

ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

УДК 616.132-089.86

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОН- НОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Стативко О.А., Горелик С.Г., Колпина Л.В., Ладыгин К.В.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
Белгород, Россия, e-mail: stativko.olga@mail.ru

Проведен анализ нерешенных вопросов по организации реабилитационной помощи больным, перенесшим хирургическое вмешательство. После выписки из стационара, из всех опрошенных респондентов нуждающихся в дальнейшем наблюдении и лечении составляют: жители городов - 84,2%, жители пгт/сел - 75-77%. Пациентов готовых продолжить лечение и которых волнует состояние здоровья после выписки значительно меньше: 69,3% пациентов проживающих в городе тревожит вопрос о реабилитации после выписки, живущих в пгт -54,8% и только 37,6% жителей села переживает за самостоятельное продолжение лечения после выписки. Для эффективной реабилитации, и ее непрерывности, после оперативных вмешательств пациентам (по показаниям) необходимо санаторно-курортное лечение. Путевку стоимостью от 20 тыс. руб. 5,3% жителей города могут оплатить, жители пгт не имеют возможности оплатить данную путевку, тогда как среди респондентов села могут полностью оплатить путевку в санаторий не более 6,3% опрошенных. Определение данных проблем поможет акцентировать внимание работников практического ЗО.

Ключевые слова: реабилитационные мероприятия, хирургические вмешательства, территориальная специфика.

UNRESOLVED PROBLEMS OF THE ORGANIZATION OF THE REHABILITATION HELP FOR THE PATIENTS WHO HAVE HAD SURGICAL OPERATIONS

Stativko O.A., Gorelik S.G., Kolpina L.V., Ladygin K.V.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia,
e-mail: stativko.olga@mail.ru

The analysis of unresolved problems on the organization of the rehabilitation help for the patients who have had surgical operations has been carried out. After leaving the hospital, the interrogated respondents who need further supervision and treatment are: inhabitants of the cities - 84, 2%, inhabitants of urban settlements /villages - 75-77%. Patients who are willing to continue their treatment and who worry about their health after leaving the hospital are considerably less: 69,3% of patients living in the city worry about rehabilitation after leaving the hospital, 54,8% inhabitants of urban settlements and 37,6% inhabitants of villages worry about independent continuation of treatment after leaving the hospital. For effective and continuous rehabilitation, patients having surgical operations need sanatorium treatment (according to indications). Place at the sanatorium which costs more than 20 000 rubles can be paid only by 5.3% of patients leaving in the city, inhabitants of urban settlements can't pay for it, while only 6.3 respondents living in the village can do it. Definition of these problems will help to focus attention of workers of practical public health services on them.

Key words: rehabilitation actions, surgical operations, territorial specifics.

Актуальность. По мнению ВОЗ, реабилитация является процессом, направленным на всестороннюю помощь больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной при данном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности [8]. Таким образом, реабилитацию следует рассматривать как сложную социально-медицинскую проблему, которую можно подразделить на несколько аспектов: медицинский, физический, психологический, профессиональный и социально-экономический [7].

Результаты хирургического лечения больных основаны на принципах раннего начала реабилитационных мероприятий, их непрерывности, этапности и комплексности. В то же время не все больные готовы соблюдать врачебные рекомендации во время реабилитации. Важно выявить такие причины, с чем они связаны и чем реализуются.

Часть реабилитационных мероприятий под контролем врача начинает реализовываться в процессе стационарного лечения больного. Но после окончания стационарного лечения ответственность за продолжение реабилитации во многом ложится на самого больного [1, 2, 3]. В связи с этим, важным условием успешности хирургического лечения становится готовность пациента хирургического профиля к реабилитационным мероприятиям, чем и обуславливается выбор данной темы исследования.

Известно, что в период восстановительного лечения выполнение реабилитационных мероприятий нужно начинать как можно раньше [4]. Для каждого больного составляется индивидуальная программа реабилитации, которая представляет собой перечень реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление

способностей пациента к бытовой, социальной, профессиональной деятельности в соответствии с его потребностями, кругом интересов, с учетом прогнозируемого уровня его физического и психического состояния, выносливости и т.д. [5, 6]. Программа реабилитации составляется и реализуется только при согласии пациента или его законного представителя.

В то же время, не все больные готовы соблюдать врачебные рекомендации во время реабилитации. Нужно отметить, что, несмотря на огромные усилия, прилагаемые обществом в борьбе с болезнями, в целом общая заболеваемость населения неуклонно растет. Во многом этот рост обусловлен увеличением количества хронической патологии. Так, по данным ежегодного доклада ВОЗ, из 54 миллионов погибающих от болезней людей, 38 миллионов умирает в результате хронических заболеваний [10]. Главной причиной неуклонного роста количества хронической патологии является неполное «излечение» болезней, то есть, низкая эффективность реабилитационных мероприятий. Это обстоятельство объясняется не столько слабостью организационно-финансовых механизмов системы здравоохранения в целом, сколько устаревшим методологическим подходом, к собственно, пониманию биологической сути болезни и выздоровления, отсутствием научно обоснованных принципов в создании общегосударственной системы медицинской реабилитации [9].

Цель нашего исследования - изучить проблемы организации реабилитационной помощи больным, перенесшим хирургические вмешательства; выявить территориальную специфику.

Материал и метод исследования. Объектом исследования явился контингент больных среднего, пожилого и старческого возраста, пролеченных в хирургических отделениях многопрофильных больниц города Белгорода.

В исследовании участвовали 161 человек среднего, пожилого и старческого возраста, прооперированных в хирургических отделениях многопрофильных больниц города Белгорода и готовящихся к выписке. Больные были распределены на 3 группы по территориальному принципу: жители города более 100 тыс. ч. (далее- жители города) – 114, жители города менее 100 тыс. ч. / пгт (далее- жители пгт) – 31, жители села -16 человек.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием компьютерной программы SPSS 15.0. Результаты представлены в процентном соотношении и в виде индексов (И), рассчитанных по следующей схеме:

из суммы вариантов ответа «да» и «скорее, да» вычиталась сумма вариантов ответа «нет» и «скорее нет».

Результаты исследования и их обсуждение. Проблемы, с которыми столкнулись пациенты в послеоперационном периоде, в большинстве случаев (83,7%) связаны с ограничением движения. Определенный акцент больные также ставят на проблемах психологического и эмоционального характера (15,5%) значительно реже указывается на организационные проблемы (5,4 %), как, например: недостаток информации от персонала, отсутствие комнаты для курения, отсутствие лифта, ранняя выписка из стационара. Большинство опрошенных (56,5%) согласны с тем, что после выписки из стационара будут нуждаться в помощи каких-либо специалистов. Практически все (84,2%) жители города отметили, что им требуется дальнейшее наблюдение и лечение, тогда как только 75% жителей пгт и 77% жителей села согласны с этим. 25,1% опрошенных пациентов не готовы после выписки из стационара к дальнейшим реабилитационным мероприятиям. Среди них 16,1% занимают респонденты пгт, затруднившиеся ответить на данный вопрос, то есть именно эти респонденты показывают самый низкий уровень готовности к реабилитационным мероприятиям по данному показателю.

При этом 63,4% всех респондентов тревожит вопрос выписки из стационара. Более всего вопрос выписки из стационара тревожит пациентов, проживающих в городе (69,3%), что связано с необходимостью перевязок (о чем сообщает 48,2%), невозможностью работать на приусадебном участке (34,2%) и с трудностями передвижения в общественном транспорте (26,3%).

Среди жителей пгт, 54,8% респондентов также тревожит выписка из стационара. Однако, у этой категории больных несколько иная иерархия тревог, а именно: невозможность работы на приусадебном участке (51,6%), необходимость контроля показателей крови (32,3%) и перевязок (25,8%).

Только 37,6% жителей села переживает за самостоятельное продолжение лечения после выписки, о чем свидетельствует отрицательное значение соответствующего индекса тревоги, равного - 25. Для сравнения, в городе такой индекс равен 43, в пгт составляет 12,9. Жители села более всего опасаются столкнуться с необходимостью перевязок (37,5%), трудностями передвижения в общественном транспорте (37,5%) и невозможностью работы на приусадебном участке (31,5%).

Наиболее эффективной реабилитационной стратегией для пациентов является осуществление ее в санаториях, в связи с чем, в опросник готовности к реабилитационным мероприятиям включен показатель «финансового компонента» обеспеченности пациентов. Путевка в санаторий Белгородской области в среднем стоит от 20 тыс. рублей. Более всего имеют возможность оплатить данную путевку жители города, но таковых не более 5,3% опрошенных, из них, частично готовы оплатить – 67,5%, тогда как не готовы оплатить ее 25,4% респондентов. Жители пгт не имеют возможности полностью оплатить данную путевку, однако способны заплатить за путевку частично (об это сообщают 48,4% пациентов), тогда как не готовы оплатить ее 51,6% опрошенных. Среди респондентов села полностью могут оплатить путевку в санаторий не более 6,3% опрошенных, частично – 62,7%, тогда как не готовы оплатить ее 25,0%.

В сумме большинство опрошенных (74,0%) в той или иной мере считают для себя возможным после выписки из больницы посещать медицинские учреждения с целью лечения и восстановления. В большей мере это жители города и пгт ($I=57,1$ и $54,9$); в меньшей - жители села ($I=25$).

Существенно разнятся причины, с которыми связывают пациенты невозможность посещения медучреждений после выписки из стационара. Так, пациенты города на первое место ставят проблему отсутствия времени (39,5%), а жители пгт и сел – состояния здоровья (22,6% и 25,0%), что имеет выраженную значимость и для жителей городов (28,1%). Для 18,8% сельских жителей невозможность посещения медучреждений после выписки из стационара связана также, с отсутствием необходимых учреждений в месте проживания.

Заключение.

1. Нормативная установка на необходимость продолжения лечебных мероприятий как принципиальное понимание их важности для успешного окончания лечения, у подавляющей части пациентов сформирована в той или иной степени и имеет уровень выше среднего. Однако, она снижается по направлению от среднего города к малому / пгт (в границах уровня выше среднего) и к селу (средний уровень).

2. Мотивационная готовность, отражающая не столько осознание необходимости, сколько реальную направленность на продолжение реабилитации,

ниже нормативной и соответствует, в среднем, уровню ниже среднего. Наиболее низкой мотивацией отличаются жители села.

3. О недостаточности реальной мотивации свидетельствует и тот факт, что среди наиболее тревожных моментов после выписки пациенты отмечают, в основном, проблемы бытового характера (исключение составляет проблема перевязок, «лидирующая» в иерархии тревог), а реабилитационные вопросы отходят на второй план.

4. Среди причин, обуславливающих неготовность пациентов посещать медицинские учреждения после выписки, лидируют: отсутствие времени (преимущественно, среди жителей средних городов); состояние здоровья (в большей мере – для жителей малых городов, пгт и сел), а также, что характерно для жителей сел - отсутствие необходимых учреждений в месте проживания.

5. Готовность воспользоваться наиболее оптимальной формы реабилитации – санаторного лечения – в полной мере имеет не более 4,3% респондентов, что обусловлено финансовыми причинами. При этом, менее других такую возможность имеют жители малых городов и поселков городского типа.

Список литературы

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. - М.: Медицина, 1975. - 17-59 с.
2. Ананин В.Ф. Биорегуляция вазомоторной системы / В.Ф. Ананин. - М.: Журналистское агентство «Гласность», 1996. - 115 с.
3. Апанасенко Г.Л. О возможности количественной оценки уровня здоровья человека / Г.Л. Апанасенко // Гигиена и санитария. - 1985. - № 6. - С. 55 - 58.
4. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация - универсальный биологический механизм приспособления. - М.: Медицина, 1987. – 176 с.
5. Лисицын Ю.П. Вести / Ю.П. Лисицын, В.П. Петленко // АМН СССР. - 1987. - № 3. - С. 9 -19.
6. Медведев А.С. Медицинская реабилитология. – Новосибирск, 2001. - 320 с.
7. Медведев, А.С Роль и сопряженность компенсаторно - приспособительных и саногенетических реакций в процессе жизнедеятельности организма / А.С. Медведев // Наука и инновации. - 2005. - № 8. - С. 32 - 39.

8. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика - М.: Наука, 1981. – 80 с.
9. Оганов Р.Г. Первичная профилактика ишемической болезни сердца. - М: Медицина, 1990. - 160 с.
10. Павленко С.М. Системный подход к изучению проблем нозологии и концепция о саногенезе / С.М. Павленко // Сов. медицина. - 1980. - № 10. - С. 93 - 96.

References

1. Anohin P.K. *Ocherki po fiziologii funkcional'nyh system* [Essays on the physiology of functional systems]. М.: Medicina, 1975. pp. 17 - 59.
2. Ananin V.F. *Bioreguljacija vazomotornoj sistemy* [Bioregulation vasomotor system]. М.: Zhurnalistskoe agentstvo «Glasnost'», 1996. 115 p.
3. Apanasenko G.L. *Gigiena i sanitarija*. 1985, no. 6, pp. 55 - 58.
4. Volozhin A.I., Subbotin Ju.K. *Adaptacija i kompensacija - universal'nyj biologicheskij mehanizm prisposoblenija* [Adaptation and compensation - a universal biological mechanism of adaptation]. М.: Medicina, 1987. 176 p.
5. Lisicyn Ju.P., Petlenko V.P. *AMN SSSR*. 1987, no. 3, pp. 9 - 19.
6. Medvedev A.S. *Medicinskaja rehabilitologija* [Medical rehabilitology]. Novosibirsk, 2001. 320 p.
7. Medvedev, A.S *Nauka i innovacii*. 2005, no. 8, pp. 32 - 39.
8. Meerson F.Z. *Adaptacija, stress i profilaktika* [Adaptation, and stress prevention]. М.: Nauka, 1981. 80 p.
9. Oganov R.G. *Pervichnaja profilaktika ishemicheskoj bolezni serdca* [Primary prevention of coronary heart disease]. М: Medicina, 1990. 160 p.
10. Pavlenko S.M. *Sov. medicina*. 1980, no. 26, pp. 93 - 96.