



СИСТЕМНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ: МЕТОДОЛОГИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ

УДК 614

Соколов А.В.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
Клинический санаторий «Приокские дали» ООО «Газпром трансгаз Москва»

Аннотация. В статье обоснован системный методологический подход к оценке эффективности санаторно-курортного лечения, включающий оценку непосредственных результатов санаторно-курортного лечения с обязательным учетом функциональных резервов организма; отдаленных результатов, с учетом влияния санаторно-курортного лечения на качество жизни и оценку качества санаторно-курортной услуги. Представлены результаты собственного многолетнего опыта применения данной методологии на практике.

Ключевые слова: Методология, функциональные резервы организма, качество жизни, качество санаторно-курортной услуги, объективная оценка непосредственных и отдаленных результатов санаторно-курортного лечения.

Актуальной задачей современного этапа развития санаторно-курортного комплекса страны является повышение эффективности и качества его деятельности [1]. Для ее решения необходимо обоснование системного методологического подхода к оценке результатов санаторно-курортного лечения (СКЛ), с использованием объективных информативных критериев, целостно отражающих различные аспекты процесса СКЛ [2, 3].

В настоящее время такая оценка осуществляется, как правило, на основании анализа динамики самочувствия пациентов и симптомов заболевания. Последние критерии нередко оказываются малоинформативными в связи с тем, что в санатории направляются больные с ремиссией патологического процесса. Это обуславливает значительную долю субъективизма в подведении итогов проведенного лечения.

С позиций восстановительной медицины обязательным объектом исследования при оценке эффективности лечения являются функциональные резервы организма (ФРО) [4, 5]. Исходный уровень ФРО рассматривается как основной критерий выбора тактики СКЛ, анализ их динамики на фоне лечения позволяет судить об адекватности проведенной коррекции. Однако до настоящего времени отсутствует единая методология и унификация методик исследования ФРО, позволяющие использовать их параметры в качестве критериев оценки СКЛ [2, 4, 6].

На практике оценка эффективности СКЛ традиционно ограничивается анализом *непосредственных результатов*, характеризующих сдвиги в состоянии больных, наступившие к моменту выписки из санатория. Однако не менее важно знать, насколько стабилен достигнутый эффект, какова его стойкость и продолжительность. Иными словами, наряду с непосредственными, необходимо определять *отдаленные результаты* СКЛ. Их анализ – надежный механизм контроля эффективности вторичной профилактики, осуществляемой санаторно-курортным учреждением [2, 7].

Не менее актуальной задачей является изучение влияния СКЛ на *качество жизни* (КЖ) пациентов санаторно-курортного учреждения. В международной клинической практике КЖ рассматривается как приоритетная «конечная точка» лечебного воздействия. В этой связи данный показатель рассматривается в качестве одного из основных критериев эффективности лечения [8, 9]. В тоже время изучению влияния СКЛ на динамику КЖ до сих пор уделяется недостаточно внимания. В литературе имеются немногочисленные публикации, освещающие эту проблему в контексте конкретной нозологии. Вместе с тем, не вызывает сомнений, что КЖ может служить важным фактором оценки результатов СКЛ, позволяющим проследить всю многогранность изменений в жизни человека (соматическое и психологическое здоровье, духовную и социальную сферы и т.д.).

Успех СКЛ зависит не только от медицинской составляющей, но и от *качества санаторно-курортной услуги* в целом. Последнее определяется рядом факторов: с одной стороны – степенью соответствия предоставляемых услуг общепринятым требованиям и стандартам санаторно-курортной помощи (федеральным, международным и пр.), с другой – степенью удовлетворения потребностей пациентов в их ассортименте и сервисном качестве. Менеджмент качества СКЛ предполагает наличие системы «обратной связи», основанной на опросе мнений пациентов санаторно-курортного учреждения о результатах пребывания в нем [10, 11].

Резюмируя вышеизложенное, считаем, что назрела необходимость обоснования методологического подхода к определению эффективности СКЛ с комплексным применением перечисленных компонентов. Решением проблемы может стать методология системной оценки результатов лечения, включающая следующие составляющие:

1. Комплексная оценка непосредственных результатов СКЛ с обязательным учетом динамики ФРО.

2. Оценка отдаленных результатов СКЛ с анализом его влияния на качество жизни.

3. Оценка качества санаторно-курортной услуги, основанная на принципе «обратной связи».

В настоящей статье изложены основные методологические принципы использования указанных компонентов в рамках системной оценки эффективности СКЛ и представлены результаты собственного многолетнего опыта применения данной методологии на практике.

Оценка непосредственных результатов санаторно-курортного лечения

Основопологающим и обязательным этапом оценки эффективности СКЛ является оценка его непосредственных результатов, которая должна проводиться у *каждого* пациента по окончании курса лечения [2, 3, 7, 12].

В существующей клинической практике лечебный эффект, как правило, оценивается по динамике патологического процесса (снижению количества и выраженности симптомов и отклонений от нормы) и в значительной степени основывается на субъективных ощущениях пациента. При этом недостаточно учитывается воздействие лечебных и оздоровительных факторов на функциональное состояние и адаптационные резервы организма, определяющие способность противостоять болезни [2, 4, 6, 13].

Использование методов традиционной инструментальной диагностики (функциональной, ультразвуковой, лабораторной) позволяет уточнить нозологический диагноз, стадию и степень патологического процесса, но не всегда является возможным и достаточным для оценки эффективности лечения, особенно в отношении курсов СКЛ, не превышающих двух-трех недель. За этот период, например, трудно ожидать заметной динамики ЭКГ и, тем более, изменений ультразвуковой картины. Результаты ряда других исследований (например, клинко-лабораторных, функции внешнего дыхания), могут измениться после курса лечения, но имеют слишком «узкое» диагностическое значение и на них сложно построить универсальную критериальную систему. Применение с этой целью субмаксимальных нагрузочных тестов (велоэргометрия, тредмил-тест) теоретически оправдано, но затруднено их трудоёмкостью и обширным перечнем противопоказаний. Нельзя не учитывать и экономический аспект, ограничивающий диагностические возможности санаторно-курортной медицины,

в сфере которой использование высокоинформативных, но дорогостоящих методов исследования нерентабельно.

Кроме того, специфика санаторно-курортного этапа медицинской помощи состоит в том, что больные хроническими заболеваниями находятся в стадии ремиссии, а часть пациентов составляют лица с функциональными нарушениями здоровья. Оценка результатов СКЛ с использованием только традиционного клинического подхода у данного контингента объективно затруднена (относительно хорошее самочувствие, скудная симптоматика, не имеющие существенных отклонений данные традиционных инструментальных и лабораторных исследований).

Из приведенных выше рассуждений, однако, не следует, что старый, традиционный принцип оценки эффективности лечения утратил свое значение. Более того, в рамках существующей конкретной нозологии действенность терапии должна быть подтверждена регрессом клинической симптоматики, положительной динамикой исходно нарушенных показателей, отражающих специфику патологического процесса. Так, например, при гипертонической болезни лечебный эффект обязательно предполагает снижение артериального давления и улучшение самочувствия; у больных бронхиальной астмой – уменьшение частоты и выраженности приступов удушья, а также снижение степени обструкции бронхов по данным спирографии; при воспалительном процессе – улучшение соответствующих лабораторных показателей и т.д. В то же время данные нозологической диагностики недостаточно для реализации комплексного подхода к оценке динамических изменений в организме в процессе СКЛ.

Как уже отмечалось выше, санаторно-курортная помощь относится к сфере восстановительной медицины, технологии которой направлены главным образом на повышение функциональных и адаптационных резервов организма, определяющих способность человека противостоять болезни. Поэтому традиционную клиническую оценку эффективности СКЛ по уменьшению «количества болезни» целесообразно дополнить критерием прироста «количества здоровья», определяемого динамическими изменениями показателей ФРО [2, 3, 4]. Согласно современным представлениям, наиболее информативными из них являются: интегральный показатель ФРО; показатели состояния регуляторных систем; показатели, характеризующие вегетативный гомеостаз; показатели, отражающие физические возможности человека; функциональное состояние и резервы основных систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, ЦНС и т.д.); параметры психологического состояния (уровень тревожности, эмоциональная стабильность, устойчивость к стрессу, личностные особенности и т.д.) [4, 6]. В качестве инструмента исследования ФРО используются различные автоматизированные диагностические системы, которых на сегодняшний день разработано достаточно большое количество (АМСАТ, «Анкар-131», «Варикард», «Интегральный показатель здоровья», «Врачебный контроль в фитнесе», «Динамика-100», «Долголетие», ИСКИМ, «Истоки здоровья», «Навигатор здоровья», «Норма», «НС-ПсихоТест», «Хелми-тест», «Эффект» и др.).

Таким образом, полагаем, что современным требованиям к оценке непосредственных результатов СКЛ в наибольшей степени отвечает принцип *интеграции адаптационного и нозологического подходов* [3,6,13]. Этот принцип реализуется путём анализа динамики трех составляющих:

- клинического статуса пациента (жалобы, данные физического обследования);
- инструментальных показателей, полученных методами традиционной диагностики, отражающих специфику заболевания;
- показателей ФРО.

Хотелось бы ещё раз подчеркнуть, что, несмотря на значимость показателей ФРО, нужно обязательно учитывать динамику всех трёх компонентов. Оценка динамики параметров осуществляется методом парных исследований – путём сопоставления данных, полученных до и после курса СКЛ.

На основе вышеизложенного методологического подхода нами разработан алгоритм комплексной оценки непосредственных результатов СКЛ (рис. 1), в котором применена количественная (балльная) оценка динамики трёх вышеуказанных групп критериев.

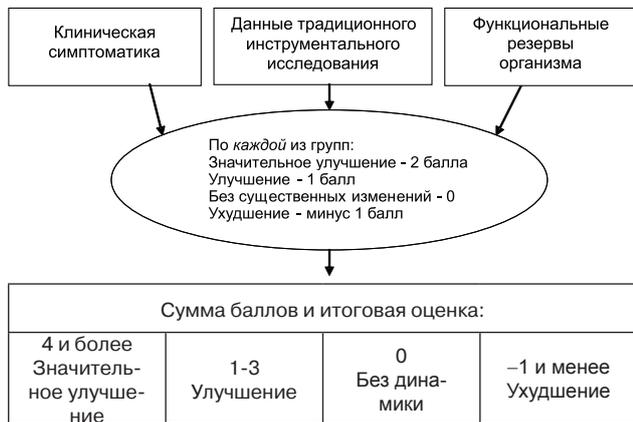


Рисунок 1. Алгоритм оценки непосредственных результатов санаторно-курортного лечения

Использование алгоритма дает возможность интегрировать сдвиги множества разнонаправлено меняющихся параметров с целью получения итогового заключения о результате СКЛ. Количественный подход позволяет объективизировать и в то же время упростить механизм принятия решения о результате СКЛ.

Оценочная шкала включает 4 «классические» градации: «значительное улучшение», «улучшение», «без существенных перемен» и «ухудшение».

Касаясь практического применения алгоритма, следует отметить следующий нюанс. Результаты СКЛ больных оцениваются на основании всех трёх групп критериев, в то время как результаты оздоровления и профилактики у здоровых лиц можно оценить только по динамике ФРО, поскольку две другие группы критериев у них неприменимы.

Представленный алгоритм используется в клиническом санатории «Приокские дали» ООО «Газпром трансгаз Москва» в течение последних 6 лет. Непосредственные результаты СКЛ оценены у 15816 пациентов. Средний возраст их составил $44,7 \pm 0,2$ года; женщин было 54,6%, мужчин – 45,4%. Нозологический состав пациентов (по основному заболеванию) выглядел следующим образом: остеохондроз позвоночника – 40,4%; гипертоническая болезнь – 18,8%; ИБС – 13,2%; остеоартрозные заболевания – 9,4%; бронхолегочная патология – 5,0%; заболевания желудочно-кишечного тракта – 4,7%; ЛОР-заболевания – 4,2%; другие – 4,3%.

Исследование ФРО проведено всем пациентам до и после лечения. С этой целью нами применяется программно-аппаратный комплекс «Интегральный показатель здоровья», позволяющий количественно оценить соматические и психологические резервы организма, его адаптационный потенциал и физические возможности. Исследование включает ряд информативных, апробированных и хорошо зарекомендовавших себя на практике тестов: вариационную кардиоинтерваломерию по Р.М. Баевскому, экспресс-анализ физических возможностей по методике Г.Л. Апанасенко, тест зрительно-моторной реакции по Т.Д. Лоскутовой, цветомерический тест Люшера и тест самооценки («самочувствие-активность-настроение»).

Рассчитываемый по итогам тестирования интегральный показатель здоровья (ИПЗ), измеряемый в %, характеризует общие функциональные резервы и дает возможность ранжировать уровень ФРО: отличный (75-100%), хороший (50-74%), удовлетворительный (25-49%), неудовлетворительный (менее 25%).

Динамические изменения ИПЗ представляются в виде разности (d) между конечной и начальной величинами:

$$dIPZ = IPZ_2 - IPZ_1,$$

где IPZ_1 – величина ИПЗ до лечения, IPZ_2 – величина ИПЗ после лечения.

Критерии оценки динамики ИПЗ на фоне лечения следующие: значение $dIPZ$, составляющее 20% и более расценивается как значительное улучшение, 5-19% – улучшение, от 5% до -5% – без существенной динамики, -5% и менее – ухудшение.

Определяется также целый ряд частных параметров ФРО: показатель активности регуляторных систем (ПАРС), отражающий адаптационные возможности организма; индекс напряжения (ИН) характеризующий вегетативный гомеостаз; уровень физических возможностей (УФВ);

функциональные резервы центральной нервной системы (ФРЦНС); показатели психологического состояния – уровень тревожности (УТ), эмоциональная стабильность (ЭС), способность к преодолению стресса (СПС), показатели самочувствия, активности, настроения.

Динамику общих функциональных резервов организма у обследованных пациентов (n=15816) на фоне СКЛ наглядно демонстрирует рисунок 2, отражающий процентное соотношение лиц с различным уровнем ФРО до и после лечения.

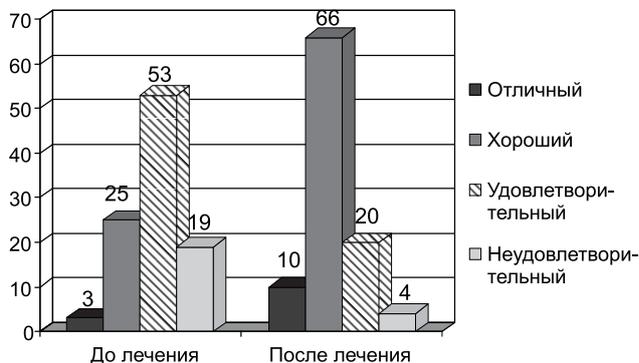


Рисунок 2. Влияние санаторно-курортного лечения на динамику уровня общих функциональных резервов организма у больных с соматической патологией

Видно, что при выписке из санатория доля лиц с нормальным (хорошим и отличным) уровнем ФРО увеличилась почти втрое – с 28% до 76%, что наглядно и убедительно доказывает положительный эффект СКЛ.

Это подтверждается и таким важным параметром, как природ средней величины ИПЗ, характеризующего общие функциональные резервы: при поступлении в санаторий ИПЗ составлял в среднем $43,3 \pm 0,4$, после СКЛ он увеличился до $56,1 \pm 0,3$ ($p < 0,01$).

Дополнительный вклад в оценку непосредственных результатов СКЛ вносят другие показатели ФРО. Полученные нами данные об их динамике на фоне лечения представлены в таблице 1.

Таблица 1. Динамика основных показателей ФРО на фоне санаторно-курортного лечения ($M \pm m$)

Показатель	До лечения	После лечения	Достоверность
Интегральный показатель здоровья, %	$43,3 \pm 0,4$	$56,1 \pm 0,3$	$p < 0,01$
ПАРС, баллы	$2,39 \pm 0,03$	$2,13 \pm 0,03$	$p < 0,01$
Индекс напряжения, ед.	$265,6 \pm 5,8$	$238,0 \pm 5,2$	$p < 0,01$
Уровень физич. возможностей, баллы	$6,81 \pm 0,09$	$7,94 \pm 0,08$	$p < 0,01$
Функциональные резервы ЦНС, %	$51,7 \pm 0,4$	$61,0 \pm 0,4$	$p < 0,01$
Уровень тревожности, %	$61,5 \pm 0,4$	$69,6 \pm 0,3$	$p < 0,01$
Эмоциональная стабильность, %	$53,4 \pm 0,3$	$61,8 \pm 0,3$	$p < 0,01$
Стрессоустойчивость, %	$76,4 \pm 0,5$	$82,9 \pm 0,4$	$p < 0,01$

Достоверное улучшение всех показателей ФРО после СКЛ отражает позитивные изменения функционального состояния: оптимизацию адаптационных процессов и вегетативного гомеостаза, повышение физических возможностей и функциональной способности ЦНС, улучшение психоэмоционального статуса. Полученные результаты свидетельствуют о высокой информативности показателей ФРО и необходимости их использования в оценке эффективности СКЛ.

Применение описанного выше алгоритма комплексной оценки непосредственных результатов СКЛ у обследованных пациентов в 98,2% случаев констатировало положительную динамику состояния здоровья (в том числе улучшение – 92,5%, значительное улучшение – 5,7%), в 1,7% – без существенных перемен и в 0,1% – ухудшение. Полученные нами данные сопоставимы со сведениями других авторов, исследовавших непосредственные результаты СКЛ [11, 14].

Научно-методическое обоснование и достаточный опыт

использования представленного алгоритма позволяют сделать вывод о том, что он существенно дополняет традиционную методологию и повышает степень объективности оценки непосредственных результатов СКЛ. Этот алгоритм, при условии сохранения положенных в его основу методологических принципов, может быть модифицирован для условий различных санаторно-курортных учреждений с учётом их специфики и особенностей имеющейся диагностической базы.

Оценка отдаленных результатов санаторно-курортного лечения с анализом его влияния на качество жизни

Важным аспектом оценки эффективности СКЛ является изучение его отдаленных результатов [6, 14]. Данное исследование направлено на определение стабильности эффекта проведенного курса СКЛ: длительности и степени стойкости ремиссии патологического процесса у пациентов с хроническими заболеваниями, качества профилактических и оздоровительных мероприятий у лиц с функциональными нарушениями и практически здоровых. Такая работа может быть успешно проведена в тесном взаимодействии с амбулаторными учреждениями, осуществляющими отбор и направление пациентов на СКЛ. Необходимые условия для исследований подобного рода предоставляет система организации здравоохранения, обеспечивающая четкое взаимодействие всех звеньев цепи «стационар-поликлиника-санаторий». Регулярное подведение итогов по отдаленным результатам СКЛ может служить информативной формой отчета о работе санаторно-курортного учреждения, реально отражающей адекватность и эффективность лечебной деятельности.

Для объективной оценки отдаленных результатов СКЛ необходимо соблюдение ряда условий: четкое определение наиболее значимых показателей, системно отражающих динамику состояния здоровья, сроков исследуемого периода, документации для статистической обработки и т.д. По современным представлениям основными социально-экономическими критериями эффективности СКЛ являются следующие: число обострений хронических заболеваний, потребность в госпитализации, число случаев и длительность временной нетрудоспособности, качество жизни [1]. Корректный анализ динамики этих показателей возможен при сопоставлении данных за достаточно длительный период времени (например, 6 месяцев до и 6 месяцев после курса лечения, или 12 месяцев до и 12 месяцев после курса лечения) [14]. Необходимые материалы для такого исследования предоставляют истории болезней и амбулаторные карты пациентов. Для унификации статистической обработки данных удобно использовать анкеты, содержащие объективную информацию о характере течения заболевания до и после СКЛ [15].

Учитывая специфику оценки отдаленных результатов СКЛ, связанную с определенными сложностями, данное исследование не может охватывать всех пациентов, прошедших курс лечения в санаторно-курортном учреждении. Вместе с тем обследование определенной их части с соответствующей статистической обработкой данных позволяет сделать заключение о результативности лечения в целом. Для осуществления такой работы необходимо формирование выборки пациентов, адекватно отражающей возрастной, половой, нозологической состав общей массы пролеченных в изучаемом периоде. По современным представлениям статистики, репрезентативность выборки определяется не только ее объемом, но и методикой отбора объектов из разных групп (возрастных, половых, нозологических) в соотношении аналогичном их долям в генеральной совокупности. В этой связи для проведения корректного исследования вполне достаточен охват 25-30% от общего числа пациентов санатория [15].

В ряду критериев эффективности СКЛ особое место занимает КЖ. Это показатель удовлетворения личных потребностей в жизни, отражающий степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. В клинической практике исследование уровня КЖ на протяжении многих лет применяется для определения как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения [8]. Безусловно, наибольший интерес представляет информация о том, какова самооценка уровня КЖ у пациентов спустя значительное время после выписки из санатория. В этой связи оценку КЖ целесообразно проводить в рамках определения отдаленных результатов СКЛ. Исследование данного показателя в репрезентативных выборках пролеченных пациентов может предоставить точные сведения о том, каким образом изменяется уровень КЖ пациентов санаторно-

курортного учреждения после проведенного курса лечения.

Инструментами для оценки КЖ служат ряд индексов здоровья, специфических шкал и опросников [8]. Среди них наибольшее распространение в международной медицинской практике получил опросник MOS SF-36 – Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey. Он позволяет оценить субъективную удовлетворенность больного своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также отражает самооценку степени выраженности болевого синдрома. Информативность и валидность опросника дают основания для его широко применения в целях исследования влияния СКЛ на динамику КЖ респондентов различных возрастных и нозологических групп [8, 9].

В соответствии с условиями опросника изучаются следующие показатели:

1. Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).

2. Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

3. Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Vitality (VT) – жизненная активность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

6. Social Functioning (SF) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).

8. Mental Health (MH) – оценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Ответы на вопросы оцениваются в баллах по 8 шкалам. Значения определяемых показателей по каждой шкале измеряются в диапазоне 0 и 100, где 100 – полное здоровье (полное отсутствие ограничений или нарушений здоровья). Тестирование проводится дважды: при поступлении в санаторий и после окончания курса СКЛ (через 6 или 12 месяцев параллельно с исследованием отдаленных результатов СКЛ). Повторные опросники целесообразно высылать в территориальные лечебно-профилактические учреждения, осуществляющие направление на СКЛ.

Проблема оценки отдаленных результатов СКЛ и динамики КЖ на его фоне исследуется нами с 2002г. Работа осуществляется регулярно совместно с медицинской службой ООО «Газпром трансгаз Москва», структура которой обеспечивает четкое взаимодействие с территориальными производственными здравпунктами, направляющими пациентов на СКЛ. В соответствии с вышеизложенными принципами ежегодно изучаются отдаленные результаты лечения работников ООО «Газпром трансгаз Москва», прошедших СКЛ в клиническом санатории «Приокские дали». Методом случайной выборки отбираются и анализируются истории болезни, амбулаторные карты и специально разработанные анкеты. Изучается динамика за 12 мес. до и 12 мес. после курса лечения следующих показателей: количество лиц с временной нетрудоспособностью; количество случаев временной нетрудоспособности по основному и сопутствующему заболеваниям; количество дней временной нетрудоспособности; количество обострений хронических заболеваний на 1 пациента; КЖ. Многолетний опыт и анализ значительного клинического материала, убедили нас в правильности такого подхода к изучению отдаленных результатов СКЛ. Приводим результаты обследования 1965 пациентов клинического санатория «Приокские дали». Средний возраст составил 45±1,6 лет. Нозологическая структура обследуемых представлена следующим образом: артериальная гипертензия – 413 человек (21%), ишемическая болезнь сердца – 373 человека (19%), нейроциркуляторная дистония – 295 человек (15%), дорсопатии – 236 человек (12%), дегенеративные заболевания суставов – 216 человек (11%), хронические заболевания

дыхательных путей – 157 человек (8%), цереброваскулярная болезнь – 118 человек (6%), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта – 98 человек (5%), хронические заболевания почек – 59 человек (3%). Исследование показало, что в течение года после лечения в санатории по сравнению с предшествующим годом в 1,5 раза уменьшилось количество лиц с временной нетрудоспособностью, снизилось количество случаев временной нетрудоспособности в 2,2 раза по основному заболеванию и в 1,4 раза по сопутствующей патологии; сократилось в 1,7 раза количество дней временной нетрудоспособности, уменьшилось число обострений хронических заболеваний и степень их выраженности (при этом у 54 % обследованных обострения хронических заболеваний отсутствовали) (табл. 2). У всех обследованных отмечалось улучшение самочувствия.

Результаты исследования влияния СКЛ на КЖ обследованных пациентов, проведенного в соответствии с вышеописанной методикой, представлены в таблице 2.

Таблица № 2. Динамика качества жизни на фоне санаторно-курортного лечения ($M \pm m$)

Изучаемые показатели	До СКЛ	После СКЛ	Достоверность различия
PF	52,4 ± 0,6	64,8 ± 0,5	p < 0,01
RP	27,3 ± 0,8	45,1 ± 0,8	p < 0,01
BP	45,3 ± 0,8	50,1 ± 0,6	p < 0,01
GH	52,9 ± 0,9	58,9 ± 0,6	p < 0,01
VT	52,1 ± 0,8	60,2 ± 0,7	p < 0,01
SF	48,7 ± 1,1	65,1 ± 1,2	p < 0,01
RE	45,5 ± 1,0	53,9 ± 1,0	p < 0,01
MH	57,2 ± 0,9	59,8 ± 0,7	p < 0,05

Анализ полученных данных показал положительную динамику физического и психического компонентов здоровья у пациентов всех нозологических групп. Максимальный прирост показателей эмоционального и социального функционирования, жизнеспособности, и психологического здоровья зарегистрирован у больных с артериальной гипертензией и нейроциркуляторной дистонией. Наиболее выраженный регресс боли отмечен у больных с дорсопатиями.

Оценка качества санаторно-курортной услуги

Одним из основных факторов, определяющих эффективность СКЛ и рентабельность санаторно-курортных учреждений, является качество санаторно-курортной услуги. Это понятие включает ряд характеристик, отражающих различные направления деятельности: развитие курортной инфраструктуры, ассортимент природных и преформированных лечебных факторов, оснащение материально-технической базы, использование современных медицинских и информационных технологий, квалификацию и профессиональную подготовку кадров и др. Соответствие качества санаторно-курортной услуги современным требованиям обеспечивает конкурентоспособность и востребованность учреждения [10].

Для административного контроля качества работы учреждения необходимо наличие системы четких объективных критериев, отражающих основные направления его работы – организацию лечения и оздоровления, проживания, питания, досуга и т.д. С этой целью на практике используются показатели, характеризующие деятельность каждой из служб в целом, и конкретных работников в отдельности: объем работы, нормативную нагрузку специалистов, выполнение функциональных обязанностей, ведение учетно-отчетной документации, характер взаимодействия различных подразделений и т.д. [10, 11].

Вместе с тем, значимую информацию о качестве СКЛ в санаторно-курортном учреждении предоставляет мнение его пациентов, т.е. осуществление принципа «обратной связи». Точка зрения отдельного пациента, безусловно, носит субъективный характер, вместе с этим, систематический анализ отзывов реально отражает позитивные и негативные стороны в организации процесса СКЛ. Формы такой работы могут быть различными: анонимное анкетирование, отклики на интернет-сайтах, применение «книг отзывов и предложений», индивидуальные беседы и регулярные встречи администрации с пациентами и т.д.

Общепризнанным методом проведения скрининговых опросов является анонимное анкетирование [15]. С этой целью применяются анкеты с умеренным количеством (не более 7-10) четко сформулированных вопросов, все-сторонне характеризующих деятельность санаторно-

курортного учреждения: отношение медицинского и обслуживающего персонала, качество лечения, питания, уборки номеров; организацию досуга и др. Для унификации ответов, как правило, используется бальная оценка (например, от 1 до 5 баллов) либо традиционные категории качества – отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Низкие оценки деятельности той или иной службы, безусловно, нуждаются в выяснении причин сложившейся ситуации, служат поводом для внесения соответствующих корректив в организацию их работы.

Регулярный (ежемесячный, кварталный и т.д.) анализ отзывов о СКЛ администрацией санаторно-курортного учреждения может способствовать своевременному выявлению недостатков и принятию мер по их устранению, что позволит поддерживать должный уровень качества санаторно-курортной услуги [10].

Опыт организации СКЛ в клиническом санатории «Приокские дали» показывает, что для конструктивного взаимодействия с пациентами рационально использовать очные и заочные формы общения. Систематическая работа в этом направлении осуществляется коллегиально с участием руководителей служб, врачей, курирующих пациентов, диетолога, администраторов корпусов, регистраторов.

Еженедельно в конференционном зале проходят встречи администрации с пациентами санатория, куда по громкой связи приглашаются все желающие. В ходе встречи демонстрируется информационный фильм о санатории, проводится беседа с ответами на интересующие пациентов вопросы. Такая форма осуществления «обратной связи» способствует установлению позитивного эмоционального контакта и позволяет решать ряд вопросов и насущных проблем в режиме «on line».

Регулярно проводится анонимное анкетирование пациентов санатория. Для этого каждому предоставляется

возможность заполнить специально разработанную анкету, предлагающую оценить по 4-бальной шкале (отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно) предоставленные услуги: качество работы врачей, среднего медперсонала, сотрудников пищеблока и спальных корпусов, качество лечения, питания, уборки номеров, организации досуга. В примечании к анкете пациенту настоятельно рекомендуется объяснить причины низких оценок (при наличии таковых) и отразить имеющиеся замечания.

Для изучения мнения пациентов используются 4 «Книжки отзывов», размещенные на стендах в холлах административного, лечебного, спального корпусов и столовом зале. В них пациенты имеют возможность отразить свои впечатления о проведенном лечении, оздоровлении и досуге, указать на позитивные и негативные с их точки зрения явления, высказать предложения по оптимизации СКЛ и т.д.

Анализ всей полученной информации проводится ежемесячно на заседании медсовета санатория. Это позволяет объективизировать оценку качества СКЛ и своевременно вносить необходимые коррективы в работу санатория.

РЕЗЮМЕ

Резюмируя вышеизложенное можно утверждать, что необходимость объективизации оценки результатов СКЛ продиктована реалиями развития санаторно-курортной отрасли. С этой целью может быть использована вышеизложенная методология системной оценки эффективности СКЛ, основанная на анализе комплекса факторов: непосредственных и отдаленных результатов лечения, качества жизни, качества санаторно-курортных услуг. Ее применение позволяет проводить объективную оценку результатов и качества СКЛ, что может иметь практическое значение для санаторно-курортных учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Материалы заседания Президиума Государственного совета Российской Федерации №38 «О развитии туризма и курортно-рекреационного комплекса» от 23 июля 2004г. // Курортные ведомости. – 2004. – №6. – С. 2-16.
2. Савченко В.М. Методологические аспекты оценки эффективности лечения на курорте // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечеб. физич. культуры. – 2000. – № 6. – С. 12-15.
3. Соколов А.В. Научно-методологическое обоснование нового принципа оценки эффективности восстановительных технологий // Вестник восстановительной медицины. – 2004. – №2. – С. 7-11.
4. Бобровницкий И.П. Методологические аспекты разработки и внедрения новых технологий оценки и коррекции функциональных резервов в сфере восстановительной медицины // Курортные ведомости. – 2007. – № 3 (42). – С. 8-10.
5. Разумов А.Н. Восстановительная медицина – новое направление медицинской науки и практического здравоохранения // Вестник восстановительной медицины. – 2006. – №3 (17). – С. 4-6.
6. Соколов А.В. Диагностические технологии восстановительной медицины: достигнутые результаты и перспективы развития // Вестник восстановительной медицины. – 2008. – №5. – С. 4-9.
7. Полторанов В.В., Мазур М.М. Санаторно-курортное лечение и его эффективность. – М. Профиздат. – 1969. – 240 с.
8. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб. – 2002. – 313 с.
9. Пономаренко Г.Н., Лещев А.Л., Морозов С.Л. и др. Качество жизни как предмет научных исследований в физиотерапии // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечеб. физич. культуры. – 2004. – №4. – С.32-35.
10. Ветитнев А.М., Поташева И.Ю. Внедрение систем менеджмента качества санаторно-курортных услуг в управление санаторием // Курортное дело. – 2007. – №1. – С.32-36.
11. Серегина И.Ф., Короткова Е.О. О некоторых результатах проверки качества оказания медицинской помощи и эффективности использования санаторно-курортных учреждений федерального подчинения // Физиотерапевт. – 2006. – №5. – С.26-29.
12. Критерии оценки эффективности санаторно-курортного лечения больных: методические рекомендации. – М. – 1964. – 42 с.
13. Соколов А.В., Шумова А.Л. Интеграция адаптационного и нозологического подходов в оценке индивидуального здоровья // Вестник восстановительной медицины. – 2003. – №3. – С. 9-12.
14. Курортное лечение: Сборник / Сост. В.С.Каширин. – М. Знание. – 1986. – 64с.
15. Социология. Энциклопедия: Серия «Мир энциклопедий». – М. – 2003. – 1312 с.

ABSTRACT

Summarising the above-stated it is possible to assert that necessity объективизации estimations of results санаторного treatments is dictated by realities of development of sanatorium branch. The methodology of a system estimation of efficiency set forth above санаторного the treatments, based on the analysis of a complex of factors can be with that end in view used: the direct and remote results of treatment, quality of a life, quality of sanatorium services. Its application allows to spend an objective estimation of results and quality санаторного treatments that can have practical value for sanatorium establishments.

Keywords: Methodology, functional reserves of an organism, quality of a life, quality of sanatorium service, an objective estimation of the direct and remote results of sanatorium treatment.

Контакты

Соколов Александр Владимирович, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой восстановительной медицины и курортологии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова. Директор клинического санатория «Приокские дали» ООО «Газпром трансгаз Москва».
140550, Россия, Московская область, Луховицкий р-он, с. Алпатьево, ул. Санаторная. Тел.: (49663) 58-6-06;
Факс: (49663) 68-6-02; E-mail: Sekretar@spd.mtg.gazprom.ru