

в 1984 и 1985 гг. числа больных, снятых с учета в связи с выздоровлением (6,8 и 13,6 человек на 100 диспансерных больных против 2,1 и 2,3 в предшествующем периоде). Разность между показателями за сравнимые годы статистически достоверна ( $P < 0,003$ ). Соответственно улучшились и показатели работы урологического стационара. Поскольку данное исследование посвящено изучению опыта работы поликлинического звена обслуживания урологических больных, считаем возможным не касаться подробно деятельности урологического стационара. Здесь тоже имеются определенные сдвиги в лучшую сторону. Приведем лишь несколько цифр. Так, имеется выраженная тенденция к сокращению числа расхождений диагнозов поликлиники и стационара: если в 1981—1982 гг. этот

показатель был зафиксирован в 0,34—0,41% случаев среди леченных, то в 1984—1985 гг. он сократился до 0,21—0,24%. До реорганизации в среднем больные находились до операции на койке 6,2—6,3 дня, а в 1985 г.— 2,5 дня. Вследствие этого более чем на один день (с 16,2 до 14,9 дня) сократилась средняя продолжительность пребывания больного на койке вообще.

Положительный опыт новой организации амбулаторно-поликлинического звена специализированной медицинской помощи населению г. Тольятти позволяет рекомендовать его для применения в практике здравоохранения крупных городов (с населением 500 тыс. и более), особенно с быстро растущим населением.

Поступила 21.04.87.

УДК 616—058.835—082.4:352

## НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДИНОКИХ ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

И. А. Гехт

*Волжская центральная районная больница Куйбышевской области (главрач — В. И. Макаров)*

Несмотря на большое число работ по вопросам геронтологии и гериатрии, медико-социальные аспекты одиночества пожилых и старых людей изучены недостаточно. Цель исследования, проведенного в Волжском районе Куйбышевской области, заключалась в составлении медико-демографической и социально-гигиенической характеристики лиц старших возрастов, одиноко живущих в сельской местности.

Следует признать, что до недавнего времени в здравоохранении пользовались в основном количественными показателями и недооценивали роль социологических исследований в оценке организации медицинской помощи различным контингентам. На основании методических указаний «Медико-социологические исследования в здравоохранении», подготовленных Республиканской научно-исследовательской лабораторией медицинской демографии Министерства здравоохранения РСФСР, была разработана специальная карта, которая содержит 78 вопросов и 338 альтернативных ответов. В ней также предусмотрено место для данных, выкопированных из медицинских статистических документов. При беседе с пожилыми и престарелыми людьми карты заполняли врачи участковых больниц и средние медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов. Анкетированием было охвачено 1016 человек.

В настоящей статье приведен фрагмент работы, характеризующий организацию стационарного лечения респондентов.

Из числа обследованных лишь 32,1% пожилых проживают в селах, где расположены больницы, а значит, имеют возможность сразу посетить врачей; остальные могут надеяться прежде всего на фельдшерско-акушерскую помощь. С прекращением работы частота обращаемости одиноких пенсионеров к врачам значительно уменьшается. Доля лиц, ни разу не обратившихся к врачам в течение трех последних лет, составляет 42%. Коэффициент ассоциации Юла показывает тесную обратную связь ( $Q = -0,93$ ) между временем прекращения работы и частотой обращаемости к врачам. По поводу острых заболеваний и обострений хронических заболеваний к врачам обратились лишь 18,9% респондентов, 48% лиц лечились у средних медицинских работников, 33,1% пенсионеров занимались самолечением. Тесная обратная связь констатирована между возрастом респондентов и удельным весом лиц, получивших врачебную помощь ( $r = -0,98$ ).

Число госпитализированных больных в возрасте 60 лет и старше составляет в районе  $115,9 \pm 10,0$  на 1000 человек этого возраста. По данным комплексных осмотров, госпитализировать следует 29,5% сельских пенсионеров. К 70—79 годам частота госпитализаций увеличивается, а затем значительно снижается. Лица старшего возраста нуждаются в более длительном пребывании в стационаре, чем лица трудоспособного возраста, что необходимо учитывать при плани-

ровании организации стационарного лечения этого контингента. В сельской местности у пожилых и старых больных трудно уменьшить среднюю длительность пребывания на больничной койке за счет более полного догоспитального обследования. Как правило, для этого требуется совершить в поликлинику несколько поездок, сопряженных для данного контингента с большими трудностями.

Одинок живущих престарелых людей, не имеющих рядом живущих родственников, приходится выписывать из стационара только при полном восстановлении способности к самообслуживанию, что ведет к увеличению средней длительности пребывания на больничной койке. Так, для больных в возрасте 15 лет и старше этот показатель составляет  $12,4 \pm 0,3$  дня, для больных в возрасте 60 лет и старше —  $17,1 \pm 0,4$  дня, одинок живущих пенсионеров —  $21,5 \pm 0,4$  дня.

Увеличение сроков пребывания в больницах одинок престарелых людей обусловлено еще и тем, что в сельской местности отсутствует четкая организация им социальной помощи. Участковые больницы при госпитализации одинок пожилых часто вынуждены выполнять несвойственные им функции, связанные с организацией прежде всего питания и ухода, а не лечебных мероприятий.

Среди всех госпитализированных в сельские больницы в возрасте 60 лет и старше одинок живущие лица составляет 13,6%. Во всех возрастных группах число госпитализированных одинок пожилых и старых мужчин статистически достоверно больше, чем число женщин такого же возраста ( $t > 4$ ). Причины этого явления следующие: мужчины больше, чем женщины, курят и употребляют алкоголь; реже женщин до выхода на пенсию обращаются к врачам, что ведет к накоплению у них хронической патологии; мужчины меньше приспособлены к одинокому проживанию в условиях сельской местности, у них чаще теряется при болезни способность к самообслуживанию.

Число госпитализированных престарелых людей, одинок живущих в сельской местности, намного больше, чем число лиц старших возрастов, проживающих в семьях: соответственно 197 и 116 на 1000 ( $t > 4$ ). Эта закономерность подтверждается коэффициентом ассоциации Юла ( $Q = 0,35$ ) в каждой из возрастных групп, что свидетельствует о средней степени зависимости.

Нами были предложено респондентам самим определить, где, по их мнению, им лучше находиться в случае болезни. Среди лиц, имеющих родственников в своем селе, только 37,1% престарелых считают, что нужно лечиться в больницах. С увеличением возраста доля желающих попасть на стационарное лечение уменьшается. Так, если 42,3% лиц в возрасте 60—69 лет утверждают, что им лучше лечиться в больницах,

то в возрастной группе от 80 лет и старше за госпитализацию высказались лишь 18,6%. С возрастом также увеличивается доля респондентов, желающих лечиться в своем селе у детей или у других родственников. В каждой из возрастных групп доля мужчин, предпочитающих лечиться в больницах, больше, чем женщин.

Среди одинок живущих престарелых людей, не имеющих проживающих рядом детей и родственников, 52% лиц считают, что им лучше было бы получить стационарное лечение. С помощью коэффициента ассоциации Юла ( $Q = 0,34$ ) определена средняя сила связи между установкой на помещение в больницу и наличием родственников, проживающих рядом. В то же время каждый третий респондент, не имеющий в селе детей, полагает, что ему во время болезни лучше находиться дома. В какой-то мере это объясняется сохраненной способностью пожилых и старых людей к самообслуживанию, но такая позиция часто ведет к самолечению, вред которого очевиден.

Таким образом, существующая система организации стационарной помощи в сельской местности весьма несовершенна. В участковых больницах практически не получают помощи лица, страдающие заболеваниями нервной системы и органов чувств; по данным комплексных осмотров, эта группа заболеваний составляет 20% в структуре заболеваемости. Уменьшение частоты обращаемости в лечебные учреждения после прекращения работы обуславливает и уменьшение числа случаев госпитализации пожилых и старых людей.

При анализе критических замечаний, высказанных респондентами, обращали на себя внимание жалобы на трудности доставки в больницы заболевших престарелых людей, отдаленно проживающих; справедливы претензии на трудность попасть на прием к врачам узких специальностей, которых на селе не хватает. Часть опрошенных указала на невнимательное отношение к ним врачей и средних медицинских работников, не обладающих достаточными знаниями по геронтологии и гериатрии и нередко считающих болезни престарелых людей неизлечимыми атрибутами старости.

С целью совершенствования стационарной помощи лицам старшего возраста необходимо организовать обучение врачей участковых больниц по смежным специальностям (офтальмология, оториноларингология, невропатология). Целесообразно при участковых больницах открыть отделения для длительного лечения пожилых людей. Перспективными представляются новые формы организации медицинской помощи — дневные стационары и стационары на дому, это совпадает с желанием большинства респондентов.