

РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования» Росздрава

Журнал выпускается при поддержке
Королевского колледжа врачей общей практики (Великобритания)
Университета штата Айова (США)

Президенты:

академик РАМН з. д. н. РФ профессор д. м. н. Н. А. Беляков (Санкт-Петербург, Россия)
профессор доктор философии Л. Соусгейт (Лондон, Великобритания)

Главный редактор:

профессор д. м. н. О. Ю. Кузнецова (Санкт-Петербург, Россия)

Заместители главного редактора:

профессор д. м. н. Н. Н. Гурин (Санкт-Петербург, Россия)
доктор философии П. Тун (Лондон, Великобритания)

Редакционная коллегия:

профессор д. м. н. В. П. Алферов (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. К. В. Логунов (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. В. П. Медведев (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. В. Н. Петров (Санкт-Петербург, Россия)
д. м. н. С. Л. Плавинский (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. Ф. П. Романюк (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. Е. В. Фролова (Санкт-Петербург, Россия)
доцент к. м. н. А. Л. Шишков (Санкт-Петербург, Россия)
чл.-корр. РАМН профессор д. м. н. А. П. Щербо (Санкт-Петербург, Россия)

Редакционный совет:

академик РАМН профессор д. м. н. И. Н. Денисов (Москва, Россия) — председатель
профессор д. м. н. А. А. Абдуллаев (Махачкала, Россия)
профессор д. м. н. Б. В. Агафонов (Москва, Россия)
профессор д. м. н. Б. Г. Головской (Пермь, Россия)
профессор д. м. н. Б. Л. Мовшович (Самара, Россия)
профессор доктор философии Д. Джогерст (Айова-Сити, США)
доктор медицины П. Джулиан (Лондон, Великобритания)
академик РАМН профессор д. м. н. Ю. Д. Игнатов (Санкт-Петербург, Россия)
профессор доктор философии П. Мак-Крори (Лондон, Великобритания)
засл. учитель РФ Е. П. Мартынюк (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. О. М. Лесняк (Екатеринбург, Россия)
профессор доктор философии Э. Свонсон (Айова-Сити, США)
засл. врач РФ И. К. Якубович (Ленинградская область, Россия)

Ответственный секретарь:

Н. А. Гурина (Санкт-Петербург, Россия)

Информация о журнале размещается в Реферативном журнале
и базах данных ВИНТИ РАН, на сайте elibrary.ru

Адрес редакции:

194291, Санкт-Петербург, пр. Просвещения, д. 45
ГОУ ДПО «СПбМАПО» Росздрава, кафедра семейной медицины
Телефон: (812) 598-93-20, 598-52-22, эл. адрес: fammedmaro@yandex.ru

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

Том 13
4-2009

ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО



**Журнал является
официальным печатным изданием
Всероссийской ассоциации
семейных врачей**

С обложки журнала на вас смотрит одна из удивительных российских женщин, прекрасный облик которой запечатлела кисть Карла Брюллова. Немецкая принцесса Фридерика-Шарлотта-Мария Вюртембергская была выбрана в невесты младшему брату Императора Александра I Великому князю Михаилу. Она приняла православие и была наречена Еленой Павловной. Юная принцесса была не только красива, но умна и образованна. Она была олицетворением идеала прекрасной жены, матери и хозяйки аристократического дома. Ею были открыты в Петербурге Повивальный институт, училище Святой Елены, Консерватория, Крестовоздвиженская община сестер милосердия, Елизаветинская детская больница. Елена Павловна была учредительницей и Клинического института (далее Институт для усовершенствования врачей, ныне Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования). К сожалению, Елена Павловна не дожидаясь открытия Института. Дело ее рук продолжила дочь Екатерина Михайловна, по инициативе которой Институту было присвоено имя матери.

На портрете Елена Павловна изображена с дочерью Марией. Нам хотелось, чтобы этот семейный портрет не только стал олицетворением журнала, но и напомнил уважаемому читателю небольшой, но прекрасный эпизод из отечественной истории.

The cover depicts a beautiful portrait by Karl Brullov of a well-known woman in Russian history. German Princess Frederik-Sharlotte-Marie Wurttemberg, wife of Prince Mikhail, the younger brother of Russian emperor Alexander I, became Elena Pavlovna when she accepted Orthodoxy. Being young, pretty and highly educated, she became the symbol of the ideal wife, mother and salon hostess. She was the founder of Obstetrics House, St. Helen Courses, Conservatoire Hall, and the St. Cross Nursing Society and the Elisabeth Hospital for Children. She was also the founder of the Clinical Institute (later called the Institute for Postgraduate Education of Doctors) now known as the St.-Petersburg Medical Academy for Postgraduate Education. Unfortunately, Elena Pavlovna died long before the Institute was opened to the public but her daughter, Ekaterina Mikhaylovna, brought her mother's initiatives to life and insisted on naming the Institute after her mother.

This portrait shows Elena Pavlovna with her young daughter Maria. We believe that this beautiful picture captures the essence of our journal and should also remind our readers of a wonderful episode from our national history.

Колонка главного редактора	4	Editorial	4
<hr/> Материалы конференции <hr/>		<hr/> Conference papers <hr/>	
МАТЕРИАЛЫ РОССИЙСКО-ФИНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ», ПРОШЕДШЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ 25 НОЯБРЯ 2009 ГОДА	5	MATERIALS OF THE RUSSIAN-FINNISH CONFERENCE «PROBLEMS OF THE QUALITY IN PRIMARY HEALTH CARE», HELD IN ST-PETERSBURG ON 25 NOVEMBER 2009	5
<hr/> Статья <hr/>		<hr/> Article <hr/>	
СОВМЕСТНЫЕ СЕМИНАРЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>П. Вайниомяки, Е. В. Фролова</i>	13	PARTICIPATORY WORKSHOPS AS TOOLS FOR QUALITY IMPROVEMENT IMPLEMENTATION <i>P. Vainiomaki, E. V. Frolova</i>	13
<hr/> Оригинальные научные исследования <hr/>		<hr/> Original data <hr/>	
ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОСНОВАННЫЕ НА ДАННЫХ О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ <i>С. Л. Плавинский, О. Ю. Кузнецова, М. Р. Андреева, В. Е. Жолобов</i>	17	OUTPATIENT CARE QUALITY INDICATORS BASED ON HOSPITALIZATION DATA <i>S. L. Plavinski, O. Yu. Kuznetsova, M. R. Andreeva, V. E. Zholobov</i>	17
ЛИЧНОСТЬ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ <i>И. М. Никольская, М. А. Краева</i>	26	THE PERSONALITY OF ELDERLY PERSON AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION <i>I. M. Nikolskaya, M. A. Kraeva</i>	26
ОТНОШЕНИЕ К ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ВРАЧЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ФИНЛЯНДИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕРНЕТ-ОПРОСА <i>О. Ю. Кузнецова, П. Вайниомяки, К. Фортелиус, А. К. Лебедев, Н. И. Кузнецов, С. Л. Плавинский</i>	32	DOCTORS ATTITUTED TO HIV-INFECTED IN ST-PETERSBURG AND FINLAND. RESULTS OF INTERNET-QUESTIONNAIRE <i>O. Yu. Kuznetsova, P. Vainiomaki, Ch. Fortelius, A. K. Lebedev, N. I. Kuznetsov, S. L. Plavinsky</i>	32
<hr/> Хроника <hr/>		<hr/> Chronicle <hr/>	
ХРОНИКА ОСЕНИ: КОНГРЕСС ЕВРОПЕЙСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА 2009 <i>Е. В. Фролова</i>	36	CHRONICLES OF AUTUMN: CONGRESS OF THE EUROPEAN CARDIOLOGICAL SOCIETY <i>E. V. Frolova</i>	36
ЛЕТНЯЯ ШКОЛА «ПОВЫШЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» <i>А. К. Лебедев, И. Е. Моисеева</i>	39	EQUIP SUMMER SCHOOL «IMPROVING RESEARCH CAPACITIES IN PRIMARY CARE QUALITY IMPROVEMENT» <i>A. K. Lebedev, I. E. Moiseeva</i>	39

Уважаемые читатели!

В четвертом номере журнала мы вновь хотели бы обратить ваше внимание на проблемы качества медицинской помощи. Выбор этой темы как основной для данного номера журнала не случаен. Во-первых, в нашей стране в настоящее время реализуются мероприятия, направленные на разработку национальных стандартов оказания помощи на всех уровнях, что необходимо для осуществления оценки качества медицинской помощи. Во-вторых, на региональном уровне создаются системы контроля качества медицинской помощи. Вместе с тем эта проблема очень сложна для практического решения, потому что в настоящий момент подходы к оценке работы врачей не отличаются единообразием, несмотря на ряд регламентирующих документов уровня Министерства здравоохранения и социального развития. И наконец, качеству медицинской помощи был посвящен трехлетний проект, который был реализован сотрудниками ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава при поддержке и активном участии Национального института здравоохранения и социального благополучия Финляндии. Результаты этого проекта нашли отражение в ряде публикаций, вошедших в данное издание. Кроме того, итоги сотрудничества были подведены в ходе российско-финской конференции, с материалами которой также можно познакомиться в этом номере журнала.

Для врачей и руководителей здравоохранения может представить практический интерес статья С. Л. Плавинского с соавторами, посвященная изучению показателей госпитализации при тех заболеваниях, которые следует в основном лечить в амбулаторных условиях. Они рассматриваются в качестве определенных индикаторов качества ведения таких больных в амбулаторных условиях. В статье приведены данные о госпитализации в различных районах Санкт-Петербурга, имеющей значительные различия, что позволяет судить о возможных недостатках или сложностях, возникающих при оказании первичной медико-санитарной помощи. Используя стандартизованные показатели, руководитель районного уровня может прогнозировать уровень госпитализации при таких индикаторных заболеваниях и, если она будет превышать среднероссийские показатели, целенаправленно проверять качество оказания первичной медицинской помощи данной категории больных. В статье О. Ю. Кузнецовой и П. Вайниомяки с соавторами продемонстрированы результаты сравнительного изучения отношения российских и финских врачей к ВИЧ-инфицированным. Авторы показали, что среди врачей Финляндии, так же как и среди врачей Санкт-Петербурга, сохраняется дискриминационное отношение к ВИЧ-инфицированным, причем статистический анализ выявил некоторые различия в характере их отношения к данной категории пациентов. Учитывая, что доступность является одним из важнейших приоритетов первичной медицинской помощи, определенная стигматизация ВИЧ-инфицированных является тревожным знаком, поскольку это может служить причиной определенных препятствий при обращении данной категории пациентов в амбулаторное медицинское учреждение. Об актуальности обучающих семинаров как инструмента улучшения качества медицинской помощи читатели узнают из совместной статьи Е. В. Фроловой и П. Вайниомяки. В ней приведен анализ результатов серии семинаров, проведенных для врачей и руководителей различных отделений общей практики Санкт-Петербурга.

В оригинальном научном исследовании И. М. Никольской и М. А. Краевой затронуты проблемы, связанные с психологической реабилитацией пожилых людей. Несмотря на то что эта статья не имеет прямого отношения к основной проблеме, рассматриваемой в данном номере, она также связана с качеством оказания помощи. Как нам хорошо известно, в задачи врача общей практики входит не только решение медицинских проблем пациента, но и оказание ему психологической поддержки, что особенно важно для оказания качественной помощи пожилым людям.

*Главный редактор
профессор Ольга Юрьевна Кузнецова*

Если у вас возникнут какие-либо вопросы,
обращайтесь к ответственному секретарю журнала Наталии Алексеевне Гуриной
по телефону: (812) 598-52-22
или по электронной почте: guri_nat@mail.ru

УДК 614.812:35.077.5(470.23-25)

МАТЕРИАЛЫ РОССИЙСКО-ФИНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ», ПРОШЕДШЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ 25 НОЯБРЯ 2009 ГОДА

MATERIALS OF THE RUSSIAN-FINNISH CONFERENCE «PROBLEMS OF THE QUALITY IN PRIMARY HEALTH CARE», HELD IN ST-PETERSBURG ON 25 NOVEMBER 2009

МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ В РАМКАХ РОССИЙСКО-ФИНСКОГО ПРОЕКТА «МОЛОДЕЖЬ, ЗДОРОВЬЕ, БЕЗОПАСНОСТЬ»

Б. В. Эпельман

Администрация Московского района Санкт-Петербурга, Россия

Сохранение и укрепление здоровья детей, подростков и молодежи является одной из приоритетных задач современного российского общества. Согласно статистическим данным и исследованиям, в настоящее время среди детей, подростков и молодежи в России и в Санкт-Петербурге распространены различные виды рискованного поведения. Санкт-Петербург является одним из передовых субъектов Российской Федерации в сфере формирования здорового образа жизни и профилактики девиантного поведения среди подростков и молодежи. В Московском районе реализуются целевые программы, в которых большое внимание уделено изучению состояния здоровья подростков и молодежи, повышению квалификации специалистов, методическому обеспечению профилактической работы. Так, в октябре 2007 г. в рамках реализации Российско-финского обучающего проекта «Молодежь, здоровье, безопасность» между Комитетом по социальной политике Санкт-Петербурга и Департаментом социального обеспечения и здравоохранения правления губернии Южная Финляндия было заключено соглашение о сотрудничестве. Для осуществления проекта, целью которого является усовершенствование социальной защиты семьи и детства, содействие здоровью подростков и молодежи, в качестве базовой площадки были выбраны два района города — Московский и Красногвардейский. Проект рассчитан на два года (2008–2009). Участниками проекта с российской стороны стали 30 человек, по 15 специалистов от каждого района. От Московского района в проекте принимают участие специалисты отделов социальной защиты населения, здравоохранения, образования, СПб ГУ «Центр социальной помощи семье и детям» (далее ЦСПСД), СПб ГУ «Социально-реабилитаци-

онный центр «Прометей» (СРЦ «Прометей»), СПб ГУЗ «Женская консультация № 5», СПб ГУ «Центр психолого-медико-социального сопровождения».

В рамках реализации проекта прошли четыре семинара с участием российской и финской стороны: «Молодежь, здоровье, безопасность», «Профилактика здоровья молодежи», «Социальное, физическое и сексуальное здоровье подростков», «Насилие, травматизм и употребление психоактивных веществ в подростковой среде». В ходе реализации проекта были достигнуты следующие результаты. Для подростков регулярно проводятся консультации в СПб ГУЗ «Женская консультация № 5» и СПб ГУ «Центр психолого-медико-социального сопровождения». На базе ЦСПСД открыто отделение одиноких отцов, создан клуб молодой семьи. Полученный опыт работы с ВИЧ-инфицированными успешно используется специалистами отделения помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации ЦСПСД и службы сопровождения ВИЧ-инфицированных матерей и несовершеннолетних СРЦ «Прометей». Между ГУ ЦСПСД и (СПб) Фондом социально-экономических программ заключено соглашение о сотрудничестве по реализации программы «Здоровая семья». Оформлен информационный стенд, подготовлен раздаточный материал. С 27 мая 2009 г. еженедельно проводится анонимное консультирование граждан с алкогольной зависимостью и членов их семей. Проведены 3 круглых стола с участием специалистов центра и общественных организаций. Специалисты отделения дневного пребывания ГУ ЦСПСД предоставили детские творческие работы на акцию «Мир без наркотиков», которая состоялась 24 сентября в Петербургском СКК. В СРЦ «Прометей» для совершен-

ствования работы всех субъектов профилактики безнадзорности и вредных зависимостей был проведен круглый стол со специалистами здравоохранения, образования, социальной защиты населения, его планируется проводить и в дальнейшем. В СРЦ «Прометей» с 1 февраля 2008 г. работает «Консультативно-информационный пункт» (КИП). Он успешно реализует программу по профилактике ранней наркотизации, алкоголизации, правонарушений и других форм девиантного поведения среди детей-сирот, детей оставшихся без попечения родителей, а также жителей Московского района. Формами социально-психологического исследования эффективности работы КИП являются мониторинг уровня правонарушений среди целевой группы, методы психологической диагностики, а также наблюдение за поведением воспитанников. Ак-

тивное взаимодействие СРЦ «Прометей» со всеми учреждениями и ведомствами, имеющими прямое или косвенное отношение к поставленной проблеме (ОДН, КДН, образовательные и досуговые учреждения, общественные организации) способствует эффективной координированной работе по выявлению и профилактике ПАВ и правонарушений среди воспитанников учреждения. В системе личных ценностей у детей и подростков здоровье занимает последнее место. Отсутствие ценности здоровья способствует распространению в детской среде различных форм саморазрушающего поведения. Поэтому важнейшим условием профилактики девиантного поведения среди несовершеннолетних является формирование осознания значимости собственного здоровья, умения укреплять его и заботиться о себе.

Адрес для контакта: Россия, Санкт-Петербург, Московский пр., 129, тел.: +7 (812) 576-88-10.

АДАПТАЦИЯ ПРОГРАММ И ФОРМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ К ПОТРЕБНОСТЯМ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. Н. Филатов, О. А. Ризаханова, Ю. В. Павлов, З. М. Мазур, Е. А. Мельникова

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Россия

В последнее время организационная основа системы последипломного образования врачей претерпела серьезные количественные и качественные изменения. В первую очередь это коснулось форм обучения и структур, занимающихся повышением квалификации специалистов здравоохранения. От полностью централизованной системы был осуществлен переход к децентрализованной организации, в которой последипломное образование предоставляется не связанными между собой академиями, институтами, медицинскими факультетами, учебными центрами, кафедрами, ассоциациями и т. д. Организационные формы и формы собственности этих структур различны — от федеральной собственности и некоммерческих организаций до частных обществ с ограниченной ответственностью. И как показывает опыт, установки этих организаций принципиально различны: если государственные федеральные и муниципальные учреждения, будучи некоммерческими, направляют свои усилия на совершенствование кадров системы здравоохранения, то коммерческие предприятия более ориентированы на прибыль, так как для них обучение является средством ее

формирования. В этом случае учитываются в основном личные интересы слушателя, а не задачи отрасли.

Несомненно, важным требованием времени выступает адаптация программ к нуждам потребителя (врача). Тем не менее образовательные структуры должны ориентироваться также на цели и задачи органов управления здравоохранением как основного заказчика, а часто и покупателя услуг. Таким образом, программы последипломного медицинского образования следует адаптировать к потребностям здравоохранения в целом. Такое соответствие может быть достигнуто через два совершенно противоположных механизма: интеграция единообразного подхода, контролируемого государством, представляющим интересы общества, и децентрализация содержания подготовки вплоть до индивидуального подхода.

Для изучения мнения врачей о качестве и формах последипломного образования был проведен многокомпонентный опрос слушателей путем анкетирования в течение 2005–2009 гг. Среди прочих изученных характеристик, были представлены данные о возможных вариантах обучения.

Результаты оказались ожидаемыми — для преобладающего числа слушателей личные цели являются доминирующими: 76% опрошенных ратуют за персональный подход в обучении, вплоть до составления индивидуального плана. Однако только 21% из них смогли четко сформулировать вопросы и темы, необходимые для углубленного изучения. Кроме того, рассмотрение большей части названных проблем и оцениваемых слушателями как «сугубо специфичные только для них» (19 из 24) и так входит в программу обучения.

Несомненно, часть респондентов просто не затруднила себя заполнением «трудоемкой» части анкеты, но тем не менее вполне обосновано предположение, что анкетированные, выбирая индивидуальный подход, как *a priori*, по их представлениям, более адекватный личным интересам, не совсем представляют свои нужды и потребности в контексте сущности программы обучения.

Не секрет, что в соответствии с законами маркетинга необходимо в первую очередь выяснить характеристики покупателей и их требования к образованию, понять мотивы к получению данной услуги. Даже если, как это имеет место в случае бюджетного финансирования, речь идет о разобщенности получателя образования (персонал медицинского учреждения) и покупателя (государство), оплачивающего товар учебного учреждения предварительно и по нормативному прин-

ципу, удовлетворение требований учащихся оказывается обязательным.

Получается, что и сегодня большое число обучающихся не хочет брать на себя даже малую долю ответственности, причем всего лишь психологического характера, за получение качественной услуги в сфере образования. Значит, часть медицинских работников не реже одного раза в пять лет проходит обучение только для фиксации факта повышения квалификации, а далее и возможности аттестации на конкретную категорию (или подтверждения сертификата специалиста) и не возлагает на циклы повышения квалификации обучающей и информационной функции.

Но не стоит во всем винить слушателей: возможно, часть из них на начальном этапе и не может сформулировать свои требования к программе или уровень обучения, полученного ими ранее, не позволил сформировать у респондентов должный интерес. А это уже непосредственно работа преподавателей школы последипломного профессионального образования.

Что касается форм обучения, то оптимальным вариантом представляется разумное сочетание обоих механизмов, когда государственное единообразие относится к процессам сертификации и лицензирования, а прочие программы обучения строятся в соответствии с рыночными требованиями обучаемых специалистов, внося в систему индивидуальный подход.

Адрес для контакта: Россия, Санкт-Петербург, Заневский пр., 1/88, тел.: +7 (812) 445-35-97.

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ИЗЛОЖЕНИЯ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ

В. Н. Филатов, О. А. Ризаханова

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Россия

Медицинское образование как часть здравоохранения зависит от многих факторов — состояния рынка медицинских услуг, экономики страны, политических влияний и т. п., однако его основной целью всегда остается совершенствование медицинской помощи путем адекватной подготовки соответствующих специалистов.

Наиболее важным фактором, определяющим выбор в получении последипломного образования, является содержание самого материала и форма его изложения.

Именно стиль и метод подачи учебного материала является основой качества и доступности восприятия обучающей информации. Безусловно, базой обучения остаются профессионализм преподавательского состава, практическая зна-

чимость материала, структурность изложения. Однако в современном мире необходимо осуществлять поиск новых подходов в самом учебном процессе. К ним относится использование возможностей так называемых высоких технологий, привлечение для подготовки специалистов потенциала Всемирной сети. Формирование учебных программ должно учитывать это обстоятельство и адаптироваться к нему, что означает в первую очередь существенное изменение не только содержания, но и технологий обучения.

Путем проведения социологического опроса слушателей кафедры социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава в период 2004–2009 гг. мы выяснили, что для них основными критериями

оценки подачи материала и формы его изложения являются: логичность (87%), системность (74%) и наглядность (71%) предложенной информации. При этом наглядность как показатель качества обучения высоко оценили слушатели возрастной категории до 40 лет, и именно эта группа позволила характеристике «наглядность» войти в тройку лидеров, опередив такие показатели, как «доступность изложения» и «побуждение к дискуссии». Выбранные респондентами критерии качества были оценены по пятибалльной шкале, и средние величины составили: логичность — 4,2 балла; системность — 4,4; наглядность — 3,8 балла.

В настоящее время существует большое количество возможностей «украсить» свой лекционный материал, преподнести его в новой, современной, динамичной и интересной форме и тем самым совершенствовать не только саму форму обучения, но и свой личный преподавательский профессиональный уровень.

Необходимо видеть перспективу и помнить, что все больше привлекает внимание использование так называемого проблемно-ориентированного образования, то есть междисциплинарного обучения, основанного на реальных или сконструированных ситуациях и охватывающего полно-

масштабную проблему, а не только один ее аспект. Этот подход дает всестороннее знание и строится на функциональных и должностных обязанностях специалистов, а поэтому признается в качестве высшей формы методологии.

Вместе с тем такую систему обучения невозможно внедрять в практику, опираясь на стандартную схему изложения материала, — сконструированные модели должны быть выстроены системно, логично и предложены всесторонне в наглядной форме; кроме того, они должны быть гибкими и постоянно пересматриваться в зависимости от достижений науки и нормативно-законодательной базы.

Несомненно, качество деятельности и состоятельности самого преподавательского состава напрямую зависит от финансового обеспечения вузов. Но вместе с тем особенностью последипломного обучения является еще и то, что у преподавателя должен быть организаторский опыт, управленческие навыки, склонность к реальной самооценке и, разумеется, социальный статус. Преподавателей нужно активно готовить в сфере организации учебного процесса, давать им возможность воплощать свои идеи в практическое обучение, мотивировать к постоянному обновлению своих знаний и умений.

Адрес для контакта: Россия, Санкт-Петербург, СПбМАПО, Заневский пр., 1/88, тел.: +7 (812) 445-35-97.

СТАРТОВАЯ ПОДГОТОВКА БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ НА ДОДИПЛОМНОМ УРОВНЕ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПУТЬ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ

А. В. Шабров, М. С. Доценко

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова, Россия

Подготовка кадров для общей врачебной практики (ОВП) остается одной из наиболее актуальных проблем реформирования всей системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Не вызывает сомнений необходимость этого реформирования. Поликлиническая система, получившая 30 лет назад положительную оценку специалистов во время Алма-Атинской конференции ВОЗ, превратилась за последующие годы в малоэффективную модель организации системы здравоохранения с точки зрения профилактики и укрепления здоровья населения.

Мировой опыт и 17-летний период развития института врачей общей практики (ВОП) в России продемонстрировали оптимальность модели врача первого контакта, представленной врачом общей практики (семейным врачом). Основными путями подготовки ВОП в настоящее время яв-

ляются: обучение на циклах первичной специализации (интернатура и клиническая ординатура) и циклах переподготовки стажированных врачей. С точки зрения числа переобучаемых врачей первичного звена, путь переподготовки является основным в Российской Федерации. Много говорилось о недостатках этого варианта переобучения. Это и короткий период переподготовки, и большой объем материала и практических навыков, которые должен освоить врач за отведенные 864 часа. А ведь в ряде случаев этот процесс идет без отрыва от лечебной работы, так как сегодняшняя ситуация с кадрами первичного звена не позволяет полностью подменить врача, уходящего на учебу. Если обратиться к учебной программе цикла переподготовки, можно отметить, что 1/6 всего времени (около 144 часов) отводится на изучение соци-

ально-экономических и медико-биологических проблем семейной медицины, общих принципов и методов профилактики. Не вызывает сомнений актуальность этих вопросов, но представляется нерациональным использование ограниченного времени переподготовки на те важные вопросы, которые необходимо освоить еще на додипломном уровне обучения.

Подготовка семейного врача означает прежде всего значительную перестройку психологии будущего специалиста семейной медицины, его ориентацию на профилактическую медицину, взгляд на проблемы здоровья пациента в контексте влияния внутрисемейных и социальных проблем. Нередко врачи, имеющие большой стаж работы, сложившиеся стереотипы и определенный стиль деятельности, с большим трудом адаптируются к новым требованиям работы в качестве семейного врача. Это в значительной степени делает более предпочтительной подготовку семейного врача, начатую еще с додипломного уровня. При определении рациональной программы подготовки на додипломном уровне необходимо найти «золотую середину» между сложившейся системой подготовки в медицинских вузах, отработанной в течение десятков лет и дающей право на получение диплома по специальности «лечебное дело», и программой, способствующей формированию идеологии семейной медицины уже на додипломном уровне обучения. Традиционно российская школа подготовки врачей ориентирована на изучение этиологии, патогенеза, клиники и лечения широкого круга заболеваний. Болезнь стала центральным объектом учебного процесса на додипломном уровне. Профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни, салютогенезу уделяется недостаточное количество времени.

Основной клинической базой для учебного процесса остаются стационары, где концентрируются «тематические» больные и происходит своеобразная селекция наиболее тяжелых форм заболеваний. А за пределами обучения нередко остается широкий спектр патологии от доклинических форм заболевания до его начальных и умеренных форм. Недостаточное количество времени уделяется изучению особенностей ведения пациентов в амбулаторных условиях. Выпускники вузов не готовы к решению проблем пациента, возникающих в результате взаимодействия медицинских, социальных факторов, факторов внутрисемейных отношений. В результате — выпускники оказываются неготовыми к работе в первичной медицинской помощи. Все это определяет необходимость формирования представления у будущих врачей первого контакта о реальном широком спектре

проблем в ПМСП. Кроме того, представляется важным перенос проблем обучения здоровому образу жизни, салютогенезу, проблем здорового питания и т. д. на додипломный уровень обучения. Это будет иметь значение не только с точки зрения формирования у будущего семейного врача идеологии, нацеленной на профилактику, но и позволит уделить больше внимания на постдипломном уровне подготовки специальным вопросам и мануальным навыкам.

Эти положения находят практическое решение в СПбГМА им. И. И. Мечникова с 2007 г., когда на первом курсе лечебного факультета стали выделяться четыре группы студентов для начальной подготовки ВОП. Проводится пересмотр программ теоретических кафедр первых курсов с точки зрения проблемно-ориентированного обучения, при этом в вопросы теоретического плана включают реальные жизненные проблемы пациента в амбулаторной практике. Сделана попытка сформировать ситуационные задачи, позволяющие объединять проблемы пациента и вопросы преподавания дисциплины. Поскольку студенты должны по окончании учебы получить диплом врача-лечебника, изменение программы обучения в этих группах происходит в пределах 15–20% допустимых изменений программы по правилам высшей школы. Следует отметить возросший интерес студентов к обучению подобным проблемно-ориентированным методом.

Вторым важным направлением в подготовке будущих врачей общей практики было введение с первого курса обучения психологии. Кафедрой психологии и педагогики СПбГМА им. И. И. Мечникова разработана сквозная программа преподавания психологии, рассчитанная на 6 лет додипломной подготовки с постепенным углублением изучаемых вопросов (начиная с общих вопросов с последующим погружением в семейные проблемы, медицинские аспекты психологии). Объем введенного курса психологии на первых курсах составил 60 часов лекционных и семинарских занятий. Цели введения этих занятий:

а) дополнительный интерес студентов к изучаемой профессии врача первого контакта;

б) важная роль психологической подготовки будущего врача общей практики. Существующая практика подготовки психологов из числа немедиков вселяла оптимизм в плане возможного обучения с первых курсов института, когда еще не освоены фундаментальные медицинские дисциплины. Полученный опыт обучения на первом курсе показал большой интерес студентов к данному предмету, что было отмечено наивысшими баллами при проведении анонимного анкетирования студентов.

Третьим аспектом подготовки было еженедельное посещение учреждений ПМСП (общие врачебные практики, центры семейной медицины, а также поликлиники города). Целью подобных визитов в течение учебного года было знакомство с работой первичного здравоохранения. При этом основной задачей на первом курсе было знакомство со всеми звеньями работы команды врача первого контакта (регистратур, работа медицинской сестры на приеме, в процедурном кабинете, работа врача общей практики на амбулаторном приеме, на дому). Студенты также познакомились с работой службы неотложной помощи, работой социальных служб. Если на первом курсе основной задачей было общее знакомство с работой ПМСП, то на последующих курсах происходит поэтапное углубленное зна-

комство с работой каждого звена ПМСП с особым акцентом на работе медицинской сестры и врача общей практики.

Положительные стороны подобной ознакомительной практики очевидны: знакомство, адаптация к работе в ПМСП, затем санитарно-просветительная работа с пациентом и его семьей, пропаганда здорового образа жизни и т. д. Все это позволит будущему врачу быть готовым к особенностям ПМСП, увидеть весь спектр проблем (как медицинских, так и социальных), с которыми приходится сталкиваться в амбулаторной службе. Внедрение в процесс обучения принципов семейной медицины с первых лет додипломной подготовки внесет дополнительный вклад в повышение качества дальнейшей подготовки ВОП на постдипломном уровне.

Адрес для контакта: Россия, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47, тел.: +7 (812) 225-15-21.

РОЛЬ ВЫЯВЛЕНИЯ СЕМЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

И. В. Юбрина, В. И. Ларионова, Г. А. Кухарчик, Е. В. Кобыся

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова, Россия

Снижение факторов риска атеросклероза и его осложнений является важной составляющей в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, не уступающих лидирующих позиций среди причин смертности. Однако до настоящего времени качество профилактической работы на поликлиническом этапе остается низким. Объективные причины такому явлению — это и формы финансирования первичного здравоохранения, когда оплата по случаю визита ставит в зависимость не качество работы, а число принятых пациентов, и отсутствие конкретных рекомендаций по системному профилактическому подходу к пациентам, имеющим высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Выявление таких пациентов часто происходит стихийно, по мере их обращения за медицинской помощью, при этом большая часть пациентов, у которых уже имеются факторы риска развития атеросклероза, но отсутствуют признаки заболевания, вообще не наблюдается лечащим врачом. Главным принципом семейной медицины является профилактическое направление, особенно это важно по отношению к наиболее социально значимым заболеваниям. Семейный врач, наблюдающий несколько поколений в одной семье, включая детей, имеет реальную возможность анализа факторов риска развития атеро-

склероза у ее членов, оценки роли наследственных факторов в сочетании с социальными условиями проживания семьи.

Цель работы: выявление отдельных пациентов, а также семей высокого риска развития атеросклероза и его осложнений методом скрининг-анкетирования.

Исследование проводилось в отделении общей врачебной практики поликлиники № 54 Калининского района Санкт-Петербурга. У пациентов, перенесших инфаркт миокарда или инсульт, также имеющих подтвержденную ишемическую болезнь сердца в возрасте до 55 лет, изучены факторы риска, приведшие к данным осложнениям атеросклероза. По результатам исследования, учитывая данные литературы, были отобраны 10 наиболее значимых факторов: курение, артериальная гипертензия, повышенный уровень холестерина, избыточная масса тела; заболевания, играющие роль в нарушении липидного обмена или возникновении гипертонической болезни (сахарный диабет, заболевания почек и щитовидной железы), гиподинамия, стрессовые состояния, нерациональное питание, ежедневное вождение автотранспорта. Такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, ишемический инсульт, гипертоническая болезнь, выделены в отдельную

группу с целью предположения наследственного характера их возникновения. В опросе участвовали пациенты в возрасте от 30 до 55 лет, обратившиеся к семейному врачу, независимо от причины обращения. Пациенты данного возраста в большинстве случаев контактируют с 3–4 поколениями своей семьи. В силу жизненного опыта они хорошо ориентированы как в социальных, так и в медицинских проблемах каждого члена своей семьи. Принцип скрининг-анкетирования заключался в том, чтобы пациент отметил факторы риска, имеющиеся не только у себя, но и у членов своей семьи. Для проведения анкетирования пациенты подписывали добровольное согласие и изъявляли желание или отказывались пройти специальное обследование всей семьей в случае выявления риска развития атеросклероза, а также уже возникших его осложнений.

За 6 месяцев работы анкетировано 298 человек, которые дали информацию о себе и 639 членах своих семей (всего 937 человек), включая 101 ребенка в возрасте от 1 до 18 лет. 47 пациентов, представлявших свои семьи, отказались от дальнейшего обследования. В результате анкетирования было обнаружено, что 56 человек (44 мужчины и 12 женщин) в возрасте до 55 лет имели осложнения атеросклероза (инфаркт миокарда, подтвержденную ишемическую болезнь, ишемический инсульт). У 322 человек (201 женщина и 121 мужчина) отмечалась артериальная гипертензия. У 393 человек (272 мужчины и 121 женщина), было выявлено 4 и более факторов риска разви-

тия атеросклероза и его осложнений. 27 детей (15 девочек и 12 мальчиков) от 2 до 18 лет имели избыточную массу тела, а у 3 детей (2 мальчика 11 и 14 лет и 1 девочка 5 лет) в дальнейшем были выявлены серьезные нарушения липидного обмена. Было установлено, что регулярно наблюдались и получали лечение у своего лечащего врача в разных районных поликлиниках города только 50,4% пациентов, которые имели в анамнезе инфаркт миокарда или подтвержденную ишемическую болезнь сердца. Из 393 человек, имевших 4 фактора риска и более, 36,8% не придавали этому значения, поэтому к врачу не обращались.

В результате проведенной работы пациенты с признаками сердечно-сосудистых заболеваний, а также имеющие 4 фактора риска и более, были всесторонне обследованы: изучен семейный анамнез, выполнены ЭКГ и АД-мониторирование, ЭхоКГ, анализ липидного спектра крови и гомоцистеина. По показаниям выполнены нагрузочные тесты и генетические исследования. У шести мужчин и одной женщины, не подозревавших о своих заболеваниях, были выявлены симптомы стенокардии, а в результате углубленного обследования им была проведена коронарография, по результатам которой трем мужчинам выполнено стентирование, одному запланировано аортокоронарное шунтирование. Семьи, отнесенные к группе высокого риска развития атеросклероза и его осложнений, были приглашены в школу профилактики атеросклероза, основной целью которой является приобретение навыков здорового образа жизни.

Адрес для контакта: Россия, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47, тел.: +7 (812) 225-15-21.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

И. В. Юбрина, Л. А. Босова, Н. В. Туркина

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Россия

Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении атеросклероза и его осложнений, сердечно-сосудистые заболевания, остаются лидерами в причинах смертности и инвалидизации населения. Устранение факторов риска развития этого заболевания имеет большое значение в проведении профилактических мероприятий. Однако профилактическая работа с пациентами, которая является главным компонентом первичной медицинской помощи как участковой службы, так и общей врачебной практики, организована недостаточно хорошо.

Одной из причин этого является тот факт, что до сих пор не определена роль медицинской сестры в данном виде деятельности.

Цель работы: определить функции медицинской сестры общей практики в выявлении пациентов, имеющих риск развития атеросклероза и его осложнений, а также в проведении профилактических мероприятий.

Задачей медицинской сестры было провести скрининг-анкетирование пациентов, обратившихся в отделение врачей общей практики, независимо от причины. В результате работы ме-

медицинская сестра выявляла пациентов, которые имели 4 фактора риска и более развития атеросклероза, но не обращались ранее к врачу в связи с данной проблемой, так как не имели признаков развития заболевания. Таким пациентам медицинская сестра выполняла лабораторный и инструментальный минимум обследований, включавший в себя анализы крови и мочи, исследования липидного спектра, электрокардиограмму, флюорографию, антропометрические измерения, рассчитывая индекс массы тела, а также индекс талия/бедро. Совместно с врачом медицинская сестра определяла степень риска развития атеросклероза и его осложнений не только у конкретного пациента, но и в семье в целом. Таким образом, участие медицинской сестры общей практики в проведении как эпидемиологической, так и клинической части работы среди пациентов, имеющих выявленные факторы риска развития атеросклероза, позволило врачу уделить больше времени больным, уже имеющим признаки осложнений в виде ишемической болезни сердца.

Пациенты и их семьи, отнесенные к группе высокого риска, были приглашены в школу профилактики атеросклероза, целью которой является обучение пациентов здоровому образу жизни.

Важным моментом организации профилактических школ является формирование групп по определенным признакам. Медицинская сестра, участвующая в проведении занятий в школе профилактики, специально обучена данным навыкам.

Независимо от наличия осложнений атеросклероза первую группу составили семьи, отнесенные к семьям высокого риска развития атеросклероза (3–4 семьи в каждой группе, только взрослые ее члены). Вторую группу составили отдельные пациенты, чьи родственники не желали обучаться в школе профилактики атеросклероза всей семьей. Занятия в обеих группах проводили медицинские сестры. Тематика

занятий касалась вопросов курения, гипертонической болезни, избыточной массы тела, рациональной диеты и др. В «семейной» группе были организованы занятия по обмену «опыта». В проведении занятий участвовали врачи, которым задавались вопросы, касающиеся лечения гипертонической болезни, проявлений ишемической болезни сердца. Также были предусмотрены занятия с психологами.

В течение 6 месяцев школу профилактики атеросклероза посетили 43 человека. В результате проведения занятий все пациенты отметили, что они стали более внимательно относиться к своему здоровью. Двое пациентов отказались от курения, 4 женщины, страдающие гипертонической болезнью, заметили, что после физических тренировок в виде утренней гимнастики и ходьбы пешком до работы и обратно, чего у них не было ранее, их артериальное давление стабилизировалось. На занятиях с семьями хозяйки делились опытом приготовления пищи, состав которой был рекомендован медицинскими сестрами.

В планах школы профилактики атеросклероза стоит организация детских групп начиная с младшего школьного возраста. С этой целью совместно с педагогами-психологами разрабатывается тематический план занятий. Предполагается, что основной акцент будет сделан на профилактике курения, физической активности, рациональном питании. Занятия будут проводиться как совместно, так и отдельно от родителей.

В результате проведенной работы были определены новые функции медицинской сестры общей практики: анкетирование пациентов на предмет выявления факторов риска и признаков осложнений атеросклероза, самостоятельного проведения клинического минимума пациентам высокого риска, формирования групп пациентов для занятий в школе профилактики атеросклероза и проведения занятий в них. Перечисленные функции должны быть отражены в соответствующих нормативных документах.

Адрес для контакта: Россия, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47, тел.: +7 (812) 225-15-21.

УДК 614.812:378.147.34

СОВМЕСТНЫЕ СЕМИНАРЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

П. Вайниомяки¹, Е. В. Фролова²¹Национальный институт здравоохранения и социального благосостояния, Финляндия²ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

PARTICIPATORY WORKSHOPS AS TOOLS FOR QUALITY IMPROVEMENT IMPLEMENTATION

P. Vainiomaki, E.V. Frolova

National Institute of Health and Welfare THL, Finland
St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© П. Вайниомяки, Е. В. Фролова, 2009.

В статье описывается процесс обучения практических врачей принципам оценки и повышения качества работы. Интерактивное обучение способствует активизации участников, вовлекает их в процесс изменений, мотивирует к дальнейшим шагам и применению на практике методологии повышения качества работы. Автор использует интерактивные методы обучения в течение длительного времени в своей практике. В данном случае подобный вид обучения использован как мероприятие международного проекта и был впервые применен в обучении российских врачей первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: качество работы; повышение качества; интерактивное обучение.

According to current theories, a variety of interventions are needed to achieve a change in the performance of health care workers. Neither written information nor orders nor lectures, which are based on knowledge transfer alone, are sufficient to change performance. Multiplicity of methods and interventions are needed. During the implementation of the project it was decided to use several methods in interactive, participatory workshops, which were based on participants' own experiences, in order to commit the health care workers to the project goals. During the implementation of the Project «Development of the Quality Improvement System in Primary Care in St. Petersburg» special emphasis was given to the idea to commit all health care workers and all levels of leadership and management to the project goals from the very beginning.

Keywords: quality of work; primary care quality; quality improvement; interactive workshop.

В ходе реализации проекта «Повышение качества оказания первичной медицинской помощи в Санкт-Петербурге» [1] с самого начала для достижения поставленных целей к работе были привлечены медицинские работники всех уровней, включая руководителей и менеджеров.

Введение. Согласно современным представлениям, чтобы добиться изменений в выполнении медицинскими работниками своих рабочих обязанностей, необходимы самые различные мероприятия. Причем для этого недостаточно ни печатной информации, ни приказов, ни лекций, которые только транслируют знания лектора. Должны быть предприняты особые меры, действенные и разнообразные [2]. В ходе реализации проекта при проведении интерактивных совместных семинаров было решено использовать несколько методов обучения с использованием личного опыта участников. Именно так можно

было их объединить и мотивировать к достижению целей проекта.

Подготовка семинаров. До проведения семинаров были проанализированы данные о частоте госпитализаций в отделениях общей практики, участвующих в проекте, а также амбулаторные карты госпитализированных пациентов. Анализ амбулаторных карт показал, что ведение пациентов с артериальной гипертензией не соответствовало утвержденным клиническим рекомендациям [1]. Вероятно, записи в медицинских документах не полностью отражали все действия и рекомендации врачей, поэтому оценить реальную работу врача только по этим данным было невозможно. Целью семинаров было установить уровень компетенции врачей общей практики, а также показать им с помощью клинических ситуаций те возможности повышения качества работы, которые они не используют на

Характеристика семинаров

Семинары для врачей общей практики	Содержание	Заметки эксперта
<p>Городская поликлиника № 17, май 2008 г. Врачи общей практики и все остальные врачи, работающие в поликлинике Всего 33 участника Руководители: П. Вайниомяки, Е. В. Фролова</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Основные элементы улучшения качества * Результаты изучения амбулаторных карт * Финский опыт в области качества помощи * Работа в группах по типу мозгового штурма. Что происходит во время консультации пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом? Что записывать в амбулаторные карты? Знания и навыки, с одной стороны, выполнение на практике — с другой * Дискуссия по поводу результатов оценки симулированных ситуаций 	<p>Очень активная группа. Главный врач присутствовал почти в течение всего семинара и участвовал в работе</p>
<p>Городская поликлиника № 73, декабрь 2008 г. Врачи общей практики, работающие в поликлинике Всего 6 участников Руководители: П. Вайниомяки, Е. В. Фролова</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Основные элементы улучшения качества * Результаты изучения амбулаторных карт * Финский опыт в области качества помощи * Работа в группах по типу мозгового штурма. Что происходит во время консультации пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом? Что записывать в амбулаторные карты? Знания и навыки, с одной стороны, выполнение на практике — с другой * Дискуссия по поводу результатов оценки симулированных ситуаций 	<p>Было очень важно узнать об отличающихся содержаниях и условиях работы семейных врачей; хотя было всего 6 участников, они были весьма активны</p>
<p>Городская поликлиника № 17, май 2009 г. Все участники первого семинара Руководители: П. Вайниомяки, О. Ю. Кузнецова</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Короткая повторная сессия по поводу качества работы, что сделано по настоящее время? * Репетиция двух новых методов контроля качества в дополнение к мозговому штурму: — причинно-следственная диаграмма — блок схема * Основные правила работы в группе 	<p>Второй семинар</p>
<p>Семинар для руководителей среднего звена, май 2009 г.</p>	<p>Содержание</p>	<p>Заметки эксперта</p>
<p>Всего 22 участника Главные врачи и другие руководители из поликлиник пилотного района 12 участников присутствовали в течение всего семинара Руководители: У. Идянпяян-Хейккиля, П. Вайниомяки, О. Ю. Кузнецова</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Представления участников о качестве медицинского обслуживания. Детерминанты качества * Основные элементы качества в сфере здравоохранения и инструменты для оценки и совершенствования * Что было сделано на прошедших семинарах с врачами в поликлиниках № 17 и 73, их опыт и ожидания в отношении руководства и управления * Управление качеством — как это сделать на практике * Как нам начать реально действовать завтра на своем рабочем месте? 	<p>Двухдневный семинар Практически все задания выполнялись в малых группах, делался акцент на собственных потребностях, например как организовать систему записи пациентов на прием к врачу, как отслеживать госпитализации и т. д.</p>

практике. Кроме того, необходимо было ознакомить участников с существующими принципами оценки работы практического врача, научить их использованию этих принципов, показать простоту этих мероприятий и убедить не только администраторов, но и рядовых врачей в необходимости использования методов оценки и повышения качества. Целью оценки качества для семинаров и проекта в целом была выбрана группа пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2-го типа, что, как было уже отмечено, обусловлено высокой частотой их госпитализации.

Семинары были организованы для врачей городских поликлиник № 17 и 73, для руководителей среднего звена этих и других лечебных учреждений (табл. 1). За детальную подготовку, организацию и проведение семинаров для семейных врачей отвечали врач общей практики профессор П. Вайниомяки и профессор Е. В. Фролова. В ходе семинара всех участников делили на группы. Руководителями групповой работы были сотрудники МАПО. Чтобы подготовить эти мероприятия, были организованы предварительные совещания с лидерами групповой работы, подробное обсуждение содержания семинара, роли руководителей групповой работы и другие важные детали. Семинары для руководителей среднего звена были организованы и проведены подобным образом, но в основном силами экспертов — профессором Уллой Идянпяян-Хейккиля (Национальный институт здравоохранения и социального благосостояния, Финляндия) и про-

фессором Паулой Вайниомяки. Одним из лидеров группы на этом семинаре была профессор О. Ю. Кузнецова (СПбМАПО).

Во время семинара были использованы методы активного обучения, интерактивного взаимодействия. Эксперты представляли участникам краткие информационные блоки (табл. 1), на основании которых и проводилась групповая работа в соответствии с клиническими или управленческими задачами. Врачи-участники представляли собственный опыт работы с больными артериальной гипертензией и сахарным диабетом, активно его обсуждали в группах, причем без какого-либо давления или навязывания мнения со стороны экспертов. Работа проходила в творческой атмосфере с активным обсуждением проблем участниками. Несмотря на то что решаемые задачи иногда казались простыми, для некоторых участников стало неожиданностью, что в других лечебных учреждениях существуют аналогичные проблемы по ведению пациентов. Руководители групповой работы умело контролировали дискуссию, но не использовали свое мнение и свой опыт как главенствующий. Также использовался метод обратной связи.

Оценка семинаров. Оценочные формы (использовалась шкала Ликера от 1 до 5) заполнялись после каждого семинара (табл. 2). Больших различий в оценке разных сессий не было, в основном она была положительной. Во время обсуждения была отмечена доброжелательная атмосфера и принято решение о проведении таких качественных семинаров в дальнейшем.

Таблица 2

*Оценка семинаров с врачами общей практики, руководителями среднего звена
(всего 60 участников трех семинаров)*

Утверждение	Доля врачей общей практики, полностью согласившихся с утверждением, %
Тема была мне интересна	97
Метод, использованный для проведения данной сессии, соответствовал содержанию	94
Я получил пользу от этого семинара для своей работы	89
Общие цели сессии были достигнуты	86
Мне удалось достичь своих целей в этой сессии	45*
Я уверен, что буду использовать эти идеи в своей работе	82

* 20% согласились почти полностью. От руководителей среднего звена после семинара было собрано всего 11 форм оценки. 10 респондентов полностью согласились, что тема семинара была интересна, они получили пользу для своей работы и они планируют использовать эти идеи в своей работе, 9 респондентов увидели, что используемые методы соответствовали содержанию семинара, и посчитали, что цели сессии были достигнуты, 3 респондента добились своих целей, а 8 респондентов достигли своих целей частично.

Обсуждение и выводы. Процесс сам по себе может считаться одним из важных результатов проекта. Обсуждение собственной практики стало хорошей основой для начала улучшения качества их работы. Эти мероприятия мотивировали как врачей, так и руководителей. Участники проекта пришли к выводу, что уровень их знаний и навыков достаточен, но, несмотря на это, исполнение — как и во всем мире — не всегда на высоком уровне. Для участников также было важно понять, что повышение качества — это международная проблема.

Методы, использованные для повышения активности участников семинаров, были новыми, заинтересовали их, помогли лучше усвоить содержание и активизировать мышление. Это также может объяснить высокую положительную оценку, данную участниками.

Организаторы и эксперты постарались дать четкое представление, что персонал должен быть самым эффективным и важным ресурсом для слаженного функционирования первичной медико-санитарной помощи, а она — стабильной и устойчивой основой для всей системы здравоохранения [3]. Таким образом, возможности персонала совершенствовать свою собственную работу без какого-либо внешнего контроля должны развиваться и дальше. Такой подход к совершенствованию качества — так сказать, взгляд изнутри — кажется новым делом, он был воспринят как наиболее важная часть работы.

В дальнейшем планируется проведение подобных семинаров на регулярной основе для сохранения мотивации и непрерывности в цикле качества. Однако для этого необходима поддержка со стороны администрации на всех уровнях.

Литература

1. Моисеева И. Е., Кузнецова О. Ю., Фролова Е. В., Плавинский С. Л. Возможные способы оценки качества ведения пациентов с артериальной гипертензией в амбулаторных условиях // Российский семейный врач. — 2009. — Т. 13, 3. — С. 17–23.
2. Grol R., Wensig M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice // Med. J. Aust. — 2004. — Vol. 180, 6 Suppl. — P. S57–S60.
3. Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health // Milbank Quarterly. — 2005. — Vol. 83. — P. 457–502.

Адрес для контакта: paula.vainiomaki@utu.fi

УДК 616-08-039.57

ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОСНОВАННЫЕ НА ДАННЫХ О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

С. Л. Плавинский¹, О. Ю. Кузнецова¹, М. Р. Андреева², В. Е. Жолобов²ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава¹,
Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга², Россия

OUTPATIENT CARE QUALITY INDICATORS BASED ON HOSPITALIZATION DATA

S. L. Plavinski¹, O. Yu. Kuznetsova¹, M. R. Andreeva², V. E. Zholobov²St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies¹, Public Health Committee of St-Petersburg²,
Russia

© Коллектив авторов, 2009

Анализ индикаторов качества амбулаторно-поликлинической помощи (ИКАПП) на предмет адаптации системы индикаторов для Санкт-Петербурга показал, что отражаемые ИКАПП госпитализации составляют значительную часть госпитализаций в Санкт-Петербурге и отражают реальную вариабельность между районами города. В то же время большое количество потенциально предотвратимых госпитализаций (осложнения беременности, инфекции верхних дыхательных путей, инфекции кожи и подкожной клетчатки, дорсопатии) не отражены в ранее разработанном наборе ИКАПП. Предложен дополненный список индикаторов и методология коррекции различий между районами по демографическим показателям.

Ключевые слова: индикаторы качества, амбулаторно-поликлиническая помощь, госпитализация.

The analysis of prevention quality indicators (PQI) was undertaken to adopt this system for St-Petersburg. It was shown that PQI-related hospitalizations constitute significant portion of total hospitalizations in the city and capture variability between city's districts. In the same time large numbers of potentially preventable hospitalizations (pregnancy complications, skin infections, upper respiratory tract infections and dorsopathies) are not fully represented in the PQI. The appended list of indicators is proposed together with methodology of risk stratification (correction) by district demographics.

Keywords: quality indicators, outpatient care, hospitalization.

Актуальность. Задачей системы здравоохранения является предоставление качественной и доступной медицинской помощи нуждающимся. Обеспечение качества медицинской помощи лежит в основном на плечах врачей, знания и умения которых в сочетании с этическими требованиями профессии должны служить делу обеспечения качественного лечения страждущих.

Однако к сожалению, в обеспечении качественной медицинской помощи только за счет внутренней мотивации медиков дело обстоит не очень хорошо. В своем знаменитом докладе «Ошибаться свойственно человеку» [1] Институт медицины США пришел к выводу, что сама система здравоохранения является одной из ведущих причин смерти в США, опережая рак молочной железы и СПИД. Множество причин медицинских ошибок были предотвратимы и включали отвратительный почерк врача, назначение одинаково звучащих лекарственных

средств и другие. Существуют и другие причины не вполне качественной помощи — когда, например, не назначается необходимое лечение или назначенное лечение не соответствует современным стандартам качественной практики. Причем, как отмечалось в докладе Института медицины 2001 г. «О национальном отчете о качестве медицинской помощи» [2] качественная помощь включает не только собственно терапию при возникновении заболевания, но и целый ряд других мероприятий, таких как поддержание здоровья, улучшение состояния, обеспечение качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями и помощь терминальным больным.

Условно можно обозначить несколько этапов обеспечения качественной помощи:

- 1) Надо знать, что работает (какое лечение эффективно).
- 2) Надо использовать то, что работает.
- 3) Надо делать хорошо то, что работает.

4) Надо знать, для чего делать то, что работает.

5) Надо знать, какие ресурсы необходимы, чтобы выполнить эту работу (обеспечить эффективное лечение).

Соответственно качественная медицинская помощь — это такая помощь индивидуумам и населению в целом, которая повышает вероятность достижения желаемого исхода для здоровья и совпадает с имеющимися в настоящий момент профессиональными знаниями. Иными словами, качественная медицинская помощь — это доказательная медицина, применяемая на практике.

Закон «О контроле качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге» [3] гласит, что целью улучшения качества медицинской помощи является обеспечение права граждан на охрану здоровья. Для этого создается система, которая базируется на обязательности проведения контроля качества, независимости сотрудников, выполняющих эту функцию, от лиц, заинтересованных в результатах проверки и обязательности учета индивидуальных особенностей и условий течения заболевания у пациента.

Чтобы контролировать любую систему, надо вначале научиться измерять составляющие ее части. По отношению к системе здравоохранения речь чаще всего идет о ее структуре, процессе оказания помощи и его исходе. Показатели, с помощью которых оценивают соответствующий компонент, именуются индикаторами. Соответственно индикаторы качества медицинской помощи (КМП) — это числовые показатели, используемые для оценки медицинской помощи, косвенно отражающие качество ее основных составляющих: структуры, процессов и результатов [4].

Очевидно, что любой процесс, в том числе и процесс лечения, начинается с того, что надо вложить какие-то средства, чтобы его наладить. Так, если в регионе нет врачей, то никакой профессиональной медицинской помощи не будет — ни качественной, ни некачественной. Соответственно можно наблюдать, какие ресурсы используются для налаживания производства — соответствующие индикаторы называют *индикаторами затраченных ресурсов* (структуры). Классическими индикаторами затраченных ресурсов являются показатели финансирования системы здравоохранения, число врачей на 10 тыс. населения, количество коек и т. п.

Вместе с тем очевидно, что можно вложить много средств, а производство не начнется. Поэтому на втором этапе надо следить, чтобы средства расходовались таким образом, чтобы осуществлялся процесс производства и производился продукт. Индикаторы этого этапа носят

название *индикаторов процесса*. К ним относится число пролеченных больных (следует обратить внимание на устойчивый сленг — «пролеченные», а не «вылеченные», что подчеркивает характер этого показателя как индикатора процесса) или обследованных пациентов (например, число сексуально активных молодых женщин, которые прошли скрининг на наличие хламидийной инфекции). К ним же можно отнести следование клиническим рекомендациям при лечении пациентов.

Однако наибольший интерес у руководителей системы здравоохранения (как и у владельцев промышленного производства) вызывает результат всей этой активности и затраченных ресурсов — как непосредственный, так и отдаленный.

Тут, правда, возникает проблема, общая для всех индикаторов, — насколько должен отклониться индикатор от заданного значения, чтобы это вызвало беспокойство. Очевидно, что небольшие колебания могут быть вызваны случайными факторами, а не низким или ухудшающимся качеством оказания медицинской помощи. Задача состоит в количественном определении понятия «небольшие».

Решением этой задачи занимается раздел статистической теории, который называется *статистический контроль процессов*. Его идея заключается в том, что случайные колебания качества неизбежны и надо научиться отличать случайные колебания от тенденций. Для этого используется целый набор инструментов, известных как *контрольные графики*.

Для построения контрольного графика индикатор усредняют для небольшого количества наблюдений или периода (чтобы немного уменьшить вариабельность). Очень часто в качестве размера выборки, для которой применяется усреднение, используют четыре наблюдения (например, усредняются будут четыре последовательных отношения наблюдаемой и ожидаемой летальности при аортокоронарном шунтировании). Стандартная статистическая теория (центральная предельная теорема) утверждает, что, если мы берем выборки известного размера из любого распределения, распределение средних будет подчиняться закону нормального распределения с дисперсией, во столько раз меньшей дисперсии в исходном распределении, сколько было единиц в выборке.

Из свойств нормального распределения известно, что две трети всех популяционных значений лежат в диапазоне, отклоняющемся от среднего на одно стандартное отклонение (дисперсия равна квадрату стандартного отклонения), а 95% всех значений лежат в диапазоне двух стандартных отклонений от среднего.

Зная это, можно определить, что такое «небольшие» отклонения от среднего, — это те отклонения, вероятность которых достаточно велика, — например, более 2,5% (то есть могут вызывать беспокойство те серии пациентов, в которых отклонения от среднего превышают два стандартных отклонения). Однако, поскольку речь идет о мониторинге, система здравоохранения будет располагать данными о тысячах подобных выборок. Поэтому при их большом числе отклонения будут наблюдаться обязательно — чем больше выборок, тем менее вероятные отклонения смогут проявиться. Это надо принимать во внимание. Случайные колебания возможны, но серии случаев — вряд ли. Именно поэтому для анализа используют графики — на графике значительно легче увидеть серии случаев (выборок) и отличить их от возможных случайных выборок.

Принимая все это во внимание, цель данной работы — предложить ряд индикаторов качества оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене, для которых можно было бы использовать статистический контроль процессов.

Материалы и методы. Предварительно были сформулированы следующие требования к индикаторам качества:

1) Они должны зависеть от качества оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене.

2) Они должны базироваться на достаточно часто встречающихся заболеваниях и состояниях (для обеспечения возможности статистического выделения случайного компонента).

3) Данные для их расчета должны собираться рутинно (минимизация расходов на сбор данных).

4) Возможности манипуляции данными со стороны субъектов контроля качества должны быть сведены к минимуму.

Выполнение требования 3 означает, что необходимо будет базироваться на рутинно собираемой статистике, такой как данные о смертности населения, госпитализации и обращениях за помощью в амбулаторно-поликлиническое звено. Требование 2 означает, что использовать данные о смертности нерационально, поскольку на эти показатели воздействует большое количество дополнительных факторов и выделить случайный компонент будет сложно. Требование 4 означает, что предпочтительны данные, собираемые вне амбулаторно-поликлинической системы. Поэтому было принято решение изучить

данные по госпитализации, которые рутинно собираются медицинскими страховыми организациями.

Далее был проведен анализ доступной информации по существующим индикаторам качества амбулаторно-поликлинической помощи. Был выявлен набор индикаторов качества, базирующийся на данных о госпитализации при состояниях, «чувствительных» к качеству амбулаторно-поликлинической помощи [5]. Поскольку набор индикаторов был разработан для условий США, то некоторые из них использовать было невозможно ввиду отсутствия процедурных кодов в используемых в России версиях международной классификации болезней (МКБ). Индикаторы были трансформированы из МКБ-9, принятой в США, в МКБ-10, используемую в России¹.

Кроме того, был проведен анализ всех причин госпитализации. Для упрощения все диагнозы были разбиты на группы в соответствии с рекомендациями ВОЗ/Европейского статистического агентства². Были выявлены наиболее часто встречающиеся причины госпитализации, не отраженные в первоначальном наборе индикаторов. После экспертного рассмотрения возможности эффективного лечения при этих состояниях на уровне амбулаторно-поликлинического звена они были добавлены в список индикаторных заболеваний (*индикаторы качества амбулаторно-поликлинической помощи — ИКАПП*).

Базой исследования стали данные о госпитализации в Санкт-Петербурге за 10 месяцев 2008 года. Для оценки ИКАПП данные по количеству госпитализаций были приведены к численности населения районов, которую взяли из официальных данных Петростата [6]. На основании этих данных был сформирован список индикаторов и проверена возможность их использования для сравнения в районах города. Кроме того, было разработано программное обеспечение в системе R [7] для быстрой оценки значений индикаторов (его можно получить у авторов статьи).

Для сравнения и решения вопроса о том, действительно ли предложенные индикаторы измеряют некий сигнал, то есть существуют ли между районами Санкт-Петербурга различия, которые нельзя объяснить случайными колебаниями, был рассчитан суммарный ИКАПП. Он был равен сумме всех случаев госпитализации в данном районе в связи с состояниями, чувствительными к качеству амбулаторно-поликлинической помощи, отнесенным к численности населения района со-

¹ Перекодировочные таблицы, основанные на таблицах, используемых Статистическим управлением Австралии, можно получить у авторов.

² http://apps.who.int/classifications/apps/icd/meetings/tokyomeeting/B_4-1%20Report%20of%20the%20Hospital%20Data%20Working%20Group.pdf

ответствующей возрастной группы. Поскольку при сравнении ИКАПП между районами количество сравнений было достаточно велико (количество возможных сравнений — 171), был использован подход Бонферрони, позволяющий удерживать уровень ошибки I типа на заданном уровне (5%) при проведении множественных сравнений. В рамках этого подхода уровень достоверности, необходимый для отклонения гипотезы, что наблюдаемые различия являются следствием действия случайных факторов, уменьшается пропорционально количеству возможных сравнений; в данном случае он был установлен на уровне 0,003 (0,3%). Поэтому для каждого показателя были рассчитаны 99,97% доверительные интервалы, и, если они не перекрывались, гипотеза, что все наблюдаемые различия являются следствием действия случайных факторов, отвергалась.

Данный подход был крайне консервативным (то есть он сопровождался выраженным увеличением ошибки II типа — возможности пропус-

ка истинных различий, если они существуют). Однако целью исследования было установление того, что ИКАПП измеряет сигнал, а не только случайный шум. В связи с этим, если бы при использовании консервативного подхода между районами были найдены различия, можно было считать, что цель исследования достигнута.

Результаты и их обсуждение. В анализ были включены данные по госпитализации в Санкт-Петербурге за 10 месяцев 2008 года. Анализ проводили по районам города. Поскольку анализ носит исследовательский характер, районы города идентифицируются только кодами.

Всего за 10 месяцев было зарегистрировано 586 760 госпитализаций, 12% из них могли быть использованы для расчета ИКАПП (часть госпитализаций, которые по кодам могли относиться к ИКАПП, были исключены, т. к. госпитализированные не были жителями Санкт-Петербурга).

Абсолютное количество госпитализаций, которые могли быть использованы для расчета индивидуальных ИКАПП, приведено в табл. 1.

Таблица 1

Количество госпитализаций с состояниями, чувствительными к качеству амбулаторно-поликлинической помощи (числитель ИКАПП)

Категории состояний, чувствительных к качеству амбулаторно-поликлинической помощи ³	Количество
1. Острые осложнения сахарного диабета	582
2. Перфорация аппендикса	3 410
3. Хронические осложнения сахарного диабета	3 115
4. Госпитализация детей с бронхиальной астмой	908
5. Обструктивные заболевания легких	3 932
6. Госпитализация детей с гастроэнтеритами	4 104
7. Артериальная гипертензия	5 374
8. Госпитализация в связи с сердечной недостаточностью	10 232
9. Бактериальная пневмония	2 371
10. Инфекции мочевыводящих путей	3 852
11. Стенокардия	30 824
12. Неконтролируемый сахарный диабет	581
13. Госпитализация взрослых с бронхиальной астмой	2 471
Всего	71 756

Как видно из таблицы, наиболее часто встречавшимся состоянием, чувствительным к качеству амбулаторно-поликлинической помощи, является стенокардия, которая была причиной госпитализации почти в 5% всех случаев госпи-

тализации в городе. Основными причинами госпитализации в связи с состояниями, чувствительными к качеству амбулаторно-поликлинической помощи, были стенокардия, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия,

³ Наименование объединяет группы заболеваний и может включать несколько нозологических единиц, а также те диагнозы, которые часто используются для кодирования изучаемых состояний (например, пациент со стенокардией может быть госпитализирован с диагнозом «другие формы острой ишемической болезни сердца») [5].

обструктивные заболевания легких, гастроэнтерит у детей и инфекции мочевыводящих путей у взрослых. В целом эти состояния отвечали за 84% всех случаев госпитализаций, которые могли использоваться для расчета ИКАПП. Поскольку не было отмечено случаев госпитализации с дегидратацией (код МКБ-10 E86), этот показатель был устранен из списков ИКАПП.

Результаты анализа суммарного ИКАПП приведены в табл. 2. Как видно из этой таблицы,

суммарные ИКАПП различались между районами почти в два раза и доверительные интервалы не перекрывались, что означает, что между районами города существуют действительные различия.

Интересно заметить, что все районы с самыми высокими значениями ИКАПП относились к периферийным районам города.

Аналогичный анализ, выполненный для групп ИКАПП (сахарный диабет, сердечно-сосуди-

Таблица 2

*Суммарные индикаторы качества амбулаторно-поликлинической помощи
(количество госпитализаций по районам Санкт-Петербурга, районы закодированы)*

Район Санкт-Петербурга	Суммарные индикаторы	99,97% ДИ
P14	251,1	236,7–266,2
P10	237,3	217,4–258,5
P17	209,2	195,1–224,0
P8	180,1	163,9–197,5
P2	158,5	151,2–165,9
P18	155,4	150,4–160,6
P11	150,3	144,3–156,5
P7	149,5	142,4–157,4
P3	146,6	141,8–151,5
P15	141,9	137,1–146,7
P19	138,4	132,1–145,0
P4	135,2	130,9–139,7
P16	134,5	126,0–143,3
P5	131,8	126,7–137,1
P6	131,6	126,5–136,8
P12	129,9	125,6–134,5
P9	127,3	122,0–132,6
P13	121,3	113,5–129,5
P1	113,4	107,0–120,0

стые заболевания, педиатрические заболевания), показал, что между районами существуют достоверные различия, причем не всегда наибольшие значения были у одних и тех же районов. Так, в случае сахарного диабета самые высокие значения были в районах P16 и P8, а наименьшее значение — в районе P13 (одном из центральных районов). В случае ССЗ наибольшие значения были в районах P14, P10, P17 и P8, тогда как минимальные были в районах P6, P9 и P1. Высокие значения педиатрических ИКАПП были в районах P10 и P9. Несмотря на то что районы в приведенном выше списке менялись, ряд районов постоянно появлялся в числе тех,

у кого показатели ИКАПП были высокими, указывая на возможные проблемы в оказании качественной медицинской помощи на уровне амбулаторно-поликлинического звена.

Как отмечено выше, еще одной задачей исследования было дополнение списка ИКАПП теми причинами госпитализации, которые наиболее важны для Санкт-Петербурга с учетом чувствительности этого состояния к качеству амбулаторно-поликлинической помощи. Для этого был проведен анализ основных причин госпитализации по группам в соответствии с классификацией ВОЗ/Евростат. Результаты анализа приведены в табл. 3.

Основные причины госпитализаций⁴ (по группам ВОЗ/Евростат)

Ранг	Код ВОЗ/ Евростат	Количество госпитализаций	Причины
1	102	34 544	Осложнения беременности, преимущественно в антенатальный период
2	39	32 355	Стенокардия
3	45	32 171	Сосудистые поражения головного мозга
4	120	21 393	Другие травмы
5	49	20 143	Острые инфекции верхних дыхательных путей и грипп
6	41	17 040	Другие формы ишемической болезни сердца
7	38	13 373	Артериальная гипертензия
8	15	12 653	Другие злокачественные новообразования
9	104	12 651	Роды
10	75	12 521	Болезни поджелудочной железы
11	115	11 969	Черепно-мозговые травмы
12	77	11 843	Инфекции кожи и подкожной ткани
13	35	11 595	Катаракта
14	34	10 785	Другие болезни нервной системы
15	36	9 907	Другие заболевания глаз и придатков
16	48	9 175	Другие заболевания сердечно-сосудистой системы
17	6	8 828	Другие инфекционные и паразитарные заболевания
18	92	8 698	Мочекаменная болезнь
19	73	8 525	Желчнокаменная болезнь
20	99	8 448	Другие болезни мочеполовой системы

Как видно из этой таблицы, первое место по числу госпитализаций занимают осложнения беременности. При этом количество госпитализаций по этому поводу в три раза превышало количество родов, что указывает на частую госпитализацию практически каждой беременной женщины, что вряд ли можно считать признаком адекватного амбулаторного их ведения. Соответственно данная группа причин должна была быть включена в список ИКАПП. Далее, среди частых причин госпитализации находится стенокардия, но не инфаркт миокарда. Сосудистые поражения головного мозга обычно не рассматриваются как чувствительные к качеству амбулаторно-поликлинической помощи, несмотря на их зависимость от адекватности лечения артериальной гипертензии. В связи с этим

высокие показатели госпитализации, обусловленной инсультами, в сочетании с очень высокой или, наоборот, очень низкой госпитализацией из-за артериальной гипертензии указывают на недостаточно хорошее ведение пациентов с гипертонической болезнью. Поэтому можно полагать, что госпитализация по поводу инсульта связана с таким индикатором, как госпитализация в связи с артериальной гипертензией (7-е место среди причин госпитализации в городе). Травмы, которые занимали 4-е место среди причин госпитализации (не считая черепно-мозговых травм — 11-е место среди причин госпитализаций), не чувствительны к качеству амбулаторно-поликлинической помощи, как и катаракта. С другой стороны, госпитализация в связи с острыми респираторными заболеваниями и грип-

⁴ Обращает на себя лидирующее положение групп «другие», в которые обычно включаются редко встречающиеся или трудно диагностируемые заболевания и состояния, — в данном случае может указывать на проблемы кодировки причин госпитализации.

пом зависит от качественной помощи в амбулаторном звене (но, учитывая сезонную динамику показателя, может использоваться только для сравнения районов в один и тот же период, а не в разные периоды года). Интересно, что госпитализация в связи с сахарным диабетом и хроническими обструктивными заболеваниями легких была низкой, несмотря на очевидно высокую распространенность этих заболеваний (особенно это касается ХОБЛ, учитывая высокую распространенность курения). Это указывает на то, что при данных заболеваниях госпитализация недостаточна. Возможно также, что пациентов с этими заболеваниями госпитализируют с другими диагнозами. Вне зависимости от реальной причины, лежащей в основе выявленного факта, необходимо обратить большее внимание на ведение пациентов с заболеваниями легких (напомним, что госпитализация в связи с бронхиальной астмой также является редкостью) и сахарным диабетом.

С другой стороны, неожиданно частыми оказались в числе причин госпитализации инфекции кожи и подкожной клетчатки, а также «другие заболевания нервной системы», куда чаще всего попадает диагноз «остеохондроз» (точнее, дорсопатия). Поскольку анализ доказательной базы показал, что постельный режим не только не помогает, но даже вредит при болях в спине [8, 9] (то есть причинах госпитализации в указанных выше случаях), данная группа причин госпитализаций также заслуживает включения в число ИКАПП.

Таким образом, по результатам анализа число ИКАПП должно было быть увеличено до 17 и включать госпитализации в связи с осложнениями беременности, инфекциями верхних дыхательных путей и гриппом, инфекциями кожи и подкожной клетчатки и дорсопатиями (табл. 4).

Можно утверждать, что данные, имеющиеся в настоящее время в распоряжении системы

Таблица 4

Индикаторы качества амбулаторно-поликлинической помощи

Индикатор	Причина госпитализации	Числитель: количество госпитализаций с кодами МКБ-10 ⁵	Знаменатель
ИКАПП 01	Острые осложнения сахарного диабета	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1	Численность населения старше 18 лет
ИКАПП 02	Перфорация аппендикса	K35.0, K35.1, K35.9, K37	Количество госпитализаций в связи с аппендицитом
ИКАПП 03	Хронические осложнения сахарного диабета	E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.8, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.8	Численность населения старше 18 лет
ИКАПП 04	Бронхиальная астма у детей	J44.8, J45.0, J45.1, J45.9, J46	Численность населения моложе 18 лет
ИКАПП 05	Обструктивные заболевания легких	J20.9, J40., J41.0, J41.1, J42, J43.8, J44.1, J44.9, J47	Численность населения старше 18 лет
ИКАПП 06	Гастроэнтериты у детей	A08.0, A08.1, A08.2, A08.3, A08.5, A09, K52.8	Численность населения моложе 18 лет
ИКАПП 07	Артериальная гипертензия	I10, I11.9, I12.9, I13.9	Численность населения старше 18 лет
ИКАПП 08	Сердечная недостаточность	I09.9, I11.0, I13.0, I13.2, I50.0, I50.1, I50.9	Численность населения старше 18 лет
ИКАПП 09	Бактериальная пневмония	J13, J14, J15.3, J15.4, J15.7, J15.9, J16.8, J18.0, J18.8	Общая численность населения
ИКАПП 10	Инфекции мочевыводящих путей	N10, N11.8, N11.9, N12, N15.1, N30.0, N30.9, N39.0	Общая численность населения
ИКАПП 11	Стенокардия	I20.0, I20.1, I20.8, I20.9, I24.0, I24.8	Численность населения старше 18 лет
ИКАПП 12	Неконтролируемый сахарный диабет	E10.9, E11.9	Численность населения старше 18 лет

⁵ Госпитализации считаются для той же возрастной группы, которая указана в разделе «Знаменатель».

Таблица 4 (окончание)

Индикатор	Причина госпитализации	Числитель: количество госпитализаций с кодами МКБ-10 ⁵	Знаменатель
ИКАПП 13	Бронхиальная астма у взрослых	J44.8, J45.0, J45.1, J45.9, J46	Численность населения старше 18 лет
ИКАПП 14	Осложнения беременности	O10–O47	Численность населения старше 18 лет
ИКАПП 15	Острые инфекции верхних дыхательных путей и грипп	J00–L011	Общая численность населения
ИКАПП 16	Инфекции кожи и подкожной клетчатки	L00–L08	Общая численность населения
ИКАПП 17	Дорсопатии	M50–M54	Численность населения старше 18 лет

управления здравоохранением, позволяют наладить систему оценки качества амбулаторно-поликлинической помощи по индикаторам исхода, и эти индикаторы улавливают различия, существующие между районами города. Данные индикаторы являются дополнением к создаваемой в Санкт-Петербурге системе управления качеством медицинской помощи на основе индикаторов процесса и позволяют в амбулаторно-поликлиническом звене выделять разделы, требующие наиболее пристального внимания с точки зрения анализа процесса оказания помощи. Кроме того, для облегчения сравнения можно использовать обычные в общественном здоровье методы стандартизации. Так, например, суммарные данные по ИКАПП в городе могут быть пре-

вращены в ожидаемые величины госпитализации в районах (в соответствии с возрастной структурой населения) и сравнены с реально наблюдаемыми результатами. Таким образом будут получены показатели, стандартизированные по возрасту (непрямая стандартизация), для которых можно рассчитать доверительные интервалы [10] для ответа на вопрос, являются ли отклонения от средних городских значений случайными или нет.

В качестве примера можно привести расчеты для одного из районов города (табл. 5). В таблице приведены количество госпитализаций с чувствительными к качеству амбулаторно-поликлинической помощи состояниями (числитель ИКАПП) и диапазон популяционных значений, который мог бы дать наблюдаемые значения за

Таблица 5

Расчет стандартизированного ИКАПП (СИКАПП) и его доверительных пределов⁶ для одного из районов

Показатель	Количество госпитализаций	Нижний предел возможного популяционного значения	Верхний предел возможного популяционного значения	Ожидаемое количество госпитализаций	СИКАПП	Нижний доверительный предел СИКАПП	Верхний доверительный предел СИКАПП
ИКАПП 01	56	36,33	82,08	56	1,01	0,65	1,48
ИКАПП 03	345	292,37	403,94	299	1,15	0,98	1,35
ИКАПП 04	43	26,08	66,36	86	0,50	0,30	0,77
ИКАПП 05	330	278,58	387,73	376	0,88	0,74	1,03
ИКАПП 06	460	398,83	527,47	392	1,17	1,02	1,35
ИКАПП 07	506	441,71	576,58	514	0,98	0,86	1,12
ИКАПП 08	829	745,99	918,29	980	0,85	0,76	0,94
ИКАПП 09	200	160,55	245,78	226	0,88	0,71	1,09
ИКАПП 10	326	274,91	383,40	371	0,88	0,74	1,03

⁶ Поскольку используется 17 показателей, уровень достоверности принят равным $0,05/17 = 0,003$.

Таблица 5 (окончание)

Показатель	Количество госпитализаций	Нижний предел возможного популяционного значения	Верхний предел возможного популяционного значения	Ожидаемое количество госпитализаций	СИКАПП	Нижний доверительный предел СИКАПП	Верхний доверительный предел СИКАПП
ИКАПП 11	2571	2422,82	2725,43	2953	0,87	0,82	0,92
ИКАПП 12	64	42,80	91,60	56	1,15	0,77	1,65
ИКАПП 13	384	328,33	445,97	231	1,67	1,42	1,93
ИКАПП 14	2939	2780,39	3103,86	2548	1,15	1,09	1,22
ИКАПП 15	629	557,02	707,26	729	0,86	0,76	0,97
ИКАПП 16	709	632,42	791,86	760	0,93	0,83	1,04
ИКАПП 17	544	477,25	617,04	592	0,92	0,81	1,04

счет случайных колебаний. Оценив по половозрастному составу населения района ожидаемую величину госпитализации, можно рассчитать стандартизированные ИКАПП (СИКАПП).

Как видно из табл. 5, большая часть СИКАПП достоверно не отличается от средних городских. Обращает на себя внимание более низкий уровень СИКАПП 08 (госпитализация в связи с сердечной недостаточностью) и СИКАПП 15 (госпитализация в связи с острыми инфекциями верхних дыхательных путей и гриппом). Кроме того, были выявлены значительно более высокие, чем в городе в среднем, значения СИКАПП 06 (госпитализация детей с гастроэнтеритами),

СИКАПП 13 (госпитализация взрослых с бронхиальной астмой) и СИКАПП 14 (госпитализация в связи с осложнениями беременности). Полученные данные могут служить основанием для проведения в выявленных областях углубленной оценки КМП на основе изучения процесса оказания помощи.

Предложенные индикаторы могут быть использованы не только на уровне районов, но и на уровне отдельных ЛПУ. Программы, разработанные для анализа, требуют применения бесплатного программного обеспечения, что в сочетании с доступностью исходных данных, позволяет проводить такой анализ достаточно просто.

Литература

1. Kohn L., Corrigan J., Donaldson M. To err is human: building a safer health system. — Washington, DC: National Academy Press, 2000.
2. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century / J. Corrigan, M. Donaldson, L. Kohn et al. — Washington, DC: The Institute of Medicine, 2001.
3. Закон Санкт-Петербурга от 22.12.2008 № 750-142 «О контроле качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге» // Вестник Законодательного собрания Санкт-Петербурга. — 2009. — № 1.
4. Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 30.01.2009, № 39-р. «Об утверждении методических рекомендаций о порядке выбора и применения временных индикаторов качества медицинской помощи в системе здравоохранения и ОМС».
5. AHRQ Quality Indicators — Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions / M. McClellan, J. Geppert, K. M. McDonald et al. — Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. — 115 p.
6. Петростат. Основные показатели демографических процессов в Санкт-Петербурге и Ленинградской области в 2005 году. Санкт-Петербург: Федеральная служба государственной статистики. Территориальный орган по Санкт-Петербургу и Ленинградской области. — 2006. — 126 с.
7. R Development Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. — R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2008. — ISBN 3-900051-07-0. <http://www.R-project.org>.
8. Hagen K., Hilde G., Jamtvedt G., Winnem M. The Cochrane review of advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica // Spine. — 2002. — Vol. 27, N. 16. — P. 1736-1741.
9. Hagen K., Hilde G., Jamtvedt G., Winnem M. The Cochrane review of bed rest for acute low back pain and sciatica // Spine. — 2000. — Vol. 25, N. 22. — P. 2932-2939.
10. Sahai H., Khurshid A. Statistics in Epidemiology. Methods, Techniques and Applications. — Boca Raton: CRC Press, 1996. — 321 p.

Адрес для контакта: splavinskij@mail.ru

УДК 159.9-053.9

ЛИЧНОСТЬ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

И. М. Никольская, М. А. Краева

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

THE PERSONALITY OF ELDERLY PERSON AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION

I. M. Nikolskaya, M. A. Kraeva

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© И. М. Никольская, М. А. Краева, 2009

В статье представлены результаты психологического исследования 100 пациентов с сосудистыми заболеваниями в возрасте от 55 до 75 лет. Описаны социально-психологические свойства и защитные механизмы их личности с учетом факторов пола, возраста, образования, семейных характеристик. Проанализированы взаимосвязи данных показателей, определены основная проблема и внутриличностный конфликт пожилых людей.

На основе полученных данных сформулированы задачи и разработана программа групповой психологической реабилитации. Ее апробация на 30 пациентах показала положительную динамику психоэмоционального состояния.

Ключевые слова: социально-психологические свойства личности, психологические защитные механизмы, психологическая реабилитация.

The article presents the results of psychological research of 100 patients with vascular diseases at the age from 55 till 75 years. Socially-psychological features of a person and ego-defensive mechanisms are described. Factors of a sex, age, education and family characteristics were taking into the consideration. The interrelations of the given indicators were analyzed; the basic problem and the intrapersonal conflict of elderly patients were defined.

As a result the main purposes and the program of group psychological rehabilitation are developed. Its approbation on 30 patients has shown positive dynamics of their psycho-emotional condition.

Keywords: socially-psychological features of the person, ego-defensive mechanisms, psychological rehabilitation.

Актуальность. По данным статистики, с каждым годом число людей пожилого и старческого возраста в Российской Федерации возрастает и в 2011 г. в Санкт-Петербурге будет составлять более четверти от всего населения города. Это обуславливает необходимость создания программ комплексной медико-психолого-социальной реабилитации для данного контингента [1].

Социально-экономические и политические процессы, происходящие в обществе, влияют на самоотношение пожилых людей. Многие теряют веру в себя, свои способности и возможности. Происходит обесценивание собственной значимости, снижается самоуважение и мотивация к социальной активности, растет чувство вины [2, 3].

Изменения на уровне личности также затрагивают отношения пожилого человека к окружающим людям и миру в целом. В результате

наблюдается заострение отдельных черт личности, появление таких черт характера, как замкнутость, пессимизм, недоверчивость, подозрительность, обидчивость [4]. Такая динамика приводит к нарушению целостности личностного склада. В старости появляется ряд новых личностных качеств: консерватизм, безучастное отношение к настоящему и будущему, отрицание нового, переоценка прошлого. Нередко это сочетается с эгоцентризмом, неприязненностью, брюзжанием и ворчливостью, склонностью всех поучать. В геронтологии считается, что семья, активность и социальные контакты — это три самых важных фактора, определяющих качество жизни в позднем возрасте [5]. Отход от активной профессиональной жизни, уменьшение социальной активности, потеря родных и близких, изоляция ведут к появлению чувства одиночества, росту

уровня невротизации, тревожности и депрессивности, к суицидальным тенденциям.

Чувство одиночества — это форма негативных эмоций, которые представляют собой субъективную реакцию на несоответствие желаемого и достигнутого уровней социальных контактов. При этом оно может не соответствовать частоте и широте реальных контактов личности [6].

В позднем возрасте чувство одиночества имеет двойственный характер. С одной стороны, это тягостное ощущение увеличивающегося разрыва с окружающими, боязнь последствий одинокого образа жизни. С другой — четкая тенденция отгородиться от других, защитить свой мир и стабильность от вторжения посторонних. Сочетание этих противоположных тенденций, тягостного переживания одиночества и стремления к изоляции определяют сложные и противоречивые чувства пожилого человека [7].

У пожилых людей чувство одиночества может быть следствием отсутствия супругов, детей, внуков, других родственников, а также отдельного проживания от других членов семьи. Однако у многих людей, живущих в семьях, оно также выражено. По мнению Н. Ф. Шахматова [7], для формирования чувства одиночества в старости наиболее существенна не изоляция (отдельное переживание), а психологические и эмоциональные аспекты, отражающие осознание одиночества как непонимания и безразличия со стороны окружающих. Такое отношение может быть связано с характерными для людей пожилого возраста особенностями личности, проявление которых в ряде случаев ведет к нарушению межличностных связей.

Таким образом, одиночество сильнее ощущают пожилые люди с выраженными чертами зависимости, которые хотят, чтобы ими интересовались и занимались, а также лица, желающие осуществлять над кем-то контроль.

Вместе с тем показано, что пожилые и старые люди, ведущие одинокое существование, чаще жалуются на чувство одиночества, чем те, кто живет вместе с родственниками. Особенно это касается овдовевших лиц, их потребности остаются неудовлетворенными, что может вести к появлению обостренного недовольства жизнью. С одной стороны, пожилые люди особенно чувствительны к проявлению внимания и заботы. С другой стороны, оказавшись никому не нужным, пожилой человек, привыкший всю жизнь жить ради кого-то, оказывается без привычных и необходимых переживаний чувств радости, счастья от причастности к жизненным изменениям.

Тоска и одиночество, изоляция от общества усугубляются материальными трудностями по-

жилых людей, проблемами по удовлетворению основных житейских потребностей. Особенно это характерно для женщин, тяжело переживающих ограниченность личных свободных средств. Невозможность поддерживать привычный образ жизни способствует вынужденному затворничеству и ограничению контактов с внешним миром [8].

Широко известно, что пожилые люди, нашедшие для себя адекватный, интересующий их вид деятельности, оцененной ими как социально значимая, реже испытывают одиночество, поскольку через свое дело они общаются с семьей и другими социальными группами [4, 9]. В качестве специальных мероприятий, призванных устранить чувство одиночества, используются терапевтические группы, когнитивно-поведенческая терапия, тренинг социальных навыков, специальные семинары [6].

Все вышеизложенное диктует необходимость разработки программ групповой психологической реабилитации для лиц пожилого возраста, направленных на коррекцию их личностных особенностей, гармонизацию системы отношений и на этой основе — снижение переживания чувства одиночества.

Цель настоящего исследования — изучение взаимосвязей социально-психологических свойств и механизмов психологической защиты личности у пациентов пожилого возраста (в связи с задачами групповой психологической реабилитации).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 100 пациентов Городского гериатрического центра (Санкт-Петербург). Они проходили амбулаторное лечение в отделении реабилитации в связи с наличием сосудистых заболеваний (гипертоническая болезнь второй стадии, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз сосудов головного мозга, цереброваскулярная болезнь) и вторичных невротических и невротоподобных расстройств.

Выбор данной группы пациентов был обусловлен тем, что сосудистые изменения — это наиболее распространенная соматическая патология у лиц пожилого и старческого возраста. Кроме того, психологическую реабилитацию рекомендуется проводить на начальных стадиях проявления нервно-психических нарушений, пока нет грубых психических расстройств и деменции.

Всего обследовано 40 мужчин и 60 женщин в возрасте от 55 до 75 лет. Они были разделены на две возрастные группы. Первую (55–65 лет) составили 30 человек, вторую (66–75 лет) — 70 человек.

Анализ социально-демографических характеристик показал, что высшее образование было

у 71%, среднее специальное образование и среднее — у 29% пациентов. Совместно проживали 79% обследуемых, 21% — отдельно от родственников. На момент обследования имели супруга 49%, детей — 91, внуков — 73%. Среди обследуемых 46% были удовлетворены, 44 — не удовлетворены семейными отношениями, 10% оценили свое отношение к ним как безразличное.

При этом были удовлетворены отношениями: с супругом — 34%, с детьми — 54, с внуками — 52% лиц. Остальные проявляли неудовлетворенность или безразличие.

Психологическое исследование осуществлялось в два этапа. На первом изучали социально-психологические свойства и защитные механизмы личности с учетом факторов пола, возраста, образования и семейных характеристик. На втором этапе оценивали динамику психоэмоционального состояния пациентов до и после психологической реабилитации.

На первом этапе использовались Гиссенский личностный опросник и опросник «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Г. Келлермана и Х. Конта. На втором — опросник по выявлению соматизированной депрессии С. Г. Сукиасяна, А. М. Минасяна; шкала для экспресс-диагностики уровня невротизации; шкала для оценки реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера — Ю. Л. Ханина; методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона.

В групповых занятиях принимали участие 30 женщин. Всего было сформировано 5 групп по 6 участниц, которые последовательно прошли релаксационный тренинг, арт-терапевтические занятия и поведенческую терапию. Психологическое исследование проводили до начала психологической реабилитации и после ее завершения. Временная протяженность программы от начала занятий до полного завершения составила 1 год и 6 месяцев.

Математическую обработку данных проводили с помощью пакета прикладных программ SPSS for Windows.

Результаты и их обсуждение. По данным Гиссенского теста, для пациентов в целом были характерны следующие социально-психологические свойства личности: низкая социальная активность; послушание; сниженный (депрессивный) фон настроения; замкнутость; тенденция к избыточному контролю над собой. Мужчины чаще, чем женщины, оценивали свой фон настроения как сниженный ($p = 0,027$).

Сравнение групп пациентов разного пола с учетом возраста выявило определенную динамику личностных свойств. Мужчины в 55–65 лет были более послушны, покладисты и терпеливы, чем

в возрасте 66–75 лет ($p = 0,000004$), когда обнаруживалась выраженная тенденция к властолюбию и нетерпимости. Напротив, женщины 55–65 лет были менее покладисты и терпеливы, чем женщины старшего возраста ($p = 0,05$). Кроме того, на уровне тенденции у женщин первой возрастной группы отмечалось более низкое представление о своей социальной репутации.

Свойства личности пациентов были прямо взаимосвязаны с их семейными характеристиками. Свою социальную репутацию выше оценивали пожилые люди, проживающие в семьях и удовлетворенные детьми, ниже — одинокие и детьми неудовлетворенные ($p = 0,05$). Более послушными и покладистыми считали себя пациенты, имеющие детей, более властолюбивыми и нетерпимыми — бездетные ($p = 0,029$). Сниженный (депрессивный) фон настроения чаще имел место у лиц, не удовлетворенных семейными отношениями ($p = 0,051$) и у проживающих отдельно ($p = 0,00017$).

Исследование психологической защиты личности с помощью опросника «Индекс жизненного стиля» позволило обнаружить, что у пожилых людей наиболее выражены проекция, реактивное образование и интеллектуализация. При этом выраженность проекции и интеллектуализации значительно увеличивается с возрастом.

Защитный механизм проекции включается для сдерживания чувства неприятия себя и других людей в результате эмоционального отвержения окружающими. В результате неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализуются вовне, приписываются другим людям [10]. На уровне жизненного стиля это проявляется как гордость, самолюбие, обостренное восприятие несправедливости, ранимость, уязвимость, нетерпимость к критике и возражениям, упрямство, несговорчивость, требовательность, тенденция уличать окружающих, поиск недостатков у других, обидчивость, злопамятность, мстительность, враждебность, подозрительность. Тип групповой роли — «проверяющий» [11].

Высокое реактивное образование указывает, что личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность (например, пациент с вытесняемой враждебностью по отношению к окружающим неосознанно принимает установку и поведение человека послушного и уступчивого) [12]. На уровне жизненного стиля высокое реактивное образование проявляется в виде стремления соответствовать общепринятым стандартам поведения, озабоченность

«приличиями», вежливость, любезность, желание быть примером для окружающих, морализаторство. Групповая роль — «пуританин».

Действие психологического защитного механизма интеллектуализации обнаруживается как чрезмерно «умственный» способ преодоления конфликтной или фрустрирующей ситуации и «объективное» к ней отношение [10, 11]. Личность старается пресекать переживания, вызванные неприятной ситуацией, с помощью логических установок и манипуляций даже при наличии убедительных доказательств в пользу противного. При этом наблюдаются попытки снизить ценность недоступного для человека опыта из-за боязни пережить разочарование в конкуренции с окружающими. На уровне жизненного стиля включение интеллектуализации проявляется как старательность, ответственность, добросовестность, осознанность обязательств, предусмотрительность, любовь к порядку, индивидуализм. Возможна подмена деятельности абстрактными рассуждениями, самообман и самооправдания. Тип групповой роли — «философствующий».

Как указывает В. А. Ташлыков, особенности психологической защиты у больных с психосоматическими сердечно-сосудистыми заболеваниями во многом определяются стереотипами личностного и социального функционирования, преморбидно активной или пассивной системой саморегуляции. В результате у пациентов могут иметь место как активные механизмы защиты (например, проекция, замещение), так и пассивные, в виде регрессивных форм поведения [13]. Указанные особенности прослежены при половозрастном анализе результатов.

У мужчин 66–75 лет обнаружена большая выраженность регрессии ($p = 0,005$), замещения ($p = 0,003$) и компенсации ($p = 0,029$), чем в возрасте 55–65 лет. Это показывает, что по мере старения у них усиливается страх активности и инициативы, появляются слабыхарактерность, внушаемость, легкая смена настроения, потребность в стимуляции, подбадривании (регрессия). Напротив, рост выраженности замещения на уровне поведения может проявляться как импульсивность, раздражительность, реакции протеста в ответ на критику, поиск козла отпущения. Тенденция к росту компенсации может выражаться как переходящие расстройства настроения без видимой причины, связанные с нарастанием комплекса неполноценности и попыткой справиться с ним путем ухода в замещающие занятия или фантазии.

При сравнении женских возрастных групп достоверные различия выявлены по шкалам проекции ($p = 0,042$) и интеллектуализации ($p = 0,003$), показатели которых были выше в группе

66–75 лет. Это говорит о том, что с возрастом у женщин возрастают неприятие себя, самолюбие, эгоцентризм, обидчивость, поиск недостатков у других, самообман и самооправдания.

Анализ взаимосвязи особенностей психологической защиты с семейным контекстом обнаружил следующее.

Регрессия была выше в подгруппах пациентов, проживающих отдельно от родственников ($p = 0,0019$) либо не имеющих на момент исследования супружеских отношений ($p = 0,03$). Для таких людей характерны страх проявления самостоятельности и инициативы; эмоциональная неустойчивость, импульсивность, внушаемость, склонность к мистике и суевериям; переживание одиночества, потребность в поддержке и контроле.

Защита по типу компенсации чаще выявлялась у лиц, проживающих отдельно ($p = 0,016$), либо у тех, кого не удовлетворяли отношения с внуками ($p = 0,041$). Для защиты от чувства неполноценности они склонны к уходу в работу, замещающие занятия, фантазии.

Защитный механизм проекции отличал пожилых людей, не имеющих на момент исследования супружеских отношений ($p = 0,043$). Они больше других были склонны к подозрительности и приписыванию недостатков окружающим.

Защита по типу реактивного образования чаще характеризовала лиц, не удовлетворенных семейными отношениями в целом ($p = 0,044$). Их отличала выраженная приверженность к общепринятым стандартам поведения, склонность к морализаторству.

Защитный механизм отрицания отличал пожилых людей, имеющих высшее образование ($p = 0,048$), что говорило о тенденции игнорировать неприятную для личности информацию.

Корреляционный анализ социально-психологических свойств и механизмов защиты личности обнаружил, что наибольшее число взаимосвязей имеет показатель «проекция». Высокая проекция была связана с высокими отрицанием, компенсацией, интеллектуализацией, замещением, реактивным образованием, регрессией и низким вытеснением, а также со свойством личности замкнутость.

Полученные данные позволили сформулировать основную психологическую проблему и определить внутриличностный конфликт у исследованных пациентов. Проблема заключается в том, что особенности психологической защиты (высокие проекция, реактивное образование, интеллектуализация, а также прямо связанные с ними отрицание, компенсация, замещение и регрессия) не позволяют пожилым людям эффективно справляться с тревогой и беспокойством (низкое вытеснение). В результате происходит формирова-

ние внутриличностного конфликта по типу: «должен, но не могу», «хочу, но не могу». Страх и тревога в позднем возрасте связаны с осознанием старения организма и ухудшением состояния здоровья, с одиночеством и беспомощностью, с мыслями о приближающейся смерти. Как бы ни старался пожилой человек искать виноватых на стороне, игнорировать или рационализировать реальное положение вещей, отвлекаться от тягостных переживаний путем ухода в работу или воспоминания, подчеркивать свой опыт и значимость по сравнению с другими или, напротив, искать поддержку — все равно самостоятельно освободиться от страха и тревоги он не может.

Перечислим другие значимые взаимосвязи механизмов психологической защиты и свойств личности пожилых пациентов.

Интеллектуализация коррелировала с низким представлением о своей социальной репутации и низким контролем над собой. Реактивное образование и регрессия отличали пациентов замкнутых. Кроме того, защитный механизм регрессии был взаимосвязан с низкой социальной репутацией, сниженным фоном настроения, послушанием. Высокое отрицание коррелировало с положительной социальной репутацией.

Выявленные взаимосвязи психологических защитных механизмов и социально-психологических свойств личности позволили выдвинуть гипотезу, что при соответствующей коррекции указанных личностных свойств пожилым пациентам в меньшей степени будет свойственна напряженность проекции, интеллектуализации, реактивного образования и других характерных для них форм защиты, ведущих к искажению образов мира и своего Я. Исходя из этого были определены задачи психологической реабилитации пожилых пациентов: повышение самооценки и фона настроения, восстановление коммуникативных навыков и социальной активности, снижение излишнего контроля над собой, создание условий для самореализации и самоактуализации.

Разработанная программа занятий включала *релаксационный тренинг, арт-терапию и поведенческую терапию*. С учетом семейного контекста пожилых людей (отсутствие супружеских отношений, неудовлетворенность семейными отношениями, переживание чувства одиночества) все занятия проводились в групповой форме [14, 15].

Психологическое исследование пациенток до начала реабилитации выявило высокий уровень личностной тревожности у 90%, высокий и повышенный уровень невротизации — у 76, признаки соматизированной депрессии разной степени выраженности — у 53% пациенток. У 20% паци-

енток был определен высокий и у 80% — средний уровень субъективного ощущения одиночества.

После реабилитации отмечено достоверное снижение всех перечисленных показателей, что указывало на положительную динамику психоэмоционального состояния.

Важным результатом работы явилось желание пациенток продолжить занятия с психологом и проводить самостоятельные занятия, что было реализовано на практике в проекте «Творческая мастерская».

Таким образом, проведенное исследование позволило определить социально-психологические свойства и защитные механизмы личности у пациентов пожилого возраста с сосудистыми заболеваниями; сформулировать задачи и разработать программу групповой психологической реабилитации, а также реализовать ее на практике [16, 17].

Представленные материалы подчеркивают сложность проблемы изучения особенностей пожилого возраста, необходимость учета как биологических (пол и возраст), так и социальных (семейное положение, уровень образования) факторов при ее рассмотрении. Они также в очередной раз акцентируют роль семейных ресурсов, образования и психологической поддержки в повышении благополучия пожилого человека и снижения переживания чувства одиночества.

Выводы

1. Особенности личности пациентов пожилого возраста с сосудистой патологией являются: снижение социальной активности, послушание, пониженный фон настроения (депрессивность), замкнутость, избыточный контроль над собой. Выраженность депрессивности у мужчин больше, чем у женщин. С возрастом у мужчин депрессивность увеличивается, а также усиливается властолюбие и нетерпимость. У женщин снижение представления о своей социальной репутации, большее властолюбие и нетерпимость имеют место в 55–65 лет, тогда как после 65 лет они лучше адаптированы к своему актуальному состоянию.

2. Проживание в семье, с родственниками и удовлетворенность семейными отношениями повышает представление пожилого человека о своей социальной репутации и его настроение, а наличие детей делает его более покладистым и терпеливым (менее властолюбивым).

3. У пожилых пациентов наиболее выражены психологические защитные механизмы проекции, интеллектуализации и реактивного образования. Особенности психологической защиты взаимосвязаны с возрастом, полом, уровнем образования, семейными характеристиками. С воз-

растом у мужчин усиливается выраженность регрессии и компенсации, у женщин — проекции и интеллектуализации.

4. Напряженность психологических защитных механизмов проекции, интеллектуализации, реактивного образования, отрицания, замещения, компенсации и регрессии не позволяет пожилым пациентам эффективно совладать со страхом и тревогой (низкое вытеснение). Следствием этого является внутрличностный конфликт по типу: «должен, но не могу», «хочу, но не могу».

5. В пожилом возрасте высшее образование выступает как саногенный фактор. Пациентов с высшим образованием отличает отрицание (игнорирование неприятной для личности информации) и положительное представление о своей социальной репутации.

6. Основными задачами психологической реабилитации пожилых пациентов с учетом их личностных особенностей являются:

- повышение коммуникабельности на основе использования группового подхода;
- создание условий для осознания личностных и межличностных проблем и ресурсов, отреагирования отрицательных эмоций;
- создание условий для самореализации;
- повышение фона настроения, снижение тревоги;
- повышение самооценки;
- формирование мотивации к социальной активности;
- адаптация к актуальному состоянию.

7. Оценка психоэмоционального состояния пациентов до и после психологической реабилитации, включающей релаксационный тренинг, арт-терапию, поведенческую терапию, выявила достоверное снижение выраженности соматизированной депрессии, уровня невротизации, личностной тревожности и субъективного ощущения одиночества.

Литература

1. Пушкова Э. С., Маругина И. В. Оказание медико-социальной помощи лицам пожилого возраста // Главврач. — 2005. — 5. — С. 33–40.
2. Болненко В. В. Изменение личности у престарелых в домах интернатах: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М.: МГУ, 1980. — 30 с.
3. Молчанова О. Н. Специфика Я-концепции в позднем возрасте // Мир психологии. — 1999. — 2. — С. 133–141.
4. Грановская Р. М. Элементы практической психологии. — СПб.: Речь, 2003. — 655 с.
5. Яцемирская Р. С., Беленькая И. Г. Социальная геронтология. — М.: Гуманитарный издательский центр «ВЛАДОС», 1999. — 224 с.
6. Peplaw L. A., Perlman D. (Eds.) Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. — N.Y.: Wiley, 1986. — 430 p.
7. Шахматов Н. Ф. Психическое старение. — М.: Медицина, 1996. — 304 с.
8. Краснова О. В. Одиночество пожилых людей: гендерные и другие аспекты // Психология зрелости и старения. — 2006. — 1. — С. 64–85.
9. Ворошилова И. И. Образование пожилых людей // Клиническая геронтология. — 2007. — 9. — С. 94.
10. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для врачей и психологов / Под ред. Л. И. Васермана. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998. — 48 с.
11. Романова Е. С., Гребенников Л. Р. Механизмы психологической защиты. — Мытищи: Талант, 1996. — 144 с.
12. Plutchik R. A general psycho-evolutionary theory of emotions // R. Plutchik, H. Kellerman (Eds.), Emotion: Theory, research and experience: V. 1. — N. Y.: Academic Press, 1980. — P. 3–33.
13. Ташлыков В. А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами. Пособие для врачей. — СПб.: Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей, 1992. — 24 с.
14. Краева М. А., Смирнова Л. Н. Арт-техники в гериатрии // Психология зрелости и старения. — 2002. — 3. — С. 146–151.
15. Краева М. А. Групповая психологическая коррекция в реабилитации лиц пожилого и старческого возраста // Пушкинские чтения: тезисы I Научно-практической геронтологической конференции с международным участием, посвященной памяти Э. С. Пушкиной. — СПб., 2005. — С. 56–57.
16. Краева М. А. Особенности личности пациентов пожилого возраста с сосудистыми заболеваниями (в связи с задачами психологической реабилитации): Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — СПб.: РГПУ им. А. И. Герцена, 2006. — 26 с.
17. Краева М. А., Никольская И. М. Особенности личности и психологической защиты у пожилых пациентов с сосудистыми заболеваниями // Материалы V конференции «Психосоматические и соматопсихические расстройства в общемедицинской практике». — СПб., 2007. — С. 31–33.

Адрес для контакта: Санкт-Петербург, Заневский пр., д. 1/82, кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, тел.: +7 (812) 322-11-58.

УДК 616.98(470.23-25)(480)

ОТНОШЕНИЕ К ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ВРАЧЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ФИНЛЯНДИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕРНЕТ-ОПРОСА

О. Ю. Кузнецова¹, П. Вайниомяки², К. Фортелиус³, А. К. Лебедев¹, Н. И. Кузнецов¹, С. Л. Плавинский¹

¹ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

²Национальный институт здравоохранения и социального благополучия, Финляндия

³Университет г. Турку, Финляндия

DOCTORS ATTITUDES TO HIV-INFECTED IN St-PETERSBURG AND FINLAND. RESULTS OF INTERNET-QUESTIONNAIRE

O. Yu. Kuznetsova¹, P. Vainiomaki², Ch. Fortelius³, A. K. Lebedev¹, N. I. Kuznetsov¹, S. L. Plavinsky¹

¹St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

²National Institute of Health and Social Welfare, Finland

³University of Turku, Finland

© Коллектив авторов, 2009

В одномоментном поперечном исследовании, проведенном посредством интернет-опроса врачей общей врачебной практики Санкт-Петербурга и г. Турку, было изучено их отношение к ВИЧ-инфицированным. В качестве инструмента оценки был использован адаптированный опросник Центра по контролю и профилактике заболеваний США.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД, стигматизация, отношение, медицинские работники.

In the cross-sectional study spent by the Internet-questionnaire of doctors of the general practice in St-Petersburg and Turku, were studied their attitudes towards HIV-infected persons. As the estimation tool the adapted questionnaire of the Center under the control and preventive of diseases of the USA has been used.

Keywords: HIV infection, AIDS, stigmatization, attitudes, medical workers.

Актуальность. Несмотря на усилия, предпринимаемые в отношении пандемии ВИЧ/СПИДа, заболеваемость и смертность от этой инфекции продолжают возрастать. Ежегодно в мире регистрируется около 5 млн новых случаев ВИЧ-инфекции, 3 млн умирает от СПИДа [1]. Большинству людей известны пути передачи ВИЧ-инфекции. Это заболевание не передается бытовым путем, поэтому общение с ВИЧ-инфицированными людьми в повседневной жизни не представляет опасности. Особенно хорошо это знают сотрудники здравоохранения, информированные об этой проблеме и способах передачи инфекции. Однако к сожалению, эти знания во многих случаях не позволяют преодолеть ощущение дискомфорта в общении с ВИЧ-инфицированными и боязнь заражения. Это может явиться причиной снижения доступности первичной медико-санитарной помощи таким пациентам.

Анализ литературы показал, что только 32,7% преподавателей медицинских вузов за рубежом готовы лояльно отнестись к ВИЧ-инфицированным и лечить их так же, как других больных. Лишь 48,1% респондентов из числа опрошенных преподавателей-стоматологов, работающих в университетах Бразилии и Китая, были согласны работать с ВИЧ-инфицированными пациентами [2, 3].

Учитывая, что отношение работников здравоохранения к ВИЧ-инфицированным изучено

недостаточно, целью данного исследования явилось изучение отношения к ним врачей общей практики Санкт-Петербурга и г. Турку с использованием интернет-опроса. Исследование реализовано в рамках программы сотрудничества между ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава и Национальным институтом здравоохранения и социального благополучия Финляндии.

Материалы и методы. Дизайн исследования — одномоментное поперечное исследование. В качестве инструмента оценки был использован адаптированный опросник Центра по контролю и профилактике заболеваний США (CDC Handbook for Evaluating HIV Education, 2004). Вариант на русском языке был отправлен на персональные электронные адреса 32 семейных врачей Санкт-Петербурга, на финском — 94 врачам общей практики г. Турку. В течение 15 дней после рассылки опросника 21 врач Санкт-Петербурга (группа 1) и 57 врачей г. Турку (группа 2) прислали ответы. Таким образом, отклик составил 65,6 и 59,6% в первой и второй группах соответственно.

Согласие с утверждением регистрировали с помощью следующей 5-балльной шкалы:

- 1 — абсолютно не согласен
- 2 — не согласен
- 3 — не знаю
- 4 — согласен
- 5 — полностью согласен

Отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом

Правила заполнения: отвечайте анонимно. Прочитайте каждый вопрос и выберите один наиболее подходящий ответ

	Утверждение	Полностью согласен	Согласен	Не уверен	Не согласен	Решительно не согласен
1	Я бы согласился работать с ВИЧ-инфицированным человеком					
2	ВИЧ-инфицированным должно быть разрешено посещение ресторанов и кафе					
3	Я бы избегал человека, один из членов семьи которого болен СПИДом					
4	Я бы согласился присутствовать на совещании в одном помещении с ВИЧ-инфицированным					
5	ВИЧ-инфицированные студенты должны быть изолированы от других студентов					
6	ВИЧ-инфицированные не должны заниматься спортом вместе со здоровыми					
7	Я бы чувствовал себя неудобно, если бы мне пришлось тесно работать с ВИЧ-инфицированным человеком					
8	ВИЧ-инфицированным людям должно быть запрещено работать в ресторанах и кафе					
9	Если бы учитель моего ребенка был ВИЧ-инфицирован, я бы опасался позволять своему ребенку посещать его уроки					
10	Я бы смог запросто обнять больного СПИДом друга					

Анализ результатов сводился к оценке медианного значения согласия с представленными утверждениями и расчету межквартильного расстояния как показателя неоднородности ответов. Сравнение данных, полученных в г. Турку и Санкт-Петербурге, проводили с помощью теста Кохрана — Мантеля — Ханзеля (опция CMH процедуры FREQ системы SAS), который позволяет сравнивать упорядоченные качественные переменные. Расчеты выполняли в системе SAS версия 9.1 (SAS Institutes Inc., Cary, NC, USA).

Результаты и их обсуждение. Среди интервьюированных преобладали лица женского пола, составившие 81 и 71% соответственно в первой и второй группах, что в целом отражает долю женщин, занятых в первичном звене здравоохранения в наших странах. Достоверных различий по половому составу между группами обнаружено не было, что дает возможность предположить отсутствие влияния данного параметра на характер ответов на основные вопросы использованного опросника. Основные результаты исследования представлены в табл. 1.

Как видно из этой таблицы, в большинстве случаев врачи обеих стран сходным образом оценивали представленные утверждения. Большинство выразили согласие с утверждением, что они согласились бы работать с ВИЧ-инфицированным человеком, согласились бы присутствовать на совещании в одном помещении с ВИЧ-инфицированным человеком и не избегали бы человека, один из членов семьи которого болен СПИДом. Иными словами, когда речь шла о ситуациях с минимальной возможностью тесного контакта с ВИЧ-инфицированным, врачи были единодушны в том, что такой контакт для них возможен. Когда же речь заходила о возможности более тесного контакта, мнения расходились. Если единственное утверждение, с которым финские врачи были не полностью согласны, было «Я бы чувствовал себя неудобно, если бы мне пришлось тесно работать с ВИЧ-инфицированным человеком» (медианное значение 4 — «не согласен»), то для врачей из Санкт-Петербурга таких утверждений было больше — они не могли определиться с запретом для ВИЧ-инфицированных работать в рестора-

Результаты интернет-опроса врачей Санкт-Петербурга и Турку на предмет их отношения к ВИЧ-инфицированным

Вопрос	Место проведения опроса	Количество	Медиана (межквартильное расстояние)
Я бы согласился работать с ВИЧ-инфицированным человеком	Турку	57	5,0 (1,0)
	Санкт-Петербург	21	5,0 (1,0)
ВИЧ-инфицированному должно быть разрешено посещение ресторанов и кафе	Турку	57	5,0 (0,0)
	Санкт-Петербург	21	5,0 (1,0)
Я бы избегал человека, один из членов семьи которого болен СПИДом	Турку	57	1,0 (1,0)
	Санкт-Петербург	21	1,0 (1,0)
Я бы согласился присутствовать на совещании в одном помещении с ВИЧ-инфицированным человеком	Турку	57	5,0 (0,0)
	Санкт-Петербург	21	5,0 (0,0)
ВИЧ-инфицированные студенты должны быть изолированы от других студентов*	Турку	57	1,0 (0,0)
	Санкт-Петербург	21	2,0 (1,0)
ВИЧ-инфицированные люди не должны заниматься спортом вместе со здоровыми*	Турку	57	1,0 (1,0)
	Санкт-Петербург	21	2,0 (0,0)
Я бы чувствовал себя неудобно, если бы мне пришлось тесно работать с ВИЧ-инфицированным человеком	Турку	57	2,0 (2,0)
	Санкт-Петербург	20	2,0 (1,5)
ВИЧ-инфицированным людям должно быть запрещено работать в ресторанах и кафе*	Турку	57	1,0 (1,0)
	Санкт-Петербург	21	3,0 (2,0)
Если бы учитель моего ребенка был ВИЧ-инфицирован, я бы опасался позволять своему ребенку посещать его уроки	Турку	57	1,0 (1,0)
	Санкт-Петербург	21	2,0 (2,0)
Я бы смог запросто обнять больного СПИДом друга	Турку	57	5,0 (1,0)
	Санкт-Петербург	21	4,0 (1,0)

Примечание: * — утверждения, согласие с которыми у врачей Турку и Санкт-Петербурга было различным.

нах и кафе ($p = 0,004$ для различий с финскими врачами), чаще считали, что ВИЧ-инфицированные люди не должны заниматься спортом вместе со здоровыми ($p < 0,001$ для различий с финскими врачами) и ВИЧ-инфицированные студенты должны быть изолированы от других студентов ($p = 0,024$ для различий с финскими врачами).

Чтобы получить более детальную картину отношения к ВИЧ-инфицированным, была проведена процедура ранжирования утверждений. До проведения процедуры численные значения, присвоенные вариантам согласия/несогласия с утверждением, были модифицированы так, чтобы полюса утверждений совпадали и минимальные значения говорили о менее дискриминирующем отношении к ВИЧ-инфицированным. Так, например, для утверждения «Я бы согласился работать с ВИЧ-инфицированным» положению «абсолютно согласен» было присвоено значение 1, а для утверждения «ВИЧ-инфицированным людям должно быть запрещено работать в ресторанах и кафе» тому же положению «абсолютно согласен» было присвоено значение 5. Таким обра-

зом, меньшие суммарные значения указывали на утверждения, менее дискриминационные для ВИЧ-инфицированных (с точки зрения врачей). Иными словами, чем выше было значение данного утверждения, тем чаще врачи старались бы избежать соответствующего действия. Результаты этого анализа представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, наиболее дискриминационными были утверждения, касавшиеся личного тесного контакта с ВИЧ-инфицированными и работы ВИЧ-инфицированных в кафе и ресторанах. С другой стороны, присутствие на совещании в одном помещении с ВИЧ-инфицированным или наличие в семье человека, больного СПИД, не являлись серьезными причинами для избегания. Интересно, что необходимость обнять больного СПИД друга не рассматривалась как причина избегания контактов, тогда как наличие ВИЧ-инфекции у учителя чаще рассматривалось как причина для прекращения контактов с ВИЧ-инфицированным (для ребенка).

Важно отметить, что показатели, по которым врачи Санкт-Петербурга отличались от их фин-

Шкала «дискриминационности» утверждений. Суммарная группа врачей из Турку и Санкт-Петербурга

Ранг	Утверждение	N	Среднее (значение шкалы)	Стандартное отклонение
1	ВИЧ-инфицированному должно быть разрешено посещение ресторанов и кафе	78	1,26	0,61
2	Я бы согласился присутствовать на совещании в одном помещении с ВИЧ-инфицированным человеком	78	1,27	0,71
3	ВИЧ-инфицированные студенты должны быть изолированы от других студентов	78	1,33	0,68
4	Я бы избегал человека, один из членов семьи которого болен СПИДом	78	1,46	0,78
5	Я бы смог запросто обнять больного СПИДом друга	78	1,47	0,75
6	Я бы согласился работать с ВИЧ-инфицированным человеком	78	1,49	0,72
7	ВИЧ-инфицированные люди не должны заниматься спортом вместе со здоровыми	78	1,51	0,78
8	Если бы учитель моего ребенка был ВИЧ-инфицирован, я бы опасался позволять своему ребенку посещать его уроки	78	1,83	1,12
9	ВИЧ-инфицированным людям должно быть запрещено работать в ресторанах и кафе	78	2,06	1,21
10	Я бы чувствовал себя неудобно, если бы мне пришлось тесно работать с ВИЧ-инфицированным человеком	77	2,27	1,19

ских коллег, не имели самого высокого ранга. Так, утверждение, что «ВИЧ-инфицированные студенты должны быть изолированы от других студентов», имело ранг 3, а «ВИЧ-инфицированные люди не должны заниматься спортом вместе со здоровыми» — ранг 7. Это показывает, что причины для дискриминации ВИЧ-инфицированных у врачей Санкт-Петербурга и г. Турку различны.

В целом можно утверждать, что как среди врачей г. Турку, так и среди врачей Санкт-Петербурга сохраняется дискриминационное отношение к ВИЧ-инфицированным, но для врачей г. Турку оно проявляется только в избегании близких контактов, тогда как для врачей Санкт-Петербурга оно является более широким, включая ряд

социальных взаимодействий, при которых риск инфицирования отсутствует. Возможно, это обусловлено недостатком знаний в области эпидемиологии ВИЧ-инфекции и отсутствием собственного опыта оказания помощи таким пациентам. Косвенным подтверждением предположения служат результаты исследования, проведенного ранее. Оно было посвящено сравнению отношения к ВИЧ-инфицированным врачей общей практики и врачей, оказывающих помощь данной категории больных в специализированном лечебном учреждении. Результаты этой работы показали однозначное отсутствие каких-либо признаков негативного отношения к ВИЧ-инфицированным у врачей-инфекционистов [5].

Литература

1. Jamison D. T., Breman J. G., Measham A. R. Disease Control Priorities in Developing Countries. — Washington (DC): IBRD/The World Bank and Oxford University Press, 2006.
2. Pagliari A. V., Garbin C. A., Garbin A. J. HIV attitudes and practices among professors in a Brazilian dental school // J. Dent. Educ. — 2004. — Vol. 68, 12. — P. 1278–1285.
3. Li L., Wu Z., Wu S., et al. HIV-related stigma in health care settings: a survey of service providers in China // AIDS Patient Care STDS. — 2007. — Vol. 21, 10. — P. 753–762.
4. WHO. 2006 Report on the Global AIDS epidemic. http://www.who.int/hiv/mediacentre/2006_GR_ANN1A-L_en.pdf (последнее посещение 09.11.09).
5. Кузнецова О. Ю., Лебедев А. К., Мицура В. М., Кузнецов Н. И., Плавинский С. Л., Иванова Н. В. Отношение врачей Санкт-Петербурга и Гомеля (Белоруссия) к ВИЧ-инфицированным // Российский семейный врач. — 2008. — Т. 11, 3. — С. 45–49.

ХРОНИКА ОСЕНИ: КОНГРЕСС ЕВРОПЕЙСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА 2009

Е. В. Фролова

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Россия

CHRONICLES OF AUTUMN: CONGRESS OF THE EUROPEAN CARDIOLOGICAL SOCIETY

E. V. Frolova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Е. В. Фролова, 2009

Ежегодные конгрессы Европейского кардиологического общества являются важными вехами в развитии кардиологии. Как правило, результаты всех важнейших крупных клинических исследований впервые оглашаются на подобных мероприятиях. Кроме того, это отличная возможность для исследователей обсудить проблемы развития кардиологии, наметить новые цели, основать и спланировать новые совместные проекты и идеи.

В этом году основной идеей конгресса была профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: от клетки к человеку и к сообществу, то есть профилактика на всех уровнях, от молекулярного до популяционного. Следует упомянуть еще один важный аспект организации: практически все обсуждения основных проблем кардиологии заканчивались своеобразным итогом: меняют ли результаты исследований существующие клинические рекомендации.

Что же нового появилось в основной теме? Целый день публичных акций и сессионных заседаний уделялся курению. К 2009 г. 160 стран приняли закон о запрете курения в общественных местах. Из стран Европейского союза это сделали все государства, кроме Чехии. Результаты запрета на курение в общественных местах не заставили себя долго ждать. Так, во Франции в 2008 г. было отмечено снижение количества госпитализаций лиц с острым коронарным синдромом на 15%; в Риме (Италия) — на 11,2% у лиц старше 65 лет; в Ирландии — уже в 2005 г. на 11%. Аналогичные результаты отмечены в Шотландии в 2006 г. (17%), а также в США и Канаде — на 19%. Это произошло в результате снижения числа пассивных курильщиков. Известно, что вдыхание табачного дыма приводит к немедленной агрегации тромбоцитов, это и является па-

тогенетической основой развития острого коронарного синдрома. На сессиях обсуждался и вопрос помощи курящим пациентам, поскольку нейropsychологическими исследованиями установлено, что этот вид зависимости не может быть излечен только волевым усилием человека, ему нужна серьезная помощь медицинских работников.

Говоря о профилактике, нельзя не упомянуть о важнейших сессиях, посвященных сахарному диабету. Начиная с 2005 г. сахарный диабет (СД) 2-го типа по оценке риска развития осложнений считается эквивалентом ишемической болезни сердца (ИБС). Однако особое внимание было уделено новой теме — выживаемости больных СД после операций ревазуляризации миокарда. Как влияет диабет на течение сердечно-сосудистой патологии? Так, смертность у больных ССЗ в сочетании с диабетом выше примерно в 2 раза; 5-летняя летальность после ревазуляризации у больных, имеющих СД, составляла 25%, в то время как без диабета — 15%. Расходы на лечение только осложнений диабета в такой небольшой стране, как Швеция, составили 5 тыс. евро ежегодно на одного пациента, а на всю популяцию больных диабетом — 736 млн евро. Растет и распространенность нарушений углеводного обмена всех видов. По данным Евро исследования распространенности ССЗ (EURO Heart Survey), только 23% обследованных пациентов в странах Европы имели нормальный углеводный обмен. Таким образом, для уменьшения тяжелых последствий диабета и расходов на лечение его осложнений необходим комплексный подход к снижению факторов риска у лиц, больных диабетом, а также раннее выявление нарушенной толерантности к глюкозе. В этой связи интересный симпозиум представили компании

«Астра-Зенека» и «Бристол-Майерс Сквиб». Они разработали совместно два новых препарата для лечения диабета, которые сейчас испытываются в третьей фазе клинических испытаний. Это — саксаглиптин и дапаглифлозин. Саксаглиптин (торговое название онглиза) действует, разрушая гормон инкретин. Конечным результатом являются ингибирование образования глюкозы и усиление активности инсулина. Первый препарат этого класса — жанувия — пользуется популярностью и является высокоэффективным представителем нового класса лекарств — ингибиторов инкретина. Новый представитель — онглиза — также уже одобрен комиссиями по лекарственным препаратам в США и Европе. Второй препарат — дапаглифлозин — является совершенно новым лекарством, он блокирует транспорт натрия и глюкозы в почках, таким образом снижая гипергликемию. Показано, что он эффективен и в сочетании с метформином, и как самостоятельное лечебное средство, а также способствует снижению массы тела.

К уже существующим клиническим рекомендациям по СД в сочетании с ССЗ было сделано 10 важных добавлений:

1. У больных диабетом надо добиваться всех лечебных целей, включая снижение глюкозы крови до нормальных показателей.

2. Целенаправленно обследовать больных с заболеваниями сердца и сосудов, выявлять не только СД, но и нарушенную толерантность к глюкозе, используя в том числе нагрузочный тест.

3. Рассматривать консультирование по образу жизни как краеугольный камень в профилактике СД, ССЗ и их осложнений.

4. Пациентам с острым коронарным синдромом и диабетом предлагать обоснованное лечение, включая раннюю ангиографию и реваскуляризацию.

5. У больных острыми заболеваниями и СД использовать непосредственный контроль глюкозы в крови, поскольку им требуется инсулин в качестве сахароснижающей терапии.

6. В хирургическом лечении ИБС отдавать предпочтение шунтированию, а не ангиопластике.

7. Если используется стентирование при ангиопластике, то для пациентов с сахарным диабетом предпочтительнее стенты с лекарственным покрытием.

8. В объеме обязательного обследования для больных СД в сочетании с ССЗ обязательно включать исследование автономной сердечной дисфункции, активное выявление: сердечной недостаточности, аритмий, эпизодов гипотензии, микроальбуминурии, а также проводить доплерографическое исследование сосудов.

9. Использовать многофакторный подход в терапии: прекратить курение, добиться целевого АД, лечить дислипидемию, нормализовать глюкозу.

10. Диабетологу (эндокринологу) объединяться с кардиологом в одну команду для повышения эффективности лечения больных СД и ССЗ.

Наступление на диабет продолжается со всех сторон: профилактика и лечение в действии.

Еще один значимый фактор риска — ожирение. Надо отметить, что отношение к нему меняется. Во-первых, несколько десятков сессий и симпозиумов было посвящено проблеме детского ожирения. Продемонстрированы факты, включая фотографии тканей и препаратов, что жировые полоски и даже поврежденные бляшки имеются у мужчин от 15 до 24 (!!!) лет, если индекс массы тела (ИМТ) больше 30 кг/м². Кроме того, показан вред висцерального жира, который находится не в подкожной клетчатке, а в брюшной полости. Субъекты с одинаковой массой тела, но с различной локализацией жира имеют разный метаболический профиль: более тяжелые нарушения липидного профиля, выраженные нарушения углеводного обмена, инсулинорезистентность присутствует у тех, чей жир находится в брюшной полости. Это и должно руководить действиями врача, консультирующего таких пациентов: интенсивная терапия ожирения для больных с висцеральным жиром, по сравнению с теми, у кого такой же ИМТ, но жир в подкожной клетчатке. Кроме того, установлены новые связи между смертностью и ожирением. Считается, что после наступления 60-летнего возраста уже не следует стремиться к значительному снижению массы тела. Наоборот, снижение массы тела было предвестником повышения смертности у больных сердечной недостаточностью. А результаты огромного исследования по анализу смертности больных после реваскуляризации показали, что лучше всех выживали пациенты с ИМТ 30 кг/м². Это явление уже получило название «парадокс ожирения». К сожалению, пока еще неясны механизмы, обуславливающие такие связи. Но уже зарегистрировано большое количество параллельных клинических исследований, посвященных этой теме, и не меньшее количество публикаций. Крайне интересный симпозиум был посвящен проблеме генетики ожирения.

Сессия под названием «La dolce vita» («Сладкая жизнь») была посвящена очень интересным и приятным вопросам: «Прыгать, скакать или бегать — что должен знать еще кардиолог о физических тренировках»; «Оливковое масло, ягоды и шоколад»; «В жизни так много хороших вещей...» — не правда ли, интригующие названия? Так вот, физическая активность коррелирует с уровнем смертности. 35 лет наблюдения за когортой из

2205 мужчин показали, что увеличение активности в среднем возрасте приводило к снижению смертности, делая ее уровень таким же, как у мужчин с изначально высокой активностью. То есть встать с кресла никогда не поздно. Кроме того, были предъявлены эпидемиологические доказательства безопасности тренировок и необходимости повышать их интенсивность.

Другая проблема — что мы должны есть и пить, чтобы защитить сердце? Ведь пища — это не медикаменты, не лекарство. Защитный эффект любого образа питания, любого рациона зависит от взаимодействия пищевых веществ. На сегодняшний день только один рацион — средиземноморская диета — показал корреляцию с низким риском сердечно-сосудистых осложнений и заболеваний. Особые компоненты ягод — полифенолы, ресвератрол — в исследованиях показывают такое же действие, как низкокалорийная диета. Они могут задерживать старение органов и тканей, снижать инсулинорезистентность, оказывать мощный антиоксидантный эффект. Подобный эффект оказывают изофлавоноиды (соя, какао). Оливковое масло — это не просто полиненасыщенный жир, в нем также содержатся специфические полифенолы. Однако, хотя подобные обсервационные исследования кажутся вполне доказательными, следует подождать более определенных заключений, в частности о дозах этих веществ, об их взаимодействии с другими компонентами пищевых продуктов. Не убеждают и экспериментальные исследования на животных. Интересен был рассказ о предполагаемом механизме воздействия красного вина и разнице между тем токсическим эффектом, который оказывает алкоголь вообще, и защитным — красного вина. Оказывается, этанол сам по себе губит митохондрии мозговых клеток и их ДНК. А вот антоцианы, содержащиеся в красном вине, предотвращают это действие, защищают митохондрии нервных клеток. Были также представлены доказательства положительного влияния кофе на состояние когнитивных способностей и профилактическое влияние его потребления на развитие сахарного диабета. Известный финский исследователь Я. Туомилехто представил доклад под названием «Ответ — в образе жизни». Результаты многолетнего исследования в контрольной группе и группе вмешательства показали, что предотвращение развития диабета достигалось с помощью активизации образа

жизни и диетических рекомендаций в такой же степени, как и приемом метформина.

Хотелось бы также отметить несколько важнейших исследований, посвященных новым препаратам. Один из них — тикагрелор, который, вероятно, заменит клопидогрель или будет добавлен к нему для предотвращения тромботических осложнений у больных с острым коронарным синдромом. Второй препарат — дабигатран, полностью прошедший клинические испытания, вероятная альтернатива варфарину при мерцательной аритмии. Это — препарат из группы прямых ингибиторов тромбина, не требующий частого регулярного определения МНО. Он уже оценивался, в том числе и в российских испытаниях. Его эффективность не ниже, а количество побочных эффектов не больше, чем у варфарина. Однако он значительно легче в «управлении», давая ощущение защищенности и врачу и пациенту.

Нельзя не упомянуть сессии, посвященные вопросам диагностики и лечения сердечной недостаточности и дисфункции миокарда по диастолическому типу. Эта проблема становится все более и более актуальной, и на кафедре семейной медицины проводятся два исследования, посвященных сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса. К сожалению, если четкие диагностические критерии были обсуждены и продемонстрированы, то лечение пока еще не бесспорно. Нужны новые хорошо организованные исследования, в том числе и в амбулаторной практике.

Наконец, нельзя не упомянуть исследование «Юпитер». Почти 20 тыс. здоровых молодых людей, имеющих только дислипидемию, получали для предупреждения развития инфаркта, инсульта или острого коронарного синдрома 20 мг розувастатина в течение нескольких лет. Эффективность этой профилактики была подтверждена снижением риска развития подобных неблагоприятных исходов. Таким образом, чем более «неправильным» становится наш образ жизни, тем более агрессивную профилактику, включая прием лекарств, будет необходимо проводить.

Конгресс завершился, как показалось, очень быстро, всего за 4 дня, с 29 августа по 2 сентября. Но уже в октябре все участники получили приглашение представить свои исследования на следующий конгресс 2010 г., который состоится в Стокгольме.

Адрес для контакта: efrolovamd@yandex.ru

УДК 005.745:614.12

ЛЕТНЯЯ ШКОЛА «ПОВЫШЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

А. К. Лебедев, И. Е. Моисеева

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

EQUIP SUMMER SCHOOL «IMPROVING RESEARCH CAPACITIES IN PRIMARY CARE QUALITY IMPROVEMENT»

A. K. Lebedev, I. E. Moiseeva

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© А. К. Лебедев, И. Е. Моисеева, 2009

С 5 по 8 августа в г. Туусула (Финляндия) проходила летняя школа «Повышение возможностей исследований по улучшению качества в первичном звене здравоохранения», организованная финскими медицинскими организациями Duodecim и Conmedic совместно с Европейской ассоциацией по качеству в общей врачебной практике (семейной медицине) EQuIP.

Повышению качества медицинской помощи в настоящее время во всем мире уделяется большое внимание. Европейская ассоциация по качеству в общей врачебной практике (семейной медицине) запланировала обучение исследователей для работы в этой области путем организации семинаров с международным участием.

Целями летней школы были:

— увеличение числа исследователей, прошедших подготовку по вопросам исследований в области повышения качества;

— усиление международного сотрудничества и обмена опытом исследований в этой области;

— повышение значимости предмета улучшения качества как специфического раздела исследований в медицинской науке.

Целевая аудитория школы включала исследователей и других специалистов (врачей, медицинских сестер), желающих пройти обучение по организации и проведению проектов, направленных на улучшение качества в первичном здравоохранении. При этом значительная часть участников была представлена врачами общей практики, не занимавшимися ранее научными исследованиями. Участие в школе принимали представители Финляндии, Германии, Бельгии, Франции, Сербии, Португалии, Дании и России. Рабочим языком школы был английский.

Обучение проводили профессор Марьюкка Мякеля (Национальный институт здравоохра-

нения и социального благополучия, Финляндия), профессор Йохен Генсихен (Университет Йены, Германия), профессор Фреде Олсен (Университет Орхуса, Дания) и доктор Клас Винелл (Conmedic, Финляндия).

Программа школы освещала основные вопросы исследований, направленных на изучение и повышение качества медицинской помощи. Проводились лекции по дизайну исследований, методикам измерений и валидации полученных данных. Также обсуждались различия между исследованиями, направленными на изучение и повышение качества медицинской помощи, и исследованиями эффективности. Затрагивались вопросы, связанные с организацией и проведением качественных и количественных исследований. Кроме того, обсуждались этические моменты исследований качества в первичном здравоохранении.

В программу школы входили не только лекции, значительную часть времени занимала работа в малых группах, в ходе которой представители группы приходили к единому мнению и представляли затем свое видение какой-либо проблемы или ее решения другим участникам, выявлялись наиболее актуальные и оригинальные решения, призванные повысить качество оказания медицинской помощи.

Основные инструменты, используемые при работе в группах:

1. «Настенная техника», при которой каждый участник вносит краткую идею, обозначенную на листе бумаги, и ее прикрепляют на стену для всеобщего обозрения.

2. Техника мозгового штурма, при которой участники быстро предлагают большое количество идей, и эти идеи затем классифицируются и объединяются.

3. Техника множественного голосования, при которой формируется единое мнение группы после оценки каждым участником каждой из основных идей.

4. Методика потоковой диаграммы, описывающая процесс в визуальной форме, показывающей маршрут и разветвления алгоритма.

5. Диаграмма «рыбья кость» (диаграмма причинно-следственных связей) дает визуальное описание элементов, влияющих на результат.

Создание любого проекта, направленного на повышение качества, должно начинаться с выбора темы работы, которая должна быть не только актуальной, но и соответствовать имеющимся ресурсам и возможностям технического решения поставленной задачи. Выполнение проекта основано на так называемом цикле качества, который подразумевает последовательно осуществляемые сбор данных, оценку результатов и процессы по изменению работы. После чего необходимо вновь собирать данные для последующей их оценки. Изменение качества при этом можно ожидать только при изменении клинических рекомендаций и стандартов ведения пациентов.

Вне зависимости от целей и задач проекта обязательными компонентами любого исследования являются изучение отдельных пациентов (при клинических исследованиях) или популяции в целом (при эпидемиологических исследованиях), проведение запланированного вмешательства, организация контроля произошедших изменений (в ряде случаев возможен плацебо-контроль) и получение окончательных результатов проведенного вмешательства.

Важной составляющей программы семинара было представление участниками собственных проектов исследований качества первичной медицинской помощи. Каждый участник должен был сделать презентацию проекта или идеи исследова-

ования с последующим обсуждением в группе. В результате такого обсуждения среди коллег выявлялись преимущества и недостатки планируемого исследования, уточнялись и конкретизировались цели и задачи исследований, появлялись новые идеи по воплощению проекта и генерализации полученных результатов.

Так, например, один из проектов касался изучения возможностей изменения полномочий и ответственности медицинских сестер с целью возложения на них части обязанностей врача общей практики в условиях дефицита врачебного персонала в первичном здравоохранении Германии. Интересный проект, призванный повысить качество медицинской помощи был предложен коллегой из Португалии, который начал создавать программную модель виртуальной реальности для последипломного обучения врачей общей практики. Как выяснилось в процессе обсуждения, проблема избыточного направления на консультации к узким специалистам семейными врачами является общей для многих стран Европы и требует тщательного контроля. Очень наглядным исследованием с возможностью быстрой оценки работы семейных врачей различных регионов и подчиненности был проект, посвященный оценке качества лечения пневмонии. По мнению коллег из Франции, положительным образом на качество оказания помощи в первичном здравоохранении должна повлиять регулярная оценка работы семейных врачей их коллегами.

Культурная программа также была весьма насыщенной. Участникам летней школы была предложена велосипедная прогулка в дом-музей известного художника П. Халонена, ученика Жюлиана и П. Гогена, а также прогулка на лодках на виллу композитора Й. Кокконена, пропитанную дизайнерскими идеями его друга, знаменитого архитектора А. Аалто.

Контактная информация: lebedev_ak@mail.ru