

УДК 614.2:616-092.11-053.9(1-22)

Артюхов И.П., Капитонов В.Ф.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕГО НЕТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩЕГО В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ*ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет
имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск*

Резюме. Для изучения состояния здоровья и факторов на него влияющих был проведен социологический опрос 998 респондентов. Выявлено, что удельный вес населения старшего нетрудоспособного возраста, обратившихся за медицинской помощью по поводу заболеваний, за 15 лет увеличился с 45,9 % до 52,8 %, а доля респондентов, имеющих хроническую патологию, составила 92,3 %, из них только у 17,5 % одну хроническую болезнь, в остальных случаях - сочетанную патологию. В среднем, на одного исследованного респондента приходится 4,1 нозологических единиц. Было установлено, что на состояние здоровья и наличие хронической патологии влияют такие медико-биологические и социально-гигиенические факторы как пол, возраст, семейное состояние, трудовая деятельность, экономическое состояние семьи.

Ключевые слова: состояние здоровья; старший нетрудоспособный возраст; хроническая патология; социально-экономические факторы.

*Artyukhov I.P., Kapitonov V.F.***MEDICAL-DEMOGRAPHIC AND SOCIO-ECONOMIC FACTORS INFLUENCING THE HEALTH STATUS AND MORBIDITY OF THE OLDER POPULATION OF UNEMPLOYABLE AGE LIVING IN THE COUNTRYSIDE**

Abstract. Sociological survey of 998 respondents was conducted to study health status and influencing factors. It was revealed that for 15 years a proportion of the older population of unemployable age seeking medical help for diseases increased from 45.9% to 52.8%; a proportion of respondents with chronic pathology was 92.3%. Only 17.5% of them had one chronic illness, while most of the respondents had combined pathologies. On average, one respondent accounted for 4.1 nosological units. It was found that health and presence of chronic pathology is influenced by such biomedical and social-hygienic factors as gender, age, family status, professional life, economic condition of the family.

Keywords: health status; older unemployable age; chronic pathology; socio-economic factors.

Введение. В связи с нарастающим процессом демографического старения населения, которое наблюдается особенно интенсивно в экономически развитых странах, перед современным обществом возникает ряд серьезных и неотложных проблем, касающихся населения старшего нетрудоспособного возраста и в первую очередь сохранения здоровья [1,12].

Увеличение удельного веса населения старших возрастных групп, которые потребляют значительную долю ресурсов здравоохранения, вызывает необходимость изучения и устранения факторов, оказывающих влияние на развитие патологических состояний [5,8].

В многочисленных исследованиях, проведенных как в России [11,13], так и за рубежом [3,9,10] выявлены различные медико-демографические и социально-экономические факторы, способствующие возникновению и развитию хронической патологии у населения старшего нетрудоспособного возраста.

Выявлены изменения в качестве жизни людей пожилого и старческого возраста, которые зависят не только от состояния здоровья, но и изменения личности [6,14,15].

Большое внимание уделено и доступности медицинской помощи [2,4].

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные состоянию здоровья населения старших возрастных групп, изучению здоровья населения пенсионного возраста, проживающего в сельской местности, уделено недостаточное внимание.

Цель исследования. Изучить влияние медико-демографических и социально-экономических факторов на состояние здоровья и заболеваемость лиц старшего нетрудоспособного возраста, проживающих в сельской местности.

Материалы и методы.

Изучение состояния здоровья и заболеваемости сельского населения старшего нетрудоспособного возраста проводилось в Нижнеингашском районе Красноярского края, удельный вес которого в возрастной структуре населения не имел существенных отличий от структуры населения других сельских территорий и края в целом.

В качестве источников информации о заболеваемости населения были использованы материалы государственной медицинской статистики за 2001-2014 гг.

Для получения информации о медико-демографических и социально-экономических факторах, оказывающих влияние на состояние здоровья и заболеваемость, был проведен социологический опрос 998 лиц старшего нетрудоспособного возраста, постоянно проживающих в данном районе, данные которого дополнялись сведениями, полученными из амбулаторных карт (форма 025/у) респондентов.

Объем репрезентативной выборочной совокупности подтверждается достаточным числом наблюдений, который согласно расчетам В.И. Паниотто и В.С. Максименко для генеральной совокупности до 10 000 населения составляет 370 человек [7].

Статистический анализ полученной информации осуществлялся с использованием абсолютных и относительных показателей, коэффициентов соотношения, оценки статистической значимости отдельных показателей и их различий по критерию t (Фишера - Стьюдента) для рядов с нормальным распределением, оценки значимости различий качественных показателей по критерию χ^2 . Полученные учетные признаки были сформированы в базу данных и обработаны при помощи лицензионной программы SPSSforWindows 20.0.

Результаты исследования и их обсуждение.

Численность населения Нижнеингашского района за период с 2001 по 2014 год сократилась с 37024 до 31508 человек, при этом доля лиц старшего нетрудоспособного возраста снизилась соответственно с 22,8 % до 21,2 % ($p > 0,05$). В целом по краю удельный вес лиц старшего нетрудоспособного возраста в 2014 г. составил 21,1 %.

Общая численность населения старшего нетрудоспособного возраста в 2014 году составляло 7119 человек, из которых 70,6 % составляли женщины и 29,4 % мужчины. В целом по краю удельный вес женщин старшего нетрудоспособного возраста в 2014 году составлял 71,8 %, мужчин – 28,2 %.

В возрастной структуре лиц старшего нетрудоспособного возраста доля женщин в возрасте от 55 до 69 лет с 2001 года по 2014 год увеличилась на 8,9 % (с $50,3 \pm 0,54$ % в 2001 году до $59,2 \pm 0,63$ % в 2014 году; $p < 0,001$), а мужчин уменьшилась на 3,0 % (с $55,9 \pm 0,92$ % в 2001 году до $52,9 \pm 1,11$ % в 2014 году; $p > 0,05$).

В 2014 году в лечебно-профилактические учреждения района по поводу заболеваний всего обратилось 3759 лиц старшего нетрудоспособного возраста, что на 111 человек меньше, чем в 2001 году (3870 человек). Несмотря на снижение абсолютного числа обратившихся, их удельный вес увеличился с $45,9 \pm 0,54$ % (от всей численности населения данной возрастной группы) в 2001 году до $52,8 \pm 0,61$ % в 2014 году ($p < 0,001$). Первичные же обращения, снизились как в абсолютных числах (с 1437 обращений в 2001 году против 867 в 2014 году), так и в удельном весе (с $37,1 \pm 0,78$ % в 2001 году от общего числа обратившихся до $23,1 \pm 0,69$ % в 2014 году; $p < 0,001$).

Анализ показал, что за период с 2001 по 2014 год, общая заболеваемость лиц старшего нетрудоспособного возраста по обращаемости снизилась в 1,6 раза. Снижение произошло в основном за счет ранее известной заболеваемости, показатель которой снизился в 1,7 раза, в то время как первичной всего в 1,1 раза (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика показателей заболеваемости по обращаемости лиц старшего нетрудоспособного возраста за 2001 и 2014 г. (на 1000 населения соответствующего возраста)

Заболеваемость	2001 год	2014 год
	М ± m	М ± m
Общая	2767,4 ± 24,09	1725,2 ± 13,26*
Первичная	406,3 ± 5,35	359,3 ± 5,69*
Ранее известная	2361,1 ± 19,52	1365,9 ± 8,38*
Численность населения старше трудоспособного возраста	8430	7119

*p < 0,001 между показателями 2001 и 2014 года

Статистически значимое снижение показателей общей заболеваемости произошло по классам: болезни системы кровообращения в 2,5 раза (1205,3 ± 5,42 ‰ против 492,2 ± 5,92 ‰); болезни системы пищеварения в 2,1 раза (244,4 ± 4,68 ‰ против 119,4 ± 3,84 ‰ соответственно); болезни костно-мышечной системы в 1,9 раза (345,5 ± 5,18 ‰ против 178,7 ± 4,54 ‰); болезни глаза и его придаточного аппарата в 1,6 раза (365,8 ± 5,25 ‰ против 226,4 ± 4,96 ‰); болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ в 1,5 раза (90,8 ± 3,13 ‰ против 60,3 ± 2,82 ‰).

В то же время статистически значимое увеличение показателей общей заболеваемости произошло по классам: новообразования в 7,2 раза (10,4 ± 1,10 ‰ против 46,7 ± 2,50 ‰); болезни кожи и подкожной клетчатки в 3,2 раза (5,7 ± 0,82 ‰ против 18,1 ± 1,58 ‰); психические расстройства и расстройства поведения в 2,5 раза (43,7 ± 2,23 ‰ против 83,4 ± 3,28 ‰); болезни нервной системы в 1,3 раза (36,7 ± 2,05 ‰ против 47,7 ± 2,53 ‰).

Среднее число зарегистрированных заболеваний на одного обратившегося пациента старшего нетрудоспособного возраста снизилось с 6,0 заболеваний в 2001 году до 3,3 в 2014 году.

Изменения показателей за анализируемые годы сопровождалось и изменением структуры общей заболеваемости (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика структуры общей заболеваемости по обращаемости лиц старшего нетрудоспособного возраста за 2001 и 2014 г. (%)

Класс заболеваний по МКБ-10	2001 год	2014 год	p
	P ± m n = 23329	P ± m n = 12282	
Всего	100,0	100,0	
Инфекционные и паразитарные болезни	2,7 ± 0,11	4,0 ± 0,18	< 0,01
Новообразования	0,5 ± 0,05	5,6 ± 0,21	< 0,001
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	0,3 ± 0,04	0,7 ± 0,08	< 0,05
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	3,3 ± 0,12	3,5 ± 0,17	> 0,05
Психические расстройства и расстройства поведения	1,6 ± 0,08	4,8 ± 0,19	< 0,01
Болезни нервной системы	1,3 ± 0,07	2,8 ± 0,15	< 0,01
Болезни глаза и его придаточного аппарата	13,2 ± 0,22	13,1 ± 0,30	> 0,05
Болезни уха и сосцевидного отростка	1,2 ± 0,07	1,7 ± 0,12	< 0,01
Болезни системы кровообращения	43,6 ± 0,32	28,5 ± 0,41	< 0,001
Болезни органов дыхания	7,0 ± 0,17	11,0 ± 0,28	< 0,001
Болезни органов пищеварения	8,8 ± 0,19	6,9 ± 0,23	< 0,01
Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,2 ± 0,03	1,0 ± 0,09	< 0,01

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	12,5 ± 0,22	10,4 ± 0,28	< 0,01
Болезни мочеполовой системы	2,8 ± 0,11	4,9 ± 0,19	< 0,01
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	0,4 ± 0,04	1,5 ± 0,11	< 0,01
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	0,6 ± 0,05	0,9 ± 0,08	< 0,05

В ранговой структуре общей заболеваемости в 2001 году первые шесть мест в порядке убывания занимали следующие классы заболеваний: болезни системы кровообращения; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; болезни органов пищеварения; болезни органов дыхания; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ. На эти шесть классов приходилось 88,4 % всей общей заболеваемости лиц старшего нетрудоспособного возраста.

В 2014 году в ранговой структуре общей заболеваемости произошли следующие изменения. Первое и второе место сохранили за собой болезни системы кровообращения и болезни глаза и его придаточного аппарата. На третье место с пятого переместились болезни органов дыхания. На четвертое место с третьего сместились болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. На пятое место с четвертого перешли болезни органов пищеварения. На шестое место впервые вышли новообразования. На эти шесть классов приходилось 75,5 % всей общей заболеваемости лиц старшего нетрудоспособного возраста.

Следует отметить увеличение лиц старшего нетрудоспособного возраста с обращениями по поводу факторов, влияющих на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения с 586 (7,0 % всех лиц старшего нетрудоспособного возраста) в 2001 году до 4733 (66,5 %) в 2014 году, что свидетельствует о повышении внимания к своему здоровью населения данной возрастной группы.

Для оценки влияния медико-демографических и социально-экономических факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья, заболеваемость и обращаемость населения старшего нетрудоспособного возраста, нами был проведен социологический опрос 998 респондентов, постоянно проживающих в данном районе, из которых 565 были жителями районного центра, а 433 сельскими жителями. Полученные данные дополнялись сведениями из амбулаторных карт (форма 025/у) респондентов.

По половозрастному составу респонденты распределились следующим образом: женщины в возрасте 55-69 лет составляли 42,0 %; женщины в возрасте от 70 лет и старше 29,1 %; мужчины в возрасте 60-69 лет - 15,3 %; мужчины в возрасте от 70 лет и старше 13,6 %.

Из общего числа респондентов 96,2 % мужчин и 39,6 % женщин проживают в семейной паре отдельно от детей, с детьми проживает 40,3 % одиноких женщин и 2,4 % мужчин. Проживает отдельно 20,1 % одиноких женщин и 1,4 % одиноких мужчин.

Продолжает работать в бюджетной сфере или у предпринимателей 29,9 % мужчин и 25,7 % женщин, в основном в возрастных группах до 70 лет. Хотело бы продолжить работу 14,1 % мужчин в возрасте 60-69 лет и 19,4 % женщин в возрасте 55-69 лет.

Все одиноко живущие респонденты имеют низкий доход (не превышающий 2 прожиточных минимумов).

Оценка состояния здоровья показала, что доля респондентов, имеющих хроническую патологию, составила 92,3 %, из них только 17,5 % имели одну хроническую болезнь, в остальных случаях - сочетанную патологию. В среднем, на одного исследованного респондента приходилось 4,1 нозологических единиц.

Следует отметить, что удельный вес респондентов, имеющих хроническую патологию, имеет существенные отличия в зависимости от возрастной группы и пола. Так, в возрастной группе старше 70 лет, все 100,0 % обследованных мужчин и женщин, имели хроническую патологию сочетанного характера, при этом на одного респондента приходилось у

мужчин в среднем 3,2, у женщин 5,2 нозологические формы. В возрастных группах женщин 55-69 лет и мужчин 60-69 лет, удельный вес респондентов, имеющих хроническую патологию, составлял у мужчин 85,8 %, у женщин – 90,8 %, из них имело одну хроническую болезнь 23,9 % мужчин и 25,6 % женщин, в остальных случаях – сочетанную патологию. В среднем на одного респондента, данных возрастных групп, приходилось у мужчин 2,7, у женщин 4,5 нозологические формы.

Нами выявлены значительные отличия в состоянии здоровья мужчин и женщин в зависимости от семейного состояния. Семейные пары обследованных респондентов предпочитают жить отдельно от детей, одинокие (в результате развода или овдовевшие) – с детьми, чаще с дочерьми, но поблизости, что существенным образом сказывается на частоте контактов, вызванных потребностью во взаимной помощи и эмоционально-духовным общением. Проведенный анализ показал, что обострения хронических заболеваний у семейных пар старшего нетрудоспособного возраста, отмечаются в 1,2 раза реже, чем у одиноких респондентов, проживающих в семьях с детьми и в 1,8 раза реже, чем у проживающих в одиночестве.

Продолжение трудовой деятельности, оказывает положительное влияние на состояние здоровья. Так, 78,9 % работающих мужчин и 83,6 % женщин, обращается в лечебно-профилактические учреждения только для прохождения медосмотра или возникновения острого заболевания и только 21,1 % мужчин и 16,4 % женщин по поводу обострения хронической патологии. На одного работающего респондента приходится всего 0,2 нозологические формы хронической патологии.

У неработающих пенсионеров, на состояние здоровья, значительное влияние оказывают причины прекращения трудовой деятельности. Так, около половины неработающих респондентов, прекратили свою трудовую деятельность по состоянию здоровья, на которое значительное влияние оказывает накопленная хроническая патология, что снизило частоту обострений хронических заболеваний и обращаемость в лечебно-профилактические учреждения. Другая половина респондентов прекратила свою трудовую деятельность вынуждено (ликвидация или реорганизация предприятий, сокращение штатов, увольнение в связи с достижением пенсионного возраста и др.), что в первую очередь нашло отражение в психологической сфере. Проявляющаяся та или иная степень дезадаптации, проявляется неудовлетворенностью своего положения, плохим общим самочувствием, понижением или утратой жизненных интересов, апатией, депрессивным состоянием.

Нами установлено, что из 717 неработающих респондентов, 86,6 % нуждается в дополнительной финансовой поддержке со стороны родственников для приобретения необходимых лекарственных и профилактических средств, реализации оздоровительных мер ит. п.

В настоящее время, как показал опрос, свыше 38,0 % респондентов стали заниматься самолечением. Отсутствие возможности приобретать лекарства из-за высокой их стоимости привело к тому, что 31,0 % пациентов не всегда выполняют назначения врача.

Заключение.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что за последние 15 лет:

- удельный вес населения старшего нетрудоспособного возраста, обратившихся за медицинской помощью по поводу заболеваний увеличился с 45,9 % в 2001 году до 52,8 % в 2014 году;
- удельный вес населения старшего нетрудоспособного возраста, обратившихся за медицинской помощью по поводу факторов, влияющих на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения, увеличился с 7,0 % в 2001 году до 66,5 % в 2014 году, что свидетельствует о повышении внимания к своему здоровью населения данной возрастной группы;
- общая заболеваемость лиц старшего нетрудоспособного возраста по обращаемости снизилась в 1,6 раза, в основном за счет ранее известной заболеваемости, показатель которой снизился в 1,7 раза;
- среднее число зарегистрированных заболеваний на одного обратившегося пациента старшего нетрудоспособного возраста снизилось с 6,0 заболеваний в 2001 году до 3,3 в 2014 году.

Анализ социологического опроса показал, что:

- доля респондентов, имеющих хроническую патологию, составляет 92,3 %, из них только 17,5 % имеют одну хроническую болезнь, в остальных случаях - сочетанную патологию. В среднем, на одного исследованного респондента приходится 4,1 нозологических единиц.
- на состояние здоровья и наличие хронической патологии влияют такие медико-биологические и социально-гигиенические факторы как пол и возраст респондента, семейное состояние, продолжение или прекращение трудовой деятельности, экономическое состояние семьи.

Литература:

1. Вишневский А.Г. Возраст выхода на пенсию и продолжительность жизни / А.Г. Вишневский, С.А. Васин, А. Рамонов // Вопросы экономики. – 2012. – №9. – С.88-109.
2. Гареева И.А. Доступность системы здравоохранения для населения в условиях социальной дифференциации // Власть и управление на Востоке России. – 2012. – №1. – С.164-170.
3. Давыдов Е.Л. Социально-гигиеническая и медико-экономическая характеристика пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией / Е.Л. Давыдов, В.Ф. Капитонов, Е.И. Харьков // Клиническая геронтология. – 2012. – Т.18, №5-6. – С.20-25.
4. Денисов И.Н. Коммуникативные навыки. Выяснение истинной причины обращения за медицинской помощью / И.Н. Денисов, А.Г. Резе, А.В. Волнухин // Врач. – 2011. – №13. – С.79–80.
5. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – №3. – С.3–7.
6. Мамчиц Л.П. Состояние здоровья и качество жизни людей пожилого и старческого возраста // Проблемы здоровья и экологии. – 2014. – Т.42, №4. – С.116-120.
7. Паниотто В.И. Количественные методы в социологических исследованиях / В.И. Паниотто, В.С. Максименко. – Киев: Наукова думка, 1982. – 272 с.
8. Шабалин В.Н. Вся медицина работает на геронтологию // Медицинский вестник. – 2010. – №29. – С.4–5.
9. Шавловская О.А. Медико-социальные аспекты пожилого возраста // Социология медицины. – 2013. – №2. – С.25–28.
10. Яковлев В.М. Артериальная гипертензия в пожилом возрасте: гериатрические и медико-социальные аспекты / В.М. Яковлев, А.П. Байда, Ф.К. Амшокова. – Нальчик: Полиграфсервис и Т, 2010. – 192 с.
11. Chapman В.Р. Personality, socioeconomic status, and all-cause mortality in the United States / В.Р. Chapman [et al.] // American Journal of Epidemiology. – 2010. – Vol. 171. – P.83–92.
12. Hunger M. Multimorbidity and health-related quality of life in the older population: results from the German KORA-age study / M. Hunger [et al.] // Health Qual. Life Outcomes. – 2011. – Vol. 58, №6. – P.53.
13. Sargent-Cox K. The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: A longitudinal study / K. Sargent-Cox, P. Butterworth, K.J. Anstey // Social Science and Medicine. – 2011. – Vol. 73. – P.1105–1112.
14. Specht J. Stability and change of personality across the life course: The impact of age and major life events on mean-level and rank-order stability of the Big Five / J. Specht, B. Egloff, S.C. Schmukle // Journal of Personality and Social Psychology. – 2014. – Vol. 101. – P.862–882.
15. Turiano N.A. Personality trait level and change as predictors of health outcomes: Findings from a national study of Americans (MIDUS) / N.A. Turiano [et al.] // Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. – 2012. – Vol. 67. – P.4–12.