фактори ризику. До поведінкових відносять: куріння, нездорове харчування, низьку фізичну активність, надмірне споживання алкоголю, хронічне психоемоційне напруження. Це найбільш часті

поведінкові фактори ризику в способі життя сучасної людини, які спричиняють розвиток хронічних неінфекційних захворювань і серцево-судинної патології у тому числі.

При тривалому впливі поведінкових факторів ризику на організм людини відбувається формування біологічних факторів ризику – артеріальної гіпертензії (АГ), дисліпідемії, надлишкової маси тіла (МТ), ожиріння та цукрового діабету, які є значущими для розвитку серцево-судинної патології.

В останні роки активно обговорюють роль психосоціальних факторів – низького рівня освіти і доходів, низької соціальної підтримки, психосоціального стресу і розвитку тривожних або депресивних станів, але їхній внесок у розвиток серцево-судинних захворювань (ССЗ) більш скромний.

Крім виділення факторів ризику розвитку захворювань, розробляються ефективні стратегії проведення профілактичних заходів.

На сьогодні визначені наступні стратегії профілактики:

- Популяційна
- Стратегія високого ризику
- Стратегія вторинної профілактики

Популяційна стратегія профілактики спрямована, насамперед, на формування здорового способу життя у членів суспільства, на пропаганду знань про збереження здоров'я, на широку інформаційну роботу з населенням незалежно від на-