

nonverbal: gesturi, mimică, poziția corpului, respectarea distanțelor, vocea asistentului medical etc. Astfel, ar fi bine să se ia în considerare:

Stabilirea contactului vizual constă în privirea directă și deschisă a pacientului în timpul discuției, oferind interes și discreție față de el și, totodată, respect pentru prezența și persoana pacientului. În timpul consilierii privim pacientul la același nivel. Privindu-l de sus, manifestăm superioritate și invers. În timpul discuției privim spre pacient, aproximativ 60%, astfel transmitem interes și sentimentul de ascultare activă. Țintirea pacientului creează disconfort și presiune.

Salutul și zâmbetul – semne de respect și acceptare. Astfel, demonstrând amabilitate, pacientul va dobândi încredere, destindere și deschidere spre comunicare [6].

Oferim confort – propunem pacientului să se așeze sau să-și stabilească un confort propriu.

Ascultăm pacientul fără a-l întrerupe – astfel încurajăm comunicarea acestuia.

Acceptăm tăcerea sau pauzele în timpul dialogului – tăcerea este un semnal de reflectare, analiză și rezistență din partea pacientului. Dacă pauza durează, putem interveni cu întrebări deschise: „*La ce vă gândiți în acest moment?*”.

Respectăm distanțele personale – evităm să încalcăm teritoriul personal al pacientului. Respectăm distanța de 45 cm până la 1,20 m, iar dacă este nevoie de a face unele intervenții, care ar depăși limitele pacientului, ne cerem permisiunea și îl informăm despre scopul și consecințele acțiunii. Depășind distanța personală am putea avea reacții nedorite, blocaj, închidere și refuz. De asemenea, este bine de evitat atingerea și îmbrățișările în timpul discuției [4].

Semnalarea grabei (privitul la ceas, spre ușă, vorbirea rapidă, jocul cu stiloul sau degetele etc.) – aceste gesturi fac pacientul confuz și superficial în transmiterea mesajului. Este mai bine de informat pacientul de cât timp dispunem.

Comunicarea nonverbală transmite cel mai mare volum de mesaj (93%), comparativ cu cea verbală (7%). Pe cale nonverbală transmitem emoții și comportamente, pe care de cele mai multe ori, este dificil să le ascundem [5]. Venind la asistentul medical, pacientul așteaptă să fie ascultat și înțeles, susținut și încurajat. Și în acest context, dialogul care se stabilește dintre ei este foarte important în motivarea și garantarea succesului terapeutic.

Concluzii

1. Pacienții pot fi profund afectați, în bine sau în rău, de comunicarea cu asistenții medicali de familie, care joacă un rol important în îngrijirea lor, cu probleme de sănătate reale sau potențiale.
2. Pacienții pot avea nevoie de mai multe feluri de comunicare: sfaturi, încurajare sau contact social. Punctul de plecare constă în recunoașterea cazului.
3. Conceptele care formează baza comunicării și, în cele din urmă, stabilesc unele relații sunt: îngrijirea, ascultarea, receptivitatea, empatia, veridicitatea, acceptarea, onestitatea și respectul.
4. Comunicarea este un proces extrem de complex, ea se realizează prin intermediul mai multor feluri de limbaje, poate fi perturbată de diferiți factori, depinde de contextul în care are loc, este specifică fiecărui pacient.

Bibliografie

1. Miler William R, Rollnick Stephen. Motivational Interviewing, Preparing people for change. New York, 2002;68, 65-66, 67, 74-75.
2. Mârza-Dănilă Doina. Relația terapeut-pacient. Bacău, 2009;43.
3. Tudose Florin. Fundamente în psihologia medicală. București, 2006;130, 132.
4. Pease Allan, Pease Barbara. Abilități de comunicare. București, 2007.
5. Pease Allan. Limbajul trupului. București, 1997.
6. Rozenberg Marshall. Comunicarea nonviolentă – un limbaj al vieții. USA, 2003.

Развитие первичной медико-санитарной помощи и семейной медицины в Казахстане на современном этапе

J. E. Battakova, T. I. Slajneva, Sh. E. Karjaubaeva, T. S. Haidariva, M. A. Darisheva, *A. B. Ferdohleb

National Centre for Problems of Healthy Lifestyle Development
86, Kunayev Street, 050010, Almaty, Kazakhstan

*Corresponding fax: +373 79402597. E-mail: alina.ferdohleb@gmail.com

Manuscript received March 23, 2012; revised April 24, 2012

Development of primary medical care and of family medicine at present in Kazakhstan

The step-by-step introduction of the Unitary National Health System since 2010 has helped the health system in Kazakhstan to reach a new level of development, by the means of introducing rational forms and methods of providing Primary Medical Care on the basis of pre-medical practices. There is a comparative analysis of a poll conducted among general practitioners and district doctors regarding clear-demonstrative information for patients, presented. In this work, there is also the Model of organization of the Primary Medical Care in Kazakhstan presents, which includes: (1) department of prophylaxis and socio-psychological help, (2) social worker, (3) cabinet of prophylaxis, Healthy Lifestyle, (4) psychologist, (5) cabinet of the healthy child, (6) centres for strengthening health, (7) youth health centres.

Key words: general medical practice, district doctor, preventive orientation, family physician.

Реферат

Поэтапное внедрение с 2010 Единой Национальной Системы Здравоохранения в Казахстане привело к подъёму на качественно новый уровень развития посредством внедрения рациональных форм и методов оказания Первичной Медико-Санитарной Помощи на базе доврачебной практики. В работе представлен сравнительный анализ зондажа проведённого среди Врачей Общей Практики и участковых врачей в области наглядно-демонстративной информации для пациентов. Также, в работе представлена Модель организации первичной медико-санитарной помощи в Казахстане, которая включает: (1) отделение профилактики и социально-психологической помощи; (2) социальный работник; (3) кабинет профилактики и здорового образа жизни; (4) психолог; (5) кабинет здорового ребёнка; (6) центры укрепления здоровья; (7) молодёжные центры здоровья.

Ключевые слова: общая врачебная практика, семейный врач, участковый врач, профилактическая направленность.

Введение

Дальнейшее развитие и укрепление первичной медико-санитарной помощи является приоритетной задачей Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 годы. В ней предусмотрено формирование эффективной системы здравоохранения, основанной на приоритетном развитии ПМСП. С 1 января 2010 года в Казахстане поэтапно внедряется Единая национальная система здравоохранения (ЕНСЗ), предусматривающая обеспечение пациентам свободного выбора врача и медицинской организации, формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг, работу медицинских организаций, направленную на достижение конечных результатов и оплату медицинских услуг по фактическим затратам (рис.1) [1, 2].

В программе особо выделено, что подъем здравоохранения на качественно новый уровень развития, может быть достигнут только путем коренного изменения технологии оказания услуг, прежде всего, услуг ПМСП. В целях повышения доступности, эффективности, качества и развития ПМСП планируется комплексное совершенствование, включая разработку и внедрение рациональных форм и методов оказания

ПМСП на базе общеврачебной практики. Предусматривается развитие медико-социальной направленности путем внедрения института социальной работы.

Для стимулирования профилактической направленности, расширения спектра и качества оказываемых услуг, обеспечения рационального и эффективного использования средств, а также повышения мотивации медицинских работников ПМСП планируется внедрение частичного фондодержания и дополнительного компонента к тарифу ПМСП. Также, была введена новая организационная структура поликлиники путем разделения ее на три подразделения, базирующихся на распределении функциональных обязанностей и схемах финансирования (рис. 2).

Первое подразделение: центр семейного здоровья, в состав которого будут входить кабинеты доврачебного приема, смотровой кабинет (акушерка), процедурный кабинет, прививочный кабинет, кабинет забора мокроты и химизатора, кабинет здорового ребенка, кабинеты профилактики и здорового образа жизни (ЗОЖ), а также кабинеты участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики. Наряду с этим в данном подразделении предусматривается наличие социально-психологической службы, состоящей из соци-



Рис. 1. Приоритеты Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламаты Казахстан» на 2011–2015 годы.

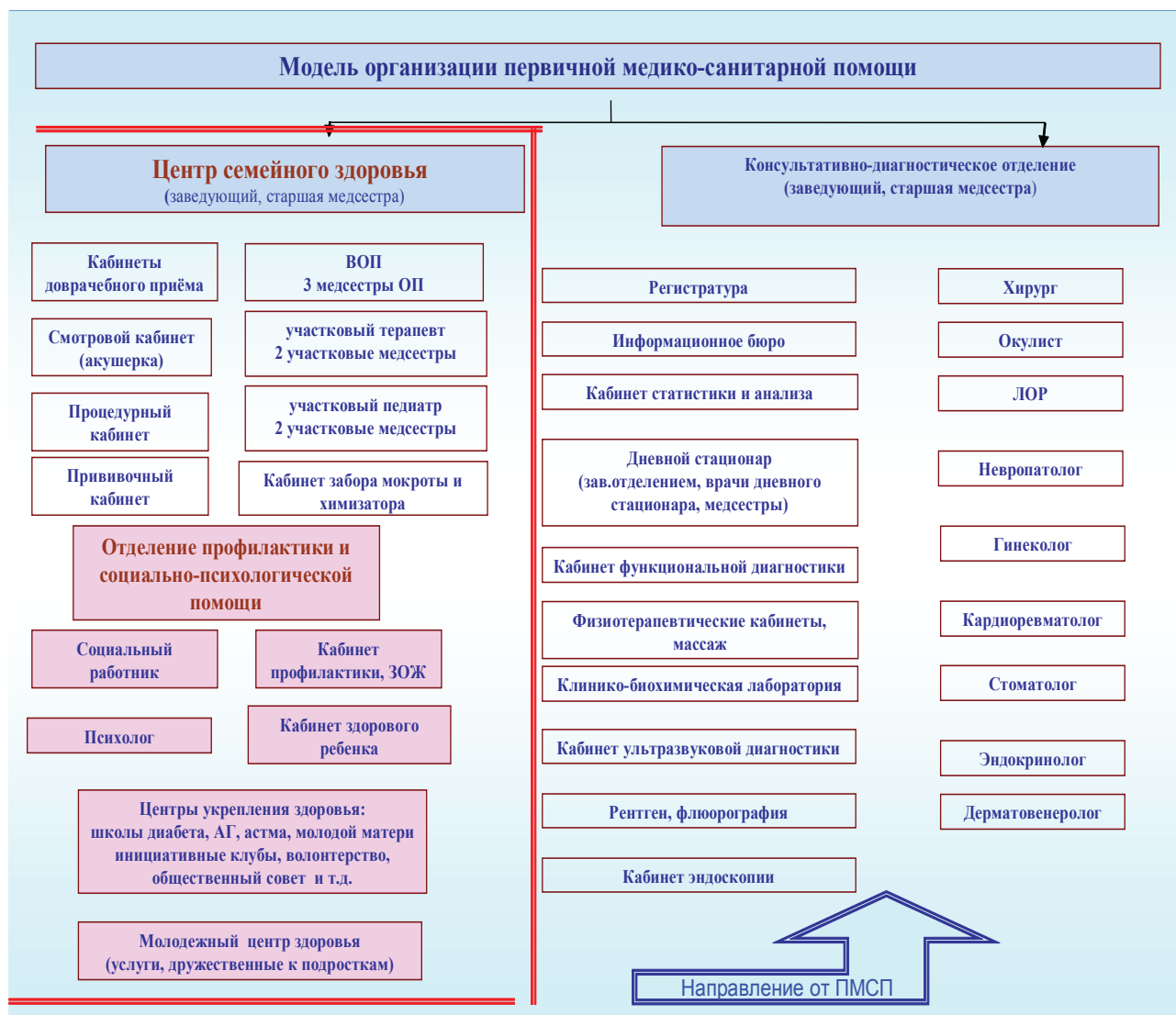


Рис. 2. Модель организации первичной медико-санитарной помощи в Казахстане.

ального работника и психолога, а также центра укрепления здоровья и молодежного центра здоровья. Финансирование первого подразделения планируется по тарифу и дополнительному компоненту к тарифу с учетом оценки результатов их деятельности.

Второе подразделение: вспомогательно-диагностическое отделение, состоящее из регистратуры, информационного бюро, кабинета статистики и анализа, дневного стационара, кабинета функциональной диагностики, физиотерапевтических кабинетов, клинико-биохимической лаборатории, ультразвуковой диагностики, рентген- и флюорографического кабинета и кабинета эндоскопии. Финансирование – по количеству оказанных медицинских услуг.

Третье подразделение: консультативно-диагностическое отделение, состоящее из профильных специалистов (хирург, окулист, ЛОР-врач и другие). Финансирование – по амбулаторно-поликлиническому тарификатору на медицинские услуги.

Наряду с этим, по мере готовности регионов в качестве пилотных проектов, предполагается создание четырех самостоятельных центров семейного здоровья, на базе действующих отдельных юридических лиц. Оснащение данных пилотных

проектов планируется за счет средств республиканского бюджета, функционирование – по тарифу для ПМСП с дополнительным компонентом.

В рамках дальнейшего развития ЕНСЗ будет обеспечен равный доступ к медицинской помощи. Для развития ПМСП в рамках Госпрограммы планируется: внедрение дополнительного компонента к тарифу с учетом оценки результатов деятельности организаций ПМСП и модели частичного фондодержания; совершенствование механизмов повышения мотивации медицинского персонала; организация и внедрение института социальных работников в систему здравоохранения; увеличение количества врачей по специальности «Общая врачебная практика» от общего числа врачей ПМСП, в том числе за счет переподготовки; подготовка врачей; медицинских сестер; психологов и социальных работников первичного звена в соответствии с международными стандартами обучения; разработка целевых индикаторов, отражающих эффективность ПМСП (доля здоровых лиц среди прикрепленного населения, удельный вес заболеваний, выявленных на ранних стадиях, уровень госпитализации, уровень обращений к узким специалистам, уровень обращаемости за скорой медицинской помощью);



Рис. 3. Структура службы формирования здорового образа жизни в РК.

дальнейшее развитие и совершенствование системы оказания ПМСП на селе, включая дальнейшее повышение мотивации медицинских работников села.

В контексте реализации программного документа развития государства «Казахстан-2030» в стране в 1997 г. создана служба формирования здорового образа жизни, в задачи которой входит организационно-методическое обеспечение данного направления во всех лечебно-профилактических организациях, особенно на уровне ПМСП. Структура службы формирования ЗОЖ (ФЗОЖ) представлена на рисунке 3.

Усиление профилактической направленности системы здравоохранения затрудняется в результате отсутствия нормативов профилактической деятельности медицинских работников. Не определена потребность населения в профилактических услугах, в структуре амбулаторного приема не выделено время для формирования здорового образа жизни, включая его диагностику и оказание вмешательства по устранению факторов риска, формирующей структуру и уровень заболеваемости и смертности населения страны.

Следует отметить низкое качество проводимых оздоровительных мероприятий в результате отсутствия системы мониторинга внедрения и качества проведения профилактических вмешательств.

Для усиления профилактических мероприятий НЦФЗОЖ МЗ РК в 2012 г. были разработаны и утверждены Приказом МЗ РК № 89 от 17 февраля 2012 года протоколы пропаганды здорового образа жизни и профилактики пове-

денческих факторов риска при основных заболеваниях для клинической апробации на уровне ПМСП [3].

В представленных протоколах профилактической деятельности медицинских работников ПМСП используется унифицированный подход к оценке степени риска населения и профилактике поведенческих факторов риска на индивидуальном уровне при наиболее значимых заболеваниях. Это позволит в дальнейшем дать объективные критерии оценки внедрения данных протоколов и обеспечит мониторинг профилактической деятельности врачей общей практики и среднего медицинского персонала.

Нами был проведен социологический опрос врачей общей практики, работающих в поликлиниках г. Алматы. Для сравнения показателей работы врачей общей практики мы провели опрос врачей участковых, работающих в этих же поликлиниках. Анкета состояла из вопросов характеризующих половозрастной состав врачей, выполнение норм нагрузки на приеме, проведение профилактической работы.

Анализ данных анкетирования по половозрастному составу: среди специалистов общеврачебной практики 57,1% составляют мужчины, 42,8% – женщины, в сравнении с традиционной участковой системой, в которой основными специалистами являются представительницы женского пола – 92,3% (мужчин всего 7,7%). При анализе возрастного состава установлено, что при участковой системе среди опрошенных врачей терапевтов в основном превалирует возраст старше 49 лет – 23%, старше 59 лет – 38,5%. При опросе врачей

ВОП – несколько иная картина – 71,4% – это врачи в возрасте до 39 лет, старше 49 лет – 14,3%, старше 59 лет – 14,3% (рис. 4).

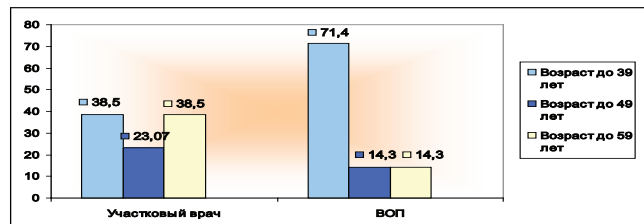


Рис. 4. Распределение по возрасту врачей участковых и врачей общей практики г. Алматы (АПП №8 и № 10), 2010 г.

На вопрос «Какое количество населения Вы обслуживаете на участке?» были получены следующие результаты: только 38,4% опрошенных участковых врачей имеют нормы нагрузки, соответствующие установленным требованиям, т.

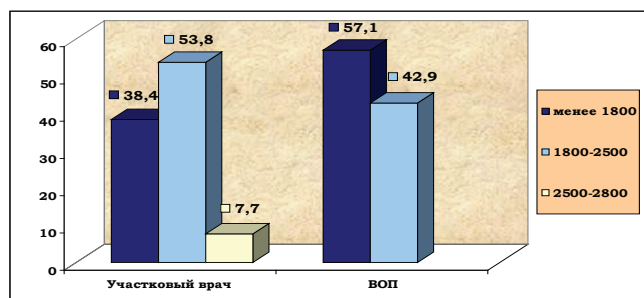


Рис. 6. Данные о численности обслуживаемого населения среди врачей ВОП и участковых врачей (поликлиника №8 и №10 г. Алматы).

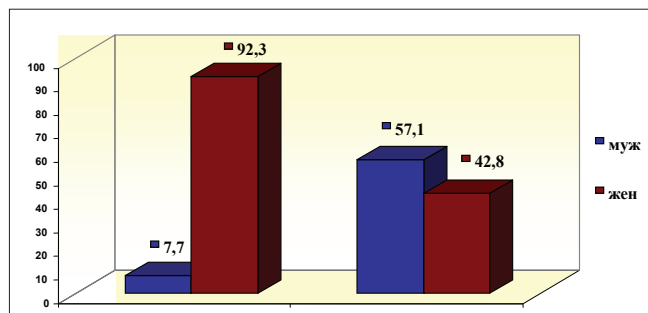


Рис. 5. Распределение по полу врачей участковых и врачей общей практики г. Алматы (АПП №8 и № 10), 2010 г.

е. менее 1800 человек на участке, 53,8% имеют нагрузку более 1800-2500 человек (рис. 6).

Среди опрошенных участковых врачей более 5 лет не проходили циклы тематического усовершенствования 38,5%, среди ВОП – только 14,4% (рис. 7).

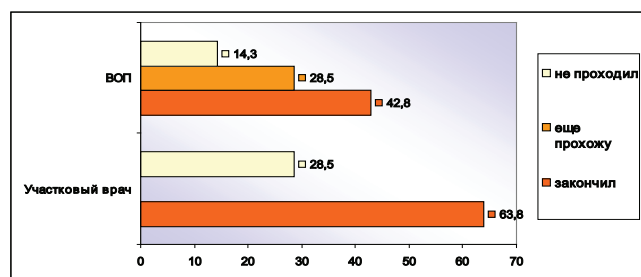


Рис. 7. Характеристика состояния повышения квалификации опрошенных врачей, г. Алматы, 2010 г.

Таблица 1

Данные о формировании врачами информационных блоков для пациентов с ССЗ в поликлиниках г. Алматы, 2010 г.

Информационные блоки	Варианты ответов	Участковый врач	ВОП
Риски сердечно-сосудистых заболеваний	Да	53,8	57,1
	Не знаю	30,8	14,3
Здоровая диета	Да	84,6	42,8
	Не знаю	15,4	28,6
Прекращение курения	Да	84,6	57,1
	Не знаю	15,4	14,3
Ожирение	Да	69,2	28,5
	Не знаю	15,4	42,8
Диабет	Да	69,2	57,1
	Не знаю	15,4	14,3
Злоупотребление алкоголем	Да	53,8	28,5
	Не знаю	53,8	42,8
Контрацепция	Да	84,6	42,8
	Не знаю	15,4	14,3
Самопомощь (привитие навыков)	Да	46,1	42,9
	Нет	53,8	57,1

Врачи участковые больше ориентированы в вопросах необходимости и значимости наглядной информации для пациентов, чем врачи ВОП при освещении профилактических тем, по указанным в таблице 1 информационным блокам. Так, по теме «Здоровая диета» сформировали и ориентируют пациентов на изучение наглядной информации 84,6% участковых, и только 57,1% ВОП; по теме «Ожирение», «Диабет» 69,2% участковых врачей – 57,1% и 28,5% ВОП (соответственно темам). Аналогичная ситуация по темам «Злоупотребление алкоголем», «Контрацепция» среди участковых врачей 53,8%, а среди ВОП всего 28,5%. Следует отметить, что врачи (участковые и ВОП) мало применяют информационные блоки в виде наглядной информации по развитию самопомощи, среди ответивших на данный вопрос 46,1% – среди опрошенных участковых врачей и 42,9% среди ВОП.

Таким образом, следует отметить, что врачи специалисты (участковые и ВОП) не в полной мере используют информационные блоки по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, по самопомощи. ВОП меньше ориентированы сами и меньше проводят информирование и санитарно-просветительную работу среди пациентов.

Следует отметить, что участковые врачи направляют 84,6% больных к узким специалистам по внутренним болезням – к кардиологу, эндокринологу и др., а ВОП направляет всего 42,8% больных к перечисленным выше специалистам по внутренним болезням (таб. 2).

Таблица 2

Характеристика количества направлений к узким специалистам (%)

	Участковый врач	ВОП
Профильный педиатр	76,9	85,6
Специалист по внутренним болезням	84,6	42,8
Гинеколог	77	42,8
Хирург	76,9	42,8
Невропатолог	77	28,6
Дерматолог	84,6	85,7
ЛОР-врач	107,7	42,8
Офтальмолог	92,3	42,9

Таким образом, врачи участковые в 1,8 раза больше направляют пациентов к другим врачам, чем ВОП (М 84,6 и М 46,9 соответственно). Поэтому, можно сделать заключение, что общеврачебная практика имеет ряд преимуществ перед традиционной участковой системой обслуживания, так как некоторые разделы по оказанию медицинской помощи по различным специальностям оказываются врачом общей практики.

Изучая знания и навыки врачей исследуемых лечебно-профилактических организаций, таких заболеваний как артериальная гипертония (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС) были выделены следующие проблемы в уровне знаний медицинских работников:

- При определении критериев повышенного артериального давления больше половины опрошенных дали неверный ответ (72,9%).
- При определении повышенного уровня холестерина 67,7% опрошенных вообще не дали ответ.
- Только 34,1% всех опрошенных используют в своей работе индекс Кетле.
- При определении достаточного уровня ходьбы в день 15,1% дали верный ответ.

- Большинство опрошенных не знают о суточной калорийности здорового питания, какое содержание соли рекомендуется для профилактики и коррекции АГ.

Заключение

Таким образом, при характеристике половозрастного состава среди опрошенных врачей участковой системы преобладают женщины старшей возрастной группы; среди опрошенных специалистов общеврачебной практики – в системе ВОП работают преимущественно врачи мужского пола средней возрастной категории (до 39 лет).

Врачи специалисты (участковые и ВОП) не в полной мере используют информационные блоки по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, по самопомощи. ВОП меньше ориентированы сами и меньше проводят информирование и санитарно-просветительную работу среди пациентов. Врачи участковые в 1,8 раза больше направляют пациентов к другим врачам, чем ВОП (М 84,6 и М 46,9 соответственно), поэтому можно сделать заключение, что общеврачебная практика имеет ряд преимуществ перед традиционной участковой системой обслуживания, так как некоторые разделы по оказанию медицинской помощи по различным специальностям оказываются врачом общей практики. Тестирование знаний и навыков медицинских работников свидетельствует о низком уровне знаний, навыков по профилактике и ведению ЗОЖ.

В настоящее время осуществляются научные исследования по определению направлений деятельности в системе «врач-медицинская сестра» и их интегрированной работе.

Литература

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы.
2. Организация первичной медико-санитарной помощи населению. Роль ПМСП в реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 гг. – учебно-метод. комплекс, Алматы, 2011;232.
3. Алгоритмы действий медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска основных социально-значимых заболеваний. Метод. рекомендации, Алматы, 2012;48.

