

Міністерство охорони здоров'я України
Луцький базовий медичний коледж

Перші кроки в науку



*збірник студентських
науково-дослідницьких
робіт*

Випуск 4

м Луцьк
2007

Вплив соціальних факторів на особливості та тенденції захворюваності сільського населення України

Пісоцька Світлана, студентка III курсу,
спеціальності «Лікувальна справа», Ковельського медучилища.

Науковий керівник В.П. Попічко

Збереження та зміцнення здоров'я сільського населення є найважливішим стратегічним завданням охорони здоров'я України. Це особливо важливо, враховуючи несприятливий стан здоров'я сільських жителів. Загальна смертність на селі, а також за окремими причинами, дитяча смертність, передчасна смертність, первинний вихід на інвалідність залишаються значно вищими, ніж у міського населення. Все це пов'язано з комплексом соціально-економічних, екологічних, санітарно-гігієнічних проблем. Соціальні та профілактичні заходи в системі сільської охорони здоров'я реалізуються повільно, є недостатніми і помітно не впливають на стан здоров'я сільських жителів. Суттєву роль у формуванні здоров'я сільського населення відіграє також рівень медичного обслуговування, його якість, обсяг і доступність.

Для пошуку шляхів поліпшення медичного обслуговування населення сільської місцевості та прийняття медико-організаційних рішень необхідні дані про захворюваність сільських мешканців, особливості та закономірності її формування залежно від статевікової, соціальної та професійної структури цього прошарку населення, способу життя тощо.

У 2001р. було зареєстровано 1,5 млн. звертань сільських мешканців у лікувально-профілактичні заклади з приводу інфекційних і паразитарних хвороб, що становило 9246,4 випадку на 100 тис. відповідного населення. Основу структури інфекційної захворюваності традиційно складали гострі інфекції верхніх дихальних шляхів (80, 5 %) і грип (5%).

Обґрунтовану тривогу викликають соціально небезпечні хвороби цього класу, зокрема туберкульоз, венеричні захворювання, СНІД.

Найгірша ситуація із захворюваністю на туберкульоз склалася в селах Житомирської, Одеської та Київської областей, де рівень її на 15,3-27,4% перевищує середній в Україні. Відомо, що велику епідемічну загрозу становлять хворі, які виділяють мікробактерії туберкульозу. В Україні виявляється щорічно 3,6 тис. нових форм

туберкульозу з бактеріовиділенням серед сільських мешканців, що становить 22,4 випадку на 100 000 населення. Наведений показник перевищує аналогічний у міського населення на 13,7 %, що погіршує прогноз поширеності туберкульозу на селі.

Значне зростання рівнів захворюваності сільських мешканців на туберкульоз сприяло збільшенню контингентів таких хворих. У 2001р. на обліку в лікувально-профілактичних закладах перебувало 40 тис. сільських жителів з діагнозом туберкульозу. Поширеність туберкульозу серед сільського населення досягла 245,9 випадку на 100 000, у той час як серед міського вона становить 217,7 випадку. На зростання темпів захворюваності на туберкульоз сільських жителів істотно вплинуло зниження рівня життя переважної більшості з них, у тому числі якості харчування, погіршення умов проживання, медичного обслуговування населення, зокрема зниження ефективності профілактичних заходів, лікування та раннього виявлення туберкульозу, збільшення стресових ситуацій. Ускладнює ситуацію поява тяжких клінічних форм хвороби, спричинених стійкими до лікарських засобів мікобактеріями туберкульозу, що ускладнює проведення лікування, збільшує чисельність джерел зараження (І),

Несприятливо складається ситуація з венерологічною зварюваністю на селі.

І хоча традиційно сільське населення хворіло на сифіліс рідше, ніж міське, зараз спостерігається тенденція до зменшення цієї різниці.

Найгірша ситуація з захворюваністю на венеричні хвороби склалась у селах Миколаївської, Херсонської, Запорізької, Дніпропетровської, Одеської та Донецької областей, тобто в південному та південно-східному регіонах, де її рівень в 1,4-2,4 рази перевищує середній в Україні.

Серед причин, що призвели до різкого підвищення рівня захворюваності на венеричні хвороби необхідно назвати зміни у соціально-економічних відносинах, соціальному розподілі населення, що впливає на зміни в поведінці, у ставленні до власного здоров'я. Лікування пацієнтів із хворобами, що передаються статевим шляхом, здійснюється різними медичними, а іноді й немедичними структурами низького рівня. Часто трапляються випадки надання некваліфікованих платних послуг приватними лікарями.

Слід додати, що ці структури не реєструють венеричні

захворювання, не здійснюють санацію вогнищ інфекції, не подають звіти про лікувальну діяльність.

З кожним роком збільшується захворюваність сільського населення на СНІД. Якщо у 1996 р, серед сільських мешканців було зареєстровано 68 ВІЛ-інфікованих, у 1997 р. - 155, то в 2002 р. - вже 622. Кількість хворих на СНІД за цей же період збільшилася з 2 до 19 осіб. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за 3 вказані роки збільшилася серед сільського населення в 9,3 рази, серед міського - в 1,3, на СНД - в 12 і 2,1 рази відповідно.

Поширенню цієї інфекції сприяє відсутність у достатній кількості тест-систем для обстеження груп ризику, коштів на утримання і розвиток центрів боротьби зі СНІДом, спеціалізованої лікувальної мережі для надання всіх видів медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, засобів захисту медичних працівників, особливо хірургічних спеціальностей і стоматологів, у зв'язку з низькою матеріально-технічною забезпеченістю.

За сучасних умов особливу увагу необхідно звертати на посилення комплексу санітарно-гігієнічних, протиепідемічних та організаційних заходів, спрямованих на боротьбу з інфекцією та її профілактику, тиску на відповідні міністерства та відомства з приводу фінансування національних програм.

Також викликає тривогу онко-епідемічна ситуація на селі. Рівень захворюваності сільських мешканців на рак залишається високим, а рівень захворюваності на злоякісні новоутворення сільських жителів досягнув рівня міських, а в окремі роки навіть перевищував його. Серед причин збільшення онкозахворюваності вирізняється зростання ризику захворіти на рак. Він зумовлений негативним впливом зовнішніх чинників, зокрема антропогенних. Сьогодні відомо багато канцерогенів і чинників ризику, що зробили значний внесок у виникнення раку. Так, вважають, що куріння спричинює 25-40 % випадків смерті від раку і є основною причиною раку легень як у чоловіків, так і у жінок.

Перспективи розвитку суспільства свідчать про подальше зростання антропогенного забруднення навколишнього природного середовища канцерогенними речовинами внаслідок хімізації сільського господарства, розвитку автотранспорту, поширення ядерної енергетики та впливу наслідків аварії на Чорнобильській АЕС. Поряд з цим відбуваються значні зміни в способі життя населення, що збільшують кількість чинників. Це

стосується значного поширення серед сільських жителів куріння, вживання алкогольних напоїв, розвитку токсикоманії, вад репродуктивної поведінки, змін у режимі та якості харчування тощо.

Напружена онкологічна ситуація на селі, високий рівень захворюваності та смертності від раку, тенденції до їх зростання, можливість виникнення стохастичних онкологічних ефектів внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС свідчать про надзвичайну гостроту проблеми. Тому створення державної програми протиракових заходів і включення в неї не тільки онкологічних закладів охорони здоров'я, а й інших закладів галузі є нагальною проблемою сьогодення.

Погіршується стан психічного здоров'я сільського населення. З 1990 по 2002р. захворюваність на психічні розлади на селі збільшилася на 24,9 %. Найвищі рівні захворюваності реєструвались у молодому віці.

Продовжує зростати наркологічна захворюваність сільських жителів. З 1990 до 2002р. захворюваність на алкогольний психоз збільшилася на 50,6 % і досягла 12,2 випадку на 100 000 населення, а поширеність 20,2. Значними рівнями поширеності алкогольного психозу виділяються Хмельницька (44,6), Полтавська (38,2), Житомирська (33,4), Харківська (31) області.

Протягом багатьох років залишається великою поширеність хронічного алкоголізму серед сільських мешканців.

Захворюваність на наркоманію жителів села збільшилася у 2002 р. порівняно з 1990 р. у 5 разів.

Відомо, що важливою характеристикою психічного здоров'я громадян є рівень суїцидальної поведінки населення. Останнім часом значно зросла кількість самогубств у сільській місцевості і дорівнює 43-45 випадків на 100 000 населення. Особливо високий ризик виникнення самогубств мають підлітки і люди похилого віку, чорнобильці, хворі на алкоголізм і наркоманію, психічно хворі.

Проведений аналіз таких факторів як захворюваність, поширеність хвороб, ураженість хронічною патологією, кратність загострень хронічних захворювань та інші показники в окремих соціальних групах сільських мешканців, а саме, в групах адміністративно-управлінського персоналу, службовців, приватних підприємців, кваліфікованих робітників, некваліфікованих

робітників, безробітних.

Виявлено, що найвищі рівні первинної захворюваності сільських мешканців притаманні безробітним, адміністративно-управлінському персоналу та некваліфікованим робітникам.

Службовці та кваліфіковані робітники мали дещо нижчі рівні захворюваності. А найменшою захворюваністю була в групі підприємців.

Аналіз стану здоров'я дітей різних соціальних груп сільських мешканців дозволив встановити, що найгірші показники його мають діти безробітних.

Для виявлення впливу шкідливих звичок у батьків на стан здоров'я дітей і онуків ми проаналізували деякі показники їх захворюваності з урахуванням наявності цих звичок. До першої групи увійшли ті сільські мешканці працездатного віку, батько або мати яких зловживала алкоголем. Друга група складалася з респондентів, батьки яких курили, третя - батьки яких зловживали алкоголем і курили. Четверта група була утворена особами, батьки яких не зловживали алкоголем і не курили.

Аналіз захворюваності сільських мешканців та 3-х дітей в розрізі їхнього сімейного стану дозволив виявити його вплив на показники здоров'я. Не виявлено вірогідних розбіжностей між рівнями показників у осіб, що перебувають у шлюбі, та розлучених, крім показників порушення вагітності. Так, кількість мимовільних абортів і рівень мертвонароджуваності у розлучених в 1,6 рази були більшими, ніж у жінок, які були у шлюбі. Серед осіб, які перебували в незареєстрованому шлюбі, рівні захворюваності, поширеності хвороб, ураженості хронічною патологією були вищими, ніж у тих, хто перебував у шлюбі.

Отже, аналіз показників здоров'я сільського населення України за 1990-2002рр., за даними офіційної статистичної звітності та спеціальних досліджень, показав низьку якість його здоров'я, негативні тенденції у динаміці захворюваності та поширеності хвороб, у тому числі соціально небезпечних та соціально значущих, значну поширеність чинників ризику виникнення хвороб та їх вплив на здоров'я сільських трудівників. Вивчення особливостей захворюваності в окремих соціальних групах сільських трудівників дозволило виявити найбільш уразливі контингенти сільського населення, що може бути підставою для прийняття управлінських та організаційних рішень.

На такому середньостатистичному фоні було цікаво дізнатися, як виглядає демографічна ситуацій та захворюваність окремо взятому Ковельському районі. Для вивчення нього питання членами гуртка соціальної медицини (Пісоцька С, Шум О., Філіпчук І.) було зібрано масив відповідних статистичних даних за 14 років - 1991 - 2004рр. Вони були згруповані на показники власне демографічні (народжуваність, смертність, чисельність населення) і показники захворюваності.

Кожна з них груп показників представлена на таблицях у вигляді лінійних діаграм. Діаграми виконані в єдиному масштабі і, отже, дають можливість побачити не тільки цифровий вираз відповідних показників, але й прослідкувати їх динаміку і наочно уявити їх порівняльні величини.

Демографічні показники. (Таблиця 1.). Чисельність населення в Ковельському районі в 1991 р. була 102,8 тис осіб, в 2004 - 106,7 тис. в тому числі міського населення в 1991 році - 62,8 тис, а в 2004 р. 66,4 тис, сільського в 1991 році - 40,1 тис, в 2004 42,3 тис.

Отже, в цілому можна говорити про незначне збільшення чисельності населення в Ковельському районі. Але необхідно підзначити, що в 1995 році чисельність населення району складала 115,2 тис, що як бачимо на 8,5 тис більше, ніж у 2004р.

Народжуваність. У м. Ковелі в 1991 році вона була на рівні 20,1 на 1000, у 1995 році вона знизилась до рівня 10,9 на 1000 і до 2004 року збільшилась до 12,7 на 1000. Як видно з діаграми, народжуваність зростала з 1996р. до 2003р.

На селі народжуваність у 1991 році була на рівні 14,7 на 1000 і до 2004 року знизилась до 9,7 на 1000.

Смертність має явну тенденцію до зростання як по м. Ковелю так і по селу. У 1991р. смертність по Ковелю становила 9,9 на 1000, по селу 20,1. Як видно з діаграми смертність на селі значно вища ніж у Ковелі на протязі всього періоду спостереження. Необхідно підмітити, що найвищі показники смертності на селі були у 1991р. і в 2004р. Між цими двома точками показник смертності був значно нижчий, і по м. Ковелю найвищий показник був у 1996р. 12,5 на 1000 і він не піднімався за весь період спостереження.

Захворюваність. (Таблиця 2.). Щоб не перевантажувати таблицю, було взято як приклад найбільш соціальне значимі захворювання – ішемічну хворобу серця, інфекційні хвороби,

стенокардію, новоутворення, діабет, ревматизм.

На досить високому рівні тримається захворюваність (поширеність) інфекційними хворобами. У 1991 р. її показник на 10000 становив 454, у 1996р. -579, у 2004р. 445 тобто показник, нижчий ніж у 1991р.

Друге місце за рівнем захворюваності займає ішемічна хвороба серця з гіпертонічним компонентом. Характерно, що за темпом зростання захворювання випереджає всі інші з досліджуваних. З показника у 254 випадки на 10000 в 1991 році зросла до 636 у 2004 році з явною тенденцією до збільшення.

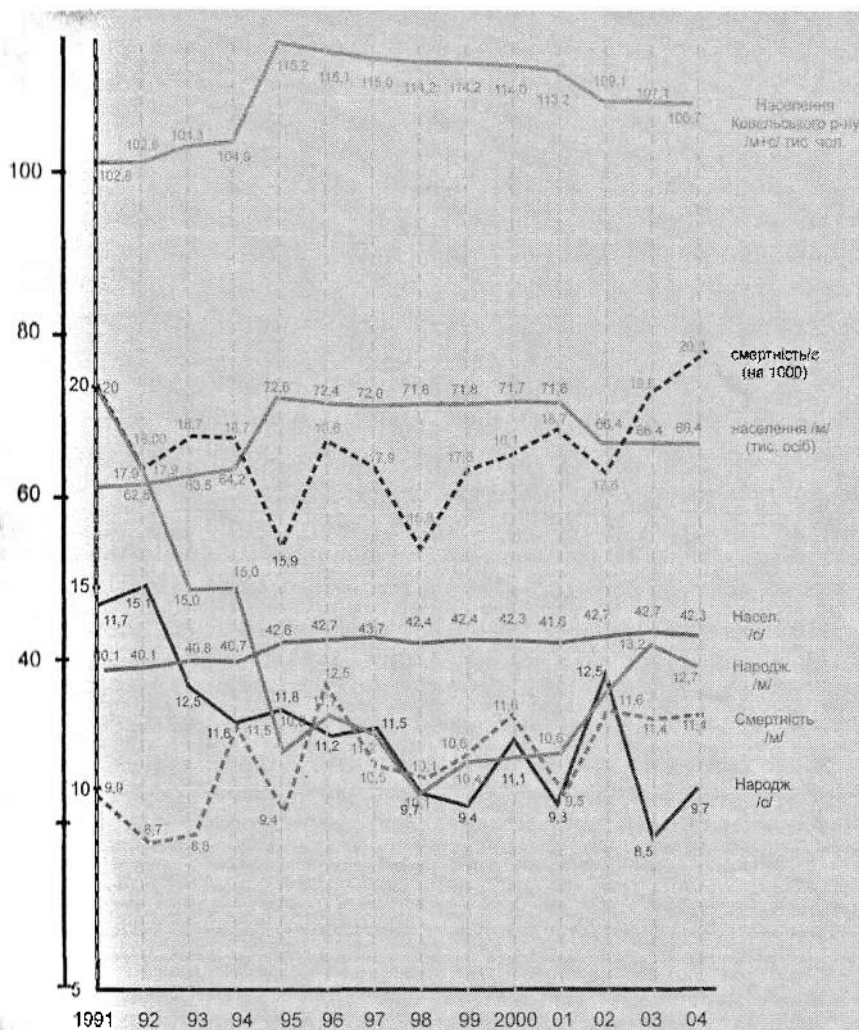
Новоутворення з 206 у 1991 році збільшились до 314 на 10000 у 2004р.

Стенокардія відповідно 186 у 1991р. до 338 у 2004р.

Аналіз статистичних даних з інших нозологічних одиниць дає можливість зробити висновок, що тенденція до зростання за досліджуваний період в 14 років характерно майже для всіх захворювань.

Виняток становлять захворювання органів травлення і наведені в таблиці діабет з ознаками стабілізації (120,9 випадків на 1000 у 1991р. і 119,7 - у 2004р.) і ревматизм, для якого характерна явна ознака стабільного зниження — з 82,4 у 1991р. до 67,0 у 2004р.

ДЕМОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ по Ковельському р-ну 1991-2004рр.



ЗАХВОРЮВАНІСТЬ (поширеність) населення Ковельського р-ну (на 10 000)

