

EVALUAREA PROFESIOGRAFICĂ A ACTIVITĂȚII MEDICULUI DE FAMILIE

**Bebîh Vladimir – dr. med.,
Iachim Vasile – dr. med.,
Egorov Dmitrii – cercetător științific stagiar,
Centrul Național de Sănătate Publică
E-mail: vbebih@cnspl.md, tel. +37322 574672**

Rezumat

În baza cercetărilor științifice au fost identificate și apreciate particularitățile profesiografice a activității profesionale a medicilor de familie, gradul de încordare în procesul de lucru.

Cuvinte-cheie: medicul de familie, particularitățile de activitate

Summary: Profession-graphical features of labor activity of family doctors

On basis of scientific researches profession-graphical features of labor activity of family doctors, the degree of intensity of labor activity.

Keywords: family doctor, specificity of activity

Резюме: Профессиографическая оценка трудовой деятельности семейного врача

Проведенные научные исследования позволили выявить и оценить профессиографические особенности трудовой деятельности семейных врачей, а также степень напряженности их труда.

Ключевые слова: семейный врач, особенности трудовой деятельности

Introducere. Asistența medicală primară (AMP) este medicina de prim contact, care asigură coordonat și asistență populației în permanență [16]. Medicul de familie, ca figură-cheie, acordă asistență medicală primară întregii familii, indiferent de sexul și vârsta membrilor ei, își exercită funcțiile în mod individual sau în echipă cu alți medici de profil special [10, 16]. El coordonează activitatea sa cu personalul medical mediu, lucrătorii sociali și alți specialiști în vederea susținerii familiei, precum și a stării de sănătate a membrilor ei [2, 9]. Prin urmare, medicul de familie este un generalist, un medic-universal, capabil să abordeze problemele complexe legate de sănătatea pacien-

ților și nu numai a omului bolnav, ci și a omului sănătos cu toate nevoile sale [8, 9, 13].

Medicii de familie întotdeauna au avut o dilemă între acordarea asistenței medicale calitative și la un preț accesibil, problema având soluția în coordonarea eficientă a prețului la toate etapele AMP [17]. O altă problemă, odată cu implementarea medicinei prin asigurare, gradul de motivare economică și moral-spirituală a medicilor de familie este mic [3]. Acest specific al lucrului poate influența dezvoltarea situațiilor neuropsihice. Concomitent, consultarea pacienților și alte activități profesionale se caracterizează și prin interacțiunea complexului factorilor procesului de lucru, care pot cauza stări neuroemoționale nega-

tive – suprasolicitări. Cercetările profesiografice ale activității medicului de familie au dat posibilitatea de a evalua gradul de suprasolicitări în muncă.

Material și metode. Investigațiile au fost efectuate în 6 Centre ale Medicilor de Familie (CMF) din mun. Chișinău. Pentru caracteristica profesiografică a activității medicilor de familie și încordării lor în muncă s-au aplicat metodele de descriere, interviuare, autoapreciere și de cronometrare. Au fost efectuate 1453 observații cronometrice în procesul activității profesionale a 57 medici de familie. Evaluarea gradului de suprasolicitări în timpul muncii s-a apreciat conform indicației metodice [1] în baza analizei activității profesionale, ale datelor cronometrării structurii zilei de muncă și interviuării a 110 medici de familie.

Rezultate și discuții. Activitatea profesională a medicului de familie include un șir de elemente, care necesită cunoștințe specifice asistenței medicale primare. El realizează asistența de ambulator a pacienților, vizite la domiciliu, acordă ajutor medical de urgență; efectuează complexul de măsuri profilactice, diagnostic-curative, de recuperare; intervine în problemele medico-sociale ale familiei [7]. Medicii de familie lucrează 5-6 zile în săptămână. Rezultatele cercetărilor cronometrice ale activității profesionale au demonstrat că timpul de lucru, practic nu este reglementat, nu sunt prevăzute pauze, durata reală a turei constituie în mediu $12,8 \pm 0,8$ ore. Structura turei este prezentată în *tabelul 1*. Datele cronometriei privind repartizarea timpului de lucru a medicilor de familie demonstrează că activitatea de bază constituie 57,2%

Tabelul 1

Distribuirea timpului de lucru a medicului de familie, ore

Denumirea activității	$X \pm m$	%
Primirea pacienților în CMF	$4,3 \pm 0,09$	33,6
Consultarea pacienților la domiciliu	$3,5 \pm 0,17$	13,0
Activități de prevenire etc.	$1,36 \pm 0,03$	10,6
Lucrul cu documentele (întocmirea rapoartelor etc.)	$2,29 \pm 0,06$	17,9
Discuții de serviciu (consilii, conferințe, rezolvarea problemelor pacienților etc.)	$1,43 \pm 0,06$	11,2
Alte activități (abateri de la lucrul de bază etc.)	$1,75 \pm 0,07$	13,7

din timpul total a turei și, este mai mare în comparație cu activitatea medicilor secției de chirurgie septică (53,3%), chirurgilor de profil general (34-51%), medicilor traumatologi (32-45%) și neurochirurgilor (29-42%) [4, 14]. Consultarea pacienților în CMF ocupă 33,6% din timpul turei, la domiciliu – 13,0%,

desfășurarea activității de prevenire – 10,6%. Medicii de familie pentru lucrul cu documentele distribuie în mediu 17,9% din timp turei.

Cercetările de descriere a activității medicilor de familie și de interviuare a lor au demonstrat că primirea unui pacient primar conține următoarele elemente de lucru. Este cunoscut faptul că cei mai importanți factori, care pot afecta sănătatea, sunt condițiile de muncă și de viață, deprinderi vicioase, ereditatea. Din această cauză medicul de familie în discuție cu pacienții acordă multă atenție factorilor expuși. În plus, de fiecare dată medicul trebuie să colecteze minuțios anamneza bolii, să examineze pacientul, să analizeze documentația medicală, să aprecieze corect diagnosticul preliminar sau final, la necesitate să îndrepte pacientul la investigații suplimentare de laborator și instrumentale, prescrie tratament și regim alimentar adecvat. Medicul de familie, în raport cu nosologia bolii, în timpul consultației primare acordă pacientului în mediu $28,2 \pm 1,3$ minute.

În baza rezultatelor profesiografiei și cronometriei a fost dată caracteristica calitativă și cantitativă a 22 de indici de încordare în procesul de lucru [1], prezentată în *tabelul 2*. Pentru evaluarea indicilor încordării în procesul de lucru au fost analizați acești factori, care influențează apariția stării neuroemoționale a medicului de familie. El este pe linia întâi a asistenței medicale și trebuie să stabilească un prim diagnostic și să îndrume pacientul, dacă e cazul, către specialistul potrivit. În situația reală patologiiile pacienților lui sunt diverse: de la o banală răceală până la afecțiuni cardiace, boli psihice sau cancer. Pe parcursul acordării asistenței medicale pacienților, medicul de familie, în condiții de deficit de timp și anamnezei incomplete, recepționează diverse informații despre bolnav: starea generală, diagnosticul, gradul îmbolnăvirii, condițiile de muncă și de viață ș.a. Informația acumulată este prelucrată de către medic în continuu și în baza analizei complexe acesta acordă asistență medicală și este responsabil față de lucrul efectuat. Activitatea profesională a medicului se caracterizează nu numai prin controlul executării propriilor măsuri diagnostic-curative, dar și prin controlul efectuării funcțiilor de către asistenta medicală.

Activitatea profesională a medicului de familie este multilaterală și variază de la acțiuni de rutină până la cele mai complicate situații din practica medicală, de la îndeplinirea unor acțiuni elementare până la activitate euristică cu rezolvarea unor situații complicate, necesită soluționări non-standard. El este responsabil de sănătatea și viața pacienților, corectitudinea diagnosticului și tratamentului. Greșelile comise la diagnosticare, tratament și consultare pot duce la diverse consecințe periculoase pentru viața pacientului.

Tabelul 2

Evaluarea condițiilor de muncă a medicului de familie după indicii încordării în procesul de lucru

<i>Indicii</i>	<i>Clasa condițiilor de muncă</i>
I. Suprasolicitări intelectuale	
Conținutul lucrului	3.2
Perceperea semnalelor (informației), evaluarea lor	3.2
Repartizarea funcțiilor după gradul de dificultate a lucrării	3.1
Specificul lucrului	3.2
II. Suprasolicitări sensoriale	
Durata observațiilor concentrate	3.1
Frecvența semnalelor percepute și a celor comunicate	1
Numărul de obiective observate concomitent	2
Mărimea obiectului în lucru	1
Lucrări cu aparate optice	1
Observațiile ecranelor și monitoare	1
Suprasolicitări ale aparatului auditiv	1
Suprasolicitările vocii	1
III. Suprasolicitări emoționale	
Gradul de responsabilitate pentru activitatea profesională	3.2
Eventualitatea de risc pentru viața proprie	3.2
Responsabilitate pentru securitatea altor persoane	3.2
IV. Monotonia lucrărilor	
Numărul elementelor de lucru	1
Durata lucrărilor sau mișcărilor	1
Perioada operațiilor active	1
Gradul de monotonie a ambianței de lucru	1
V. Regimul de lucru	
Durata reală a zilei de lucru	3.2
Lucrul în schimburi	2
Pauzele reglementate, prezența și durata acestora	3.2

Munca medicului de familie poate fi caracterizată nu numai prin responsabilitate majoră pentru viața și sănătatea bolnavului, dar și prin risc personal. Materialele cercetărilor socio-igienice privind posibilitatea contactului profesional cu factorii nocivi, demonstrează că 50,0% din numărul total al medicilor de familie intervievați consideră că au contact cu agenți biologici. În timpul consultației pacienților medicul poate contacta cu bolnavi cu diverse maladii infecțioase (tuberculoză, gripă, alte infecții respiratorii virale ș.a.).

Importanță deosebită pentru majorarea gradului încordării în procesul activității profesionale are regimul de lucru. Durata reală a turei medicului de familie constituie în mediu 12,8 ore, regimul de lucru nu prevede pauze reglementate. Toate acestea complică activitatea medicului și necesită un grad înalt de suprasolicitări în muncă.

Astfel, datele obținute demonstrează că din 22 de indici de încordare în procesul de lucru 8 indici s-au apreciat către clasa 3.2, prin urmare, gradul general

de încordare în muncă a medicilor de familie poate fi evaluat către clasa 3.3 [1]. Pentru comparație, la evaluarea condițiilor de muncă ale lucrătorilor din domeniul sănătății, intensitatea activității medicilor de specialități principale (profil terapeutic) corespundea clasei 2, 3.1 și 3.2, iar intensitatea activității asistentelor medicale corespundea clasei 2 și 3.1 [12, 15]. Studiul unor autori de asemeni au demonstrat că condițiile de lucru ale personalului medical din profesiile de bază sunt nocive - clasa 3 gradul 1 [11]. Datele cercetărilor, efectuate de către noi anterior (aa. 2004 și 2007), au permis de a evalua gradul de încordare în lucru al medicilor din chirurgia de urgență și din echipele de Asistență Medicală Urgentă către clasa 3.3 a condițiilor de muncă [4, 5].

Pentru îmbunătățirea activității medicilor de familie au fost elaborate măsuri de profilaxie care ar contribui la rezolvarea problemelor de organizare a practicii medicale și crearea condițiilor de muncă favorabile și inofensive [6].

Concluzii:

1. Activitatea de muncă a medicilor de familie se atribuie către clasa 3.3 de încordare în procesul de lucru - clasă a condițiilor de muncă „nocivă”.

2. Nivelul înalt de încordare este favorizat de particularitățile regimului de muncă și odihnă, gradul înalt de suprasolicitări intelectuale și emoționale.

3. În baza cercetărilor științifice propunem de a include medicii de familie în Lista-tip a lucrărilor și locurilor de muncă cu condiții grele și deosebit de grele, vătămătoare și deosebit de vătămătoare pentru care salariișilor li se stabilesc sporuri de compensare în mărimi fixe.

Bibliografie

1. *Evaluarea igienică a factorilor mediului ocupațional și a procesului de muncă. Criteriile igienice de clasificare a condițiilor de muncă.* Indicații metodice, aprobate de către Medicul-șef sanitar de Stat al RM, nr.01.10.32.1 din 10.03.08 (traduse și ajustate la legislația sanitară națională de către Victor Băbălău și Larisa Migali), Chișinău, 2007, 112 p.
2. Ețco C., Reabova E., Ciobanu M. *Managementul serviciilor în sectorul asistenței medicale primare: cheltuieli, eficiență, calitate.* Chișinău, 2000, 139 p.
3. Ețco C., Globa Nina. *Managementul din instituțiile medicale și căile de eficientizare a lui.* Sănătate publică, economie și management în medicină, 1, 2005, p.4-9.
4. Iachim V., Bebîh V., Băbălău V., Ciobanu Gh., Bulmaga Albina. *Particularitățile profesiografice ale activității lucrătorilor medicali din chirurgia de urgență.* Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, 3, 2006, p. 39-44.
5. Iachim V., Bebîh V., Băbălău V., Frumusachi Olga, Ciobanu Gh., Bulmaga Albina. *Condițiile de muncă și morbiditatea lucrătorilor din echipele de asistență medicală urgentă.* Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale: Revista științifico-practică, Chișinău, 3, 2008, p.13-18.
6. Iachim V., Bebîh V. *Unele măsuri de optimizare a activității medicilor de familie.* Sănătate publică, economie și management în medicină, 2012, 3(42), p. 15-18.
7. Ordinul Ministerului Sănătății RM nr.163 din 21.05.1998 „Referitor continuității reformelor asistenței medicale primare pe principiul medicului de profil general/de familie”.
8. Taylor R. *Family medicine. Principles and practice,* N. Y., 1976. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.
9. Taylor R. *Family medicine,* Philadelphia, 1988. <http://www.books.google.md/>.
10. Tintiuc D., Savin V., Moraru Corina, Stadler Lucia. *Managementul asistenței medicale primare în Republica Moldova.* Ch.: Gunivas, 2005, 280 p.
11. Бектасова М.В., Шепарев А.А., Ластова Е.В., Потапенко А.А. *Причины нарушения здоровья медицинских работников лечебно-профилактических учреждений г.Владивостока.* Медицина труда и промышленная экология, 2006, 12, с.18-20.
12. Гришанов С.А. *Клинико-гигиеническое обоснование сохранения репродуктивного здоровья работников умственного труда.* Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Москва, 2009, 22 с., <http://www.fferisman.ru/>.
13. Денисов И.Н., Иванов А.И., Алейникова Л. И., Сотскова Т.В., Ким Т.В., Миронова И.В. *О профессиональной компетентности врача общей практики и семейного врача.* Сб. Реформы здравоохранения и задачи медицинского образования, М., ММА им. И.М. Сеченова, 1992, с. 22-26.
14. Капцов В.А. *К вопросу о влиянии некоторых факторов на утомление хирургов (по материалам опроса).* В кн.: Организм и среда. - М., 1970, часть 1, с.140-141.
15. Потапенко А.А., *Проблема профессионального риска и охрана репродуктивного здоровья медицинских работников.* Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва, 2008, 47 с., <http://www.lib.ua-ru.net/>.
16. Старфилд Б. *Важна ли первичная медицинская помощь?* Lancet, 1994, V. 344, P. 1129-1133. <http://www.revolution.allbest.ru/>.
17. Стефан У. Дж. *Первичная медицинская помощь и будущее медицинской профессии.* Всемирный форум здравоохранения, 1982, Т. 2, 4, С. 3-18. <http://www.revolution.allbest.ru/>.