

СОДЕРЖАНИЕ

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН В Г.АЛМАТЫ, КАЗАХСТАН

Томас Ван, Пей-шу Хо, Хэйден Смит, А. Чен, А. Кульжанова

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА ПРОЖИВАЮЩИХ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕГО ОСОБЕННОСТИ

И.К. Абдуллаев

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.К. Каптагаева, А.Н. Смаилова

К ВОПРОСУ О ПЛАНИРОВАНИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ РЕСУРСОВ В ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.К. Каптагаева, А.Н. Смаилова

АМЕРИКА ГЛАЗАМИ СПЕЦИАЛИСТА – ОРГАНИЗАТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА

Ж. А. Ембердиева

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США. СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА.

Ж. А. Ембердиева, А. Ж. Кунтуганова

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ СЕСТРИНСТВА В ПРАКТИКУ

Ж.К. Бурибаева

ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И ВЕНГРИИ, 1990- 2002

М.А. Такенова

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕНЕВОГО СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

М.А. Камалиев, С.С. Буздаева

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Р.А. Касымалиева

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ УЛУЧШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОНМК ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ РЕГИСТРА ИНСУЛЬТА В ЮКО РК
М.Т. Утеулин

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО БЕДСТВИЯ В ПРИАРАЛЬЕ.
Ж.Ж. Булгачев.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ МИОПИИ, КОРРИГИРОВАННОЙ ОЧКОВЫМИ И КОНТАКТНЫМИ ЛИНЗАМИ
Г.Д.Отепова

СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ
О.К. Дарменов, Р.А. Абзалова, Т.Я Лукина

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
Р.А. Абзалова

КЛИНИКА, ДРУЖЕСТВЕННАЯ К МОЛОДЕЖИ КАК ПЕРСПЕКТИВНАЯ ФОРМА ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ И МОЛОДЕЖИ
Р.А. Абзалова, К.Н. Ким, Т.А. Лукина, Р.С. Оспанова

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН В Г.АЛМАТЫ, КАЗАХСТАН

Томас Ван, Пей-шу Хо, Хэйдэн Смит, А. Чен, А. Кульжанова
Университет Центральной Флориды,
Национальный Реабилитационный госпиталь, Вашингтон, США,
Казахстанская Высшая Школа Общественного Здравоохранения

Цель. Данное исследование изучает факторы, влияющие на профилактику рака молочной железы среди казахстанских пожилых женщин трех этнических групп.

Дизайн. Был применен дизайн опроса, основанный на различных возрастных группах. Проведен общественный опрос 500 пожилых женщин трех основных этнических групп в Алматы, Казахстан. Были выполнены описательный, дисперсионный анализы и моделирование структурного уравнения.

Результаты. Анализы определили этнические различия в состоянии здоровья, в применении таких профилактических мероприятий рака молочной железы как скрининг и обследование, а также в отношении к профилактике рака молочной железы. Показатели применения профилактической помощи варьируются при изучении населения. Более 80% респондентов выполняют самообследование груди, но лишь 12% проходили процедуру маммограммы. У корейских респондентов самый низкий процент по всем трем типам профилактических обследований рака грудной железы. Полученные данные показывают, что знания о раке грудной железы, позитивное отношение к профилактике рака молочной железы, решения в пользу применения маммограммы, высшее образование, а также плохое физическое здоровье приводят к практике применения профилактического ухода.

Выводы. Способствовать подобному профилактическому уходу; необходимы усилия по ликвидации культурных и образовательных барьеров.

Ключевые слова: Этнические различия; знание о раке молочной железы; профилактика рака молочной железы; Казахстан.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА ПРОЖИВАЮЩИХ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕГО ОСОБЕННОСТИ

Абдуллаев И.К.

Ургенчский Филиал Медицинской Академии
Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан

Один из основных принципов формирования системы здравоохранения, обеспечивающей улучшение и укрепление здоровья населения Республики Узбекистан, является создание эффективной системы охраны материнства и детства. Данная цель четко указана в целях национальной концепции реформирования системы здравоохранения, где также подчеркнуты необходимость охраны здоровья женщин, особенно детородного возраста и важность обеспечения современного медицинского обслуживания. Все эти задачи также отмечены в специально созданной государственной программе, призванной претворить в жизнь идеи формирования здорового поколения.

В последние годы многие авторы неоднократно отмечают резкое учащение экстрагенитальных заболеваний среди женщин детородного возраста, как в Республике, так и во многих странах мира (1, 2, 3, 4, 5). В частности, относительно широкое распространение данных заболеваний наблюдается в районе Приаралья, что само собой требует разработку дополнительных практических мер в направлении исследования данных изменений.

Главная цель нашего исследования – это изучение и оценка заболеваемости женщин детородного возраста в экологически неблагоприятной Хорезмской области Республики Узбекистан (далее – области) по обращаемости в лечебные учреждения области и проведения сравнительного анализа полученных результатов со средними показателями по Республике и экологически более благоприятной Ташкентской области.

Материалы и методы

С целью изучения заболеваемости женщин детородного возраста были использованы данные, полученные от Центра обработки данных Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, Областного Управления Здравоохранения, а также результаты проведенных медицинских обследований. При статистическом анализе данных широко применялись методы статистики социальной гигиены и санитарии.

Обсуждение

В ходе исследований было обнаружено, что заболеваемость женщин детородного возраста на 13,4% превышает уровень заболеваемости среди всех женщин и составляет $780,4 \pm 1,54$ заболеваний на 1000 женщин детородного возраста, что также в 1,3 раза выше средних показателей для Ташкентской области и Республики в целом ($P < 0.001$). При непосредственном изучении обращений женщин детородного возраста были получены схожие данные – 772,2%. Заболевания системы пищеварения среди женщин детородного возраста (по распространенности) занимают первое место, составляют 20,3% от общего количества заболеваний ($158,5 \pm 0,69$), и превышают уровень распространения данных заболеваний в Ташкентской области в 2,6 раза, а среднереспубликанский уровень в 2,4 раз.

Второе место по распространенности занимают заболевания дыхательных органов ($119,7 \pm 0,60$), распространенность которых ниже, чем в сравниваемых регионах. Третье место по распространенности в области (10,2%) занимают осложнения беременности, родов и послеродового периода ($80,0 \pm 0,47$). Данный уровень выше соответствующего показателя для Ташкентской области в 1,7 раза, а среднереспубликанского уровня – в 2,5 раза. Уровень заболеваемости другими классами заболеваний, кроме раковых заболеваний, психических расстройств, болезней органов дыхания, болезней мышц, костей и соединительной ткани, относительно ниже, чем в Ташкентской области.

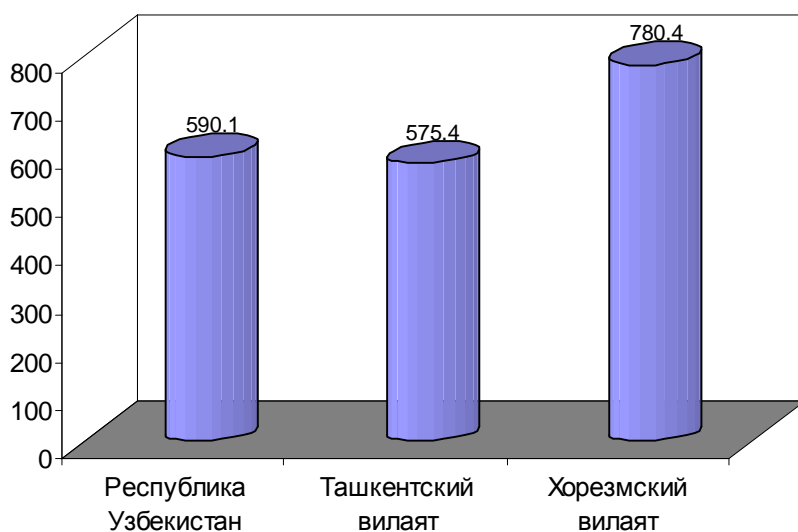


Рис. 1. Заболеваемость женщин детородного возраста по обращаемости в 1998 – 2000 гг. (на 1000 женщин детородного возраста).

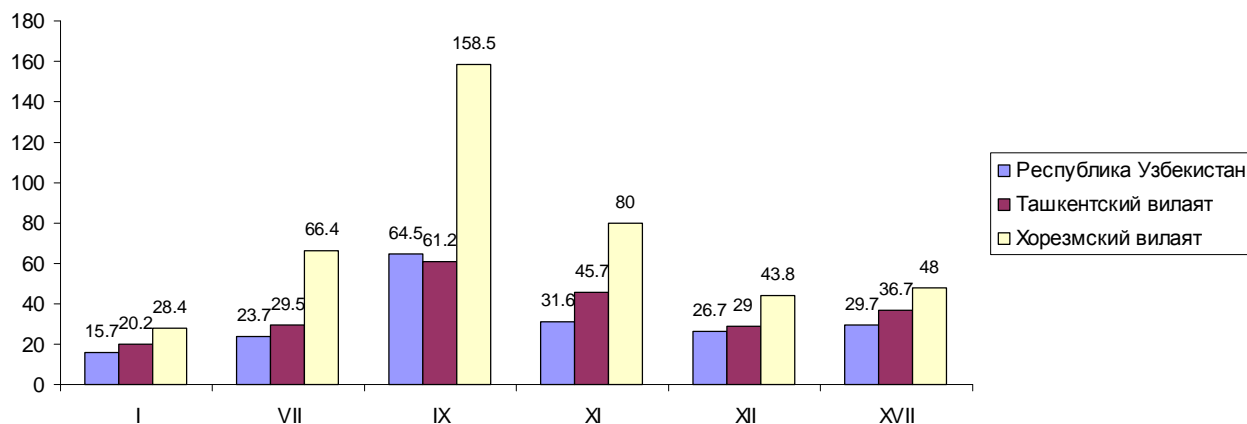


Рис. 2. Заболеваемость женщин детородного возраста по обращаемости в 1998 – 2000 гг. по некоторым классам заболевания (на 1000 женщин детородного возраста).

По сравнению с показателями Ташкентской области и Республики в целом заболеваемость инфекционными и паразитарными заболеваниями в области выше общереспубликанского уровня в 1,8 раза, и Ташкентской области – в 1,4 раза. Заболеваемость болезнями крови и кроветворных органов соответственно выше в 2,8 и 2,2 раза, болезни кожи и подкожной клетчатки – в 1,6 и 1,5 раза, травмы, отравления и несчастные случаи – в 1,6 и 1,3 раза. Данные показатели свидетельствуют о значительном влиянии негативных экологических факторов на здоровье женщин детородного возраста в области ($P < 0.001$), (рис. 2).

В период с 1998 по 2000 гг. наблюдался значительный рост, а затем спад уровня заболеваемости среди женщин детородного возраста (1998 – 632‰, 1999- 981,6‰, 2000 – 725,1‰).

Гастриты и дуодениты составляют 5,4% широко распространенных в республике заболеваний органов пищеварения, 4,2% болезней органов дыхания приходятся на острые респираторные вирусные инфекции, а бронхиты составляют 2,6%. 14,0% болезней органов кровообращения составляет гипертоническая болезнь, а ишемическая болезнь сердца – 7,8% от общего количества заболеваний данного класса. Болезни периферийной нервной системы составляют 11,2% от общего количества болезней нервной системы и органов чувств.

Необходимо отметить, что основную часть заболеваний женщин детородного возраста составляют болезни IV, VI, VII, VIII, IX и X классов. По Республике в целом, данные классы заболеваний составляют 74,3% от общего числа заболеваний, зарегистрированных среди женщин детородного возраста, 69,5% - в Ташкентской и 68,2% - в Хорезмской областях. Очевидно, что по данным 6 классам болезней заболеваемость в области в 1,3 раза выше уровня Ташкентской области и в 1,2 раза выше среднереспубликанского показателя ($P < 0.001$).

С целью повторного подтверждения достоверности данных был проведен анализ специальных карт обращений, зарегистрированных в поликлиниках города Ургенча (областной центр Хорезмской области, 2000 анкет), Янгиарыкского и Янгибазарского районов (районы Хорезмской области, соответственно 4110 и 6110 анкет) за 1998 – 2000 гг. Количество обращений на 1000 женщин детородного возраста в городском районе составило 662,1‰, в сельских районах – 593,7‰.

В то же время наблюдается значительные расхождения в данных, полученных от Центра анализа данных Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, и данных, полученных непосредственно при исследовании анкет в области. При сравнении данных из этих двух источников, было обнаружено, что согласно данным карт обращений заболеваемость болезнями крови и кроветворных органов превышает в 1,5 раза, болезни нервной системы и органов чувств – в 1,1 раза, системы кровообращения – в 1,3 раза, мочеполовой системы – в 1,09 раза. В то же время, согласно тем же данным карт обращений уровень заболеваемости болезнями органов дыхания ниже в 1,08 раза, болезнями органов пищеварения – в 1,7 раза. По статическим (официальным) данным вышеупомянутые самые распространенные классы заболеваний составляют 68,2% от общего количества заболеваний, а по данным проведенного нами анализа – 76,6%.

При анализе заболеваемости женщин детородного возраста по группам на основе данных обращаемости выявлены особенности, которые носят в себе определенное медико-социальное значение. Количество обращений по некоторым классам заболеваний растет среди женщин до 35 лет и 55-60% всех обращений приходится именно на этот возрастной период. Среди женщин старше 35 лет, обращаемость по данным классам заболеваний падает, а по некоторым классам заболеваний количество обращений растет по мере увеличения возраста женщин. Данная особенность ярко наблюдается на примере болезней системы кровообращения. Большинство обращений наблюдается среди женщин 25-29 и 30-34 лет, что в определенной степени связано с процессами беременности и родов, присущих этой возрастной категории (рис. 3). В последующих стадиях нашего исследования, в процессе анкетирования, было выявлено, что 70-80% беременностей и родов происходит именно в этом возрасте.

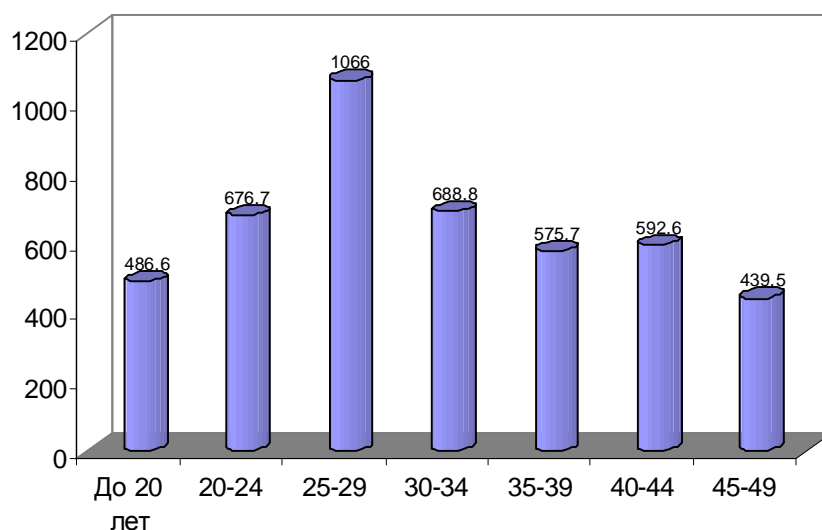


Рис 3. Заболеваемость женщин детородного возраста в Хорезмской области по возрастам.

Исходя из вышеприведенных статистических данных и результатов собственных исследований, можно утверждать, что заболеваемость среди женщин детородного возраста Хорезмской области (1998-2000 гг.) выше, чем в Ташкентской области и в Республике в целом, как при сравнении на основе официальных статистических данных, так и результатов собственных исследований. Высокая степень обращаемости по заболеваниям наблюдалась среди женщин 25-29 лет (1066,0‰).

При анализе динамики обращаемости женщин детородного возраста в лечебно-профилактические учреждения во всех исследуемых регионах на 1996 – 2000 гг., было выявлено, что заболеваемость в Хорезмской области снизилась в 1,7 раза с 1996 по 1997 гг. и значительно не изменялась в последующие годы.

Выводы.

1. Общая заболеваемость женщин в Хорезмской области на 7% выше уровня заболеваемости всего населения области, а заболеваемость женщин детородного возраста – на 46,8% выше уровня заболеваемости женщин в области.
2. Общий уровень заболеваемости женщин в области выше среднереспубликанского уровня и уровня заболеваемости в Ташкентской области соответственно в 1,5 и 1,4 раза.
3. Заболевания крови и кроветворных органов, органов чувств и нервной системы, кровеносной системы и дыхательных путей, системы пищеварения и мочеполовой системы составляют 74,3% от всех заболеваний выявленных у женщин детородного возраста по Республике, 69,5% – в Ташкентской, и 68,2% – в Хорезмской области.
4. По распространенности в области лидируют заболевания пищеварительной системы, которые составляют 20,3% от всех зарегистрированных заболеваний ($158,5 \pm 0,69/1000$). 15,3% всех заболеваний составляют болезни органов дыхания ($119,7 \pm 0,60/1000$) и 10,3% общей заболеваемости приходится на осложнения беременности, родов и послеродового периода ($80,0 \pm 0,43$).
5. При возрастном анализе обращаемости женщин детородного возраста в лечебно-профилактические учреждения области, было выявлено, что высокий уровень заболеваемости приходится на женщин 25-29 лет (1066,0/1000).

Литература:

1. Абдуллаев И.К. Медико-социальные особенности заболеваемости женщин детородного возраста, проживающих в экологически неблагоприятных сельских районах Южного Приаралья // Узб.тиб.журн. – 2001. - № 5-6. – с. 32-34.

2. Асадов Д.А., Вафакулов У.Б. Репродуктивные аспекты многодетных семей проживающих в сельской местности Самаркандского вилоята // Узб.тиб.журн. – 1999. - №5. – с. 6-8.
3. Бабажонов А.С., Шарипов Б.Х. Медико-социальные аспекты инвалидности среди женщин в Приаралье // Межд. журн. иммунореабилитации. – 1998. – с. 203.
4. Бекбаулиева Г.Н. Орол буйида яшовчи аёлларда репродувтив жараён // Узб.тиб.журн. – 1988. - №3. с.79.
5. Шайхова Г.И., Салимова Ф.И., Алимухамедов Д.Ш. Алиментарная профилактика железодефицитной анемии // Вестник врача общей практики. – 2003. - № - с.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.К. Каптагаева, А.Н. Смаилова

Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Проблема кадрового обеспечения в современных условиях является решающим фактором успешного функционирования системы здравоохранения в условиях реформирования. В основе реформирования здравоохранения лежит принятие действенных мер к формированию такой кадровой политики, которая с учетом происходящих в стране и отрасли преобразований позволила бы не только сохранить имеющийся кадровый потенциал, но и качественно его изменить, адаптировать к новым условиям социально-экономического развития страны.

В большинстве стран мира, планирование кадров здравоохранения идет по пяти основным направлениям:

- 1) определение оптимального соотношения количества медицинского персонала и населения страны;
- 2) регулирование приема в медицинские вузы и определение долгосрочной перспективной оценки числа будущих работников здравоохранения;
- 3) оценка спроса на специалистов, занятых в отдельных областях здравоохранения;
- 4) оценка потребности в коечном фонде и продолжительности пребывания в больнице;
- 5) сравнение объемов используемых ресурсов и стандартов с практикой, принятой в других странах.

В настоящее время в Республике Казахстан работает более 53600 врачей и 115848 средних медицинских работников.

Обеспеченность врачами составляет 35,6 на 10000 населения. Обеспеченность средними медицинскими работниками составляет 76,8 на 10000 населения.

Для территории Республики Казахстан характерна крайне высокая неравномерность в распределении медицинских кадров. Так, к примеру, в городах Алматы и Астана показатель обеспеченности врачами на 10 тыс. населения наиболее высокий по республике и составляет 76,9 и 60,2 соответственно. Тогда как, в Алматинской и Северо-Казахстанской областях он составляет 20,2 и 23,7 соответственно. Наиболее высокий показатель обеспеченности средними медицинскими работниками характерен

для Кызылординской области – 104,0 и г. Алматы – 90,6. Наименьший - в Алматинской области и составляет 48,3.

Обеспеченность населения врачами терапевтического профиля составляет 8,4 на 10000 тыс. населения. Специалистами хирургического профиля – 4,1

В структуре врачебных кадров удельный вес врачей первичного звена (участковых терапевтов, врачей общей практики и участковых педиатров) составляет 10,7 %.

Укомплектованность врачебных должностей и средним медицинским персоналом учреждений здравоохранения в целом составляет 96,2 и 98,2, соответственно. При этом сохраняется достаточно высокий процент совмещения врачебных должностей – 18,5%. Совмещение должностей средних медицинских работников – 4,3%.

Несмотря на существующие проблемы в системе здравоохранения, профессия медицинского работника продолжает привлекать абитуриентов учебных заведений. Данный факт подтверждают не снижающиеся конкурсы при приеме абитуриентов в медицинские ВУЗы и колледжи, составляя от 2-х до 49 человек на 1 место в зависимости от специальности и языка обучения.

Формирование кадрового ресурса врачей и среднего медицинского персонала обеспечивается существующей системой высших и средних медицинских организаций, включающих 6 государственных, 3 негосударственных вуза, 1 медицинский факультет, 25 государственных, 19 негосударственных медицинских колледжа и факультетами при 4-х государственных медицинских академиях.

Контингент обучающихся на 1 сентября 2005 года: в медицинских колледжах составил по государственному заказу – 8086 учащихся (34,7 %), на платной основе – 15152 (65,2 %).

В медицинских вузах – 10180 студентов или 41,6 % обучающихся по государственному образовательному гранту; на договорной основе – 14225 (58,4 %), в том числе 1671 иностранных студентов.

Подготовка медицинских кадров осуществляется по 8 специальностям высшего медицинского образования: лечебное дело, педиатрия, стоматология, медико-профилактическое дело, фармация, медико-биологическое дело, восточная медицина, сестринское дело. И по 8 специальностям среднего медицинского образования: лечебное дело, акушерское дело, гигиена и эпидемиология, фармация, стоматология, стоматология ортопедическая, лабораторная диагностика, сестринское дело. В целом, в медицинских организациях образования представлен весь спектр специальностей, по которым осуществляется подготовка специалистов здравоохранения, - от программ высшего и послевузовского медицинского образования до повышения квалификации и профессиональной переподготовки.

Общая численность профессорско-преподавательского состава (ППС) в медицинских высших учебных заведениях составляет 3506 человек. ППС с учеными степенями составляет 45,0 %.

В течение последних лет (с 1999 года) студенческий контингент медицинских вузов формируется на конкурсной основе для обучения по государственному гранту. Причем наблюдается тенденция к ежегодному увеличению количества предоставляемых государственных грантов. Так, если в 1999-2000 году прием по государственному гранту составлял 1050 человек, то в 2005-2006 году он составил – 2230. Причем эта тенденция будет сохраняться и в ближайшие годы. Наряду с обучением по гранту студенты поступают в вузы и колледжи на платной основе. Причем, если в прошлые годы сохранялся довольно высокий процент платников: 60-70%, то в связи с повышением пороговых требований при поступлении, начиная с прошлого года, он составил около 40%. Таким образом, наряду с увеличением доступности обучения за счет государственных образовательных грантов ужесточаются требования для абитуриентов, выбравших медицину своей будущей профессией.

Нормативный срок освоения специальностей высшего медицинского образования на базе среднего образования составляет от 5 до 7 лет, седьмой год обучения по клиническим специальностям медицинского образования организуется в форме интернатуры.

Подготовка в интернатуре осуществляется в соответствии с потребностями территориальных органов здравоохранения по основным специальностям, предусмотренным номенклатурой врачебных специальностей

В аспирантуру по государственному заказу прием составляет – 63, в ординатуру – 90, магистратуру – 50, докторантуру – 33. В рамках программы повышения квалификации и переподготовки за счет бюджета ежегодно обучается около 15000 специалистов.

Прием в медицинские колледжи на 2005-2006 учебный год составил 8075 человек, из них 2665 – по бюджету, 5410 – на договорной основе.

Ежегодный выпуск медицинских вузов составляет около 2000 человек. В медицинских колледжах эта цифра составляет более 4400 человек.

Подготовка по специальностям среднего медицинского образования на базе средней общеобразовательной школы в зависимости от специальности составляет от 2 до 3 лет.

В течение последних лет изменилась структура приема специалистов: сократилось число выделяемых мест за счет бюджета по специальности «стоматология», увеличилось количество обучающихся в вузах по специальности «сестринское дело». На постдипломном уровне увеличились объемы подготовки врачей общей практики, фтизиатров, началась подготовка в магистратуре по специальности «менеджмент в здравоохранении». Все это является частью происходящих реформ в здравоохранении.

Объемы подготовки специалистов формируются на основе существующей потребности отрасли здравоохранения в медицинских кадрах. Однако следует сказать, что до настоящего времени практически отсутствовала планомерная работа по прогнозированию потребности в конкретных специалистах, не было научно обоснованного подхода с глубоким анализом существующей кадровой ситуации. Если на сегодня предварительный прогноз в кадрах по основным направлениям в рамках специальностей «лечебное дело» и «педиатрия» составляется, то планы подготовки конкретных специалистов по узким специализациям - практически отсутствуют.

Негативное влияние на общее состояние кадровой обеспеченности также оказали отказ от существовавшей некогда системы распределения выпускников медицинских вузов и колледжей, механизма закрепления кадров. Все это, безусловно, является причинами недостаточного кадрового обеспечения системы здравоохранения, в том числе: недостаточного числа лиц, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, концентрации медицинских работников в городах, в первую очередь, крупных областных центрах, при низкой укомплектованности ЛПО отдаленных регионов и сельской местности, а также сохранения достаточно высокого процента среди медицинских работников лиц предпенсионного и пенсионного возраста.

На кадровые ресурсы здравоохранения оказывают влияние многие составляющие: условия труда, адекватность оплаты труда, доступность получения высшего и среднего медицинского образования, возможности повышения квалификации и переподготовки.

Для решения существующих проблем в сфере кадровых вопросов здравоохранения необходимо:

- дальнейшее развитие обоснованной системы государственного заказа на объем и структуру подготовки медицинского персонала, первичной специализации выпускников медицинских вузов на основе тщательного анализа состава кадров и его движения;
- разработка вопроса о восстановлении механизма государственного распределения студентов, обучающихся за счет средств государственного бюджета, развитие целевой формы подготовки специалистов.

- целенаправленная работа территориальными органами здравоохранения по оценке общей потребности в медицинском персонале;
- совершенствование системы мониторинга, регулярного анализа и прогноза развития медицинских кадров;
- создание условий для регулярного повышения квалификации и переподготовки медицинских кадров.

К ВОПРОСУ О ПЛАНИРОВАНИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ РЕСУРСОВ В ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Каптагаева А.К., Смаилова А.Н.

Министерство Здравоохранения Республики Казахстан

На сегодняшний день вопрос совершенствования управления системой здравоохранения является одним из приоритетных направлений развития отрасли.

В своем Послании народу Казахстана «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации!» Глава государства акцентировал внимание на необходимости проведения серьезных преобразований в системе здравоохранения, в том числе и в части совершенствования системы управления отраслью. В Государственной программе реформирования и развития отрасли на 2005-2010 годы были отражены шаги, обращенные в данном направлении.

Управление заключается в координации и интеграции организационных ресурсов для достижения поставленных целей наиболее эффективным способом. Управление включает в себя планирование, руководство и контроль, организацию и процесс принятия решений, исследования в области использования ресурсов (1).

Планирование характеризуется как определение (или получение) цели развития объекта управления и средств ее достижения, составление плана действий (2).

Кроме того, планирование определяется также как компонент программного цикла, осуществляемый после анализа и включающий процесс выбора приоритетов, целей и задач, путей и средств реализации, необходимых для их достижения, прогнозирования ресурсных и иных затрат и результатов (3).

При этом, при планировании здравоохранения необходимо учитывать вопросы экономики здравоохранения, пути и методы рационального и эффективного использования материальных, финансовых и трудовых ресурсов в области здравоохранения (4).

К ресурсам здравоохранения относятся как финансовые, материальные, временные, пространственные, так и человеческие (1).

Термин «человеческие ресурсы» характеризует кадровый состав организации (предприятия, учреждения, фирмы) или трудовые ресурсы отрасли, территории региона, страны в целом с качественной и содержательной стороны. Данный термин также обозначает способность к творчеству и потенциальные возможности всестороннего развития работников, общую культуру и нравственную надежность, совершенствование трудовых взаимоотношений, мотивацию, предприимчивость и др.

Смысловая нагрузка понятия «человеческие ресурсы» тесно связана и соотносится с такими понятиями как «кадровый потенциал», «трудовой потенциал», «интеллектуальный потенциал», превосходя по объему каждое из них, взятое в отдельности (5).

Планирование человеческих ресурсов определяется как "процесс обеспечения организации необходимым количеством квалифицированного персонала, принятым на правильные должности в правильное время" (6). По другому определению, планирование персонала - это "система подбора квалифицированных кадров, при использовании двух видов источников - внутренних (имеющиеся в организации) и внешних (привлеченные извне), имеющей своей целью обеспечить потребности организации в необходимом количестве специалистов в конкретные временные рамки" (7). Согласно определению российских специалистов кадровое планирование - это направленная деятельность организации по подготовке кадров, обеспечению пропорционального и динамичного развития персонала, расчету его профессионально - квалификационной структуры, определению общей и дополнительной потребности, контролю за его использованием. (8).

При этом зарубежные источники концентрируют внимание главным образом на планировании потребности организации в кадрах, тогда как отечественные принимают это лишь в качестве одного из видов кадрового планирования, выделяя, кроме того, еще ряд понятий (планирование использования персонала, планирование его обучения и так далее) (9).

Кадровое обеспечение в современных условиях является решающим фактором успешной реализации реформ, проводимых в настоящее время в здравоохранении и медицинском образовании.

Увеличение масштабов материально-технического обеспечения отрасли, усложнение организационных форм оказания медицинской помощи, развитие медицинской науки, а также увеличение количества других факторов, оказывающих влияние на развитие отрасли и потребности в медицинской помощи и ресурсах здравоохранения, с одной стороны, увеличивают число реально возможных вариантов развития системы, а с другой – усложняют проблему выбора оптимального варианта планирования. Разработке критериев оптимальности плановых решений способствуют исследования в области планово-нормативной тематики (4).

Нами была сделана попытка систематизировать этапы процесса кадрового планирования. Так, на сегодняшний день существуют следующие базисные шаги:

- Анализ. Оценка имеющихся ресурсов и его потенциала;
- Прогноз.

Определение будущих потребностей (общего числа, необходимых квалификаций, территориальных и временных характеристик будущего персонала, который требуется для достижения поставленных целей).

Определение дополнительной потребности в персонале при учете имеющихся кадров организации и контингента будущих выпускников вузов;

- Мероприятия по удовлетворению потребностей в кадрах. Разработка программы и плана действия по развитию персонала и ликвидации потребностей в персонале.

Эффективное планирование человеческих ресурсов можно представить как последовательность приведенных выше действий.

Как видно из вышеизложенного, одним из наиболее важных шагов в планировании является прогнозирование развития и моделирование процессов и состояний объекта управления.

Медицинские кадры – один из основных компонентов в бюджете здравоохранения, поэтому их рациональное использование и управление ими имеют первостепенное значение. Проблема рационального расходования средств, выделяемых на подготовку кадров здравоохранения, также является достаточно актуальной для республики.

Отбор, подготовка и использование специалистов должно осуществляться так, чтобы максимальным образом обеспечить решение проблем охраны здоровья населения. Это подразумевает эффективную организацию работы медиков и специалистов в области здравоохранения с максимальным использованием имеющихся опыта и знаний (1).

До сегодняшнего дня прогнозирование потребности в кадрах здравоохранения осуществлялось с учетом мнения экспертов и ориентировалось, в большей степени, на текущие потребности отрасли. Вместе с тем, задача определения потребности в специалистах на ближайшую и более отдаленную перспективу является весьма сложной и требует всестороннего и тщательного научного обоснования.

В последующем, квалифицированная интерпретация результатов прогнозирования кадровых процессов в отрасли здравоохранения станет основой для их широкого применения в практике управленческой деятельности.

Литература:

1. Новое общественное здравоохранение. Т.Х.Тульчинский, Е.А.Варавикова. - Иерусалим, 1999 г.
2. Теоретические основы управления. Основные определения и понятия. Электронный ресурс: http://www.bank.orenipk.ru/Text/t12_197.htm
3. Основные термины и понятия. Под ред. акад.РАМН Оганова Р.Г., Чл.-корр. РАМН Вялкова А.И. Москва – 2000 г.
4. Попов Г.А., Проблемы врачебных кадров, М.; Медицина, 1974 г .
5. <http://www.sp02.mnogosmenka.ru/sp020726/sp020736.htm>
6. Волгин А. П., Матирлов В.М., Управление персоналом в условиях рыночной экономики (опыт ФРГ). – М.: Дело, 1992.
7. Герчикова И. Н. Менеджмент. – 1994. Учебник.- М.: Банки Г 37 и биржи, ЮНИТИ,1994 г.
8. Грачев М. В., Суперкадры. – 1993.
9. Кадровое планирование. www.5ballov.ru
10. Попов Г.А., Проблемы врачебных кадров, М.; Медицина, 1974 г., с.8
11. Одегов Ю.Г., Журавлев П.В. Управление персоналом.- М., - 1997.
12. Основы управления персоналом. Под ред. Генкина Б.М., - М., 1996.
13. <http://www.sp02.mnogosmenka.ru/sp020726/sp020736.htm>

АМЕРИКА ГЛАЗАМИ СПЕЦИАЛИСТА – ОРГАНИЗАТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА Ембердиева Ж. А.

Высшая Школа Общественного Здравоохранения МЗ РК

Изучение опыта США является полезным для нашей страны, особенно в такой гуманной социальной сфере как здравоохранение. Республика Казахстан, являясь постсоветским государством на сегодняшний день, еще сохранила элементы системы Семашко. Многие наши организаторы здравоохранения ошибочно считают, что если мы имеем государственное здравоохранение, то и опыт нужно изучать в странах с аналогичной системой, а здравоохранение США – полностью являясь частным, представляет собой бессистемную, неуправляемую и стихийную организацию. По данным литературных источников, за последние годы США настолько серьезно продвинулись в области организации медицинской помощи и медицинских технологий, что их опыт становится предметом изучения других стран. Поэтому, группа специалистов – будущих менеджеров здравоохранения Казахстана была направлена на обучение в один из ведущих университетов США – Университет Содружества Вирджинии, который имеет хорошую медицинскую школу управления здравоохранением. Данное 6-ти месячное обучение было подготовлено МЗ РК, в рамках «Государственной программы

реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы» и Департаментом управления здравоохранения УСВ. Я, являясь участником этой программы, хочу поделиться теми наблюдениями, оценкой действительности, знаниями, полученными за время пребывания в США.

Первое, что мы увидели – несомненно, наличие в США очень высокого уровня медицинских технологий (профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных), биотехнологий, производства лекарственных препаратов и изделий медицинской техники, жесткого и чрезвычайно эффективного контроля за качеством лекарственных препаратов и продуктов питания. Яркие примеры – Gamma Knife (лазерный нож для удаления опухолей головного мозга), da Vinci Surgical Robot (оперирующий робот), eLCU (электронное управление больными, нуждающимися в интенсивной терапии), робот для сборки лекарств и мн.др. Этому можно и нужно учиться, осуществляя обмен опытом и специалистами. Также высокий уровень научных медицинских и биологических исследований, наличие научно-медицинской литературы с разветвленной системой доступа к ней, высокий уровень статистики здоровья на примере Департамента здравоохранения графства Честерфилд (Chesterfield County) по-нашему, районный отдел здравоохранения. Основной миссией, которого является защита, сохранение, продвижение оптимального здоровья для сообщества через превосходство в общественной службе здравоохранения. Наиболее актуальные программы департамента – это борьба с факторами риска, контроль за качеством питьевой воды и чистотой природных источников, вакцинация детей, охрана здоровья матери и ребенка, планирование семьи, профилактика ВИЧ/СПИД, ЗППП. В США широко распространены организации независимого проживания для пожилых людей (пример Williamsburg Patriot's Commune), где одинокие люди старше пенсионного возраста, могут жить, общаться по интересам и иметь полноценное медицинское, социальное обслуживание. Мы убедились в том, что в США много известных во всем мире научных центров (например, клиника Мейо) и ученых, поэтому интерес специалистов разных стран мира к медицине и медицинской науке США очень высок. И это справедливо.

Также мы заметили, что американцы, обычно проявляющие здоровый консерватизм и не желающие больших перемен, в своем большинстве (до 85%) в той или иной степени проявляют неудовлетворенность своей системой здравоохранения. Значит, дело не только в уровне медицинской помощи и постоянно обновляемых технологиях, но и в организации помощи, т.е. в ее доступности, охвате, качестве, системности и многих других аспектах. Это является одной из наших схожих проблем.

Кроме системы здравоохранения, в США нужно объективно знать местные условия, уровень жизни, потребности населения, характеры самих американцев и их привычки. Казахстанцы и американцы имеют очень много различий и в условиях жизни, и в проблемах здоровья и здравоохранения, и в менталитете. Возможность изменить именно менталитет наших организаторов и управленцев здравоохранения является основной задачей, поставленной перед нами МЗ РК в этой обучающей программе. Поэтому с точки зрения эффективного менеджмента и лидерства необходимо знать, какие мы.

Для американцев наиболее приоритетными и престижными являются социальные ценности – здравоохранение, образование, социальное обеспечение, наука и культура, у нас – наоборот, они на последнем месте. Для сравнения – доля ВВП, выделяемого на здравоохранение в США – 15 %, в Казахстане – 2.2 %. Каждый американский студент знает, зачем ему нужно учиться в университете, у нас молодежь, как правило, часто оказывается в ситуации, когда не знает куда идти работать после получения высшего образования. В Америке умственный труд ценится выше, чем физический, профессия врача, педагога, юриста, банкира, и научный труд являются самыми высокооплачиваемыми в стране.

Что касается общественно-политической жизни то, американцы по своей сути очень законопослушный народ. Они готовы заплатить налоги с каждого дополнительно

заработанного доллара в отличие от наших бизнесменов. Законы принимаются, чтобы их соблюдать, а не обходить и не исполнять их в должной мере. Американские судьи, прежде всего, защищают интересы и права граждан. Каждый гражданин страны может свободно поменять место жительства, работу не переживая за свое будущее. Ему платят за труд, за произведенную работу, у нас – за соответствие разряду и занимаемую должность. Здесь можно не имея наличных денег спокойно жить в кредит, у нас пока это трудно представить. Вся сфера услуг слаженно работает для человека. Меня очень тронула забота о людях, имеющих физические недостатки здоровья, то есть – инвалиды (в США права инвалидов закреплены законодательно и включены в общую систему гражданских прав, запрещающую дискриминацию человека; Базовым нормативно-правовым актом является Закон 1990 года "Об инвалидах", выполнение которого строго контролируется федеральными органами каждого штата). Они не чувствуют себя ущербными, так как могут вести полноценную активную жизнь – учиться, работать, посещать театры, концерты, ездить на общественном транспорте, заниматься спортом и многое другое. Это возможно, потому что везде - в любом здании, ресторане, спортивном центре, метро, автобусе есть специальные приспособления для их передвижения. К сожалению, инвалиды в нашей стране лишены всего этого. Они даже не могут выйти из собственного дома. С детства каждому американцу прививается чувство гордости своей страной, они тщательно соблюдают индивидуальный суверенитет и неприкосновенность, мы же воспитаны на коллективных началах и на общественном сознании. Такого количества национальных флагов на улицах, зданиях, кабинетах не встретишь ни в одной другой стране. И хотя американцы являются выходцами из разных стран и континентов и нередко расселяются по национальному принципу (китайские, латиноамериканские кварталы), все они, как это записано в Конституции, называют себя: Мы - американский народ. Так как Казахстан это тоже многонациональная страна, я думаю, в этом наша сходство.

Сильное соблюдение прав личности приводит к тому, что если, например, американец пройдет рядом с вами на улице, то он обязательно улыбнется и извинится, т. к. вторгся в ваше личное пространство. Это же качество приводит, например, к тому, что если человек является представителем национального или сексуального меньшинства, то ему можно не опасаться потерять работу или другие социальные блага, так как в этой стране к ним относятся с чрезмерно подчеркнутым пониманием и уважением.

Американцы сделали самих себя, сделали такими, какие они есть: привлекательные, предприимчивые, в меру открытые и в меру закрытые, улыбчивые, деловые, умеющие ценить время и деньги, постоянно стремящиеся к конкуренции и гордые своим правом выбора. Основной установкой американской нации является вера, прежде всего, в себя, опора и расчет на свои способности и возможности, а никак не на помощь друзей, знакомых и государства. Самое часто повторяемое слово у них - это свобода, - слово, которое является ключом к пониманию психологии каждого жителя США. А чувство независимости настолько высоко, что с юных лет дети стараются не зависеть, прежде всего, финансово от родителей, а родители не зависят от своих же детей. Таким образом, Америка - это весьма противоречивая страна, и эти противоречия проявляются во всех сферах деятельности, включая и общественное здравоохранение.

Литература:

1. Roice D. Luke, Ph.D, Professor. Health systems – major models. Lectures materials, Department of Health Administration. VCU.
2. Dolores G. Clement. Dr. Policy Context: Backgrounds, Trends and Paradigm Shifts. Lectures materials. Department of Health Administration. VCU.
3. William Nelson. Dr. Health Institutions. Lectures materials, Chesterfield County Health Department. VA.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США. СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА.

Ембердиева Ж. А., Кунтуганова А. Ж.

Высшая Школа Общественного Здравоохранения МЗ РК

В мире существует несколько классических моделей здравоохранения и, рассматривая системы различных стран, мы не можем точно сказать, какая же модель лежит в ее основе. Сегодня системы настолько видоизменились, перенимая друг у друга наиболее успешные элементы, что в чистом виде ни в одной из стран эти модели не встречаются. Эта известная классификация включает:

1. Преимущественно государственную модель (Англия, Норвегия).
2. Преимущественно страховую модель (Франция, Германия, Япония).
3. Преимущественно – частную (США).

Для нас наиболее интересен опыт здравоохранения США, являющейся одной из крупнейших отраслей американской экономики, в которой сосредоточены огромные ресурсы. Медицинская индустрия составляет одну седьмую часть всей национальной экономики, где работают свыше 10 млн. человек. Программа перестройки американского здравоохранения, его коренная модернизация, предложенные в настоящее время, направлены на создание регулируемого государством страхового рынка, на существенное распространение не только добровольного, но и обязательного медицинского страхования для обеспечения доступности медицинской помощи всем группам населения. Деятельность государства в сфере здравоохранения оказывает многостороннее влияние на американское общество. Политика в системе затрагивает существенные интересы практически всех слоев, групп и классов общества, находится в центре политической жизни страны. Частная медицинская система страхования существует в рамках государственного законодательства, которое определяет стимулы и направления ее развития, обеспечивает государственный контроль и сегодня медленно, но внедряется политика снижения стоимости страховых пакетов для людей среднего класса.

Система здравоохранения США финансируется из нескольких источников, которые можно разделить на две группы:

1. общественные
2. частные.

Общественные представлены в лице правительства, то есть средства, подконтрольные государству, идущие на программы государственных гарантий охраны здоровья – это федеральный и штатные бюджеты. К частным относятся обязательные отчисления работодателей, предприятий на программы помощи пожилым (Medicare), малоимущим (Medicaid) и инвалидам. Кто же оплачивает медицинскую помощь американским гражданам, и откуда берутся эти средства? Нет другой такой страны, кроме США, которая при беспримерном национальном богатстве одновременно имела бы огромное число граждан, не имеющих средств для оплаты медицинской помощи. Система оплаты помощи через индивидуальное страхование сделала для страны возможным создание блестящей медицины, выполняющей огромное число самых сложных и дорогих

вмешательств. При этом правительство обеспечивает финансирование поставщикам медицинской помощи (больницы, врачи и др.), используя страховые компании управляемой помощи. Ключевым моментом такой модели является управляемая конкуренция, то есть когда рынок представлен сильными покупателями, потребителями медицинских услуг. Они сами решают, какие виды услуг, у кого и когда покупать. Пациенты непроизвольно становятся членами страховых компаний, вливают взносы, сами ведут поиск поставщиков, а страховые компании только возмещают им стоимость этих услуг. Это не совсем удачный ход развития системы здравоохранения США сегодня, так как потребители – пациенты вынуждены покупать дорогостоящие услуги. Могут ли они объединиться в большие ассоциации или организации пациентов и тем самым противостоять ценовой политике поставщиков? Ответ – и да, и нет. Потому что, крупные объединенные больницы, медицинские организации НМО (Health Maintain Organization) которые оказывают качественную медицинскую помощь, будут вынуждены сокращать свои затраты за счет выгод, а страховые компании будут предлагать пациентам пакет с минимальными медицинскими услугами в целях экономии средств. Потребители в данной ситуации опять находятся в невыигрышном положении. Чем больше бедных людей, тем больше растет общественное покрытие их обеспечения медицинской помощью. Число не имеющих страховки не уменьшается, возрастающая стоимость вызывает новые попытки перестроить пакет услуг, входящих в медицинское страхование и покрытие. На сегодняшний день в США охват медицинским страхованием составляет: при общем количестве населения около 300 млн. - общественным 85 млн. человек (Medicare, Medicaid и инвалиды), 170 млн. частным страхованием, 44 млн. человек вообще не имеют медицинской страховки, а значит, гарантированного доступа к медицинским услугам. Чаще всего происходит, когда ни работник (из-за маленькой заработной платы), ни работодатель (в целях экономии средств компании) не хотят платить страховые взносы. Это серьезная проблема для США, связанная с политическими, экономическими изменениями и ростом затрат на здравоохранение. В динамике цены на здравоохранение растут быстрее, чем на все остальное. Если в 1970 году расходы составили 73 млрд. долларов в процентном соотношении от ВВП – это 7 %, то в 2002 году – 1553 млрд., процент от ВВП – 14.9 %. В США нет “глобального” бюджета и нет достаточной координации среди частей системы. Вместо этого существует хаотическая система — потребители (пациенты), страхователи, поставщики медицинских услуг и появилась четвертая сторона – это покупатели (посредники) медицинских услуг. Все они функционируют независимо друг от друга и обычно стремятся к разным целям, что, в общем, способствует росту стоимости медицинских услуг и, как следствие, их недоступности. Если с тремя первыми участниками этой системы все ясно, то кто же такие покупатели?! Как правило, в их роли выступают работодатели крупных национальных компаний, иногда правительство. Они определяют, какая категория людей будет входить в эту страховку, какие именно медицинские услуги и вмешательства будут составлять основной страховой пакет, определяют цены, могут снижать или повышать их в результате переговоров с сильными профсоюзами. Профсоюзы, объединяя работников в группы, способствуют созданию хороших страховых пакетов. Например, самый лучший страховой пакет у Джeneral Моторс среди многих автомобильных компаний с учетом жесткой конкуренции на мировом рынке. Гарантом обеспечения медицинской помощи для населения выступает система медицинского страхования — государственная и частная, т.е. третья сторона, которая платит производителям медицинских услуг.

Несмотря на рост медицинских страховых взносов, система частного страхования не гарантирует пациенту полного покрытия стоимости всех полученных медицинских услуг. Групповое частное медицинское страхование, жестко связанное с рабочим местом, таит в себе угрозу негативных последствий для работников в обстоятельствах потери или смены рабочего места и как следствие - отсутствие выбора врача. В настоящие дни назревает беспокойство в системе здравоохранения США, когда поставщики не хотят

иметь низкие страховые взносы, у пациентов отсутствует свобода выбора, а правительство вынуждено увеличивать затраты на здравоохранение.

Поэтому система частного страхования с точки зрения социальных потребностей общества недостаточна. США необходимо усиление существующих государственных программ “Медикэр” (Medicare) и “Медикэйд” (Medicaid) и активная поддержка «управляемого здравоохранения», так как они являются важным механизмом в достижении социального равновесия в обществе.

Благодарность Профессору Департамента управления здравоохранения, Университета Содружества Вирджинии, США Роберту Е. Харлей.

Литература:

1. Robert E. Hurley Ph.D, Associate Professor. Health Benefits. Coverage and Financing. Lectures materials, Department of Health Administration. VCU, 2006
2. Stephen S. Mick, PhD, CHE. The Health Care Workforce: Systematic Approaches and Estimation. Lectures materials, Department of Health Administration. VCU, 2006
3. Roice D. Luke, Ph.D, Professor. Private organization strategy. Lectures materials, Department of Health Administration. VCU, 2006
4. A. A. Akanov, M. K. Kulzhanov, M. A. Kamaliev New Public Health in Kazakhstan. Journal of Central Asian Health Service Research, Volume 4 # 2, 3 2006
5. В. В. Власов, Л. М. Печатников «Медицинское страхование в США» - ж. Доктор.Ру №1 (11) 2003 г.
6. Н. Шведова. Проблемы финансирования медицины и здравоохранения Российской Федерации. "Экспертно-консультативный совет" Бюллетень 2 (7) /2002 г.

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ СЕСТРИНСТВА В ПРАКТИКУ

Бурибаева Ж.К.

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни

Нами был проведен углубленный анализ теоретических моделей сестринского дела, при этом основное внимание уделялось изучению их практической значимости применительно к отечественной системе здравоохранения. Следует отметить, что для Казахстана остается актуальным решение вопроса, впервые прозвучавшего в начале XX века в США, об определении обязанностей, ответственности и взаимоотношений медсестер с пациентами и персоналом. В нашей стране уже несколько десятилетий продолжает доминировать концепция «медсестра – помощник врача», на основе которой построены программы подготовки медицинского персонала среднего звена (МПСЗ). На наш взгляд, несколько весомых и взаимосвязанных факторов обуславливает данную ситуацию:

§ политический фактор: нейтральная позиция МЗ РК в отношении необходимости реформирования сестринского дела;

§ фактор авторитарности: отсутствие лидеров сестринского дела, имеющих авторитет и реальную власть для продвижения реформ или лоббирования интересов сестринства;

§ кризисный (или посткризисный) фактор: в 1990-1999-е годы социально-экономический кризис в стране обусловил неблагоприятную ситуацию в системе здравоохранения, и в настоящее время прилагаются усилия по улучшению ситуации, определены направления развития здравоохранения, являющиеся более приоритетными по сравнению с сестринством;

§ фактор пассивности, присущий не только МПСЗ: отсутствие сплоченности у 100-тысячной армии МПСЗ и энергии для решения проблем сестринства (именно этим фактором можно объяснить малую эффективность имеющихся в РК сестринских ассоциаций);

§ образовательный фактор: для изменения статуса МПСЗ необходима соответствующая перестройка концепции и программ образования с обязательным включением данного вопроса в учебные программы для врачей, руководителей и организаторов здравоохранения;

§ общественный фактор: широкая доступность медицинской помощи способствовала выделению населением авторитета врача, как специалиста с более высоким уровнем подготовки («зачем обращаться к медсестре, когда есть врач, который обязан помочь?»);

§ технологический фактор: размещение МПСЗ в технологическом процессе на роль вспомогательного персонала, практически не имеющего право самостоятельной практики;

§ врачебный фактор: настоящее положение выгодно врачам, т.к. признательность населения полностью направлена на них («с медсестрами славой можно не делиться»), предписываемое взаимодействие врача с медсестрой повсеместно на практике обернулось полным подчинением последней.

Нами установлено, что возможность использования рассматриваемых теоретических моделей сестринского дела в условиях Казахстана ограничена вследствие наличия следующих факторов:

1. Организационный фактор, состоящий из нескольких моментов:

§ отсутствие свободного рабочего времени вследствие большого объема выполняемых лечебно-диагностических и санитарно-противоэпидемических манипуляций для длительного общения с пациентом;

§ сестринский уход в настоящее время является не самой главной задачей МПСЗ, более приоритетными определены (в нормативных документах): в стационаре – обеспечение сандезрежима и выполнение лечебно-диагностических манипуляций; в АПО – помощь врачу при оказании медицинской помощи населению;

§ согласно положениям МЗ РК использование другой документации, кроме нормативной, запрещено;

§ наличие большого объема ежедневно заполняемой документации, вследствие чего МПСЗ негативно реагирует на любую попытку увеличения данного объема.

2. Образовательный фактор – современная система подготовки врачей и МПСЗ основана на устаревшей идеологии «медсестра – помощник врача», в то время как единая для всех моделей концепция представляет медсестру как самостоятельного специалиста по уходу. При этом следует подчеркнуть, что одним из условий внедрения моделей в отечественную практику здравоохранения станет необходимость перестройки образовательной системы, включая замену идеологии, пересмотр учебных программ, преподавание дисциплин специалистами сестринского дела, проведение экспериментов на клинических базах.

3. Теоретический фактор – проведенный сравнительный анализ моделей сестринского дела выявил их несовершенство и разрозненность (что вполне объяснимо на данном этапе развития сестринства), вследствие чего перед их внедрением в практику необходимо провести экспериментальные исследования. Следует отметить, что за рубежом многие модели апробированы и внедрены в практику, однако внедрение их в

отечественную практику должно учитывать «местные» факторы (особенности организации и управления здравоохранением, образ жизни населения).

Таким образом, возможность внедрения моделей сестринского дела в Казахстане ограничена вследствие влияния трех факторов (организационный, образовательный и теоретический). Необходимость совершенствования и дальнейшего развития сестринского дела в республике требует решения наиболее актуального теоретического вопроса об определении обязанностей, ответственности и взаимоотношений медсестер с пациентами и персоналом. При этом следует подчеркнуть, что для решения этого вопроса есть 2 пути: разработка собственных «казахстанских» моделей сестринского дела или экспериментальная апробация и внедрение имеющихся моделей. Условием использования моделей сестринства в отечественной практике здравоохранения является необходимость перестройки образовательной системы, включая замену идеологии, пересмотр учебных программ, преподавание дисциплин специалистами сестринского дела, проведение экспериментов на клинических базах.

ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И ВЕНГРИИ, 1990-2002

М.А. Такенова

Высшая Школа Общественного Здравоохранения

Согласно литературным данным, из 6.3 миллиардов людей, населяющих землю, около 10% являются инвалидами, и их число удвоится по прогнозам ВОЗ. По законодательству многих стран, инвалиды или люди с ограниченными возможностями имеют особый статус из категории социально-незащищенных людей в обществе [4].

Проблема социально-незащищенных слоев населения, а в особенности детей-инвалидов очень актуальна и мало изучена на сегодняшний день в Казахстане [4,5]. Доля детей-инвалидов составляет 12.8% (более 47,7 тыс. в 2002 году) от всех инвалидов в республике и 1% от общего числа детей, являясь наиболее уязвимой группой бедного населения страны [9]. В Казахстане за последние 12 лет детская инвалидность выросла почти в 2 раза. Несмотря на то, что медико-социальная поддержка и защита инвалидов в Казахстане, обеспечение им равных возможностей в реализации экономических, политических прав и свобод гарантированы Конституцией страны и другими нормативно-правовыми документами, на практике все обстоит намного сложнее [4].

Целью данной работы являлось исследование тенденций детской инвалидности с 1990-2002 года и представление обзора медико-социальных услуг, направленных детям с отклонениями в психо-физическом развитии в Казахстане и Венгрии [9].

Выполнение данной работы было осложнено противоречивостью казахстанских данных, полученных из различных официальных источников. Исследование тенденций по годам в Казахстане было ограниченным вследствие изменения подачи данных по детям инвалидам с возрастной группы до 14 лет, до 16 лет в 2000 году. Согласно имеющимся данным, интенсивный показатель детской инвалидности вырос вдвое в период с 1992 по 1999 годы (с 466.8 на 100 тыс. детского населения до 14 лет в 1992 г. до 977 на 100 тыс. в 1999г.), с последующей стабилизацией с 2000 года.

Увеличение также подтверждается ростом вдвое первичной детской инвалидности с 75,2 на 100 тыс. детского населения до 14 лет до 148 в 1991 и 2003 гг., соответственно

[6,9]. Увеличение роста детской инвалидности за данный период четко наблюдалось в некоторых областях (Западно-Казахстанская, Восточно-Казахстанская, Кызылординская, Южно-Казахстанская области), предположительно вследствие сложной экологической ситуации и высокой заболеваемости, что соответствует наблюдениям других исследователей [3,8]. Вследствие неполной информации было невозможно дальнейшее исследование и оценка различных аспектов детской инвалидности (с распределением по возрасту, типам инвалидности, т.д.).

Несовершенство статистической отчетности и определения нетрудоспособности детей с психофизическими отклонениями в суверенном Казахстане, а также недоотчетность, являются одними из основных причин заниженных показателей общей детской инвалидности в сравнении с венгерскими данными (выкопировка вторичных данных автором) [4,5,6,9]. Несмотря на это, в 2001 году процент детской инвалидности (от общего числа инвалидов) в Казахстане в 2.6 раз выше, чем в Венгрии. Небольшое увеличение детской инвалидности (1571.3 до 1702.3 на 100 тыс. детского населения до 14 лет) наблюдалось в Венгрии за последнее десятилетие, полные данные для которого представлялись переписью населения со специальным разделом по людям с отклонениями в развитии. В 36% детская инвалидность в Венгрии является вследствие ментальных нарушений и 12% вследствие физических нарушений [7].

Второй из поставленных задач было сравнить медико-социальное, психолого-педагогическое обеспечение услугами детей-инвалидов государственными и неправительственными организациями в Казахстане и Венгрии.

Нами были изучены законодательные документы, определяющие права и социальные гарантии инвалидов в Казахстане и Венгрии. В Казахстане были разработаны и утверждены – «Государственная программа реабилитации инвалидов на 2002-2005», Закон «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» и «О социальной защите инвалидов в РК», а также венгерская «Государственная программа здоровья «Йохана Бела – Национальная программа для инвалидов».

В результате проведенных исследований установлено, что распределение услуг в Казахстане (социальные пособия по инвалидности, количество НПО и т.д.) не соотносится с распределением детей инвалидов в стране. Имеются противоречия в данных Министерства труда и социальной защиты РК по детям-инвалидам, получателям социальных пособий. Т.е., число получателей социальных пособий по инвалидности не соответствует реальному числу детей-инвалидов в стране, а также их географическому распределению [1,5]. Также отсутствует адресность оказания медико-социальной помощи, т.к. она зависит от степени ограничения жизнедеятельности у детей-инвалидов.

В этом аспекте общественные организации вносят большой вклад и адресно оказывают различные виды услуг в обеих странах по вопросам защиты прав инвалидов, подготовке специалистов, развитию модели социального включения и реабилитации, специального образования, также всесторонней поддержки семей с детьми инвалидами и их помощников [5,9].

Одним из заключений работы было признание необходимости создания условий для глубокого комплексного анализа данных по инвалидности по различным аспектам для разработки и внедрения эффективных мероприятий по профилактике и снижению детской инвалидности в Казахстане и Венгрии [1,9].

Основываясь на наших результатах, могут быть представлены некоторые рекомендации, в частности необходимость полноценного научно-обоснованного подхода к созданию единой государственной статистической отчетности по детям с ограниченными возможностями, также введение государственной мониторинговой системы по инвалидности с исследованием изначальной адресности помощи. Также назрела необходимость в пересмотре существующих данных, согласно единым подходам к расчетам детской инвалидности для надлежащего системного анализа ситуации.

В отношении медико-социальных услуг, в Казахстане необходим комплексный подход для детей с психофизическими отклонениями в развитии, включающий межведомственное сотрудничество специалистов системы здравоохранения, образования и социальной защиты. Особенно важно отработать все уровни взаимодействия правительственного и неправительственного секторов с непосредственным участием самих инвалидов и их семей [8]. Необходимо дальнейшее улучшение других детерминант, влияющих на здоровье, таких как образование, улучшение условий рынка труда, доход, охрана материнства и детства, устойчивость факторов окружающей среды.

Данная работа представлена для привлечения внимания профессионалов, людей, принимающих решения, и широкой общественности к важности обладания достоверной и полной информацией, в частности, эпидемиологических данных по детской инвалидности, а также системе социальной защиты в стране для проведения медико-социальных исследований и для надлежащего системного анализа ситуации и научно-обоснованного подхода в планировании и разработке профилактических и реабилитационных услуг, позволяющих людям с ограниченными возможностями осуществить свой потенциал.

Таблица 1. Избранные индикаторы по инвалидности и ассоциируемым вопросам в Венгрии и Казахстане, 1999, 2001 гг.

	Венгрия		Казахстан	
	1990	2001	1992	2001
Детское население до 14 лет (в тысячах)	2 131	1692	5346.4	4 963 ³
Общее количество детей-инвалидов < 14 лет	33485	28803	24955	49433 ⁴
Показатель детской инвалидности на 100 тыс. детского населения <14	1571.3	1702.3	466.8	996
Впервые выявленная детская инвалидность в выбранный год				
Показатель первичной детской инвалидности < 16 лет на 100 тыс. детского населения до 17 лет	-	-	4552	8207
			75.2	165
% детской инвалидности от общей инвалидности (вкл. взрослых)	9.10%	5%	7.4%	12.8%
% детей инвалидов от всех детей <14 лет	1.6 %	1.7 %	0.47%	1%
Дети до 16 лет получатели социальных пособий на 100 тыс. детского населения	-	-	446.8	1156
% живущих в учреждениях социальной защиты	13.7% ²	9,7 %	12.4%	5.8%
Количество учреждений для проживания детей-инвалидов (домов-инвалидов, интернатов, др.)	39 ¹	31		17
% детей с физическими отклонениями в развитии	11	12%	-	-
% детей с умственными отклонениями	51%	37%		
Показатель детей с отклонениями в развитии на 100 тыс. детей до 14 лет (по данным проф.осмотров дошкольников, школьников)	-	-	2051.8 (1980.1 ⁶)	2536.1 ⁵
% детей получающих спец. образование (от общего количества детей с	-	-	69%	62%

медицинской помощи [2], многие страны, преследуя целью именно увеличение доступности медицинской помощи и повышение ее качества, ввели схемы возмещения затрат, когда за медицинские услуги платит сам пациент и частично государство или страховая компания. Разделение финансовой ответственности и перенос ее части на потребителя известно как «сооплата».

Казахстан не является исключением. Законом Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» [3] среди источников финансирования государственной системы здравоохранения (ст. 41) предусмотрены средства, поступающие от граждан в виде сооплаты сверх бесплатного гарантированного объема медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, что подразумевает частное субсидирование лечебно-диагностического процесса наряду с бюджетным и другим дополнительным в соответствии с действующим законодательством финансированием.

В условиях бюджетных ограничений каждая организация здравоохранения заинтересована в привлечении дополнительных источников финансирования и развивает сектор платных медицинских услуг населению, что обоснованно и естественно вписывается в рыночные реалии современного общества.

Однако, возможны и другие направления коммерциализации деятельности, когда издержки медицинского обслуживания могут попросту «перекладываться» на самих пациентов. Для несформировавшегося цивилизованного рынка это закономерный процесс. Девальвация моральных ценностей, нравственные эрозии, снижение престижа и социальной защищенности медицинских работников способствуют формированию теневой экономики в системе здравоохранения.

По данным российского Фонда «Информатика для демократии», минимальные затраты населения России на бытовые взятки составляют 3 млрд. долл. в год, причем на самом деле сумма может быть в 3-5 раз выше, а лидером является система здравоохранения – 600 млн. долл. в год [4].

Практически каждый третий пациент (31,5%) оплачивал или благодарил в денежной форме или подарками медицинский персонал. Причем, 18% решали вопрос о размере оплаты самостоятельно, 10% – по усмотрению врача и 4% – по совету знакомых [5].

Опрос 2000 городских и сельских жителей Казахстана в 2000 г. показал, что в каждом пятом случае (19,7%) респондент, получавший лечение, давал врачу деньги/подарки в качестве личного вознаграждения, причем это явление шире распространено на юге страны (Кызылординская, Алматинская, Южно-Казахстанская области, г. Алматы) [6].

Исследованием, проведенным в г. Алматы и Алматинской области в 1999 г. с участием 6781 респондента (2031 семьи), установлено, что 28% всех респондентов (33,8% городских и 22% сельских), сами или один из членов семьи, за последние 12 месяцев платили неофициально за ту или иную оказанную медицинскую помощь. Из всех государственных медицинских организаций наиболее высокий размер неофициальной оплаты установлен в стационарах, причем в сельской местности он несколько выше, чем в городе [7,8].

В 2003 г. по данным опроса 12 тыс. домохозяйств 30,9% пациентов производили оплату при обращении за медицинской помощью [9].

С целью изучения распространенности и характера неформальных платежей в больничных организациях Алматы было проведено комплексное медико-социологическое исследование, включившее два замера: 2000 г. – 1508 респондентов и 2005 г. – 507 респондентов, получивших хирургическую и травматологическую медицинскую помощь со сроком давности выписки из стационара, не превышавшим 9 месяцев.

Статистическая совокупность сформирована способом случайного отбора из предоставленных больницами списков. Исследование проведено методом интервьюирования при посещении на дому с помощью специально разработанной анкеты.

Анкета содержала 46 вопросов, которые касались демографической характеристики пациентов, их заболеваний, оплаты, восприятия качества лечения, а также их доходов и расходов.

Как известно, медицинская помощь больным этого профиля оказывается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, перечень которого утвержден постановлениями Правительства Республики Казахстан от 29 января 1999 г. № 70, от 27 января 2000 г. № 135, от 21 декабря 2004 г. № 1348.

На вопрос «Платили ли Вы сами или делали подарки за оказанную стационарную помощь» положительно ответили 81,7% в 2000 г. и 36,4% в 2005 г.

На фоне снижения распространенности неформальных платежей изменился их характер (таблица 1).

Таблица –1 Сравнительная характеристика неформальных платежей в 2000 и 2005 гг.

Показатель	2000 г.	2005 г.
Время оплаты (до лечения, после лечения, во время лечения, в различные периоды лечения)	В различные периоды лечения (40,6%) и во время лечения (40,1%)	До лечения (80%)
Сколько раз пришлось платить	Дважды (32,3%), однократно (26,4%), трижды (21,8%)	Однократно (91%)
Заплатили:		
Врачу	15,5%	88,4%
Медсестре	1,4%	1,1%
Санитарке	0,2%	0%
Официально в кассу	0,8%	0,6%
Комбинация из перечисленных выше	19,5%	5,5%
За лекарства	61,2%	4,4%
Не знает	1,5%	0
Процент знающих о гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи	62%	87%

Анализ представленных данных свидетельствует о превалировании в последнее время оплаты до получения медицинской помощи (80% плативших), несмотря на большую, по сравнению с 1999 годом, осведомленность респондентов о своих правах на получение гарантированного государством бесплатного объема медицинской помощи. При этом деньги передаются непосредственно врачам (88,4%), в то время как предыдущий опрос показал преобладание оплаты за приобретение лекарств в аптеках (61,2%). Снижение оплаты за лекарства до 4,4% свидетельствует о лучшем ресурсном обеспечении больниц, в том числе по списку жизненно важных средств.

Сравнительный анализ показал возросшую требовательность пациентов к качеству медицинской помощи (таблица 2).

Таблица 2 – Оценка качества медицинской помощи респондентами в 2000 и 2005 гг.

Вариант ответа	2000 г.	2005 г.
Очень высокое	13,1	0,8
Хорошее	56,9	65,4
Удовлетворительное	22,3	30,6
Плохое	6,2	2,6
Очень низкое	1,5	0,6

Несмотря на снижение числа лиц недовольных качеством медицинской помощи в 2005 г. (3,2%) в два раза в сравнении с 2000 г. (7,7%), одновременно несколько уменьшилась доля лиц высоко оценивающих качество медицинской помощи (66,2%) по сравнению с 2000 г. (70%). В целом же, основываясь на результатах опроса, нет сомнений в профессиональном исполнении медицинским персоналом своих обязанностей, несмотря на наличие определенных проблем в системе государственного здравоохранения.

В основном, при обоих опросах платежи носили вынужденный характер: при первом опросе – по причине значительного дефицита лекарственного обеспечения медицинских организаций, а при втором – из-за сохраняющейся проблемы низкой заработной платы медицинского персонала и желания пациента получить более качественную медицинскую помощь.

Для уточнения причин, побудивших респондентов к неформальным платежам, был проведен факторный анализ с использованием критерия χ^2 , который позволил установить и проранжировать факторные признаки.

В 2000 г. среди факторов, оказывающих наибольшее влияние на неформальную оплату, первое ранговое место занимал доход респондента, второе – возраст, третье – категория сложности заболевания, четвертое – принадлежность к категории льготников, пятое – осведомленность о гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи.

Доход респондента, несомненно, оказывает свое выраженное влияние на способность оплачивать те или иные услуги, в том числе и медицинские. Возраст пациента оказывает свое влияние на оплату медицинских услуг. При этом для пациентов моложе 60 лет основную долю расходов составляли оплата медикаментов и оплата в приемном покое медицинских организаций. Люди старшего поколения – пенсионеры тоже были вынуждены платить за лекарства и диагностику, но в приемном покое и отделениях размеры платежей для них были более низкими. Пациенты в возрасте старше 60 лет платили меньше чем молодые в 3-4 раза, поскольку являются «льготной» категорией граждан. Учитывая минимальный размер пенсии (3600 руб в 1999 г.), пенсионерам практически невозможно было самим оплатить лечение. Сложность заболевания также оказывала влияние на факт оплаты респондентами медицинской помощи – с увеличением категории сложности заболевания отмечалось снижение уровня платежей. С вероятностью более 99% подтверждается взаимосвязь факта оплаты медицинских услуг с уровнем образованности респондента. С вероятностью более 95% выявлена связь факта неформальной оплаты с заболеванием пациента, количеством человек в семье и оценкой качества предоставленных медицинских услуг.

В 2005 г. на первое ранговое место среди причин неформальных платежей вышла категория сложности заболевания, второе – трудовая занятость пациента, третье – проведение оперативного вмешательства, четвертое – принадлежность к категории льготников, пятое – оценка качества медицинских услуг. Как показал анализ полученных

данных, респондентам с высокой сложностью заболевания пришлось платить больше, чем остальным. Занятость респондента в общественном производстве и, как следствие, его платежеспособность оказывала существенное влияние на факт платежей. Кроме того, отмечалось достаточно весомое влияние проведения оперативного вмешательства на оплату медицинской помощи. С вероятностью более 99% подтверждается взаимосвязь факта оплаты медицинских услуг с принадлежностью респондента к льготным категориям граждан и оценкой качества оказанных услуг. С вероятностью более 95% выявлена связь с осведомленностью респондентов о гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи. Как показал факторный анализ, возраст пациента, семейный доход, уровень образования и численность членов семьи с вероятностью менее 95% влияют на оплату респондентами медицинской помощи.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить положительную тенденцию сокращения теневого сектора здравоохранения, чему во многом способствовало увеличение объема бюджетного финансирования здравоохранения, включая гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, а также осознание пациентами своих конституционных прав. Стратегическим направлением борьбы с коррупцией в здравоохранении является повышение социального статуса врача.

Литература:

1. Коррупция в Казахстане глазами депутатов парламента, государственных служащих, предпринимателей и населения. – Исследовательский Центр Сандж (Ж. Джандосова и соавт.) по заказу ПРООН № UNDPKAZ 04. – Алматы, 2003. – 39 с.
2. European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies WHO. – Regional Office for Europe. Copenhagen, 1997. – 96 p.
3. О здравоохранении в Республике Казахстан: Основные законодательные акты. – Алматы: «Юрист», 2004. – 216 с.
4. Анатомия коррупции-2 // Аргументы и факты. – 2002, № 22. – С. 9.
5. Решетников А.В. Социально-экономическая характеристика страхователей // Экономика здравоохранения (Москва). – 2001, № 2 (52). – С.17-31.
6. Отношение населения к своему здоровью и системе здравоохранения: Результаты социологического исследования. – Алматы: «Фонд XXI век», 2002. – С. 63.
7. Камалиев М.А., Томпсон Р., Буздаева С.С., Сарбасов К.Т. Оценка расходов населения на медицинскую помощь //Центрально-Азиатский журнал по общественному здравоохранению. – 2001, № 1. – С. 51-55.
8. Камалиев М.А., Захаров И.С., Буздаева С.С., Сарбасов К.Т. К проблеме неформальных платежей в системе здравоохранения //Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2000, № 18. – С. 8-10.
9. Куракбаев К.К., Еламанова С.Х. Расходы населения Республики Казахстан при получении медицинского обслуживания //Материалы IV Международной научно-практической конференции «Современные аспекты общественного здоровья и здравоохранения», Алматы, 28-29 сентября 2005 г. – Алматы, 2005. – С. 77-80.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Касымалиева Р.А.

Сахарный диабет относится к числу наиболее распространенных заболеваний человечества. Количество зарегистрированных больных к концу века превысило 150 миллионов и, если продолжающийся бурный рост частоты сахарного диабета не будет

заторможен, то в середине XXI столетия, как полагают некоторые эксперты ВОЗ, половина человечества будет поражена этим заболеванием. Так в 1994 году в мире насчитывалось 110 миллионов пациентов с диабетом, то в 2000 году общее число больных составило 140 миллионов, а к 2010 году это число вырастет до 220 миллионов. Каждые 10-15 лет число больных, страдающих этим заболеванием, удваивается. При этом распространенность болезни растет, прежде всего, за счет высокой заболеваемости сахарным диабетом 2 типа.

Однако не только широкое распространение и продолжающийся рост частоты определяет его медико-социальное значение, но и огромные экономические потери, которые несет общество. Развитие сахарного диабета сопряжено с повышенной смертностью и высоким риском осложнений — ангио-, нефро-, ретино- и нейропатии, ведущих к преждевременной инвалидности и смерти.

Значение фактора гипергликемии в возрастании общей смертности и числа случаев сердечно-сосудистых заболеваний было продемонстрировано результатами исследования 4662 человек в возрасте от 45-79 лет, наблюдавшихся от 3 до 5 лет. Возрастание гликолизированного гемоглобина на 1 % вело к увеличению смертности на 28% независимо от возраста людей, уровня артериального давления, холестерина крови, индекса массы тела, курения.

Принимая во внимание значение гипергликемии в развитии микро и макрососудистых осложнений сахарного диабета, поддержание нормальных значений содержания глюкозы в крови представляется исключительно важным.

Было показано, что у больных, находившихся на интенсивной сахароснижающей терапии, при уменьшении гликолизированного гемоглобина с 7,9% до 7,0%, достигнуто снижение всех осложнений сахарного диабета – на 12%, микрососудистых осложнений – на 25%, инфаркта миокарда – на 16%, сердечной недостаточности – на 9%, необходимости удаления катаракты – на 24%, ретинопатии (через 12 лет наблюдения) – на 21% (UKPDS Study Group. 1998.2000).

Судьба больного, длительность и качество его жизни сохранение трудоспособности в значительной степени зависят от развития осложнений диабета. В Республике Казахстан зарегистрировано более 130 тысяч больных сахарным диабетом. Ежегодный прирост больных сахарным диабетом составляет 10-12%. В Республике внедрена программа «Диабет».

В ЦКБ МЦ УДП РК численность контингента в 2002 г — 4010, в 2003 г – 3922 пациентов.

Благодаря экономическим преобразованиям, проводимым в ЦКБ МЦ УДП РК, направленных на повышение экономической эффективности, внедрения передовых технологий и интенсификации инновационной деятельности больницы за 2002-2003 гг. улучшилось качество лечения больных сахарным диабетом.

Основную часть составляют пациенты из числа контингента.

Больные сахарным диабетом нуждаются в систематическом, пожизненном наблюдении и лечении.

С октября 1997 года на базе I терапевтического отделения выделены самостоятельно 5 коек для больных эндокринологического профиля. Осуществляется плановая и экстренная госпитализация контингента и больных на платной основе. В стационаре пациенты получают профилактическое лечение, а в случаях декомпенсации диабета, проводится подбор адекватной сахароснижающей терапии. С целью снижения прогрессирования тяжести сосудистых осложнений по показаниям проводится медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.

За 2002 и 2003 годы случаев повторной и экстренной госпитализации не наблюдалось.

Это можно объяснить слаженной работой врачей поликлиники и стационара, своевременной плановой госпитализацией, активизации работы с контингентом, проведению индивидуальных бесед и обучению в Школе диабета.

Общая заболеваемость по обращаемости контингента рассчитывается по следующей формуле: общее число зарегистрированных больных x на 1000 и / среднегодовую численность, а первичная - число впервые в жизни зарегистрированных заболеваний x на 1000 и / среднегодовую численность населения.

На уровень, структуру, динамику заболеваемости населения района обслуживания могут влиять возрастной, половой и профессиональный состав жителей, степень санитарного благоустройства района, производственные и жилищно-бытовые условия населения, уровень санитарной грамотности, обеспеченность медицинскими кадрами, и профессиональная квалификация, организация специализированной медицинской помощи, состояние профилактической работы и диспансеризация населения, состояние статистического учета и другие факторы.

Таблица №1. Первичная и общая заболеваемость.

Заболеваемость, абсолют число на 1000 нас	2002		2003	
	общая	перв	общ	перв
всего эндокринных заболеваний	120,9	6,7	141,5	7,1
сахарный диабет 1 типа	10 2,2	-	10 2,5	-
сахарный диабет 2 типа	411 91,1	14 3,1	431 108,7	17 4,3

Из таблицы видно, что общая заболеваемость по эндокринной патологии возросла с 120,9 в 2002 году до 141,5 в 2003 году, хотя превышает данные по Республике в несколько раз. Это связано с высоким уровнем обследования, диспансерного наблюдения прикрепленного контингента, преобладанием в структуре контингента людей пожилого возраста (старше 60 лет – 82,3%), профессиональными особенностями (работа была сопряжена с психологическими нагрузками, стрессами, малоподвижным образом жизни).

Первичная заболеваемость возросла в 2003 году с 3,1 до 4,3, что связано с уровнем обследования больных, высокой оснащенностью материально-технической базы больницы, где имеются все условия для выявления и дифференциальной диагностики больных с эндокринной патологией.

Заболеваемость сахарным диабетом 1 типа за 2002-2003 годы не изменилась, так как сахарный диабет 1 типа, заболевание в основном молодого контингента.

Преобладающее число среди больных занимают пациенты с сахарным диабетом 2 типа. Общая заболеваемость повысилась с 91,1 до 108,7. Диагностика и своевременное лечение диабета во многом определяют характер его течения, первичную и вторичную профилактику осложнений, способствует сохранению трудоспособности.

Характеристика уровня здоровья населения в значительной мере может быть дополнена данными о заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Больничных листов по сахарному диабету не выдавалось, так как показанием для выдачи листков временной нетрудоспособности, является декомпенсация диабета. Первичные выходы на инвалидность не зарегистрированы.

Основой успешного лечения и профилактики осложнений больных с эндокринной патологией является своевременное проведение диспансеризации.

Состояние диспансеризации больных определяется показателями организации, качества и эффективности. Однако диспансеризация не сводится только к выявлению и

учету больных. Диспансерный метод предусматривает обязательное динамическое наблюдение за контингентом, состоящим на учете, изучений условий с целью выявления факторов, отрицательно влияющих на здоровье, а также проведение мероприятий, направленных на их коррекцию.

С 2001 года произошли изменения в критериях диагностики, уровень гликемии натощак должен быть не более 5,6 ммоль/л, появилась новая группа с нарушенной гликемией натощак, проводится определение уровня постпрандиальной гликемии. Введение обязательного осмотра эндокринолога при профилактических осмотрах с 2002 года, позволило улучшить выявляемость различных нарушений гликемии натощак и толерантности к глюкозе, что отразилось на росте общей и первичной заболеваемости.

Число пациентов сахарным диабетом 1 типа составляет около 2 процентов от общего числа контингента. Это объясняется тем, что сахарным диабетом 1 типа страдают в основном дети и молодые, а у нас в поликлинике обслуживаются пожилые и старые люди.

Возросло число больных, у которых длительность заболевания превышает 20 лет. Как известно, длительность заболевания связана с прогрессированием осложнений. Больные получают интенсифицированную инсулинотерапию, в течение года все получают симптоматическую терапию в зависимости от выраженности осложнений и сопутствующей патологии.

Следует отметить, что снизился процент больных с легким течением диабета. На тяжесть течения диабета влияют возраст, длительность заболевания, наличие и прогрессирование осложнений. Увеличилось количество больных с тяжелым течением заболевания. Применение инсулинотерапии не является показателем тяжести диабета, следует учитывать наличие осложнений, длительность и возможность достижения стойкой компенсации, нарушенных при диабете обменных процессов. Увеличение процента осложнений диабета, ангиопатии, нейропатии, ретинопатии, нефропатии можно объяснить улучшением диагностики и высоким уровнем узких специалистов, тесно сотрудничающих с эндокринологом. Как было сказано выше, диабет хроническое заболевание, отличающееся длительным течением, прогрессированием осложнений, необходимостью соблюдения режима питания, регулярного приема сахароснижающих препаратов. При оценке эффективности диспансеризации, состояние «без перемен», может указывать на довольно стабильное течение диабета, правильно подобранную адекватную терапию, на проведение своевременной плановой госпитализации, профилактической направленности мероприятий, проводимых в нашей клинике.

Как известно, более 90% случаев диабета приходится на диабет 2 типа. Патогенез сложен и включает в себя прогрессирующую резистентность к инсулину и относительную недостаточность его секреции бета-клетками поджелудочной железы.

Лечение больных сахарным диабетом является сложной задачей, требующей помимо достаточной подготовки врача активного участия в лечении самого больного. Особенностью лечения при сахарном диабете является его индивидуализация, которая определяется не только уровнем глюкозы в крови и в моче, состоянием компенсации или декомпенсации обменных процессов, но также наличием и выраженностью диабетической ангиопатии, патологии других органов и систем и многими другими факторами. Состояние больных должно постоянно контролироваться врачом.

Проведение индивидуальных бесед, обучение в Школе диабета, позволяют правильно донести до больного необходимость инсулинотерапии, уменьшает неоправданный страх перед «зависимостью от инъекций инсулина».

Обеспечение лекарственными препаратами за все годы было удовлетворительным.

Особенность нашего контингента больных требует применения высококачественных инсулинов короткого и продленного действия, самых современных пероральных сахароснижающих препаратов. Это дает возможность значительно повысить эффективность лечения и приблизить ее к международному уровню.

Таким образом, слаженная работа поликлиники и стационара является мощным потенциалом, позволяющим решить многие проблемы, возникающие в сложный период реформирования здравоохранения и сохранить высокий уровень лечебно-диагностического процесса и организационно-методических мероприятий.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ УЛУЧШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОНМК ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ РЕГИСТРА ИНСУЛЬТА В ЮКО РК **Утеулин М.Т.**

Высшая Школа Общественного Здравоохранения,
Департамент здравоохранения Южно-Казахстанской области

Сосудистые заболевания мозга - актуальная медицинская и социальная проблема. Смертность от ОНМК уступает лишь смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций и достигает в экономически развитых странах 11-12% (Bonita R. et al. 1994). Многие миллионы людей становятся инвалидами. Продолжается неуклонный рост числа сосудистых заболеваний мозга, при этом каждые 10 лет жизни их частота примерно удваивается. Ежегодно в мире переносят инсульт более 20 млн., а в России - более 450 000 человек. Каждые 1,5 мин. один из россиян впервые переносит инсульт. Только в Москве в течение одного месяца госпитализируются более 2000 больных с инсультом, что примерно вдвое превышает количество больных с инфарктом миокарда. В мире ежегодно от инсульта умирают около 5 млн. человек, из которых примерно 25% в течение первого месяца, и около 40% - в течение первого года. В России инсульт занимает второе место (21,4%) в структуре общей смертности населения, уступая лишь ИБС (25,7%). Показатели смертности от цереброваскулярных болезней (ЦВБ) в России, согласно официальной статистике, одни из наиболее высоких в мире. Инсульт является ведущей причиной тяжелой инвалидизации трудоспособного населения, при этом лишь 20% выживших больных могут вернуться к прежней работе. По данным ВОЗ, совокупная стоимость прямых и непрямых расходов на одного больного инсультом составляет 55000-73000 долларов США.

Состояние здоровья населения Республики Казахстан характеризуется общим ухудшением, остаются высокими общая заболеваемость, продолжается рост сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), сокращается средняя продолжительность жизни. В течение последнего десятилетия наблюдается неуклонный рост заболеваемости и смертности взрослого населения Южно-Казахстанской области (ЮКО) от ССЗ, вместе с ЦВБ они составляют 1/3 часть всей ежегодной инвалидизации трудоспособного контингента населения. В структуре внебольничной смертности наибольший удельный вес занимает смертность от болезней органов кровообращения и ОНМК - 82,3% случаев. Уровень заболеваемости и смертности населения ЮКО от инсульта превышает в 3 раза, чем в России и более чем в 8,5 раза аналогичные показатели в странах Великобритании и Скандинавии. Показатели заболеваемости и смертности от ЦВБ за 2003-2004 годы имеют неблагоприятную тенденцию как по уровню, так и по динамике.

Изменить существующую ситуацию можно только путем создания адекватной системы лечебно-профилактической помощи населению. В то же время научно обоснованное планирование и организация действенной системы лечения и реабилитации больных с ОНМК, невозможна без точных эпидемиологических данных, анализа факторов риска, оказывающих воздействие на возникновение и течение заболевания в популяции отдельных стран и регионов с учетом их географических и этнических особенностей.

Однако до настоящего времени в ЮКО отсутствует достоверная статистика заболеваемости инсультом и смертности от него, поэтому для оценки ситуации в регионе и эффективности работы по профилактике ОНМК необходима организация специального регистра инсульта. Регистр позволит также получить достоверные данные о медицинских и социально-экономических последствиях инсульта, состоянии системы оказания помощи больным в данном регионе, истинной потребности в реабилитационных мероприятиях, выявить ведущие факторы риска в различных регионах и разработать пути их коррекции. По данным аналитических исследований, проведенных ВОЗ, проблема ЦВБ и инсульта является чрезвычайной по значимости медико-социальной проблемой, влияние которой на уровень здоровья и жизни населения всего мира будет последовательно нарастать. Безусловно, решение ее возможно лишь при проведении общегосударственной противоинсультной программы. Главная цель - объединить усилия специалистов разного профиля для решения всех основных составляющих проблемы:

- создание регистра инсультов и получение достоверных эпидемиологических данных на всей территории ЮКО;

- на основе анализа данных регистра внедрение системы первичной и вторичной профилактики инсульта;

- совершенствование системы квалифицированной медицинской помощи больным с инсультом на всех этапах заболевания, включая реабилитационные мероприятия.

Метод регистра, согласно ВОЗ, является основой организации лечения и медико-социальной реабилитации больных с инсультом и профилактики заболевания.

Организация новых инновационных технологий - научное обоснование и разработка методологии внедрения регистра инсульта в ЮКО для улучшения системы мониторинга и совершенствования медицинской помощи населению - приведет к улучшению качества медицинской помощи больным с ССЗ и ОНМК и принятию управленческих решений. При внедрении Регистра инсульта, основанного на демографических показателях и территориальном принципе, помимо получения достоверных эпидемиологических данных, ставятся такие задачи, как:

- оценка медицинских и социально-экономических последствий инсультов;

- определение состояния системы оказания помощи больным в данном регионе;

- расчет потребности в лечебных и реабилитационных мероприятиях;

- выявление ведущих факторов риска в различных регионах и разработка пути их коррекции.

Европейское региональное бюро ВОЗ считает, что создание современной системы помощи больным с инсультом позволит снизить летальность в течение первого месяца заболевания до уровня 20% и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 месяца после начала заболевания не менее 70% выживших больных. Разработка единых принципов ведения больных с ОНМК должны помочь оптимизировать диагностический подход и выбор лечебных мероприятий для обеспечения наилучшего исхода заболевания. Создание программы «Регистр инсульта» должно обеспечить регистрацию всех случаев ОНМК во включенных в исследование регионах и объединить результаты в единую компьютерную базу данных. Высокий уровень достоверности информации должен обеспечиваться за счет контроля ведения регистра из головного центра; перекрестного контроля и самоконтроля, предусмотренного программой. В процессе анализа рассчитываются основные эпидемиологические показатели: заболеваемость инсультом, смертность и летальность. В процессе анализа можно выявить объем и качество методов обследования и диагностики, обеспеченность специализированными койками для больных инсультом, качество лечения. Для оценки динамики основных эпидемиологических параметров исследование по единой программе будет продолжено в течение 3 лет, затем для оценки эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий регистр будет проведен повторно. Это энергоемкая и творческая работа, требующая тщательности выполнения, результаты которой становятся видны через годы, но их значимость трудно

переоценить. Получение достоверных статистических данных позволит адекватно планировать объем оказанной медицинской помощи населению, снизить заболеваемость, инвалидизацию, улучшить качество и продолжительность жизни населения.

Литература:

1. Werner Hacke (Heidelberg), Markku Kaste (Helsinki), Julien Bogousslavsky (Lausanne), Jean-Marc Orgogozo (Bordeaux), Tom Skyhoi Olsen (Copenhagen). Перевод с английского: С.Д. Кулеш, Ю.В. Алексеенко. Ишемический инсульт – профилактика и лечение. При поддержке Европейского совета по проблеме инсульта (European Stroke Council), Европейского неврологического общества (European Neurological Society), Европейской федерации неврологических обществ (European Federation of Neurological Societies).
2. А. С. Копосов, А. С. Осетров, Т. И. Тихомирова, Н. В. Холманских, А. А. Малкова. Принципы организации ангионеврологической службы (по регистра мозгового инсульта в Ижевске). Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Ижевской государственной медицинской академии, 1-я городская клиническая больница, Ижевск Россия, 426034 Ижевск, ул. Революционная, 199. Russia, 426034 Izhevsk, Revolyutsionnaya St., 199. Неврологический журнал №2 1999г.
3. А.А. Скоромец, В.В. Ковальчук. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга. Новая медицинская энциклопедия. «Мир медицины» №9-10 1998г.
4. Б.Б.Баймаханов, С.Р.Абсейтова. Динамика сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в Южно-Казахстанской области. Тезисы III Конгресс ассоциации кардиологов СНГ, «Cor et Vasa» №3 2001г.
5. В.И. Скворцова. И.А. Платонова. Значение исследования PROGRESS глазами невролога. Кафедра фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии. Российский государственный медицинский университет. Москва. Качественная Клиническая Практика №1 2002г.
6. Е. Гусев с соавторами. Академик РАМН. РГМУ. Церебральный инсульт: проблемы и решения...
7. Н.В. Верещагина, М.А. Пирадова, З.А. Суслина. Инсульт. Принципы диагностики, лечение и диагностики. – М. Интермедика, 2002г.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО БЕДСТВИЯ В ПРИАРАЛЬЕ.

Ж.Ж.Булгачев.

Психотерапевтическая клиника г.Кызылорда

Экологическая проблема явилась одной из существенных и тяжелых проблем, унаследованных Республикой Казахстан с момента распада Советского Союза. Складывались они преимущественно в силу географического положения Казахстана. С одной стороны – наличие большого малозаселенного пространства, которое использовалось для испытаний ракетно-космической техники и ядерного оружия, с другой – нерациональное использование бассейна рек, питающих Аральское море.

К сожалению, последствия экологических бедствий в районах Приаралья не привлекли столь пристального внимания организаторов здравоохранения, психиатров и

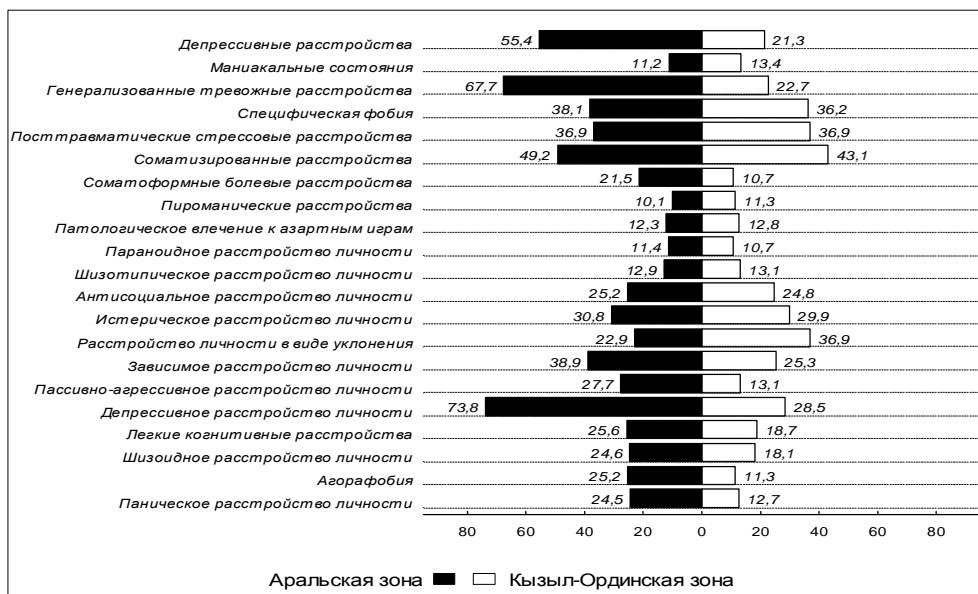
психологов. Последствия экологической катастрофы в Приаралье изучены еще недостаточно.

В документах Всемирной организации здравоохранения указывается, что длительное воздействие экологических факторов может представлять большую угрозу здоровью человека, чем бедствия, сопровождающиеся значительным одноразовым стрессовым воздействием. В условиях, создающих т.н. «экологический» стресс, приходится жить годами, причем человек практически лишен возможности защититься от воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды (М. Черноушек, 1989). Как отдельный индивидуум, так и сообщество, проживающие в условиях «экологического стресса» вынуждены «включать» механизмы длительной адаптации, что может приводить к истощению адаптационных функций вообще (Короленко Ц.П., 1978). Для определения наиболее значимых медико-психологических и социокультуральных факторов, влияющих на состояние психического здоровья населения Приаралья, для научного обоснования и разработки системного подхода к организации психолого-психиатрических лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий в районах с различной степенью воздействия экотоксических факторов было проведено настоящее исследование, для сравнительного изучения клинических особенностей психических и поведенческих расстройств у представителей изученных групп населения, а также для изучения возможных связей между ними и социально-демографическими, социо-культуральными и социально-психологическими особенностями обследованного контингента больных. С этой целью были углубленно обследованы социально-демографическим, клинко-психопатологическим и экспериментально-психологическим методами 252 жителя зоны экологического бедствия (Приаралье) и 252 жителя зоны повышенного экологического риска (г. Кызыл-Орда и прилегающие к нему территории).

При разработке инструмента исследования в качестве основы была выбрана «Базисная карта для клинко-эпидемиологических исследований», разработанная в ГНЦ социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского. Сведения, представленные в «Базисной карте...», регистрировались врачом при опросе больных. Кроме того, карта исследования была дополнена опросником для изучения восприятия риска связанного с ситуациями, опасными для здоровья и жизни. В качестве источника диагностических критериев нами применялось Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии (Чуркин А.А., Мартюшов А.Н., 2000). Вместе с тем, в качестве основного методического подхода при оценке психического состояния пациентов мы придерживались традиционного клинического анализа анамнестических сведений и оценки психического статуса, не ограничиваясь лишь формализованными сведениями.

Статистическая обработка цифрового материала осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «Statistica for Windows» (версия 5.5) . В зависимости от поисковых целей и характера анализируемых признаков для проверки гипотез о различиях показателей (распределения, корреляции) использовались как качественные критерии (оценка различий абсолютных частот альтернативных наблюдений показателя в двух сопоставимых группах по критерию хи-квадрат Пирсона), так и количественные (оценка значимости различия количественных показателей в двух выборках по t-критерию Стьюдента, а также выявление корреляционных взаимосвязей между переменными).

Распространенность основных синдромов психических расстройств в Аральской и в Кызыл-Ординской зоне



Из приведенных на рисунке 1 данных предварительного исследования видно, что в Аральской зоне наблюдалось явное преобладание аффективных (преимущественно в виде депрессии) расстройств. А именно, 73,8 случая на 1000 населения – депрессивные расстройства личности и 55,4 случая на 1000 населения – в рамках иных психических и поведенческих расстройств, а также генерализованных тревожных расстройств (67,7 случая на 1000 населения).

Распространенность депрессивных расстройств личности в Аральской зоне превышала таковую в Кызыл-Ординской зоне почти в три раза, распространенность тревожных расстройств – более чем в 2,5 раза, и собственно депрессивных расстройств – более чем в два раза.

Необходимо выделить значительную распространенность соматизированных расстройств в обеих наблюдавшихся нами группах населения, 49,2. - в Аральской зоне и 43,1 – Кызыл-Ординской зоне.

Кроме того, было обнаружено, что в обеих зонах достаточно часто наблюдаются примерно в равных долях специфические фобии (38,1 – Аральская зона и 36,2 – Кызыл-Ординская зона) и посттравматические стрессовые расстройства.

Примечательно, что данные, полученные в Аральской зоне по депрессивным расстройствам (как в расстройства личности, так и в рамках других психических расстройств) и генерализованной тревоге сопоставимы с результатами популяционного исследования Л.Н. Касимовой (2000), проведенного в Нижнем Новгороде. Иначе говоря, распространенность указанных расстройств у жителей небольших населенных пунктов и сельской местности Приаралья была такой же, как и у жителей крупного города.

Что, же касается соматизированных расстройств, по нашим данным, как у жителей Аральской и Кызыл-Ординской зоны они были более распространены, чем в Нижегородском регионе (по данным Л.Н. Касимовой – 18,0 на 1000 человек населения).

Сравнивая в целом распространенность психических и поведенческих расстройств различного клинического содержания, отметим, что в Аральской зоне они регистрировались примерно в полтора раза чаще (642,9 случая на 1000 человек населения), чем Кызыл-Ординской зоне (451,5 случая на 1000 человек населения).

Литература:

1 Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. - М.: Медицина, 1977

2 Касимова Л.Н. Психическое здоровье населения крупного промышленного центра (клинико-эпидемиологические и социокультуральные аспекты). // Автореферат дисс. докт. мед. наук. -М.,2000.-43с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ МИОПИИ, КОРРИГИРОВАННОЙ ОЧКОВЫМИ И КОНТАКТНЫМИ ЛИНЗАМИ

Г.Д.Оттепова

Казахская государственная медицинская академия

Известно, что социальная сущность человека выражается количеством достигнутого им здорового образа жизни. В современных научных исследованиях важное значение принадлежит изучению качества жизни человека (КЖ). Впервые данный термин появился в конце 50-х годов прошлого столетия в США. С тех пор в научной литературе опубликовано множество работ по данной тематике. В настоящее время качество жизни охватывает многие стороны жизни человека, причем не только связанные с состоянием его здоровья. В течение последних 10-15 лет практически все рандомизированные исследования содержат проведение оценки КЖ.

Определение ВОЗ гласит, что качество жизни есть “восприятие положения индивидуума в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых он живет в соответствии с его собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами”. Согласно другому определению, качество жизни – это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на субъективном восприятии человека. Таким образом, качество жизни является интегральной характеристикой всестороннего функционирования больного. Этот критерий в достаточной степени отражает истинное состояние здоровья пациента.

Различают объективные и субъективные критерии качества жизни. Объективная оценка качества жизни осуществляется врачом, и его критериями являются физическая активность и трудовая реабилитация. Субъективные критерии отражают удовлетворенность жизнью, самочувствие человека, его эмоциональный настрой. Субъективная оценка качества жизни проводится непосредственно самим пациентом путем самооценки. Оценку качества жизни должен проводить пациент, так как оценка, сделанная врачом зачастую может не совпадать с оценкой качества жизни, сделанной больным. Это может быть результатом неадекватного понимания врачом адаптационных и реабилитационных потребностей больного, в силу чего отношение врача и пациента к какому-либо явлению могут быть различными.

Многими авторами широко применяется изучение качества жизни больных с различной патологией. В офтальмологии проведены исследования качества жизни у больных миопией и глаукомой. Вместе с тем, в доступной литературе отсутствуют сведения по изучению качества жизни лиц с контактной коррекцией зрения. Изучение качества жизни у людей со сниженным зрением имеет важное медико-социальное значение. Особую роль это исследование приобретает в отношении миопии, так как миопия вообще и в том числе осложненная часто возникает у лиц молодого, работоспособного возраста. В этом контексте контактная коррекция зрения может стать важным фактором, повышающим качество жизни при данном заболевании.

Для оценки качества жизни нами были разработаны две медико-социологические анкеты: “Качество жизни пациентов с миопией, корригированной очковыми линзами” и “Качество жизни пациентов с миопией, корригированной контактными линзами”, которые послужили инструментом для его оценки. Анкеты представляли собой модифицированную версию опросника SF-36, включавшую 25 пунктов по оценке

физического, социального, эмоционального функционирования, а также субъективную оценку состояния здоровья пациентами, страдающими миопией различной степени тяжести, пользовавшимися очками. Для пациентов, пользовавшихся линзами, в анкету включены 23 пункта с аналогичным содержанием. Использование данной методики, путем самостоятельного заполнения анкеты пациентом, отражает достоверность исследования и исключает возможное влияние медицинского персонала при интервьюировании.

Учитывая тот факт, что одним из наиболее частых дефектов зрения является миопия (доля ее в структуре всей рефракции зрения составляет среди взрослого населения РК до 20%), а также то, что подавляющее число всех посетителей кабинетов составляют миопы, нами было изучено качество жизни лиц с миопией различной степени тяжести. Средний возраст пациентов составил 28,2 года. При определении выборки больных была учтена информация о ее возрастных и половых характеристиках. При учете ограничений, мы не включали в исследование лиц младше 14 лет, так как ребенок может неправильно трактовать содержание опросника и данные в таком случае будут недостоверны.

Достоверность показателей шкал опросника подтверждалась его содержательной валидностью, то есть способностью охвата всех аспектов из необходимых измерений. По нашему мнению, каждый пункт опросника по своей смысловой содержательности соответствовал тому названию, которое ему было дано. Кроме того, нами определялись еще 2 вида валидности опросника: конструктивная валидность, отражающая вклад каждого из разделов опросника в итоговый показатель качества жизни и конструктивная валидность, которая показывала возможность различий в оценке качества жизни при миопии различной степени тяжести.

Показатели шкал качества жизни, полученные при объединении ответов на вопросы в шкалы и последующего их преобразования в показатели качества жизни, были дискретными по своим характеристикам, то есть имели лишь определенные характеристики из диапазона измерений. В данном случае использовались многозначные качественные переменные (имеющие число градаций больше двух).

Вопросы оценивались по 5-балльной системе - от 0 до 4 баллов в зависимости от степени ограничения.

Физическое функционирование определялось физическим состоянием пациента, его физической активностью. Социальное функционирование являлось мерой индивидуальной, семейной и социальной активности и адаптации. Эмоциональное функционирование характеризовало эмоциональный статус человека, его "настрой". Наконец, субъективная оценка состояния здоровья человека была важна с позиций ощущений, присущих данному субъекту. К анкетированию не привлекались лица, имевшие сопутствующую патологию.

Суммарно выборка состояла из 330 пациентов: 191 больного миопией, корригированной очковыми линзами в возрасте от 14 до 62 лет, разделенных на 3 группы по степени миопии (60 больных слабой степенью, 83 - средней и 48 - высокой) и 139 пациентов такого же возраста с миопией, корригированной контактными линзами (46 - со слабой степенью, 56 - со средней и 37 - с высокой степенью миопии). Обе выборки были репрезентативными по полу и возрасту. Количественная и качественная репрезентативность были достигнуты путем соответствия доли выборочной совокупности числу посещений в кабинеты контактной коррекции зрения. Ввиду того, что изучение параметров качества жизни является лишь составным компонентом исследования, допустимо определить объем выборки, достаточный для получения надежных результатов для оценки качества жизни без специального расчета объема выборки.

Из собранных анкет были исключены вопросы, содержавшие пропущенные ответы. При решении вопроса о способе обработки пропущенных ответов на вопросы нами использовалась измененная формула пересчета с учетом количества вопросов, на которые имеется ответ. Доля пропущенных вопросов по всем шкалам составила 2,1%, что

вполне соответствует требованиям, предъявляемым к социально-гигиеническим исследованиям. Сравнение качества жизни контрольной группы (лица без нарушения рефракции) нами не проводилось, так как, по нашему мнению, человек с нормальным зрением не может в полной мере представить степень субъективных ощущений лиц с нарушением зрения.

Между значением вычисляемых показателей и уровнем качества жизни существует обратная зависимость, то есть при подсчете суммарного показателя наибольшее число баллов свидетельствовало о наихудшем качестве жизни.

Выраженность ограничений жизнедеятельности дала возможность рассчитать индекс качества жизни, который исчислялся как отношение суммы баллов по каждому пункту опросника (построчно) к максимальному числу ответов по данной строке. Данные, характеризующие степень влияния каждого параметра в среднем представлены в таблице 1.

В результате исследования было установлено, что у больных слабой степенью миопии, корригированной очковыми линзами, средний индекс качества жизни по шкале эмоционального функционирования составил $25,6 \pm 1,9$ балла.

Таблица 1- Средний уровень качества жизни при различных степенях миопии, корригированной очковой оптикой

Разделы	Средний уровень КЖ при миопии		
	слабая степень	средняя степень	высокая степень
Эмоциональное функционирование	$25,6 \pm 1,9$	$32,1 \pm 1,7$	$43,6 \pm 2,4$
Физическое функционирование	$29,1 \pm 3,0$	$34,6 \pm 2,6$	$44,8 \pm 3,6$
Социальное функционирование	$29,6 \pm 2,5$	$35,4 \pm 2,1$	$44,4 \pm 3,0$
Субъективная оценка здоровья	$17,8 \pm 1,8$	$25,8 \pm 2,0$	$42,3 \pm 2,9$

Средний уровень качества жизни по шкале физического функционирования при слабой степени миопии составил в исследовании $29,1 \pm 3,0$. Любопытно, что больных миопией слабой степени больше всего беспокоили затруднения при занятиях спортом ($33,6 \pm 6,2$), хотя статистически различия между степенью влияния отдельных факторов недостоверны ($P > 0,05$). В то же время наибольшее влияние на социальное функционирование среди больных слабой и средней степеней миопии оказывают трудности при выполнении работы, требующей усиленного напряжения зрения (соответственно $44,2 \pm 3,3$ балла и $47,6 \pm 2,8$ балла), в то время как для больных миопией высокой степени наибольшую трудность представляют наличие головных болей ($56,3 \pm 3,6$) и трудности при чтении литературы ($54,2 \pm 3,6$ балла).

Средний уровень качества жизни при субъективной оценке пациентами собственного здоровья составил при слабой степени миопии $17,8 \pm 1,8$ балла, при средней степени $25,8 \pm 2,0$ балла и при высокой степени $42,3 \pm 2,9$ балла. Наибольшее значение в этом блоке вопросов принадлежит трудностям при смене взгляда (вдаль, вблизи), а также наличию головных болей.

При коррекции очковой оптикой индекс качества жизни заметно понижается с повышением степени миопии по всем шкалам опросника. Одновременно выявлены следующие закономерности: при слабой степени миопии индекс качества жизни был приблизительно равен по шкалам физического и социального функционирования, ниже по шкале эмоционального благополучия и еще ниже в блоке субъективной оценки здоровья.

Подобная тенденция характерна и для пациентов со средней степенью миопии. В то же время у лиц с высокой степенью миопии индекс качества жизни был приблизительно равным по всем 4-м блокам опросника.

Интерес представляет и сравнительное изучение параметров качества жизни среди миопов, корригированных очковой оптикой по отдельным пунктам опросника. С этой целью нами проведено сравнительное изучение индексов качества жизни по каждому вопросу опросника у пациентов со слабой, средней и высокой степенью миопии, корригированных очковыми линзами. Полученные данные характеризуют причины снижения качества жизни у пациентов, страдающих миопией, корригированной очковыми линзами.

Наибольшее влияние из 9 предложенных факторов этой шкалы, по ответам респондентов, оказывает дискомфорт из-за запотевания стекол в зимнее время года ($49,6 \pm 3,3$ балла). На втором месте по значимости стоят неудобства при неправильном подборе оправы и линз ($49,2 \pm 3,3$ балла).

Если различия индекса качества жизни между больными миопией слабой и средней степени статистически достоверны по критерию Стьюдента только по одному пункту опросника (чувство страха и дискомфорта при отсутствии очков в данный момент или их потере (повреждении)), то при сравнении качества жизни пациентов со средней и высокой степенью миопии достоверные различия отмечены по 8 пунктам, а между легкой и тяжелой степенью - по 14 пунктам из 25.

Следующим этапом работы было изучение качества жизни больных миопией, корригированных с помощью контактных линз (таблица 2).

Таблица 2- Средний уровень качества жизни при различных степенях миопии, корригированной контактными линзами

Разделы	Средний уровень КЖ при миопии		
	слабая степень	средняя степень	высокая степень
Эмоциональное функционирование	$4,7 \pm 1,7$	$7,3 \pm 1,3$	$9,0 \pm 1,8$
Физическое функционирование	$13,7 \pm 3,7$	$16,5 \pm 2,5$	$15,4 \pm 3,0$
Социальное функционирование	$9,3 \pm 2,5$	$14,4 \pm 1,9$	$13,6 \pm 2,3$
Субъективная оценка здоровья	$3,1 \pm 1,5$	$5,6 \pm 1,3$	$6,2 \pm 1,6$

Полученные данные свидетельствуют о том, что если при сравнении качества жизни лиц с миопией, корригированной обычными очками выявлены статистически достоверные различия ($p < 0,05$) между всеми тремя степенями миопии в разрезе отдельных видов функционирования, то при сравнении лиц с миопией, корригированной линзами, качество жизни почти не различается, а по разделам физического и социального функционирования качество жизни лиц с высокой степенью миопии оказалось даже несколько выше, чем при миопии средней степени тяжести.

Среди отдельных составляющих шкалы эмоционального функционирования качества жизни лиц с миопией, корригированной контактными линзами, наибольшее значение имеет чувство страха и дискомфорта при отсутствии линз в данный момент или их потере, далее следуют неудобства при неправильном подборе контактных линз.

По шкале физического функционирования разница в степени влияния отдельных составляющих пунктов не столь выражена. При близорукости средней и высокой степени наибольшую роль играют проблемы, связанными с водными и гигиеническими

процедурами ($21,0 \pm 2,7$ и $22,2 \pm 3,5$ соответственно), однако при слабой степени миопии большее значение приобретает опасность травматизации глаз ($16,7 \pm 2,9$).

Выраженные различия влияния отдельных факторов обнаружены нами при изучении социального функционирования качества жизни. При слабой и средней тяжести миопии наибольший “вклад” в социальное функционирование качества жизни оказывает необходимость материальных расходов при потере, необходимости смены линз ($19,3 \pm 3,0$ и $29,5 \pm 3,1$ соответственно). При высокой степени близорукости наиболее высокий показатель имеет наличие трудностей при работе с компьютером ($19,4 \pm 3,2$).

Наконец, исследование субъективной оценки качества жизни показало, что здесь наиболее значимыми факторами были трудности при смене взгляда (вдаль, вблизи) - соответственно при средней и высокой степенях миопии - $10,7 \pm 2,1$ и $11,5 \pm 2,7$. Однако наиболее важной задачей данного раздела явилось сравнение качества жизни лиц с миопией, скорректированной обычными очками и сравнимой по основным структурным единицам группы лиц, страдавших миопией и скорректированной контактными линзами. Полученные данные представлены на рисунке 1.

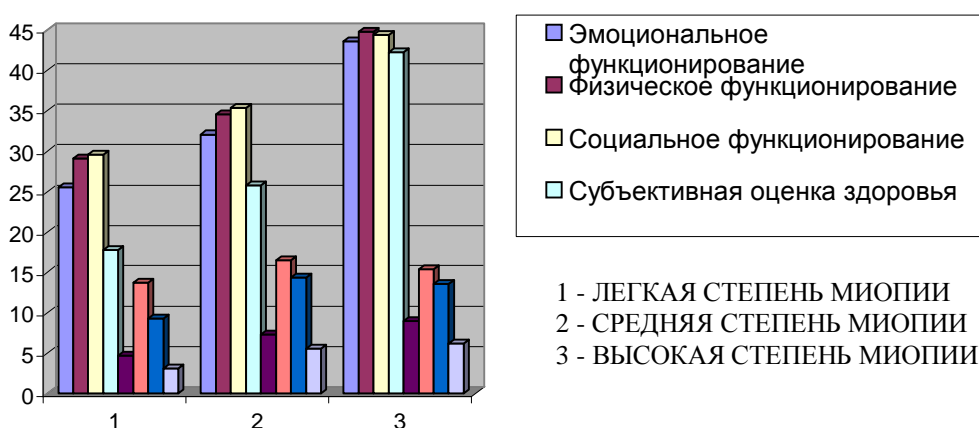


Рисунок 1- Показатели качества жизни при различных степенях миопии в разрезе отдельных видов функционирования

Из рисунка наглядно видно, что качество жизни при всех трех степенях миопии значительно улучшается при пользовании контактными линзами по сравнению с использованием очками. Это подтверждается сравнением показателей качества жизни по отдельным видам функционирования (эмоциональное, физическое и социальное) и по субъективной оценке состояния человека. Так, эмоциональное функционирование при использовании линз повышается по сравнению с использованием очками в среднем в 4,4-5,4 раза, физическая активность – в 2,1-2,9 раза, социальное функционирование возрастает в 2,5-3,3 раза. Наконец, субъективная оценка состояния пациента улучшается в 4,6-6,8 раза. На наш взгляд, сравнительно меньшие различия по шкалам физического и социального функционирования при сравнении индексов качества жизни у лиц с миопией, скорректированной очками и контактными линзами свидетельствуют о меньшей значимости физической и социальной дезадаптации, чем эмоциональный статус и субъективная самооценка пациента при различных способах коррекции зрения.

Сравнение показателей качества жизни при миопии, скорректированной очковыми и контактными линзами, проводилось нами по каждой составляющей 4-х шкал опросника. Всего анализу подвергнуты все причины, которые теоретически могли снизить качество жизни пациентов, страдающих миопией различной степени. По понятным причинам не проводилось сравнение по такому параметру, как наличие дискомфорта из-за запотевания стекол в зимнее время года. В целом отмечено, что по всем изученным факторам наблюдается значительная разница показателей качества жизни у пациентов с миопией, скорректированной очковыми и контактными линзами, под влиянием различных причин.

При этом нами выделены 3 группы причин (факторов) в зависимости от различий в значениях качества жизни при различных видах коррекции (очковыми и контактными линзами):

- причины, при оценке которых с особой силой проявляются различия качества жизни при сравнении пациентов, пользующихся очками и линзами. К таким причинам относятся трудности в общении при посещении общественных мест, зрелищных мероприятий, неудобства, связанные с изменением внешности, трудности при пользовании личным и общественным транспортом. Соотношение показателей качества жизни у лиц, скорректированных очковыми и контактными линзами, превышает 20 раз, что указывает на наибольшую значимость этих причин в оценке качества жизни при коррекции пациентов контактными линзами.
- причины, при оценке которых соотношение качества жизни при сравнении очковой и контактной коррекции, находится в пределах 6,5 раза. Сюда относятся такие проявления, как чувство страха и дискомфорта при отсутствии очков (линз) в данный момент или их потере, неудобства при ношении очков (линз), неправильном подборе линз, затруднения при занятии спортом, проблемы, связанные с водными процедурами, опасность травматизации глаз, снижение физической активности к концу дня, затруднения в работе по дому, трудности при выполнении работы, требующей усиленного напряжения зрения, трудности при чтении литературы, трудности при работе с компьютером, дополнительные материальные расходы при потере, необходимости смены очков (линз), трудности при смене взгляда (вдаль, вблизи), наличие головных болей, затруднения при сексуальных отношениях.
- причины, различие влияния которых на качество жизни пациентов при очковой и контактной коррекции колеблется в зависимости от степени миопии и составляет, в среднем, 10. Это чувство неуверенности в себе в ежедневных жизненных ситуациях, проблемы, связанные с беременностью и родами у женщин, ограничение полей зрения, искажение реальных размеров предметов.

Наибольший интерес вызывает тот факт, что при сравнении показателей качества жизни по отдельным факторам влияние степени миопии (слабая, средняя, высокая) не прослеживается. Так, соотношение качества жизни у пациентов, скорректированных очками и линзами, по целому ряду факторов было наименьшим при средней степени миопии.

Кроме того, по ряду факторов вообще не обнаружено заметного влияния соотношения качества жизни у пациентов с разным видом коррекции зрения в зависимости от степени выраженности миопии.

Таким образом, качество жизни, как интегральная характеристика различных типов функционирования больного человека (физического, социального, психологического, эмоционального) в значительной мере отражает состояние здоровья пациента. Кроме того, исследование качества жизни у пациентов с различными видами нарушений зрения позволяет изучить разностороннюю картину субъективных переживаний пациента, вызванных состоянием его заболевания.

Исследование качества жизни является принципиально новым методом, в основе которого лежит положение о пациенте, как о личности, являющейся объектом основного внимания общества на всех этапах оказания ему медицинской помощи. Именно поэтому индивидуальные физические, эмоциональные и социальные компоненты функционирования наряду с субъективной оценкой собственного здоровья должны быть изучены и оценены при таких формах офтальмопатологии, как нарушения рефракции.

Изучение качества жизни больных с патологией зрения, скорректированных контактными линзами, дает основание полагать, что подобные исследования будут успешно развиваться в будущем.

Литература:

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. -СПб.: 2002. –320с.
2. Новикова И.А. и соавт. Качество жизни при психосоматических заболеваниях // Пробл.соц.гиг., здравоохр. и ист.мед. –2002. -№5. –С.7-11.

СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

О.К. Дарменов, Р.А. Абзалова, Т.Я Лукина

Казахская государственная медицинская академия г.Астана.
Модельная семейная врачебная амбулатория «Демеу» г.Астана
Филиал АСВК г. Семипалатинск

Своеобразным фокусом, к которому сводится все многообразие проблем стратегии реформирования здравоохранения казахстанского общества, является проблема совершенствования деятельности системы медико-санитарной помощи населению в плане нахождения ее оптимальных и эффективных форм. Актуальность проблемы определяется тем, что нахождение оптимальных и действенных форм оказания медико-социальной помощи гарантирует качественное осуществление политики улучшения здоровья нации.

Казахстанское государство идет в русле международных приоритетов в области реформирования и развития системы здравоохранения. В Государственной Программе реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы отмечается, что от состояния ПМСП зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, сохранение трудового потенциала страны, а также решение большинства медико-социальных проблем, возникающих на уровне семьи и у социально незащищенных групп населения: детей, инвалидов и лиц пожилого возраста [1]. Для коренного улучшения медицинского обслуживания населения, подчеркивается в Программе, необходимо создать принципиально новую модель ПМСП с учетом мирового и отечественного опыта. Это обеспечит поворот системы оказания медицинской помощи к потребностям населения путем стимулирования взаимной ответственности врача и человека в охране здоровья, улучшить основные показатели здоровья населения и существенным образом изменить деятельность тесно связанных с ним служб скорой медицинской и стационарной помощи [1].

Данный подход есть нормативное обоснование социально-ориентированной модели первичного здравоохранения, которая является одной из перспективных организационных форм ПМСП.

Таким образом, в современных условиях актуализируется роль социально ориентированной системы первичного здравоохранения, поскольку ее целью является содействие всестороннему развитию и сохранению здоровья социально уязвимых слоев населения, их социальной адаптации, психокоррекции и самореализации. Данный институт, направляя свои усилия на сохранение и улучшение качества жизни населения, руководствуется в своей деятельности методологией целостного подхода к здоровью человека. Целостный подход ориентирован на мобилизацию возможностей человеческого организма и глубинную трансформацию личности пациента, которая влечет за собой смену фундаментальных ценностей, пробуждение потенциала человека и расширение его

возможностей, становление позитивной философии поведения. Другими словами, комплексная медико-социальная терапия способствует мобилизации и развитию человеческого потенциала. Как известно, развитие человеческого потенциала является ведущей стратегией деятельности ООН [2], а также казахстанского государства. Цель развития состоит в создании благоприятных возможностей для того, чтобы жизнь людей была долгой, здоровой и наполненной творчеством [2].

В медицинской практике казахстанского общества появились первые инициативы по созданию учреждений медико-социального характера. Данное явление свидетельствует о том факте, что появление комплексных организационных форм оказания медико-социальной помощи востребовано обществом: как населением, так и медицинской общественностью. Так, среди причин появления служб комплексной медико-социальной помощи в Казахстане можно выделить следующие: объективная социально-экономическая потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественном новом уровне в связи с углублением социальных проблем, ростом бедности, ухудшением качества жизни и показателей здоровья населения; международная политика в области здравоохранения; концепция и модель здравоохранения, принятая в казахстанском обществе; приоритеты и политика государства в области здравоохранения, включая приоритеты и политику в сфере первичного уровня здравоохранения; инициатива медицинских коллективов, медицинской общественности и отдельных представителей из среды врачей, организаторов здравоохранения и т.п.

Целевое определение медико-социальной службы гласит: “Цель медико-социальной службы - содействие всестороннему развитию и сохранению здоровья социально – уязвимых слоев населения, их социальной адаптации, психокоррекции и самореализации.

Социальная медицина – пограничная область на стыке здравоохранения и социальной защиты населения. Эта уникальная сфера человеческой деятельности, с одной стороны, граничит с клинической медициной, с другой – с социальной работой. Поэтому медико-социальная работа рассматривается как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и на сохранение, и укрепление здоровья [3]. Данная модель принципиально меняет существующий подход к охране здоровья, так как предполагает системное медико-социальное воздействие на более ранних этапах развития болезненных процессов, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу. Таким образом, медико-социальная работа приобретает не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность [3].

Объектами медико-социальной работы являются: лица с нарушениями психосоматического здоровья и функциональными отклонениями (хронические соматические заболевания; функциональные нарушения; нервно-психические заболевания; умственная отсталость; инвалидность); лица, подвергшиеся психофизическому насилию, матери-одиночки, лица с производственными травмами; молодежь – мигранты; учащаяся молодежь, в т.ч. подростки, дети; дезадаптированные лица с девиантным поведением (лица, страдающие наркотической и алкогольной зависимостью, ВИЧ-инфицированные, СПИД больные, работники коммерческого секса, лица без определенного места жительства, безработные, бывшие заключенные).

В качестве задач деятельности медико-социальной службы выделяются следующие: медико-гигиеническое обучение населения; лечебно-оздоровительная работа; создание условий для социальной адаптации, самореализации лиц с ограниченными возможностями и девиантным поведением; создание условий для социальной медико-психологической помощи. Основными видами деятельности, осуществляемыми в медико-социальной службе, являются консультационная, профилактическая, психокоррекционная, образовательная, диагностические виды деятельности.

Стратегической задачей медико-социальной работы следует считать сохранение и улучшение качества жизни пациентов. Качество жизни является интегральным понятием, отражающим не только выраженность симптомов заболевания, но и функциональное состояние человека, состояние его физического и психического здоровья, социальную активность, способность к самообслуживанию, материальное обеспечение и условия жизни, а также удовлетворенность ощущением собственного физического и психического благополучия [3].

Обозначая место медико-социальной работы среди смежных видов деятельности, необходимо отметить координирующую роль социального работника по медико-социальной работе в разрешении комплекса проблем, возникающих у пациентов, и требующих соучастия специалистов смежных профессий - врачей, психологов, педагогов, юристов и других. Являясь видом мультидисциплинарной деятельности и реализуясь в области взаимных интересов здравоохранения и социальной защиты населения, медико-социальная работа использует формы и методы, сложившиеся в системе здравоохранения - профилактические, реабилитационные, психотерапевтические и др.; в системе социальной защиты населения - социальное консультирование, социальные пособия, социальное обслуживание на дому социальное обслуживание в стационарных учреждениях, организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания, предоставление временного приюта и др. [3].

Медико-социальная работа имеет много общего по своей сути с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не превышает пределы своей компетенции, не претендует на выполнение лечебных функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер ответственности. Таким образом, с иной стороны, медико-социальную работу следует рассматривать как разновидность социальной работы, направленной на охрану и поддержку физического и психического здоровья пациентов, а с другой - это вид деятельности, направленной на достижение "социального благополучия" и значительное улучшение качества их жизни [3].

Деятельность, осуществляемая в рамках медико-социальной службы относится к разряду социальной терапии. Социальная терапия тесно связана с психотерапией, в которой используются различные воздействия на психику. Эти воздействия основаны на психологических теориях и методах и включают в себя систематические, целенаправленные меры по оказанию помощи лицу или группе лиц в вопросах урегулирования чувств, мыслей, отношений и снятия психологических симптомов, которые вызывают беспокойство, дискомфорт у пациентов.

Согласно Е.В. Черносвитову, медико-социальную работу условно можно разделить на два основных аспекта: медико-социальную работу профилактической направленности и медико-социальную работу патогенетической направленности. Медико-социальная работа профилактической направленности включает выполнение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, формирование установки на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях, социальное администрирование, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др. [3]. Медико-социальная работа патогенетической направленности включает мероприятия по организации медико-социальной помощи; проведение медико-социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пожилых и инвалидов; проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения, проведение коррекции психического статуса клиента и особенно лиц пожилого возраста, создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры, обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др. [3].

На пятьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (24 апреля 2003г.) в докладе Секретариата подчеркивается, что в области здравоохранения на страновом уровне появились тенденции к использованию более комплексных моделей медико-санитарной помощи и большому плюрализму в финансировании и осуществлении политики в области здравоохранения.

Появление в Казахстане первых учреждений медико-социальной помощи свидетельствуют о том, что данные процессы не относятся к разряду случайных, эпизодических явлений, а соответствуют велению времени, являясь социальной необходимостью и закономерным процессом. Основные идеи и принципы интегрированной медико-социальной службы первичного уровня здравоохранения гармонично вписываются в стратегические принципы политики Казахстана как социального государства.

Литература:

1. Государственная Программа реформирования и развития системы здравоохранения на 2005-2010 годы.
2. Отчет по человеческому развитию. 1994г. Нью-Йорк, Оксфорд: Оксфорд юниверсити Пресс, 1994.
3. Черносивтов Е.В. Социальная медицина. М.: Владос, 2000.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Р.А. Абзалова

Модельная семейная врачебная амбулатория «Демеу» г.Астана.

Каждая социальная группа имеет свойственные только ей специфические проблемы со здоровьем, что, соответственно, предполагает различные подходы к оказанию медицинской помощи. Одной из групп, требующих особого медицинского подхода, являются подростки и молодежь.

К молодежи относятся лица в возрасте от 15 до 24 лет. Комитет экспертов ВОЗ в 1977г. предложил считать подростками лиц в возрасте 10 – 20 лет, что, и принято сейчас почти во всем мире [1, с.22]. На совещании ВОЗ в 1974 г. подростковый возраст был определен международными экспертами как период, в течение которого: завершается половое развитие – от появления вторичных половых признаков до наступления половой зрелости; психологические детские процессы сменяются поведением, характерным для взрослых; происходит переход от полной социально-экономической зависимости от взрослых к относительной социальной независимости [1].

В последнее время в масштабах всего мира возрастают проблемы здоровья подростков и молодежи.

Так, в числе злободневных медицинских проблем, связанных с указанной возрастной категорией, являются проблемы репродуктивного здоровья. Девочки-подростки, которые становятся беременными еще до достижения ими полного физического и гормонального развития, подвержены большому риску возникновения осложнений во время родов, в особенности, если у них наблюдается анемия или задержка в росте.

Деторождение в подростковом возрасте, особенно до 16 лет, представляет более серьезную опасность для здоровья девочки-подростка и для новорожденного, чем деторождение в зрелом возрасте. Это связано с возможностью образования свища при родовспоможении (как результат недоразвития тазовых костей и родовых путей) и гипертензии. В результате обследований было выявлено, что беременные девочки-подростки в возрасте 14 лет и моложе страдают от эклампсии (судорог), имеющих зачастую фатальные последствия. По оценкам ВОЗ, для девочек-подростков степень опасности умереть по причинам, связанным с беременностью, на 20-200% выше, чем для взрослых женщин (чем меньше возраст девочки-подростка, тем выше степень риска) [2].

В странах Восточной Европы, Балтии и СНГ средний возраст матерей при рождении первого ребенка в 1989г. составлял 22 – 24,3 года. К 2002 г. в целом по региону данный показатель вырос до 22,8-25,7 года. При этом в странах Восточной Европы средний возраст матерей при рождении первого ребенка вырос более значительно, чем в странах Балтии и СНГ. Что касается Казахстана, то здесь средний возраст матерей при рождении первого ребенка с 1989г. по 2002г. вырос от 22,6 года до 23 лет. Как видно, изменения почти незаметные [3].

На 1989 г. в странах Восточной Европы и Балтии самый высокий коэффициент рождаемости у подростков на 1000 девушек 15-19 лет приходится на Болгарию – 75,2, самый низкий – на Словению (27,2). К 2002 г. коэффициент рождаемости у подростков на 1000 девушек 15-19 лет в данном регионе значительно понизился. При этом на 2002 г. самый высокий показатель приходится на Болгарию (43,3), а самый низкий – на Чешскую Республику (11,5). В странах СНГ также наблюдается тенденция снижения коэффициента рождаемости у подростков на 1000 девушек 15-19 лет. Так, на 1989 г. самый высокий показатель приходился на Армению – 62,7, самый низкий – на Туркменистан (21,9). При общей тенденции снижения коэффициента рождаемости у подростков на 2002 г. самые высокие показатели приходятся на Молдову – 33,6 и Кыргызстан – 32,8, самые низкие – на Туркменистан (16,2) и Узбекистан (17,3) [3].

Наибольшую опасность для здоровья, связанную с репродуктивным здоровьем девушек-подростков, представляют заболевания, передаваемые половым путем, деторождение в незрелом возрасте, нежелательная беременность и небезопасный аборт. У девушек зачастую нет соответствующих знаний и доступа к услугам для предотвращения заболеваний, передаваемых половым путем и беременности, особенно, когда они не замужем. Данные, полученные в ходе обследований в нескольких странах, говорят о том, что многие девочки-подростки являются сексуально активными и поэтому подвержены риску заболеваний, передающихся половым путем и нежелательной беременности. В США 42% девочек-подростков были сексуально активными в 16 лет и моложе. Из 12 миллионов новых случаев заболеваний, передаваемых половым путем, в США в 1992 г. на долю подростков в возрасте 15-19 лет приходилось 25% [2].

В странах Восточной Европы и Балтии наблюдается тенденция значительного уменьшения процента заболеваний, передаваемых половым путем, у лиц 15-19 лет. Особенно следует отметить высокий уровень снижения в таких странах, как Словения, Венгрия, Эстония. Только в Румынии отмечается увеличение процента заболеваний, передаваемых половым путем, у лиц в возрасте 15-19 лет. В таких странах СНГ, как Беларусь, Молдова, Россия, Украина, Армения, Азербайджан, Таджикистан наблюдается тенденция незначительного снижения доли заболеваний, передаваемых половым путем, у лиц 15-19 лет. В Грузии, Кыргызстане и Узбекистане отмечается увеличение данного показателя, особенно в Кыргызстане (с 54.4 случаев на 100 000 человек в 1989 г. до 114.3 в 2002 г.) и в Казахстане (с 189.8 случаев до 315.5 в 2002 г.) [3].

Большое влияние на состояние здоровья подростков и молодежи оказывают социально-экономические факторы.

С точки зрения бедности, в Казахстане наиболее уязвимыми группами являются дети, особенно в многодетных семьях, которые составляют треть бедного населения республики [4]. Процент зарегистрированных безработных в возрасте 15-24 лет от общего числа безработных в среднем за год на 2002 г. составил 30.8%. В целом отмечается тенденция снижения данного показателя [3].

Анализ потребления пищевых продуктов бедным населением по данным 2002 года показал, что у бедных людей преобладает так называемая «углеводистая модель питания» [4]. В 1996 г. Казахской академией питания при содействии ПРООН и ВОЗ было проведено общенациональное исследование состояния питания населения Республики Казахстан. Результаты исследования показали, что наиболее доступными продуктами для менее обеспеченных людей, составляющими большую часть их рациона питания, являются хлеб, сахар, цельное молоко, баранина, чай черный, мука и макаронные изделия. У людей с более высоким достатком в рационе увеличивается потребление мясных продуктов, колбасных изделий, яиц, молочных, овощных консервов, картофеля, творога и сыра [4].

Доля детей-иждивенцев на начало года составляет 42,4 тысячи человек [3]. Основную демографическую группу бедного населения республики составляют семьи с детьми, в которых значительна иждивенческая нагрузка на работающих, а государственные пособия на детей недостаточны: в настоящее время выплачиваются лишь пособия по нуждаемости (государственная адресная социальная помощь) семьям, где среднедушевой доход ниже «черты бедности». В 2001 г. размер месячного пособия на ребенка составлял менее 700 тенге, тогда как по расчетам медиков, для нормального развития ребенка в возрасте до 5 лет на его полноценное питание требуется как минимум 4-5 тысяч тенге [4]. Особенно в трудном положении находятся многодетные семьи. По данным официальной статистики, подавляющее большинство многодетных семей относится к бедному населению. Особенно высокий уровень бедности среди многодетных семей наблюдается в сельских регионах республики.

В Казахстане смертность по естественным причинам в возрастной группе 15-19 лет с 1989 г. по 2002 г. возросла с 39.8 случаев на 100 000 человек соответствующей группы населения до 41.1 случая. Тенденция возрастания смертности по естественным причинам среди указанной группы населения возросла также в таких странах, как Россия, Украина, Грузия, Азербайджан, Кыргызстан, Туркменистан. В то же время данный показатель значительно снизился в большинстве стран Восточной Европы и Балтии [3]. В Казахстане также повысилась смертность в возрастной группе 15-19 лет на 100 000 человек в соответствующей возрастной группе в результате травм и телесных повреждений, включая самоубийства с 69.0 случаев в 1989 г. до 80.0 случаев в 2000 г. и 69.7 случаев в 2002 г. За указанный период данный показатель увеличился также в таких странах как Беларусь (с 43.0 до 61.3 случаев), Россия (с 79.1 до 103.9 случаев), Азербайджан (с 16.4 до 18.4 случаев). В большинстве стран Восточной Европы, Балтии и СНГ указанный показатель смертности снизился за период с 1989 г. по 2002 г. [3]. При этом в Казахстане коэффициент смертности женщин в возрасте 15-19 лет на 100 000 человек соответствующей группы населения в результате самоубийств с 1989 г. по 2002 г. снизился с 10.8 до 9.0 случаев. В то время как у мужчин данной возрастной группы коэффициент смертности в результате самоубийств повысился за указанный период с 21.6 до 30.1 случая [3]. В Казахстане также наблюдается тенденция повышения коэффициента смертности лиц в возрасте 20-24 лет на 100 000 человек соответствующей группы населения. Так, коэффициент смертности среди женщин данной возрастной группы с 1989 г. по 2001 г. повысился с 92.7 до 114.6

случаев. Коэффициент смертности среди мужчин указанной возрастной группы повысился с 248.4 до 356.4 случаев [3].

Для стран постсоветского региона, включая Казахстан характерны следующие тенденции в отношении здоровья подростков и молодежи: заметно возрастает число подростков и молодых людей с дисгармоничным развитием, когда нарушаются оптимальные пропорции между длиной и массой тела, пропорции между морфологическими и функциональными показателями; отклонения в физическом развитии подрастающего поколения фактически являются маркерами нарушений в соматическом, психическом и репродуктивном здоровье населения; психическая заболеваемость подростков за последние 5 лет выросла (структура патологии: умственная отсталость – 50,3%, психические расстройства – 43,9%, психозы – 1,84%); свыше 70% подростков имеют признаки психологической и социальной дезадаптации, выражающиеся в трудности усвоения базовой образовательной программы, нарушениях дисциплины; у 75% девушек имеются хронические соматические заболевания, у 10-15% - гинекологические расстройства, ограничивающие их фертильность; распространенность андрологических заболеваний достигает, по разным данным, от 13 до 56%, а в 2,2% случаев требуется оперативное лечение; значительно увеличился временной интервал между дебютом сексуальных отношений и вступлением в брак; средний возраст приобщения к наркотикам 15-17 лет, проблема наркомании еще не в полной мере осознана молодежью как особо важная; с каждым годом увеличивается заболеваемость гепатитами А, В и, особенно, С, на молодежь приходится также половина всех новых случаев инфицирования вирусом иммунодефицита человека; качественное медицинское обслуживание для значительной части молодежи малодоступно.

Таким образом, можно заключить, что медицинские проблемы со здоровьем подростков в большей мере зависят от социальных факторов. Современный мир, открывая привлекательные возможности для подростков, таит в себе серьезные опасности для их здоровья. Так, например, сегодня подростки имеют особую возможность пользоваться плодами технического прогресса. Но стремительная урбанизация, развитие средств связи и транспорта, рост миграции несут с собой опасности для молодежи. Подростки лишаются традиционной социальной поддержки, которая помогала молодым людям понять и реализовать возможности периода перехода во взрослую жизнь. Во многих странах мира из-за ослабления влияния семьи и изменения культурно-нравственных ориентиров увеличивается количество сексуально активных подростков. Такая ситуация ведет к росту заражения инфекциями, передающимися половым путем, в том числе, ВИЧ/СПИД, повышению уровня материнской и младенческой смертности. В молодежной среде распространяется насилие, увеличивается количество преступлений, совершаемых по отношению к подросткам [5-6].

Угрозу здоровью молодежи несут потенциально вредные вещества – табак, алкоголь и другие психоактивные вещества, ставшие легко доступными для подростков. Многие факторы, лежащие в основе появления вредных привычек у подростков, обусловлены социальными причинами. К ним относятся нищета, безработица, дискриминация по различным признакам, негативные социальные перемены. Следует отметить также такую особенность подростков и молодежи: они чаще всего не обращаются за квалифицированной медицинской помощью, пользуясь услугами сомнительных целителей, или вовсе не лечатся, что имеет тяжелые последствия. Проблемы здоровья подростков и молодежи также связаны с низким уровнем или полной медицинской безграмотностью данных групп населения. Подобная ситуация обусловлена снижением качества учебно-воспитательной работы учебных учреждений, низким уровнем

санитарно-просветительной и профилактической деятельности лечебных организаций и др.

В целом можно сказать, что здоровье подростков и молодежи как часть общественного здоровья относится к сложным феноменам, требующим комплексного подхода в решении его проблем. Забота о здоровье и потребностях подрастающего поколения должна входить в число важнейших задач страны. Решая данные задачи, государство обеспечит дальнейший экономический, социальный и политический прогресс и стабильность. Это в большей мере связано с тем, что подростки и молодежь есть часть и потенциальная основа для формирования человеческого капитала государства. От здоровья, энергии и активности данных групп населения зависит будущее нации.

Литература:

1. Клиники, дружественные к молодежи. Пособие для организатора. Новосибирск: Олден-полиграфия, 2002.
2. Женщины мира, 1995 год. Тенденции и статистика. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций, 1995.
3. Социальный мониторинг, 2003 год. ЮНИСЕФ, 2003.
4. Бедность в Казахстане: причины и пути преодоления. Алматы, 2004.
5. Подростковая медицина. Руководство для врачей/Под ред. Л.И.Левиной. СПб., 1999. Т.2. №3.
6. Ильин А.Г., Рапопорт И.З., Звезда И.В., Ямпольская Ю.А. Состояние здоровья подростков: тенденции и проблемы// Врач.1999. №9. С.4-6.

КЛИНИКА, ДРУЖЕСТВЕННАЯ К МОЛОДЕЖИ КАК ПЕРСПЕКТИВНАЯ ФОРМА ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ И МОЛОДЕЖИ

Р.А. Абзалова, К.Н. Ким, Т.А. Лукина, Р.С. Оспанова

Модельная семейная врачебная амбулатория «Демеу» (г.Астана).
Семейная врачебная амбулатория «Авиценна» (г. Усть-Каменогорск).
Негосударственная поликлиника «Гармония» (г.Семипалатинск).
Филиал Ассоциации семейных врачей Казахстана (г.Кокшетау).

Мировая практика оказания медицинских услуг подросткам и молодежи породила такие формы, как клиники, дружественные к молодежи (в дальнейшем КДМ).

Клиника, дружественная к молодежи – это учреждение, оказывающее комплексную медико-психолого-социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах добровольности, доступности, доброжелательности. Реализацией идеологии КДМ является оказание помощи подросткам и молодежи через понимание их проблем [1].

Необходимость клиник, ориентированных на нужды молодых людей и подростков продиктована специфическими причинами. Для молодежи требуются услуги, которые по форме отличаются от услуг, оказываемым взрослым. Подростки и молодые люди зачастую не считают себя больными, поэтому специальные молодежные клиники должны ориентироваться не только на наиболее типичные проблемы для обычных поликлиник, но и на другие аспекты здоровья: последствия негативных факторов, имевших место в детстве; сексуальное поведение и репродуктивное здоровье (ранние сексуальные дебюты, нежелательная беременность, раннее материнство, инфекции, передаваемые половым

путем, ВИЧ/СПИД); употребление алкоголя, наркотиков, табакокурение; плохое питание; депрессии, повышенный риск суицида; несчастные случаи и травматизм.

Подростки и молодежь являются сложной, взыскательной группой. Это связано с их психологическими особенностями, с отсутствием навыков самостоятельного обращения за помощью, часто – с отсутствием навыков самонаблюдения и адекватного выражения своих чувств и мыслей, с тем, что они еще материально и психологически зависимы от родителей: у них не всегда есть деньги на регулярное лечение, иногда они не хотят сообщать родителям о заболевании, с чувством недоверия к взрослым, с несерьезным отношением к своему здоровью.

Клиентами/посетителями КДМ, помимо подростков, могут быть их родственники, а также специалисты учреждений, работающих с молодежью. Подростки и молодые люди приходят в Клинику, чтобы получить помощь: консультативную, информационную, диагностическую, лечебную и реабилитационную. Их родственники приходят с целью получения информации, консультаций по вопросам урегулирования взаимоотношений с детьми, сохранения здоровья и повышения уровня информированности детей.

В процессе оказания медико-социальной помощи населению в рамках Модельной семейной врачебной амбулатории «Демеу» (МСВА «Демеу») нами был выявлен такой участок медико-социальных проблем населения, как проблемы подростков и молодежи. Исходя из создавшейся ситуации, в 2004г. совместно с ЮНИСЕФ мы приняли решение создать при МСВА «Демеу» клинику, дружественную к молодежи. Необходимость создания КДМ в г. Астане была продиктована следующими основными причинами:

1. Ухудшение показателей здоровья подростков и молодежи.

Возрастная группа подростков в г. Астане на конец 2004 г. составляла 23869 человек, из них юношей – 11861 (49,7%), девушек – 12008 (50,3%). Количество студентов государственных и негосударственных вузов составляло 20586 человек, их них юношей – 9909 (48,1%), девушек 106773 (51,8%). За последние три года с 2002 г. по 2004 г. общая заболеваемость подростков в г. Астане по классам болезней выросла с 80560 на 100 тыс. населения до 101874 (показатель в Республике Казахстан составляет 106675 в 2002 г.). Наблюдается рост заболеваемости за счет железодефицитной анемии, дефицита веса, сахарного диабета, болезней центральной нервной системы, болезней органов дыхания, костно-мышечной системы (сколиоз, плоскостопие), травм, заболеваний мочеполовой системы, психических расстройств, гиперплазий щитовидной железы. Первичная заболеваемость за этот период выросла с 58,887 на 100 тыс. населения до 73637,6 (показатель в Республике Казахстан составляет 89713,7). На первом месте находятся болезни органов дыхания, на втором месте – болезни костно-мышечной системы, болезни глаз.

2. Недостаточность базовой медицинской помощи для подростков.

На фоне ухудшения медико-социальных показателей положения подростков и молодежи отмечается сокращение сети дошкольных учреждений, врачебных кабинетов в школах, колледжах и вузах, подростковых и студенческих поликлиник, реабилитационно-оздоровительных центров. В целом отсутствует эффективная система здравоохранения по охране и реабилитации здоровья подростков и молодежи. Качественное медицинское обслуживание для значительной части молодежи малодоступно из-за высокой стоимости обслуживания, так как консультации квалифицированных специалистов, методы современной диагностики и лечения дорогостоящи. Зачастую профилактические мероприятия медицинских работников среди подростков и молодежи носят формальный и малоэффективный характер, которые не мотивируют их к здоровому образу жизни, изменению поведения в сторону соблюдения безопасности, получению жизненных навыков.

3. Рост социальной обусловленности заболеваемости среди подростков и молодежи, социальная значимость их здоровья.

Увеличение заболеваемости среди подростков и молодежи обусловлено такими социальными факторами, как социально-экономические причины (ведущие к бедности и безработности многих категорий населения, малодоступности качественного питания и доступа к медицинским услугам, росту насилия, преступности и девиантного поведения), деградация экологических условий, социогенные заболевания (зависимости от азартных и компьютерных игр, употребление психоактивных веществ, рост ВИЧ/СПИДа), влияние урбанизации на адаптацию сельской молодежи к городским условиям (быстрая подверженность к влиянию порочных соблазнов, приводящих к ранним беременностям, проституции, алкоголизму, табакокурению, росту инфекций, передающихся половым путем).

Создание такой новой организации здравоохранения, как клиника, дружественная к молодежи на базе Модельной семейной врачебной амбулатории «Демеу» было продиктовано вышеперечисленными объективными причинами и исходило из потребностей подростков, молодежи и их родителей.

Клиника, дружественная к молодежи создавалась на основе разработанной нами технологии (алгоритма) организации интегрированной медико-социальной помощи. Согласно указанной технологии, мы провели медико-социальную, социально-статистическую диагностику ситуации в регионе, выявили медико-социальные проблемы, потребности и нужды подростков и молодежи, провели медицинский анализ показателей здоровья целевой группы. А также социологические исследования среди подростков и молодежи, экспертные опросы среди работников служб охраны правопорядка, социальных служб, школ, средних и высших учебных заведений, представителей неправительственных организаций, проанализированы медицинские показатели здоровья возрастной группы подростков и молодежи.

При создании Клиники мы руководствовались международным опытом в данной области и опирались на особенности подросткового возраста. В частности, мы исходили из того, что подростки нуждаются в особой терапии, отличающейся от медицинских услуг, оказываемых взрослым. Поэтому клиника, дружественная к молодежи сразу формировалась как служба, оказывающая медико-психолого-социальную помощь. Следующим шагом в организации деятельности медико-психолого-социальной службы для подростков и молодежи в условиях центра первичного здравоохранения было определение структуры клиники, выработка идеологии и стратегии деятельности, а также формирование коллектива.

В структуру клиники, дружественной к молодежи вошли следующие специалисты и подразделения: регистратура; подростковый гинеколог; социальный работник; психолог; координатор по профилактике употребления психоактивных веществ; координатор по подготовке волонтеров, юрист, телефон доверия; инструктор по трудовой реабилитации; компьютерный класс.

Существенными компонентами эффективной деятельности клиники, дружественной к молодежи, является привлечение в качестве сотрудников: волонтеров, инструкторов-тренеров по распространению знаний в области здорового образа жизни, активных лидеров из среды молодежи; создание подростковых и молодежных клубов, общественного совета.

Стратегия деятельности клиники, дружественной к молодежи предполагает применение следующих технологий: профилактические программы (профилактика нарушений сексуального поведения и репродуктивной функции, нежелательной беременности, ИППП, употребления психоактивных веществ, ВИЧ инфекции); работа волонтерских программ (проведение обучения волонтеров для последующей работы в школах, колледжах, вузах города); лечебно –диагностическое направление (выявление и лечение нарушений репродуктивной функции, сексуальных расстройств; диагностика и комплексное лечение ИППП, воспалительных заболеваний половых органов); оказание психологической помощи подросткам; проведение физкультурно-оздоровительных

мероприятий, направленных на улучшение соматического здоровья; диагностика и лечение общесоматической патологии, оказывающей неблагоприятное влияние на репродуктивную функцию юношей и девушек; организационно-просветительное направление (реализация программ по половому воспитанию и пропаганде ЗОЖ); социально-правовая помощь; помощь в обеспечении необходимой методической и др. литературой специалистов, работающих с подростками и молодежью.

Деятельность клиники, дружественной к молодежи при МСВА «Демеу» включает: социально-психологические тренинги по проблемам коррекции поведения лиц с девиантным поведением, с ограниченными возможностями; телефон доверия для консультационных и медико-коррекционных работ; тренинги по здоровому образу жизни, безопасному сексу и планированию семьи; профилактике ВИЧ/СПИД, наркомании; бесплатное медицинское обследование и консультирование социально-уязвимой молодежи (ПИН, инвалиды, РКС и т.д.); функционирование выездной комплексной бригады неотложной медико-психологической помощи с посещением притонов наркопотребителей, квартир инвалидов, лиц с ограниченными возможностями и нуждающихся; лекции, индивидуальные беседы, консультирование юристом службы по правовым вопросам; проведение и участие в общегородских, республиканских благотворительных социальных акциях; выпуск информационных бюллетеней и материалов для населения по вопросам здорового образа жизни, а также освещение деятельности МСС в средствах массовой информации; организация культурно-досуговых мероприятий творческой реализации личности (вечера поэзии, выставка-продажа изделий, встречи с выдающимися деятелями, поиск талантов, театрализованные представления); проведение социологических исследований; практикум по подготовке лидеров из молодежи, инструкторов по здоровому образу жизни, волонтеров; участие в международных и республиканских тренингах, круглых столах, семинарах, конференциях (к примеру, круглый стол на тему «Жизнь и образование без наркотиков», проводимым Молодежным Парламентом г.Астаны на базе Евразийского Национального Университета им. Л.Н.Гумилева; Республиканский форум «Молодежь Казахстана против наркомании, алкоголизма и табакокурения» и т.д.); заключение соглашений с вузами, колледжами и школами г. Астаны о взаимном сотрудничестве по профилактике наркомании и ВИЧ/СПИДа среди молодежи; сотрудничество с государственными органами: Министерством Юстиции, Комитетом по борьбе с наркоманией и наркобизнесом, Акиматом г. Астаны, Департаментом здравоохранения и Департаментом труда и социальной защиты г. Астаны; сотрудничество с НПО и международными организациями (Американский Международный Союз Здравоохранения, ЮНИСЕФ, Общественный фонд «Сактан», фонд «Освобождение», ОО «Начни новую жизнь», Ассоциация семейных врачей Казахстана, Волонтерская служба за рубежом (VSO), Агентство социальных технологий и развития (АСТРА), Конгресс молодежи, «Родительский комитет», Центр «САД», «Молодежный фонд по борьбе с наркотиками»); сотрудничество с медицинскими учреждениями (СПИД-центр, кожвендиспансер, психдиспансер, наркодиспансер, студенческая поликлиника).

В Модельной семейной врачебной амбулатории «Демеу» имеется линия «Телефона доверия». Телефонная психологическая помощь оказывается бесплатно и анонимно. При обращении в службу «Телефон доверия» абонент не обязан называть себя или сообщать о месте своего нахождения. Это дает ему возможность свободно говорить о личных проблемах и сложных ситуациях. Эта помощь распространяется на все то время, в течении которого человеку требуется совет и поддержка. По желанию абонента служба может связать его с другим компетентным специалистом в решении именно его проблемы (социальный работник, юрист, врач, психолог и др.). Благодаря существованию службы «Телефона доверия» в одной из областей Казахстана был выявлен пункт изготовления и продажи наркотических средств. Информация была передана соответствующим органам.

Маршрут обратившегося подростка или молодого человека может начинаться с телефона доверия или же сразу с регистратуры, где в доброжелательной форме с помощью кодировки проводится анонимная регистрация посетителей, чем обеспечивается конфиденциальность обращения. Применение принципов анонимности, конфиденциальности и доброжелательности связано с особенностями возрастной группы подростков и молодежи: они, как правило, стесняются или боятся обращаться в соответствующие службы (особенно к помощи гинекологов, сексологов, наркологов и т.п.), а также не обладают соответствующей информацией, где и как получить необходимые услуги.

Далее регистратор посылает посетителя-подростка к специалистам. Специалисты проводят осмотр, беседуют с посетителями, а также проводят оценку их ситуации. После углубленной медико-психолого-социальной диагностики ситуации обратившегося подростка или молодого человека, что иногда требует совместной деятельности нескольких специалистов, специалисты начинают работу с клиентами, или же дают направление в соответствующие медицинские учреждения (СПИД-центр, кожнодиспансер, психдиспансер, наркодиспансер и др.). В данных учреждениях имеются дружественные кабинеты специально для клиентов, направленных из КДМ. С подростками, направленными из КДМ, работают специалисты, прошедшие специальную подготовку для работы с подростками и молодежью. Здесь также соблюдаются анонимность, конфиденциальность, доброжелательность. В такой атмосфере подросток не напряжен и готов начать соответствующее лечение.

Основные формы медико-психолого-социальной терапии, применяемые в деятельности клиники, дружественной к молодежи – это консультирование и модель изменения поведения. С помощью этих инструментов удается сформировать ответственность поведения не только у подростков, но и у родственников.

Согласно Страновой программе, подписанной Правительством РК и Всемирным детским фондом ООН ЮНИСЕФ на 2005-2009 годы опыт работы КДМ получил распространение в городах Семипалатинск и Усть-Каменогорск, которые начали свою деятельность с 2004 года на базе негосударственной поликлиники «Гармония» и семейной врачебной амбулатории «Авиценна». В дальнейшем планируются открытие подобных клиник на базе поликлиник в городах Шымкенте и Алматы.

Таким образом, ситуация, сложившаяся в сфере здоровья подростков и молодежи казахстанского общества, привела к появлению потребности в новых и действенных формах оказания медицинской помощи и профилактической деятельности, которые должны отвечать нуждам и потребностям указанной категории населения, быть привлекательными и несложными в реализации. Клиники, дружественные к молодежи, являются адекватной формой оказания помощи подросткам и молодежи в решении проблем здоровья. Данная модель оказывает подросткам и молодежи интегрированную медико-социально-психологическую помощь, которую можно считать идеальной, поскольку она построена с учетом особенностей данной возрастной группы.

Литература:

1. Клиники, дружественные к молодежи. Пособие для организатора. Новосибирск: Олден-полиграфия, 2002.
2. Подростковая медицина. Руководство для врачей/Под ред. Л.И.Левиной. СПб., 1999. Т.2. №3.