УДК 614-053.2-07/-08:378

В.П.Пішак, В.А.Гайдуков

МЕДСЕСТРИНСТВО І ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти (зав. - доц. І.А.Плеш)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. У статті звернута увага на необхідність широкого залучення медичних сестер до вирішення проблем громадського здоров'я через чотири види діяльності: первинна медико-санітарна допомога, догляд удома, створення мережі громадського оздоровлення, гігієна праці. Використання медсестер дасть позитивний ефект у розумінні співвідношення якості і вартості медичних послуг та покращить основні показники здоров'я нації.

Ключові слова: громадське здоров'я, медсестринство, первинна медико-санітарна допомога, догляд удома, громадське оздоровлення.

Вступ. Зміни державницько-політичного устрою України дали нам жорсткі ринкові відносини та статус країни з перехідною економікою. Україна успадкувала радянську систему охорони здоров'я, з якою важко зорієнтуватися на світовий досвід організації медичної допомоги, формування особистості медичної сестри, взаємовідносини між медичним працівником та пацієнтом.

Ми продовжуємо обговорювати в пресі, на наукових форумах стан здоров'я населення, проблеми демографії, економічне забезпечення охорони здоров'я. Проте свобода слова супроводжується свободою бездіяльності з боку державних структур, відповідальних за стан здоров'я і життя громадян. Із сумом можна констатувати, що тривалість життя українців продовжує скорочуватись і у 2004 році вона становила 68,2 року в жінок, а в чоловіків – 62,6 року. У той час середня тривалість життя у 22 країнах світу перевищує 80 років.

За інтегральним рівнем розвитку людського потенціалу (тривалість життя, рівень освіти, доходи) із 177 країн світу Україна посідає 70-те місце [1]. Безумовно, демографічна картина в нашій державі має не лише медичні, але й економічні, соціальні та екологічні корені. Мабуть, тому реформування системи охорони здоров'я продовжує свій тернистий шлях упродовж 15 років. Сотні указів, наказів і постанов щодо покращання стану медичної допомоги "не працюють".

Централізована адміністративна система стримує розвиток охорони здоров'я – із центру важко врахувати багато проблем, важливих для регіональної охорони здоров'я, а також раціональне їх вирішення. Президент, Верховна Рада, Кабінет Міністрів розуміють, щоб побудувати гармонічну модель управління потрібно зміщувати акценти з централізованого на регіональне управління. Міністерство охорони здоров'я повинно створювати цільові проекти, програми та договори з фінансовим забезпеченням згідно з вимогами регіонів і давати оцінку їх виконання. На місцевому рівні влада шукає шляхи виконання завдань, аналізуючи свої успіхи та невдачі. Таким проектом могла би бути участь середнього медичного персоналу в системі громадської охорони здоров'я, громадського оздоровлення. На нашу думку, він буде не тільки економічним, ефективним, але й сучасним, тому що віддзеркалює виважену, перевірену часом практику роботи охорони здоров'я США, Канади [2,3]. Проте найважливішим у цьому проекті є укріплення здоров'я і запобігання захворюваності населення, що покращить основні показники громадського здоров'я. За такої діяльності будуть створені умови, коли не людина "шукає" медицину, а медичний персонал активно виходить на пацієнта, що призведе до раннього виявлення захворювань, а також зніме питання корупції в охороні здоров'я. Важливим є також той момент, що вказаний проект уписується в одну з перспективних сторін діяльності нашої охорони здоров'я – сімейну медицину.

Основна частина. На Першому Всеукраїнському конгресі медсестринства, який відбувся в м. Чернівці 12-15 вересня 1995 року, ми мали можливість спілкуватися з Дарією Волстен, директором Регіональних програм і послуг Регіонального Управління охорони здоров'я (м.Слейв Лейк, Альберта, Канада) та доктором Карен Мілз, доцентом факультету підготовки середнього медичного персоналу Альбертського університету (Едмонтон, Альберта, Канада). Тільки через 13 років ми змогли усвідомити їх доповіді в розумінні практичного використання їх рекомендацій.

На нашу думку, громадська охорона здоров'я повинна включати чотири види діяльності: первинна медико-санітарна допомога, догляд удома, створення мережі громадського (публічного) оздоровлення, гігієна праці .

Від медсестер і братів милосердя в системі громадської охорони здоров'я буде вимагатися рівень бакалавра, оскільки їх роль буде постійно зростати. Для виконання функції адміністратора чи розробника програм уже буде потрібно мати статус магістра або доктора. Глибокі знання бакалавра дають можливість їм працювати в команді, в якій, залежно від вирішення конкретних питань, можуть працювати лікарі, спеціалісти з гігієни праці, гігієни навколишнього середовища, фізіотерапії, психогігієни, патології мови, стоматологічної терапії та ін.

Первинна медично-санітарна допомога є головною в системі громадського здоров'я. Вона повинна бути доступною та надаватися за кошти місцевих рад та громад, а також охоплювати лі-

© В.П.Пішак, В.А.Гайдуков

кувальні, профілактичні і реабілітаційні послуги. Обсяг таких послуг завжди регламентується потребами громадян та коштами, які на це виділяють. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає чотири складові медичного працівника в первинній медично-санітарній допомозі: функції безпосереднього догляду, педагогічно-просвітницька, управління, аналітично-дослідницька. Безумовно, що первинна медично-санітарна допомога повинна надаватися за місцем проживання, роботи і відпочинку – житлові помешкання, школи, дитячі садки, будинки для людей літнього віку, виробництво.

У віддалених громадах первинна медично-санітарна допомога надається в найширшому розумінні цього терміну. Щоб виконувати свою роботу успішно, медсестри повинні знати людей, статус їхнього здоров'я та всі чинники, які можуть уплинути на нього.

Медична допомога вдома забезпечує догляд та реабілітаційні послуги. Такі послуги надають пацієнтам із хронічними захворюваннями, підтримують високий рівень особистого здоров'я та якість життя. Тяжкохворі та особи з невиліковними захворюваннями знаходяться під постійною опікою медсестер, які залучають до цього родину та штат підтримки. У разі неспроможності родини проводити догляд удома пацієнт повинен бути влаштований у заклад довготривалої опіки. Стаціонарів сестринського догляду (хосписи) у нас не існує, тому їх потрібно створювати на кошти громад, меценатів.

Медичні сестри, надаючи послуги вдома, мають нагоду виправити одну з найбільших помилок у нашій охороні здоров'я - стаціонарне лікування, яке сьогодні необгрунтовано розширене. Європейському медику важко зрозуміти, чому в наших лікарнях проходять курси лікування хворі на холецистит, гастрит та інші захворювання шлунково-кишкового тракту, захворювання легень, серцево-судинної системи, що мають звичайний хронічний перебіг. Лікарі витримують ліжко-день, виправдовуючи цим свою мізерну платню, яка становить 80% бюджету охорони здоров'я. Можна з упевненістю сказати, що з 10 хворих – 8-9 не потребують стаціонарного лікування. Зрозуміло, що така діяльність нашої охорони здоров'я не тільки не покращує здоров'я нації, але й нераціонально витрачає кошти, які можна використати більш доцільно, по-господарськи.

Світова практика, наприклад Канади, свідчить про те, що пацієнту, після холецистектомії, уже на третій день продовжують лікування вдома, породілля покидає пологовий будинок через 8 годин, осіб з хронічними захворюваннями з ускладненим або тяжким перебігом виписують після стабілізації стану пацієнта для продовження лікування вдома. Усі ці зміни будуть вимагати високого рівня послуг молодших спеціалістів удома.

Зосереджуючись на первинній медично-санітарній допомозі та догляді вдома, молодші спеціалісти, зокрема медичні сестри, роблять акцент на профілактиці захворювань, дотриманні здорового способу життя, вихованні такого підходу до свого здоров'я, коли люди опановують справу власного здоров'я. Роз'яснювально-виховна робота призводить до співпраці громади з медичними сестрами в розробці стратегій, які сприятимуть укріпленню здоров'я громади через зміни, наприклад, звичок, способу життя чи стану навколишнього середовища. Обсяг роботи в таких випадках досить різноманітний: від пропаганди раціонального харчування, зменшення вживання або відмова від тютюну, до правильного застосування пасків безпеки в автомобілях для запобігання травматизму.

Програма громадського здоров'я, зосереджуючись на профілактиці, укріпленні та збереженні здоров'я, повинна базуватися на аналізі статусу здоров'я населення, оцінці потреб профілактичних заходів та їх обсягу, визначенні груп ризику, які включають специфічну допомогу (родини, що мають хворих на туберкульоз, хворобу Боткіна, ВІЛ-інфікованих). Молодші спеціалісти в системі громадської охорони здоров'я, маючи певні адміністративні важелі, спрямовують свої дії на покращання показників здоров'я, з урахуванням ризиків зовнішніх чинників (хімічні, біологічні, фізичні) та внутрішніх – (стать, вік, генетична зумовленість). Профілактична діяльність передбачає постійне оцінювання, нагляд за здоров'ям громадян. У разі виявлення аномалій чи патологій пацієнти можуть бути направлені до інших членів команди системи громадської охорони здоров'я або до сімейного лікаря.

Робота в системі громадського здоров'я вимагає високого рівня просвітницької діяльності для проведення офіційних виступів на відповідні теми, проведення занять із громадами, родинами, індивідуально з пацієнтами.

Програма громадського здоров'я повинна бути забезпечена матеріально, добре спланована та скоординована, з виваженим розподілом людських, матеріальних та фінансових ресурсів.

Науково-дослідницька робота медичних сестер постійно супроводжує виконання програми, адже громадська охорона здоров'я - процес, що постійно змінюється. Вона широко використовує новітні знання та технології в межах доказової медицини [4]. Медичні сестри, використовуючи новаторські стратегії, діляться дослідницькою інформацією та оцінками програм із колегами і членами громади.

Висновок

Виконуючи програму громадської охорони здоров'я, де на передній план висунуто профілактику захворюваності, укріплення здоров'я нації медичні сестри роблять виклик системі охорони здоров'я, яка не перебудовується, в якій медичний працівник займає пасивну позицію. Використання медсестер дасть максимальний ефект у розумінні співвідношення якості і вартості медичних послуг. Проте найважливішим є те, що в

цьому проекті медицина "йде" до людей, а саме: це дасть можливість зберегти та покращити основні показники здоров'я нації.

Література

1. Пиріг Л.А. Стан охорони здоров'я в Україні // IX з'їзд Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ) (10-12 травня). – Вінниця, 2007. - С.4-15.
2. Чернишенко Т.І., Піщенко Н.О. Перспективи міжнародної співпраці в медсестринській освіті України // Медсестринство. - 2006. - №1.- С.10-12.
3. Лепявко А.А. Філософія сестринської справи у медсестринських школах США // Медсестринство. - 2006.- №1. - С. 49-51.
4. Пішак В.П., Гайдуков В.А. Медсестринство в доказовій медицині // Медсестринство. - 2007.- №2. - С. 24-27.

МЕДСЕСТРИНСТВО И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

В.П.Пишак, В.А.Гайдуков

Резюме. В статье обращено внимание на необходимость широкого использования медицинских сестер в решении проблем общественного здоровья посредством четырех видов деятельности: первоначальная медико-санитарная помощь, уход на дому, создание сети общественного оздоровления, гигиена труда. Использование медсестер предоставит положительный эффект в понимании корреляции качества и стоимости медицинских услуг и улучшит основные показатели здоровья нации.

Ключевые слова: общественное здоровье, медсестринство, первоначальная медико-санитарная помощь, уход на дому, общественное оздоровление.

NURSING AND PUBLIC HEALTH

V.P.Pishak, V.A.Haidukov

Abctract. The research draws attention to the necessity of extensive enlisting of nurses to the solution of public Health problems via three types of activity: primary medico-sanitary aid, nursing at home, setting up public health network, hygiene of labor. The enlisting of nurses will exert a positive effect in terms of the ratio of the quality and cost of medical services and will improve the basic health indices of the nation.

Key words: public health, nursing, primary medico-sanitary aid, home care, public sanitation.