

© Черкасов С.Н., Курносиков М.С., 2015
УДК 614.2

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК НА УРОВЕНЬ ПОТРЕБНОСТИ В СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

С.Н. Черкасов, М.С. Курносиков

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко, г. Москва
МУЗ «Центральная городская больница №1»,
г. Сургут, Ханты-Мансийский автономный округ

В работе рассмотрены проблемы планирования объемов стационарной медицинской помощи при внематочной беременности. Показано, что медико-социальные факторы, особенности поведения пациенток влияют на длительность стационарного лечения, и соответственно, на потребность в объемах стационарной помощи. Управление факторами на уровне муниципального образования может снизить потребность в стационарном лечении и повысить экономическую и социальную эффективность использования ресурсов отрасли.

Ключевые слова: *потребность в медицинской помощи, планирование объемов медицинской помощи, медико-социальные факторы, поведение пациенток.*

Определение потребности в медицинской помощи является важным элементом текущего и стратегического планирования в здравоохранении [1]. Модель оказания медицинской помощи, с точки зрения планирования объемов, предусматривает постоянную величину требуемых объемов медицинской помощи при наблюдаемом уровне заболеваемости и используемых медицинских технологиях, а также переменную часть, включающую объемы стационарной помощи при наличии осложнений. Известное количество осложнений, требующих стационарного лечения, и средняя длительность пребывания в стационаре дает возможность определить потребность в стационарной помощи данному контингенту пациентов. Однако, с целью повышения эффективности использования ресурсов отрасли, необходимо не только планировать потребность, но и управлять процессом её формирования [2, 3]. Это возможно при условии знания факторов риска возникновения патологического состояния и факторов риска длительного пребывания

в стационаре. Процесс формирования потребности наиболее точно может быть описан в виде вероятностной модели с учетом факторов риска изменения потребности в объемах медицинской помощи и снижения возможного риска несоответствия планируемых объемов помощи и её реальной потребности.

В соответствии с двухфакторной моделью формирования потребности в стационарной помощи [4] снижение потребности в стационарной помощи возможно в двух направлениях: уменьшение количества случаев внематочной беременности на основе знаний о факторах риска возникновения данной патологии (первичная профилактика) и снижение длительности стационарного лечения путем управления факторами риска длительного пребывания пациентки в стационаре. Изучение факторов риска возникновения внематочной беременности не входило в задачи настоящего исследования. Срок стационарного лечения определялся клиническими подходами, тяжестью осложнений и не был напрямую

связан с медико-социальными характеристиками пациенток. Однако вероятность возникновения осложнений, соответственно требующих более длительного стационарного лечения, возможно, была связана с некоторыми медико-социальными характеристиками, оценка влияния которых и была проведена в процессе настоящего исследования.

Материалы и методы

Цель исследования заключалась в изучении значимости факторов риска длительного пребывания в стационаре женщин по поводу внематочной бере-

менности, основанных на анализе медико-социальных факторов и особенностей поведения пациенток.

Исследуемая выборка составила 200 женщин, находившихся на стационарном лечении в МУЗ «ЦГБ №1» г.Сургут, ХМАО. Данные получены путем выкопировки из медицинской документации и методом анкетирования.

Данные обработаны методами вариационной статистики. Коэффициент ассоциации Юла вычисляли исходя из данных четырехпольной матрицы следующего вида:

Наличие фактора	Количество	
	Больных	Здоровых
Был	A	B
Не был	C	D

Расчет производили по формуле: $Ka = (AD-DC) / (AD+DC)$.

Диагностический коэффициент показывающий во сколько раз вероятность патологии у ребенка выше в основной группе в сравнении с контрольной рассчитывали по формуле: $DK = m \lg(p1/p2)$. Достоверными считали различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

По отчетным данным муниципального здравоохранения г.Сургут средний срок стационарного лечения при внематочной беременности в 2013 году составил $5,73 \pm 0,11$ суток. В качестве критического срока стационарного лечения, в соответствии с которым производилось деление на группы сравнения, принимали 5 суток. В основную группу включили 105 женщин, длительность стационарного лечения которых превышала 5 суток, в контрольную включили 95 женщин, длительность стационарного лечения которых была 5 и менее суток. Средний срок пребывания в условиях круглосуточного стационара в контрольной группе составил $4,77 \pm 0,15$ суток, в основной – $6,47 \pm 0,12$ суток ($p < 0,05$).

Средний возраст в обеих группах достоверно не отличался и составил в контрольной группе $30,7 \pm 4,97$ лет, в

основной $30,6 \pm 6,16$ года ($p > 0,05$). Однако, в основной группе доля женщин в возрасте более 35 лет составила $29 \pm 4,4\%$, тогда как в контрольной их было меньше – $21 \pm 4,18\%$, однако различия не были достоверны ($p > 0,05$).

Образовательный уровень был выше в контрольной группе, где $50 \pm 5,13\%$ женщин имели высшее или незаконченное высшее образование. В основной группе таковых было только $30 \pm 4,47\%$ ($p < 0,05$). Следовательно, более высокий образовательный уровень снижает вероятность длительного пребывания на стационарном лечении (коэффициент ассоциации – 0,31; ДК – 1,37). Анализ брачного статуса показал, что женщины, не состоящие в брачных отношениях (независимо от факта регистрации брака), регистрировались только в основной группе женщин ($10 \pm 2,9\%$), тогда как в контрольной все имели брачный статус «замужем» ($p < 0,05$).

Высокий уровень дохода (более 10001 руб. на одного члена семьи в месяц) в сравниваемых группах чаще отмечался в основной группе ($90 \pm 2,9\%$ в основной группе против $70 \pm 4,7\%$ в контрольной группе ($p < 0,05$). Прогностические характеристики также свидетельствовали о более высокой вероятности длительной госпитализации у женщин с

высоким уровнем дохода (коэффициент ассоциации отрицательный = -0,46). Полученные данные соответствуют результатам анализа жизненных приоритетов. Если на первом месте в обеих группах отмечалась «семья», то значимость такого приоритета как «здоровье» отличалась в сравниваемых группах. В контрольной группе значимость приоритета «здоровье» оценивалось более высоко перед приоритетами «работа», «образование», «карьера», «материальные блага» и «духовные ценности», тогда как в основной значимость приоритета «здоровье» соответствовало значимости приоритета «работа». Приведенные данные позволяют объяснить и более высокий уровень вероятности длительного стационарного лечения у женщин с высоким уровнем дохода.

Субъективная оценка уровня собственного здоровья не отличалась в сравниваемых группах ($3,74 \pm 0,16$ баллов в контрольной группе против $3,57 \pm 0,13$ баллов в основной, $p > 0,05$).

Оценка работы лечебно-профилактических учреждений в группах достоверно не отличалась ($3,58 \pm 0,17$ баллов в контрольной группе против $3,52 \pm 0,16$ баллов в основной группе), как в случае оценки деятельности администрации города по организации медицинского обслуживания ($3,37 \pm 0,21$ баллов в контрольной группе против $3,24 \pm 0,17$ балла в основной группе).

Большинство женщин основной и контрольной групп никогда не занимались спортом ($79 \pm 4,17\%$ в контрольной и $68 \pm 4,58\%$ в основной группе). Не отмечено связи с длительностью занятий спортом и вероятностью увеличения срока стационарного лечения ($p > 0,05$). Рассмотрение субъективных характеристик уровня физической активности подтвердило невозможность их использования для достоверного анализа риска. Объективные характеристики уровня физической активности, такие как «расстояние, которое обычно преодолевается пешком в день», «профессия, связанная с физической активностью», «частый активный отдых» не позволяли выявить различия между

сравниваемыми группами.

Самолечение в той или иной степени используют практически все женщины исследуемых групп, однако в контрольной группе только $5 \pm 2,23\%$ женщин всегда используют данный метод, тогда как в основной их доля была в практически в пять раз больше – $24 \pm 4,16\%$ ($p < 0,05$). Факт наличия связи между приверженностью к самолечению и увеличением вероятности длительного стационарного лечения подтверждает и значение коэффициента ассоциации – 0,76.

В качестве основных источников информации более половины женщин основной и контрольной группы ($52 \pm 4,9\%$ в основной и $53 \pm 5,1\%$ в контрольной группе) использовали специальную литературу. В основной группе достоверно чаще ориентировались на информацию, полученную из средств массовой информации ($11 \pm 3,2\%$ в контрольной и $32 \pm 4,4\%$ в основной группе, $p < 0,05$). Достоверно чаще женщины, стационарное лечение которых длилось дольше, слушали советы окружающих ($77 \pm 4,1\%$ в основной группе и $58 \pm 5,1\%$ в контрольной группе, $p < 0,05$), причем всегда слушали советы окружающих (не специалистов) $29 \pm 4,4\%$ женщин основной группы и только $11 \pm 3,2\%$ женщин контрольной группы ($p < 0,05$).

В три раза чаще женщины основной группы признавались, что могут самостоятельно, без совета с врачом прекратить лечение ($14 \pm 3,4\%$ в основной группе против $5 \pm 2,2\%$ в контрольной группе, $p < 0,05$), однако в некоторых случаях прекратить лечение могли более половины женщин сравниваемых групп ($68 \pm 4,7\%$ в контрольной группе и $62 \pm 4,7\%$ в основной группе, $p > 0,05$). Информировали о нарушении данных врачом рекомендаций достоверно чаще в контрольной группе ($32 \pm 4,8\%$ в контрольной против $5 \pm 2,1\%$ в основной, $p < 0,05$). Характеристики связи между вышеуказанными признаками свидетельствовали о высоком уровне их прогностической и диагностической ценности (коэффициент ассоциации – 0,8; ДК – 3,37). Достоверно чаще женщины контрольной группы уточняли

у врача информацию о графике приема препаратов, данных им рекомендациях ($63 \pm 4,9\%$ в контрольной и $33 \pm 4,6\%$ в основной группе, $p < 0,05$, коэффициент ассоциации – 0,55; ДК – 2,77).

Поддержание постоянного контакта с медицинским учреждением в процессе лечения и, в первую очередь с лечащим врачом, способствовало сокращению сроков стационарного лечения (коэффициент ассоциации 0,51; ДК – 2,29). Частота постоянного контакта с врачом была значительно выше среди женщин контрольной группы ($42 \pm 5,06\%$ в контрольной против $19 \pm 3,82\%$ в основной группе, $p < 0,05$). Данный признак обладал очень высоким уровнем чувствительности – 80,95%, что позволяет использовать его в качестве скринингового параметра.

Выводы

1. Формирование потребности в стационарной помощи при внематочной беременности вследствие удлинения срока лечения, зависит от некоторых социальных, экономических и поведенческих особенностей пациенток.

2. В качестве факторов снижающих потребности в стационарной помощи можно выделить возраст менее 35 лет, высокий образовательный уровень, наличие брачных отношений (независимо от факта регистрации брака), высокий статус жизненного приоритета «здоровье», отказ от самолечения, поддержание постоянного контакта с медицинским учреждением в процессе лечения, невозможность принятия решения о прекращении лече-

ния без совета со специалистами.

3. Использование полученных данных дает возможность не только констатировать факт влияния, но, что наиболее важно, планировать программы воздействия на установленные факторы (напрямую или косвенно) с целью управления потребностью в стационарной помощи при внематочной беременности.

Литература

1. Акушерство: нац. рук-во / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: Медицина, 2007. – 1300 с.
2. Мурузов В.Х. Оптимизация управления региональным здравоохранением на основе системного мониторинга и многоуровневого моделирования: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Х. Мурузов. – Воронеж, 2009. – 48 с.
3. Сапожникова Н.Г. Рациональное управление больнично-поликлиническим комплексом муниципального района на основе информационного мониторинга, анализа и прогнозирования заболеваемости: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.Г. Сапожникова. – Воронеж, 2008. – 48 с.
4. Хетагурова А.К. Оценка влияния социально-экономических факторов и особенностей поведения пациента на потребность в стационарной помощи в послеродовом периоде / А.К. Хетагурова, С.Н. Черкасов, М.С. Курносики // Экономика здравоохранения. – 2012. – № 1-2. – С. 11-14.

**IMPACT MEDICAL-SOCIAL FACTORS AND BEHAVIOR OF PATIENT
WITH ECTOPIC PREGNANCY ON THE DURATION OF HOSPITAL STAY**

S.N. Cherkasov, M.S. Kurnosikov

The study deals to the problems of planning of hospital care in ectopic pregnancy. It is shown that the importance of the factors based on medical and social characteristics of the patient, determined by the ability of management influence, by forming a comprehensive prevention programs with the goal of reducing the probability of prolonged hospital stay. The use of this approach at the level of the municipality substantially increases the economic and social efficiency.

Keywords: *the need for medical care, capacity planning of health care, medical and social factors, the patient's behavior.*

Черкасов С.Н. – д.м.н., гл. науч. сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко», г. Москва.

E-mail: cherkasovsn@mail.ru

Курносилов М.С. – к.м.н., гл. врач МУЗ «ЦГБ №1», г. Сургут, ХМАО.

E-mail: mik.kurnosikov@yandex.ru