

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ УЧЕБНО-
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ»**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»**

На правах рукописи
УДК:

Рабиева Дилафруз Махмадалиевна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПУТЕЙ ОПТИМИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

14.02.03 - «Общественное здоровье и здравоохранение»

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Душанбе - 2016

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Вопросы охраны здоровья сельского населения чрезвычайно актуальны как на региональном, так и на общегосударственном уровне. К настоящему времени численность сельских жителей составляет 27% населения страны. Большая территориальная протяженность, малая плотность населения, неудовлетворительное дорожно-транспортное сообщение, плохо развитые коммуникации и связь - все это негативно влияет на обеспечение жителей села своевременной медицинской помощью [Ахмедов А.А., 2008, Разаков А.Р., 2009].

Одним из главных направлений реформы здравоохранения, проводимой в целях выполнения конституционных гарантий населению в области охраны здоровья, является реформа первичной медицинской помощи основного звена при оказании населению медицинской помощи. После проведения реформы здравоохранения и внедрения системы лечебно-профилактической помощи населению, основанной на семейном принципе, где базовым звеном является врач общей практики (семейный врач) - ВОП/СВ [Ахмедов А.А. 2006, Мирзоева З.А. 2006]. Переход к организации первичной медицинской помощи по принципу ВОП/СВ ведет к значительному улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов, изменению ориентации на профилактику заболеваний и укрепление здоровья.

Изучению и совершенствованию организации лечебно-профилактической помощи сельскому населению и состоянию его здоровья посвящен ряд работ [Бандаев И., 2011, Салимов Н.Ф., 2010]. Однако, до настоящего времени недостаточно изучены: объем и характер первичной медико-санитарной помощи сельскому населению на всех этапах ее оказания в тесной взаимосвязи с изучением качества медицинской помощи и состояния здоровья населения; качество диспансеризации сельского населения; объем и качество медицинской помощи на дому; качество доврачебной медицинской помощи; особенности организации скорой медицинской помощи сельскому населению. Нуждаются в совершенствовании организация труда и формы повышения квалификации медицинского персонала сельских медицинских учреждений. Необходимо разработать и обосновать новые организационные формы медицинской помощи сельскому населению в современных социально-экономических условиях.

Целью исследования явилось научное обоснование системы мероприятий, направленных на повышение объема, качества и доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению в условиях модернизации здравоохранения.

Задачи исследования:

1. Исследовать объем, характер и особенности организации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению в районных центрах здоровья (РЦЗ) и в СЦЗ
2. Изучить уровень, объем и характер обращаемости сельского населения за скорой медицинской помощью.
3. Методом экспертной оценки изучить качество медицинской помощи в РЦЗ, в СЦЗ и ДЗ.
4. Изучить организацию и качество диспансеризации сельского населения в РЦЗ и в СЦЗ. Проанализировать мнение сельского населения об организации и о качестве первичной медико-санитарной помощи.
5. Изучить заболеваемость сельского населения по данным обращаемости и комплексных медицинских осмотров.
6. Разработать научно обоснованные рекомендации и предложения по повышению объема, качества и доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению, апробировать, внедрить их в практику и в условиях организационного эксперимента показать эффективность этих рекомендаций.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

- изучены объем, характер и доступность первичной медико-санитарной помощи сельскому населению на всех этапах ее оказания в тесной взаимосвязи с изучением качества медицинской помощи и состояния здоровья населения;
- систематизированы показатели, факторы и условия, влияющие на качество и доступность первичной медико-санитарной помощи сельскому населению;

- проведен сравнительный анализ заболеваемости сельского населения по данным обращаемости и медицинских профилактических осмотров;
- разработаны и обоснованы критерии оценки деятельности медицинского персонала ДЗ, СЦЗ и РЦЗ;
- изучены организационно-технологические аспекты и качество диспансеризации сельского населения в РЦЗ и СЦЗ;
- предложены рекомендации по совершенствованию медицинской помощи на дому в новых социально-экономических условиях;
- разработаны и внедрены в практику сельских медицинских учреждений научно обоснованные рекомендации и предложения по повышению объема, качества и доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению;
- разработаны функционально-организационные модели по оптимизации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению с учетом региональных особенностей для различных климато-географических зон (горная, предгорная, равнинная) Республики Таджикистан.

Практическая значимость работы.

По материалам исследования разработаны, экспериментально апробированы и изданы методические рекомендации «Повышение качества и доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению». Они утверждены Минздравом Республики Таджикистан (17 октября 2013 г.) и внедрены в работу сельских участковых больниц, врачебных амбулаторий и центральных районных больниц.

Результаты исследования используются в качестве учебно-методического пособия на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения, поликлинической терапии и общей врачебной практики Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино и Государственном образовательном учреждении «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Предложенные нами критерии оценки деятельности РЦЗ, СЦЗ и ДЗ широко используются врачами и организаторами сельского здравоохранения.

Рекомендации и предложения, разработанные по материалам исследования, используются в работе участковых терапевтов, участковых педиатров, врачей общей практики, менеджеров госпитальных служб, участковых больниц, врачебных амбулаторий и главных специалистов центральных районных больниц.

Методика анализа и оценки качества первичной медико-санитарной помощи сельскому населению используется главными специалистами района, заведующими отделениями РЦЗ.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Результаты исследования организации, объема и характера первичной медико-санитарной помощи сельскому населению на всех этапах ее оказания (ДЗ, СЦЗ, РЦЗ).
2. Результаты сравнительного анализа качества первичной медико-санитарной помощи РЦЗ и СЦЗ.
3. Материалы сравнительного анализа заболеваемости сельского населения по данным обращаемости и комплексных медицинских осмотров.
4. Основные направления оптимизации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению с учетом региональных особенностей.
5. Результаты экспериментальной проверки эффективности разработанных рекомендаций и предложений по повышению объема, качества и доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 14.02.03 - «Общественное здоровье и здравоохранение». Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности - пункт 3.

Личный вклад автора в проведенное исследование.

Все изложенные в диссертации материалы исследования являются результатом многолетнего труда автора. По каждому направлению исследования были разработаны программы, методики и статистический инструментарий (экспертные карты, хронокарты, анкеты и др.). Автор лично собирал материал диссертации, анализировал и проводил стат обработку,

принимал активное участие в экспертной оценке качества медицинской помощи, проводил хронометраж рабочего времени врачей, фельдшеров, медсестер, анкетный опрос населения. Личное участие автора в осуществлении исследования подтверждается значительным числом публикаций (7 научных работ, из них 3 статьи в журналах, включенных в «Перечень изданий, рекомендованных ВАКом РФ»). Доля участия автора в сборе и накоплении материала составляет более 80%, а в обобщении и анализе материала - до 100%. Все научные положения, представленные в работе, являются результатом авторского наблюдения и заключения.

Внедрение результатов исследования в практику.

Материалы исследования внедрены в работу участковых больниц, врачебных амбулаторий и центральных районных больниц Республики Таджикистан (подтверждены справками и актами).

Разработанная нами методика анализа и оценки деятельности сельских амбулаторно-поликлинических учреждений используется участковыми терапевтами, врачами общей практики, менеджерами госпитальных служб РЦЗ, врачебных амбулаторий, врачами-экспертами и организациями сельского здравоохранения.

Рекомендации по составлению планов работы ЦРБ, участковых больниц, врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов широко используются участковыми врачами и руководителями сельских амбулаторно-поликлинических учреждений.

Разработанная нами программа социологического исследования мнения сельского населения может быть использована сельскими медицинскими учреждениями для текущего мониторинга степени удовлетворенности населения организацией и качеством первичной медико-санитарной помощи.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

При составлении программы исследования мы руководствовались общими методическими подходами по изучению вопросов организации и качества медицинской помощи, разработанными Республиканским центром семейной медицины, Республиканским научно-клиническим центром педиатрии и детской хирургии, Государственной программой «Развитие здравоохранения до 2020 г.», а также приказами Министерства здравоохранения РТ иСЗН по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи сельскому населению.

В соответствии с целью и задачами настоящего исследования был использован комплекс современных научных методов: статистический, экспертных оценок, социологический, аналитический, хронометражный и экспериментальный. Под каждое направление исследования были составлены программы и планы работы, разработаны методики и статистический инструментарий (карты, анкеты, хронокарты и т.д.), проведены выкопировка данных из первичной медицинской документации, шифровка, статистическая обработка и группировка информационных материалов..

Для сбора материала была разработана «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи, оказываемой участковыми терапевтами в РЦЗ и на сельских врачебных участках», которая включала 6 разделов: качество обследования, качество диагностики, лечения, консультативной помощи, экспертизы нетрудоспособности, качество ведения карты амбулаторного больного.

Оценку качества медицинской помощи эксперты давали на основе медико-экономических стандартов первичной медико-санитарной помощи. За критерии оценки качества были взяты своевременность, полнота и обоснованность обследования, диагностики, лечения и консультативной помощи. Эксперты также высказывали свои замечания по качеству ведения и оформления карт амбулаторных больных, по полноте рекомендаций, которые были даны больным сельскими врачами.

Известно, что одним из критериев качества медицинской помощи является удовлетворенность населения оказанной медицинской помощью. Для получения такой информации нами был применен метод анкетирования. Предметом исследования явилось отношение лиц, получивших медицинскую помощь в амбулатории и на дому к ее организации и качеству.

Для сбора информации были разработаны 2 анкеты: «Анкета изучения мнения сельского населения об организации и качестве первичной медико-санитарной помощи в РЦЗ и на СЦЗ» и «Анкета изучения мнения сельских медицинских работников об организации и качестве первичной медико-санитарной помощи»

Анкета изучения мнения населения включала 18 вопросов: социально-демографическая и

профессиональная характеристика; затраты времени и частота посещения РЦЗ и вызовов на дом; отношение населения к ведению медицинского страхования и платным медицинским услугам; удовлетворенность населения работой участковых врачей и среднего медперсонала, получивших медицинскую помощь в амбулатории и на дому, и другие вопросы.

Анкета изучения мнения медицинских работников включала 14 вопросов: социально-профессиональная характеристика врачей и средних медицинских работников; уровень квалификации и самоподготовки; знание вопросов качества медицинской помощи; факторы, негативно влияющие на качество медицинской помощи в амбулатории и на дому; степень удовлетворенности организацией труда и другие вопросы.

Наряду с анкетированием для углубленного изучения некоторых вопросов по специальной программе был применен метод интервью с населением и медицинским персоналом сельских центров здоровья и участковых больниц.

Одной из задач нашего исследования было изучение условий и факторов, влияющих на качество медицинской помощи: организация труда врачей (затраты рабочего времени на различные виды деятельности, нагрузка врачей, структура посещений и др.); материально-техническая оснащенность РЦЗ, СЦЗ и ДЗ; формы и методы повышения квалификации врачей и среднего медперсонала; система контроля качества медицинской помощи. Для получения информации о факторах, влияющих на качество медицинской помощи был применен метод выкопировки данных из первичной медицинской документации.

Исследование проводилось в 2010-2013 гг. на базе 5 районных центров здоровья (район Рудаки, Гиссарский и Шахринавский районы республиканского подчинения, Пенджикентский и Исфаринский районы Согдийской области), 12 сельских центров здоровья (Дехконобод, Зайнабод, Истиклол, Бахористон, Чуст, Сугдиён, Чимкургон, Навгилем, Чоркишлок) и 20 фельдшерско-акушерских пунктов указанных районов Республики Таджикистан.

В процессе исследования использованы следующие источники информации: карта амбулаторного больного (ф. 025/у); талон амбулаторного пациента (ф. 025/12у); журнал записей амбулаторных больных (ф. 074/у); книга записей вызовов врачей на дом (ф. 031/у); ведомость учета посещений в РЦЗе (ф. 039/у); статистический талон для регистрации заключительных диагнозов (ф. 025/2у), контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. 030/у), карта вызова скорой медицинской помощи (ф. 110/у); журнал регистрации дефектов и врачебных ошибок; сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения (ф. 12/у); сведения о деятельности лечебно-профилактического учреждения, функционирующего в системе ОМС (ф. 52) и другие документы.

Для изучения затрат времени врачей и среднего медицинского персонала на амбулаторном приеме и при обслуживании больных на дому был применен метод непосредственного замера времени - хронометраж.

Хронокарта «Учет затрат рабочего времени участкового терапевта (врача общей практики) на приеме» включала следующие виды работ: лечебно-диагностическую, профилактическую, письменную, переходы и переезды и другие виды деятельности.

Организация работы. Методическую помощь в организации и проведении настоящего исследования оказывали менеджеры РЦЗ, СЦЗ, ДЗ, а также главные терапевты районов.

Для экспертизы трудовых затрат врачей и качества медицинской помощи привлекались главные терапевты базовых районов, опытные участковые терапевты, врачи общей практики, врачи-эксперты страховых организаций, имеющие достаточный организационный и лечебный опыт работы

Анкететы по изучению мнения населения об организации и качестве медицинской помощи непосредственно распространялись и собирались автором, а анкеты по изучению мнения медработников - автором с участием главных врачей участковых больниц, врачебных амбулаторий. Это дало возможность опросить почти всех врачей и средних медработников базовых амбулаторно-поликлинических учреждений.

Расчет объема выборочной совокупности при проведении социологического исследования мы осуществляли по формуле (А.В. Решетникова, 2003):

$$n = (t^2 S^2) : A^2 = (2^2 \times 0,25) : 0,05^2 = 400$$
 (респондентов), где: n - объем выборки; S - дисперсия, или мера рассеивания исследуемого признака, характеризующая величину отклонения от средних величин в генеральной совокупности; t - коэффициент доверия (критерий достоверности); A - предельная ошибка выборки.

Наиболее употребляемыми значениями в социологических исследованиях в

здравоохранении являются: $A = 0,05$ и $t = 2$, что обеспечивает достоверность результатов в 95 случаях из 100 с предельной ошибкой $\pm 5\%$. Следовательно, результаты социологического исследования с максимальной ошибкой $\pm 5\%$ могут быть получены в 95% случаев при опросе 400 человек.

Наряду с анкетированием для углубленного изучения некоторых вопросов был применен метод интервью. Были опрошены 45 пациентов и 16 участковых терапевтов и врачей общей практики по заранее намеченной специальной программе.

Хронометраж затрат рабочего времени врачей и среднего медицинского персонала проведен автором совместно со статистиками и медицинскими сестрами базовых врачебных амбулаторий, участковых больниц, с которыми предварительно проводился семинар по методике проведения хронометража. Обучение включало устный инструктаж о содержании и характере работы участковых терапевтов, практическое знакомство с правилами проведения хронометража. Каждому хронометражисту была вручена инструкция о методике проведения и оформления медицинской документации при хронометраже.

Перед началом хронометража с участковыми терапевтами, врачами общей практики и средним медицинским персоналом исследуемых РЦЗ, СЦЗ и ДЗ провели инструктаж по разъяснению цели и задачи проводимого исследования.

На каждой базе провели пробный хронометраж в течение двух дней с целью освоения хронометражистами методики приобретения навыков работы с секундомером, ознакомления с документацией и последующим разбором ошибок, сделанными ими. Следующим этапом было составление разработочных таблиц по специальной программе для обработки полученных данных исследования.

Отбор баз и обоснование численности наблюдения. Для получения сведения о базах нами была разработана специальная анкета - характеристика базы исследования. Отбор баз проводился по рекомендациям главных терапевтов сельских районов. При отборе баз репрезентативность полученного материала обеспечивалась выполнением ряда условий:

Были отобраны 3 РЦЗ, 8 сельских центров здоровья (Бахористон, Чуст, Сугдиён, Чимкургон, Навгилем, Чоркишлок, Истиклол, Дехконобод) и 35 фельдшерско-акушерских пунктов 3 сельских районов (Шахринавский, Гиссарский, Рудаки) Республики Таджикистан.

В отобранных базах учтено наличие соответствующих условий для работы медперсонала, обеспеченность необходимой лечебно-диагностической аппаратурой и оборудованием.

При отборе баз учитывалась укомплектованность кадрами. Отобранные базы почти полностью обеспечены врачами и средними медицинскими работниками.

Такой отбор баз позволяет считать выбранные РЦЗ, сельские ЦЗ и ДЗ достаточно представительными для проведения настоящего исследования.

Другим важным моментом при разработке программы исследования, как известно, является правильный выбор единицы наблюдения и обоснование объема выборочной совокупности.

При экспертизе качества медицинской помощи за единицу наблюдения был принят больной с законченным случаем лечения. Расчет необходимого числа единиц наблюдения (индивидуальных карт амбулаторных больных) при проведении экспертной оценки качества медицинской помощи проведен по формуле Н.А. Плохинского (1961).

Если принять доверительную величину ошибки выборки достаточной 0,05 часов (5%) произведения $pq = 0,25$, доверительный коэффициент t равный 2 при степени уверенности 0,955 (95,5%), можно подсчитать количество необходимых часов по каждому врачу. Участковый терапевт амбулатории в течение года должен работать 217 дней (при пятидневной рабочей неделе за вычетом выходных, праздничных и отпускных дней), или 1519 рабочих часов.

Объем проведенного исследования. Экспертной оценке было подвергнуто 457 законченных случаев амбулаторного лечения, в том числе с заболеваниями: ревматизм - 35 случаев, гипертоническая болезнь (II и III ст.) 80, ишемическая болезнь сердца - 60, бронхиты (хронические) - 60, бронхиальная астма - 47, пневмонии - 25, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - 40, гастриты (хронические) - 45, холециститы (хронические) - 30, нефриты (хронические) - 35 случаев. Для углубленного изучения качества медицинской помощи анализ проводили по нозологическим формам.

Экспертной оценке подвергнуты 389 карт амбулаторных больных с хроническими заболеваниями, находящихся под диспансерным наблюдением у участковых врачей.

В условиях эксперимента экспертной оценке подвергнуто 365 карт амбулаторных больных

с законченными случаями за 2011 год, в том числе с заболеваниями: ревматизм - 27 случаев, гипертоническая болезнь - 55, ишемическая болезнь сердца - 58, пневмония - 31, бронхиты - 44, бронхиальная астма - 35, язвенная болезнь - 25, гастриты - 35, холециститы - 30, нефриты - 25 случаев.

Объем и характер первичной медико-санитарной помощи сельскому населению изучены по данным 43437 посещений. Проанализировано 5136 случаев обращаемости сельского населения за скорой медицинской помощью по данным карт вызовов СМП. Изучена заболеваемость сельского населения по данным обращаемости (5865 случаев) за 3 года и по данным профилактических медицинских осмотров (3478 случаев) за 2011 год.

Проанализировано содержание 628 анкет, полученных от сельского населения базовых амбулаторно-поликлинических учреждений.

Для обеспечения репрезентативности материала анкетным опросом были охвачены врачи и средние медработники сельских врачебных участков трех сельских районов. Всего опрошено 39 врачей и 93 среднего медицинского персонала.

Для планирования лечебно-диагностической и профилактической работы в РЦЗ и на участке необходимо учитывать обращаемость населения в РЦЗ по месяцам и дням недели. Анализ обращаемости населения в учреждения первичной медико-санитарной помощи (УПМСП) показал, что количество обращений колеблется по месяцам. Так, число обращений в зимние месяцы выше, чем в летние: в декабре составил в среднем 11,1%, в январе - 12,2%, в феврале - 10,9%, а в весенне-летний период доля обращений уменьшается, в мае - 6,9%, в июле - 6,5%.

Анализ обращаемости в УПМСП в течение недели также показал ее неравномерность в отдельные дни недели (рис. 1). Большая часть больных обращается в начале недели - в понедельник (23,2%) и во вторник (20,4%), а наименьшая часть - в среду (14,7%) и в субботу (6,6%). К концу недели обращаемость достоверно снижается ($p < 0,0001$).

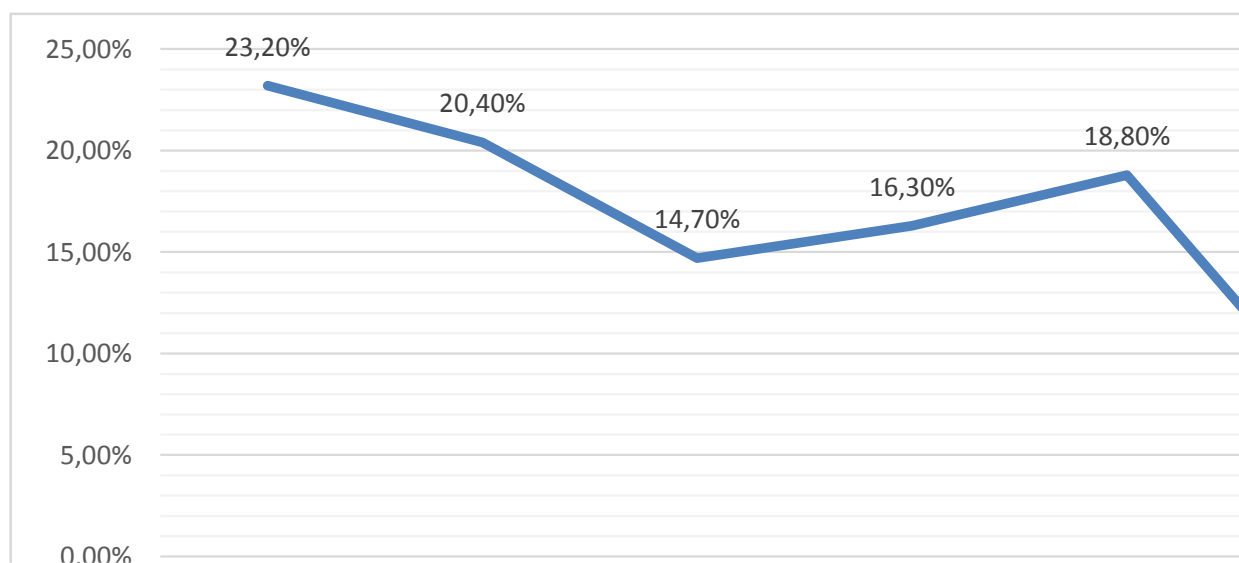


Рис. 1. Структура обращаемости больных в УПМСП по дням недели

Результаты исследования необходимо учитывать при составлении графиков работы врачей, планировании лечебно-диагностической, профилактической и санитарно-просветительной работы.

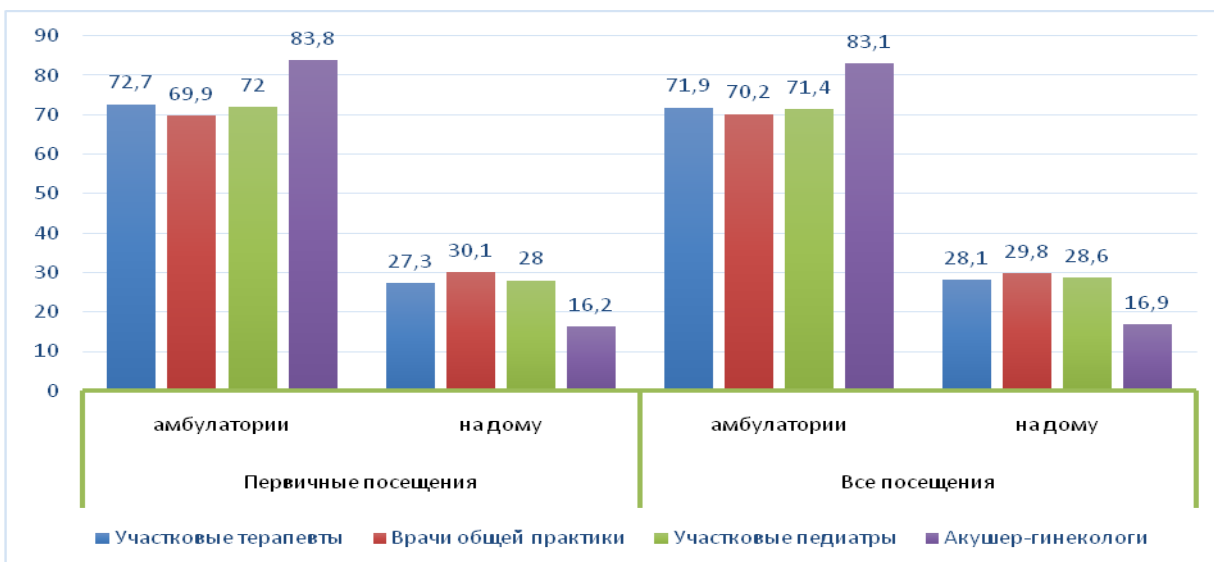


Рис 2 Распределение посещений участковых врачей на сельских врачебных участках (%)

Из рис.2 видно, что из первичных посещений у терапевтов 27,3% составляют посещения на дому, у врачей общей практики (ВОП) - 30,1%, у участковых педиатров - 28,0%, у акушеров-гинекологов - 16,2% посещений.

Известно, что раннее обращение больных к врачу позволяет своевременно назначить соответствующее лечение и часто предупреждает переход заболевания в хроническую форму. Нами изучены сроки обращения больных к участковым врачам от начала заболевания.

Установлено, что в среднем только половина (48,7%) больных обращается к врачу в первые 3 дня, а остальные 51,3% - в срок свыше 3-х дней, из них на 4-й день приходится 14,1%, на 5-7-й день - 7,3%, на 8-й и более дней - 29,9%.

Качество медицинской помощи неразрывно связано с режимом работы амбулаторно-поликлинических учреждений, с нагрузкой врачей на приеме и при обслуживании больных на дому, с графиком приема пациентов. Одинаковая продолжительность рабочих смен во все дни недели приводит к неравномерной нагрузке врачей и ухудшает конечные результаты лечебно-профилактической деятельности. Продолжительность приемов и время для оказания помощи на дому должны меняться в зависимости от сложившейся потребности по дням недели. В связи с этим важное значение имеет рациональное составление графиков работы участковых врачей в целях оптимального распределения их рабочего времени при приеме больных в амбулатории и обслуживании их на дому.

Нами проанализирована структура обращаемости сельского населения в базовых районах в различные учреждения первичной медико-санитарной помощи. Из него видно, что в структуре обращаемости первое место занимают РЦЗ (32,2%), на втором - сельские центры здоровья (30,5%), на третьем - дома здоровья (29,3%) и на четвертом месте - консультативные РЦЗ республиканских учреждений - 8%. Анализ структуры посещений населением ВОП и УТ по отдельным нозологическим формам показал, что в среднем половину (50,3%) заболеваний органов дыхания составляют острые респираторные инфекции, бронхиты - 18%, грипп - 13,1% и пневмония - 2,6%. Среди заболеваний системы кровообращения 2/3 приходится на гипертоническую болезнь (54,7%) и ишемическую болезнь сердца (11,6%), 14,2% - на атеросклероз и 8,9% - на ревматизм.

В структуре заболеваний органов пищеварения наибольший удельный вес (35,2%) занимают больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки; с гастритами, дуоденитами, колитами - 23,9%; почти столько же (23,5%) - с холециститами, холангитами.

В оказании медицинской помощи сельскому населению велика роль фельдшерско-акушерских пунктов (ДЗ). Медицинский персонал ДЗ осуществляет на закрепленной за ним территории комплекс лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий, оказывает больному первую доврачебную помощь на амбулаторном приеме и на дому.

В структуре обращаемости населения в сельские учреждения ПМСП Республики Таджикистан почти 30% посещений приходится на фельдшерско-акушерские пункты. В связи с

этим нами изучена структура посещений населением ДЗ по классам болезней при этом основная доля в структуре посещаемости приходится на болезни органов дыхания (23,3%), системы кровообращения (17,9%), органов пищеварения (9,6%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (9,3%), травмы и отравления (7,4%), болезни нервной системы (6,1%). Почти одинаковая доля приходится на инфекционные и паразитарные болезни (4,3%) и болезни мочеполовой системы (3,4%). Все это необходимо учитывать при подготовке фельдшеров общей практики для села, планировании и организации медицинской помощи сельскому населению.

Установлено, что медицинский персонал ДЗ мало внимания уделяет профилактической и санитарно-противоэпидемической работе (от 14,4 до 19,7%), куда вошли: проведение и участие в профилактических осмотрах и диспансеризации населения; патронаж беременных и детей; текущий санитарный надзор; организация и проведение профилактических прививок, противоглистных мероприятий, подворных обходов; обследование очагов в целях выявления источников инфекции; обследование санитарного состояния детских дошкольных учреждений и школ. На санитарно-просветительную работу приходится лишь 2,5-3,1% рабочего времени. А между тем указанные виды деятельности в их работе должны занимать ведущее место. Обращает на себя внимание большой удельный вес затрат времени на оформление медицинской документации, особенно в отсутствие больных.

Анализ структуры посещений на дому по специальностям показал, что наибольший удельный вес посещений (90,2%) приходится на участковых терапевтов и врачей общей практики, 4,5% - на неврологов, 2,3% - на хирургов, 1,6% - на отоларингологов и 1,4% - на прочие специальности. Показатель посещаемости пациентов на дому врачами-специалистами сельских амбулаторно-поликлинических учреждений составил 69,4 на 1000 взрослого населения в год.

В настоящее время основная масса посещений (64,8%) больных на дому врачами-специалистами выполняется по инициативе участкового терапевта, 23% - по вызову больного (чаще хирургов), 9,6% - врачей других специальностей и 2,6% - врачей скорой медицинской помощи. В 78,4% случаев неврологи, отоларингологи и офтальмологи приходят на дом по инициативе участковых терапевтов. Отмечено также, что чем старше пациенты, лечившиеся на дому, или, чем тяжелее их состояние, тем больше среди них желающих вызвать специалистов через участковых врачей.

Заболеваемость является важнейшей составляющей комплексной оценки здоровья населения. Учет заболеваемости ведется практически всеми медицинскими учреждениями. Анализ заболеваемости необходим для выработки управленческих решений как на федеральном, так на региональном и муниципальном уровнях управления системой здравоохранения. Только на ее основе возможны правильное планирование и прогнозирование развития сети учреждений здравоохранения, оценка потребности в различных видах ресурсов. Показатели заболеваемости служат одним из критериев оценки качества работы медицинских учреждений, системы здравоохранения в целом. в структуре заболеваемости первое место занимают болезни органов дыхания: в Шахринавском районе - 24,7% (195,8 случаев на 1000 населения), в Гиссарском районе - 17,3% (167 случаев) и в Рудаки - 16,7% (185,7 случаев); на втором месте - болезни системы кровообращения: в Шахринавском районе - 14,7% (116,8 случаев), в Гиссарском - 13,9% (133,5 случаев) и в Рудаки - 14% (155,3 на 1000 населения); на третьем месте: в Шахринавском районе - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 8,7% (69,3 случаев), в Гиссарском и Рудаки районах - болезни органов пищеварения, соответственно - 9% (86,3 случая) и 11% (122,9 случаев); на четвертом месте: в Шахринавском районе - травмы и отравления (10,2% или 80,6 случаев), в Гиссарском - болезни нервной системы (7,1% или 68,4 случая), а в Рудаки районе - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,1% или 90,5 случаев); на пятом месте: в Шахринавском районе - болезни органов пищеварения - 7% (55,4 случая), в Гиссарском районе - болезни глаза и его придаточного аппарата - 6% (57,5 случаев), в Рудаки районе - болезни нервной системы - 7,7% (85,9 случаев) и на шестом месте: в Шахринавском районе - болезни мочеполовой системы - 5,6% (44,4 случаев), в Гиссарском - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 5,8% (56,3 случаев), а в Рудаки районе - травмы и отравления - 6% (67,2 случая). Уровень общей заболеваемости сельского населения в базовых районах колеблется от 794,1 в Шахринавском районе до 1112,4 случаев в Рудаки на 1000 населения.

Результаты исследования показали, что первичная заболеваемость в базовых сельских районах колеблется от 466,8 в Шахринавском районе до 519,8 в Гиссарском районе на 1000 населения. Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости отмечаются по классам: болезни органов дыхания (от 125,8‰ до 155,8‰); системы кровообращения (от 69,3‰ до

88,6‰); болезни органов пищеварения (от 32,1‰ до 55,4‰) и костно-мышечной системы и соединительной ткани (от 31,5‰ до 45,1‰). Низкие показатели отмечаются при психических расстройствах и расстройствах поведения (от 2,9‰ до 4,6‰), болезнях крови и кроветворных органов (от 2,8‰ до 3,8‰).

Важным разделом в исследовании явились организация и проведение медицинских профилактических осмотров сельского населения.

Результаты комплексных медицинских осмотров показали, что частота выявленных заболеваний на 1000 обследованных колеблется от 1451,9 (Рудаки район) до 1508,4 (Гиссарский район).

Уровень и структура заболеваемости взрослого сельского населения в базовых районах по данным комплексных медицинских осмотров во всех районах в структуре заболеваемости первое место занимают болезни системы кровообращения: в Рудаки районе - 391,5‰ (27%), в Шахринавском - 461,9‰ (31%), в Гиссарском - 533,2‰ (35,3%); на втором месте - болезни органов дыхания: в Рудаки - 154,6‰ (10,6%), в Шахринавском - 160,1‰ (10,7%), в Гиссарском - 190,5‰ (12,6%); на третьем месте - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани: в Гиссарском районе 126‰ (8,4%), в Рудаки - 133,9‰ (9,2%), в Шахринавском - 176,8‰ (11,8%), на четвертом - болезни органов пищеварения - в Рудаки - 104,5‰ (7,2%), в Шахринавском - 138‰ (9,3%), в Гиссарском - 140,9‰ (9,3%) и на пятом месте - болезни нервной системы: в Гиссарском - 76,7‰ (5,1%), в Рудаки - 96,4‰ (6,6%), в Шахринавском - 107,1‰ (7,2%).

Для оценки медико-демографической ситуации той или иной территории необходимо учитывать показатели не только рождаемости, но и смертности. Нами проанализирована структура причин смертности сельского населения Республики Таджикистан по классам болезней. В структуре смертности на первом месте стоят болезни системы кровообращения (42,5%), на втором - болезни органов дыхания (15,4%), на третьем - новообразования (10,9%), на четвертом - внешние причины (9,4%) и на пятом месте - болезни органов пищеварения (4%). Мужчины часто умирают от внешних причин.

Таким образом, исследование организации и характера первичной медико-санитарной помощи сельскому населению выявило ряд недочетов: неравномерная нагрузка врачей в отдельные дни недели и месяцы; позднее обращение населения к врачам; врачи недостаточно внимания уделяют профилактической деятельности.

В структуре обращаемости сельского населения на долю фельдшерско- акушерских пунктов приходится почти 30% посещений. В структуре посещений населением фельдшеров и акушерок ДЗов по причинам наибольший удельный вес составляют посещения с лечебно-диагностической целью (37%), на втором месте - посещения для выполнения врачебных назначений (32,8%).

Изучение объема и характера медицинской помощи на дому показало, что основная доля посещений у врачей общей практики и участковых терапевтов приходится на больных с заболеваниями органов дыхания, системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани. В общей структуре посещений визиты на дом у участковых терапевтов составляют 17,8%, а у врачей общей практики - 23,7%. К врачебной помощи на дому в течение года прибегают около 31% населения, на врачей-специалистов на дому приходится 9,2% всех посещений.

Причинами неполного обследования в 55,3% случаев явилось отсутствие диагностического оборудования и аппаратуры, в 18,5% - недостаточная квалификация лечащего врача, в 14,6% - отсутствие соответствующего специалиста, в 11,6% - особенность течения заболевания.

Одним из важных показателей качества медицинской помощи является своевременное и правильное установление диагноза. При экспертной оценке качества диагностики установлено расхождение диагнозов лечащих врачей и экспертов в среднем 11,3% случаев (табл. 19). Наиболее часто отмечалась неадекватность диагностики ревматизма (17,4%), гипертонической болезни (16%), ишемической болезни сердца (14%) и бронхиальной астмы (13%).

По мнению экспертов, диагностические ошибки в 39,4% случаев были вызваны неполноценным обследованием, в 23,9% - отсутствием контроля со стороны главных врачей, в 20,8% - недостаточной квалификацией врача и в 15,9% случаев не были проведены консультации с врачами-специалистами.

При экспертной оценке качества лечения установлено, что лечение было неполноценным у

19,1±3,2% больных (не учтена тяжесть состояния больного, неадекватно подобраны медикаменты и их доза, не закончен курс лечения, не указана дата отмены лекарств и т.п.). Особенно это имело место у больных с гипертонической болезнью (29,1%), бронхиальной астмой (22,8%), ревматизмом (22%), нефритами (20,3%). В то же время имело место излишнее лечение в среднем в 4,5±1,3% случаев, при гастритах - 6,4%, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки - 6,2% и холециститах - 5,9%.

Причинами неполноценного лечения, по мнению экспертов, в 27,2% случаев явились неправильная и несвоевременная диагностика, в 23,6% - недостаточный контроль за лечебным процессом, в 20,3% - отсутствие лечебно-диагностической аппаратуры, в 18,2% - недисциплинированность больного, в 10,4% - особенность течения болезни.

При анализе обоснованности продолжительности сроков лечения больных установлено, что 18,3±3,1% больных получали лечение в укороченные в сравнении с предусмотренными стандартами медицинской помощи, особенно это имело место при нефритах (24,9%), бронхиальной астме (23,8%), язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки (22,1%) и гипертонической болезни (20,9%). При этом в 34,4% случаев преждевременное завершение лечения было связано с особенностями течения заболевания, в 30,3% - с отсутствием или недостаточностью контроля за лечебно-диагностическим процессом, в 12,6% - отсутствовали необходимые средства и аппаратура, а в 8,2% случаев были обусловлены желанием больного приступить к работе.

Анализ исходов заболеваний показал, что своевременное и полноценное лечение завершалось улучшением состояния и выздоровлением больного на 14,5% случаев чаще, чем неполноценное. В случаях, где имелся контроль со стороны главного врача ЦРБ, СЦЗ, лечение завершалось улучшением состояния и выздоровлением больного на 10,6% случаев чаще, чем при отсутствии контроля.

Важное значение в улучшении качества медицинской помощи имеет соблюдение преимущественности в обследовании и лечении больного между РЦЗ и стационаром. По материалам экспертной оценки 43,6% больных с хроническими заболеваниями в РЦЗ и 68,7% в СЦЗ при направлении в стационары в плановом порядке не были обследованы.

Оценка качества экспертизы временной нетрудоспособности в СЦЗ и РЦЗ показала, что сельские участковые врачи не всегда обоснованно решают вопрос о трудоспособности. Доля больничных листов, выданных обоснованно или недостаточно обоснованно в СЦЗ составила в среднем 14,8%, а в РЦЗ - 7,9%. Допускаются также нарушения и при определении сроков нетрудоспособности: в 6,7% случаев имело место преждевременная выписка к труду, а в 11,4% - необоснованное продление больничного листа.

По данным экспертов, четвертая часть (26,3%) больных лечилась на ДЗ необоснованно. Из общего числа больных, которые лечились на ДЗ необоснованно, по заключению экспертов, 62,5% должны были лечиться в ЦРБ, 34,8% - в участковой больнице (врачебной амбулатории) и 2,7% - в областных медицинских учреждениях.

По мнению экспертов, в 32,5% случаев причинами необоснованного лечения больных на ДЗ явилось недобросовестное отношение медработников к своим обязанностям, в 21,4% - нежелание больных лечиться в ЦРБ, участковой больнице (амбулатории) из-за отдаленности и плохого транспортного сообщения, в 18,1% - отсутствие контроля за работой ДЗ со стороны врачей сельского врачебного участка и ЦРБ. Экспертная оценка показала, что в 32,4% случаев больные были направлены на консультацию к врачам-специалистам несвоевременно и в 17,1% случаев тактика фельдшеров при обращении инфекционных больных на ДЗ была неправильной, больные лечились на ДЗ и на них не подавались экстренные извещения.

Одной из задач исследования было изучение степени удовлетворенности населения деятельностью участковых врачей и медицинских сестер. По данным анкетирования, работой врача общей практики удовлетворены 87% опрошенных, не удовлетворены 8,4%, воздержались от ответа 4,6%, а деятельностью участкового терапевта соответственно - 81,3%, 13,5% и 5,2%. Из числа неудовлетворенных указали следующие причины: невнимательность, торопливость на приеме (30,1%); низкая квалификация врача (15,2%) и несвоевременное обслуживание вызовов на дому - 9,4%. Работой участковых медсестер удовлетворены 84,7% опрошенных, не удовлетворены 12,2% и затруднились с ответом 3,1% опрошенных.

Качество и эффективность первичной медико-санитарной помощи в значительной степени зависят от деятельности лечебно-диагностических и вспомогательных кабинетов. По данным анкетирования, деятельностью амбулаторно-поликлинических учреждений в целом

удовлетворены более 2/3 (67,2%) опрошенных, не удовлетворены - 23% и воздержались от ответа 9,8% опрошенных. Основными причинами неудовлетворенности работой УПМСП явились: низкая оснащенность современным оборудованием (65,3 на 100 опрошенных), отсутствие «узких» специалистов (32,4), недостаточная квалификация врачей (18,3); нерациональный график и режим работы амбулаторий (22,6 на 100 опрошенных).

Таким образом, в условиях эксперимента значительно улучшились качественные показатели лечебно-профилактической помощи в РЦЗ и в СЦЗ. Так, полнота обследования больных в РЦЗ возросла с 65,4% до 81,3%, а в СЦЗ - с 34,9% до 50,1%. Доля больных, которым лечение начато своевременно, в среднем возросла на 1%. Число больных, получивших неполноценное лечение, в среднем сократилось в 1,5 раза. В условиях эксперимента несвоевременное обследование больных в среднем по всем заболеваниям в РЦЗ сократилось на 15,6%, а в СЦЗ - на 16,8%, а неполноценное обследование соответственно - с 34,6% до 18,7% и с 65,1% до 49,9%. Значительно улучшились качественные показатели диспансеризации: регулярность наблюдения больных участковыми терапевтами в РЦЗ возросла на 17,7%, а в СЦЗ - на 15,9%. Полнота обследования диспансерных больных в РЦЗ увеличилась на 11,8%, а в СЦЗ - на 13,8%. Возросла полнота выполнения лечебно-оздоровительных мероприятий в среднем по всем заболеваниям - с 58,6% до 73,3%. Изучение структуры обращаемости сельского населения за скорой медицинской помощью показало, что сельское население часто обращается за СМП по поводу болезней органов дыхания (38%), системы кровообращения (33,1%), болезней нервной системы (9%), органов пищеварения (4,7%), травм и отравлений (3,3%). В структуре обращаемости за СМП как у мужчин, так и у женщин на первом месте стоят болезни системы кровообращения (27,2% и 33,5%), на втором - болезни органов дыхания (19,5% и 13,0%), на третьем: у мужчин - травмы, отравления и несчастные случаи (8,8%), а у женщин - болезни нервной системы (11,2%).

Изучение качества медицинской помощи в РЦЗ и в сельских центрах здоровья выявило ряд дефектов: имело место несвоевременное и неполное обследование значительной части больных; не всегда лечение полноценное и законченное; не соблюдается преемственность в обследовании и лечении больных между амбулаторно-поликлиническими учреждениями и стационарами; имеет место расхождение диагнозов лечащих врачей и врачей-экспертов.

Таким образом, на основе материалов исследования с учетом выявленных недостатков и резервов нами разработаны рекомендации и предложения по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи сельскому населению, которые включали: пути оптимизации медицинской помощи на дому; усиление роли участковых врачей в формировании здорового образа жизни сельского населения; организацию стационарозамещающих форм медицинской помощи сельскому населению; критерии оценки деятельности медицинского персонала ДЗ, СЦЗ и РЦЗ; совершенствование взаимосвязей участковых врачей и врачей-специалистов по вопросам организации медицинской помощи; новые организационные формы медицинской помощи сельскому населению и др.

В условиях эксперимента значительно улучшились качественные показатели лечебно-профилактической помощи в РЦЗ и в СЦЗ. Так, полнота обследования больных в РЦЗ возросла в среднем по всем нозологическим формам с 65,4% до 81,3%, в СЦЗ - с 34,9% до 50,1%. Доля больных, которым лечение начато своевременно в среднем возросла на 11,1%. Число больных, получивших неполноценное лечение сократилось в 1,5 раза. В условиях эксперимента несвоевременное обследование больных в среднем по всем заболеваниям в РЦЗ сократилось на 15,6%, в СЦЗ - на 16,8%, а неполноценное обследование соответственно - с 34,6% до 18,7% и с 65,1% до 49,9%.

Значительно улучшились качественные показатели диспансеризации: регулярность наблюдения больных участковыми врачами в РЦЗ возросла на 17,7%, а в СЦЗ - на 15,9%. Полнота обследования диспансерных больных в РЦЗ увеличилась на 11,8%, а в СЦЗ - на 13,8%. Полнота выполнения лечебно-оздоровительных мероприятий в среднем по всем заболеваниям возросла с 58,6% до 73,3%.

Следовательно, разработанных нами рекомендаций и предложений по повышению качества и доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению свидетельствуют об эффективности и целесообразности внедрения их в практику.

ВЫВОДЫ

1. В структуре обращаемости сельского населения в различные учреждения первичной медико-санитарной помощи на первом месте стоят поликлиники центральных районных

- больниц (32,2%), на втором - сельские врачебные амбулатории (30,5%), на третьем - фельдшерско-акушерские пункты (29,3%) и на четвертом месте - консультативные поликлиники (диспансеры) республиканских учреждений (8%). В среднем 30,6% сельского населения в течение года ни разу не обращаются за врачебной помощью, а среди пенсионеров этот показатель еще выше - 52%.
2. Анализ структуры посещений на дому по врачебным специальностям показал, что основная доля (90,2%) посещений приходится на участковых терапевтов и врачей общей практики, а 9,8% - на врачей-специалистов (4,5% - на неврологов, 2,3% - на хирургов, 1,6% - на отоларингологов и 1,4% - на прочие специальности). К врачебной помощи на дому в течение года прибегает около 31% сельского населения.. В общей структуре посещений визиты на дом у участковых терапевтов составляют 17,8%, а у врачей общей практики 20,3%. На дому обслуживаются 68,5% больных в первый день обращения, 21,8% - на второй день и 11,4% - на третий день.
 3. Результаты проведенного исследования показали, в структуре вызовов СМП к сельскому населению основная доля обращений приходится на внезапные заболевания и состояния (75,8%), при которых интенсивность обращений нарастает с каждым годом. Обращаемость по поводу родов и патологии беременности занимает второе место (6,6%), перевозка больных и рожениц - третье место (6,3%). Среднесуточная нагрузка на одну бригаду - 9 человек.
 4. В результате проведенного исследования установлены следующие показатели, характеризующие состояние здоровья сельского населения: заболеваемость по данным обращаемости (на 1000 населения) в базовых районах колеблется от 794,1 до 1112,4 случаев, первичная заболеваемость - от 466,8 до 519,9 случаев, заболеваемость по данным комплексных медицинских осмотров - от 1451,9 до 1508,4 случаев на 1000 населения. Уровень первичной инвалидности сельского населения составил 57,7 на 10 тыс. населения, показатель общей смертности - 6,4‰, показатель младенческой смертности - 14,5‰ (на 1000 родившихся). В структуре общей смертности сельского населения на первом месте стоят болезни системы кровообращения 42,5%, на втором - болезни органов дыхания (15,4%), на третьем - новообразования (10,9%) и на четвертом месте - внешние причины (9,4%).
 5. Частота обращаемости (на 1000 населения) сельских жителей к фельдшерам ДЗ в настоящее время остается высокой и составляет 647,3‰. Качество оказания медицинской помощи фельдшерами (акушерками) больным с терапевтическими заболеваниями в 30,2% случаев было неполноценным. Каждый четвертый (26,3%) больной на ДЗ лечился необоснованно. Из общего числа больных, которые лечились на ДЗ, по заключению экспертов 62,5% должны были лечиться в ЦРБ, 34,8% - в участковой больнице (амбулатории) и 2,7% - в областных медицинских учреждениях. В 35,8% случаев наблюдение беременных и в 24,1% случаев наблюдение детей раннего возраста было неполноценным. В 22,9% случаев имело место неполноценное оказание неотложной медицинской помощи.
 6. Исследование качества медицинской помощи, оказываемой участковыми терапевтами в РЦЗ и на сельских врачебных участках, по материалам экспертных оценок выявило ряд недочетов: в среднем лишь половина (51,7%) больных обследовалась в первые 3 дня с момента обращения, а 48,3% - в сроки свыше 3 дней. В среднем у 35,4% больных обследование проводилось в неполном объеме; в 17% случаев лечение больных начато несвоевременно и в 19,1% случаев было неполноценным. Все это свидетельствует о недостаточной эффективности существующей системы внутриведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи.
 7. Экспертная оценка качества диспансеризации показала, что участковыми врачами допускается множество недочетов: больные наблюдались нерегулярно в среднем в 36,6% случаев врачами общей практики и почти половина (49,4%) случаев участковыми терапевтами. В среднем при всех заболеваниях в 37,5% случаев имело место несвоевременное обследование и в 46,3% случаев - неполное обследование диспансерных больных. В 41,4% случаев лечебно-оздоровительные мероприятия (ЛОМ) проводились некачественно.
 8. Улучшились качественные показатели диспансеризации: регулярность наблюдения больных участковыми терапевтами в РЦЗ возросла с 55,6% до 73,3%, а в СЦЗ - с 49,7% до

65,6%. Полнота обследования диспансерных больных в РЦЗ в среднем увеличилась на 11,8%, а в СЦЗ - на 13,8%. Полнота выполнения лечебно-оздоровительных мероприятий в РЦЗ возросла с 70,5% до 82,3%, а в СЦЗ - с 58,6% до 73,3%.

Практические рекомендации и предложения

1. Основными направлениями повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению являются: реорганизация сети УПМСП; расширение профилактической деятельности; улучшение взаимодействия участковых врачей РЦЗ и врачей-специалистов; совершенствование организации труда медицинского персонала; усиление роли участковых врачей в формировании здорового образа жизни сельского населения; совершенствование медицинской помощи на дому; повышение роли семьи в диспансеризации больных; внедрение новых организационных форм медицинской помощи (общеврачебная практика, стационарозамещающие технологии, бригада средних медицинских работников для обслуживания больных и престарелых на дому и др.).
2. Министерству здравоохранения СЗН РТ руководителям областных органов здравоохранения целесообразно пересмотреть нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность сельских медицинских учреждений, и штатное расписание с учетом изменившихся медико-демографических и социально-экономических условий в сельской местности.
3. Менеджерам госпитальных служб областных и центральных районных больниц необходимо развивать и совершенствовать систему выездной специализированной медицинской помощи в форме передвижных медицинских амбулаторий с укомплектованием их врачебными бригадами, обеспечением современным медицинским оборудованием и транспортом высокой проходимости.
4. Менеджерам госпитальных служб ЦРБ и руководителям СЦЗ необходимо пересмотреть графики работы участковых врачей амбулаторно-поликлинических учреждений с увеличением времени на профилактическую работу и на обслуживание больных на дому.
5. Для повышения качества и доступности медицинской помощи на дому необходимо расширить объем физиотерапевтической помощи, лабораторных и инструментальных исследований, улучшить деятельность лечебно-диагностической базы амбулаторно-поликлинических учреждений.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Рабиева Д., Шарипов Х.С., Ашурова Ш.С. Оказание медицинской помощи в районных и сельских центрах здоровья (на примере районов Республиканского подчинения) // Педиатрия и детская хирургия Таджикистан. 2014. №2. С.96-103.
2. Рабиева Д., Джаборова Т.С. Качества медицинской помощи на дому (на примере Гиссарского района) // Педиатрия и детская хирургия Таджикистан. 2015. №4. С.62-68.
3. Рабиева Д. Изучение качества диспансеризации населения в рцз и в сельских центрах здоровья по материалам экспертных оценок // Педиатрия и детская хирургия Таджикистан. 2016. №1. С.66-71.
4. Рабиева Д., Шарипов Х.С., Ашурова Ш.С. Организация медицинской помощи в районных и сельских центрах здоровья // Вестник Таджикского национального университета. 2015. №1/5 (188), часть II. С.82-86
5. Шарипов Х.С., Рабиева Д., Ашурова Ш.С. Изучение объема, характера и качества медицинской помощи на дому в Гиссарском районе // Вестник Таджикского национального университета. 2015. №1/5 (188), часть II. С.131-135.
6. Рабиева Д., Шарипов Х.С. Изучения мнения сельского населения и медицинских работников об организации и о качестве помощи сельскому населению в сельских центрах здоровья // Вестник Таджикского национального университета. 2015. №2/5 (188), часть I. С.89-93.
7. Рабиева Д., Шарипов Х.С. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи в сельской местности на основе общеврачебной практики // Педиатрия и детская хирургия Таджикистан. 2016. №2. С.55-58.

РЕЗЮМЕ

диссертации Рабиевой Дилафруз Махмадалиевны на тему: «Научное обоснование путей оптимизации первичной медико-санитарной помощи населению в условиях сельской местности»

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение.

Ключевые слова: население, врачи, сельская местность, медицинская помощь.

Цель исследования: Научное обоснование системы мероприятий, направленных на повышение объема, качества и доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению в условиях модернизации здравоохранения.

Объект исследования: 5 районных центров здоровья 12 сельских центров здоровья 20 дома здоровья районов Республики

Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные и анкетирование населения.

Результаты исследования: автором на основе материалов исследования с учетом выявленных недостатков и резервов разработаны рекомендации и предложения по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи сельскому населению, которые включали: пути оптимизации медицинской помощи на дому; усиление роли участковых врачей в формировании здорового образа жизни сельского населения; организацию стационарозамещающие форм медицинской помощи сельскому населению; критерии оценки деятельности медицинского персонала ДЗ, СЦЗ и РЦЗ совершенствование взаимосвязей участковых врачей и врачей-специалистов по вопросам организации медицинской помощи; новые организационные формы медицинской помощи сельскому населению и др. В условиях эксперимента значительно улучшились качественные показатели лечебно-профилактической помощи в РЦЗ и в СЦЗ. Так, полнота обследования больных в РЦЗ возросла в среднем по всем нозологическим формам с 65,4% до 81,3%, в СЦЗ - с 34,9% до 50,1%. Доля больных, которым лечение начато своевременно в среднем возросла на 11,1%. Число больных, получивших неполноценное лечение сократилось в 1,5 раза. В условиях эксперимента несвоевременное обследование больных в среднем по всем заболеваниям в РЦЗ сократилось на 15,6%, в СЦЗ - на 16,8%, а неполноценное обследование соответственно - с 34,6% до 18,7% и с 65,1% до 49,9%. Значительно улучшились качественные показатели диспансеризации: регулярность наблюдения больных участковыми врачами в ЦРБ возросла на 17,7%, а в СЦЗ - на 15,9%. Полнота обследования диспансерных больных в ЦРБ увеличилась на 11,8%, а в СЦЗ - на 13,8%. Полнота выполнения лечебно-оздоровительных мероприятий в среднем по всем заболеваниям возросла с 58,6% до 73,3%.

SUMMARY

dissertation of Rabiya Dilafruz Mahmadiyeva on the theme: "Scientific justification of ways of optimization of primary health care to the population in rural areas" for the degree of candidate of medical sciences on a specialty 14.02.03 - Public health and health care.

Keywords: population, doctors, countryside, health care.

Research objective: Scientific justification of system of measures aimed at increasing the volume, quality and availability of primary health care to the rural population in the modernization of health care conditions.

The object of study: 5 regional centers of health, 12 rural centers of health, 20th houses of health of districts of the Republic.

Research methods: clinical, laboratory, tool and questioning of the population.

Results of research: The author, based on the research materials with regard to the identified deficiencies and reserves developed recommendations and proposals for improvement of primary health care to the rural population, which included: ways of optimization of medical care at home; strengthening the role of local doctors in the formation of a healthy way of life of the rural population; organization hospital-replacing forms of health care to the rural population; criteria for evaluation of the medical staff HH, DCH and RCH and improvement of interrelations of local doctors and medical specialists on the issues of health care; new organizational forms of health care to the rural population and others. Under the experimental conditions have greatly improved quality indicators of medical and preventive care in DHC and RCH. For completeness of the survey patients DHC increased the average for all nosological entities from 65.4% to 81.3%, in RCH - from 34.9% to 50.1%. The proportion of patients who started treatment in a timely manner, on average increased by 11.1%. The number of patients who have received defective treatment was reduced by 1.5 times. Under the experimental conditions delayed examination of patients with the average for all diseases in DHC decreased by 15.6%, in RCH - by 16.8%, and inadequate inspection accordingly - from 34.6% to 18.7% and from 65.1% to 49.9%. Considerably

improved quality indicators of clinical examination: regular monitoring of patients with district doctors in CRH increased by 17.7%, and in RCH - by 15.9%. Completeness inspection of dispensary patients in CRH increased by 11.8%, and in RCH - by 13.8%. The completeness of the implementation of therapeutic measures the average for all diseases increased from 58.6% to 73.3%.

Отпечатано: