

MATERIALELE CONGRESULUI III AL MEDICILOR DE FAMILIE

Роль школ здоровья в профилактике важнейших неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи в Казахстане

J. E. Battakova, T. I. Slajneva, T. S. Haidariva, *M. A. Darisheva

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

*Corresponding author: +8727-2912081. E-mail: mdarisheva@gmail.com
Manuscript received March 23, 2012; revised April 24, 2012

The role of health schools in preventing the major non-contagious diseases at the primary medical care level in Kazakhstan

This article presents the results of the introduction of Health Schools at the level of Primary Health Care in Republic Kazakhstan. It is remarked that the participation of primary medical workers in Health Schools increases the efficiency of correction at patients with risk factors and increases the activity of prophylactic consultation of the supervised ones.

Key words: medical workers, health schools, healthy lifestyle, physical activity, healthy food, stress-resistance.

Реферат

В статье представлены результаты внедрения Школ здоровья на уровне первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан. Указывается, что участие медицинских работников первичного звена здравоохранения в Школах Здоровья способствует повышению эффективности коррекции у пациентов факторов риска и повышает активность профилактического консультирования наблюдаемых контингентов.

Ключевые слова: медицинские работники, школы здоровья, здоровый образ жизни, физическая активность, здоровое питание, стрессоустойчивость.

Неинфекционные болезни (НИЗ) являются основной причиной смертности в мире, причем с каждым годом они уносят все больше человеческих жизней. Высокая заболеваемость и смертность от НИЗ влекут за собой растущую нагрузку на систему здравоохранения в плане повышения потребности в медицинских кадрах и повышения экономических затрат на здравоохранение. По результатам исследования Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ, 2011), страны с низким уровнем дохода могут вводить в действие основной набор стратегий по профилактике и лечению рака, болезней сердца, диабета и легочных заболеваний стоимостью всего лишь 1,20 доллара США в год на человека. В перечень включены меры, направленные на население в целом, такие как акцизные налоги на табак и алкоголь, создание рабочих помещений и общественных мест, свободных от табачного дыма, медико-санитарная информация и предупреждения, а также кампании, направленные на уменьшение содержания соли и замещение транс-жиров полиненасыщенными жирами, наряду с программами по повышению общественной осведомленности в отношении питания и физической активности. Другие тактические подходы нацелены на отдельных людей. Они включают консультирование и скрининг на рак шейки матки и иммунизацию против гепатита В для профилактики развития рака печени [1].

Казахстан активно придерживается политики укрепления здоровья граждан. Это вопрос и основных прав человека, и продуктивности экономики. На сегодня в Казахстане функционирует Государственная система Службы формирования

здорового образа жизни, в которую входит Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, который создан специальным Постановлением Правительства 3 декабря 1997 года, 14 областных центров формирования здорового образа жизни, 2 городских центра формирования здорового образа жизни и 136 районных. В последние годы в Службу формирования здорового образа жизни органически влились Центры укрепления здоровья и кабинеты ФЗОЖ, которые призваны на районном уровне осуществлять государственную политику по формированию ЗОЖ. Таких центров укрепления здоровья в нашей стране сегодня около 201, кабинетов – 464. В республике работают более 1500 специалистов, в задачу которых входит разработка и реализация политики формирования ЗОЖ.

В Казахстане более 2/3 случаев бремени всех болезней формируют сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, хронические обструктивные заболевания легких и сахарный диабет. Современные эффективные методы лечения ССЗ позволяют улучшить прогноз и качество жизни больных, но этих мер недостаточно для улучшения показателей здоровья населения в целом. Кроме того, преобладание лечебных мер создает проблемы удорожания стоимости медицинских услуг, что нежелательно для населения, и способствует повышению затрат на систему здравоохранения и это нежелательно для государства. Высокая заболеваемость хроническими неинфекционными заболеваниями связана, прежде всего, со значительной распространенностью среди населения факторов риска развития этих заболеваний,

обусловленных поведенческими привычками и нездоровым образом жизни, что определяет постоянный приток новых случаев заболеваний.

Анализ текущей ситуации в Казахстане по распространенности неинфекционных заболеваний и факторов их обуславливающих показывает следующее. Смертность от болезней системы кровообращения занимает первое место. Почти 40% умерших от БСК составляют лица трудоспособного возраста (20-64 года). Из них 64% приходится на долю мужского населения. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в 1 полугодии 2011 г. – 178,14 на 100 тысяч человек населения; смертность от злокачественных новообразований в 1 полугодии 2011 г. – 90,3 на 100 тысяч человек населения [2]. Необходимо отметить, что 60% неинфекционных заболеваний имеют общие предотвратимые факторы риска, семь из которых являются ведущими, а именно: повышенное артериальное давление (12,8%), потребление табака (12,3%), употребление алкоголя (10,1%), высокий уровень холестерина в крови (8,7%), избыточный вес (7,8%), низкое потребление фруктов и овощей в пищу (4,4%), низкая физическая активность (3,5%). Проведенные социологические опросы и скрининговые обследования в Казахстане показали, что распространенность табакокурения среди населения старше 12 лет составляет 27%. По распространенности табакокурения в разрезе регионов наибольший показатель отмечен в Карагандинской области – 37,55%, далее в г. Алматы – 34,8% и в Акмолинской области – 34,58%, а наименьший показатель в СКО – 21,5%. По распространенности потребления алкоголя в разрезе регионов наибольший показатель наблюдается в Жамбылской области – 42,0% и наименьший в Актюбинской области 27,6%.

В Государственной программе «Саламатты Казахстан» на

2011-2015 г.г. сделан акцент на усиление профилактической направленности медицины, как на уровне общественного здравоохранения, так и на уровне медицинских работников ПМСП. В соответствии со Стратегическими планами правительства до 2020 года, уровень расходов на первичную медико-санитарную помощь должен быть доведен до 40% от общего объема средств, выделяемых на Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи. К 2015 году 30% медицинских услуг в рамках ПМСП будут оказывать врачи общей практики [3].

В программе, особое внимание уделяется межсекторальному взаимодействию по охране здоровья, т. к. в первую очередь потребуются четкая согласованность усилий всех секторов общества, включая государственные ведомства, бизнес-структуры, а также общественные организации (НПО) на различных уровнях [4].

Впервые в программе определены и на межведомственном уровне подписаны соглашения между Министерством здравоохранения и 7-ю министерствами (внутренних дел, образования и науки, по чрезвычайным ситуациям, связи и информации, труда и социальной защиты населения, туризма и спорта, юстиции) по конкретным вопросам взаимодействия в области охраны здоровья [2] (рис. 1).

Вместе с тем, эффективность изменения образа жизни напрямую зависит от врачей, которые несмотря на высокую компетентность в диагностике и лечении, не имеют достаточных навыков для обучения своих пациентов управлять заболеванием. Не умеют общаться на понятном для пациента языке, стремятся информировать пациента о заболевании, а не научить профилактике управлению своим заболеванием в конкретных ежедневных условиях жизни.

В республике осуществляются научные исследования по



Рис. 1. Межотраслевое сотрудничество, участие населения и соответствующая технология здравоохранения в процессе изменения поведения человека.

вопросам интегрированной работы врачей и медицинского персонала ПМСП по профилактике НИЗ.

Приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) № 146 от 05.03.2012 г. утверждены Положения об организации и деятельности Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Нами в ходе исследования проведено внедрение Школ здоровья по профилактике НИЗ на уровне пилотной поликлиники. Программа обучения в Школе здоровья состоит из 7 уроков (модулей). Продолжительность одного занятия 2 контактных часа (100 минут). Численность пациентов в группе не более 8-10 человек, подобранных, по возможности, из числа однородного контингента. Нами рекомендовано проведение следующих тем занятий в **Школах здоровья**:

- физическая активность – основа здорового образа жизни;
- здоровое питание;
- профилактика табакокурения;
- профилактика чрезмерного употребления алкоголя;
- соблюдение личной гигиены;
- профилактика стрессов и привитие навыков по стрессоустойчивости;
- коммуникативные навыки.

В каждом занятии используются типовые информационные материалы и активные формы обучения, направленные на развитие умений и практических навыков у участников (пациентов). Набор в Школы здоровья осуществлялся после проведения анкетирования, на выявление поведенческих факторов риска (в соответствии с утвержденным МЗ РК Статистическим талоном амбулаторного пациента 25-8/у).

В ходе организационного эксперимента проведен опрос врачей, медицинских сестер на предмет определения знаний, умений навыков по профилактике табакокурения, по отказу от злоупотребления алкоголем, по рациональному питанию, по повышению физической активности для профилактики неинфекционных заболеваний до и после внедрения профилактического консультирования в Школах здоровья.

При проведении опроса, который проводился в начале года и через год, после обучения профилактическому консультированию исследования выявлена потребность медицинских работников первичного звена в повышении знаний и умений по профилактике ССЗ и коррекции основных поведенческих факторов риска, как с позиции самоконтроля, так и профессионального интереса. 57% опрошенных ВОП и 33% среднего медицинского персонала (СМП) указали, что надо усилить программы по подготовке в ВУЗах (СУЗах) по вопросам профилактики и ФЗОЖ. Согласно опроса лишь 28% врачей общей практики используют в своей работе профилактические беседы.

Как отметили при опросе ВОП (2010-2011 г.г.), сложностями, возникающими при проведении Школ Здоровья (ШЗ), являются отсутствие времени (100% ответов опрошенных врачей), отсутствие мотивации (85,74%), профилактика НИЗ не включена в государственный заказ и нет официального определения профилактического консультирования в Школах

здоровья как самостоятельной медицинской услуги (100%), и серьезной проблемой является сложность вовлечения и недоверие со стороны населения (42,87%). Врачи (85,74% – до исследования 71,45% – после исследования) и средний медицинский персонал (79,92% – до и 59,94% после исследования) отметили, что испытывают значительные сложности при вовлечении населения в школах здоровья. При повторном опросе врачей (после внедрения Школ здоровья, проведения тренингов, семинаров) 100% опрошенных ВОП стали проводить лекции и семинары, 57,5% выпускают стендовую информацию и распространяют брошюры, листовки и лифлеты, 14% организуют и работают в ШЗ, выступают и публикуются в СМИ, проводят беседы и консультации по профилактике поведенческих факторов риска. В ходе организационного эксперимента для повышения стимула и мотивации ВОП на выполнение профилактики заболеваний внедрены принципы доплат за показатели профилактической работы. До 85,74% врачей общей практики пилотной поликлиники обучилисьведению профилактического консультирования.

Таким образом, впервые продемонстрировано, что повышение профилактических знаний медицинских работников первичного звена о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и навыков в сохранении здоровья увеличивает частоту профилактического консультирования наблюдаемых ими пациентов. Улучшились показатели профилактической работы ВОП и СМП: увеличилось время, затрачиваемое на профилактику и ФЗОЖ (с 28,57% до 57,16%). В течение одного приема увеличилось среднее количество минут, затрачиваемое на профилактику и ФЗОЖ с 1,69 минут до 5 минут. Увеличилось количество Школ здоровья (с 57,6% до 71,45%). Увеличилась доля ВОП (СМП) использующих алгоритмы профилактики с 10,7% до 30,5%. После проведения обучения ВОП и СМП в пилотной поликлинике больше стали использоваться следующие методы работы: опрос, определения АД, холестерина, сахара в крови. Результаты показали что, эффективность мер по коррекции факторов риска ССЗ зависит от отношения к ним медицинских работников и активности их участия в Школе Здоровья на рабочем месте.

Отмечено, что участие медицинских работников в комплексных обучающих профилактических мероприятиях: обучение в Школах Здоровья, знакомство с тематической литературой, повторное индивидуальное собеседование оказывает более выраженное позитивное влияние на динамику факторов риска, чем только ознакомление с тематической литературой.

Литература

1. ООН. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей. 66/2. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. 2011.
2. Выступление Министра здравоохранения Республики Казахстан Координационном Совете. 2011.
3. Стратегический план развития здравоохранения Республики Казахстан до 2020.
4. Государственная программа «Саламатты Казахстан» на 2011-2015.