

Медико-социальные индикаторы здоровья сельского населения старшего возраста Жамбылской и Алматинской областей

Джайнакбаев Н.Т., Сейдалин Н.К., Манишарипова А.Т., Алипов Г.К., Вдовцев А.В.
КРМУ, г. Алматы

Состояние здоровья населения напрямую влияет на социально-экономическое развитие страны. Здоровье взрослого населения на сегодняшний день, характеризуется как сложное, когда имеет место высокая смертность в результате социально-значимых заболеваний [1]. По данным статистического агентства, более 40 % населения РК составляют жители сельских регионов. Значительная доля сельского населения проживает в условиях неразвитых транспортных коммуникаций, в отсутствии средств связи, что во многом объясняет низкий уровень обращаемости сельского населения в лечебно-профилактические учреждения. Обращаемость жителей села в учреждения здравоохранения в 2,5 раза ниже, чем городских.

Климато-географические особенности нашей страны такие как, большая территория, низкая плотность населения диктуют необходимость дальнейшего развития и совершенствования системы оказания ПМСП для сельских регионов [1].

Особо следует отметить распространенность хронических неинфекционных заболеваний среди сельского населения, которые занимают ведущее место в структуре смертности, инвалидности и заболеваемости населения всех стран мира [2].

Обеспечение принципов доступности медицинской помощи для сельского населения с использованием мобильных медицинских комплексов (ММК) при осмотре сельских жителей пожилого возраста является одним из факторов снижения уровня заболеваемости и смертности от социально-значимых заболеваний. [3, 4, 5].

Цель работы

- оценка медико-социальных индикаторов здоровья сельских жителей старшего возраста Алматинской и Жамбылской областей с использованием мобильных медицинских комплексов (ММК).

Материалы и методы исследования

Настоящее эпидемиологическое исследование проводилось в 12 организациях ПМСП сельских населенных пунктах Алматинской и Жамбылской областей с помощью ММК в 2011 году. Была разработана и утверждена анкетно-опросник по изучению потребности населения в медико-социальной помощи. Объем выборки составил в каждом регионе по 1700 человек. Анкетирование производилось выборочным методом, позволяющим на основании его результатов от отдельных групп респондентов получать с высокой степенью точности информацию о генеральной совокупности, располагая сравнительно ограниченным объемом социологических данных. При проведении социологического исследования обоснование численности выборочной совокупности, обеспечивающей необходимую точность случайной выборки, нами осуществлено по современной методике, рекомендуемой М.А. Татарниковым [6]. При составлении медико-социологической анкеты нами

Ключевые слова: медико-социальная помощь, ПМСП, индикаторы здоровья, здравоохранение на селе.

Резюме: проведена оценка медико-социальных индикаторов здоровья сельских жителей старшего возраста Алматинской и Жамбылской областей с использованием мобильных медицинских комплексов (ММК). Полученные данные свидетельствуют о том, что, на уровне ПМСП медицинская и социально-психологическая помощь в настоящее время оказывается недостаточно. Применение передвижных медицинских комплексов является эффективным и экономически выгодным способом организации оказания медико-социальной помощи на уровне ПМСП в отдаленных районах.

учтены те моменты, что респондентам легче подчеркивать то, что соответствует их мнению, нежели вычеркивать то, что не соответствует их взглядам, или вписывать недостающее. Анкета также содержала альтернативные ответы типа «затрудняюсь ответить», что облегчало опрашиваемым заполнение ее и снижало долю отказов в участии в социологическом опросе. Статистический анализ проведен с помощью пакета статистических программ, вычислялся коэффициент достоверности для 95% доверительного интервала по таблице распределения χ^2 .

Полученные результаты и обсуждение

Нами установлено, что среди населения Алматинской области, осмотренных с помощью ММК, в возрастной структуре наибольший удельный вес имели лица в возрасте от 50 до 59 лет – 29,01±1,14%, в возрасте от 40-49 лет – 19,85±0,57 %, в возрасте 60 до 69 лет 14,5 ±1,32%; в Жамбылской области большой удельный вес также имели лица в возрасте от 50 до 59 лет – 22,38±1,14 %; в возрасте 60 до 69 лет респондентами были 20,72 ±1,26% опрошенных; от 40-49 лет было 18,33 ± 0,68% опрошенных. Количество неработающих пенсионеров среди анкетированных в Жамбылской области составило 28,57±3,87% и в Алматинской области -26,7±2,2%. При этом работающих пенсионеров в Алматинской области не было выявлено, а в Жамбылской области составило всего 4,53±1,01%. Эти результаты подтверждают данные, что возможность трудоустроиться на селе людям старшего возраста, где требуются физический труд, ограничено.

Анализ социального положения опрошенных респондентов показал, что большую часть из них составляют не работающие лица (в Алматинской области - 29,01±3,96% и в Жамбылской области -35,71±2,34%). Наибольший процент обратившихся за медицинской помощью составляют лица со средним и средне-специальным образованием: 75,57±4,17% в Алматинской области и 62,62±2,22% - в Жамбылской области. В Жамбылской области число респондентов, имеющих отдельный дом, составило 89,05±1,52%, что не отличалось от аналогичных данных

Алматинской области ($92,37 \pm 2,32\%$). Питание опрошенных респондентов можно признать недостаточно сбалансированным, в Алматинской области только до $78,63 \pm 3,58\%$ респондентов ежедневно потребляют фрукты и овощи, а в Жамбылской области до $56,66 \pm 2,42\%$ жителей ($p < 0,05$).

Более 1/6 анкетированных отметили у себя наличие лишнего веса. В Жамбылской области $16,43 \pm 1,81\%$ респондентов имели избыточный вес, а в Алматинской области – $16,79 \pm 3,27\%$. Установлено, что у опрошенных респондентов двигательная активность составила в Алматинской области – $86,26 \pm 3,01\%$, в Жамбылской области этот показатель равнялся $75,48 \pm 2,10\%$ ($p < 0,05$). Среди опрошенных респондентов Алматинской области проблемы со сном наблюдались в $16,03 \pm 3,21\%$ случаев, в Жамбылской области до $25,71 \pm 2,13$ случаев ($p < 0,05$). За медицинской помощью чаще обращались 1 раз в полгода до $70,99 \pm 3,96\%$ опрошенных в Алматинской области и до $76,66 \pm 2,06\%$ респондентов Жамбылской области. Установлено, что проблемы со здоровьем имеют $72,52 \pm 3,90\%$ опрошенных в Алматинской области и $79,52 \pm 1,97\%$ респондентов в Жамбылской области ($p < 0,05$). Выявлено, что у опрошенных респондентов в Алматинской области – $48,85 \pm 4,37\%$, в Жамбылской области – $46,67 \pm 2,43\%$ возникновение заболевания усложнило жизнь. Бюджет респондентов сократился из-за траты на лекарственные средства: в Алматинской области на $40,46 \pm 4,29\%$, в Жамбылской области на $37,62 \pm 2,36\%$. Наибольший удельный вес по психологическому дискомфорту выявлен у респондентов Жамбылской области, что свидетельствует о большей численности испытываемых стрессов. Респонденты считают о необходимости введения в поликлиниках психологов, социальных работников в Алматинской области – $56,54 \pm 4,29\%$, в Жамбылской области – $66,19 \pm 2,31\%$ ($p < 0,05$). Неудовлетворенность работой своего семей-

ного или участкового врача респонденты отмечали в Алматинской области в $3,05 \pm 1,5\%$ случаев, в Жамбылской области до $6,67 \pm 1,2\%$ случаев.

Анализ полученных данных показывает, что подавляющее большинство респондентов на вопрос: «Нуждается ли население в психологической помощи?» - дали положительный ответ в Алматинской области – $87,5 \pm 4,5\%$ случаев, в Жамбылской области до $94,44 \pm 6,2\%$ случаев.

Анализируя полученные данные, можно констатировать, что на уровне ПМСП медицинская и социально-психологическая помощь в настоящее время оказывается недостаточно. Применение передвижных медицинских комплексов является эффективным и экономически выгодным способом оказания медико-социальной помощи на уровне ПМСП в отдаленных районах.

Список использованной литературы

- 1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
- 2 «Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо» (Доклад о состоянии здравоохранения в мире)- ВОЗ.- 2010. – 204 с.
- 3 Гаджиев Р.С. Основные направления перестройки первичной медико-санитарной помощи сельскому населению / Р.С.Гаджиев // Медицинская помощь. 1997.- №3. - С. 18-23.
- 4 Гаджиев Р.С. О внедрении достижений медицинской науки в практику сельских медицинских учреждений / Р.С.Гаджиев // Здравоохранение Российской Федерации. 1997.- № 2. - С. 41-44.
- 5 Галкин О.А. Комплексная оценка качества работы в отделении медико-социальной помощи для престарелых / О.А.Галкин, И.А.Гехт, В.В.Павлов // Здравоохранение Российской Федерации. 1998.- №6. - С. 35-36.