

Российской Федерации" (с изменениями на 18 октября 2014 года)

4. Письмо Министерства Здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации от 21 апреля 2010 г. N 15-4/10/2-3204
5. Бомбардинова Е. П., Яцык Г. В., Степанов А. А. Лечение и реабилитация перинатальных поражений нервной системы у детей первых месяцев жизни Медицинский научно-практический журнал «Лечащий врач» №2 2005г.

Дерябина Н.Н.

**ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В
АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ У ПРОВОДНИЦ
ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА**

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Астрахань,
Россия

Deryabina N.N.

**FACTORS AFFECTING THE FORMATION OF THE NEED FOR
OUTPATIENT CARE IN THE CONDUCTORS OF RAILWAY
TRANSPORT**

Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Контактная информация: Дерябина Надежда Николаевна - ассистент кафедры экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования.

Резюме. Задачей настоящего исследования стало изучение значимости факторов, основанных на социально-гигиенических, экономических и поведенческих характеристиках пациента, которые косвенно могут увеличивать вероятность повышения потребности в объемах амбулаторной помощи. Показано, что социально-гигиенические, экономические и поведенческие характеристики проводниц влияют на уровень потребности.

Ключевые слова: потребность в медицинской помощи, факторы, влияющие на потребность.

Abstract. The purpose of this study was to study the importance of factors based on the patient's socio-hygienic, economic and behavioral characteristics, which may indirectly increase the likelihood of increasing the need for outpatient care. It is shown that the socio-hygienic, economic and behavioral characteristics of conductors affect the level of need.

Key words: need for medical care, factors affecting the need.

подавляющим большинством авторов подчеркивается, что дальнейшее совершенствование системы оказания медицинской помощи, повышение эффективности и результативности ее деятельности связано не только с ее приоритетным ресурсным обеспечением, но и оптимизацией организационно-управленческих и технологических возможностей [1,2,3]. Решение указанных проблем является существенным резервом оптимизации деятельности не только отдельных медицинских организаций, но и всей системы медицинского обеспечения населения, как на уровне региона, так и на уровне страны в целом [4,5,6,7].

Формирование потребности необходимых объемов амбулаторной помощи можно представить в виде трехфакторной модели: обращения инициированные со стороны пациентов (обращения по поводу заболеваний и болезненных состояний), профилактических посещений (могут быть инициированы как пациентами, так и медицинскими работниками), а также посещениями, выполненными по программе диспансерного наблюдения в соответствии с программами медицинского наблюдения для определенных профессиональных групп [8,9,10].

Удельный вес первого фактора - обращения по поводу заболеваний и болезненных состояний, наиболее значительный и зависит в первую очередь от уровня заболеваемости, а также от используемых технологий диагностики, лечения и реабилитации [11,12,13]. Снижение потребности возможно в двух направлениях: уменьшение количества случаев заболеваний на основе знаний о факторах риска их возникновения и прогрессирования (первичная профилактика) и управление длительностью лечения (в том числе и кратностью посещений) на основе знаний о факторах риска увеличения продолжительности (кратности посещений) амбулаторного лечения [14,15,16,17].

Задачей настоящего исследования стало изучение значимости факторов, основанных на социально-гигиенических, экономических и поведенческих характеристиках пациента, которые косвенно могут увеличивать вероятность повышения потребности в объемах амбулаторной помощи.

Для решения поставленной задачи было проведено исследование социально-гигиенических, экономических и поведенческих характеристик проводниц, проходивших амбулаторное лечение. Из группы были исключены лица, находящиеся на диспансерном наблюдении. Также не учитывались профилактические посещения, выполненные в соответствии с программой проверки профессиональной пригодности работников и посещения по поводу получения различных справок (бассейн, фитнес-клубы, спортивные секции и т.п.). Данные получены путем выкопировки из медицинской документации, методом анкетирования и интервью. Всего исследовано 150 случаев лечения в амбулаторных условиях.

В качестве критического количества посещений по поводу заболеваний и нарушения состояния здоровья, в соответствии с которым производилось деление на группы сравнения, принимали 4 посещения в год, что позволило выделить группу численностью 68 проводниц, количество посещений которых было менее 4 раз в год – основная группа, и 82 проводницы, которые посещали амбулаторные медицинские учреждения более чем 4 раза в год – контрольная группа. Среднее количество посещений в основной группе составило $3,12 \pm 0,16$ раз в год, в контрольной $5,87 \pm 0,41$ раз в год (различия достоверны, $p < 0,05$). Средний возраст и образовательный уровень в сравниваемых группах достоверно не отличался ($p > 0,05$).

Анализ связи представленных социально-экономических характеристик и частоты обращения за амбулаторной помощью позволил выявить следующие закономерности. Удовлетворенные своей профессиональной деятельностью несколько реже обращались за медицинской амбулаторной помощью (коэффициент ассоциации – 0,31; диагностический коэффициент – 1,87; уровень информативности – 0,04; значение критерия χ^2 – 1,25, что ниже заявленного уровня отрицания «нулевой гипотезы» с вероятностью 95%).

Низкий уровень дохода также несколько повышал вероятность обращения за амбулаторной помощью (коэффициент ассоциации – 0,32; диагностический коэффициент – 1,41; уровень информативности – 0,05; значение критерия χ^2 – 1,54), однако уровень вероятности отрицания «нулевой гипотезы» не превышал диагностического порога. Значимой разницы в частоте обращений между подгруппой проводниц со средними и высокими доходами выявлено не было ($p > 0,05$).

Наличие собственного жилья (квартира, частный дом) снижало частоту амбулаторных обращений (коэффициент ассоциации отрицательный – 0,41; диагностический коэффициент отрицательный – 1,81; уровень информативности – 0,11; значение критерия χ^2 – 3,54).

Следовательно, в качестве факторов риска повышения частоты обращения в амбулаторные медицинские учреждения, несмотря на низкий уровень достоверности, можно рассматривать отсутствие удовлетворенностью профессиональной деятельностью, низкий уровень дохода и отсутствие собственного жилья. Логический анализ указывает на вероятные связи между вышеуказанными признаками, что и было подтверждено с помощью корреляционного анализа матрицы взаимных связей. Так, выявлено, что корреляционная связь между указанием на неудовлетворенность профессиональной деятельностью и низким уровнем дохода составляет 0,58, между низким уровнем дохода и отсутствие собственного жилья – 0,68, что приближает ее по силе к функциональной зависимости.

**Таблица 1. Анализ отношений в семьях проводниц
(на 100 обследованных)**

Характеристика	Количество участвующих в опросе – 150 чел. Абс. %	
Отношения в семье		
Хорошие	28	18,7
Удовлетворительные	66	44,0
Плохие, конфликтные	56	37,3
Причины конфликтов в семье (56 человек)		
Отношения с родителями	9	16,1
Употребление алкоголя супругом	25	44,6
Материальные трудности	21	37,5
Трудности в процессе воспитания детей	14	25,0
Дисгармония интимных отношений	13	23,2
Другие причины	7	12,5

Данные показатели связи позволяют рассматривать комплекс факторов, что значительно повышает прогностические характеристики комплекса – низкая материальная обеспеченность работника не позволяющая ему создать нормальные социально-гигиенические условия проживания (коэффициент ассоциации – 0,61; диагностический коэффициент – 4,48; уровень информативности – 0,25; значение критерия χ^2 – 5,54, что превышает заявленный уровень отрицания «нулевой гипотезы» с вероятностью 95%).

Результаты изучения семейных отношений и причин конфликтов в семьях (по данным анкетирования) проводниц представлены в таблице 1. Так как вопрос о причинах конфликтов в

семье допускал несколько ответов, сумма долей может превышать 100%.

Удовлетворены отношениями в семье практически две трети опрошенных (62,7%), однако значительная часть проводниц открыто признавали наличие конфликтов в семье (37,3%). В качестве наиболее частых причин конфликтов назывались «употребление алкоголя супругом» и «материальные трудности». Большинство опрошенных (54%) называли не одну причину конфликтов. Анализ ответов показывает, что многие конфликты были связаны с особым графиком работы (длительные поездки).

Анализ связи особенностей семейных отношений и частоты обращения за амбулаторной помощью позволил выявить следующие закономерности. Удовлетворенные семейными отношениями несколько реже обращались за медицинской амбулаторной помощью (коэффициент ассоциации – 0,28; диагностический коэффициент – 1,57; уровень информативности – 0,08; значение критерия χ^2 – 1,89, что ниже заявленного уровня отрицания «нулевой гипотезы» с вероятностью 95%). Наоборот, недовольство семейными отношениями, наличие признаваемых конфликтов в семье повышало вероятность обращения за амбулаторной медицинской помощью (коэффициент ассоциации – 0,38; диагностический коэффициент – 2,57; уровень информативности – 0,18; значение критерия χ^2 – 3,89). Множественность причин конфликтов значительно увеличивала вероятность обращения в амбулаторные учреждения. Так, при двух названных причинах конфликтов, коэффициент ассоциации увеличивался практически в полтора раза (коэффициент ассоциации – 0,56; диагностический коэффициент – 2,89; уровень информативности – 0,24; значение критерия χ^2 – 4,89), а при указании трех причин конфликтов коэффициент ассоциации увеличивался более чем в два раза сравнительно с первоначальным уровнем (коэффициент ассоциации – 0,81; диагностический коэффициент – 3,21; уровень информативности – 0,32; значение критерия χ^2 – 5,48).

Следовательно, в качестве факторов риска повышения частоты обращения в амбулаторные медицинские учреждения можно рассматривать «плохие» (с точки зрения опрошенного) отношения в семье и наличие (также с точки зрения опрошенного) конфликтов, причем указание на несколько причин конфликтов повышает вероятность обращения за медицинской помощью.

В основной группе значимость приоритета «здоровье» оценивалось значительно более высоко перед приоритетами «работа», «образование», «карьера», «материальные блага» и «духовные ценности», тогда как в контрольной значимость приоритета «здоровье»

соответствовало значимости приоритета «работа». Приведенные данные позволяют объяснить и более высокий уровень вероятности длительного лечения у женщин с высоким уровнем дохода.

Субъективная оценка уровня собственного здоровья не отличалась в сравниваемых группах ($3,64 \pm 0,16$ баллов в основной группе против $3,51 \pm 0,18$ баллов в контрольной, различия не достоверны, $p > 0,05$). Подавляющее большинство исследованных в обеих группах считали себя ответственными за свое здоровье ($91 \pm 3,47\%$ и $94 \pm 2,62\%$ в основной и контрольной группах соответственно). В основной группе достоверно больше женщин считали медицинскую помощь доступной - $68 \pm 5,65\%$, чем в контрольной - $37 \pm 5,33\%$ (различия достоверны, $p < 0,05$). Каждая шестая женщина ($16 \pm 4,04\%$) контрольной группы высказывала мнение о недоступности медицинской помощи, остальные затруднились с ответами, однако оценка работы лечебно-профилактических учреждений в группах достоверно не отличалась ($3,88 \pm 0,18$ баллов в основной группе против $3,82 \pm 0,11$ баллов в контрольной группе).

Высокая медицинская активность наблюдалась у большинства обследованных женщин и проявлялась в частоте обращения в лечебные учреждения при появлении первых симптомов заболевания (недомогания). Самолечение в той или иной степени используют практически все женщины исследуемых групп, однако в основной группе только $11 \pm 3,79\%$ женщин всегда используют данный метод, тогда как в контрольной их доля была в практически в пять раз больше - $29 \pm 5,01\%$ (различия достоверны, $p < 0,05$). Факт наличия связи приверженности к самолечению и увеличению вероятности более частого амбулаторного лечения подтверждают и значения коэффициента ассоциации - 0,66 и диагностического коэффициента - 5,41. Однако считают, что их знаний достаточно для самостоятельного выбора метода лечения и назначения лекарственных препаратов, чаще в основной группе, чем в контрольной ($18,1 \pm 4,66\%$ в основной против $9 \pm 3,16\%$ в контрольной группе). Не выявлено в сравниваемых группах ни одного случая совпадения факта самолечения и субъективной оценки знаний на достаточном уровне.

Следовательно, более адекватная оценка своих способностей к назначению лечебных мероприятий наблюдается в основной группе, что свидетельствует о более ответственном подходе к своему здоровью.

В качестве основных источников информации более половины женщин основной и контрольной группы ($54 \pm 6,04\%$ в основной и $52 \pm 5,51\%$ в контрольной группе) использовалась специальная литература. В контрольной группе достоверно чаще ориентировались

на информацию, полученную из средств массовой информации ($14\pm 4,2\%$ в основной и $38\pm 5,36\%$ в контрольной группе, различия достоверны, $p < 0,05$). Затруднялись с ответом на вопрос об источнике знаний, используемых для самолечения, более часто женщины основной группы ($28\pm 5,44\%$ против $11\pm 3,45\%$ в контрольной группе, различия достоверны, $p < 0,05$). Достоверно чаще женщины контрольной группы слушали советы окружающих ($75\pm 4,78\%$ в контрольной группе и $49\pm 6,1\%$ в основной группе, $p < 0,05$), причем всегда слушали советы окружающих (не специалистов) $28\pm 4,95\%$ женщин контрольной группы и только $9\pm 3,47\%$ женщин основной группы (различия достоверны, $p < 0,05$).

В четыре раза чаще женщины контрольной группы признавались, что могут самостоятельно, без совета с врачом прекратить лечение ($24\pm 2,88\%$ в контрольной группе против $6\pm 4,71\%$ в основной группе, различия достоверны, $p < 0,05$). Информировали о нарушении данных врачом рекомендаций достоверно чаще в основной группе ($38\pm 5,88\%$ в основной группе против $7\pm 2,81\%$ в контрольной группе, $p < 0,05$). Характеристики связи между вышеуказанными признаками свидетельствовали о высоком уровне прогностической и диагностической ценности (коэффициент ассоциации - 0,78; ДК - 4,37; информативность - 0,79), что свидетельствует о росте уровня вероятности обращения за амбулаторной помощью.

Достоверно чаще женщины основной группы уточняли у врача информацию о графике приема препаратов, данных им рекомендациях ($68\pm 5,65\%$ в основной и $31\pm 5,1\%$ в контрольной группе, различия достоверны, $p < 0,05$), что позволяет использовать данный признак в качестве прогностического (коэффициент ассоциации - 0,59; ДК - 3,77; информативность - 0,45; $\chi^2 - 3,25$).

Поддержание постоянного контакта с медицинским учреждением в процессе лечения и, в первую очередь с лечащим врачом, способствовало уменьшению количества амбулаторных посещений (коэффициент ассоциации 0,58; ДК - 2,84; информативность 0,38; $\chi^2 - 2,99$). Частота постоянного контакта с врачом была значительно выше среди женщин основной группы ($45\pm 6,03\%$ в основной против $18\pm 4,24\%$ в контрольной группе, различия достоверны, $p < 0,05$). Данный признак обладал очень высоким уровнем чувствительности - $82,95\%$, что позволяет использовать его в качестве скринингового параметра.

Сведения о прогностической значимости исследованных признаков представлены в таблице 2 (показатели диагностического коэффициента округлены до 0,5 баллов), (факторы (антифакторы) сортированы по убывающему значению ДК).

Итого получено 3 фактора риска и 3 антифактора риска. Суммарный прогностический вес факторов составил 24 балла. Суммарная информативность – 2,43.

Таблица 2. Данные о прогностической значимости признаков характеризующих риск более частого обращения за амбулаторной медицинской помощью у проводниц железнодорожного транспорта

Факторы (антифакторы) риска	ДК (в баллах)
Низкая материальная обеспеченность работника не позволяющая ему создать нормальные социально-гигиенические условия проживания	4,5
Субъективная негативная оценка семейных отношений	3
Допустимость самолечения	5,5
Информирование врача о нарушении графика приема препаратов и не выполнении данных назначений	-4,5
Уточнение информации, полученной от врача в процессе лечения	-3,5
Поддержание постоянного контакта с врачом в процессе лечения	- 3

Таким образом, формирование потребности в амбулаторной помощи в отношении проводниц железнодорожного транспорта зависит от некоторых социальных, экономических, поведенческих особенностях пациентов. В качестве факторов повышающих уровень потребности в амбулаторной помощи можно указать достаточную степень удовлетворения своей профессиональной деятельностью (коэффициент ассоциации – 0,31; диагностический коэффициент – 1,87); уровень дохода ниже 2х прожиточных минимумов на одного члена семьи (коэффициент ассоциации – 0,32; диагностический коэффициент – 1,41); отсутствие собственного жилья (коэффициент ассоциации – 0,41; диагностический коэффициент – 1,81). Однако с учетом тесной корреляционной связи между вышеуказанными признаками целесообразно рассматривать комплекс факторов, что значительно повышает прогностические характеристики комплекса – низкая материальная обеспеченность работника не позволяющая ему создать нормальные социально-гигиенические условия проживания (коэффициент ассоциации – 0,61; диагностический коэффициент –

4,48). Кроме того, следует учитывать субъективную негативную оценку семейных отношений (коэффициент ассоциации – 0,38; диагностический коэффициент – 2,89)

Несмотря на достаточно высокую оценку в обеих группах системы организации медицинской помощи женщины реже обращающиеся в амбулаторные учреждения считают медицинскую помощь более доступной ($68 \pm 5,65\%$ против $37 \pm 5,33\%$), не практикуют самолечение ($11 \pm 3,79\%$ против $29 \pm 5,01\%$), используют качественные источники информации.

Снижение частоты обращения в амбулаторные медицинские учреждения наблюдалось у работников, которые информировали врача о нарушении данных рекомендаций ($38 \pm 5,88\%$ против $7 \pm 2,81\%$), уточняли у врача информацию о графике приема препаратов, данных им рекомендациях ($68 \pm 5,65\%$ против $31 \pm 5,1\%$), поддерживали постоянный контакт с лечащим врачом ($45 \pm 6,03\%$ против $18 \pm 4,24\%$).

Таким образом, использование полученных данных дает возможность активного влияния на потребность в амбулаторной помощи и позволяет повысить эффективность расходования экономических ресурсов системы здравоохранения. Представленная концепция коренным образом отличается от существующих, что позволяет надеяться на преодоление недостатков используемых подходов к планированию и получение более качественных результатов планирования потребности в объемах медицинской помощи.

Литература

1. Хабриев Р.У., Линденбрaten А.Л., Комаров Ю.М. Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 3. С. 3-5.
2. Щепин О.П., Коротких Р.В. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. Т. 23. № 6. С. 3-6.
3. Щепин В.О., Расторгуева Т.И. К вопросу о развитии приоритетных программ в здравоохранении России // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2012. № 6. С. 179-182.
4. Черкасов С.Н., Шипова В.М., Берсенева Е.А., Мешков Д.О., Безмельницына Л.Ю., Лалабекова М.В., Федяева А.В., Олейникова В.С. Современные методические подходы к

- планированию объемов медицинской помощи // Бюллетень Национального Научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А.Семашко. 2016. - №4. – С.95-110.
5. Черкасов С.Н., Сопова И.Л., Басарболиев А.В. Современные подходы к планированию необходимых объемов диагностических исследований с использованием вероятностного прогнозирования / Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2014. №3. С. 143-147.
 6. Черкасов С.Н., Курносиков М.С., Сопова И.Л. Возможности моделирования объемов медицинской помощи по данным демографического анализа // В сборнике: Наука и практика: партнерство в реализации стратегии национального здравоохранения в регионе 2015. С. 309-312.
 7. Берсенева Е.А., Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Мешков Д.О. Актуальные вопросы создания автоматизированной системы расчета объемов первичной медико-санитарной помощи в Тверской области. // Вестник современной клинической медицины. Т9. Выпуск 4. 2016.-С.15-20
 8. Хетагурова А.К., Черкасов С.Н., Курносиков М.С. Оценка влияния социально-экономических факторов и особенностей поведения пациента на потребность в стационарной помощи в послеродовом периоде // Экономика здравоохранения. 2012. № 1-2. С. 11.
 9. Черкасов С.Н., Сахибгареева Э.Х., Брагин А.Ю., Сараев А.Р. Особенности потребительского выбора пациентов медицинской организации как основа планирования ее деятельности // В сборнике: Проблемы развития предприятий: теория и практика Материалы 15-й Международной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Самарского государственного экономического университета: в 2-х частях. 2016. С. 200.
 10. Лалабекова М.В., Берсенева Е.А., Черкасов С.Н., Мешков Д.О. Концептуальные подходы к созданию автоматизированной системы расчета объемов первичной медико-санитарной помощи в Тверской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 7. С. 59-68.
 11. Черкасов С.Н., Курносиков М.С., Сопова И.Л. Использование демографического анализа при планировании объемов

- медицинской помощи // В сборнике: Экология и здоровье человека на Севере сборник научных трудов VI-го Конгресса с международным участием. Под редакцией Петрова П.Г.. 2016. С. 601-605.
12. Сараев А.Р., Сахибгареева Э.Х., Черкасов С.Н., Сопова И.Л. Оценка социального статуса потенциального потребителя как условие обеспечения высокой эффективности деятельности медицинской организации // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2013. № 2-3. С. 131-132.
 13. Берсенева Е.А., Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Мешков Д.О. Актуальные вопросы создания автоматизированной системы расчета объемов первичной медико-санитарной помощи в Тверской области // Вестник современной клинической медицины. 2016. Т. 9. № 4. С. 15-20.
 14. Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Берсенева Е.А., Мешков Д.О. Факторы, влияющие на потребность в первичной медико-санитарной помощи на территориях с преимущественным проживанием городского населения // Общественное здоровье и здравоохранение. 2017. № 1. С. 67-70.
 15. Черкасов С.Н., Мешков Д.О., Берсенева Е.А., Безмельницына Л.Ю., Лалабекова М.В., Федяева А.В., Олейникова В.С. Пути совершенствования технологии планирования объемов медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 5. С. 95-104.
 16. Черкасов С.Н., Егиазарян К.А., Курносиков М.С., Федяева А.В., Олейникова В.С. Подходы к планированию потребности в специализированной стационарной медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2017. № 5. С. 78-86.
 17. Черкасов С.Н., Федяева А.В. Возрастная динамика частоты обращений за амбулаторной медицинской помощью по причинам, включенным во второй класс МКБ-10 ("Новообразования") у мужчин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2017. № 7. С. 84-91.
-