

Рустемова А.Ш.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ВНЕДРЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАЗЛИЧНЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ

A.Sh. Rustemova

ORGANIZATIONAL AND PROMOTIONAL ASPECTS QUALITY HEALTH CARE TO VARIOUS POPULATION GROUPS

УДК: 616.083.615(574.5)

От качества медицинской помощи зависит жизнь любого человека. В статье рассматриваются организационные и внедренческие аспекты качества медицинской помощи различным группам населения.

On the quality of care depends on the life of any person. The article deals with the organizational and promotional aspects of quality of care different groups.

Основным условием социального и экономического развития общества является здоровье каждого отдельного человека и общества в целом. В настоящее время здоровье не создается усилиями лишь одного здравоохранения: оно рассматривается и как индикатор качества окружающей социальной и природной среды, как результат профилактической активности самого человека.

Н.А. Назарбаев в своем Послании к народу Казахстана подчеркнул, что Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье - вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения, и повседневной жизни населения.

При этом, как отмечают отдельные исследователи, сдвиг приоритетов в политике здравоохранения с госпитальной формы оказания медицинской помощи в сторону амбулаторной означает серьезные общие изменения в менеджменте, и ранее использовавшиеся подходы могут быть неэффективны. Как результат потребуется время для того, чтобы наработать управленческую систему на уровне первичного здравоохранения.

Ведущими классами в структуре общей заболеваемости детского населения в 2007 году определены следующие: болезни органов дыхания, болезни нервной системы, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, болезни органов пищеварения, болезни кожи и подкожной клетчатки.

Анализ данных по впервые выявленным заболеваниям среди детского населения так же показал неравномерный, но рост уровня первичной заболеваемости за период с 1999 года (355,1 на 1000 населения) по 2007 год (1214,9 на 1000 населения). Как и в данных по общей заболеваемости, так и в данных по первичной заболеваемости детей определено, что в 2001 и в 2005 годах в обоих случаях имеет место снижения уровней заболеваемости с последующим ростом.

Профилактические мероприятия имеют целью сохранение здоровья здоровых, укрепление здоровья больных хронической патологией, сокращение

длительности лечения как на уровне амбулаторно-поликлинического звена, так и в стационаре. Методической основой профилактических мероприятий, начиная с уровня оказания ПМСП населению, должен быть дифференцированный подход, так как элементом общественного здоровья является здоровье индивидуальное. Это, в первую очередь, предполагает оперативное выявление индивидуальных факторов, влияющих на эффективность профилактических мероприятий, установление отношения индивидуума к состоянию собственного здоровья.

В течение ряда лет существует мнение, что формирование знаний, т.е. образовательные программы, является основой привития в обществе принципов образа жизни без вредных привычек, основой снижения уровня заболеваемости населения. Но реальную социальную защиту государство оказывало, прежде всего, уже болеющим людям, гарантируя им качественную медицинскую помощь. И это притом, что зачастую причиной заболевания был низкий уровень самооценки собственного здоровья, отсутствие стойкой мотивации к здоровью и пренебрежение рекомендациями медицинского персонала до, во время заболевания и после полного или относительно полного выздоровления.

В группу лиц с высоким уровнем оценки были отнесены респонденты, оценившие свое здоровье, как "отличное" (17,2%), в группу лиц со средним уровнем оценки - респонденты, оценившие свое здоровье, как "хорошее" (70,0%), в группу лиц с низким уровнем самооценки - респонденты, оценившие свое здоровье, как "плохое" и "очень плохое" (12,8%).

Как среди мужчин, так среди женщин доминировали лица со средним уровнем самооценки своего здоровья (78,7% и 67,0% соответственно). Однако среди женщин в два раза было больше лиц с низкой оценкой своего здоровья, чем среди мужчин (14,9% и 6,8% соответственно).

Распределение мнений респондентов о факторах, влияющих на сохранение здоровья индивидуума, показало следующее: отказ от вредных привычек является для респондентов в возрасте до 20 лет наиболее значимым фактором (17,5%). Для возрастной группы 21-30 лет приоритетным фактором, влияющим на сохранение здоровья индивида, является регулярная физическая активность (42,3%). Периодические медицинские осмотры считают важным фактором респонденты старше 60 лет (34,4%).

Более половины респондентов при появлении первых симптомов недомогания сразу обращаются за

медицинской помощью (60,8%), 22,5% обращаются только при появлении серьезных симптомов, т.е. при ухудшении состояния, а 16,7% занимаются самолечением.

Нами были изучены причины отказа данной группы от медицинской помощи при возникновении первых признаков заболеваний: 33,1% респондентов данной группы считают, что заболевание пройдет само собой, без лечения; 28,7% респондентов занимаются самолечением; 20,3% - не находят времени для обращения за медицинской помощью; 14,1% - боятся материальных затрат, необходимых для лечения; а 3,6% респондентов причиной отказа от медицинской помощи при появлении первых симптомов недомогания назвали недоброжелательное отношение врачей.

Определение уровня комплаентности пациентов, как фактора, влияющего не только на эффективность профилактических мероприятий, но и на результат (исход) лечения на уровне амбулаторно-поликлинического звена, показало, что число лиц, строго придерживающихся рекомендаций врача и выполняющих его назначения при возникновении заболевания, оказалось больше (85,0%), чем лиц с противоположным отношением к этому (15,0%). То есть в целом в исследуемой группе, как среди мужчин, так и среди женщин, был определен высокий уровень комплаенса (более 80%).

Однако, седьмая часть респондентов (15,0%) не выполняет назначений врача и не придерживается его рекомендаций, то есть их можно отнести к так называемым "недисциплинированным" пациентам. В данной группе было больше лиц с высшим образованием (25,5%) в возрасте 21-30 лет (16,6%), женщины.

Логично, что для исследователя важны причины такого отношения населения к данному вопросу. Анализ показал, что как среди женщин, так и среди мужчин основным фактором, негативно влияющим на выполнение назначений врача и его рекомендаций, являются финансовые затруднения, а именно высокая стоимость лекарственных препаратов (43,6%), отсутствие времени для выполнения назначений врача (28,3%). По разным причинам не выполняют назначений 21,8% респондентов, т.е. на третьем месте, как сформулировали респонденты, "разные причины". Среди респондентов были лица, которые выразили свое недоверие к медицинским работникам (4,3%), а 2,0% респондентов отдадут предпочтение методам народной медицины.

Характер заболеваемости населения предполагает как более активную систему ее профилактики, укрепления здоровья, так и особенно создание специфических для этих групп заболеваний клинико- и организационно-технологических структур в системе медицинской помощи населению.

После приема у участкового врача пациент, которому предписано пройти курс амбулаторного лечения, проходит тестирование специалистами группы мониторинга. Тестирование проводилось

среди пациентов дневного стационара, стационара на дому и других пациентов терапевтического профиля, проходивших курс амбулаторного лечения. По результатам тестирования формируются потоки больных, дифференцированные с учетом уровня комплаентности.

Пациенты были распределены по следующим потокам:

- пациенты, которые не нуждаются в курации группы мониторинга (высокий уровень комплаентности);

- пациенты, которые нуждаются в периодической курации специалистами группы мониторинга (средний уровень комплаентности).

- пациенты, которые нуждаются в дополнительной разъяснительной работе и в так называемой ежедневной "опеке" или курации специалиста группы мониторинга по выполнению лечебных назначений, рекомендаций лечащего врача по питанию, труду и образу жизни (низкий уровень комплаентности).

Для каждой группы пациентов составляется индивидуальная программа, включающая как наблюдение, так и профилактические мероприятия, формы и виды сотрудничества. Пациенты со средним и низким уровнем самооценки здоровья, а также так называемые "недисциплинированные" пациенты, у которых уровень комплаентности был невысокий (средний и низкий уровни), составляют контингент особого внимания при мониторинге выполнения назначений и рекомендаций лечащего врача и проведении профилактических мероприятий.

Мероприятия индивидуальной программы мониторинга амбулаторного лечения и профилактики включали:

- определение уровня комплаентности до и после курса амбулаторного лечения;

- собеседование как с самим пациентом, так и с окружающими его членами семьи;

- составление графика приема препаратов, saniрующих и физиотерапевтических процедур, посещения лечащего врача;

- согласование с пациентом особенностей его питания во время болезни и после выздоровления, режима труда и отдыха;

- разъяснительная работа и планирование индивидуальных профилактических мероприятий по предупреждению осложнений заболевания, его рецидивов и т.д.

Оценка медицинской и социальной эффективности внедрения мониторинга амбулаторного лечения и профилактики доказала преимущества новой организационной технологии. Нами определено, что среди пациентов после мониторинга амбулаторного лечения и профилактических мероприятий увеличилось число лиц с высоким уровнем комплаентности (с 76,0% до 89,6%), уменьшилось число лиц со средним уровнем (с 15,0% до 10,4%), а низкий уровень комплаентности не отмечен ни у одного пациента.

Контроль над соблюдением назначений и рекомендаций лечащего врача со стороны медицинского персонала привел не только к росту уровня комплаентности хронических больных, но и к увеличению числа лиц с полным выздоровлением и общим улучшением состояния и самочувствия после амбулаторного лечения.

Особенности социально-экономического и медико-демографического положения, стойкие тенденции ухудшения состояния здоровья населения на протяжении многих лет, изучение факторов, влияющих на уровень заболеваемости, результаты нашего исследования дают основание для вывода, что здоровье, которое относится к жизненно-важным ресурсам, зависит не столько от факторов внешней среды, сколько от выраженности социальных детерминант. Это позволяют прогнозировать увеличение потребности в профилактике, разработке и реализации индивидуальных программ по предупреждению заболеваний, медико-социальных услуг, пропаганде здорового образа жизни, изменении подхода к тактике оказания и организации внебольничной помощи, внедрении новых медико-организационных технологий предупреждения возникновения заболеваний на местном уровне.

Трансформирование устойчивых или относительно устойчивых негативных здоровье сберегающих установок личности должно базироваться на комплексном подходе, включающем как усилия медицинского персонала, самого пациента, так и его окружения.

Мишенью воздействия в данном случае становятся личностно-мотивационные особенности конкретного человека, его жизненные ориентиры, фор-

мирующие культуру здоровьесберегающего поведения индивида, его семьи, общества в целом. Важное место в формировании содержания и особенностей здорового образа жизни занимает участие профессионального специалиста (медицинского работника).

Таким образом, оптимизация деятельности медицинского центра с акцентом на профилактическую направленность, внедрение новых медико-организационных технологий, ориентированных на пациента, привела к увеличению числа посещений населения к врачам, улучшению выявляемое заболеваний, росту уровня комплаентности среди пациентов. Но самое главное, проводимые мероприятия способствовали улучшению имиджевой характеристики медицинской организации, повышению доверия со стороны обслуживаемого населения, что является высоким показателем в реализации медико-социальной функции общественного здравоохранения.

Обобщая материалы комплексного исследования и их результаты, мы предлагаем схему взаимоотношений всех составляющих систему профилактики неинфекционных заболеваний.

Культ здоровья, бережное отношение к нему с ранних лет, поддержание потенциала своего здоровья - все это основная часть населения начинает осуществлять только при возникновении серьезных нарушений здоровья, при так называемом "изнашивании" организма, при накоплении бремени хронической патологии или уже в далеко нетрудоспособном возрасте. Основным стимулом при этом должны быть биологические и социальные потребности индивидуума быть здоровым.

Рецензент: д.м.н., профессор Калажанов М.Б.