

Л.И. Лавлинская
**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ
СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА**

ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Резюме. Организация медицинской и социальной помощи для трудоспособных женщин, к сожалению, далека от эффективной. Высокое качество медицинского обследования и лечения в для пожилых женщин должно осуществляться с учетом индивидуальных особенностей состояния здоровья и ограниченных физических возможностей больных; необходимо применять системы, обеспечивающие непрерывное динамическое обследование и лечение, круглогодичную поддерживающую терапию и ежегодные курсы стационарного лечения, что позволит снизить заболеваемость и инвалидность, продлить период трудоспособности.

Ключевые слова: трудоспособный возраст, женщины, лечение.

Организация медико-социальной помощи женщинам старше трудоспособного возраста представляет большие трудности. В пожилом и старческом возрасте характерны разнообразные нарушения функционального статуса и полиморбидность, определяющие нужды и потребности в различного вида медицинской и социальной помощи. Необходимо обратить внимание на то, что число пожилых людей, обращающихся за медицинской помощью, с возрастом уменьшается, несмотря на фактическое ухудшение их здоровья. Результаты исследования показали, что почти все женщины старше трудоспособного возраста нуждаются в медико-социальной помощи. Доля пациентов пожилого и старческого возраста из числа обращающихся и нуждающихся в медицинской помощи, довольно высока.

Установлено, что по мере увеличения возраста растет разрыв между показателями частоты заболеваний по данным обращаемости и медицинских осмотров. В течение последнего года жизни пожилые женщины, проживающие в семейных условиях, ни разу не встречались с медицинскими работниками в 25,4% случаев.

За медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения обращались от одного до шести раз 24,7% пожилых женщин, проживающих в домашних условиях и 49,9% обращались за медицинской помощью более шести раз. Среди пожилых женщин, проживающих в стационарных учреждениях, не было тех, которые бы в течение года не встречались с медицинскими работниками, что обусловлено их проживанием в стационарном учреждении системы социального обслуживания, где им постоянно оказывается медико-социальная помощь. Поэтому частоту обращений за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения данной группы пожилых женщин можно наблюдать только в тех случаях, когда им нужно было оказывать специализированную медицинскую помощь. Частота обращений пожилых женщин, проживающих в стационарных учреждениях, за амбулаторно-поликлинической помощью, ниже, чем у пожилых женщин, проживающих в домашних условиях. Пожилые женщины, проживающие в стационарных учреждениях, обращались за медицинской помощью в возрасте от 55

до 70 лет в среднем четыре раза, в возрасте старше 70 лет – шесть раз. У пожилых женщин, проживающих в домашних условиях, в возрасте от 55 до 70 лет в среднем было семь обращений за медицинской помощью. В возрастной группе старше 70 лет число обращений увеличивается до двенадцати.

Основным лечащим врачом для женщин, проживающих в стационарных учреждениях, является врач данного стационарного учреждения, для женщин, проживающих в семейных условиях, - участковый терапевт. Поэтому основная доля обращений за медицинской помощью у пожилых женщин, проживающих в домашних условиях, приходится на его долю, что составляет около 75,0% от общего числа обращений, и только 25,0% пожилых женщин получают ее у врачей узкой специальности. Среди пожилых женщин, проживающих в стационарных учреждениях, обращаемость в амбулаторно-поликлинические учреждения в основном приходится на врачей узких специальностей (23,5%), а остальные 76,5% обращений - к лечащему врачу стационарного медико-социального учреждения.

Действительно главной фигурой в процессе обеспечения медицинской помощью гериатрических больных в настоящее время является участковый врач-терапевт. С увеличением возраста пожилых женщин его роль, объем работы на приеме в поликлинике, в том числе по оказанию медицинской помощи на дому, возрастает. Помимо чисто врачебных обязанностей, участковый врач выполняет и функции психолога. Во время приема у врача гериатрической больной сообщает врачу не только медицинские, но социально-бытовые аспекты своей жизни, которые для них являются также проблемой как и здоровье.

Особенности заболеваемости пожилых женщин отражаются на структуре их обращений к врачам-специалистам. При этом доля обращений к терапевту с возрастом женщин возрастает, также возрастает обращаемость к невропатологу, хирургу, офтальмологу, травматологу.

С увеличением возраста пожилых женщин обращаемость их с целью профилактических мероприятий снижается, а увеличивается обращаемость за медицинской помощью с лечебно-диагностической целью, что связано со значительным ухудшением здоровья пожилых женщин.

При рассмотрении вопроса динамического наблюдения за пожилыми женщинами было установлено, что пожилые женщины, проживающие в стационарных учреждениях, практически все охвачены наблюдением. Два раза в год группа врачей специалистов проводит осмотр данных пожилых женщин. В группе пожилых женщин, проживающих в семейных условиях, эта работа поставлена не на должном уровне, за исключением женщин инвалидов Великой отечественной войны. Диспансерное наблюдение осуществляется за 6,3% пожилыми женщинами, имеющих хронические заболевания.

Пожилые женщины отмечают организацию стационара на дому как медицинскую помощь, способствующую улучшению качества проведения лечения. Именно организация стационара на дому компенсирует в значительной степени

пожилым женщинам потребность в стационарной помощи, которую им не могут обеспечить стационарные лечебно-профилактические учреждения. Организация стационара на дому для пожилых женщин, безусловно, способствует улучшению качества оказываемой медицинской помощи. Однако в настоящее время возможности поликлиники ограничены и в организации такого вида помощи участвуют преимущественно участковые врачи-терапевты.

Полученные данные показали, что практически половина обращений за медицинской помощью пожилых женщин старше 80 лет, требует организации стационара на дому. У пожилых женщин в возрастной группе от 55 до 70 лет стационар на дому организуется реже на 30,0%.

Важнейшими условиями деятельности внестационарных форм обслуживания пожилых женщин являются наличие хотя бы частичной способности к самообслуживанию данного контингента, возможности в оказании им посторонней помощи со стороны родственников или нетяжелое течение болезни. Распространенные в пожилом возрасте заболевания приводят к увеличению показателей инвалидности и потере пожилыми людьми способности к самообслуживанию. В связи с этим актуально оказание полноценной (учитывающей особенности гериатрических больных) медицинской помощи пожилым людям на дому, в то время как ограниченность ресурсов на развитие здравоохранения проявляется тенденцией к сокращению койко-мест и времени пребывания больного пожилого возраста в стационарах. Перечисленные факторы обуславливают необходимость развития службы длительного ухода за пожилыми людьми на дому. Гериатрическая помощь на дому не является альтернативой помощи участкового врача-терапевта, а дополняет ее. Приоритетное значение организации внебольничных форм медико-социальной помощи лицам пожилого возраста, учитывая их медицинскую и экономическую эффективность, представляется очевидным.

При организации лечебно-профилактической помощи лицам старшего возраста особое внимание должно уделяться совершенствованию внебольничных форм лечения. Сокращение доли стационарного лечения связано с высвобождением высококвалифицированного персонала и дорогостоящего оборудования, которое в большинстве случаев для лечения пожилых больных не требуется. Здесь также может быть оказана медико-социальная помощь на дому.

Участковые врачи и другие специалисты считают, что в оказании и организации лечебно-профилактической помощи пожилым гражданам основной акцент должен быть сделан на внебольничные формы. Медики, социологи, психологи утверждают о том, что пожилой человек должен как можно дольше оставаться жить в привычной для него обстановке, поскольку ресоциализация, наступающая у пожилого, оказавшегося в незнакомой среде, делает его еще более беспомощным и зависимым. Известно, что смена места жительства нередко оказывается для пожилого человека

фактором ускорения развития заболеваний, едва ли не половина пожилых умирает в первый год при перемене места жительства.

Потребность пожилых женщин в стационарном лечении зависит от того, имеются ли у опрошенных женщин дети, родственники, проживающие с ними или в данном населенном пункте, способных осуществлять уход за заболевшими. Пожилые женщины, не имеющие рядом проживающих детей, родственников, близких, хотели бы получить медицинскую помощь в стационарных учреждениях. Почти все одинокие пожилые женщины, проживающие в семейных условиях, отметили, что если во время болезни они находятся дома, то за ними осуществлять уход никто не может. Поэтому они желают лечиться в данном случае в стационаре. Среди пожилых женщин, проживающих в стационарных учреждениях, вопрос стационарного лечения, а точнее ухода, решается. Поэтому женщины находятся на стационарном лечении, только тогда, когда имеются выраженные установки на лечение в стационаре. В остальных случаях им оказывается медицинская помощь в стационарном учреждении, где они проживают, а главное для них - сестринский уход, который они получают на месте. Проблемы одиноких пожилых женщин, полностью зависимых от других людей, могут быть решены только в учреждениях долговременного ухода. Именно в таких учреждениях можно проводить интенсивное лечение в течение длительного времени, имея сестринский уход, что экономически более выгодно. Пожилые женщины очень часто нуждаются в немедленной, а также в долговременной медицинской помощи, которую могут осуществлять квалифицированно специально подготовленные кадры.

Анализ реального положения в оказании медицинской и социальной помощи показал, что потребности пожилых женщин в амбулаторно-поликлинической помощи, реабилитационно-поликлиническом лечении, стационарном лечении, организации стационаров на дому, скорой медицинской помощи, социальном обслуживании удовлетворяются далеко не в полном объеме. Недостатки в организации взаимодействия медицинских и социальных служб, недостаточность медицинской помощи, отсутствие этапности в ее оказании пожилым женщинам в первую очередь связаны с финансово-материальными проблемами здравоохранения.

Совершенно очевидно, что затраты на медицинскую помощь гражданам пожилого и старческого возраста значительно превышают затраты на помощь лицам молодого и среднего возраста, как на амбулаторном, так и на стационарном этапах. Однако эти затраты оправданы. Непрерывное динамическое наблюдение, круглогодичная поддерживающая терапия данного контингента больных, ежегодные курсы стационарного лечения позволяют удлинить продолжительность жизни.

Организация медико-социальной помощи женщинам старше трудоспособного возраста, к сожалению, чрезвычайно далека от того, чтобы называться эффективной. Для осуществления квалифицированного медицинского обследования и лечения пожилых женщин необходимо подходить с учетом индивидуального характера состояния здоровья и ограничений физических возможностей пациентов, необходима

система непрерывного динамического наблюдения и круглогодичная поддерживающая терапия, ежегодные курсы стационарного лечения, что позволит сократить уровень заболеваемости, инвалидизации, удлинить продолжительность жизни.

Литература.

1. Пономарева И.В. Социально-гигиенические, экономические особенности первичного выхода на инвалидность в трудоспособном возрасте // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2003. № 5. С. 31-34.
2. Коровкин А.Г., Подорванова Ю.А. Оценка межрегиональных переходов населения с учетом возраста // Проблемы прогнозирования. 2002. № 3. С. 109-124.

Abstract

L.I. Lavlinskaya

*MANAGEMENT OF MEDICAL-AND-SOCIAL ASSISTANCE
TO ABLE-BODIED WOMEN*

Voronezh N.N. Burdenko State Medical Academy

Management of medical and social assistant to able-bodied women is, unfortunately, far from being effective. High quality medical examination and treatment delivered to elderly women should be managed taken into consideration individual features of their health state and limited physical abilities of such patients; it is required to apply the system, ensuring continuous dynamic examination and treatment, all-the-year-round supporting therapy and annual course of in-patient treatment, witch will enable to decrease the morbidity and disability rate and to prolong the life span.

Key words: working age women, the treatment.