

Большинство опрошенных считают, что работники медицинских учреждений не заинтересованы в здоровье своих пациентов. Так считает приблизительно 65%. Около 32% респондентов отмечают заинтересованность медперсонала в здоровье больных. Остальные затруднились ответить положительно или отрицательно на этот вопрос. Несмотря на негативные оценки деятельности медицинских работников, подавляющее большинство опрошенных – около 82% никогда не обращалось с претензиями к работе медперсонала.

К своим пожеланиям многие хотели бы, чтобы медицинские работники с большим вниманием относились к проблемам своих пациентов, проявляли большую заинтересованность при приеме и лечении больных, чтобы медперсонал относился к своим пациентам к медработникам – ведь они сами могут стать больными на приеме. Также респонденты отмечали недостаточно высокую оплату труда работников медицинских учреждений и рекомендовали повысить заработную плату медперсоналу. Видимо, многие полагают, что с повышением оплаты труда медперсоналу, последние будут замотивированы на индивидуальный, а не на поточный подход к своим пациентам.

На этой основе можно высказать предположение о том, что невнимательность со стороны медицинских работников по отношению к больным обусловлена отсутствием положительной мотивации у медперсонала, связанной с низкой оплатой труда и в целом с нестабильной социальной и экономической обстановкой в обществе; что заработная плата медработников на сегодняшний день связана не с качеством лечением, а с количеством принятых больных в течение определенного срока. Все это приводит не только к невнимательному отношению к пациентам, но и к снижению профессионализма медработников, что сказывается на качестве оказываемой помощи, и, как следствие, ведет к негативной оценке деятельности медицинского персонала и медучреждений. Данная гипотеза требует дальнейшего изучения.

*А.В. Ефанов, Л.С. Ефанова (Екатеринбург)*

### **Слабовидящий человек как объект социально-медицинской работы**

Значительное число ветеранов и участников вооруженных конфликтов имеют, в той или иной мере, нарушение зрения, то есть являются слабовидящими. Зрение – это одна из ведущих функций человека, обеспечивающая поступление более 90% информации. Даже при частичной утрате зрения человек испытывает затруднения в самообслуживании, передвижении, ориентации, общении, обучении, труде, то есть полноценной жизнедеятельности.

Несмотря на успехи, достигнутые отечественной медициной по лечению заболеваний органа зрения, удельный вес слабовидящих в общей численности населения остается высоким и составляет примерно 10-15 млн чел. Вовремя невыявленное и неэффективно пролеченное нарушение зрения является первопричиной получения человеком инвалидности. Сегодня в нашей стране из почти 12 млн инвалидов каждый десятый – инвалид по зрению.

Кого следует относить к слабовидящим людям? В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности под *слабовидением* понимается значительное снижение зрения, при котором острота зрения на лучше видящем глазу с использованием обычных средств коррекции (очки, линзы) находится в преде-

лах от 0,3 D до 0,05 D или имеется меньшее снижение остроты зрения, но границы угла зрения составляют менее 10°.

Таким образом, к слабовидящим людям мы относим пациентов, имеющих остроту зрения менее 0,3 D с коррекцией или имеющих более высокое зрение, но при значительном нарушении других зрительных функций. Причем минимальная острота зрения слабовидящего человека может быть близка к порогу его светоощущения. За которым уже начинается полная слепота, то есть внешне такой слабовидящий человек может быть с трудом отличим от абсолютно слепого.

В социальной практике слабовидящими можно считать пациентов и с более высоким зрением, но в силу психологических причин считающих себя «очень плохо видящими» («почти слепые», как они сами говорят), что находит отражение в их поведении и в образе жизни.

Кроме того, к слабовидящим относятся лица, составляющие так называемую группу риска. В нее включаются дети, подростки, учащаяся молодежь, лица преклонного возраста, люди, перенесшие сильные нервно-психические расстройства, имеющие травмы глаз, у которых наблюдается прогрессирующее ухудшение зрения, а также лица, имеющие заболевания, влияющие на качество зрения: глаукому, сахарный диабет, заболевания сетчатки глаза и другие, которые потенциально могут привести к слабовидению и слепоте.

На основе сказанного всех слабовидящих можно разделить на три категории: 1) лица, имеющие объективно низкие показатели остроты зрения; 2) лица, имеющие достаточное зрение, но субъективно считающих себя слабовидящими; 3) лица, с падающим зрением (группа риска).

Слабовидение – категория динамическая, она не является стабильным состоянием. Под влиянием лечения, социальной реабилитации, рационального трудового устройства и ряда других факторов зрение слабовидящего человека может значительно улучшиться. Но возможно и обратное, когда в связи с прогрессивностью болезненного процесса и возникающими осложнениями происходит дальнейшее ухудшение зрения и требуется эффективная медицинская и социальная профилактика.

Все реабилитационные мероприятия со слабовидящими можно разделить на следующие виды:

- *социально-медицинская реабилитация* (медикаментозное лечение, физиотерапия, работа на специальных тренажерах, зрительная гимнастика, физические упражнения);

- *социально-психологическая реабилитация* (преодоление душевной депрессии, боязни пространства, развитие компенсаторных чувств, игровые методы работы, тренинги);

- *социально-средовая реабилитация* (активное участие в жизни семьи, трудового коллектива, развитие мобильности, овладение навыками ориентировки, самообслуживания, домоводства, обучение чтению и письму по Брайлю, умению пользоваться тифлотехническими средствами, рельефной и обычной клавиатурами компьютера, получение общего образования);

- *социально-трудовая реабилитация* (получение профессионального образования, профессиональная переподготовка, рациональное трудоустройство, овладение смежными профессиями).

Социально-медицинская работа со слабовидящими должна учитывать их индивидуально-личностные особенности: причины снижения зрения, возраст, образ жизни, ощущение состояния зрения и др. Например, при работе с моло-

дежью, подростками необходимо больше внимания уделять профилактике нарушения зрения, контактам с их родителями, формированию режима труда и отдыха, пропаганде физической культуры. Социальная работа со слабовидящими ветеранами, пожилыми людьми требует больше времени на проведение беседы, такта, часто – необходимости письменного изложения предлагаемых рекомендаций.

Одна из главных задач социальной работы – утверждение идеи активного участия всего общества в реабилитации и реинтеграции слабовидящих. Понятно, что процесс этот длительный, процесс воспитания и гражданского становления всего общества. Это воспитание по сути «нового поколения», для которого реинтеграция нуждающихся станет частью нового мировоззрения и нового образа жизни. Основным тезисом, лежащим в основе проблемы реинтеграции, выступает положение о том, что не слабовидящие люди, а также и другие члены общества с ограниченными возможностями должны приспосабливаться к существующим условиям жизни, а должны иметь возможность включаться в общество на своих собственных условиях, которые общество понимает, учитывает и обеспечивает.

*П.В. Ивачев (Екатеринбург),  
О.В. Цыпушкина (Первоуральск)*

### **Субъективная оценка состояния медицинского обслуживания населением г. Первоуральска Свердловской области**

Конкретные условия состояния общества диктуют способы решения проблем здравоохранения для улучшения качества медицинского обслуживания. Нет, вероятно, идеальной системы здравоохранения вне времени и пространства, конкретной политической и экономической ситуации. Развитие общества, науки и практики здравоохранения заставляют постоянно предпринимать попытки повысить его структуру, конкретизировать функции элементов системы здравоохранения, оптимизировать их взаимодействие не в идеальном пространстве, а в конкретной системе. Общество определяет систему здравоохранения, механизм и технологии удовлетворения потребностей граждан в медицинской помощи, обеспечение их необходимыми ресурсами.

В советский период медицинская помощь оценивалась преимущественно с точки зрения врача, без учета мнения пациента. В новых социально-экономических условиях одним из ключевых вопросов является изучение удовлетворенности больного как важного индикатора качества медицинской помощи. Пациент становится полноправным субъектом медицинской среды тогда, когда за ним признается право влияния на систему формирования медицинских услуг через учет его интересов.

Удовлетворенность, по определению Г.В.Осипова, можно определить как степень разрыва между запросами человека и его реальным положением, как некую равнодействующую величину, определяющую взаимосвязь объективных и субъективных условий социального положения личности. Удовлетворенность человека является индикатором соотношения системы потребностей и установок индивидуума, проявляющихся в его фактических требованиях, с его оценкой возможности их реализации.

Пациент обычно не может оценить адекватность оказанной ему помощи. Однако он оценивает ее доступность, возможность выбора, отсутствие очере-