
Организация здравоохранения

УДК 616-082.3

ИСХОДНЫЙ УРОВЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ КАРДИО- И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Е. К. Баклушина*, доктор медицинских наук,
А. Е. Баклушин, доктор медицинских наук,
Н. Е. Александровская, кандидат медицинских наук,
В. В. Белова, кандидат медицинских наук,
Д. В. Бурсикова, кандидат медицинских наук

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия,
г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ Приведены данные пилотного ретроспективного исследования медицинской активности пациентов на первом этапе кардио- и нейрореабилитации при поступлении на стационарное лечение для прохождения второго этапа. Выявлены основные позиции, определяющие недостаточный исходный уровень медицинской активности, намечены подходы к его повышению в условиях прохождения второго этапа реабилитации.

Ключевые слова: медицинская активность, информированность, кардио- и нейрореабилитация, первый и второй этап.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: bac63@mail.ru

В настоящее время достаточно много исследований посвящено проблеме приверженности пациентов с различной патологией к лечению, в том числе появились работы, рассматривающие в этом аспекте кардио- и нейрореабилитацию больных. Однако основной упор в них делается на изучение психологических факторов – психотипов пациентов с различным уровнем приверженности, их понимания внутренней картины болезни и отношения к болезни, копинг-стратегии и т. д. [4–8].

Тем не менее таким важнейшим социально-гигиеническим факторам, как медицинская активность и информированность пациента, уделяется не-

достаточно внимания. Мало исследован вопрос о том, в какой степени полное и правильное понимание пациентом своей роли в реабилитации, формирование необходимого стиля поведения влияет на ее эффективность. Большое практическое значение имеет также изучение роли медицинских работников в повышении медицинской активности, информированности и приверженности пациента к реабилитации, особенно во внебольничных условиях [1].

Почти все исследования посвящены приверженности к медикаментозному лечению, в то время как изменение образа жизни также имеет огромное значение для данной группы больных.

Baklushina E. K., Baklushin A. E., Aleksandriyskaya N. E., Belova V. V., Bursikova D. V.

INITIAL LEVEL OF MEDICAL ACTIVITY IN PATIENTS AT FIRST STAGE OF CARDIOLOGIC AND NEUROLOGIC AFTERTREATMENT

ABSTRACT The article considers the data of pilot retrospective study of medical activity in patients at first stage of cardiologic and neurologic aftertreatment in their admission to in-patient department in order to pass the second stage. The basic positions which determine insufficient initial level of medical activity are revealed; the approaches to its increase while the second stage passage are outlined.

Key words: medical activity, informed patients, cardiologic and neurologic aftertreatment, first and second stages.

Однако нередко рекомендации по оптимизации физической активности, питания, водного режима, борьбы с вредными привычками даются в самой общей форме, не учитывают индивидуальные особенности больных. Соответственно, у них не формируется надлежащая мотивация к полному выполнению всех рекомендаций [1, 3].

В кардио- и нейрореабилитации большое значение имеют также немедикаментозные методы: физио-, кинезо-, эрго-, психотерапия, логопедическая помощь. Активное участие пациентов в выполнении всех рекомендаций, связанных с ними, невозможно без полного и правильного понимания задач этих методов и ожидаемых результатов.

Кроме информационного сопровождения и мотивации, обеспечиваемых врачами, на формирование медицинской активности и приверженности пациентов к реабилитации в большой степени влияют также организация медицинского процесса в целом, материальное обеспечение, факторы семейной среды. Последние позволяют оценить, получит ли пациент поддержку и реальную помощь от своих близких или семейная среда станет ограничивающим фактором реабилитации [2].

Целью начального этапа данного комплексного исследования явилось изучение исходного состояния медицинской активности, ее отдельных характеристик после прохождения первого этапа кардио- и нейрореабилитации и начала второго этапа в условиях стационара, а также определение потребности в дальнейшем расширении исследования с позиции анализа факторов, влияющих на формирование медицинской активности, и приверженности к реабилитации для повышения ее эффективности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Социально-гигиеническое исследование, начатое в 2014 году, проводилось в формате пилотного на базе клиники Ивановской государственной медицинской академии и предполагало изучение состояния медицинской активности, информированности и приверженности реабилитации больных, прошедших первый этап и проходящих второй этап кардио- и нейрореабилитации. В данной статье представлены материалы, характеризующие эти категории в первой временной точке – при поступлении больных в клинику (первый-второй день пребывания). Участниками пилотного исследования стали 45 пациентов, преобладали лица мужского пола (60,98%), средний возраст участников составил 58,9 года.

Использовался специально разработанный опросник, содержащий несколько блоков вопро-

сов, ответы на которые давались как в словесной форме, так и в виде оценки по 5-балльной шкале (1 балл соответствовал позиции «наименее выраженной или вообще нехарактерной для респондента», 5 баллов – «наиболее выраженной, характерной для респондента»). Паспортная часть позволила дать социальный портрет участников исследования; «медицинский статус» включал диагноз (по МКБ-10), коды Международной классификации функций и ограничений (МКФ), индекс Ривермид, описание направлений реабилитации (медикаментозных и немедикаментозных методов). Рассчитывались относительные и средние показатели (средние баллы). Уровень показателей (позиций) считали низким при значениях 1,0–2,3, средним – при 2,31–3,70, высоким – при 3,71–5,00.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Отдельный блок опросника позволил ретроспективно оценить различные показатели, характеризующие исходный уровень медицинской активности до начала заболевания, по поводу которого участники исследования проходят реабилитацию, так как во многом именно он определяет дальнейшее поведение больных и способствует формированию определенного уровня приверженности к лечению конкретного заболевания и реабилитации. Можно отметить, что, несмотря на преобладание лиц пожилого возраста, понимание ценности здоровья у них было недостаточным (3,58 балла), так же как и оценка степени личной заботы о нем – 3,95 балла. Респонденты недостаточно хорошо знают и понимают, что такое медицинская активность и какова ее роль в сохранении здоровья (3,81 балла), оценивают как среднюю свою информированность о факторах риска возникновения заболеваний и факторах, способствующих сохранению здоровья (3,49 и 3,7 балла соответственно).

Традиционным для характеристики медицинской активности является изучение своевременности обращения за медицинской помощью и полноты выполнения рекомендаций врача. Как видно из рис. 1, наиболее «проблемными» являются позиции «своевременность обращения при хроническом заболевании» (3,4 балла), полнота выполнения рекомендаций по профилактике и диагностике заболеваний (4,15 и 4,27 балла соответственно), но в наибольшей степени требует коррекции недостаточная полнота выполнения рекомендаций по изменению образа жизни (3,8 балла).

Достаточно высока и склонность к самолечению у данной категории больных (3,35 балла).

Весьма позитивной в современных условиях можно считать ситуацию, когда наиболее высоким у респондентов является уровень доверия к рекомендациям медицинских работников (4,27 балла), в меньшей степени пациенты доверяют медицинской литературе (научной и популярной) – 3,64 балла, в наименьшей степени – рекомендациям людей, имеющих похожие заболевания, и интернет-ресурсам (2,83 и 2,34 балла соответственно).

Возникновение заболевания, особенно требующего длительного лечения и реабилитации, нередко изменяет отношение человека к здоровью и вынужденно повышает уровень медицинской активности. Поэтому мы изучили отдельные показатели, характеризующие медицинскую активность участников исследования после возникновения настоящего заболевания, но до момента настоящей госпитализации, т. е. на первом этапе реабилитации. Ответы на вопросы позволили оценить, насколько полно выполнялись врачебные рекомендации по различным направлениям лечения, в том числе изменению образа жизни, и выявить наиболее «проблемные» позиции, оптимизацией которых и предстоит заниматься медицинским работникам непосредственно на этапе госпитализации при прохождении второго этапа реабилитации.

По оценке респондентов, наиболее полно выполняются рекомендации по приему лекарственных препаратов (4,88 балла), обследованию и посещению специалистов (4,69 балла) и дальнейшему наблюдению у участковых врачей (4,27 балла). В наименьшей степени пациенты склонны выполнять рекомендации по коррекции веса, борьбе со стрессами и нормализации эмо-

циональной сферы и сексуальной активности. Но и остальные позиции, характеризующие выполнение рекомендаций по коррекции образа жизни, свидетельствуют о том, что пациенты недостаточно внимания уделяют данному аспекту реабилитации.

Одними из наиболее значимых, по экспертному мнению специалистов по реабилитации, являются собственные усилия пациентов по контролю за весом, уровнем артериального давления, частотой сердечных сокращений, а также показателями холестерина, липопротеидов, сахара крови. По данным проведенного исследования, наиболее положительно оцениваются действия пациентов по контролю давления и пульса (4 балла), значительно меньшие усилия прилагаются ими для самостоятельного мониторинга показателей крови и веса (3,2 и 3,13 балла соответственно).

При изучении оценки пациентами различных ограничений, связанных с заболеванием, установлено, что наиболее серьезными из них были ограничения в профессиональной деятельности (3,92 балла). В меньшей степени наличие болезни отражается на семейной (личной) жизни (3,57 балла), социальной и бытовой активности (3,52 и 3,45 балла соответственно). Можно отметить, что далеко не у всех участников исследования существует установка на всемерную борьбу с заболеванием (4,03 балла) и понимание того, что только полное выполнение медицинских рекомендаций будет способствовать эффективной реабилитации (4,16 балла). Определенная часть опрошенных имеет сомнения в том, что нужно не жалеть времени на выполнение всех медицинских рекомендаций (4,11 балла), для

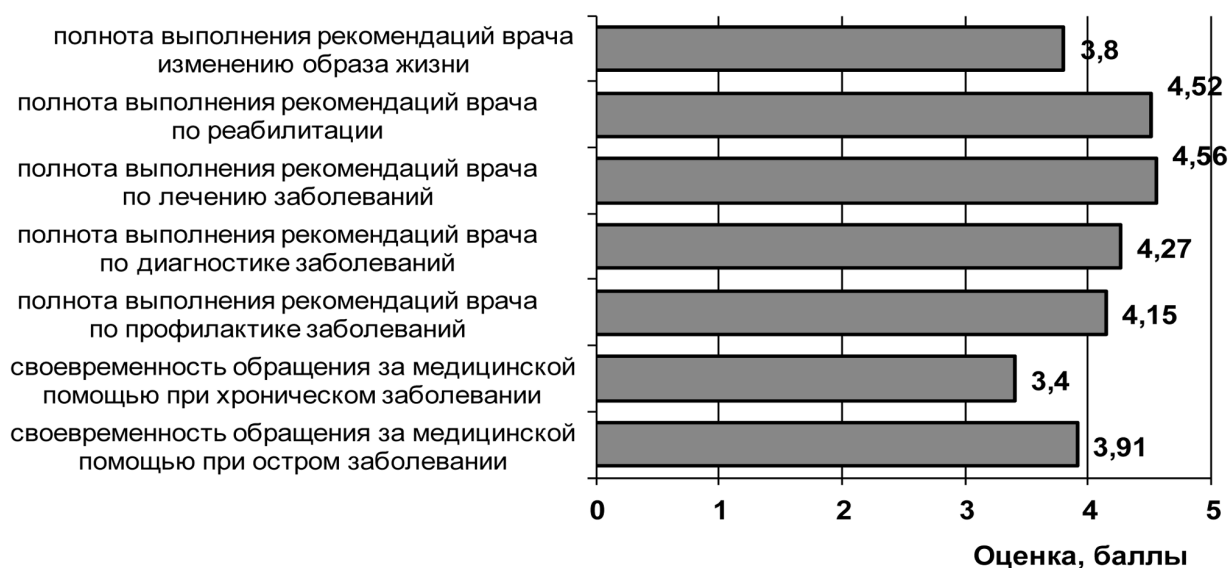


Рис. 1. Оценка медицинской активности пациентами

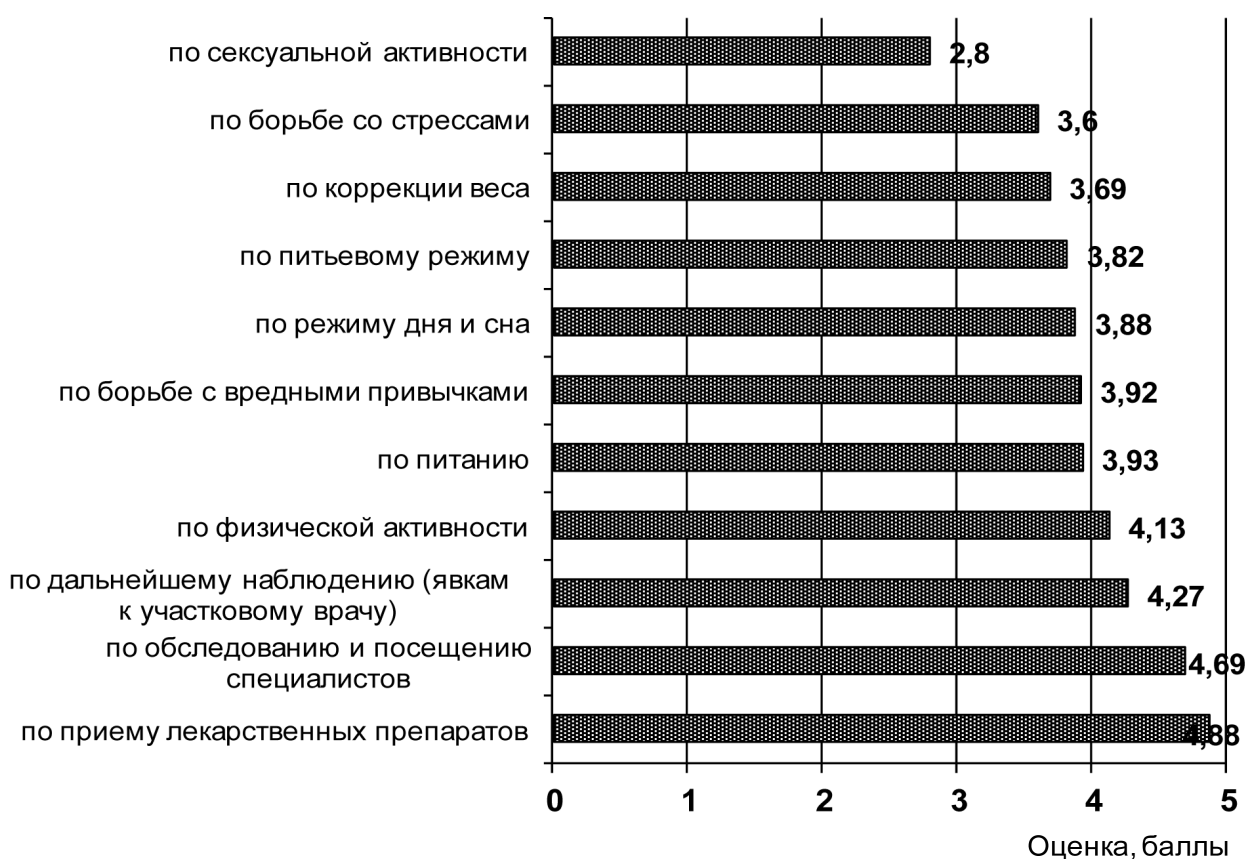


Рис. 2. Основные показатели, характеризующие оценку респондентами полноты выполнения медицинских рекомендаций

части больных характерно наличие временных ограничений (4,06). Для пациентов, проходящих реабилитацию, достаточно важно соблюдать конкретные временные рамки выполнения рекомендаций, поэтому нас интересовало, насколько характерна «забывчивость» для участников исследования. Позиция «вы всегда помните о том, что конкретно необходимо сделать в определенный срок из рекомендованного врачом» оценена респондентами в среднем в 4,14 балла, что, с одной стороны, позволяет достаточно положительно ее оценить, но с другой – говорит о наличии доли лиц, не способных выполнить рекомендованное, с которыми нужно работать индивидуально.

Достаточно актуальным ограничением является недостаток материальных средств для выполнения всех медицинских рекомендаций (3,66 балла).

Средней была оценка пациентами своей информированности о планируемых результатах реабилитации (3,54 балла), что также обуславливает необходимость информационного сопровожде-

ния медицинского процесса. Несколько выше, но тоже далекой от оптимальной была оценка позиций «вы постоянно стремитесь к получению еще большей информации о болезни и возможностях реабилитации» (3,87 балла) и «вы активно расспрашиваете медицинских работников о том, что вам следует сделать для улучшения результатов реабилитации» (4,19 балла).

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенное пилотное исследование позволило установить недостаточный уровень исходной (до возникновения заболевания) медицинской активности у лиц, проходящих второй этап кардио- и нейрореабилитации, при этом наибольшие проблемы связаны с несвоевременным обращением за медицинской помощью значительной доли пациентов при возникновении хронических заболеваний, склонностью к самолечению, невысоким уровнем информированности о факторах риска заболеваний, недооценкой собственных усилий в профилактике и лечении заболеваний.

При возникновении заболевания, по поводу которого пациенты проходили лечение и первый этап реабилитации, наиболее полно выполняются врачебные рекомендации по медикаментозному лечению и прохождению диагностических процедур, наименее полно – по коррекции веса, нормализации эмоционально-психологического состояния и сексуальной активности. Однако врачам, осуществляющим, в том числе, информационное сопровождение пациентов в процессе реабилитации, следует обратить внимание, что все позиции, связанные с полнотой выполнения рекомендаций по образу жизни, могут быть отнесены к «проблемным» и требовать коррекции.

Пилотное исследование, кроме того, выявило необходимость комплексного изучения различных факторов, действующих со стороны самого пациента (медицинской информированности, понимания ограничений в личной и профессиональной сфере, связанных с заболеванием, личностных и материальных ограничений и т.д.), медицинских работников, медицинского процесса, семейного окружения и способствующих формированию определенного уровня медицинской активности и приверженности реабилитации, что планируется осуществить при продолжении исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаларова, Л. С. Роль врача общей практики в формировании здорового образа жизни / Л. С. Агаларова // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2006. – № 4. – С. 44–47.
2. Белова, Е. В. Роль семьи в реабилитации инвалида [Электронный ресурс] / Е. В. Белова // *Реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья: теория и практика*. – Вып. № 6. – Режим доступа: http://min-reabilit.ru/index.php?option=com_content&ask=view&id=100&Itemid=85.
3. Гурылева, М. Э. Проблемы информированности пациента и эффективности лечения / М. Э. Гурылева // *Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции «Здоровье в XXI веке», 28–30 сентября 2000 года*. – М., 2000. – С. 23–25.
4. Данилов, Д. С. COMPLIANCE в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д. С. Данилов // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2008. – № 1. – С. 44–49.
5. Строкова, Е. В. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность длительной терапии ишемической болезни сердца [Электронный ресурс] / Е. В. Строкова, Е. А. Наумова, Ю. Г. Шварц // *Современные исследования социальных проблем : электронный научный журнал*. – 2012. – № 1 (09). – Режим доступа: <http://sisp.nkras.ru/issues/2012/1/stroкова.pdf>.
6. Плавинский, С. Л. Мероприятия по усилению приверженности терапии / С. Л. Плавинский. – М. : Медицина, 2007. – 48 с.
7. Carter, S. A question of choice – compliance in medicine talking, a preliminary review [Electronic resource] / S. Carter, D. Taylor, R. Levenson. – London : Univ. of London School of pharmacy. – URL: <http://www.medicinespartnership.org>.
8. Mitchell A. J. Why don't patients take their medicine? / J. A. Mitchell, Th. Selmes // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2007. – Vol. 13. – P. 336–346.