
СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ «СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО» В ОТДЕЛЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Д.П. Солодухина

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Курский государственный медицинский университет
ул. Карла Маркса, 3, Курск, Россия, 305004

В статье представлены результаты исследования социальных характеристик пациентов стационара терапевтического профиля в городской и центральной районной больницах, изучена их роль при определении обоснованности госпитализации и приемлемых альтернатив стационарного лечения.

Ключевые слова: пациент стационара, социальные характеристики, альтернативы госпитализации.

Стационарная помощь пациентам, страдающим множественной хронической патологией, относится к ресурсоемким видам медицинской помощи. При этом нередко госпитализация проводится в большей степени по социальным показаниям в виду стойкой утраты способности пациентов к самообслуживанию в результате последствий заболеваний, а также социального статуса больных [1].

Цель работы — дать социальную характеристику состава больных, госпитализированных в отделения терапевтического профиля типичной городской и центральной районной больниц (ЦРБ), определить связь обоснованности пребывания пациентов в стационаре и пригодности альтернатив стационарного лечения с демографическими признаками пациентов.

Методика работы — выкопировка данных из дневников историй болезни, экспертные оценки и интервью. Инструменты исследования — специально разработанный регистр для экспертной врачебной оценки, включающий социально-демографические характеристики пациента и обоснованность случая госпитализации, а также модифицированная форма международного протокола оценки адекватности стационарного дня для определения обоснованности койко-дня (переведена на русский язык и адаптирована к российским условиям) [2]. Место проведения работы — терапевтическое, гастроэнтерологическое и неврологическое отделения одной из типичных городских больниц Курска, а также терапевтическое, неврологическое и кардиологическое отделения типичной ЦРБ Курской области. Выбор лечебных учреждений был основан на результатах предварительного анализа деятельности всех отделений терапевтического профиля городских и центральных районных больниц, показавшего, что в этих лечебных учреждениях все рассмотренные показатели по составу пациентов были средние или типичные. Всего было проанализировано 192 случая госпитализации в городской и 176 случаев госпитализации в центральной районной больнице. Все больные, находящиеся в день экспертизы на лечении в стационаре, были охвачены исследованием. Всего проведено два экспертных дня — один в летнее, а другой в осеннее время. Для систематизации результатов и статистического анализа была создана база данных с использованием компьютерной программы SPSS, версия 13.0 для Microsoft Windows.

Таблица 1

Анализ состава больных в городской и центральной районной больницах

Показатель	Городская больница		ЦРБ		P
	число	%	число	%	
Численность выборки	192	100	176	100	
Средний возраст	54,2		57,7		0,568
Молодые до 35 лет	26	13,5	11	6,3	0,034
Лица 35—59 лет	85	44,3	86	48,9	0,436
Пожилые 60—88 лет	81	42,2	79	44,9	0,663
Женщины	105	54,7	96	54,5	0,947
Одинокие	24	12,5	15	8,5	0,282
Инвалиды	60	31,3	44	25	0,221
Доля инвалидов 1 и 2 гр.	46	24	37	20,9	0,558
Лица с незаконченным средним образованием	29	15,1	66	37,5	0,000
Лица с высшим образованием	27	14	9	5,1	0,007
Лица с плохими и удовлетворительными жилищными условиями	53	27,6	82	46,6	0,000
Необоснованные госпитализации	106	55,2	61	34,7	0,000
Необоснованные койко-дни	147	76,6	101	57,4	0,000
Количество манипуляций в день экспертизы	3,7		7,0		0,000
Количество манипуляций в первые 3 дня госпитализации	15,8		14,2		0,008

Согласно результатам, представленным в табл. 1, обобщающей данные по городской и центральной районной больницам, выявлено, что контингент больных в стационаре терапевтического профиля представлен в основном женщинами (54,5%), средний возраст — 56 лет, стандартное отклонение 15,2; лицами со средним образованием (37,1%), с хорошими жилищными условиями (58,4%), состоящими в браке (49%); около трети (28,3%) имеют ограничение трудоспособности, преимущественно второй степени (69,2%). Ведущей патологией пациента стационара терапевтического профиля являлась гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца (31,1%), 16,5% составили пациенты с остеохондрозом разных отделов позвоночника (30%), 15,2% — с заболеваниями пищеварительной системы, 8,1% заняли случаи острой недостаточности мозгового кровообращения, 6,5% — пиелонефриты, энцефалопатии — 6,2%, хронический бронхит и бронхиальная астма — 4,1%. Остальные нозологические формы (сахарный диабет, пневмония, циррозы, артриты, анемии) немногочисленны, каждая не превысила 3% в общей структуре патологии больных.

Сравнивая характеристики госпитализированных больных по двум анализируемым лечебным учреждениям, можно заключить, что статистически достоверное различие выявлено в показателях социального статуса — уровне образования и жилищных условиях. В ЦРБ почти вдвое больше лиц с незаконченным средним образованием и в 3 раза меньше лиц с высшим образованием по сравнению с городским стационаром ($p = 0,0001$). Лица с удовлетворительными и плохими жилищными условиями в городском стационаре составили 27,6%, тогда как в центральной районной больнице таких 46,6% ($p = 0,0001$). Средний возраст пациента в городском стационаре чуть ниже, чем в ЦРБ, в городском ЛПУ больше одиноких и инвалидов, но эти различия статистически не достоверны ($p > 0,005$).

Экспертная оценка обоснованности госпитализации показала, что, в целом в городской больнице доля необоснованных госпитализаций и койко-дней выше, чем в ЦРБ ($p = 0,0001$). Количество манипуляций в день экспертизы почти в 2 раза выше в ЦРБ по сравнению с городской больницей. Мы считаем, что госпитализация в ЦРБ связана, прежде всего, с отсутствием других территориальных альтернатив лечения сельских больных (амбулаторного реабилитационного центра, дневного стационара, ухода на дому), тогда как для городских больных, напротив, существует возможность организации стационарозамещающей помощи. Низкий социальный уровень пациентов в ЦРБ связан с особенностями населения, проживающего в сельской местности, где ниже уровень доходов и меньше лиц с высшим и средним специальным образованием. В нашем исследовании не выявлено зависимости между социальными факторами и обоснованностью пребывания в стационаре. Это указывает на то, что, несмотря на имеющийся факт замещения социальной помощи медицинской, в частности, стационарной, низкий социальный статус больных увеличивает потребность в стационарной помощи. Пациенты с низким уровнем образования и дохода позже обращаются к врачу за медицинской помощью, чаще игнорируют рекомендации лечащего врача поликлиники, что ведет к запущенности болезней и возникновению осложнений, требующих госпитализации. В ЦРБ также оказывается больше медицинских услуг — диагностических исследований, физиотерапевтических процедур, сестринских манипуляций, так как сельские больные часто поступают недообследованными, нуждаются в большом числе консультаций, имеют меньший доступ как к первичной, так и специализированной медицинской помощи, да и качество этой медицинской помощи не всегда бывает достаточно высоким.

Таблица 2

**Альтернативы стационарного лечения,
предлагаемые пациентам городской больницы и ЦРБ**

Альтернатива стационарного лечения	Городская больница	ЦРБ	Достоверность различий p
Стационар на дому	32 (16,7%)	35 (19,8%)	0,525
Дневной стационар	93 (48,4%)	44 (24,9%)	0,000
Амбулаторная помощь	6 (3,1%)	9 (5,1%)	0,48
Учреждение длительного ухода	6 (3,1%)	1 (0,6%)	0,276
Реабилитация	26 (13,5%)	2 (1,1%)	0,000

Из табл. 2 видно, что городские больные достоверно чаще могут пользоваться услугами дневного стационара и реабилитационного отделения. До половины городских пациентов стационара могут избежать госпитализации за счет организации для них лечения в дневном стационаре, а четверть больных вместо пребывания в больничном учреждении могут получить восстановительную терапию в отделении долечивания амбулаторно. Одинаково, как в городе, так и в селе, 15—20% стационарных больных альтернативно госпитализации могли бы получить лечение на дому, и не более 5% — амбулаторную помощь и сестринский уход в учреждении длительного ухода.

Как в городе, так и в селе, стационар на дому, учреждение длительного ухода и реабилитационное отделение чаще рекомендованы лицам старшего возраста, тогда как дневной стационар и амбулаторное наблюдение — пациентам до 60 лет ($p < 0,05$). Стационарным больным с низким социальным статусом (уровнем образования и дохода) в городе чаще был пригоден стационар на дому; лицам, проживающим с супругом и детьми — амбулаторное лечение. В селе лечение на дому целесообразно организовать пациентам, проживающим с членами семьи (супругом, детьми), а также имеющим хорошие жилищные условия.

Выводы

1. Социальный статус пациента стационара терапевтического профиля в ЦРБ ниже, чем в городской больнице.
2. В отделениях терапевтического профиля городской больницы доля необоснованных госпитализаций выше, чем в ЦРБ, составляет половину и треть от общего числа соответственно.
3. Социально-демографические характеристики пациентов, такие как возраст, образование, состав семьи и жилищные условия, влияют на приемлемость альтернатив стационара.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Шукина И.Б., Вардосанидзе С.Л., Сорокина Н.В. и др.* Проблемы лечения пациентов пожилого и старческого возраста в многопрофильном стационаре // Проблемы управления здравоохранением. — 2006. — № 6. — С. 61—63.
- [2] *Gertman P.M., Restuccia J.D.* The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care // *Medical Care*. — 1981. — № 19. — P. 855—871.

SOCIAL PORTRAIT OF A PATIENT OF THE THERAPEUTICAL DEPARTMENT

D.P. Solodoukhina

Department of Public Health
Kursk state medical university
Karl Marx str., Add., 3, Kursk, Russia, 305004

The article presents the results of investigation of the social characteristics of patients in therapeutic department of the municipal and central district hospitals. Influence of social status on appropriateness of hospitalization and suitable alternatives for in-patient care have been investigated.

Key words: in-patient, social characteristics, alternatives of hospitalization.