

Wstępna analiza profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym – wybrane problemy

Preliminary analysis of preventive care for infants, toddlers and preschool children – selected aspects

MARIA JODKOWSKA, ANNA OBLACIŃSKA, KRYSZYNA MIKIEL-KOSTYRA

Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży

Wstęp. W myśl zasady „lepiej zapobiegać niż leczyć”, system ochrony zdrowia powinien zapewniać opiekę profilaktyczną, zwłaszcza nad małymi dziećmi.

Cel pracy. Ocena funkcjonowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad niemowlętami i dziećmi do 6 roku życia, w systemie podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono w 145 wylosowanych poradniach dziecięcych i objęto nimi lekarzy (N=146), pielęgniarki (N=146) oraz rodziców dzieci pozostających pod opieką poradni (N=424). Zastosowano metodę wywiadu kwestionariuszowego, zawierającego pytania dotyczące struktury i procesu realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej.

Wyniki i wnioski. 1. Wśród badanych lekarzy, 77% to pediatry o średnim stażu pracy 24 lata. W najbliższym czasie istnieje więc prawdopodobieństwo niedoborów kadrowych w tej specjalności, 2. Prawie wszystkie poradnie (93%) miały wydzielone godziny przyjęć dla dzieci zdrowych, ale tylko w 44% z nich były to także godziny popołudniowe i wieczorne. W 1/3 gabinetów lekarskich stwierdzono braki w wyposażeniu w narzędzia i pomoce do wykonywania testów przesiewowych. 3. Czas poświęcany przez lekarzy na badanie bilansowe 1 dziecka (64% badań w czasie 10-15 minut) wydaje się być niewystarczający, choć w ocenie rodziców, nie przekłada się to na brak i przydatność informacji uzyskiwanych od lekarza po badaniu. 4. Trudności we współpracy z rodzicami są głównym problemem, zgłaszanym przez lekarzy i pielęgniarki, co wydaje się wynikać z braku postawy partnerstwa w tej współpracy i wymaga odpowiednich szkoleń.

Słowa kluczowe: niemowlęta, dzieci, profilaktyczna opieka zdrowotna, badanie profilaktyczne

Introduction. Preventive approach obliges the health care system to ensure good quality of preventive care for the youngest children.

Objective. To assess preventive care for infants and children under 6 years in primary health care system in Poland.

Subjects and methods. The survey was conducted in 145 randomly selected child outpatient clinics among doctors (N=146), nurses (N=146) and parents of children under the clinic care (N=424). The questionnaire-structured interviews were exploring the structure and process of preventive care delivered in the health care centres.

Results and conclusions. 1. 77% of the surveyed paediatricians had the average professional experience of 24 years. In the near future the shortage of those specialists can be expected. 2. Separate time for well-child visits was allocated almost in all outpatient clinics, but only in 44% of units there was the possibility of an afternoon or an evening visit. In one third of surgeries the sets of tools for screening tests were not complete. 3. The time which doctors devoted for a well-child check-up was rather short (64% examinations in 10-15 minutes), although – in the opinion of parents – the information given after the examination was detailed and useful. 4. The main obstacle in the practice mentioned by the doctors and nurses was lack of good cooperation with parents. It seems to be the effect of the practitioners' attitude, lack of partnership and requires special staff training.

Key words: infants, children, preventive health care, well-child check-up

© Probl Hig Epidemiol 2009, 90(3): 347-354

www.phie.pl

Nadesłano: 17.06.2009

Zakwalifikowano do druku: 27.09.2009

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr n. med. Maria Jodkowska
Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka, ul. Kasprzaka 17A, 01-211 Warszawa
Tel. 22/ 32 77 310, Fax: 22/ 32 77 370
e-mail: maria.jodkowska@imid.med.pl

Wykaz skrótów

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

BMI – Body Mass Index – wskaźnik masy ciała

USG – badanie ultrasonograficzne

Wstęp

W ostatnich dziesięcioleciach zmienia się obraz chorobowości wieku dziecięcego. Szczepienia ochronne i lepsze warunki sanitarne systematycznie eliminują większość chorób zakaźnych, a poprawiają się diagnostyka i możliwości lecznicze chorób somatycz-

nych stwarzają większe szanse na przeżycie. Poprawa opieki okołoporodowej i nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie powoduje, że rośnie liczba przeżywających - ale zagrożonych różnego typu dysfunkcjami - dzieci urodzonych z małą, a nawet bardzo małą masą. Zwiększa się więc liczba dzieci przewlekłe chorych, wymagających jak najwcześniejszego wykrywania zaburzeń. Zmieniający się kontekst ekonomiczny, społeczny i środowiskowy życia rodzinnego (narastające rozwarstwienie ekonomiczne społeczeństw i rosnące ubóstwo, a jednocześnie wzrost zatrudnienia i aspiracji zawodowych kobiet, rozwody, mała liczba dzieci w rodzinie, od najmłodszych lat żyjących w wirtualnym świecie mediów elektronicznych bez pozytywnych wzorców środowiskowych), skutkują wzrostem zaburzeń rozwojowych i problemów emocjonalnych u coraz młodszych dzieci [1-3]. Zjawiska te zwiększają znaczenie i rolę opieki profilaktycznej i wczesnej wykrywalności zaburzeń.

W Polsce, poczynając od 1999 r., trwa reforma ochrony zdrowia. Zmiany organizacji, zarządzania i finansowania, a także odejście od systemu opieki pediatrycznej nad populacją w wieku rozwojowym, nie sprzyjają wprowadzaniu w życie idei „lepiej zapobiegać niż leczyć”. Wprawdzie sentencja ta nadal „żyje” w wielu środowiskach decyzyjnych, nie ma jednak przełożenia na język praktyki, zwłaszcza w odniesieniu do najmłodszych dzieci. Od lat 80. ubiegłego wieku, kiedy to opracowane zostały materiały metodyczne dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, nie weryfikowano zasad i metodyki prowadzenia badań profilaktycznych małych dzieci. W roku 1998 i 2008 ukazały się, nakładem wydawnictwa PZWL podręczniki, dotyczące opieki zdrowotnej nad rodziną i zadań profilaktycznych w pediatrii [1,2], ale proponowane w nich rozwiązania nie zostały formalnie przyjęte jako medyczne standardy postępowania. Zaistniała więc potrzeba podjęcia analiz i dostosowawczych działań organizacyjnych do zmieniających się warunków, a także podjęcie prób standaryzacji tej opieki z wykorzystaniem aktualnej wiedzy.

W Zakładzie Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzież Instytutu Matki i Dziecka podjęto realizację zadania badawczego „Opracowanie standardów i metodyki profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym”. Prace mają na celu poprawę jakości aktualnie realizowanych zadań oraz zaproponowanie nowych rozwiązań. Prace będą prowadzone z uwzględnieniem założeń teoretycznych (modeli opieki), aktualnych wyników badań (*evidence-driven*) oraz badań własnych, dotyczących funkcjonowania systemu w kraju.

Cel pracy

Ocena, pod względem struktury i procesu, aktualnego funkcjonowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad niemowlętami i dziećmi do 6. r.ż., realizowanej w systemie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Materiał i metoda badania

Badane osoby

Badaniami objęto reprezentatywną grupę lekarzy i pielęgniarek sprawujących opiekę zdrowotną nad dziećmi w POZ oraz świadczeniobiorców: rodziców dzieci do 6 r.ż. Zaplanowano badania w ok. 150 poradniach w Polsce, w liczbie niezbędnej do spełnienia warunku minimum reprezentatywności próby. Próbę dobrano metodą losowania dwustopniowego zespołowego, a jednostką losowania był zakład opieki zdrowotnej.

W pierwszym etapie wylosowano 8 spośród 16 województw: dolnośląskie, lubelskie, łódzkie, podlaskie, pomorskie, śląskie, świętokrzyskie i warmińsko-mazurskie. W każdym województwie, w drugim etapie, z bazy zakładów opieki zdrowotnej udostępnionej przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia wylosowano odpowiednią liczbę poradni, proporcjonalną do udziału województwa w ogólnej liczbie ludności kraju i do liczby dzieci na danym terenie.

Z listy 150 wylosowanych poradni odrzucono 5 jednostek, z uwagi na nie spełnienie kryteriów POZ dla poradni dziecięcych, likwidację poradni lub nie wyrażenie przez kierownika placówki zgody na przeprowadzenie badania. W grupie badanej 40% poradni zlokalizowanych było na wsi, 32% w małych i średnich miastach do 100 tys. mieszkańców i 28% w dużych miastach powyżej 100 tys. mieszkańców.

Badania przeprowadzono jesienią 2008 r. W każdej z wylosowanych jednostek proszono o udzielenie wywiadu kwestionariuszowego dwie osoby z zespołu medycznego: lekarza i pielęgniarkę oraz rodziców dzieci do 6 r.ż., w trzech grupach wieku dzieci: niemowlęta, dzieci 13-36 mies. życia i dzieci od 37 miesiąca do ukończenia 5 lat. Uzyskano wywiady od 146 lekarzy i 146 pielęgniarek (w jednej z poradni wywiad udzieliło 2 lekarzy i 2 pielęgniarki) oraz od 424 rodziców.

Narzędzie badawcze i organizacja badania

Zastosowano metodę wywiadów kwestionariuszowych. Kwestionariusz ankiety dla lekarzy i pielęgniarek zawierał pytania dotyczące następujących obszarów:

- kwalifikacji zawodowych i stażu pracy;
- infrastruktury oraz organizacji pracy w poradni;

- postępowania lekarzy i pielęgniarek w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad małymi dziećmi, w tym prowadzenia wizyt patronażowych u noworodków, wykonywania testów przesiewowych i profilaktycznych badań lekarskich oraz warunków i organizacji przeprowadzania szczepień ochronnych;
- trudności w realizacji profilaktycznej opieki nad dziećmi oraz problemów wymagających pilnego rozwiązania;

Rodziców pytano o opinie, dotyczące między innymi:

- profilaktycznych badań lekarskich dzieci, szczepień ochronnych i zadowolenia z uzyskanych od lekarza porad i informacji.

Dla potrzeb niniejszego opracowania, wykorzystano wyniki badań lekarzy i pielęgniarek, w niektórych obszarach uzupełniono o wyniki badań rodziców.

Za organizację i nadzór nad badaniami w województwach odpowiedzialni byli koordynatorzy wojewódzcy z centrów zdrowia publicznego. W analizach zastosowano metody statystyki opisowej z wykorzystaniem pakietu statystycznego SPSS v. 14.

Wyniki

1. Personel medyczny: kwalifikacje zawodowe i staż pracy

1.1. Lekarze

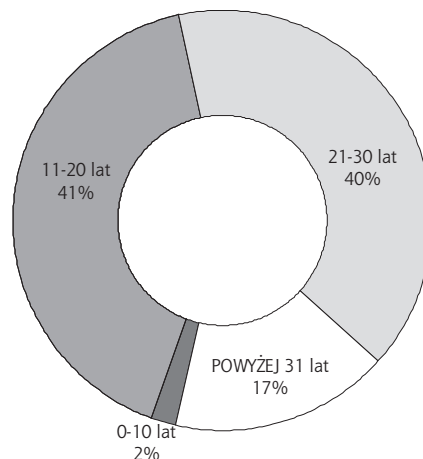
Kwalifikacje zawodowe

Zdecydowana większość lekarzy poradni dziecięcych to pediatry (77%). Wśród nich, co trzeci (35%) posiadał także specjalizację z medycyny rodzinnej. Lekarze rodzinni stanowili 41% wszystkich lekarzy zatrudnionych w badanych poradniach dziecięcych, w tym 2/3 spośród nich (65%) to także pediatry. Lekarze posiadający specjalizację wyłącznie z medycyny rodzinnej, stanowili 14% badanych lekarzy, a 20% badanych to lekarze ogólni i interniści. Tylko jedna osoba nie posiadała żadnej specjalizacji.

Spośród lekarzy, w ciągu ostatnich 5 lat uczestniczących w szkoleniach (83%), ponad połowa brała udział w konferencjach naukowo-szkoleniowych (55%). Udział w kursach doskonalących i specjalizacyjnych zgłosił zaledwie co 10 lekarz.

Staż pracy

Średni staż pracy lekarzy pracujących w poradniach dziecięcych to 23 lata, przy czym staż pracy z dziećmi – 21 lat. Aż 57% (ponad połowa zatrudnionych lekarzy) posiadało staż pracy powyżej 20 lat, w tym 17% z nich – ponad 30 lat (ryc. 1). Średni staż pracy w zawodzie lekarzy pediatrów był dłuższy (24 lata), niż lekarzy rodzinnych (21 lat).



Ryc. 1. Staż pracy (w latach) lekarzy pracujących w poradniach dziecięcych (odsetki badanych)

Fig. 1. Professional experience (in years) of physicians practising in child outpatient clinics (percentage of subjects)

1.2. Pielęgniarki

Kwalifikacje zawodowe

Ponad połowa badanych pielęgniarek (57%) posiadała ukończony kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa rodzinnego, co piąta pielęgniarka kurs pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania (pielęgniarstwo szkolne), 6% – z promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, a 4% – z pielęgniarstwa pediatrycznego. Specjalizację pielęgniarską posiadało 12% pielęgniarek, najczęściej z zakresu pielęgniarstwa rodzinnego (7%) (tab. I).

Tabela I. Kwalifikacje pielęgniarek poradni dziecięcych (odsetki badanych)
Table I. Professional qualifications of nurses in child outpatient clinics (percentage of subjects)

Dziedzina	Kurs kwalifikacyjny*	Specjalizacja
Pielęgniarstwo pediatryczne	4	5
Pielęgniarstwo rodzinne	57	7
Pielęgniarstwo szkolne	20	1
Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna	6	-
Brak	27	88

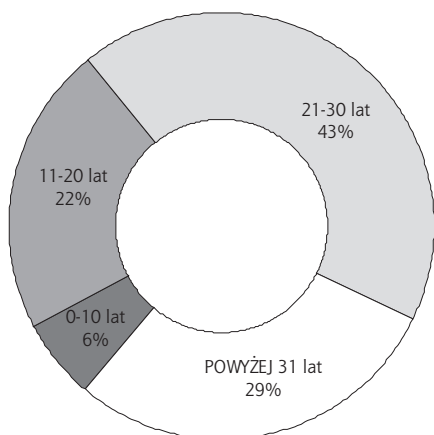
*odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ część pielęgniarek ma ukończone 2 kursy kwalifikacyjne (najczęściej w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego oraz szkolnego)

Prawie 3/4 (73%) badanych pielęgniarek w ciągu ostatnich 5 lat uczestniczyło w kursach doskonalących lub specjalistycznych, najczęściej były to kursy specjalistyczne w zakresie szczepień ochronnych (66% pielęgniarek, które ukończyły kursy).

Staż pracy

Średni staż pracy pielęgniarek pracujących w poradniach dziecięcych to 25 lat, w tym staż pracy z dziećmi – 18 lat. Ponad 70% zatrudnionych pielęgniarzek

gniarek posiada staż powyżej 20 lat, w tym aż co trzecia z nich pracuje zawodzie ponad 30 lat (ryc. 2).



Ryc. 2. Staż pracy (w latach) pielęgniarek pracujących w poradniach dziecięcych (odsetki badanych)

Fig. 2. Professional experience (in years) of nurses in child outpatient clinics (percentage of subjects)

2. Infrastruktura i organizacja pracy poradni dziecięcych POZ

2.1. Infrastruktura

W opinii ankietowanych, większość badanych poradni (84%) posiadała zadowalające warunki lokalowe. Estetyka w ponad 80% poradni była zadowalająca, czystość w 94% poradni nie budziła zastrzeżeń. Niestety, bariery architektoniczne utrudniające korzystanie z opieki zdrowotnej, znajdowały się w prawie co trzeciej jednostce (ryc. 3).



Ryc. 3. Subiektywna ocena warunków lokalowych poradni przedstawiona przez ankietowanych

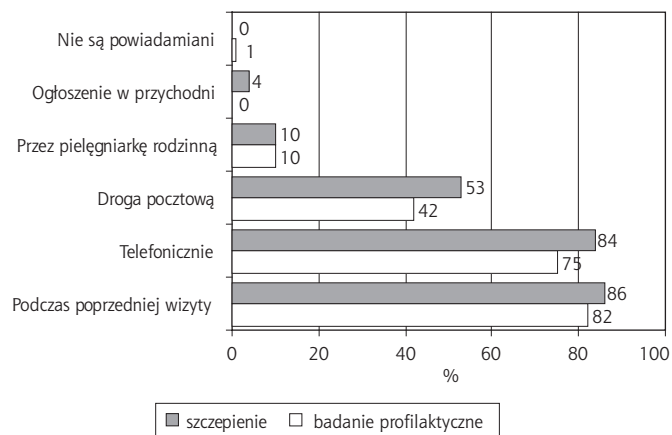
Fig. 3. Subjective assessment of the facility conditions by the surveyors

2.2. Organizacja pracy

W niemal wszystkich (93%) placówkach wydzielone były godziny przyjęć dla dzieci zdrowych. W większości (89%) były to godziny popołudniowe i popołudniowe (8:00-16:00), a w mniej niż połowie (44%) także godziny popołudniowe i wieczorne (16:00-20:00).

Powiadamianie rodziców o szczepieniach ochronnych i badaniach profilaktycznych

Wszystkie poradnie powiadały rodziców o konieczności zgłoszenia się z dzieckiem na szczepienie. Sposób kontaktowania się z rodzicami dotyczący szczepień ochronnych i badań profilaktycznych dzieci, podawany przez personel poradni, przedstawiono na rycinie 4.



Ryc. 4. Najczęstsze sposoby powiadamiania rodziców o szczepieniach ochronnych i badaniach profilaktycznych według informacji od lekarzy (odsetki badanych)

Fig. 4. Most frequent ways of informing parents about prophylactic vaccinations and preventive examinations according to physicians (percentage of subject)

W przypadku nie zgłoszenia się rodziców w celu wykonania obowiązkowego szczepienia dziecka, we wszystkich poradniach rodzice byli powiadamiani powtórnie: najczęściej telefonicznie (89%) oraz drogą pocztową (59%).

W 1% poradni rodzice nie byli powiadamiani ponownie o badaniu profilaktycznym. Powodem nie podejmowania działań była, według pracowników poradni, realizacja badań wszystkich dzieci w „pierwszym terminie” oraz uznanie, że badania profilaktyczne nie są przymusowe i zgłoszenie się na nie z dzieckiem zależy wyłącznie od decyzji rodziców.

Większość rodziców (74%) podała, że zgłasza się na pierwsze zawiadomienie dotyczące szczepienia ochronnego lub bilansu zdrowia. Ponowne wezwanie rodzice otrzymywali drogą telefoniczną (86%), rzadziej drogą pocztową (14%), a 7 osób (2%) podało, że poradnia nie podejmowała w takich sytuacjach żadnych działań.

3. Działania lekarzy i pielęgniarek w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad niemowlętami

3.1. Profilaktyczne badania lekarskie w wieku niemowlęcym

Terminy i realizacja badań profilaktycznych

Prowadzenie profilaktycznych badań niemowląt, w ostatnim roku sprawozdawczym, deklarowało od

93% do 98% lekarzy. Średni odsetek niemowląt poddanych badaniom profilaktycznym wynosił od 83% w 9 mies. życia do 98% w 2-6 mies. życia. Niepokojące są bardzo duże różnice między poradniami dotyczące odsetka niemowląt badanych profilaktycznie w wieku 9 i 12 miesięcy (tab. II).

Tabela II. Profilaktyczne badania lekarskie u niemowląt (według informacji lekarzy)
Table II. Preventive medical examinations of infants (according to physicians)

Badanie profilaktyczne w wieku	% lekarzy prowadzących badania profilaktyczne	% niemowląt objętych badaniem	
		Średni	Zakres procentowy
2-6 mies. życia (w terminach szczepień)	98	98	60-100
9 mies. życia	93	83	10-100
12 mies. życia	95	94	20-100

Wykrywanie zaburzeń stanu zdrowia i rozwoju w okresie niemowlęcym

Lekarze byli pytani o sposób postępowania w profilaktyce: wrodzonej dysplazji stawów biodrowych, wnetrostwa oraz zaburzeń wzroku i słuchu. Wyniki przedstawiono w tabeli III.

Tabela III. Sposób postępowania w profilaktyce wczesnodziecięcych zaburzeń stanu zdrowia i rozwoju
Table III. Medical procedures in prevention of infant disorders of health and development

Wykrywanie nieprawidłowości	Sposób postępowania w przypadku wykrycia lub podejrzenia nieprawidłowości	% lekarzy
Wrodzona dysplazja stawów biodrowych	Konsultacja ortopedyczna	69
	Badanie USG stawów biodrowych	13
	Konsultacja ortopedyczna + badanie USG stawów biodrowych	18
Wnetrostwo	Konsultacja chirurgiczna	93
	Badanie USG jąder	2
	Konsultacja chirurgiczna + badanie USG jąder	5
Zaburzenia wzroku u dzieci ur. przed 36 tyg ciąży, z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu dziecka, wymagających tleno- i fototerapii	Konsultacja okulistyczna	96
	Lekarz nie ma takich pacjentów pod swoją opieką	4
Zaburzenia słuchu	Konsultacja laryngologiczna	77
	Konsultacja audiologiczna	18
	Lekarz nie ma takich pacjentów pod swoją opieką	5

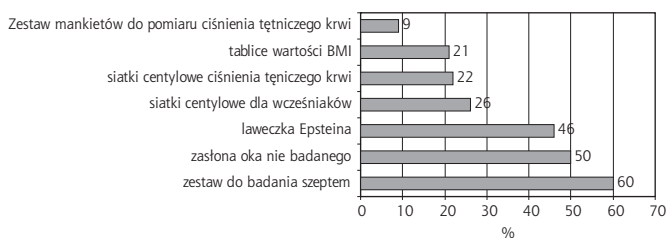
Badania w kierunku wrodzonej dysplazji stawów biodrowych i zaburzeń wzroku ponad 90% lekarzy wykonywało u dzieci do 3 miesiąca życia. Badania w kierunku niezstąpionych jąder oraz zaburzeń słuchu, w tym wieku dzieci, wykonywane były przez 3/4 lekarzy.

3.2 Bilanse zdrowia dzieci w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym

Wyposażenie gabinetów w pomoce i sprzęt do wykonania testów przesiewowych

Wszystkie gabinety posiadały wagi niemowlęce, wagę lekarską, siatki centylowe długości, masy ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej, tablice do badania ostrości wzroku oraz aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi.

Prawie 2/3 poradni nie miało zestawu pomocy do badania szeptem, połowa – zasłony dla niebadanego oka przy ocenie ostrości wzroku oraz prawie połowa – ławeczki Epsteina lub innego przyrządu służącego do pomiaru długości ciała małego dziecka w pozycji leżącej. W co czwartym gabinecie nie było tablic wartości BMI oraz siatek centylowych ciśnienia tętniczego krwi, a co dziesiąty gabinet nie posiadał zestawu wymiennych mankietów do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (ryc. 5).



Ryc. 5. Gabinety, w których brakuje pomocy i sprzętów do wykonywania testów przesiewowych u dzieci i młodzieży (odsetki badanych)

Fig. 5. Surgeries lacking equipment for screening tests in children and youth (percentage of subjects)

Wykonywanie testów przesiewowych

Testem przesiewowym wykonywanym w 100% badanych poradni było wykrywanie zaburzeń w rozwoju fizycznym.

Pielęgniarki najczęściej wykonywały testy przesiewowe w kierunku wykrywania zaburzeń wzroku (2/3 badań samodzielnych) oraz uszkodzeń słuchu (44%). Lekarze najczęściej samodzielnie wykonywali testy przesiewowe w zakresie rozpoznawania zaburzeń statyki ciała (60%): zniekształceń statycznych kończyn dolnych, bocznego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej (tab. IV).

Realizacja bilansów zdrowia

Wykonywanie bilansów zdrowia, w ostatnim roku sprawozdawczym, deklarowali prawie wszyscy lekarze (99%). Badania te jednak, w odniesieniu do dzieci do 6 r.ż., realizowane były rzadziej, z najniższym odsetkiem wynoszącym w części poradni 20% u dzieci 2-letnich (tab. V).

Tabela IV. Wykonywanie testów przesiewowych w bilansach zdrowia dzieci, podawane przez lekarzy (odsetek poradni)
Table IV. Screening tests in periodic child examinations according to physicians (percentage of clinics)

Test przesiewowy do wykrywania:	Osoba przeprowadzająca test			
	Lekarz	Pielęgniarka	Lekarz + Pielęgniarka	Test nie jest wykonywany
zaburzeń w rozwoju fizycznym	41	27	32	0
zeza	34	33	32	1
nieprawidłowej ostrości wzroku	10	64	24	2
uszkodzeń słuchu*	22	44	31	3
bocznego skrzywienia kręgosłupa	57	7	35	1
nadmiernej kifozy piersiowej	60	7	32	1
znieszczańców statycznych kończyn dolnych	60	7	32	1
podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi	29	34	35	2

*test behawioralny: 88% wykonanych testów
test obiektywny: 12% wykonanych testów

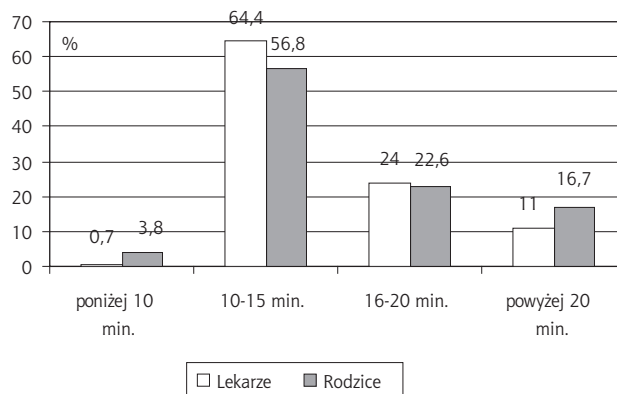
Tabela V. Profilaktyczne badania lekarskie dzieci do 6 lat (odsetki zbadanych)
Table V. Preventive medical examinations of 6-year-olds (percentage of subjects)

Bilans w wieku:	Średni %	Zakres procentowy
2 lat	85	20-100
4 lat	80	35-100
6 lat	90	50-100

Czas poświęcany przez lekarza na przeprowadzenie bilansu zdrowia jednego dziecka

Według danych uzyskanych od rodziców, na przeprowadzenie jednego bilansu zdrowia dzieci w różnym wieku, lekarze poświęcali średnio 17 minut. Jednakże ponad połowa bilansów trwała, zdaniem rodziców, 10-15 min. (56,8%), a w czasie krótszym niż 10 min. przeprowadzono 3,8% bilansów (ryc. 6). Wyniki badania kwestionariuszowego lekarzy potwierdzają informację od rodziców, dotyczącą średniego czasu trwania badania bilansowego. Na wykonanie tego badania, 20 min. i więcej poświęcało 24% lekarzy.

Wszyscy lekarze wykonujący badania bilansowe (100%) deklarowali, że informowali rodziców o wynikach badania ich dzieci, potwierdziła to większość (94%) rodziców. W opinii większości rodziców lekarz podawał zalecenia dotyczące postępowania w przypadku stwierdzonych zaburzeń (89%) oraz przekazywał ustnie podsumowanie badania bilansowego dziecka (85%). Prawie wszyscy ankietowani rodzice (92%) uznali za przydatne informacje otrzymane od lekarza podczas wizyty profilaktycznej.



Ryc. 6. Czas poświęcony na jedno badanie bilansowe w opinii lekarzy i rodziców (odsetki badanych)

Fig. 6. Time devoted for one periodic examination according to parents and physicians (percentage of subjects)

Analiza wyników badań bilansowych i problemów zdrowotnych dzieci

Ponad 3/4 lekarzy (77%) odpowiedziało, że w ich poradni dokonywana jest zbiorcza analiza wyników badań profilaktycznych dzieci dla potrzeb opieki czynnej. W prawie połowie poradni, w których analizowano wyniki badań bilansowych, dokonywano tego raz w roku (43%), co pół roku i kwartalnie (43%), a w 14% poradni dokonywano analiz w każdym miesiącu.

4. Szczepienia ochronne

W większości badanych poradni (88%) istniał wyodrębniony gabinet szczepień ochronnych. Spośród gabinetów, w których wykonywane są szczepienia ochronne, w 3% z nich nie było zestawu przeciw-wstrząsowego.

W prawie wszystkich poradniach (97%) szczepienia były wykonywane przez pielęgniarki, które w zdecydowanej większości (92%) ukończyły kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych.

Odsetki dzieci, u których wykonano w ostatnim roku szczepienia zalecane (nieobowiązkowe w Programie Szczepień Ochronnych), były niewielkie i wahały się od 2% w przypadku szczepienia przeciw ospie wietrznej i HPV, do 15% w przypadku szczepienia przeciw grypie.

5. Trudności oraz problemy w funkcjonowaniu profilaktycznej opieki nad dziećmi wymagające pilnego rozwiązania

Trudności związane z przeprowadzaniem bilansów zdrowia u dzieci

Prawie połowa ankietowanych lekarzy (44%) miała trudności (organizacyjne, techniczne, merytoryczne) związane z przeprowadzaniem badań bilansowych. Połowa tej grupy jako utrudnienie podawała

niezadowolającą współpracę z rodzicami, 19% – brak czasu na dokładne wykonywanie badań (głównie z powodu braków kadrowych i zbyt dużej liczby dzieci na liście aktywnej), a 7% – brak pediatry w zespole poradni (byli to lekarze rodzinni i innych niż pediatria specjalności). Inne, różnorodne trudności, występujące u lekarzy pojedynczo, stworzyły w sumie 30% odpowiedzi (np. trudności lokalowe i organizacyjne, braki w sprzęcie do wykonywania testów przesiewowych).

Wśród ankietowanych pielęgniarek, ponad połowa zgłaszała trudności w pracy: niezadowolającą współpracę z rodzicami (56%), zbyt mało czasu na wykonywanie zadań (21%), nadmiar dokumentacji (17%), dużą rozległość terenu, w którym pielęgniarki rodzinne pełnią swe zadania (12%), złą bazę lokalową poradni (7%).

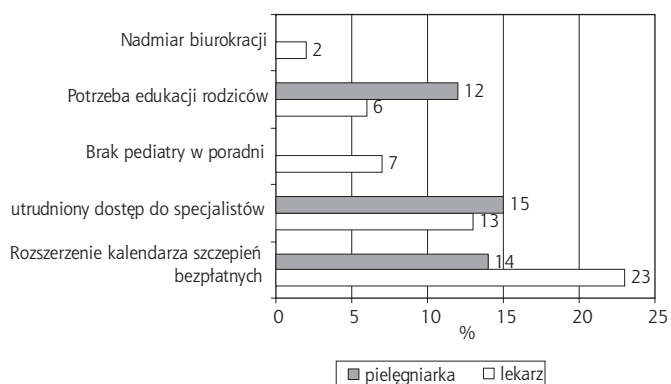
Problemy wymagające pilnego rozwiązania

Pośród opisywanych przez lekarzy (69% respondentów) problemów wymagających pilnego rozwiązania, najczęściej zgłaszano: potrzebę rozszerzenia szczepień bezpłatnych (23%), utrudniony dostęp do specjalistów (13%), brak w poradni lekarza pediatry (7%), niską świadomość rodziców (6%), nadmiar biurokracji.

Pielęgniarki uważały za równorzędne (po 12-15%) do rozwiązania następujące problemy: utrudniony dostęp do specjalistów, konieczność rozszerzenia kalendarza szczepień o szczepienia zalecane oraz edukację rodziców (ryc. 7).

Ograniczenia badania

Głównym ograniczeniem przedstawionego badania, zwłaszcza dotyczącym oceny elementów jakości w opiece profilaktycznej, był fakt, że źródłem informacji był personel medyczny i rodzice (dane subiektywne – „deklaratywne”). Nie prowadzono równocześnie



Ryc. 7. Problemy w funkcjonowaniu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi wymagające pilnego rozwiązania w opinii lekarzy i pielęgniarek (odsetki badanych)

Fig. 7. Problems in functioning of child preventive health care that require urgent solution according to physicians and nurses (percentage of subjects)

obiektywnych obserwacji, które są zasadniczym elementem audytów i przeprowadzanych kontroli w ramach nadzoru.

Jest to pierwsze tego typu badanie ogólnopolskie. Korzystanie z subiektywnych odpowiedzi respondentów w dość licznej grupie badanych, było w obecnej sytuacji prawnej i organizacyjnej jedynym możliwym sposobem zebrania danych, w ramach skromnego budżetu zadania statutowego Instytutu Matki i Dziecka. Uobiektywienie sposobu zbierania danych i tym samym walidacja kwestionariuszy wymaga uzyskania zgody Ministra Zdrowia i wojewodów w poszczególnych województwach, na obserwację czynności związanych z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych i wgląd w dokumentację medyczną w badanych poradniach. Taki zakres badań wymaga także znaczących nakładów finansowych i być może będzie możliwy w przyszłości.

Przeprowadzone badanie nie uwzględniło także wszystkich aspektów profilaktycznej opieki zdrowotnej nad małymi dziećmi. Elementem, który nie został zbadany pozostaje profilaktyczna opieka stomatologiczna. Dane nieformalne wskazują, że mimo zapisu w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia [4], ten fragment opieki profilaktycznej praktycznie nie funkcjonuje.

Omówienie wyników

Programy profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi są integralną częścią systemów ochrony zdrowia w ekonomicznie rozwiniętych krajach świata [5]. Stawiają sobie one za cel tworzenie opieki zdrowotnej, dającej każdemu dziecku równe szanse optymalnego rozwoju potencjału fizycznego, intelektualnego i emocjonalnego oraz wychodzącej na przeciw potrzebom i oczekiwaniom rodziców. Ten rodzaj opieki nad dzieckiem i rodziną jest rozumiany jako niezbędny w kształtowaniu optymalnego zdrowia całego społeczeństwa [6]. W związku z tym, w ostatnim dziesięcioleciu w wielu krajach świata są prowadzone intensywne prace nad doskonaleniem i przystosowaniem kształtu opieki profilaktycznej do zmieniających się warunków funkcjonowania różnych w swym kształcie systemów ochrony zdrowia [4, 5-9]. Prace te koncentrują się głównie na poprawie jakości i skuteczności świadczeń opieki profilaktycznej nad dziećmi, zwłaszcza małymi. Mają one na celu zwiększyć szanse wczesnego wykrywania zaburzeń i wczesnej interwencji. Niezmiennie wskazują, że im młodsze grupy wieku obejmują te programy, tym zwrot poniesionych kosztów jest szybszy i większy.

Wstępna diagnoza aktualnej sytuacji w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad małym dzieckiem Polsce, przeprowadzona w ramach projektu badawczego, wskazała na następujące problemy w jej realizacji:

1. Wśród lekarzy sprawujących opiekę zdrowotną nad małym dzieckiem nadal w większości są pediatrzy (77%), w 35% posiadający także specjalizację z medycyny rodzinnej. Jednak, ze względu na ich długi staż pracy, istnieje duże prawdopodobieństwo, że wkrótce nastąpi ich niedobór. O znaczeniu kadry pediatrycznej w poradniach dziecięcych świadczy też fakt, że w części badanych poradni byli oni traktowani przez lekarzy rodzinnych jako specjaliści, a ich brak był dla respondentów równoważny z „utrudnionym dostępem do specjalistów”.
2. W 7% badanych poradni nie było wydzielonych godzin dla przyjęć dzieci zdrowych. W pozostałych poradniach, w większości (89%) wydzielone w tym celu były godziny popołudniowe, a tylko w 44% z nich były to także godziny popołudniowe i wieczorne.
3. Średni czas lekarza poświęcany na dokonanie bilansu u dziecka to 17 minut, a prawie połowa lekarzy nie przeznaczą na to 15 minut – wydaje się czasem niewystarczającym. W piśmiennictwie podawany jest zwykle czas na przeprowadzenie badania bilansowego ok. 18-20 min., co oczywiście zależy od udzielanych w ramach wizyty świadczeń profilaktycznych i organizacji jej przebiegu [3,11]. W tym kontekście wydaje się, że większość bilansów zdrowia jest prowadzonych raczej powierzchownie, co może wynikać m.in. z braku materiałów metodycznych do prowadzenia takich wizyt. Pomimo tego przeważająca większość ankietowanych rodziców (prawie 90%) deklaruje, że uzyskuje zazwyczaj wyczerpujące informacje od lekarzy po przeprowadzeniu badań profilaktycznych u ich dzieci i jest z nich zadowolona
4. U 20% 4-latków, 15% 2-latków i 10% 6-latków, w ocenie badanych lekarzy poradni, w ogóle nie są przeprowadzane bilanse zdrowia, a najniższy odsetek tych badań, w niektórych poradniach wynosi zaledwie 20% u dzieci 2-letnich. Może to skutkować pogorszeniem wczesnej wykrywalności chorób i zaburzeń rozwoju, w tym wad wrodzonych u dzieci 2-letnich.
5. Za główną trudność w profilaktycznej opiece zdrowotnej, zarówno lekarze jak i pielęgniarki postrzegają niezadowalającą współpracę z rodzicami. Wydaje się, że może być to spowodowane m.in. faktem, że część lekarzy i pielęgniarek nie postrzega rodziców dzieci jako partnerów do współpracy. Zagadnienie to wydaje się być nowym podejściem do pracy z rodzicami i wymaga odpowiednich szkoleń.

Piśmiennictwo / References

1. Bożkowska K, Sito A (red.). Opieka zdrowotna nad rodziną. PZWL, Warszawa 2003.
2. Woynarowska B (red.). Profilaktyka w pediatrii. PZWL, Warszawa 2008.
3. Schor EL. The future pediatrician: promoting children's health and development. *J Pediatr* 2007, 151: S11-S16.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane. (Dz. U. 2004 r., Nr 276, poz. 2740).
5. Kuo AA, Inkales M, Lotstein DS i wsp. Rethinking well-child care in the United States: an international comparison. *Pediatrics* 2006, 118: 1692-1702.
6. Olson LM, Tanner JL, Stein MT, Radecki L. Well-child care: looking back, looking forward. *Pediatr Ann* 2008, 37: 143-151.
7. Condon L. Child health promotion in the United Kingdom: does health visitors' practice follow policy. *J Advanced Nursing* 2008, 62: 551-561.
8. Karber K, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA i wsp. Continuum of care for maternal, newborn and child health: from slogan to service delivery. *Lancet* 2007, 370: 1358-1369.
9. Protection-Prevention-Promotion. Development and future of Child Health Services. Nordiska Hälsovårdshögskolan 2001.