

Система реабилитации – это система с многочисленными автономными блоками, возникновение и функционирование которых обусловлены как участием различных учреждений в оказании помощи таким больным, так и многообразными проявлениями болезни (сочетанная патология), требующими многообразных подходов к коррекции (лечению, реабилитации) и социальной адаптации. Развитие системы медико-социальной помощи и повышения качества жизни пациентов порождает новые связи, усложняя её организационную сложность. Необходимо добиваться повышения качества взаимоотношений между всеми организационными структурами системы, перехода их на новый, более высокий уровень взаимного дополнения.

Пациенты с сочетанной патологией нуждаются в проведении медико-педагогических мероприятий и предотвращении рецидивов заболевания после проведенного лечения, поэтому информация о них должна постоянно актуализироваться в системе. Психологическая адаптация требует не только разового поступления данных о составе семьи, образовательном уровне, состоянии здоровья и финансовом обеспечении, показателях качества жизни, но и текущих данных о динамике изменения этих параметров.

Необходимо создание иерархии информационных систем наблюдения, лечения и реабилитации – от учреждений до региональных комплексов и федеральных центров. В этом случае федеральным, межрегиональным и территориальным центрам будет доступна вся необходимая медицинская информация о пациентах, хранящаяся в базах данных ЛПУ, а поликлиники по месту жительства больных будут иметь полноценные сведения об их реабилитации в специализированных учреждениях. В рамках административной территории может также осуществляться и обмен данными с учреждениями, участвующими в социальной адаптации больных и работе с их семьями.

Таким образом, современный подход к решению этих вопросов предполагает переход к комплексному использованию компьютеризированных систем обработки и анализа данных, получаемых врачами в процессе наблюдения за больными. Вертикальные связи обеспечат преемственность в проведении восстановительной терапии и ускорение внедрения новых методов реабилитации в ЛПУ всех уровней.

ОСНОВНОЙ КОМПОНЕНТ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ – ЗДОРОВЬЕ

Парахонский А.П.

*Медицинский институт высшего
сестринского образования. Кубанский
медицинский институт, Краснодар,
e-mail: para.path@mail.ru*

В понятие «качество жизни» входят многие составляющие – материальная обеспеченность, политические права и свободы, состояние межгрупповых и межличностных отношений и др. Но среди многих компонентов главным, целевым и конечным является здоровье. В случае его нехватки все другие теряют свою ценность. К сожалению, в большинстве определений здоровья включены второстепенные положения, затрудняющие понимание его сущности и использование для построения методики количественного исчисления. Показано, что величина здоровья может быть представлена в показателях мощности и количества. Мощность характеризует состояние структуры, функции и адаптационных возможностей в данный момент времени. Наиболее значимым в теоретическом и прикладном отношении является диапазон оптимальной адаптации. Для него характерно полное соответствие между морфофункциональными возможностями организма и условиями существования на основе гомеостаза. Понятию оптимальной адаптации адекватно представление о здоровье человека в его биосоциальном значении. При напряжённой адаптации сохраняется физиологическая регуляция функций. Главная особенность этого диапазона заключается в переходе гомеостаза на новый уровень регулирования в ответ на изменения среды или реактивности организма. Количество здоровья – более инертная категория, определяющаяся не только условиями, но и в основном генетической детерминантой. Это потенциальная возможность человека и популяции к реализации, как процесса, так и качества жизни при его определённом состоянии.

Количество здоровья целесообразно определять по конечным не только биологическим, но и социально-биологическим показателям, в которых были бы сбалансированы все позитивные и негативные компоненты здоровья. Такими показателями могут являться средняя продолжительность предстоящей жизни, интеграл работоспособности, воспроизводство потомства и самочувствие. Эти показатели можно выразить количественно и, переведя в относительные

единицы, сложить в одну нормируемую величину. Сравнивая её с подобными величинами, можно оценивать количество здоровья данной популяции.

Анализ результатов показал, что само понятие «качество жизни» и набор факторов, составляющих и влияющих на него, неодинаковы в разных возрастных периодах. Установлено, что в пожилом возрасте среди факторов, ухудшающих качество жизни, главенствовала полиморбидность, либо монопатология, приводившая к выраженной функциональной недостаточности. Лица, не имевшие хобби, возможностей для общения, испытывали психологические затруднения в первые годы выхода на пенсию, чаще болели, ниже оценивали качество жизни, чем их ровесники умеющие организовать своё свободное время, найти возможность для активного общения. Для повышения качества жизни пожилых людей имеет большое значение постоянное медицинское наблюдение, комплексная социальная помощь, уход и забота по месту жительства.

Таким образом, здоровье – такое состояние структуры, функции и адаптационных резервов, которое обеспечивает человеку определённую продолжительность жизни, работоспособности, репродукцию и самочувствие. Мера развития и норма здоровья является вариантом меры и нормы развития организма. Поэтому понятию здоровья соответствует морфофункциональная норма здорового организма. Количественная оценка состояния здоровья позволяет более полноценно характеризовать качество жизни как относительно здоровых, так и больных людей особенно в процессе лечения. Вертикальные связи обеспечат преемственность в проведении восстановительной терапии и ускорение внедрения новых методов реабилитации в ЛПУ всех уровней.

ОСНОВА УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ – ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОМОЦИЯ ЗДОРОВЬЯ

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский институт,
Краснодар,
e-mail: para.path@mail.ru*

В настоящее время вся система здравоохранения вовлекается в процесс реформирования с целью оптимизации своей деятельности. При переходе от философии оказания медицинской

помощи к философии здоровья чётко выделились две концепции: первая, связанная с заболеванием, – профилактика заболеваний и вторая – промоция здоровья. Разработка понятий баланса здоровья и его потенциала или ресурса, помогла приблизиться к понятию промоции здоровья, его более полному раскрытию. К ресурсам здоровья относят факторы, способствующие здоровью. Факторы, действующие в противоположном направлении, известны как факторы риска. Они приводят к нарушению потенциала здоровья. В таком случае промоция здоровья объединяет многие усилия, направленные на защиту, поддержание и улучшение потенциала здоровья, его баланса, а значит и качества жизни.

Программы, базирующиеся на понятиях профилактики и промоции здоровья, охватывают медицинскую практику, санитарное просвещение и образование, деятельность предприятий, законодательство, образы жизни, религиозные представления. Реализация этих концепций может способствовать разработке общественной политики, концентрирующей всё своё внимание на человеке и создании всех условий для его всестороннего развития, повышения качества жизни и плодотворного участия в производстве и общественной жизни. Очевидно, что необходимо действенное участие здравоохранения в формировании внешней среды, обеспечивающей здоровье человека; развитии индивидуальных навыков, разработке и совершенствовании законодательства по здравоохранению, в усилении общественной активности, направленной на поддержание и улучшение здоровья и качества жизни. В условиях позитивного для населения реформирования системы здравоохранения, это позволит способствовать защите и укреплению здоровья человека, повышению качества его жизни, созданию благоприятных условий для продуктивной деятельности.

При изучении амбулаторных карт людей пожилого и старческого возраста, и с помощью специальных анкет проведена оценка состояния здоровья, психологического статуса, социального, материально-экономического положения, эффективности и действенности решения медицинских, социальных и других проблем обследуемых. Показано, что качество жизни снижалось у большинства обследованных, однако, на первый план среди факторов, определяющих его уровень, выдвигались социальные проблемы, общее нездоровье, обусловленное гиподинамией, снижением возможности к передвижению, самообслуживанию, общению, головокружениями, падениями, вынужденной социальной изоляцией, одиночеством, психо-