

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ЛЕЧИВШИХСЯ В ЦЕНТРАХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Т. В. Шаповаленко — ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Министерства здравоохранения России, заместитель директора по медицинской части, кандидат медицинских наук.

MEDICO-SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS TREATED IN REHABILITATION CENTRES

T. V. Shapovalenko — Treatment and Rehabilitation Center of the Ministry of Health of Russia, Deputy Medical Director, Candidate of medical sciences.

Дата поступления — 11.12.2013 г.

Дата принятия в печать — 16.12.2013 г.

Шаповаленко Т. В. Медико-социальная характеристика пациентов, лечившихся в центрах восстановительного лечения и реабилитации // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 4. С. 1000–1004.

Цель: анализ медико-социальной характеристики пациентов центра восстановительной медицины и реабилитации. **Материал и методы.** Проанализированы данные, полученные путем выкопировки из медицинских карт пациентов центра восстановительной медицины и реабилитации ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» МЗ России (ЦВМР) на специально разработанную «Карту пациента ЦВМР». **Результаты.** В структуре обратившихся в ЦВМР большинство составляли пациенты с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани (44,9%), почти 1/3 (29,2%) составили пациенты с заболеваниями системы кровообращения, на третьем месте пациенты с травмами (14,1%). **Заключение.** Выявлены особенности состояния здоровья пациентов с разным возрастом и социальным положением.

Ключевые слова: медико-социальная характеристика, реабилитация.

Shapovalenko T. V. Medico-social characteristics of patients treated in rehabilitation centres // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2013. Vol. 9, № 4. P. 1000–1004.

Aim: analysis of the medical social characteristics of patients of rehabilitation center. **Material and methods.** The data that had been got by extracting from medical records of patients of the Center of restorative medicine and rehabilitation «Medical rehabilitation center» MOH of Russia on a specially developed «Patient card» were analyzed. **Results.** Among the majority of patients (who got treatment in the center) with diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (44,9%), almost 1/3 (29,2%) were patients with diseases of the circulatory system, in the third place — patients with injuries (14,1%). **Conclusion.** As a result of the peculiarities of a patient health condition of different age and social position had been revealed.

Key words: medical and social characteristics, rehabilitation.

Введение. Заболевания органов кровообращения, нервной системы, костно-мышечной системы и травмы традиционно занимают ведущее место среди причин заболеваемости с временной утратой трудоспособности. В 2012 г. в Москве более чем каждый третий случай временной утраты трудоспособности был обусловлен болезнями органов кровообращения, костно-мышечной системы, нервной системы и травмами. В связи с этим вполне ожидаемым явился рост потребностей в восстановительном лечении не только среди лиц пожилого возраста, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями, но и среди работающего населения. Поэтому особую значимость приобретает проблема комплексной реабилитации больных и пострадавших, предусматривающая три основных направления: лечебно-диагностическое, профилактическое и реабилитационное [1, 2].

Состояние и развитие восстановительной медицины, реабилитации и профилактики в мегаполисах в современных условиях является важной и сложной проблемой для органов государственного управления на федеральном и региональном уровнях. Это объясняется тем, что на сравнительно небольшом пространстве сосредоточено многомиллионное население, имеющее неоднородные демографические, социальные, экономические характеристики, существенные различия в состоянии здоровья. С другой стороны, город представляет собой промышленный комплекс, оказывающий противоречивое (как положительное, так и отрицательное) воздействие на его население. В

крупном городе наиболее наглядно представлены социальные контрасты и неравенства, в том числе в Москве проходят лечение не только зарегистрированное население города, но и жители Московской области, а также других субъектов РФ [3, 4].

В настоящее время реабилитационные центры, проводящие реабилитационные мероприятия на втором и третьем этапах, работают в Москве, Санкт-Петербурге, Иваново и других городах, однако существуют проблемы организации оказания реабилитации и восстановительного лечения в крупных, даже укрупненных медицинским оборудованием центрах дневного пребывания, в которых должно проводиться не только полное восстановление после тяжелых заболеваний, в том числе после сложных оперативных вмешательств, но и осуществление высокотехнологичных методов реабилитации и реализации специальных программ, основанных на повышении адаптационных возможностей организма и профилактики заболеваний, что особенно актуально в условиях мегаполиса [5, 6].

Для рационального планирования и организации реабилитации и восстановительного лечения большой интерес представляет анализ медико-социальной характеристики пациентов, получавших данный вид медицинских услуг, которые могут использоваться органами управления здравоохранения при разработке управленческих решений для совершенствования данного вида медицинской помощи [7].

Материал и методы. Углубленный анализ медико-социальной характеристики пациентов ЦВМР проводился на основе компьютерной базы данных, сформированной на основании «Карты пациента ЦВМР» за 2011 г. Общий объем совокупности составил 8890 карт. Были вычислены экстенсивные пока-

Ответственный автор — Шаповаленко Татьяна Владимировна
Адрес: 125367, Москва, Ивановское шоссе, д. 3.
Тел.: (495) 730-98-89
E-mail: shapovalenkotv@mail.ru

затели в отдельных повозрастных группах у мужчин и женщин с разным социальным положением, уровнем образования. Группировка заболеваний, в связи с которыми пациенты обратились в центр, проведена в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ-Х).

При обработке полученных данных использовался расчет относительных показателей (%), расчет средней арифметической (М), ошибки средней ($\pm m$), оценка достоверности разности показателей t (критический уровень значимости при проверке статистических гипотез (P) принимался равным 0,05) [8]. Расчеты производились на персональном компьютере с использованием прикладной программы Excel-2007.

Результаты. Из общего числа изученных пациентов мужчины и женщины составили практически равную долю (соответственно 49,2 и 50,8%). Средний возраст мужчин составил 43,1 \pm 1,74 года, средний возраст женщин 42,7 \pm 1,02 года.

Более 3/4 (77,0%) респондентов имеют высшее образование, еще 21,4% среднее специальное, только 0,8% среднее образование и столько же начальное. Среди опрошенных встречаются респонденты с разным социальным положением: почти 2/3 (64,4%) работают, 10,6% на пенсии по старости, 6,5% на инвалидности, 4,1% учатся, 4,1% работающие пенсионеры и 10,7% не работают (домохозяйки).

Средний возраст респондентов в группе работающих (39,1 \pm 2,2 года) несколько ниже, чем в среднем (42,8 \pm 1,25 года), а в группе неработающих (домохозяек) несколько выше (43,1 \pm 2,8 года). Почти в два раза ниже среднего составляет возраст учащихся (26,4 \pm 1,46 года). Существенно выше среднего (59,4 \pm 0,65 года) средний возраст в группе работающих пенсионеров, и еще выше среди неработающих пенсионеров по старости: 67,83 \pm 2,96 года. В группе лиц, являющихся инвалидами, средний возраст сравнительно невысокий: 47,14 \pm 4,06 года. Это связано с тем фактом, что при распределении респондентов с разным социальным статусом в группе инвалидов 28,9% составили респонденты в возрасте до 30–39 лет и еще столько же инвалиды в возрасте 50–59 лет. На долю лиц пожилого и старческого возраста приходится лишь 14,2% всех респондентов-инвалидов.

Из общего числа респондентов большинство (70,6%) проживают совместно с супругом (ой), в том числе 36,7% с супругом (ой) и детьми, еще 6,6% пациентов проживают совместно с детьми, а 20,7% проживают одиноко. При этом следует отметить, что увеличение возраста респондентов практически не влияет на процент лиц, проживающих одиноко (75% одиноких имеют средний возраст 29,9 \pm 2,3 года).

С учетом того что в ЦВМР проводятся реабилитационные и восстановительные мероприятия по таким направлениям, как кардиореабилитация, нейрореабилитация, реабилитация больных с заболеваниями позвоночника, реабилитация после травм, реабилитация при заболеваниях органов мочеполовой сферы, т.е. после очень тяжелых заболеваний, а программы восстановления и реабилитации предполагают неоднократное посещение центра (т.е. амбулаторное лечение), большое значение имеет место жительства пациентов [9, 10].

Из общего числа респондентов почти три четверти (71,3%) составили жители г. Москвы, значительную часть респондентов (18,9%) составили жители Московской области и еще 6,6% жители других крупных городов РФ; 3,3% составили представители

дальнего зарубежья и минимальные доли составили жители других территорий РФ и стран СНГ (по 0,8%). Следовательно, несмотря на недостаточную обеспеченность населения данным видом медицинской помощи, которая в основном оказывается в крупных городах РФ, подавляющее большинство нуждающихся в восстановительном лечении и реабилитации не имеет возможности получить ее в таких современных ЛРЦ, как базовый, так как лечение в центре напрямую связано с необходимостью проживания в Москве или Московской области.

Большинство пациентов (57,7%) обратились в ЦВМР с целью прохождения реабилитации, почти каждый третий (30,8%) с лечебно-диагностической целью, и 11,5% с целью получения консультации.

Несомненно, что особо пристального внимания требуют те классы болезней, по которым общая заболеваемость имеет практически непрерывный рост показателей. В структуре обратившихся в ЦВМР большинство составляли пациенты с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани (44,9% в структуре всей исследуемой совокупности). Среди них 1-е место (80,3%) занимают пациенты с дорсопатиями, 2-е место (12,4%) с артропатиями и 3-е место (6,6%) с болезнями мягких тканей.

Почти 1/3 (29,2%) среди всех исследуемых составили пациенты с заболеваниями системы кровообращения: 1-е место в данной группе (42,7%) занимают пациенты с цереброваскулярными болезнями, 2-е место (25,8%) с ишемической болезнью сердца и 3-е место (21,3%) с болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением. Четвертое место (6,7%) занимают пациенты с другими болезнями сердца, 2,2% составляют пациенты с болезнями вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов и 1,1% с болезнями артерий, артериол и капилляров.

В структуре пациентов с травмами (14,1% в общей структуре) наибольшую долю составили пациенты с травмами области голеностопного сустава и стоп (53,5%), 2-е место (23,2%) занимают пациенты с травмами колена и голени, 3-е (16,3%) — с травмами плечевого пояса и плеча, 4-е (4,6%) — с травмами локтя и предплечья и 2,3% — с травмами области тазобедренного сустава и бедра. Однако в 2012 г. в связи с внедрением программы ранней реабилитации для пациентов после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов структура несколько изменилась.

На долю перечисленных трех классов заболеваний приходится 88,2% всех пациентов, нуждающихся в реабилитации и восстановительном лечении. Остальные 11,8% составляют пациенты с заболеваниями нервной системы, мочеполовой системы, болезнью органов дыхания, эндокринной системы.

Различные сопутствующие заболевания зарегистрированы в среднем почти у каждого третьего (29,2%) из изученных пациентов ЦВМР, причем 87,6% имеют по одному сопутствующему заболеванию, 9,0% по два заболевания, а 3,4% даже по три заболевания. Более половины из данной группы пациентов (57,6%) имеют зарегистрированные в медицинской карте заболевания системы кровообращения, 10,9% — заболевание костно-мышечной системы, столько же — заболевание эндокринной системы (такие, как ожирение и сахарный диабет), еще 20,7% — заболевания других систем и органов.

Можно отметить отсутствие заметного различия доли пациентов, имеющих зарегистрированные сопутствующие заболевания среди пациентов разного

Возрастной состав пациентов, имеющих различные сопутствующие заболевания (в процентах к итогу)

Классы сопутствующих заболеваний	Возраст					Итого
	До 40	40–49	50–59	60–69	70 и старше	
Заболевания системы кровообращения	-	5,7	20,8	20,8	52,8	100,0
Заболевания костно-мышечной системы	-	10,0	10,0	30,0	50,0	100,0
Заболевания эндокринной системы	20,0	10,0	20,0	20,0	30,0	100,0
Заболевания других систем и органов	10,5	15,8	5,3	10,5	57,9	100,0
Все сопутствующие заболевания	3,4	9,0	14,6	22,5	49,4	100,0

пола. Если среди женщин сопутствующие заболевания имели 31,6% обратившихся в ЦВМР, то среди мужчин таких оказалось несколько меньше — только 28,1%. Различие показателей статистически не доказано: $t=1,4$, $P>0,01$.

Естественно, что с увеличением возраста доля больных сопутствующими заболеваниями растет с 3,4% у лиц до 40 лет до 49,4% у лиц 70 лет и старше.

При этом если в отношении болезней системы кровообращения (в качестве сопутствующих заболеваний) наблюдается четкая тенденция к росту с увеличением возраста (с 5,7% у лиц 40–49 лет, до 20,8% у лиц 50–59 лет и 52,8% у лиц 70 лет и старше), так же как и при заболеваниях костно-мышечной системы (с 10,0% у лиц 40–49 лет до 30,0% у лиц 60–69 лет, до 50,0% у лиц 70 лет и старше), а среди пациентов до 40 лет никто не имел данных сопутствующих заболеваний, то в отношении заболеваний эндокринной системы не наблюдается предельно четкой тенденции. Так, нами выявлена довольно большая доля пациентов ЦВМР, имеющих данное сопутствующее заболевание в самой младшей возрастной группе (20,0%) (таблица).

Доля пациентов, имеющих сопутствующие заболевания, заметно колеблется в зависимости от вида основного заболевания. Особенно велика доля имеющих различные сопутствующие заболевания среди пациентов с заболеваниями системы кровообращения (74,2%), гораздо меньше доля больных с сопутствующими заболеваниями среди пациентов с прочими заболеваниями (11,2%), с заболеваниями костно-мышечной системы (8,8%) и с травмами (2,3%).

При организации реабилитации и восстановительного лечения большое значение приобретает наличие у больных осложнений их основных заболеваний. Почти каждый третий пациент (32,5%) имел в анамнезе осложнения. При этом 80,0% имели по одному осложнению, 16,2% — по два осложнения, а 3,0% пациентов имели даже три и более осложнений.

Наибольшее число пациентов с осложнениями наблюдается среди страдающих заболеваниями системы кровообращения и травмами (53,9 и 55,8% соответственно), несколько меньше среди имеющих заболевания костно-мышечной системы (36,1%) и прочие заболевания (10,3%).

Необходимо отметить, что более половины пациентов (56,8%) с сопутствующими заболеваниями имеют также в анамнезе осложнения основного заболевания.

Из общего числа респондентов почти половина (45,1%) болеют данным заболеванием менее года, каждый третий (34,4%) более года, в том числе 5,7% более 5 лет, а каждый 5-й респондент (20,5%) не смог определить длительность своего заболевания. Око-

ло половины респондентов и у мужчин (46,7%), и у женщин (43,5%) болеют менее года, а 36,6% мужчин и 32,3% женщин болеют более года, в том числе 5,0% мужчин и 6,4% женщин более 5 лет; не ответили на вопрос 16,7% мужчин и 24,2% женщин.

В то же время длительность заболеваний, послуживших причиной обращения в ЦВМР, несколько отличается у лиц разного возраста. С увеличением возраста доля болеющих менее года снижается с 52,0% среди респондентов до 30 лет и 66,7% в группе лиц 30–39 лет до 33,3% в группе 60 лет и старше. Естественно, при этом растет доля болеющих более года с 32,0% в группе респондентов самого молодого возраста до 46,7% у респондентов 60 лет и старше. Особенно сильно с увеличением возраста больных растет доля респондентов, имеющих анамнез данного заболевания более 5 лет: с 5,4% среди пациентов 40–49 лет до 13,3% у лиц 60 лет и старше. Среди респондентов более молодых возрастных групп не было пациентов, болеющих более 5 лет.

Важно отметить, что из общего числа изученных пациентов 68,8% с таким заболеванием оказались в ЦВМР впервые, а 31,2% данное заболевание перенесли повторно. У мужчин доля респондентов с повторным заболеванием несколько выше (76,7%), чем у женщин (61,2%). С увеличением возраста респондентов доля больных с первично возникшим заболеванием снижается с 92,0% у лиц до 30 лет до 74,1% у лиц 30–39 лет, 67,6% — у лиц 40–49 лет, 50,0% — 50–59 лет и 46,7% — у лиц 60 лет и старше. Соответственно с увеличением возраста респондентов растет доля больных с повторным заболеванием с 8,0% у лиц до 30 лет до 53,3% у лиц 60 лет и старше. Средний возраст респондентов с заболеванием, возникшим впервые ($38,8 \pm 0,68$ года), достоверно ниже среднего возраста респондентов с повторным заболеванием ($50,2 \pm 1,14$ года). Различие средних арифметических статистически достоверно: $t=2,01$, $P<0,05$.

Естественно, что среди пациентов ЦВМР следует ожидать высокой доли респондентов, которые получили уже медицинскую помощь в различных ЛПУ. Однако оказалось, что более 1/3 респондентов (39,3%) никогда раньше не лечились по поводу данного заболевания. Из общего числа опрошенных каждый третий (35,2%) лечился в других стационарах, 11,6% лечился в стационаре базового ЛРЦ, 9,0% — только амбулаторно, а 4,9% лечился в санатории. Закономерно, что среди респондентов с повторно возникшем заболеванием доля нигде не лечившихся в 2 раза меньше, чем среди тех, у кого заболевание возникло впервые (21,6 и 46,4% соответственно). Соответственно растет доля лечившихся в стационарах с 42,8% среди респондентов, болеющих впервые, до 56,7% среди болеющих повторно.

Кроме того, с увеличением длительности заболевания доля респондентов, никогда прежде не лечившихся, снижается с 58,3% у пациентов с заболеванием до 1 года до 23,0% при длительности заболевания до 2 лет; все респонденты, болеющие более 2 лет, получали лечение в различных медицинских учреждениях.

Соответственно, с увеличением длительности заболевания растет не просто доля больных, которые уже лечили данное заболевание, но растет доля лечившихся в стационарах с 29,0% среди респондентов, болеющих не более года (в том числе 14,5% лечились в стационаре данного ЛРЦ) до 64,7% с длительностью до 2 лет (17,6% в базовом ЛРЦ), 85,7% — до 3 лет, 66,6% — до 4 лет, 100,0% (25,0% в ЛРЦ) — до 5 лет и 71,4% — более 5 лет. С увеличением длительности заболевания растет и доля респондентов, лечившихся амбулаторно: с 7,3% среди пациентов, болеющих не более 1 года, до 21,4% среди болеющих более 5 лет. Наблюдается также рост респондентов, получавших санаторное лечение: с 5,4% в группе болеющих до 1 года до 21,4% среди болеющих более 5 лет. При этом надо учесть, что каждый из данной группы пациентов получал санаторное лечение уже после прохождения курса либо амбулаторного, либо стационарного лечения.

Из всех прошедших лечение пациентов почти половина (47,7%) были выписаны с полным восстановлением трудоспособности, однако у значительной доли пациентов (27,8%) трудоспособность была частично утрачена, а почти каждый четвертый (24,5%) был выписан со стойкой утратой трудоспособности.

Обсуждение. Большинство пациентов (61,0%) на момент проведения исследования были в трудоспособном возрасте, имели высшее образование (77,0%), работали (64,0%), большинство (70,6%) проживали совместно с супругом (ой). На долю трех классов заболеваний (заболевания костно-мышечной системы, болезни системы кровообращения, травмы) приходится 88,2% всех пациентов, нуждающихся в реабилитации и восстановительном лечении. Остальные 11,8% составляют пациенты с заболеваниями нервной системы, мочеполовой системы, болезнями органов дыхания, эндокринной системы. Различные сопутствующие заболевания зарегистрированы в среднем почти у каждого третьего (29,2%) из изученных пациентов. Почти каждый третий пациент (32,5%) имел в анамнезе осложнения.

С увеличением длительности заболевания растет доля больных, которые уже лечили данное заболевание.

Объясним высокий удельный вес пациентов, не получавших ранее медицинскую помощь, среди респондентов, у которых заболевание выявлено впервые или имеется анамнез болезни не более года. Однако наличие значительной доли респондентов, не получавших лечения в группе респондентов, у которых заболевание возникло повторно (21,6%) и с длительностью заболевания от 1 до 2 лет (23,5%), а также среди тех, кто не ответил на вопрос о длительности заболевания (46,2%), очевидно, свидетельствует либо о несвоевременности, в силу разных обстоятельств, обращения за медицинской помощью, либо о низкой доступности данного вида медицинской помощи.

Заключение. Таким образом, правильно подобранный комплекс реабилитационных мероприятий, основанных на выявленных закономерностях медико-социальных характеристик пациентов, помогает

максимально быстро восстановиться после перенесенных заболеваний, возвращает свободу движений и возможность трудиться.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках диссертационного исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

Библиографический список

1. Большакова Т. М., Прилипко Н. С. Особенности распределения потребности взрослого населения в восстановительном лечении и медицинской реабилитации по федеральным округам на территории России // Вестник восстановительной медицины. 2010. № 6. С. 5–7.
2. Диспансеризация лиц опасных профессий в новых экономических условиях — основной путь оздоровления и снижения заболеваемости в центрах восстановительной медицины и реабилитации / В. Н. Преображенский, В. Д. Остапшин, Т. В. Беганова [и др.] // Вестн. восстановительной медицины. 2010. № 2. С. 16–18.
3. Иванова Е. С., Разумов А. Н., Мухарьямов Ф. Ю. Современные технологии восстановительного лечения больных после оперативной реваскуляризации миокарда // Новые мед. технологии. 2010. № 6. С. 20–21.
4. Лядов К. В., Шаповаленко Т. В., Беганова Т. В. Научно-методологические подходы к организации центров восстановительной медицины и медицинской реабилитации. М.: Медпрактика, 2010. 232 с.
5. Полякова Т. М. Анализ использования методов реабилитации с позиции современного подхода на стационарном этапе лечения // Здравоохранение Дальнего Востока. 2010. № 3. С. 109–110.
6. Медико-социальная реабилитация с позиций страховой медицины / Д. З. Борохов, П. П. Петров, М. К. Кульжанов, Г. Т. Кульжанов // Сов. здравоохранение. 1991. № 9. С. 39–43.
7. Гусев А. О. Мнение пациентов отделений восстановительного лечения для больных с болезнями кровообращения об организации ухода за ними после выписки из стационара // Общественное здоровье и здравоохранение: правовые, экономические и организационные аспекты модернизации здравоохранения Российской Федерации: материалы II Международ. науч.-практ. конф. Новосибирск, 2010. С. 169–171.
8. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов / Н. И. Вишняков, А. О. Гусев, О. А. Гусев [и др.]; под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. 6-е изд. М.: Медпресс-информ, 2012. 656 с.
9. Корнев Ю. А. Опыт оценки эффективности восстановительного лечения больных в условиях городского центра реабилитации // Мед. помощь. 2006. № 2. С. 9–11.
10. Щербачев М. В. Организационные и медико-экономические аспекты деятельности отделений восстановительного лечения в условиях реформирования стационарной помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2000. 21 с.

Translit

1. Bol'shakova T. M., Prilipko N. S. Osobnosti raspredelenija potrebnosti vzroslogo naselenija v vosstanovitel'nom lechenii i medicinskoj rehabilitacii po federal'nym okrugam na territorii Rossii // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny. 2010. № 6. S. 5–7.
2. Dispanserizacija lic opasnyh professij v novyh jekonomiceskix uslovijah — osnovnoj put' ozdorovlenija i snizhenija zabolevaemosti v centrah vosstanovitel'noj mediciny i rehabilitacii / V. N. Preobrazhenskij, V. D. Ostapishin, T. V. Beganova [i dr.] // Vestn. vosstanovitel'noj mediciny. 2010. № 2. S. 16–18.
3. Ivanova E. S., Razumov A. N., Muhar'jamov F. Ju. Sovremennye tehnologii vosstanovitel'nogo lechenija bol'nyh posle operativnoj revaskuljarizacii miokarda // Novye med. tehnologii. 2010. № 6. S. 20–21.
4. Ljadov K. V., Shapovalenko T. V., Beganova T. V. Nauchno-metodologicheskie podhody k organizacii centrov vosstanovitel'noj mediciny i medicinskoj rehabilitacii. M.: Medpraktika, 2010. 232 s.
5. Poljakova T. M. Analiz ispol'zovanija metodov rehabilitacii s pozicijii sovremennogo podhoda na stacionarnom jetape lechenija // Zdravoohranenie Dal'nego Vostoka. 2010. № 3. S. 109–110.
6. Mediko-social'naja rehabilitacija s pozicij strahovoj mediciny / D. Z. Borohov, P. P. Petrov, M. K. Kul'zhanov, G. T. Kul'zhanov // Sov. zdravoohranenie. 1991. № 9. S. 39–43.

7. Gusev A.O. Mnenie pacientov otdelenij vosstanovitel'nogo lechenija dlja bol'nyh s boleznjami krovoobrashhenija ob organizacii uhoda za nimi posle vypiski iz stacionara // Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie: pravovye, jekonomicheskie i organizacionnye aspekty modernizacii zdavoohranenija Rossijskoj Federacii: materialy II Mezhdunar. nauch.-prakt. konf. Novosibirsk, 2010. S.169–171.

8. Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie: uchebnik dlja studentov / N.I. Vishnjakov, A.O. Gusev, O.A. Gusev [i

dr.]; pod red. V.A. Minjaeva, N.I. Vishnjakova. 6-e izd. M.: Medpress-inform, 2012. 656 s.

9. Kornev Ju.A. Opyt ocenki jeffektivnosti vosstanovitel'nogo lechenija bol'nyh v uslovijah gorodskogo centra reabilitacii // Med. pomoshh'. 2006. № 2. S. 9–11.

10. Shherbakov M.V. Organizacionnye i mediko-jekonomicheskie aspekty dejatel'nosti otdelenij vosstanovitel'nogo lechenija v uslovijah reformirovanija stacionarnoj pomoshhi: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. SPb., 2000. 21 s.

УДК 614.2

Оригинальная статья

МОНИТОРИНГ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ О КАЧЕСТВЕ И ДОСТУПНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Т.В. Шаповаленко — ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Министерства здравоохранения России, заместитель директора по медицинской части, кандидат медицинских наук.

MONITORING OF PATIENTS' OPINION ON THE QUALITY AND AVAILABILITY OF REHABILITATION ORGANIZATION IN MODERN CONDITIONS

T. V. Shapovalenko — Treatment and Rehabilitation Center of the Ministry of Health of Russia, Deputy Medical Director, Candidate of medical sciences.

Дата поступления — 11.12.2013 г.

Дата принятия в печать — 16.12.2013 г.

Шаповаленко Т.В. Мониторинг мнения пациентов о качестве и доступности организации реабилитации в современных условиях // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 4. С. 1004–1008.

Цель: изучить мнение пациентов центра восстановительной медицины и реабилитации (ЦВМР) ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» МЗ России об организации, качестве и доступности реабилитации и восстановительного лечения. **Материал и методы.** Осуществлено анонимное анкетирование 490 пациентов по специально разработанной анкете. **Результаты.** Из общего числа респондентов практически три четверти (76,1%) оценили доступность и качество восстановительного лечения и реабилитации в центре на «хорошо» и «отлично», еще 19,8% — на «удовлетворительно», 4,1% — на «неудовлетворительно». **Заключение.** Результаты исследования могут быть использованы органами управления здравоохранения при разработке управленческих решений, направленных на улучшение доступности и качества оказания данного вида специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: доступность и качество медицинской помощи, реабилитация.

Shapovalenko T. V. Monitoring of patient's opinion on the quality and availability of rehabilitation organization in modern conditions // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 4. P. 1004–1008.

Aim: to study the patients opinion of the center of restorative medicine and rehabilitation of «Medical rehabilitation center» of MOH of Russia: the organization and availability of rehabilitation and restorative treatment. **Material and Methods.** Anonymous survey of 490 patients using the specially designed questionnaire. **Results.** The most of the respondents, almost ¾ (76,1%) gave the «good» and «excellent» marks, 19,8% — «satisfactory», 4,1% — «unsatisfactory». **Conclusion.** Results of this research can be used by health care regulatory bodies when developing the administrative decisions directed on improvement of availability and quality of rendering this specialized medical care.

Key words: accessibility and quality of medical care, rehabilitation.

Введение. Сложившаяся в России за последние десятилетия тенденция ухудшения показателей здоровья граждан кроме мер социально-экономического характера требует значительного улучшения оказания населению доступной и качественной медицинской помощи. В настоящее время контроль качества организации медицинской помощи является самым актуальным ее аспектом [1–3].

Качество результата медицинской помощи оценивается (кроме других методов) с помощью социологических опросов пациентов, так как от степени удовлетворенности полученной медицинской помощью, от того впечатления, которое производит учреждение и персонал на пациента во время оказания этой помощи, зависит характер информации об учреждении, которая будет распространяться пациентами среди

близких и знакомых, что в немалой степени формирует имидж медицинского учреждения, способствует повышению эффективности его работы. Анкетирование непосредственных потребителей медицинской помощи позволяет оперативно определить эффективность тех или иных инноваций в здравоохранении и своевременно провести при необходимости коррекцию мероприятий [4, 5].

Цель: анализ результатов социологического опроса пациентов центра восстановительной медицины и реабилитации (ЦВМР), посвященного изучению их мнения об организации, качестве и доступности медицинской помощи.

Материал и методы. Исследование проводилось по результатам анонимного анкетирования 490 пациентов центра восстановительной медицины и реабилитации ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» МЗ РФ. Были вычислены экстенсивные показатели в отдельных по возрастных группах у мужчин и женщин. Обработка материалов исследования осуществля-

Ответственный автор — Шаповаленко Татьяна Владимировна
Адрес: 125367, Москва, Ивановское шоссе, д. 3.
Тел.: (495) 730-98-89
E-mail: shapovalenkotv@mail.ru