

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ У СВІТЛІ СУЧАСНИХ ДЕМОГРАФІЧНИХ ТЕНДЕНЦІЙ

Грузева Т.С., Саксонов С.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вступ. Провідною демографічною тенденцією у світі є старіння населення, яке вносить суттєві корективи в потреби населення в медичній та медико-соціальній допомозі, потребує змін в підходах до медичного обслуговування населення та висуває нові вимоги до кадрів охорони здоров'я, у т. ч. офтальмологічного профілю. На глобальному рівні, за прогнозами експертів, частка населення старше 60 років впродовж 2000-2050 рр. подвоїться і в абсолютному виразі становитиме 2 млрд [1].

Пов'язане зі старінням населення погіршення його здоров'я через розвиток вікової патології вимагатиме адекватної відповіді систем охорони здоров'я на зміну контексту.

Основна частина. Проведений аналіз демографічних тенденцій на основі даних Державної служби статистики України дозволив підтвердити чітку тенденцію до старіння української популяції [2-3]. Про це свідчить зростання середньої очікуваної тривалості життя населення впродовж 2000-2017 рр. з 67,7 до 72,0 років, зокрема, чоловіків з 62,1 до 67,0 років, жінок – з 73,5 до 76,8 р. та зростання питомої ваги населення старше 65 років з 2005 р. з 12,0% до 16,5% при одночасному зменшенні частки дитячого населення – з 21,5% до 15,4%.

Аналіз наукової літератури свідчить про стійку асоціацію процесів старіння з погіршенням зору, переважно з функціональними змінами очей, які призводять до пресбіопсії, з помутнінням кришталика, яке призводить до катаракти, з макулярною дегенерацією, яка викликає пошкодження сітківки, тощо. Вікова офтальмологічна патологія суттєво впливає на повсякденне життя людей, часто призводить до скорочення спілкування, соціальної ізоляції, втраті самостійності, депресії та зниження когнітивних функцій [4].

Дослідження показників офтальмологічного здоров'я різних вікових груп населення України впродовж 2017 рр. виявило, що поширеність хвороб ока серед населення України старше працездатного віку в 1,9 разу, а захворюваність – в 1,4 разу перевищувала аналогічний показник населення працездатного віку [5-6]. При цьому, поширеність глаукоми у осіб старше працездатного віку була в 12 разів більшою, катаракти – в 10 разів, відшарування сітківки – в 2 рази.

Зростання впродовж 2000-2017 рр. поширеності офтальмологічної патології серед населення старших вікових груп на 60,6% підвищує частоту обмежень їх індивідуальної життєздатності, знижує якість життя, потребує значних обсягів медичної допомоги та надання її на якісно новому рівні.

Перед фахівцями офтальмологічного профілю постають важливі завдання зі своєчасної діагностики і комплексної офтальмологічної допомоги, повноти реабілітаційних заходів.

Водночас, низка дослідників зазначає, що суттєвими перешкодами на шляху забезпечення належного обслуговування населення старших вікових груп є невідповідність медичних працівників. Це часто пов'язано з застарілими підходами до підготовки медичних працівників, спрямованих на виявлення і лікування певних симптомів і станів [7].

Проте, в умовах сучасних демографічних трендів вимогами до компетентностей фахівців офтальмологічного профілю є володіння і широке використання комплексного підходу, який є найбільш ефективним при догляді за людьми похилого віку [8].

Саме тому, акцент в підготовці медичних працівників повинен робитися на активному попередженні змін, пов'язаних зі зниженням функціональності внаслідок захворювань ока, а не лише на навчанні реагування на нагальні медичні проблеми.

Важливим аспектом підготовки фахівців офтальмологічного профілю в контексті роботи з контингентом старшої вікової групи є набуття навичок навчання пацієнтів самостійного контролю ними свого здоров'я.

З огляду на те, що значна питома вага пацієнтів системи охорони здоров'я є літніми людьми, в навчальних планах медичних освітніх закладів часто бракує геронтологічних і геріатричних питань в процесі підготовки фахівців. Потребують більшої уваги питання комплексних біопсихосоціальних підходів, які є необхідними в процесі лікування людей похилого віку.

Стає очевидним, що для виконання необхідних функцій з надання офтальмологічних медичних послуг спеціалісти офтальмологічного профілю повинні володіти низкою ключових компетенцій, у т. ч. проведенням базового скринінгу для оцінки функціонування пацієнтів старшого віку з хворобами ока та його додаткового апарату, включаючи оцінку зору, володіння компетенціями загального характеру у сфері комунікації, групової роботи, інформаційних технологій і громадського здоров'я. Можливість навчання без відриву від основного місця роботи в системі післядипломної освіти і безперервний професійний розвиток сприятимуть закріпленню знань і вдосконаленню навичок медичного персоналу з для надання якісної офтальмологічної допомоги пацієнтам старших вікових груп.

Висновки. Значні процеси старіння населення, збільшення частоти вікової патології, насамперед, хвороб ока, обумовлюють зростання потреб в медичному обслуговуванні пацієнтів літнього віку офтальмологічного профілю.

Водночас, в навчальних програмах підготовки фахівців недостатньо уваги приділено низці важливих аспектів, у т. ч. формуванню компетентностей, знань і вмінь працівників охорони здоров'я щодо комплексного підходу в процесі медичного обслуговування людей похилого віку, скринінгу для оцінки функціонування пацієнтів старшого віку з хворобами ока, комунікативним навичкам, питанням громадського здоров'я тощо. Вдосконалення навчальних програм дозволить поліпшити підготовку медичного персоналу та якість медичного обслуговування літніх людей з патологією органу зору.

Література

1. Старение и жизненный цикл. Здоровое старение должно стать глобальным приоритетом / Информационная ВОЗ. <https://www.who.int/ageing/ru/>
2. Населення України за 2017 рік. Демографічний щорічник. К., Держстат України, 2018. – 137 с.

3. Населення України за 2005 рік. Демографічний щорічник. К., Держстат України, 2018. – 131 с.

4. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2000-2001 роки / К.:ЦМС МОЗ України, 2002 р. – 284 с.

5. Olusanya BO, Neumann KJ, Saunders JE. The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. Bull World Health Organ. 2014 May 1;92(5):367–73.

6. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2016-2017 роки / К.: ЦМС МОЗ України, 2018 р. – 289 с.

7. World report on ageing and health. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2015. – 246 p.

8. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010 Dec 4;376(9756):1923–58.

УДК: 616-053.9:374.7:614.2

ВИВЧЕННЯ ПИТАННЯ ДОКАЗОВОГО ПІДХОДУ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ ПРИ НАВЧАННІ ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ТЕРАПІЇ І ГЕРІАТРИЇ НМАПО ІМ. П.Л. ШУПИКА

Давидович О. В., Стаднюк Л. А., Морєва Д. Ю., Давидович Н. Я., Кононенко О. А., Голубова Ю. І., Лихацька В. О.

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Концепцію доказової медицини (ДМ) розвивають у світі впродовж останніх 30-и років і на сьогодні її розуміють як підхід до прийняття рішень в практиці, інформаційним підґрунтям якого є докази, а двома іншими складовими – індивідуальний професійний досвід або узгоджена думка експертів і вибір споживачів медичних послуг (пацієнтів, їх представників, громадян, тощо) [1, 2].

Основна частина. На кафедрі терапії і геріатрії при навчанні інтернів впродовж двох років з фаху “Внутрішні хвороби” велика увага приділяється сучасним методам впровадження доказового підходу в клініці внутрішніх хвороб. Виникнення і становлення ДМ відбувається в контексті розвитку методології пізнання медичних дисциплін. Інтерни готують реферативні доповіді присвячені історії розвитку ДМ, її сучасним концепціям, становленню ДМ в Україні, вивчають інформаційні ресурси ДМ для клініки внутрішніх хвороб. Розпочинається знайомство з доказовою медициною доповіддю інтерна про “Батьківщину” ДМ – Велику Британію, в якій епідеміолог і медичний статистик А.В. Hill розробив методіку рандомізації та причинно-наслідкові критерії. Вперше було здійснено систематичний огляд (СО), оцінено валідність скринінгових тестів, створено Кохрейнівське товариство (Cochrane Collaboration, 1993), та найвідомішу комп'ютерну базу даних ДМ – Cochrane Library(1993). Дані розглядаються з викладачем. Основні етапи впровадження ДМ: формулювання структурованих клінічних запитань, пошук доказів, їх критичне оцінювання, впровадження та “клінічний аудит”. Доказову медицину, як і доказову практику варто розуміти як підхід до пізнання дійсності та прийняття рішень, основу інформаційного забезпечення якого складають результати епідеміологічних та економічних досліджень, прийнятні для експертів та споживачів послуг. Цим визначається значущість таких джерел, як клінічна практика, до- та післядипломна освіта, нормативно-правові до-

кументи та ін. Це збільшує прихильність до ДМ клініцистів України, підготовка яких завжди передбачала розвиток клінічного мислення та індивідуальний підхід до хворого.

Особлива увага інтернів під час вивчення доказового підходу у клініці внутрішніх хвороб звертається на впровадження в Україні якісно нової системи стандартизації, як представлено трьома типами медико-технологічних документів (МТД): клінічні настанови (КН), медичні стандарти та клінічні протоколи, що розробляються мультидисциплінарними групами за певними темами, підлягають публічному обговоренню і мають визначений термін наступного перегляду. Згідно з наказом МОЗ України від 28.09.2012р. №751 станом на 21.09.2015р. розроблено 40 наказів, якими затверджено 71 уніфікований клінічний протокол, 5 стандартів медичної допомоги та 50 адаптованих клінічних настанов, рекомендованих як джерела найкращої клінічної практики. Зазначимо, що доказовий підхід не замінює значущості семіології, значення і навчання використання діагностичних методик.

Висновок. Основні перспективи подальшого впровадження засад доказового підходу, найімовірніше, будуть пов'язані з розвитком доказової діагностики, зміцненням наявних доказових баз, доступністю комп'ютерних систем.

Література

1. В.М. Коваленко. Доказова медицина в кардіології: визначення повноважень і меж клінічної доцільності медикаментозних і немедикаментозних методів лікування. Вибрані лекції Української кардіологічної школи ім. М.Д. Стражеска. – К. – 2003р. – с.4-13.

2. А.Н. Пархоменко. Доказательная кардиология как часть медицины, основанной на доказательствах. Вибрані лекції Української кардіологічної школи ім. М.Д. Стражеска. – К. – 2003р. – с.14-18.