



7. Mercier C., Dazard A., Chauvin F. et al. // News letter QoL.-1995.-N.12.-P.10-12.

8. Ware J.E., Sherbourne C. // Med Care.-. 1992. -Vol.30.- P.473-483.

Поступила 16.04.2008г.

С.М.Недельська, Т.Г.Бессікало, С.В.Михальчик

Якість життя дітей, хворих полінозом

У даній статті було вивчено якість життя дітей, хворих різними формами полінозу за допомогою української версії MOS SF-36. Досліджено 70 дітей з поленовою бронхіальною астмою (БА) і сезонним ринітом в період клінічної ремісії. Опитувальник SF-36 чітко виявив зниження параметрів якості життя у хворих дітей з поленовою БА III і IV ступені тяжкості. Цікаві дані були отримані при аналізі показників якості життя у дітей з ізольованим сезонним ринітом у дітей з поленовою БА. Сприйняття загального здоров'я було достовірне краще у дітей з поленовою БА, чим у пацієнтів з ізольованим сезонним ринітом. Наголошувалася також тенденція до вищих показників життєздатності, соціальної активності за наявності у дитини поленової БА, хоча ми припускали отримати зворотні результати. Українська версія опитувальника MOS SF-36 може використовуватися для оцінки і порівняння параметрів якості життя здорових і хворих дітей з різними патологічними станами.

Ключові слова: діти, якість життя, поліноз, алергічний риніт, бронхіальна астма

S.N.Nedelska, T.G.Bessikalo, S.V.Mykhalchuk

Quality of a life of children sick pollinosis

In given article quality of a life of children sick of various forms pollinosis by means of Ukrainian version MOS SF-36 has been studied. The 70 children with pollen bronchial asthma (BA) and a seasonal rhinitis in clinical remission are investigated. Questionnaire SF-36 has accurately revealed decrease in parameters of quality of a life at sick children with pollen BA III and IV severity levels. Interesting data have been received at the analysis of indicators of quality of a life at children with the isolated seasonal rhinitis at children with pollen BA. The perception of the general health was authentic better at children with pollen BA, than at patients with the isolated seasonal rhinitis. The tendency to higher indicators of viability, social activity was marked also at presence at the child pollen BA though we assumed to receive return results. The Ukrainian version of questionnaire MOS SF-36 can be used for an estimation and comparison of parameters of quality of a life of healthy and sick children with different pathological statuses.

Key words: children, quality of a life, pollinosis, an allergic rhinitis, a bronchial asthma

Сведения об авторах:

Недельская С.Н., д.мед.н., профессор, зав. кафедрой факультетской педиатрии ЗГМУ;

Бессикало Т.Г., к.мед.н., ассистент кафедры факультетской педиатрии ЗГМУ;

Михальчик С.В., студент V курса медицинского факультета ЗГМУ.

Адрес для переписки:

Недельская Светлана Николаевна, 69076, г.Запорожье, ул.Новгородская, 28А, КУ "5 ДГМКБ", кафедра факультетской педиатрии ЗГМУ. Тел.: 8 (0612) 224-94-07

УДК 614.2. 616-036.82

В.О. Татаровський, С.А. Лацинська, Т.О. Новікова

АСПЕКТИ ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ Дніпропетровський національний університет

Ключові слова: студентська молодь, підлітки, захворюваність, фактори ризику, медична допомога та її якість, експертна оцінка

У статті наголошується на важливості оцінювання якості медичної допомоги як інтегрованого поняття з позицій системного підходу, коли враховуються всі її складові функції: і профілактична, і діагностична, і лікувальна, і реабілітаційна, і оздоровча. Висвітлені аспекти емпіричного дослідження умов, способу і якості життя студентів Дніпропетровського національного університету, надані результати експертної оцінки якості стаціонарної допомоги молоді.

Забезпечення населення високоякісною медичною допомогою – провідна функція системи охорони здоров'я. Сьогодні для досягнення цієї мети соціальна політика держави повинна бути направлена на реформування галузі, впровадження нестандартних аспектів управління та організації роботи органів і закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання, прогресивних технологій; на максимальне використання людського фактора, зміцнення матеріально-технічної бази.

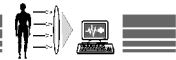
Організація лікувально-профілактичної допомоги передбачає насамперед відхід від екстенсивних методів роботи, адже новий її рівень переносить акценти з кількісних підходів в охороні здоров'я в якісну площину.

Мета роботи – визначення аспектів оцінювання якості лікувально-профілактичної допомоги населенню та його окремим групам.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Підкреслюючи важливість оцінювання якості медичної допомоги як інтегрованого поняття з урахуванням різних її видів або складових функцій, ми у фрагменті соціально-гігієнічного дослідження здоров'я студентів Дніпропетровської області, деякі результати якого надаються у цій статті, торкнулися таких основних із них як профілактична, діагностична, лікувальна.

З метою вивчення факторів ризику, які формують несприятливий фон, провокуючий до виникнення тих чи інших захворювань [3,4], визначення в цьому при-



чинно-наслідкових зв'язків, аспектів соціально-профілактичної роботи серед молоді ми провели емпіричне дослідження (з використанням метода анкетного опитування студентів Дніпропетровського національного університету).

Умови надання медичної допомоги молоді, реального забезпечення лікувально-діагностичних заходів, їх результату ми вивчали, проводячи експертну оцінку якості лікування 101 хворого в гастроентерологічному стаціонарі. У центрі уваги були конкретні показники медичної допомоги та діяльності лікувально-профілактичного закладу (деякі сторони її обсягу та організації), дані стосовно пацієнта, своєчасності та повноти його обстеження, обґрунтованості госпіталізації, взаємозв'язку та наступництва в роботі поліклініки та стаціонару тощо. Для збору інформації використовувався метод вкопіювання (з медичних карт стаціонарних хворих (ф.003/0) на карти "Експертної оцінки якості лікування гастроентерологічного хворого в стаціонарі").

Спираючись у нашому дослідженні на аспекти інтегральної оцінки рівня якості лікування [6], використовувалися стандарт якості для конкретної стаціонарної клініко-статистичної групи, а також стандарти медичних технологій [7,8,9].

Для досягнення мети роботи застосовувалися методи системного аналізу, математико-статистичний, соціологічний, експертних оцінок.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Характеристика захворюваності студентів Дніпропетровської області свідчить, що її рівень за даними звертань складає 998,9%. Первинна захворюваність 604,1%. У структурі захворюваності провідні місця разом з хворобами органів дихання, нервової системи та органів чуття, сечостатевої системи займають хвороби шлунково-кишкового тракту. Наприклад, серед студентів Дніпропетровського національного університету з так званої спеціальної медичної групи (особи, котрі займаються фізкультурою за індивідуальним планом) вони займають найбільшу долю (майже третину), серед хвороб терапевтичної групи у студентів навчальних закладів I-IV рівнів акредитації, зокрема допризвивного віку, на першому ранговому місті. Виділяється патологія органів травлення і в структурі захворюваності студентів диспансерної групи обліку, а також у пацієнтів санаторію-профілакторію ДНУ (наприклад, на першому ранговому місці – у 2004 р., на другому – в 2006 чи на третьому – в 2007 р.).

Серед захворювань шлунково-кишкового тракту у студентів значно поширені хронічні. Отже ми повинні були звернути увагу на стан, якість і ефективність медико-санітарного обслуговування підлітків, які через рік-другий стануть студентами, як на фоні з факторами ризику захворювань і нюансами щодо наслідків їх перебігу, а також мати уяву про ступінь забезпечення цілісності та наступності лікувально-діагностичного процесу (у структурі загальної захворюваності

підлітків Дніпропетровської області хвороби органів травлення займають 2 рангове місце [1]).

У справі охорони здоров'я важливо дотримуватися соціально-профілактичного напрямку, адже профілактика виходить за межі галузі, коли треба говорити, за словами М.О. Семашко [2], про систему соціально-економічних заходів щодо покращання умов праці, побуту, самого способу життя населення, направлених на охорону його здоров'я, запобігання причин і факторів ризику захворювань та пошкоджень, на здійснення певної соціальної політики. А знаючи причини захворювань, фактори ризику їх виникнення, можна впливати на суспільне здоров'я, керувати ним [3,4].

Розроблені нами анкети, що використовувались для опитування студентів, містять питання з блоків понять щодо чинників, які гіпотетично пов'язані з виникненням тих чи інших захворювань і торкаються вони різних сторін життя молоді та стану її здоров'я.

Чітка уява про причини захворювань дає можливість керувати суспільним здоров'ям, визначитись щодо направленої реалізації основних функцій медичної допомоги: профілактики, діагностики, лікування.

Орієнтувальний внесок факторів в оцінку здоров'я населення дають узагальнені результати чисельних досліджень [3]. Їх 4 групи: спосіб життя; біологічні; навколишнє середовище, природнокліматичні умови; охорона здоров'я.

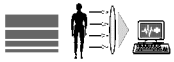
Дуже важливо серед факторів визначити ті, котрі первинно, ініціально обумовлюють виникнення захворювань. Уява про такі фактори робить боротьбу з ними прицільною, а профілактику первинною [3].

Слід також враховувати, що фактори ризику можуть бути пов'язані з одним або декількома чинниками причинними і знаходиться під їх впливом, а природа причин багатьох хвороб багатофакторна. Запропонована модель [5] розподіляє причини на ті: котрі обов'язково приводять до певних наслідків (достатні); б) які не є достатніми самі по собі, але впливають на виникнення захворювання (додаткові); в) наявність яких для виникнення захворювання є обов'язковою (необхідні).

Щодо неінфекційних хронічних захворювань частіше всього є декілька факторів ризику (вони разом або порізно викликають захворювання).

Можна уявити, що певні соціально-економічні чинники й особисті звички, а отже і фактори ризику захворювань могли зберегтися для багатьох студентів із їх підліткового віку, адже, наприклад, сумісно з батьками в їх квартирі чи будинку проживає майже половина студентів 47,3% (тобто вони після вступу до університету фактично не поміняли умов побуту), а попередні житлові умови як добрі відмітили лише 47,1% респондентів.

Серед факторів ризику, які в тій чи іншій мірі можуть впливати на здоров'я студентів, виникнення захворювань, у тому числі і шлунково-кишкового тракту,



є ті, котрі заслуговують в цьому на особливу увагу. Це – певні (погані) матеріально-побутові умови, нерациональне харчування, стресові ситуації, паління, вживання (зловживання) алкоголю та наркотиків, гіподинамія тощо.

Наведемо деякі дані: кожний третій студент періодично підробляє, постійно – 5,3 %. Харчуються безсистемно 83,3 відсотків опитаних. Гарячу їжу 3 рази і більше в день вживають лише 11,4% респондентів.

Перевантаження відчуває більшість студентів, а значних психоемоційних – кожний третій. Майже половина опитаних (49,1%) вважають свою студентську групу недружною, а колектив несформований. У кожного четвертого студента виникають конфлікти між собою, з викладачами – у 18,9%, з деканатом – у 6,5%.

Дружні сім'ї лише у 47,2% студентів. Для 30,9% сімей є звичним вживання спиртних напоїв, для 2,4% – наркотичних речовин, для 23,6% – паління. 42,7 відсотком притаманні сварки, скандали.

Кожний третій студент палить і майже 2/3 опитаних вживають спиртні напої. Студенти не приділяють належної уваги фізкультурі.

40,0 % опитаних відзначили, що за час навчання в університеті стан їх здоров'я погіршився; 44,4% – стали скоріше стомлюватися, 22,6% – більш роздратованими, конфліктними; у 23,2% погіршився сон.

З метою імовірнісної оцінки зв'язаної зі здоров'ям якості життя студентів нами передбачене їх анкетне опитування з використанням міжнародного загально-го ОП MOS SF-36 (у анкеті питання згруповані у блоки щодо параметрів, які визначають різні сторони життя людини та стан здоров'я).

Оцінюються фізичний та емоційно-психологічний статуси, працездатність, рівень соціальної адаптації (вважається, що якість життя характеризують три головних фактора: суб'єктивні відчуття благополуччя, фізичного здоров'я та достатку [13]).

Плануючи дослідження, ми передбачали аспекти оцінювання якості різних видів лікувально-профілактичної допомоги. Експертна оцінка якості медичної допомоги (на прикладі одного із гастроентерологічних стаціонарів великого міста) свідчить, що є серйозні недоліки та упущення в організації медичної допомоги хворим, якості та адекватності лікувально-діагностичного процесу. Так госпіталізація не показана в 3% випадків і хворі могли би лікуватися в позалікарняних умовах, зокрема в поліклініці. Є недоліки в оформленні історій хвороб: у 14 відсотків анамнез захворювання неповний, у деяких відсутній етапний епікриз.

Звертає на себе увагу те, що 82% пацієнтів не обстежено перед госпіталізацією, кожний десятий – обстежений неповноцінно. Це свідчить про обмежену можливість обстеження в амбулаторних умовах для більшості пацієнтів. З іншого боку, в організації такого обстеження ми бачимо шлях до більш раціонального використання спеціалізованих ліжок.

Повторне обстеження в стаціонарі (дублювання) у 8% хворих, у 2 % – воно не обґрунтоване, а більш ніж у половини госпіталізованих (57%) – неповне. У більшості випадків неповне обстеження пов'язане з відсутністю тесту на *h. pylori*, який є обов'язковим згідно стандартів обстеження (але в цьому закладі виконується на комерційних засадах, тому не може бути загально доступним). План обстежень за перші три дні виконано стосовно половини хворих, а їх третина – обстежена протягом 4-6 днів. Більшість хворих (майже 2/3) чекали на консультацію 2-3 дні, а майже п'ята їх частина – 4-6 днів.

Неправильний діагноз у стаціонарі встановлений 1 % хворих, у кожного п'ятого – він неточний, у 12 % – неповний. Повна розбіжність діагнозу при направленні і клінічного у 7 відсотків випадків, часткова – майже у кожного четвертого хворого. Серед причин розбіжності діагнозу – відсутнє або недостатнє обстеження на амбулаторному етапі, зокрема, не використовувались специфічні для конкретного захворювання методи дослідження.

Лікування в стаціонарі у 29 % випадків недостатнє (через неповноцінне обстеження), у 2 відсотків – неправильне.

Лікування супутніх захворювань неповноцінне у 8% випадків, а також у 8 відсотків - воно не проводиться.

Амбулаторне лікування хворих до їх госпіталізації не проводилось більш ніж у 2/3 випадках, а його термін не обґрунтований у 8 % пацієнтів. Період госпітального лікування менше потрібного у кожного п'ятого хворого, який виписаний зі стаціонару передчасно. Це дуже суттєво, особливо для хворих на виразкову хворобу, яких виписують хоча й з конкретними рекомендаціями щодо лікування на амбулаторному етапі, але без контролю фіброзофагогастроуденоскопії.

Взаємозв'язок та наступництво у веденні хворого в поліклініці і в стаціонарі не повноцінний у 16% хворих, а в 1 відсотка – відсутній.

Сучасних стандартів (обсяг діагностичних і лікувально-оздоровчих заходів, вимоги до стану пролікованого хворого) у лікуванні стаціонарних хворих не дотримано у 13% випадків, частково їх враховано – у 14%.

Недоліки в організації медичної допомоги і веденні хворого здебільшого зводяться до неповного його обстеження; до випадків, коли окремі заходи терапії або обстеження, які повинні були проводитися в стаціонарі, призначені хворому на постгоспітальний період і навіть до випадків, коли лікування не відповідає сучасним уяві і вимогам.

ВИСНОВКИ

Результати вивчення умов надання лікувально-профілактичної допомоги молоді свідчать, що є серйозні недоліки та упущення в її організації, обсягу, якості та адекватності. Як видно, за цими словами та приве-



деними даними знаходяться "вузькі місця" щодо передусім первинної профілактики (як результат – досить несприятливий фон для можливого виникнення захворювань у студентів, тобто наявність факторів ризику і причинно-наслідкових зв'язків), а також стосовно систематичного оперативного нагляду за станом здоров'я людей, інформаційно-довідкової бази диспансеризації, її ефективності.

До конкретних показників лікувально-діагностичного процесу є суттєві претензії, а саме до

- обгрунтованості госпіталізації (простежується нерациональне використання спеціалізованих ліжок, зокрема вони зайняті пацієнтами, які проходять обстеження, в той час, коли неповністю задовольняється потреба населення в стаціонарній гастроентерологічній допомозі; звідси і скорочення тривалості госпітального лікування тощо);

- якості і своєчасності обстеження хворого (перед госпіталізацією і в стаціонарі);

- якості діагностики;

- якості лікування, зокрема дотримання сучасних стандартів;

- взаємозв'язку та наступництва у веденні хворого в поліклініці та в стаціонарі;

- оформлення історій хвороби тощо.

Ці фактори і показники впливають на кінцевий результат в охороні здоров'я.

Завдання зацікавлених служб щодо організації та управління медичною допомогою студентам, в т.ч. спеціалізованою, повинні виходити з інтегрованого її поняття, коли у справі збереження та зміцнення здоров'я молоді враховуються широкий аспект профілактики та інші її складові функції, такі як діагностична, лікувальна, реабілітаційна, оздоровча.

ЛІТЕРАТУРА

1. Щудро С.А. Динаміка захворюваності підлітків Дніпропетровської області // Медичні перспективи, - 2005, - Том X, № 4, С. 132-138.
2. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Проблемные лекции: Учебн. пособие. - М.: Медицина, 1992. - 512 с.
3. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: В 2 томах. Т 1/Ю.П. Лисицын, Е.Н. Шиган, И.С. Случанко и др. Под ред. Ю.П. Лисицына. - М.: Медицина, 1987. - 432 с.
4. Флетчер Р., Флетчер С., Вангер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. - М.: МедиаСфера, 1998. - 352 с.
5. Rothman K. J. Causes // Am. J. Epidemiology. - 1976. - V. 104. - P. 587-592.
6. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В.Вороненка, В.Ф.Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. - 680 с.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.06.05р. № 271 "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Гастроентерологія". - Режим доступу до Інтернет-сайту Міністерства охорони здоров'я України: <http://moz.gov.ua>.
8. О стандартах (протоколах) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения / Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.04.98 г. № 125 // Медицинский научный и учебно-методический журнал, 2005. - № 25. - С.94 - 172.
9. Доказательная медицина: Ежегодный международный справочник / Пер. с англ. Вып. 2. В 7 ч., ч. 1, - М.: Медиа Сфера, 2003. - 730 с.

Надійшла 15.04.2008р.

В.А. Татаровский, С.А. Лацинская, Т.А. Новикова

Аспекты оценки качества лечебно-профилактической помощи

В статье акцентируется внимание на важности оценки качества медицинской помощи как интегрированного понятия с позиций системного подхода, когда учитываются все её составляющие функции: и профилактическая, и диагностическая, и лечебная, и реабилитационная, и оздоровительная. Освещены аспекты эмпирического исследования условий, образа и качества жизни студентов Днепрпетровского национального университета, представлены результаты экспертной оценки качества стационарной помощи молодёжи.

Ключевые слова: студенческая молодёжь, подростки, заболеваемость, факторы риска, медицинская помощь и её качество, экспертная оценка

V.O. Tatarovsky, S.A. Latsinska, T.O. Novikova

The estimation concepts of treatment-prophylactics quality

In the article it is directed to the important meaning of estimation of medical aid quality as an integrated concept in system way, when all its content functions: prophylactics, diagnostics, treatment, rehabilitation, and health keeping. The concepts of empiric investigation of conditions are included, way and quality of life of students of Dnipropetrovsk National University are displayed, the results of expert estimation of quality of stationary aid for young people are presented.

Key words: student young people, teenagers, disease, risk factors, medical aid and its quality, expert estimation

Відомості про авторів:

Татаровський В.О., лікар дорожньої клінічної лікарні на ст.Дніпропетровськ;

Лацинська С.А., доцент кафедри клінічної лабораторної діагностики ДНУ, лікар-педіатр вищої категорії;

Новикова Т.О., асистент кафедри клінічної лабораторної діагностики ДНУ, лікар-педіатр першої категорії.

Адреса для листування:

Татаровський Володимир Олександрович, 49101, м. Дніпропетровськ, Свердлова, 18, кв. 49. Тел. (056) 371-01-63