

---

## ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ХОДЕ ОФТАЛЬМОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Н.Н. Куканова, Б.А. Поляков, Д.Л. Мушников

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Ивановская государственная медицинская академия Росздрава  
ул. Ф. Энгельса, 8, Иваново, Россия, 153034

Статья посвящена совершенствованию системы обеспечения технологического аспекта качества оказания медицинской помощи. Авторами приведены данные исследования, отражающего опыт внедрения медико-организационных технологий в практике негосударственного учреждения здравоохранения — Ивановской межрегиональной офтальмохирургической клиники.

**Ключевые слова:** качество помощи, технологий.

Среди основных принципов всеобщего управления качеством, предложенных W.E. Deming [2], гласное место занимает тезис: «потребители и их нужды формируют организацию и ее работу, но не наоборот».

Многие авторы [3, 6, 7, 8, 9, 10] указывают, что внедрение принципов маркетингового подхода в работу медицинских учреждений в условиях ОМС, а также значительная коммерциализация их деятельности требуют акцентирования усилий на работу с пациентами и их микросоциальным окружением (семьей, близкими), как полноправных участников лечебно-диагностического процесса, с учетом их потребностей, ценностей, психологического статуса, характерологических особенностей, состояния здоровья.

В выполненных в последние годы работах [1, 4, 5] медико-социально-психологическая характеристика пациентов офтальмохирургического профиля дается статически, без учета динамики периоперационного периода. Вместе с тем, принимая решение о необходимости операции на органе зрения, готовясь к ней, а также адаптируясь к жизни после нее, человек (пациент) испытывает влияние как психологических факторов (в том числе стрессовых), так и социальных (семьи, медицинских работников, сослуживцев по работе). Это, в свою очередь, согласуется с технологическим подходом к обеспечению качества медицинской помощи и требует от медицинских организаций, ориентируясь на маркетинговые принципы, создавать условия (организационные, психологические, информационные) для наиболее эффективного прохождения пациентом периоперационного периода. При этом достижение положительного медицинского, социального и экономического результата крайне важно как для самого пациента, так и для обеспечения положительного имиджа медицинской организации, повышения ее конкурентоспособности.

**Материалы и методы.** В данном сообщении мы хотели бы поделиться опытом реализации технологий медико-социально-психологического сопровождения пациента в процессе лечения в хирургическом стационаре на базе ООО «Ивановская межрегиональная клиника офтальмохирургии» (г. Иваново), которые разрабатывались на основе данных проведенного комплексного исследования динамики качественных характеристик взрослых пациентов на этапах периоперационного периода. Следует отметить, что данный опыт является показательным по двум

причинам: во-первых, — возможности частного учреждения достаточно свободно и гибко реализовывать инновационные подходы к работе с пациентами; во-вторых, — заинтересованность руководства учреждения в увеличении лояльно настроенных пациентов, формирование с ними партнерских отношений.

Исследование проводилось с использованием следующих методов: изучение и обобщение опыта, статистических, экспертных оценок, аналитический анализ. Накопление, корректировка, обработка и анализ информации проводился с использованием стандартного пакета прикладных компьютерных программ.

Экспертным путем выделены 7 параметров подготовленности пациентов к офтальмохирургическому лечению (медицинская информированность; отношение пациента к своему здоровью; ценность здоровья; приверженность пациента лечению; отношение семьи; уровень стресса; социальная адаптация; трудовая адаптация) и определены градации их количественной оценки.

Результативность законченных случаев лечения пациентов оценивалась количественно (в баллах) экспертным путем с позиции достижения медицинского, социального и экономического результатов по 3 уровням: высокая (4—5 баллов), средняя (минимально допустимая) (2—3 балла), низкая (1 балл).

**Результаты исследования и их обсуждение.** За последние шесть лет (2003—2008 гг.) в Ивановской области отмечается увеличение общей заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата у детей на 14,2%, у подростков — на 11,2%, у взрослых — на 13,5%; первичной заболеваемости — соответственно на 11,8%, 12,0%, 4,9%, что превышает средние значения данных показателей в целом по стране и сопровождается увеличением группы диспансерного наблюдения во всех возрастных группах в связи со стойкими нарушениями функции зрения.

По данным целевых осмотров больных патологией органа зрения нуждаемость в офтальмохирургической коррекции среди детей составляет 3,2 на 1000 больных, у взрослых — 67,4 на 1000 больных, что наряду с мнением пациентов о низком уровне доступности офтальмохирургической помощи в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения и неудовлетворенности качеством медицинских и сервисных услуг в государственном секторе определяет необходимость развития офтальмохирургической помощи, в том числе частных офтальмохирургических клиник.

Установлено, что подготовленность частного сектора здравоохранения (материально-техническая база, кадры, используемые технологии) позволяет обеспечить оказание качественной офтальмохирургической помощи, дающей положительный медицинский, социальный и экономический результат. Вместе с тем резервом повышения результативности данной помощи в условиях частной медицинской организации является совершенствование медико-организационных технологий работы с пациентами.

Анализ количественной оценки состояния подготовленности пациента к офтальмохирургическому лечению показал, что ее базовый уровень характеризуется снижением преимущественно за счет параметров: «уровень стресса», «медицинская информированность», «уверенность в успешности помощи».

Последующие этапы периоперационного периода характеризуются положительной динамикой всех компонентов состояния здоровья пациента (физическо-

го, психологического, социального), однако сохраняется резерв их улучшения, в том числе за счет повышения медицинской информированности, улучшения трудовой адаптации.

По данным сравнительного анализа в группах с неоптимальной (средней и низкой) результативностью и с оптимальной (высокой) результативностью по признакам, связанным с подготовленностью пациента офтальмохирургического профиля к лечению, установлено, что наиболее существенное влияние на результативность офтальмохирургической помощи оказывали факторы: информационного порядка (в том числе информированность пациентов о заболевании); со стороны семьи (отношение семьи к получаемому пациентом лечению); приверженность пациента лечению (в том числе уровень желания пациента выполнять рекомендации врача); отношение пациента к своему здоровью, ценность здоровья (в том числе приоритетности для пациента здоровья над другими ценностями); уровень стресса пациента (в том числе уровень беспокойства пациентов по поводу компетентности медицинского персонала); факторы трудовой адаптации пациента (уверенность, что условия и характер труда не нарушат положительного результата операции); факторы социальной адаптации пациента (в том числе уверенность, что условия и характер жизни и деятельности не нарушат положительного результата операции).

Полученные данные явились теоретической основой для разработки предложений по совершенствованию технологии медико-социально-психологического сопровождения пациентов в условиях лечения в офтальмохирургической клинике, которая включает:

1. Технологию работы с пациентом в дооперационный период в условиях клиники офтальмохирургии, включающую оценку и медико-социально-психологическую коррекцию базовой подготовленности пациента к офтальмохирургическому лечению с использованием предложенной анкеты и шкал оценки риска снижения эффективности лечения по медико-социально-психологическим факторам при участии семейного врача, психолога, офтальмолога, медсестры с высшим образованием.

2. Технологию работы с пациентом в послеоперационный период в условиях клиники офтальмохирургии, включающую повторную оценку медико-социально-психологического статуса пациента и определение резерва подготовленности его к прохождению послеоперационной реабилитации с использованием специально разработанных карт количественной оценки. Используется дифференцированный подход к распределению пациентов по потокам наблюдения:

— первый поток — пациенты, требующие особенного внимания (обозначаются в истории болезни красным маркером), — пациенты в тяжелом состоянии, с сомнительным прогнозом, получающие дорогостоящие лекарственные препараты, молодой возраст;

— второй поток — пациенты, требующие пристального внимания (обозначаются в истории болезни желтым маркером), — пациенты в состоянии средней тяжести, имеющие неблагоприятный психологический статус и склонность к невротизации, психоэмоциональную лабильность, предъявляющие повышенные требования, имеющие неблагоприятный опыт получения медицинских услуг, низкую

приверженность к лечению, низкую мотивацию к результатам лечения, низкий уровень лояльности к медицинскому персоналу, получающие помощь на уровне средних затрат, молодой возраст;

— третий поток — пациенты, требующие регулярного внимания (обозначаются зеленым маркером), — пациенты в состоянии средней тяжести, имеющие благоприятный психологический статус, имеющие благоприятный опыт получения медицинских услуг, высокую приверженность к лечению, высокую мотивацию к результатам лечения, высокий уровень лояльности к медицинскому персоналу, получающие помощь на уровне затрат соответствующих или ниже средних по отделению.

3. Технологию медико-социально-психологической курации пациента после завершения лечения (на этапе реабилитации), предполагающую использование прямых и дистанционных форм общения с пациентами в послеоперационный период для решения возникающих у него психологических проблем и проблем, связанных с прохождением социальной и трудовой адаптации.

4. Совершенствование системы оценки результативности прохождения пациентом периоперационного периода по предложенной методике, включающей как клинические показатели, так и изменение 7 выделенных показателей подготовленности пациента, в том числе медицинской информированности.

В течение 2008—2009 гг. на базе ООО «Ивановская межрегиональная клиника офтальмохирургии» проводился медико-организационный эксперимент по внедрению предложенной технологии работы с пациентами.

Эффективность внедрения оценивалась по изменению показателей: подготовленности пациентов; медицинской, социальной и экономической эффективности. Изменение вышеперечисленных показателей обусловили положительную динамику количественной оценки показателей эффективности помощи — коэффициент медицинской эффективности увеличился с 0,90 до 0,97, социальной эффективности — с 0,94 до 0,99, экономической эффективности — с 0,98 до 1,0.

Таким образом, разработанный и апробированный комплекс предложений по оптимизации медицинской помощи пациентам офтальмохирургического профиля позволил повысить результативность офтальмохирургической помощи и обеспечить достижение медико-социальной и экономической эффективности.

### **Выводы**

1. Неудовлетворенность пациентов офтальмохирургического профиля доступностью и условиями оказания медицинских услуг в муниципальном и государственном секторе здравоохранения на региональном уровне, в условиях растущего уровня заболеваемости патологией органа зрения во всех возрастных группах, определяет формирование потребности в их получении в частных медицинских организациях, для оценки подготовленности которых к эффективному оказанию помощи можно использовать предложенный методический подход.

2. Результативность лечения пациентов офтальмохирургического профиля определяется влиянием комплекса индивидуальных и социальных факторов, а также базовой подготовленностью пациентов, состояние которой можно оценить по предложенной методике.

3. Основой совершенствования офтальмохирургической помощи пациентам должно стать внедрение предложенной технологии медико-социально-психологического сопровождения офтальмохирургического лечения пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Азнабаев М.Т., Ахтямов К.Н., Бабушкин А.Э.* Причины низких зрительных функций и методы реабилитации у больных после успешно оперированной отслойки сетчатки // Вестник офтальмологии. — 2005. — № 5. — С. 50—54.
- [2] *Евдокимов Д.В., Максимов И.П., Поляков А.А., Новик А.Г.* Теоретические и организационно-экономические основы управления качеством медицинской помощи. — СПб., 1999. — 176 с.
- [3] *Криушин Р.С.* Микросреда муниципального амбулаторно-поликлинического учреждения, оказывающего платные медицинские услуги населению // Экономика здравоохранения. — 2003. — № 1. — С. 15—18.
- [4] *Лазук В.А., Баяндин Д.Л., Грязнова И.И., Малахова Л.А., Холмский А.А., Еникополов С.Н., Хломов К.Д.* // Вестник офтальмологии. — 2006. — № 4. — С. 54—56.
- [5] *Либман Е.С.* Современные позиции клинико-социальной офтальмологии // Вестник офтальмологии. — 2004. — № 1. — С. 10—12.
- [6] Руководство по управлению качеством «Россия—США». — М., 2000. — 88 с.
- [7] *Сабанов В.И., Грибина Л.Н., Багметов Н.П.* Качество медицинской помощи: оценка пациентами // Информатизация и экономика здравоохранения регионов России: Мат-лы ежегодной науч.-практической конф. «Реформа здравоохранения на региональном уровне». — М., 2000 — С. 153—156.
- [8] *Щепин О.П., Линденратен А.Л.* Основные направления обеспечения качества медицинской помощи // Развитие обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: Мат-лы науч.-практ. конференции. — М., 1998. — С. 13—16.
- [9] *Abel-Smith B., Mossiallos E.* Cost Containment and Health Care Reform: A Study of the European Union. Health Policy. — 1994. — V. 28. — P. 89—132.
- [10] *Andrews S.L.* vs QI: The Changing Role of Quality in Health Care // J. Quality Assurance. — 1991. — Vol. 38. — P. 14—15.

## MEDICO-SOCIO-PSYCHOLOGICAL TECHNOLOGIES OF PATIENT SUPPORT DURING OPHTHALMOSURGERY

**N.N. Kukanova, B.A. Polyakov, D.L. Mushnikov**

Department of public health and health care  
ROSZDRAV Ivanovo State Medical Academy  
F. Engels str., 8, Ivanovo, Russia, 153034

The article is devoted to improvement of the health care quality technologies. The authors offer a new classification of medico-organizational technologies of patient support in the health facilities, and also present the results of investigation, reflecting the experience of integration of these technologies into the practice of a non-state health facility — the Ivanovo Interregional Ophthalmological clinic.

**Key words:** the quality of health care, technologies.