

- му населению: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иваново, 2002.
10. Головской Б.В., Артамонова О.А., Ховаева Я.Б. и др. // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2004. – №2. – С.43–44.
11. Михайлова Ю.В., Магнитский В.А. // *Главврач*. – 2002. – №6. – С.4–10.
12. Стародубов В.И., Соболева Н.П., Сковерняк Л.А. Основные направления в развитии медицинской профилактики // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. – 2007. – №2. – С.3–6.
Поступила 26.03.2008 г.

СЕЛЬСКОЕ НАСЕЛЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ: ДИНАМИКА ЧИСЛЕННОСТИ, НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО–САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

А.А.Донисевич, М.В.Щавелева

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Изучены особенности демографической ситуации, сложившейся в сельской местности Республики Беларусь. На сегодняшний день ярко выраженная депопуляция сельского населения сопровождается изменением характера его расселения: число малонаселенных районов республики (до 20 тыс. населения) в течение 1997–2007 гг. возросло более чем на 60% (с численностью до 10 тыс. населения – на 150%). Проблема оказания медицинской помощи сельскому населению становится все более актуальной. В связи с этим проанализирована обеспеченность жителей различных районов ФАПами, больницами сестринского ухода, амбулаториями и участковыми больницами.

Особенность демографической ситуации в Республике Беларусь на протяжении почти всей второй половины 20–го века – сочетание двух разнонаправленных процессов: прирост общей численности населения при одновременном снижении численности сельских жителей. В 1950 г. общая численность населения республики составила 7745,1 тысяч человек, численность сельских жителей в этот период – 6072,3 тыс. (78,4% в структуре населения). На начало 1993 года численность жителей республики увеличилась до 10356,5 тыс., из них 3306,8 тысяч человек (31,9%) проживали в сельской местности.

С середины 1990–х гг. направленность этих процессов стала одинаковой. К 2008 году численность населения республики снизилась до 9689,8 тыс. человек [1]. Параллельно продолжалась убыль сельского населения – численность жителей села, проживающих в 118 районах республики, составила 2561,7 тыс. Доля сельских жителей республики снизилась до 26,6%, а коэффициент депопуляции сельского населения в 2007 г.

составил 2,23 (в 2006 г. – 2,47). Для сравнения: коэффициент депопуляции всего населения Республики Беларусь – 1,28 (2007 г.) и 1,43 (2006 г.) [2]. Таким образом, депопуляция сельского населения остается одной из важнейших проблем. Следовательно, совершенствование системы организации оказания медицинской помощи сельскому населению весьма актуально.

К основным принципам государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения относится обеспечение доступности медицинского обслуживания [3].

На доступность медицинской помощи для сельского населения влияет целый ряд специфических факторов:

- демографическая ситуация: депопуляция сельского населения, в том числе значительное его постарение, ведущее к увеличению доли лиц с тяжелыми хроническими заболеваниями, инвалидов, которые в определенной мере теряют способность самостоятельно обращаться за медицинской помощью в лечебно–профилактические организации;

- более низкая по сравнению с городской местностью обеспеченность врачебным и сестринским персоналом;

- характер расселения в сельской местности (малая плотность населения, разбросанность населенных пунктов и их отдаленность друг от друга), сложившаяся социальная инфраструктура и пр.

При этом в настоящее время существуют различные, иногда противоположные, мнения относительно действующей организационной модели сельского здравоохранения. Рядом авторов она признается несовершенной: недостаточная мощность организаций здравоохранения села рассматривается как значительное препятствие к улучшению оказания медицинской помощи сельским жителям. В то же время некоторые авторы характеризуют процессы уменьшения численности участковых больниц и самостоятельных врачебных амбулаторий как деструктивные, поскольку, по их мнению, это свидетельствует о снижении доступности [4, 5].

По нашему мнению, при анализе и оценке сложившейся системы организации медицинского обеспечения сельского населения, планировании дальнейшего его развития в обязательном порядке должны учитываться динамика численности сельского населения и характер его расселения, оказывающие существенное влияние на доступность и, соответственно, качество оказываемой медицинской помощи.

В связи с этим нами были проанализированы динамика не только численности, но и характера расселения сельского населения в течение 1997–2007 гг., а также сложившаяся инфраструктура сельского здравоохранения (первичное звено).

Сельские районы республики представлены (в зависимости от численности проживающих в них жителей) семью основными группами: I группа – до 10 тысяч; II – от 10 до 20 тысяч; III – от 20 до 30 тысяч; IV – от 30 до 40 тысяч; V – от 40 до 50 тысяч; VI – от 50 до 70 тысяч и VII – свыше 100 тысяч человек. Динамика численности населения данных районов республики в 1997–2008 гг. представлена следующим образом (табл. 1).

В 1997 г. в группу районов с численностью жителей до 10 тысяч (I группа) входило 6 административных единиц. Там проживало 50,7 тысяч населения, что составляло 1,6% общей численности сельских жителей Республики Беларусь. К 2008 году число таких районов увеличилось до 15. Они, в основном, сосредоточены на территории Гомельской и Могилевской областей. Численность населения этих районов также увеличилась более чем в 2 раза – до 119,6 тыс. чел. и состави-

ла 4,6% общей численности сельского населения республики.

В 1997 году в Беларуси было 34 района с численностью населения от 10 до 20 тысяч (II группа), в них проживали 508,1 тысяч (16,2%) сельских жителей. На начало 2008 года численность этих районов увеличилась до 52 (на 53%), а число жителей – на 54,9%: на данной территории зарегистрированы 786,9 тыс. чел. Это 30,5% всего числа сельских жителей республики. Увеличение численности районов данной группы отмечалось во всех областях республики, за исключением Гомельской. Здесь число таких районов уменьшилось более чем в 2 раза, в основном за счет их перехода в районы I группы (самые малонаселенные). Наиболее значимо численность районов с числом жителей от 10 до 20 тыс. увеличилась в Гродненской, Минской и Витебской областях.

Таким образом, в течение 1997–2008 гг. прослеживается тенденция увеличения численности малонаселенных районов (I и II групп), а также числа жителей, проживающих там.

В группах с большей численностью населения наблюдается обратная тенденция: их количество уменьшается, так же, как и число проживающих в них жителей.

В 1997 г. на территории 41 района с численностью населения от 20 до 30 тысяч (III группа) проживали более миллиона человек (1003,6 тыс.), что составляло самую большую долю сельского населения республики (31,9%). За анализируемый период количество районов, входящих в данную группу, сократилось до 30. Число жителей, проживающих в них, также уменьшилось – до 727,2 тыс. чел. Убыль населения данных районов составила 38%. Это привело к тому, что районы утратили свою лидирующую позицию по количеству зарегистрированных на их территории сельских жителей; их доля сократилась до 28,2%.

Аналогичная динамика прослеживается в группе районов с численностью населения от 30 до 40 тысяч (IV группа): уменьшение их количества с 20 до 13 и, как следствие, сокращение количества жителей на 49,9%. Наиболее значимое уменьшение численности данных районов отмечено в Гомельской (с 5 до 2) и Минской (с 7 до 3) областях. Единственный регион республики, в котором число данных районов увеличилось (на 1), – Брестская область. Это произошло за счет уменьшения численности более крупных районов в данном регионе.

За анализируемый период почти в 3 раза (с 11 до 4) сократилось количество районов с численностью жителей от 40 до 50 тысяч (V группа).

Таблица 1

Динамика численности сельских жителей, проживающих в различных группах районов, по областям Республики Беларусь (1997–2008 гг.)

Группа	Брестская	Витебская	Гомельская	Гродненская	Минская	Могилевская	Кол-во районов	Численность населения, тыс. чел.	Процент общего кол-ва сельских жителей	
I	1997	-	1	1	-	-	4	6	50,7	1,6
	2008	-	1	8	-	-	6	15	119,6	4,6
II	1997	2	8	8	3	2	11	34	508,1	16,2
	2008	3	15	3	11	6	14	52	786,9	30,5
III	1997	3	9	5	11	8	5	41	1003,6	31,9
	2008	4	4	7	4	11	-	30	727,2	28,2
IV	1997	5	2	5	1	7	-	20	675,7	21,5
	2008	6	1	2	1	3	-	13	450,9	17,5
V	1997	4	1	1	1	4	-	11	483	15,3
	2008	1	-	-	1	1	1	4	176,2	6,8
VI	1997	2	-	1	1	-	1	5	297,1	9,4
	2008	2	-	1	-	-	-	3	176,8	6,8
VII	1997	-	-	-	-	1	-	1	127,7	4,1
	2008	-	-	-	-	1	-	1	144,1	5,6
Всего	1997	16	21	21	17	22	21	118	3145,9	100,0
	2008	16	21	21	17	22	21	118	2561,7	100,0

Данные районы прекратили свое существование в Витебской и Гомельской областях; наиболее значимо их численность уменьшилась в Минской и Брестской областях – с 4 до 1. Только в Могилевской области к 2008 г. появился новый район с данной численностью населения (за счет перехода из группы более населенных районов). Убыль сельских жителей в данных районах шла еще более высокими темпами: с 483,0 до 176,2 тыс. чел., т.е. на 174%.

Что касается районов с численностью населения от 50 до 70 тысяч (VI группа), то их число уменьшилось на 2 (с 5 до 3), а число жителей, проживающих в них, сократилось на 120,3 тыс. чел. (68,0%).

Единственный крупный район республики, на который не распространились описанные выше негативные тенденции, – Минский (VII группа), число жителей в котором увеличилось за анализируемый период на 12,8% (со 127,7 тыс. чел. до 144,1 тыс.). Ситуация объясняется тем, что район, по сути, является сателлитом столичного города.

Таким образом, сокращение как общей численности сельского населения, так и доли сельских жителей в общей структуре населения республики, сопровождается ярко выраженной тенденцией к увеличению количества малонаселенных районов. На начало 2008 г. число районов I–II групп достигло 67 (в 1997 г. – 40), а доля жителей, проживающих в них, увеличилась до 35,1% сельского населения (в 1997 г. – 17,8%). На эту тенденцию накладывается такое неблагоприятное явление, как быстрое старение населения, проживающего в сельской местности. Как указывалось выше, данная возрастная деформация ведет к увеличению числа лиц, которые в определенной степени теряют способность самостоятельно обращаться за медицинской помощью. Проблема обеспечения доступности медицинской помощи сельскому населению приобретает все более острое звучание.

Поскольку данная проблема решается, в первую очередь, на уровне первичного звена, нами проанализирована сложившаяся сеть наиболее

приближенных к жителям села структурных подразделений ЦРБ: ФАПы, амбулатории (самостоятельные сельские врачебные амбулатории – СВА и амбулатории врача общей практики – АВОП), участковые больницы – УБ, больницы сестринского ухода – БСУ (табл. 2).

По данным на 01.01.2008 г. первичная медико-санитарная помощь жителям села без учета ЦРБ и районных больниц оказывается 2426 ФАПами, 614 врачебными амбулаториями, 176 участковыми больницами и 99 больницами сестринского ухода [6].

Наибольшая обеспеченность ФАПами отмечается в районах первой группы – 1,58 на 1000 населения; значительно меньшая – в районах VI группы – 0,68‰ (при среднереспубликанском уровне – 0,93‰). В целом обеспеченность ФАПами на 1000 жителей обратно пропорциональна количеству жителей, проживающих в рассматриваемых группах районов.

Обеспеченность ФАПами жителей Минского района составляет 0,05‰. В связи с концентрацией в районе медицинских организаций областного и республиканского уровня, постоянной маятниковой миграцией проживающего населения этот район занимает особое место среди всех сельских районов республики в вопросах решения доступности медицинской помощи населению. Аналогичная (отличная от республиканской) ситуация складывается и при анализе других параметров, характеризующих оказание ПМСП жителям района силами структурных подразделений ЦРБ.

ВОЗ определяет фельдшеров как квалифицированный вспомогательный персонал, к функциям которого относятся диагностика, типовое лечение обычных заболеваний. Все функции "медицинский помощник" выполняет под контролем врача, но полностью владеет навыками оказания экстренной медицинской помощи, диагностикой и лечением наиболее распространенных заболеваний [7]. В Республике Беларусь, как и в ряде стран СНГ, роль этого персонала в наиболее полном объеме сохраняется при оказании помощи сельскому населению. Посредством функционирующих ФАПов фельдшеры проводят определенные объемы санитарно-противоэпидемической, профилактической и лечебно-диагностической работы. Значимость такой работы возрастает при необходимости обеспечения динамического наблюдения за состоянием здоровья граждан (нередко пожилых и одиноких), проживающих в малонаселенных населенных пунктах.

На сегодняшний день 39,4% БСУ (самая большая доля) сосредоточены в районах II группы, где и проживает самая большая доля сельского населения. Койки больниц сестринского ухода (2239) распределены между сельским населением республики следующим образом. В районах первой группы – 1,17 койки на 1000 жителей; в районах пятой группы, где за анализируемый период произошла самая большая убыль населения, – 0,65‰; в Минском районе – 0,17‰ (среднереспубликанский уровень –

Таблица 2

Сеть структурных подразделений центральных районных больниц, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, сложившаяся в районах с различной численностью населения (2008 г.)

Группа районов, кол-во жителей в них	ФАПы: количество (на 1000 жителей)	БСУ: количество больниц (средняя коечная мощность)	СВА: количество	АВОП: количество	УБ: количество больниц (средняя коечная мощность)
I (до 10 тыс.)	189 (1,58)	9 (15,6)	16	26	4 (11,0)
II (от 10 до 20 тыс.)	972 (1,23)	39 (21,9)	107	105	59 (22,0)
III (от 20 до 30 тыс.)	655 (0,90)	27 (21,3)	61	111	56 (28,6)
IV (от 30 до 40 тыс.)	347 (0,77)	14 (26,8)	28	77	32 (38,4)
V (от 40 до 50 тыс.)	135 (0,77)	4 (28,8)	16	13	13 (40,8)
VI (от 50 до 70 тыс.)	120 (0,68)	5 (31,0)	9	21	10,0 (35)
VII (от 100 тыс.)	8 (0,05)	1 (25,0)	11	13	2,0 (50)
Всего	2426 (0,93)	99 (22,6)	248	366	176 (29,3)

0,87‰) (рис.). В соответствии с отраслевой программой Министерства здравоохранения по выполнению заданий Государственной программы возрождения и развития села на 2005–2010 годы [8] число БСУ в 2010 г. должно достичь 131. На 01.01.2008 г. в республике было 99 таких больниц. Отметим, что еще в 2002 г. в Республике Беларусь существовала только одна больница сестринского ухода на 15 коек.

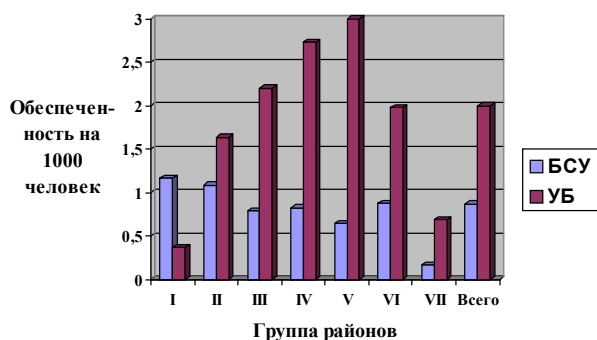


Рис. Обеспеченность жителей районов с различной численностью населения койками БСУ и УБ (на 1000 населения, данные на 01.01.2008 г.)

В ходе реализации мероприятий, направленных на повышение доступности медицинской помощи сельскому населению, произошло значительное увеличение количества врачебных амбулаторий. Так, только с 2002 г. оно увеличилось на 163, достигнув на 01.01.2008 г. 614. В целом обеспеченность врачебными амбулаториями сельского населения республики на сегодняшний день составляет 0,24 на 1000 жителей, достигая наибольшего значения в районах первой группы – 0,35‰. В самых крупных районах республики (V–VII группы) обеспеченность снижается (до 0,16–0,17‰). Оптимизация структуры врачебных амбулаторий, целенаправленно проводимая в последние годы, привела к тому, что среди амбулаторных организаций в сельской местности начинают преобладать АВОП – 59,6% общей численности амбулаторий. В соответствии с упомянутой выше программой доля АВОП в общем числе амбулаторий в 2010 г. должна превысить 90% (при увеличении числа всех амбулаторий до 712). Главное требование к преобразованию ряда структур-

ных подразделений центральных районных больниц (в основном, сельских врачебных амбулаторий и участковых больниц) в амбулатории врача общей практики – подготовка специалистов, владеющих навыками оказания многопрофильной медицинской помощи.

Наибольшее количество участковых больниц (33,5%) сосредоточено, аналогично БСУ, в районах II группы. Наиболее обеспечены койками УБ жители более крупных районов, в частности, V группы, на 1000 жителей которых приходится по 3,30 койки участковых больниц. Вместе с тем, в этой группе районов отмечается более низкий по сравнению со среднереспубликанским уровень обеспеченности амбулаториями – 0,16‰. Обеспеченность койками УБ в районах II группы – 1,64 ‰ (рис.). Мощность УБ первой группы районов значительно уступает среднереспубликанской: 11 и 29,3 коек соответственно (табл. 2).

Сопоставление обеспеченности районов (по группам) койками участковых больниц и больниц сестринского ухода выявило, что в целом по республике эта разница превышает 2 раза (2,30). Однако в районах I группы складывается обратная ситуация: здесь обеспеченность койками БСУ более чем в 3 раза превышает обеспеченность койками УБ (рис.). Малое количество УБ в районах первой группы (4), а также их малая мощность, очевидно, приведут к тому, что в будущем они также будут преобразованы в БСУ.

Проведенный нами анализ динамики численности сельского населения, характера его расселения позволяет утверждать, что данные факторы оказывают существенное влияние на построение системы медицинского обеспечения сельского населения и доступность медицинской помощи. Все более актуальной становится проблема организации медицинского обеспечения населения малонаселенных районов, численность которых за анализируемый период увеличилась на 67,5%. Наряду с широко известными формами обеспечения в первичном звене (врачебные амбулатории, участковые больницы, ФАПы) развиваются новые, появление которых обусловлено факторами численности, характера расселения и необходимости обеспечения доступности. Это больницы сестринского ухода, реструктуризация СВА и широкое развитие амбулаторий врача общей практики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2007 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2008. – 300 с.
2. Щавелева М.В., Глинская Т.Н. Методологические аспекты анализа показателей демографических угроз в системе здравоохранения // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2008. – №1. – С.30–34.
3. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь 18 июня 1993 г. №2435–XII (в ред. Закона Республики Беларусь от 20.06.2008 г. №363–3).
4. Михалюк С.Ф. Актуальные задачи медицинского обеспечения сельского населения // Медицина. – 2008. – №2. – С.9–11.
5. Некоторые региональные особенности медико–демографической ситуации и состояния здравоохранения в Российской Федерации в 2006 году / О.П. Щепин, В.О.Щепин, И.А.Купеева и др. – М.: ГУ НИИ общественного здоровья РАМН, 2008. – 49 с.
6. Здоровоохранение в сельской местности Республики Беларусь за 2007 г.: офиц. стат. сб. за 2007 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2008. – 50 с.
7. Головской Б.В., Артамонова О.А., Ховаева Я.Б., Котлова Л.И. Роль фельдшера в системе общей врачебной практики // Здравоохранение Российской Федерации. – 2004. – №11. – С.43–44.
8. Отраслевая программа Министерства здравоохранения по выполнению заданий Государственной программы возрождения и развития села на 2005–2010 гг., утверждена коллегией Минздрава Республики Беларусь (протокол №7 от 23.03.2005 г.). – Минск, 2005.

Поступила 14.07.2008 г.

ФАКТОРЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОКУРСНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Е.М.Тищенко, М.Ю.Сурмач, О.В.Катович, Т.А.Курилюк

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

По данным анкетирования студентов первого курса медицинского вуза изучены факторы образа жизни и репродуктивного здоровья первокурсников. Исследованы самооценка здоровья и образа жизни, установки и поведение, связанные с репродуктивным здоровьем, у студентов–медиков.

Сохранение здоровья молодежи и, в том числе, здоровья интеллектуального ресурса государства – студентов высших учебных учреждений (ВУУ) образования – одна из важнейших медико–социальных задач современного здравоохранения. В свете реализации Национальной программы демографической безопасности, наиболее актуальной составляющей здоровья молодежи является репродуктивное здоровье. Характерная особенность последнего – высокая социальная обусловленность, зависимость от образа жизни и поведения [1–3]. В связи с этим несомненный интерес представляет выявление факторов риска репродуктивного здоровья молодых людей в период их адаптации к новым условиям жизни – началу учебы в ВУУ.

Известно, что наряду с данными о благоприятных тенденциях в поведении молодежи по отношению к соблюдению здорового образа жизни [4], в подростковой среде все еще широко распространены поведенческие факторы, представ-

ляющие собой основу риска для репродуктивного здоровья [5]. Именно эти факторы – причина того, что, несмотря на государственные усилия по охране здоровья детей и молодежи, сохраняются негативные тенденции заболеваемости [6–8].

В качестве объекта исследования выбраны студенты первого курса медицинского ВУУ. Студенты–медики осваивают профессию, связанную с охраной и укреплением здоровья. Закономерно полагать, что именно они должны являться наиболее прогрессивной в отношении соблюдения принципов здорового образа жизни частью молодежи.

Цель данного исследования заключалась в установлении факторов, составляющих основу риска для репродуктивного здоровья студентов–медиков.

Материалы и методы

Исследование основано на анализе материалов анонимного опроса первокурсников УО "Гродненский государственный медицинский универ-