

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

А.Г. Егорова, А.Н. Романова, Р.В. Яковлев

ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ
НА ФОРМИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ
КРОВООБРАЩЕНИЯ У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ

УДК 614.2:614.1:616.13 (571.56)

Проведено медико-социальное исследование населения трудоспособного возраста, проживающего в различных социально-территориальных зонах Республики Саха (Якутия). На формирование болезней системы кровообращения существенно влияют такие социально-гигиенические факторы, как безработица населения, материальная необеспеченность, условия проживания, наличие вредных привычек, качество питания. Полученные результаты могут быть учтены при планировании и разработке программ по улучшению социально-экономического положения жителей Крайнего Севера.

Ключевые слова: условия и образ жизни, социально-гигиенические факторы, население трудоспособного возраста, болезни системы кровообращения.

Epidemiological research was conducted among the working-age population of different socio-territorial zones of the Republic of Sakha (Yakutia). The development of circulatory diseases was found to be significantly affected by such socio-hygienic factors as unemployment, financial insecurity, living conditions, the presence of harmful behaviors, and food quality. These results will be useful in the planning and design of programs to improve the socio-economic conditions of the inhabitants of the Extreme North.

Keywords: a way of life, social-hygienic factors, working-age population, diseases of the circulatory system.

Болезни системы кровообращения (БСК) остаются наиболее актуальной задачей для современной медицинской науки, практического здравоохранения, а также для других отраслей народного хозяйства в связи с высокой заболеваемостью, стойкой нетрудоспособностью и смертностью населения [3]. В Республике Саха (Якутия) за последние 15 лет смертность среди населения трудоспособного возраста от БСК увеличилась в 2,2 раза (по РФ – 1,7 раза). Значительный вклад в увеличение уровня смертности от БСК внесла высокая смертность среди пришлое населения [1]. Влияние образа жизни на состояние здоровья населения с позиций общественного здоровья составляет 50-55% [2]. Выявление социально-гигиенических факторов риска БСК позволит раскрыть природу происходящих тенденций, наметить пути и перспективы профилактических мероприятий.

Целью настоящего исследования явилась оценка влияния условий и образа жизни на формирование БСК среди трудоспособного населения в различных социально-территориальных зонах Якутии.

Материалы и методы

Для настоящей работы использовано зонирование территории Республики Саха (Якутия), предложенное М.А. Тырылгиным [4]. Проведено медико-социальное исследование населения трудоспособного возраста, проживающего в сельской, арктической и промышленной зонах. В экспедиционных

условиях обследовано 1256 чел. трудоспособного возраста, из которых 428 проживают в сельской зоне, 411 – в арктической и 417 – в промышленной. Этнический состав обследованного населения: в сельской зоне 99,5% – якуты, 0,5% – пришлое население; в арктической зоне 30% – якуты, 67,3% – малочисленные народы Севера, 2,7% – пришлое население; в промышленной зоне 0,6% – якуты, 1,8% – малочисленные народы Севера и 97,6% – пришлое население. Социальный статус обследованного населения: работающие – 79,5%, студенты – 2,6, пенсионеры – 9, инвалиды – 1,6, безработные – 4,8, домохозяйки – 2,5%.

Методом социально-гигиенического анализа (опрос, анкетирование) изучены вопросы влияния условий и образа жизни на формирование БСК, а также уровень медицинской активности трудоспособного населения. Анкета разработана ЯНЦ КМП СО РАМН и включает 32 вопроса. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ SPSS (версия 13).

Результаты и обсуждение

В результате одномоментного медицинского осмотра выявлено, что среди обследованного трудоспособного населения распространенность БСК на 100 осмотренных составила в сельской зоне 42,1, арктической – 39,8 и промышленной – 44,5.

Методом математических плеяд П.В. Терентьева выделены устойчивые группы факторов, определяющие особенности влияния социально-гигиенических причин на формирование БСК у

жителей трех социально-территориальных зон (табл. 1–3).

Нами выявлено, что во всех трех зонах ведущими факторами, определяющими формирование плеяд у больных с сердечно-сосудистой патологией, являются социальный статус населения трудоспособного возраста, вид деятельности, должность, которые зависят от образования. В свою очередь от социального статуса трудоспособного человека зависит его материальное и семейное благополучие, питание, а также образ жизни. Среди осмотренного контингента удельный вес социаль-

Таблица 1

Факторы социально-гигиенического риска формирования БСК в сельской зоне (R=0,2)

Факторы	Сила связи	Факторы	Сила связи	Факторы	Сила связи
7-8	0,806	23-24	0,357	4-13	0,265
8-6	0,690	24-25	0,240	13-0	-
6-5	0,272	25-0	-	17-20	0,255
5-0	-	24-18	0,200	20-0	-
-	-	18-19	0,302	10-22	-0,246
-	-	19-21	0,306	22-0	-
-	-	21-12	0,312	2-10	-0,234
-	-	12-15	0,216	10-0	-
-	-	15-0	-	-	-

Таблица 2

Факторы социально-гигиенического риска формирования БСК в арктической зоне (R=0,2)

Факторы	Сила связи	Факторы	Сила связи	Факторы	Сила связи	Факторы	Сила связи
6-8	0,698	19-4	0,291	3-16	-0,319	19-9	-0,214
8-7	0,675	4-0	-	16-18	0,304	9-0	-
7-11	0,291	19-17	-0,215	18-0	-	-	-
11-14	-0,356	17-12	-0,248	22-13	0,217	-	-
14-15	0,282	12-24	0,283	13-23	0,202	-	-
15-2	-0,276	24-25	0,358	23-1	0,248	-	-
2-5	-0,237	25-22	0,266	1-0	-	-	-
5-20	-0,204	22-21	0,420	22-10	-0,209	-	-
20-19	0,405	21-3	0,217	10-0	-	-	-

ЯНЦ КМП СО РАМН: **ЕГОРОВА Айтилина Григорьевна** – к.м.н., зав. лаб., e-mail: aitalina@mail.ru; **РОМАНОВА Анна Николаевна** – к.м.н., зав. лаб.; **ЯКОВЛЕВ Роман Васильевич** – к.м.н., гл. науч. сотр.

Таблица 3

Факторы социально-гигиенического риска формирования БСК в промышленной зоне ($R=0,2$)

Факторы	Сила связи	Факторы	Сила связи	Факторы	Сила связи
5-8	0,479	17-11	0,219	15-21	0,202
8-6	0,433	11-0	-	-	-
6-7	0,403	19-10	0,212	-	-
7-13	0,215	10-0	-	-	-
13-4	0,213	21-22	0,408	-	-
4-9	0,364	22-12	0,221	-	-
9-16	0,208	12-5	0,222	-	-
16-14	0,206	5-0	-	-	-
14-18	0,263	-	-	-	-
18-19	0,203	-	-	-	-
19-17	0,339	-	-	-	-
17-23	0,237	-	-	-	-
23-1	0,211	-	-	-	-
1-25	0,259	-	-	-	-
25-0	-	-	-	-	-

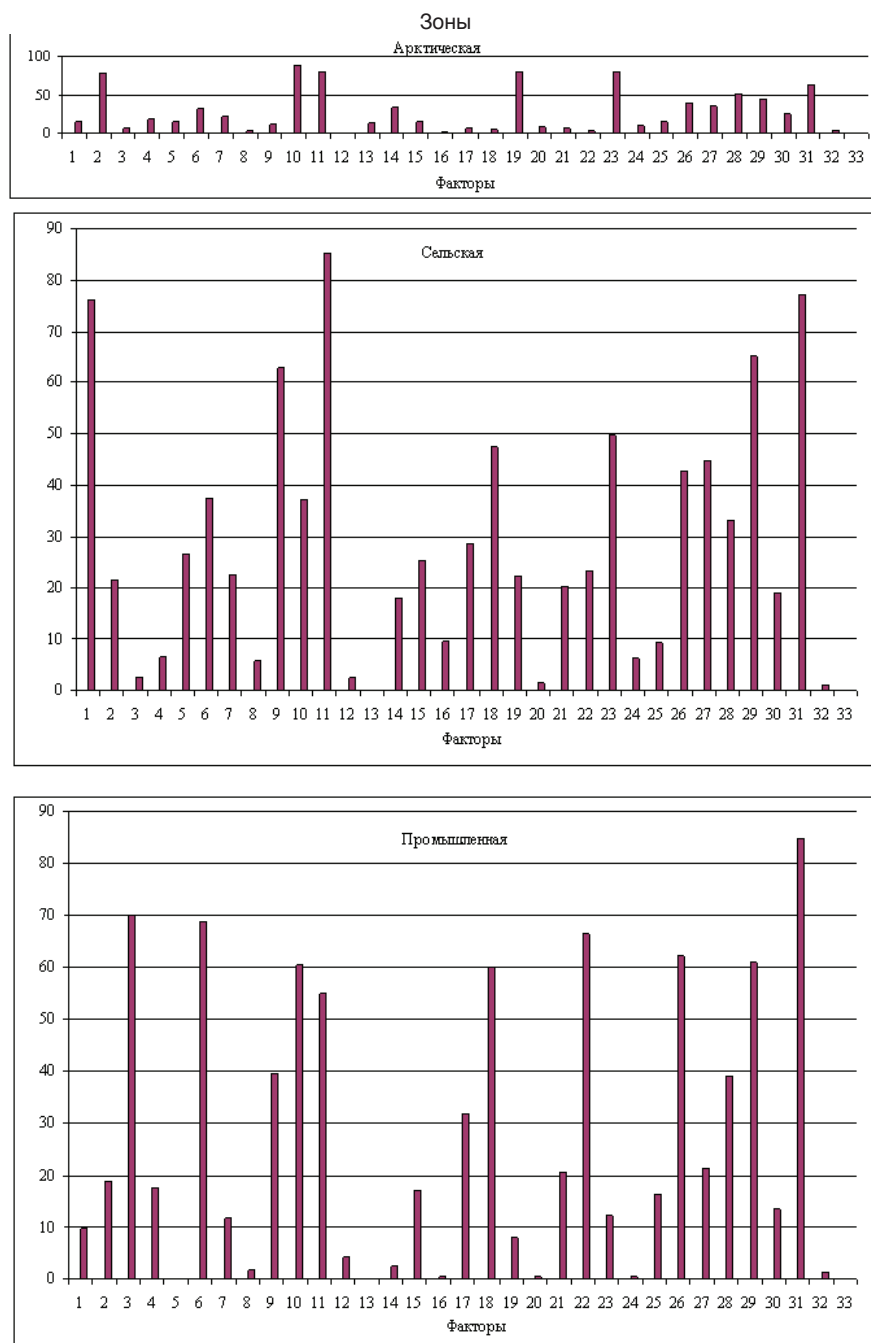
Примечание. В табл.1-3: факторы 1 – пол, 2 – возраст, 3 – национальность, 4 – семейное положение, 5 – образование, 6 –занятость, 7 – вид деятельности, 8 – должность, 9 – количество детей, 10 – степень благоустройства, 11 – удовлетворенность жилищными условиями, 12 – материальное положение, 13 – подсобное хозяйство, 14 –кратность приема пищи, 15 – режим питания, 16 – основной рацион, 17 – характер пищи, 18 – горячая пища, 19 – употребление мяса, 20 – рыбы, 21 – овощей, 22 – фруктов, 23 – образ жизни, 24 – отношение к алкоголю, 25 – курение.

но незащищенных лиц (безработные, домохозяйки, инвалиды) был выше в сельской и арктической зонах.

Исследованием выявлены существенные различия в ответах респондентов на вопросы блоков «Жилищные условия», «Материальная обеспеченность», «Питание» и «Медицинская активность семьи» (рисунок).

Так, в сельской зоне без удобств (с печным отоплением) проживает 76% респондентов, с частичными удобствами (с центральным отоплением) – 22% и лишь 2% - благоустроенных домах. В арктической зоне: 79% респондентов проживает в домах с центральным отоплением, 15% – с печным отоплением и лишь 6% – со всеми удобствами. В промышленной зоне: 70% проживает в благоустроенных домах, 19% – частично благоустроенных и 10% – в домах без удобств.

Ответы респондентов в блоке «Материальное положение семьи» показали, что удельный вес малообеспеченных семей в сельской и арктической зонах в 2-3 раза выше, чем в промышленной. В то время, как 63% опрошенных из сельской зоны имеют подсобное хозяйство и потому большинство респондентов регулярно употребляют



Результаты социально-гигиенического анкетирования трудоспособного населения в различных социально-территориальных зонах (на 100 опрошенных)

Примечание: 1 – жилищные условия без удобств, 2 – с частичными удобствами, 3 – со всеми удобствами, 4 – живут в достатке, 5 – экономят, 6 – денег хватает на питание и приобретение товаров первой необходимости, 7 – денег хватает только на питание, 8 – денег не хватает даже на питание, 9 – наличие подсобного хозяйства, 10 – отсутствие подсобного хозяйства, 11–употребление мяса ежедневно, 12 – редко, 13 – не употребляют мясо, 14 – употребление рыбы ежедневно, 15 – редко, 16 – не употребляют рыбу, 17 – употребление овощей круглогодично, 18 – летом, 19 – редко, 20 – не употребляют овощи, 21 – употребление фруктов круглогодично, 22 – летом, 23 – редко, 24 – не употребляют фрукты, 25 – употребление алкоголя часто, 26 – по праздникам, 27 – не употребляют, 28 – курят, 29 – не курят, 30 – не обращаются медицинским работникам, 31 – обращаются, 32 – считают себя здоровыми.

мясо и овощи. Фрукты употребляют половина респондентов.

Поскольку в арктической зоне практически нет земледелия и животноводства, то основными занятиями

аборигенного населения являются оленеводство, охотничий и рыбный промыслы. В основной рацион питания жителей арктической зоны входят мясо (оленина), рыба (речная, озер-

ная) и макароны. Овощи, фрукты регулярно употребляют лишь 6% опрошенных, не употребляют 8-10%, остальные – редко.

По сравнению с сельской и арктической зонами респонденты из промышленной зоны питаются в основном в соответствии с гигиеническими рекомендациями.

Результаты ответов респондентов на вопросы «Ваше отношение к алкоголю» показали, что не употребляют алкоголь: в сельской зоне – 44,7%, арктической – 35,2% и промышленной – 21,3%; употребляют по праздникам: в сельской – 42,8%, арктической – 35,2% и промышленной – 62,2%; часто употребляют: в сельской – 9,2%, арктической – 15,4% и промышленной – 16,5%.

Наиболее высокая частота курения отмечалась в арктической зоне (51,5%) в сравнении с промышленной и сельской зонами (39 и 33% соответственно).

При сравнительном анализе ответов на вопросы блока «Медицинская активность семьи» выявлено, что в случае болезни чаще обращаются за помощью к медицинским работникам респонденты промышленной и сельской зон (84,8 и 77,1% соответственно) в отличие от опрошенных арктической

зоны (63,8%). В то же время каждый четвертый житель арктической зоны вынужден лечиться самостоятельно и 2,6% обращаются к услугам народной медицины. Основными причинами низкого уровня посещения лечебно-профилактических учреждений являются недостаточная укомплектованность медицинскими кадрами, слабая материально-техническая база учреждений первичного звена здравоохранения, отсутствие круглогодичной устойчивой транспортной связи между населенными пунктами и их отдаленность от районного центра.

Корреляционный анализ по Спирмэну выявил, что на формирование БСК влияют такие факторы, как возраст ($p < 0,01$), материальная обеспеченность ($p < 0,05$), занятость ($p < 0,01$), семейное положение ($p < 0,05$), должность ($p < 0,05$), вид деятельности ($p < 0,05$), жилищные условия ($p < 0,05$), употребление мяса ($p < 0,05$), фруктов ($p < 0,05$), курение ($p < 0,01$), употребление алкоголя ($p < 0,05$). Все перечисленные факторы относятся к группе социально-экономических факторов.

Заключение

Результаты проведенного одномоментного выездного исследования по-

казали, что наиболее значимыми социально-гигиеническими факторами, влияющими на формирование болезни системы кровообращения у лиц трудоспособного возраста, являются: незанятость населения, материальное неблагополучие, условия проживания, наличие вредных привычек, качество питания. Несмотря на более благоприятные условия проживания в промышленной зоне в сравнении с сельской и арктической зонами уровень пораженности БСК несколько выше, что, возможно, связано с трудностями адаптации пришлого населения к экстремальным климатогеографическим и новым для них социально-экономическим условиям.

Литература

1. Егорова А.Г. Смертность населения РС(Я): динамика, причины и структура / А.Г. Егорова // Якутский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 50 – 52.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 520 с.
3. Особенности эпидемиологии ишемической болезни сердца и ее факторов риска в Якутии / К.И. Иванов, Т.М. Климова, В.П. Алексеев, В.Г. Кривошапкин. – Якутск: СМЫК-MASTER, 2008. – 136 с.
4. Тырылгин М.А. Проблемы охраны здоровья населения Крайнего Севера: на примере региона Якутия / М.А. Тырылгин. – Новосибирск: Наука, 2008. – 304 с.

Д.А. Алексеев, С.Г. Васильева

НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ

В декабре 2008г. в г.Санкт-Петербурге состоялся Всероссийский съезд средних медицинских работников под эгидой Ассоциации медицинских сестер России с девизом «Будущее профессии создадим вместе! Образование, профессионализм, качество». Вопросы, которые поднимались на съезде и принятые решения повлияли на отечественное здравоохранение, стали стимулом повышения качества медицинского труда.

Данный большой Всероссийский форум средних медицинских работников прошел в период, когда национальный проект «Здоровье» стал общегосударственной реальностью. Рассмотренные на съезде вопросы способствуют:

- содействию повышения качества и общедоступности медицинской помощи населению РФ и улучшению показателей здоровья населения;
- оказанию помощи в повышении квалификации, решение других вопро-

сов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских работников

- консолидации сестринской профессии, повышение ее престижа и авторитета;
- содействию, внедрению и поддержанию высоких стандартов сестринского дела;
- поддержке самосовершенствования медицинских сестер, акушерок, фельдшеров, фельдшеров-лаборантов.

Вопросы, поднятые на съезде, окажут влияние на систему здравоохранения, на формирование национальной концепции здравоохранения и на совершенствование сестринского профессионального образования.

Современные условия диктуют образовательным учреждениям необходимость подготовки конкурентоспособных выпускников, их трудоустройства и закрепления на рабочем месте. Реализация этих задач возможна только при развитии системы социального партнерства между колледжем и лечебно-профилактическими учреждениями. Научную и организационную основу системы социального партнерства кол-

леджа с учреждениями здравоохранения составляют согласование целей и содержания подготовки специалистов, координация педагогических действий руководителей, преподавателей и организаторов практического обучения, связь теории с практикой. Одной из таких форм деятельности является подготовка специалистов для конкретного лечебно-профилактического учреждения.

Новые аспекты в подготовке кадров можно сформулировать следующим образом:

- обеспечить качество образовательного процесса через эффективную систему управления качеством и системой контроля качеством;
- подготовить будущих специалистов с учетом потребности заказчика;
- учесть личностные качества и интеллектуальное развитие студентов;
- модифицировать систему обратной связи с учреждениями здравоохранения, с целью выявления удовлетворения конкретного учреждения здравоохранения-заказчика в необходимом кадровом потенциале и выпускника как личности в его профессиональном самоопределении;