
Научные исследования

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА И САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

¹М.В.Щавелева, ²С.З.Глебо

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

²УЗ «Воложинская ЦРБ», г. Воложин, Минская область

Для определения стратегических направлений развития здравоохранения все более актуальным становится изучение мнения населения по различным вопросам самооценки здоровья, распространенности факторов, влияющих на здоровье, и т.д. Отход (и невозможность дальнейшего поддержания) от патерналистской модели здравоохранения повышает актуальность поведенческих факторов риска здоровью и превращает отсутствие определенных (базисных) знаний о показателях здоровья в значимый фактор риска. В статье проанализированы ответы жителей одного из сельских районов Минской области на вопросы, касающиеся самооценки их здоровья, распространенности некоторых поведенческих факторов риска здоровью, а также дан анализ мотивационных факторов, положивших начало данному исследованию.

Фраза первого наркома здравоохранения РСФСР Н.А.Семашко: «Профилактика – это путь, которым мы идем, диспансеризация – метод для осуществления профилактических задач» (1926 г.; цит. по Ю.П.Лисицыну [1]), – не теряет своей актуальности. Ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что значительные резервы улучшения здоровья населения и увеличения продолжительности жизни кроются в сокращении факторов риска, профилактике неинфекционных заболеваний и их последствий. По данным А.И.Вялкова [2], сегодня в развитых странах в общих государственных расходах на здравоохранение на долю медицинской профилактики приходится 15–20%. Рассуждая о стратегии развития здравоохранения, Ю.М.Комаров [3] во многих своих постулатах обращается к развитию профилактической медицины. Своевременным и убедительным является его описание реализации ряда профилактических программ в США. Так, им проанализированы две 10-летние программы развития здравоохранения этой страны. Первая программа была реализована в течение 1980–1990 гг. Ее название «Укрепление здоровья. Профилактика болезней. Цели нации» отражало стратегию развития здравоохранения и политику государства и продолжает восприниматься сегодня очень позитивно. Конструкция программы отвечала всем требованиям программно-целевого подхода. Основа программы – дере-

во целей, состоящее из 226 крупных целей 6 уровней. По каждой конкретной и количественно измеряемой цели (насколько должна измениться ситуация в результате реализации программы) были определены соответствующие критерии, позволяющие на каждом этапе оценить степень достижения цели. Затем по каждой цели было определено, что по ней известно, а что – нет. Неизвестное описано в программе как задание медицинской науке. Вторая программа – «Здоровые люди» (на 1990–2000 гг.). В ней были сформулированы приоритетные направления, необходимые для улучшения здоровья. При этом составители программ исходили из того, что улучшение работы медицинских учреждений, повышение качества оказываемой медицинской помощи – это в большей степени тактическая задача ведомственного характера, а не стратегическая цель государства.

Согласно признанной ВОЗ концепции факторов, влияющих на состояние здоровья населения, на долю здравоохранения приходится только 10–12% их суммарного влияния. Однако в течение многих лет в общественном сознании груз ответственности за здоровье возлагается именно на здравоохранение. Такое «делегирование полномочий» [4] во многом связано с успехами, достигнутыми в XX–XXI вв. именно системами здравоохранения. Произошло изменение характера патологии, сопровождавшееся стремительным уменьшением смерт-

ности населения и ростом ожидаемой продолжительности предстоящей жизни – переход от эпидемического к неэпидемическому типу. В дальнейшем были определены целевые точки воздействия на неэпидемическую патологию; признана чрезвычайная актуальность работы по укреплению здоровья. При этом под «укреплением здоровья» в целом ряде международных документов подразумевается «процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить контроль над факторами, определяющими здоровье, а также улучшить его» (ВОЗ, 1986, 1999; Оттавская хартия укрепления здоровья). Таким образом, здоровье «начинается» со знаний о нем, в том числе и о факторах, на него влияющих.

В связи с этим все более актуальным становится вопрос об «ориентированности» населения на здоровый образ жизни (ЗОЖ). Нами в течение 2011 г. – начала 2012 г. было проведено анкетирование среди сельских жителей Воложинского района Минской области, направленное на выявление их «ориентированности» на ЗОЖ. Анкета включала 24 основных вопроса и ряд вопросов, направленных на идентификацию половозрастных признаков и социального статуса опрашиваемых лиц.

Мотивация к углубленному изучению данных вопросов именно для сельского населения состоит в следующем. Структура населения нашей страны в течение второй половины XX – начала XXI века менялась стремительными темпами. В первую очередь, это касалось фактора расселения.

Если в 1959 г. (год первой послевоенной переписи населения СССР) удельный вес сельских жителей составлял 69,2% (рис. 1), то к 2009 г. (год проведения последней переписи населения нашей страны) их доля в общей структуре населения страны уменьшилась до 25,7%. Изменение структуры населения в пользу преобладания городских жителей является закономерным историко-демографическим процессом [5]. Вместе с тем,

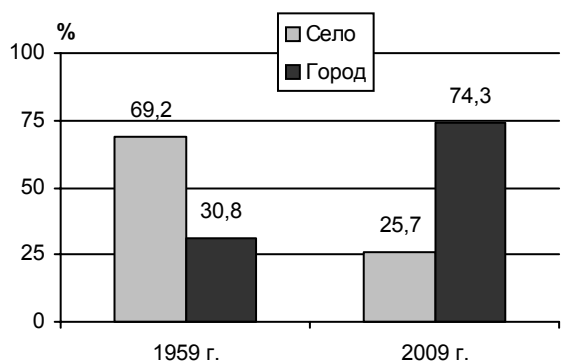


Рис.1. Распределение населения Республики Беларусь по месту жительства (1959 и 2009 гг.)

мы можем подойти к той черте, когда село, как источник демографического развития, полностью исчерпает свой ресурс. Нарастают среднегодовые темпы снижения численности сельского населения, темпы прироста городского населения на этом фоне замедляются. Параллельно идет изменение возрастной структуры населения, связанное со снижением воспроизводства, улучшением выживаемости и «накоплением» доли населения старших возрастных групп [6]. Наиболее значимы эти изменения для сельских регионов.

Единственный регион республики, где доля сельского населения значительно, в пользу преобладания, отличается от общереспубликанских показателей – Минская область (44,6%). Однако описанные выше изменения в структуре населения этого региона привели к тому, что средний возраст его жителей (на момент переписи 2009 г. – 40,3 лет) и уровень смертности населения являются одними из самых значительных в республике. Данные факты также усилили мотивационную составляющую нашего исследования.

В статье приведены результаты опроса 145 жителей, средний возраст которых составил $46,7 \pm 1,2$ лет. Большую часть лиц, участвовавших в опросе, составили женщины (56%).

Большинство опрошенных (53,8%) оценили состояние своего здоровья как удовлетворительное, только 21,4% охарактеризовали его как хорошее или скорее хорошее; остальные – как плохое или скорее плохое (24,8%). На наличие контактов с системой здравоохранения (обращение к врачу по какому-либо поводу, в том числе и профилактическому) в течение года, предшествующего проведению опроса, указали 75,2%. Выявлена определенная тенденция для опрашиваемых лиц давать более высокую оценку ($3,76 \pm 0,08$) деятельности системы здравоохранения по сохранению и улучшению их здоровья, чем собственным усилиям ($3,66 \pm 0,09$, $p > 0,05$). Вместе с тем, при ответе на вопрос, «достаточно ли внимания Вы уделяете своему здоровью», почти треть опрошенных (29,0%) испытывали затруднения; 37,2% считали, что достаточно; 33,1% – нет.

Характеризуя деятельность системы здравоохранения, опрошенные нами сельские жители самую высокую оценку дали деятельности амбулаторно-поликлинического звена ($4,00 \pm 0,07$) – тех структур, работа которых должна, в первую очередь, быть направлена на поддержание здоровья и формирование ЗОЖ, а также скорой медицинской помощи. Работа стационаров оценивается ими незначительно, но все же менее высоко ($3,79 \pm 0,09$, $p > 0,05$) (табл. 1). Часть из опрашива-

емых нами лиц не смогла определиться, очевидно, в силу недостаточного контакта именно с этими структурами, в оценке деятельности диспансеров и диагностических центров. Здесь ответы получены менее чем от половины опрошенных.

Давая оценку факторам, негативно влияющим на здоровье в настоящее время, опрошенные характеризовали эти факторы различным образом в отношении популяции в целом и себя лично (табл. 2).

Так, при характеристике причин, негативно влияющих на здоровье популяции, как наиболее значимые были указаны следующие. Экологические условия (61,38 из 100 опрошенных указал на эту причину); высокая стоимость лекарств (о чем почти никогда не упоминали опрашиваемые нами параллельно жители г. Минска) – 44,83; материальное положение человека (44,14); наличие вредных привычек и психоэмоциональный стресс (равное количество ответов – на эти причины указало по 33,10 на 100 опрашиваемых); наследственность (29,66) и малоподвижный образ жизни (16,55). Характеризуя факторы, негативно влияющие на их

личное здоровье, сельские жители на первые места также поставили экологические условия (58,62), высокую стоимость лекарств (36,55), материальное положение (32,41). Психоэмоциональный стресс (26,89) по значимости опередил наличие вредных привычек (21,38) – 4-е и 5-е места. Далее следовали условия труда (учебы) – 15,86 и только потом наследственность – 15,17. Сравнительно редко в ответах упоминался малоподвижный образ жизни, что, по нашему мнению, связано с условиями сельскохозяйственного труда. Только 4,14 человека из 100 опрошенных указывали на то, что для улучшения здоровья (как собственного, так и популяции в целом) им не хватает информации о здоровом образе жизни.

Свое мнение (в данном случае – без оценки его правильности) о нормальном уровне артериального давления высказали 66,2% опрошенных (табл. 3); уровне глюкозы крови – 48,27%; холестерина – 33,1%. Соответственно вызвали затруднения у опрашиваемых и вопросы об их собственном уровне глюкозы крови (только 31,04% отве-

Таблица 1

Средняя оценка (M±m) опрашиваемыми (n=145) деятельности организаций здравоохранения различного типа (их подразделений)

Тип организации	Поликлиника / амбулатория	Больница / стационар	Скорая медицинская помощь	Специализированный диспансер	Диагностический центр
Оценка (M±m)	4,0±0,07	3,79±0,09	4±0,08	3,89±0,12	3,88±0,12
Число лиц, давших ответы, n	135	121	120	65	67

Таблица 2

Причины, негативно влияющие на здоровье популяции и собственное здоровье опрашиваемых (частота ответов на 100 опрошенных)

Название причины	Влияние на здоровье популяции, частота ответов на 100 опрошенных	Влияние на собственное здоровье, частота ответов на 100 опрошенных
Экологические условия	61,38	58,62
Материальное положение человека	44,14	32,41
Условия труда/учебы	15,86	15,86
Жилищные условия	8,28	6,21
Наследственность	29,66	15,17
Недостаточно качественное медицинское обслуживание	10,34	9,66
Высокая стоимость лекарств	44,83	36,55
Отсутствие в аптеках необходимых лекарств	2,76	2,76
Наличие вредных привычек	33,10	21,38
Психоэмоциональный стресс	33,10	26,89
Малоподвижный образ жизни	16,55	11,03
Недостаток информации о здоровье и здоровом образе жизни	4,14	4,14
Прочие	2,07	6,90
«Таких причин нет»	1,38	5,52

Количество лиц (в процентах), не ответивших на вопросы о физиологических параметрах организма

Параметр	Уровень АД (норма)	Уровень глюкозы крови (норма)	Уровень холестерина (норма)	Необходимое количество овощей и фруктов (норма)	Уровень глюкозы крови опрашиваемого	Уровень холестерина опрашиваемого	Потребляемое количество овощей и фруктов
Кол-во лиц (в процентах), не ответивших на поставленный вопрос	33,8	51,7	66,9	58,6	68,9	64,9	29,3

тивших на данный вопрос) и холестерина (35,17%). Как положительный можно оценить тот факт, что 70,34% опрошенных указали на наличие тонометра дома. Однако контролируют свой уровень АД только 57,93% опрошенных.

Представляется интересным анализ ответов сельских жителей об употреблении ими овощей и фруктов. Современная наука уделяет все большее внимание особенностям питания как фактору профилактики ряда неэпидемических заболеваний, в частности, болезней сердечно-сосудистой системы. Во многих исследованиях показано, что повышение потребления фруктов и овощей достоверно ассоциируется со снижением риска развития ишемической болезни сердца. В связи с этим, нами были сформулированы вопросы о количестве овощей и фруктов, которые необходимо съедать в течение дня, и об их фактическом потреблении. Ответы на эти вопросы вызвали значительные затруднения. Во-первых, ответы присутствовали только в 41,38% анкет; во-вторых, ответы о необходимом количестве овощей и фруктов значительно варьировали (от 150 до 3000 г). Порядка 30% опрошенных не смогли определиться с оценкой своего фактического потребления овощей и фруктов, как в летне-осенний, так и в зимне-весенний период.

При сложившейся ситуации проблематичным становится вопрос об «укреплении здоровья» в том аспекте, как он понимается Оттавской хартией. К сожалению, судя по данным проведенного нами анкетирования, часть населения просто не готова к контролю за своим здоровьем и факторами, его определяющими. Таким образом, одним из главных и довольно редко анализируемых факторов риска здоровья выступает отсутствие определенных (базисных) знаний о его показателях.

На такой фактор риска, как курение, указали 36,55%; еще 16,55% указали на то, что курили ранее, но теперь расстались с этой вредной привычкой. Не ставя задачей данной работы комментировать по-

лученные результаты, следует отметить, что по данным Национального статистического комитета (результаты выборочного обследования домашних хозяйств по уровню жизни), представленным в сети Интернет, на начало 2012 года доля курящего населения в возрасте 16 лет и старше составляла 27%.

Наш предыдущий опыт анкетирования населения г. Минска свидетельствует о том, что в ответах об употреблении алкоголя не всегда присутствует искренность опрашиваемых лиц, поэтому в данной работе не приводится анализ этих ответов.

Значительный интерес представлял вопрос, что в течение года, предшествующего опросу, сделал сам респондент для улучшения своего здоровья. Необходимо отметить, что 24,8% респондентов просто не считали необходимым предпринимать какие-либо усилия для улучшения своего здоровья. Интересно, что такое же количество респондентов оценило свое здоровье как «скорее плохое или плохое». В чем-то наши данные коррелируют с результатами исследований российских авторов [7], подтверждающих низкий уровень медицинской активности сельского населения и отсутствие у значительной части сельских жителей чувства ответственности за сохранение собственного здоровья.

Чаще всего респонденты стремились увеличить потребление овощей и фруктов (28,97 человек из 100 ответивших выбрали такой вариант ответа); увеличить свою физическую активность (24,14); похудеть (21,4). Остальные ответы (всего предложено 13 вариантов) встречались значительно реже (табл. 4).

Ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что значительные резервы увеличения продолжительности жизни кроются в сокращении факторов риска, профилактике неинфекционных заболеваний и их последствий.

Снижение смертности в странах Западной и Центральной Европы, наблюдающееся в течение последних 20–30 лет, нашло свое объяснение в

Меры, предпринимаемые опрошенными (n=145) в течение последних 12 месяцев, для улучшения своего здоровья (частота ответов на 100 опрошенных)

Намерения респондентов в отношении действий, направленных на улучшение собственного здоровья	Частота ответов на 100 опрошенных
«Бросить курить»	17,24
«Похудеть»	21,38
«Пополнить»	0
«Уменьшить потребление алкоголя»	8,66
«Меньше употреблять в пищу животных жиров»	17,93
«Меньше употреблять в пищу соли»	20,0
«Меньше употреблять в пищу сахара»	15,86
«Увеличить потребление морской рыбы»	10,34
«Увеличить потребление овощей и фруктов»	28,97
«Увеличить потребление обезжиренных молочных продуктов»	9,66
«Увеличить потребление хлебобулочных изделий с повышенным содержанием грубых волокон»	3,48
«Увеличить свою физическую активность»	24,13
«Не считаю ничего этого необходимым»	24,83

благоприятной динамике основных факторов риска неэпидемических заболеваний. Поэтому мониторинг распространенности данных факторов и отношения к ним различных групп населения, а также предоставление достоверной информации о значимости данных факторов для здоровья индивидуума и популяции является важнейшей задачей общественного здоровья и здравоохранения. Именно эта работа должна лежать в основе формирования государственной политики, направленной на профилактику заболеваний.

Содействие здоровому образу жизни, изучение факторов, влияющих на него – наиболее действенная стратегия по предотвращению преждевременной смертности населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицын, Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Проблемные лекции: Учеб. пособие / Ю.П.Лисицын. – М.: Медицина, 1992. – 512 с.
2. Вялков, А.И. Н.А.Семашко – основоположник профилактического направления в отечественном здравоохранении / А.И.Вялков // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2007. – №1. – С.3–10.
3. Комаров, Ю.М. Стратегия развития здравоохранения в РФ / Ю.М.Комаров // Здравоохранение: журнал для руководителя и главного бухгалтера. – 2008. – №2. – С.53–62.
4. Щавелева, М.В. Реформирование здравоохранения: концепции и результаты / М.В.Щавелева // Материалы республиканской научно-практической конференции, посвященной 90-летию здравоохранения Респ. Беларусь, Минск, 19 июня 2009 г. / редкол.: В.И. Жарко и др. – Минск: БелМАПО, 2009. – С.218–221.
5. Предыбайло, С.Д. Сельское население Беларуси: демографический анализ / С.Д.Предыбайло, Д.Г.Лин. – Минск, 2011. – 324 с.

6. Щавелева, М.В. Медико-демографическая ситуация в Беларуси в 1959–2009 гг. / М.В.Щавелева, Т.Н.Глинская // Весці НАН Беларусі. Сер.мед.наук. – 2012. – №1. – С.116–123.
7. Москвичева, М.Г. К вопросу повышения эффективности профилактических осмотров сельского населения / М.Г.Москвичева, Л.Г.Розенфельд // Анализ и оценка эффективности управленческих решений в современном здравоохранении: Материалы республиканской научно-практической конф. организаторов здравоохранения Республики Беларусь. – Минск, 2009. – С.63–67.

PREVALENCE OF RISK FACTORS AND SELF-ASSESSMENT OF HEALTH BY RURAL POPULATION

M.V.Schaveleva, S.Z.Glebko

It becomes increasingly important to study public opinion on various issues of self-assessment of health, prevalence of health-related factors, etc. in order to determine the strategic areas in the development of health care. The divergence (and impossibility of its further maintenance) from the paternalistic model of health care increases the relevance of behavioral health risk factors and transforms the absence of certain (basic) knowledge of the health indicators into a significant risk factor. Responses of residents of one of the rural districts of Minsk region to the questions related to self-assessment of health and prevalence of certain behavioral health risk factors were analyzed. The analysis of the motivational factors, contributed to this study, was carried out, too.

Поступила 10.04.2012 г.