

УДК 614 (574)

Ж.А. КАЛМАТАЕВА, Е.К. БЕКБОТАЕВ, А.Б. СКАКОВ, А.Э. ОМАРОВА

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ

В статье представлены методические подходы и алгоритм экспертной оценки медико-социальных факторов, влияющих на качество жизни детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями. Оценка осуществляется с позиций структурного, процессного и результативного подходов с учетом мнений нескольких групп субъектов здравоохранения. Выявлены наиболее важные с точки зрения экспертов проблемы, влияющие на качество жизни детей дошкольного возраста с хроническими инвалидизирующими заболеваниями. Экспертная оценка показала, что в настоящее время на качество жизни детей данной категории наибольшее влияние оказывает социальный аспект реабилитации.

Ключевые слова: опрос, экспертная оценка, хронические инвалидизирующие заболевания, качество жизни.

Состояние здоровья детей в Республике Казахстан (РК) свидетельствует о том, что, несмотря на намечившуюся в последние годы стабилизацию показателей рождаемости и устойчивую тенденцию к снижению детской смертности [1], показатели заболеваемости детей остаются неудовлетворительными [2]. Неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья детского населения диктуют необходимость разработки и внедрения новых организационных и лечебно-профилактических технологий, направленных на укрепление здоровья подрастающего поколения.

В этой связи актуальной для РК представляется проблема оптимизации комплексной оценки состояния здоровья детей, в том числе с позиции качества жизни (КЖ) [3]. Основным назначением проведения экспертной оценки является выявление наиболее существенных, важных аспектов в исследуемой проблеме, повышение надежности, достоверности, обоснованности информации, выводов и практических рекомендаций [4]. Основное содержание метода заключается в рациональной организации осуществляемого экспертами анализа проблем с последующей оценкой выделенных исследователем суждений и обработкой полученных данных.

Цель исследования – на основе экспертной оценки разработать практические рекомендации по улучшению КЖ детей дошкольного возраста с хроническими инвалидизирующими заболеваниями в Республике Казахстан.

Материал и методы

В настоящее время одним из наиболее часто применяемых методов использования суждений экспертов является метод Дельфи [5]. Данный метод предусматривает опрос экспертов в несколько туров, с последовательной пошаговой обработкой результатов каждого тура, информирование экспертов об этих результатах и вновь повторение такой же процедуры для выявления наиболее эффективного массива информации. Основным инструментарием экспертного опроса является специально разработанная анкета для специалистов по данной проблеме. В качестве экспертов были отобраны компетентные в данной проблеме врачи-специалисты регионального и республиканского уровня с учетом опыта работы.

Порядок проведения экспертного опроса и содержание его отдельных этапов было следующим:

1. Подбор экспертов и формирование экспертных групп.
2. Формирование вопросов и составление анкет.
3. Формирование правил определения суммарных оценок на основе оценок отдельных экспертов.
4. Обработка и анализ экспертных оценок.

Таким образом, проведенная в 4 этапа экспертная оценка для разработки рекомендаций по улучшению КЖ

детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями включает в себя первоначальное изолированное вынесение экспертами своих суждений и дальнейшую их корректировку до получения результатов устанавливаемого желаемого интервала оценок.

Результаты и обсуждение

При проведении 1 этапа экспертной оценки нами были учтены рекомендации известных методистов, в частности В.И. Добренков указывает [4], что при отборе потенциальных экспертов часто первоначальный список включает всех, кто работает в данной области, а затем идет отбор из него узкого круга лиц, обладающих знаниями и опытом по данной проблематике. Ф.Э. Шереги также утверждает [6], что на первом этапе отбора в качестве критериев целесообразно использовать два признака: род занятий и стаж работы по интересующему профилю. При этом первый список экспертов может быть весьма широким, однако в последующем его целесообразно «сузить».

На основании вышеизложенного проведен отбор 34 экспертов регионального и республиканского уровня с присвоением идентификационного номера от №1 до №34. Из общего числа экспертов специалисты со стажем работы до 10 лет составили 23,5%, от 10 до 20 лет – 11,8% и свыше 20 лет – 64,7%. Причем ученую степень по специальности имели 29,4% эксперта (из них доктора медицинских наук – 14,7%, кандидата медицинских наук – 11,8% и доктора PhD – 2,9%).

В ходе проведения отбора была оценена профессиональная квалификация специалистов, их компетентность с учетом соответствия квалификационным характеристикам. Так, число экспертов с высшей категорией составило 58,8%, с первой – 17,7%, второй – 2,9% и у 20,6% экспертов не было квалификационной категории по данной специальности. В зависимости от занимаемой должности претенденты распределились следующим образом: врачи-специалисты – 41,2%, заведующие отделений – 32,3%, научные сотрудники – 14,7% и руководители медицинских организаций и их заместители – 11,8%.

При отборе претендентов для формирования экспертной группы учитывались такие требования, как компетентность в исследуемой области, участие в аналогичных экспертизах, общий стаж и стаж работы в данной области, квалификационная категория, ученая степень и др.

Был использован прием последовательного исключения нескольких участников экспертизы к следующему туру экспертной оценки, а именно: претендентов без квалификационной категории и со второй категорией – 8 и со стажем работы по изучаемой специальности менее 10 лет – 4.

Таблица 1 – Ответы экспертов на вопросы повторного анкетирования

п/п	Наименование вопроса	Идентификационный номер эксперта														Общий балл
		3	6	7	9	10	20	21	22	26	27	28	29	30	33	
1. ПМСП																
1	Качество ПМСП	4	4	5	4	4	5	5	4	1	1	3	1	4	2	47
2	Нехватка, отсутствие профильных специалистов на уровне городских организаций ПМСП	4	4	4	4	4	5	5	4	2	1	3	1	2	5	48
2. Доступность специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи																
3	Отдаленность организаций, оказывающих СМП, ВСМП (для сельских жителей)	4	4	2	4	5	5	5	3	2	2	2	1	2	4	45
4	Значительное количество обследований на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи	4	3	1	3	3	4	4	5	4	3	3	1	3	3	44
3. Доступность качественной реабилитационной помощи детям с хроническими инвалидизирующими заболеваниями																
5	Отдаленность организаций, предоставляющих реабилитационную помощь (для сельских жителей)	4	5	5	3	5	5	5	5	2	2	2	1	2	4	50
4. Социальная помощь																
6	Преемственность в работе МСЭК и организаций ПМСП в вопросах реабилитации инвалидов	4	3	1	4	3	5	5	5	1	2	3	1	3	2	42
7	Санаторно-курортное лечение для детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями	4	5	5	4	5	5	5	5	2	3	3	3	3	3	55
8	Недостаточный размер пособия по инвалидности	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	3	5	5	64
9	Нехватка спец. дошкольных и школьных учреждений (дет.сады, школы, интернаты и др.)	4	5	3	5	5	5	5	5	4	4	4	3	4	4	60
10	Нехватка кадров в спец. дошкольных и школьных учреждениях (дет.сады, школы, интернаты и др.)	3	4	3	4	4	5	5	5	5	4	4	3	3	4	56
11	Недостаточность адресной соц. помощи от местных органов самоуправления (материальная, информационная помощь, соц. такси, льготы на пользование общ. транспортом и т.д.)	4	4	5	4	4	5	5	5	2	3	4	3	4	5	57
12	Недоступность вспомогательных средств (инвалидные коляски, кресла, слухо-протезные аппараты и др.)	4	5	3	5	5	5	5	5	2	3	3	2	3	3	53
13	Жилищная проблема (отсутствие жилья, несоответствие жилищных условий, нехватка коммунального жилья и т.д.)	3	4	5	4	4	5		4	4	4	4	1	3	5	50

На основе сформулированных выше условий и с целью формирования группы экспертов с требуемой квалификацией ко 2 этапу допущены 22 специалиста с идентификационными номерами 2, 3, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33 и 34.

Из общего числа экспертов удельный вес выполняющих свою профессиональную деятельность на республиканском уровне составил 40,9% и на региональном – 59,1%. После исключения на этапе 1 тура претендентов со стажем работы менее 10 лет, удельный вес экспертов со стажем работы от 10 до 20 лет составил

54,5% и свыше 20 лет – 45,5%; с ученой степенью доктора медицинских наук – 22,7%, кандидата медицинских наук – 18,2% и доктора PhD – 4,6%. После исключения претендентов без квалификационной категории и специалистов со второй категорией в экспертной группе осталось специалистов с высшей категорией 90,9% и с первой – 9,1%.

Кроме того, был определен показатель самооценки эксперта. Для каждого вопроса, на который эксперту необходимо выразить свое мнение, в таблице экспертных оценок предусматривается шкала самооценки, в которой

эксперту самому предлагается проставить себе балл от 0 до 4,0 в зависимости от собственного мнения о своей компетентности в данной проблеме. Данное численное значение из заранее определенного диапазона показывает, насколько объективным или весомым считает свое мнение эксперт.

На 2 этапе исследования для получения достоверных данных и информации высокого научного уровня была разработана анкета, куда были включены 25 вопросов (проблем), которые наиболее часто поднимались родителями (опекунами) детей дошкольного возраста с хроническими инвалидизирующими заболеваниями в ходе проведенного социологического исследования качества жизни. Вопросы были сгруппированы по 5 блокам: касающиеся первичной медико-социальной помощи, доступности специализированной, высокоспециализированной медицинской помощи, реабилитационной, социальной помощи и квалификации медицинских работников.

Оценки выставлялись по 5-балльной шкале по убыванию: 5 баллов – данный фактор представляет большую проблему для детей 0-5 лет с хроническими инвалидизирующими заболеваниями и их родителей/опекунов, 4 балла – данный фактор представляет значимую проблему, 3 балла – имеет среднее значение, 2 балла – малозначим, 1 балл – незначим.

При формировании вопросов для анкеты были соблюдены условия, наиболее благоприятствующие получению объективного мнения. К таким условиям относятся: удобство работы с анкетами, логическое соответствие вопросов структуре объекта опроса; приемлемые временные сроки на ответы по вопросам анкеты, сохранение анонимности ответов и т.д. Для сбора экспертной информации составлены специальные документы: письмо-приглашение для участия в исследовании, посвященном оценке качества жизни детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями в возрасте до 5 лет и информация по опроснику для экспертов.

3 этап заключался в формировании правил определения суммарных оценок на основе оценок отдельных экспертов. По данным литературы [4, 5, 6], в зависимости от специфики экспертного опроса, объекта исследования и используемой методики обработки экспертных данных оценки могут иметь различную шкалу измерения: от 0 до 1, от 0 до 10 и от 0 до 100. Принципиальной разницы в данных шкалах нет, выбор той или иной из них во многом определяется удобством получения и обработки оценок.

В нашем исследовании суммарная оценка на основе мнений экспертов по качеству жизни детей составила от 0 – минимальная до 100 – максимальная шкала.

4 этап заключался в обработке и анализе экспертных оценок. Статистическая обработка материала проводилась на компьютере с использованием компьютерных программ MS Excel.

Пересмотр и возможность изменения своих прежних оценок на основе ознакомления с мнениями других экспертов стимулируют опрашиваемых к учету факторов, которые они на первых порах склонны были опустить как незначительные. С этой целью нами был проведен повторный опрос экспертов. В анкету для повторной оценки вошли 13 вопросов (проблем), которые имели наибольшую значимость по мнению экспертов при первом опросе.

К основным недостаткам метода Дельфи можно отнести большие затраты времени на многотуровую экспертизу и полное исключение прямого столкновения мнений экспертов. Так, в процессе экспертного опроса некоторые эксперты стремились как можно быстрее ответить на все вопросы. Данный подход приводил к поверхностному анализу проблемы. Кроме того, длительность по времени

процедуры часто приводит к нестабильности состава экспертной группы, вплоть до отказа от участия в экспертизе. В результате ответы на повторный опрос были получены уже только от 14 экспертов.

В таблице 1 представлены данные ответов экспертов при повторном опросе и общая суммарная оценка значимости проблем для качества жизни детей дошкольного возраста с хроническими инвалидизирующими заболеваниями.

Таким образом, при применении экспертного опроса выявлены некоторые трудности: привлеченные к опросу эксперты не проявляют интереса к экспертизе, часть экспертов заинтересована в искажении информации, выявлено стремление ускорить опрос, что приводит к поверхностному анализу проблем.

По результатам проведенного опроса экспертов по методу Дельфи из 25 проблем, предложенных на начальном этапе исследования, после 2 анонимных опросов было отобрано 8 наиболее значимых по мнению экспертов, 7 из которых относятся к вопросам социальной помощи детям с хроническими инвалидизирующими заболеваниями и одна доступности качественной реабилитационной помощи.

Выводы

Данные исследования показывают, что в настоящее время серьезную проблему для родителей (опекунов) и самих детей дошкольного возраста с хроническими инвалидизирующими заболеваниями представляет следующее:

1. В последние годы в реабилитацию введено понятие “качество жизни, связанное со здоровьем” (health-related quality of life). При этом качество жизни рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями. Исследование выявило, что именно отдаленность организаций, предоставляющих реабилитационную помощь, особенно для сельских жителей, имеет в настоящее время высокую актуальность. Правильное представление о последствиях болезни детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями имеет принципиальное значение для понимания сути медицинской реабилитации и направленности реабилитационных воздействий. Поэтому, проблема реабилитации должна решаться комплексно, с учетом всех ее аспектов, в первую очередь необходимо обеспечить наличие многофункциональных детских реабилитационных центров во всех областных центрах РК.

2. Как известно, социальная помощь предоставляется отдельным категориям нуждающихся граждан в виде материальной помощи, компенсаций и иных выплат, а также оказание различных бесплатных услуг. Экспертная оценка показала, что современное состояние социальной помощи оказывает наибольшее влияние на качество жизни детей с хроническим инвалидизирующими заболеваниями. В частности, по проблемам санаторно-курортного лечения детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями; недостаточного размера пособия по инвалидности; нехватки специализированных дошкольных и школьных учреждений и кадров в них, недостаточности адресной социальной помощи от местных органов самоуправления (материальная, информационная помощь, социальная такси, льготы на пользование общественным транспортом и т.д.); недоступности вспомогательных средств (инвалидные коляски, кресла, слухопротезные аппараты и др.), а также жилищная проблема (отсутствие жилья, несоответствие жилищных условий, нехватка коммунального жилья и т.д.).

3. Социальная помощь детям с инвалидизирующими заболеваниями должна быть направлена, в первую очередь, на предоставление полного объема необходимой правовой, медицинской и другой информации и консультаций; во-вторых – на оказание материальной помощи; в-третьих – на оказание других видов помощи, обусловленных региональными особенностями.

4. При организации социальной помощи детям с хроническими инвалидизирующими заболеваниями в настоящее время существует необходимость в обращении к зарубежному опыту. В частности, по направлению социальной работы с детьми-инвалидами: максимально возможная интеграция ребенка с ограниченными возможностями и способностями в общественную жизнь (в том числе и интегрированное обучение); преимущественное воспитание этих детей в семье; направленность на раннюю диагностику нарушений и их лечение; индивидуальный подход к реабилитации ребенка в каждом конкретном случае.

Таким образом, представленные рекомендации основываются как на данных исследования качества жизни детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями, так и на мнении экспертов. Проведенная экспертная оценка методом Дельфи имеет некоторые преимущества по сравнению с методами, основанными на обычной статистической обработке результатов индивидуальных опросов и обеспечивает более объективное изучение проблем детей дошкольного возраста с хроническими инвалидизирующими заболеваниями. Здоровье и образ жизни детей вызывают тревогу и требуют повышенного внимания государства и общественности. Полученные данные диктуют необходимость совместной работы всех заинтересованных государственных ведомств и общественных организаций для совершенствования нормативно-правовых актов, направленных на повышение качества жизни детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Калматаева Ж.А., Бекботаев Е.К. Анализ демографических показателей детского населения в Республике Казахстан (учебно-справочное пособие). – Алматы, 2013. – 36 с.

2 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 г. (статистический сборник). – Астана, 2011

3 Калматаева Ж.А., Бекботаев Е.К., Омарова А.Э., Скаков А.Б., Арыспаев Б.Е. Изучение качества жизни: опыт для Казахстана // Сборник научных статей по итогам международной заочной научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной науки: экономика, управление проектами, политология, психология, право, педагогика, социология, медицина, философия» – СПб, 2013. – С. 85-88

4 Добренчиков В.И., Кравченко А.И. Методы социологического исследования. – М.: ИНФРА-М, 2004. – 768 с.

5 Голубков Е.П. Маркетинговые исследования: теория, методология и практика. – М.: Финпресс, 1998. – 416 с.

6 Шереги Ф.Э., Горшкова М.К. Основы прикладной социологии. – М: Интерпракс, 1996. – 184 с.

ТҰЖЫРЫМ

**Ж.А. ҚАЛМАТАЕВА, Е.К. БЕКБОТАЕВ,
А.Б. СКАКОВ, А.Э. ОМАРОВА**

ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қ.

МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ФАКТОРЛАРДЫҢ БАЛАЛАРДЫҢ ӨМІРІ САПАСЫНА ӘСЕРІН САРАПШЫЛЫҚ БАҒАЛАУ

Мақалада созылмалы мүгедектену аурулары бар балалардың өмірі сапасына әсер ететін медициналық-әлеуметтік факторларды сарапшылық бағалаудың әдістемелік тәсілдері мен алгоритмі ұсынылған. Бағалау денсаулық сақтау субъектілерінің бірнеше топтарының пікірлері ескерілген құрылымдық, процестік және нәтижелілік тәсілдер тұрғысынан жүргізіледі. Сарапшылардың пікірі тұрғысынан мектепке дейінгі жастағы созылмалы мүгедектену аурулары бар балалардың өмірі сапасына әсер ететін маңызды мәселелер анықталған. Сарапшылық бағалау қазіргі кезде осы санаттағы балалардың өмірі сапасына оларды оңалтудың әлеуметтік аспектісі айтарлықтай ықпал ететінін көрсетіп берді.

Негізгі сөздер: сауалнама, сарапшылық бағалау, созылмалы мүгедектену аурулары, өмір сапасы.

SUMMARY

**J.A. KALMATAEVA, E.K. BEKBOTAEV,
A.B. SKAKOV, A.E. OMAROVA**

Graduate School of Public Health of Health Ministry of Kazakhstan, Almaty c.

EXPERT ASSESSMENT OF THE MEDICAL AND SOCIAL FACTORS AFFECTED FOR THE QUALITY OF THE CHILDREN'S LIFE

In this article present the methodological approaches and the algorithm of the expert assessment of the medical and social factors that can affect on the quality of life of the children with the chronic disabling diseases. An evaluation is carried out in terms of the structural, process and effective approaches based on the views of several groups of care providers. From the point of the expert view there are identified the most important issues affecting on the quality of life in the preschool children with the chronic disabling diseases. This expert evaluation has shown that the current quality of children's life in this category is most affected by the social aspect of their rehabilitation.

Key words: survey, expert evaluation, chronic disabling diseases, quality of life.