

*На правах рукописи*

**БЕЛЬКОВА  
ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА**

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ,  
КАЧЕСТВА И ОБРАЗА ЖИЗНИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ,  
ПРОЖИВАЮЩЕГО В ПРИГОРОДНОЙ ТЕРРИТОРИИ**

**14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение**

**АВТОРЕФЕРАТ  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Москва - 2011**

Работа выполнена на кафедре общественного здоровья и здравоохранения №2  
ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения и социального развития РФ

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор  
**Перепелкина Наталья Юрьевна**

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук  
**Шляфер София Исааковна**  
доктор медицинских наук, профессор  
**Чичерин Леонид Петрович**

**Ведущая организация:** ГОУ ВПО «Башкирский государственный  
медицинский университет» Росздрава

Защита состоится 27 мая 2011 г. в \_\_\_\_\_ час. на заседании  
диссертационного совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации  
и информатизации здравоохранения» Росздрава (127254, Москва,  
ул. Добролюбова, д. 11).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Центральный  
НИИ организации и информатизации здравоохранения» Росздрава (127254,  
Москва, ул. Добролюбова, д. 11).

Автореферат разослан «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2011 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
доктор медицинских наук

К.Г. Пучков



# ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

## Актуальность проблемы

В последнее десятилетие XX и первое пятилетие XXI века в России отмечалась негативная динамика основных показателей общественного здоровья. Кризис общественного здоровья в большей степени проявлялся среди сельских жителей страны (О.П. Щепин, 2007; А.И. Вялков, 2008; В.И. Стародубов, 2008; В.З. Кучеренко, 2009; В.О. Щепин, 2010).

По мнению Ю.П. Лисицына (2009), «обусловленность общественного здоровья определяется: социально-экономическими условиями и факторами образа жизни; условиями и факторами внешней среды; биологическими условиями и факторами; условиями и факторами системы здравоохранения, при этом ведущее место принадлежит образу жизни».

Ежегодно в стране растет число исследований, посвященных изучению качества жизни, которое рассматривается с позиции интегрального показателя для оценки состояния основных функций человека – физической, психологической, социальной и духовной (Ю.Л. Шевченко, 2001; А.А. Новик, Т.И. Ионова, 2007).

Образ жизни является главным фактором обусловленности здоровья. Доказано, что к первичным большим факторам риска здоровью относятся: курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, гиподинамия, психоэмоциональный стресс (Ю.П. Лисицын, 2009; Н.В. Полунина, 2010).

В течение второй половины XX века Россия прошла путь от аграрной до преимущественно урбанистической страны. В настоящее время только 26,9% населения РФ проживает в сельской местности. При этом состояние здоровья сельских жителей пригородных районов имеет свои особенности в силу социальных, экономических, культурных, территориальных, медицинских и других факторов, характерных для современного общества (С.А. Осанкин, 2006; Е.А. Тищук, 2006; Е.П. Какорина, 2008; И.А. Купеева, 2008).

В последние годы пригородные сельские территории стали чаще использоваться городскими жителями в качестве зон отдыха. В пригородных территориях уменьшилось количество огородов и садов, сократилось содержание сельскохозяйственных животных и птиц, что в целом привело к изменению образа жизни сельского населения (К.Д. Данишевский, 2003; Е.В. Ползик, 2007).

Одной из характерных черт пригородных территорий является возрастающее маятниковое движение населения. В то же время для пригородной местности характерны: отток молодежи из села, старение населения, ухудшение здоровья и, в конечном итоге, снижение качества их жизни (С.А. Осанкин, 2006; С.А. Суслин, 2006).

В научных работах, выполненных в прошлом столетии рядом исследователей (И.В. Лебедева, 1989; О.И. Матчина, 1992; О.М. Санкова, 1992), были изучены проблемы здоровья сельских жителей Оренбургской области. При этом в последнее десятилетие в регионе комплексные медико-социальные исследования с определением особенностей состояния здоровья, качества и образа жизни жителей пригородных сельских территорий не проводились.

Необходимость выполнения подобных исследований продиктована тем, что полученные результаты должны лежать в основе разработки научно обоснованных мероприятий по совершенствованию системы охраны здоровья населения, проживающего в данной территории.

Все выше изложенное свидетельствует о своевременности и актуальности выполненного исследования.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** – дать комплексную оценку состояния здоровья, качества и образа жизни сельского населения, проживающего в пригородной территории (на примере Оренбургского района).

### **ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Провести анализ демографической ситуации в исследуемом районе за десятилетний период.
2. Изучить уровни, структуру заболеваемости и инвалидности населения пригородной территории за период 2000–2009 годы.
3. Исследовать качество жизни сельских жителей Оренбургского района.
4. Составить социальный портрет и установить медико-социальные особенности образа жизни сельского населения изучаемого муниципального образования.

### **НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ**

В результате исследования на территории самого крупного пригородного района Оренбургской области впервые:

– установлены закономерности изменения демографической ситуации за десятилетний период;

– выявлены особенности динамики, уровней и структуры заболеваемости и инвалидности жителей за период 2000–2009 годы;

– с помощью международного опросника MOS SF-36 изучены параметры качества жизни сельского населения, которые в целом имели низкий уровень;

– установлены медико-социальные особенности образа жизни и распространенности факторов риска среди жителей изучаемого района и доказана ведущая роль в формировании здоровья населения.

На основе полученных данных установлены особенности состояния здоровья и медико-социальных аспектов качества и образа жизни населения, проживающего в пригородной территории, которые отличаются от аналогичных показателей среди городских и сельских жителей Оренбургской области.

### **НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В результате исследования определены особенности медико-демографической ситуации и тенденции изменения уровней и структуры заболеваемости и инвалидности сельских жителей пригородной территории, которые должны стать основой для приоритетных мероприятий в сфере развития здравоохранения конкретного муниципального образования.

Доказана целесообразность осуществления мониторинга не только основных показателей, характеризующих состояние здоровье населения, но и медико-социальных параметров качества и образа жизни.

Полученные сведения о качестве и образе жизни населения, проживающего в сельской территории, следует учитывать при формировании комплексных программ социального развития конкретного муниципального образования.

### **ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В исследуемой пригородной территории Оренбургской области внедрены: мониторинг качества жизни населения (Акт № 1 от 12.11.2010 г.); медико-социальный мониторинг образа жизни населения (Акт № 2 от 12.11.2010 г.).

Материалы диссертации использованы при разработке «Концепции демографического развития Оренбургской области на период до 2025 года»,

утвержденной Постановлением правительства Оренбургской области от 16.02.2008 г. № 62-пп.

Результаты исследования включены в учебный процесс на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России.

## **ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ**

1. Региональными особенностями медико-демографической ситуации, сложившейся в пригородной территории, являются рост численности населения, преимущественно за счет высокого коэффициента миграции, сохранение регрессивного типа возрастной структуры и устойчивая тенденция старения населения.

2. Суммарный показатель качества жизни, представляющий собой интегральный критерий субъективной оценки основных функций человека, среди жителей изучаемой территории в целом имел низкий уровень.

3. Социальный портрет сельского населения пригородной территории характеризовался низким образовательным уровнем, невысокой трудовой занятостью, низким уровнем дохода и высокой распространенностью вредных привычек.

## **АПРОБАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Основные результаты исследования были доложены и обсуждены на:

- Международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, апрель 2007 г.);
- VI Российском конгрессе «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии» (Москва, октябрь 2007 г.);
- IV межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы здоровья детей» (Оренбург, ноябрь 2007 г.);
- Всероссийских научно-практических конференциях врачей ПрУВО «Актуальные вопросы военной и практической медицины» (Оренбург, ноябрь 2007–2010 гг.).

Материалы исследования были доложены и обсуждены 22 марта 2011 г. на апробационном совете ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Росздрава.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 19 печатных работ, в том числе 3 статьи в ведущих научных рецензируемых журналах и изданиях («Вестник Уральской медицинской академической науки», «Общественное здоровье и здравоохранение» и «Медицинский альманах»), рекомендованных ВАК РФ, 1 монография и 1 учебное пособие для врачей с грифом УМО.

**Личный вклад автора.** Автором лично составлены план и программа исследования. При разработке анкет для выполнения социологического исследования автор принимал личное участие. Автором лично выполнялись: сбор, статистическая обработка и анализ полученного материала. Обзор литературы, изложение полученных сведений, оформление глав диссертации, формулировка выводов и разработка практических рекомендаций проведены лично автором.

## **СТРУКТУРА И ОБЪЕМ ДИССЕРТАЦИИ**

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием организации, материалов и методов исследования, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 148 отечественных и 25 зарубежных источника, и 7 приложений.

Диссертация изложена на 162 страницах машинописного текста и иллюстрирована 17 таблицами, 49 рисунками и 1 схемой.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении диссертации** обоснована актуальность проблемы, определены цель и задачи работы, изложены научная новизна и практическая значимость исследования, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

**В первой главе диссертации** представлен обзор отечественной и зарубежной литературы, посвященной современным представлениям о медико-социальных аспектах состояния здоровья городского и сельского населения, включая медико-демографические показатели, заболеваемость и инвалидность. В обзоре литературы также описаны методики и результаты ранее выполненных исследований по изучению качества и образа жизни населения.

**Во второй главе диссертации** изложены организация, материалы и методы исследования. Представленное диссертационное исследование выполнено на примере одной из сельских пригородных территорий Оренбургской области.

Исследуемый район расположен в центральной части региона, по периметру от областного центра (города Оренбурга). Протяженность исследуемой территории: с севера на юг – около 130 км, с запада на восток – около 140 км. Площадь земель равна 5,0 тысяч км<sup>2</sup>, что занимает 4,1% территории области. Район объединяет 67 населенных пунктов, в том числе один поселок городского типа. В своем составе Оренбургский район имеет 31 муниципальное образование. Численность жителей изучаемого района превышает 77 тыс. человек. По численности населения исследуемая пригородная территория стоит на пятом месте среди городов и на первом месте среди сельских поселений Оренбургской области. Плотность расселения района составляет –15,1 чел/км<sup>2</sup>.

**Программа диссертации**, отражающая цель, задачи, методы, объекты, объемы исследования, а также источники информации, представлена в схеме 1.

**Единица наблюдения** - житель изучаемой пригородной территории.

**Объектом исследования** явилось детское и взрослое население, проживающее в Оренбургском районе.

**Сроки проведения исследования:** 2000–2009 годы.

В настоящей работе использованы следующие методы исследований: статистический, аналитический и социологический. В зависимости от поставленных в диссертации задач применялись типологическая и сплошная выборки.

Для решения **первой задачи диссертации** по изучению медико-демографической ситуации, сложившейся в пригородной территории, была осуществлена выкопировка данных из следующих официальных источников: информационно-аналитические сборники «Состояние здоровья населения и деятельность ЛПУ Оренбургской области», подготовленные бюро медицинской статистики Министерства здравоохранения Оренбургской области; сведения Федеральной службы государственной статистики по Оренбургской области, включая данные Всероссийской переписи населения (2002 г.); сведения отдела ЗАГС Оренбургского района.

Выполнен анализ основных медико-демографических показателей, включая статику (численность и состав населения по полу, возрасту, семейному положению и др.) и динамику (миграция, рождаемость, смертность, естественный прирост населения и др.).

**ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ**

<b>Цель исследования</b>	Дать комплексную оценку состояния здоровья, качества и образа жизни сельского населения, проживающего в пригородной территории (на примере Оренбургского района)				
<b>Задачи исследования</b>	Провести анализ демографической ситуации в исследуемом районе за десятилетний период	Изучить уровни, структуру заболеваемости и инвалидности населения пригородной территории за период 2000–2009 гг.	Исследовать качество жизни сельских жителей Оренбургского района	Составить социальный портрет и установить медико-социальные особенности образа жизни сельского населения изучаемой территории	
6	<b>Объекты и объемы исследования</b>	Взрослое и детское население исследуемой территории: 2009 г. – 77382 чел.	Взрослое и детское население: 2009 г. число заболеваний. – 151266 число инвалидов – 1732	Взрослое население исследуемой территории: – 500 чел.	Взрослое население исследуемой территории: – 1500 чел.
<b>Методы исследования</b>	Статистический	Статистический	Социологический	Социологический	
<b>Источники информации</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Статистические сборники «Состояния здоровья населения Оренбургской области»</li> <li>– Сведения Федеральной службы государственной статистики по Оренбургской области</li> <li>– Сведения отдела ЗАГС Оренбургского района</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Медицинские отчетные формы (ф. 12, ф. 19)</li> <li>– Статистические сборники «Состояние здоровья населения Оренбургской области»</li> <li>– Статистические сборники «Состояние инвалидности населения Оренбургской области»</li> </ul>	Международный опросник MOS SF-36 по изучению качества жизни населения	Анкета по изучению медико-социальных особенностей образа жизни населения	

Собранные медико-демографические показатели были внесены в динамические ряды, что позволило рассчитать абсолютный прирост (убыль), темпы прироста (убыли), показатель роста (убыли) и показатель наглядности. Проведен сравнительный анализ полученных данных с аналогичными показателями в городах, в других сельских районах Оренбургской области. Для этого рассчитан критерий Стьюдента ( $t$ ), позволивший установить статистически достоверные отличия изучаемых медико-демографических показателей.

С целью выполнения **второй задачи диссертации** был проведен анализ показателей заболеваемости и инвалидности населения, проживающего в исследуемой пригородной территории, за период с 2000 по 2009 годы.

Источниками информации для изучения уровня и структуры заболеваемости населения явились: статистические годовые формы № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебно-профилактического учреждения»; информационно-аналитические сборники «Состояние здоровья населения и деятельность ЛПУ Оренбургской области», подготовленные бюро медицинской статистики Министерства здравоохранения Оренбургской области.

Осуществлен анализ показателей заболеваемости по данным обращаемости в учреждения здравоохранения: распространенность, первичная заболеваемость, структура заболеваемости по возрасту и классам болезней. Кроме того, в исследовании были проанализированы показатели заболеваемости населения отдельными социально значимыми болезнями (туберкулез; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; ВИЧ/СПИД; злокачественные новообразования; психические расстройства и расстройства поведения).

При этом вид наблюдения являлся текущим (постоянным), поскольку основывался на изучении всех случаев обращения населения в учреждения здравоохранения. Данное наблюдение по охвату было сплошным, так как включало полный учет всех единиц наблюдения (А.Т. Бойко, 2000 г.).

Статистическому анализу также подвергались следующие показатели: уровень общей и первичной инвалидности; возрастная структура инвалидности; структура инвалидности по классам болезней и группам инвалидности. Отдельно изучалась динамика показателей инвалидности в детском (от 0 до 17 лет) и трудоспособном возрасте. Использован такой метод сбора информации, как выкопировка сведений из медицинской документации (годовые формы №

19 «Сведения о детях-инвалидах») и официальных статистических источников (информационно-аналитические сборники «Состояние инвалидности в Оренбургской области», подготовленные ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Оренбургской области»).

Выполнение **третьей задачи диссертации** потребовало проведения социологического исследования способом анкетирования. Для изучения качества жизни использован международный опросник MOS SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ – Международным Центром Исследования Качества Жизни, г. Санкт-Петербург, 1998 г.). Единицей наблюдения являлся условно здоровый взрослый человек в возрасте старше 18 лет, который проживал в изучаемом районе не менее десяти лет и последние три месяца не испытывал сильный стресс.

В соответствии с особенностями возрастно-половой структуры населения Оренбургского района была выполнена случайная выборка и проведено анонимное анкетирование среди 500 жителей. Расчет репрезентативности осуществлялся по формуле А.М. Меркова, Л.Е. Полякова (1974 г.). Параметры качества жизни анализировались по восьми шкалам: физическое функционирование (ФФ), ролевое (физическое) функционирование (РФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), эмоциональное функционирование (ЭФ) и психологическое здоровье (ПЗ).

Для решения **четвертой задачи диссертации** была разработана специальная анкета по изучению социального портрета и медико-социальных особенностей образа жизни населения пригородной сельской территории. В результате анонимного анкетирования дана оценка следующим показателям: социальное положение, уровень образования, трудовая занятость, доходы, жилищно-бытовые условия и др. Кроме того, были изучены, такие первичные большие факторы риска здоровью (Ю.П. Лисицын, 2009 г.), как курение, употребление алкоголя, неправильное питание, гиподинамия и психоэмоциональный стресс.

Было проведено анонимное анкетирование среди 1500 взрослых (в возрасте от 18 лет и старше) жителей Оренбургского района. Применен метод случайной выборки, репрезентативность которой рассчитывалась по формуле А.М. Меркова и Л.Е. Полякова (1974 г.)

**В третьей главе диссертации** представлены результаты анализа медико-демографической ситуации, сложившейся в исследуемой пригородной территории Оренбургской области.

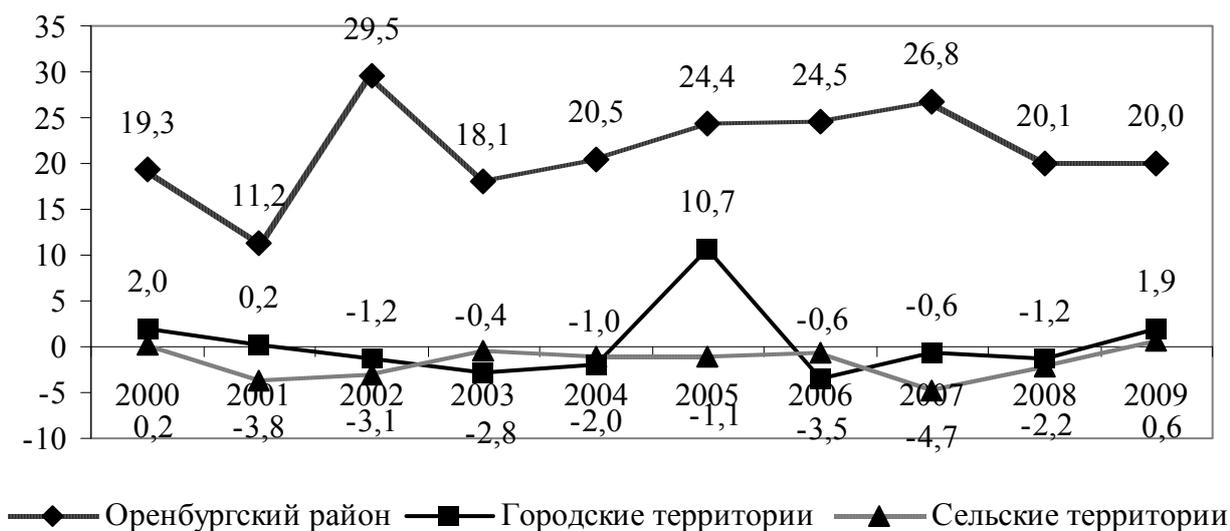
По состоянию на 1 января 2010 года в изучаемом районе постоянно проживало 77 382 человека.

Отмечена тенденция к ежегодному увеличению численности населения, так за последнее десятилетие число жителей увеличилось на 19,5%.

Установлено, что ежегодно в изучаемом районе доля мужчин была ниже доли женщин, и в 2009 году это соотношение составляло 48,2 к 51,8%.

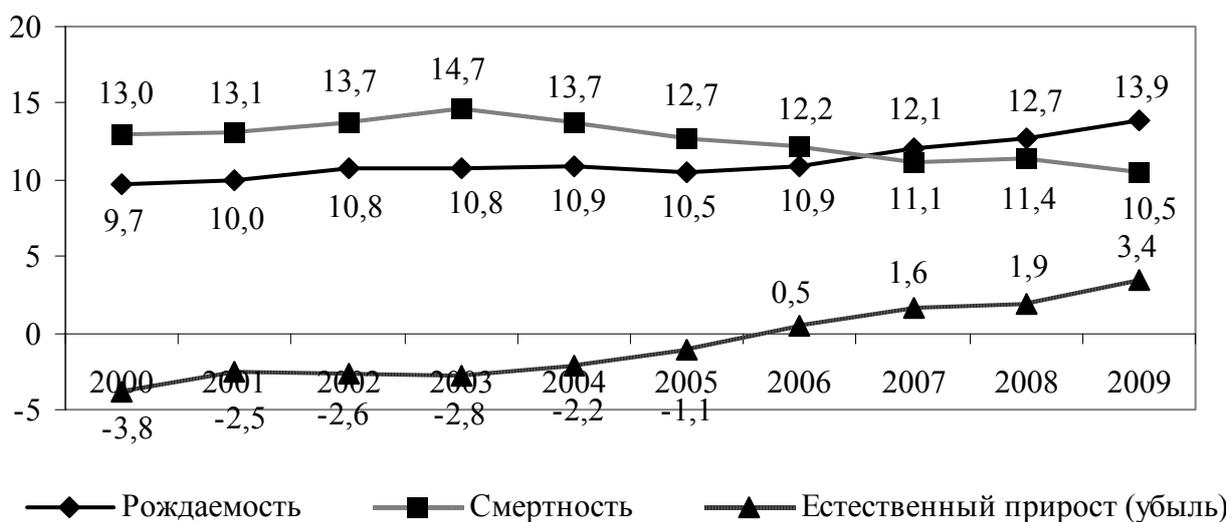
Возрастная структура населения в течение последнего десятилетия сохраняла регрессивный тип. Так в 2009 году доля детей в возрасте от 0 до 14 лет была низкой – 16,4%, доля лиц в возрасте от 15 до 49 лет – 50,7%, а доля лиц в возрасте 50 лет и старше – 32,9%.

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики по Оренбургской области исследуемая пригородная территория является лидером по ежегодно прибывающим лицам на постоянное место жительства. За последние 10 лет миграционный прирост в изучаемой территории колебался от 11,2‰ (2001 г.) до 29,5‰ (2002 г.), что было существенно выше, чем в других сельских и городских муниципальных образованиях Оренбургской области (Рисунок 1). В большей степени это определялось территориальной близостью к областному центру, сохранением статуса сельского района, а также более благополучными экологическими условиями.



**Рисунок 1. Динамика коэффициента миграции в Оренбургской области (на 1000 населения)**

При анализе основных показателей воспроизводства сельского населения пригородной территории установлено, что с 2000 до 2003 годы в районе наблюдался подъем уровня общей смертности населения. В последующие годы регистрировалось снижение этого показателя до уровня 10,5‰ (в 2009 г), что явилось наименьшим значением коэффициента смертности за последние 10 лет (Рисунок 2).



**Рисунок 2. Динамика показателей воспроизводства в изучаемом сельском пригородном районе (на 1000 населения)**

В течение последнего десятилетия в Оренбургском районе отмечалось постепенное повышение показателя рождаемости. Если в 2000 г. он был равен 9,7‰, то в 2009 г. достиг уровня 13,9‰ – самого высокого за последние 10 лет. По сравнению с 2000 годом его прирост составил 43,3%.

Показатель естественного прироста (убыли) населения в изучаемом муниципальном образовании имел тенденцию к улучшению и к 2009 году достиг уровня 3,4 на 1000. В течение последних 10 лет естественный прирост населения Оренбургского района оставался выше, чем в целом по всей области.

**В четвертой главе диссертации** представлены результаты анализа показателей заболеваемости и инвалидности населения, проживающего в Оренбургском районе, за период 2000–2009 гг.

Установлено, что показатель общей заболеваемости в исследуемом районе за десятилетний период имел тенденцию к росту, как среди взрослого, так и среди детского населения (Рисунок 3). Увеличение уровня общей заболеваемости населения сохранялось до 2007 года, после чего отмечено

незначительное снижение этого показателя и к 2009 году он достиг значения 1954,8‰. За десятилетний период прирост уровня общей заболеваемости населения изучаемой пригородной территории составил 67,3%, что отражает не только ухудшение состояния их здоровья, но и улучшение организации медицинской помощи, и прежде всего ее доступности.



**Рисунок 3. Динамика показателей заболеваемости населения Оренбургского района (на 1000 населения)**

В 2009 г. в структуре общей заболеваемости населения пригородной территории первое место занимали болезни органов кровообращения (24,8%), второе место – болезни органов дыхания (18,5%) и третье место – болезни глаз (9,8%). Ранговая структура первых трех позиций за последние три года не изменялась.

В результате анализа динамики уровня первичной заболеваемости сельского населения изучаемого района было отмечено снижение темпов прироста этого показателя. Однако за десятилетний период зарегистрирован рост уровня первичной заболеваемости среди взрослого населения на 14,3%, а среди детского населения – в 3 раза (Рисунок 3), что связано, в основном, как с повышением медицинской активности родителей, так и с совершенствованием организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям.

В структуре первичной заболеваемости населения Оренбургского района в 2009 году первую ранговую позицию занимали болезни органов дыхания (37,6%), вторую – травмы и отравления (9,5%), третью – болезни глаз (7,4%).

При оценке динамики показателя первичного выхода на инвалидность обращено внимание на то, что по сравнению с 2000 г. в 2005 г. наблюдался самый высокий прирост этого показателя, который среди взрослого населения вырос на 185,9% (99,9 на 10 000 против 185,8 на 10 000 соответственно). Это объясняется, в первую очередь, вступлением в силу Федерального закона от 22 августа 2004 г. №122.

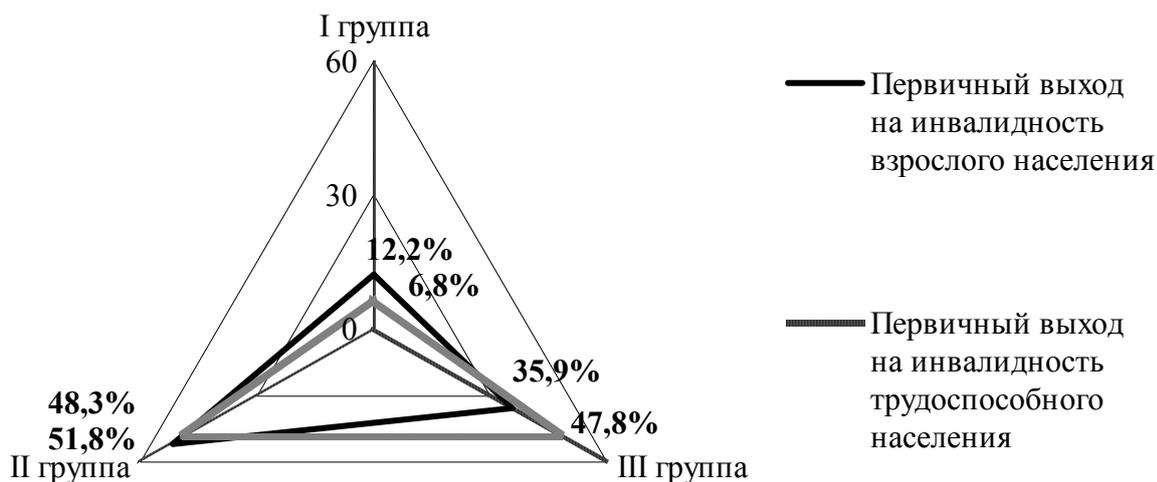
В последующие годы уровень первичной инвалидности в Оренбургском районе стал снижаться и в 2009 году не превысил 66,2 на 10 000, что явилось наименьшим показателем за последнее десятилетие (Рисунок 4).



**Рисунок 4. Динамика первичной инвалидности населения Оренбургского района (на 10 000 населения)**

При анализе первичного выхода на инвалидность среди лиц трудоспособного возраста отмечено, что максимальный подъем этого показателя наблюдался в 2001 году, когда его уровень составлял 89,5 на 10 000. Затем зарегистрировано постепенное снижение показателя первичной инвалидности среди трудоспособного населения, с небольшим его повышением в 2004 и в 2009 годах, когда он составил 72,9 и 53,3 на 10 000 соответствующего населения.

Распределение по группам инвалидности взрослого, в том числе трудоспособного, населения, было следующим: первую группу составили 12,2% инвалидов и 6,8% инвалидов трудоспособного возраста; вторую группу – 51,8 и 48,3% соответственно; третью группу – 35,9 и 47,8% (Рисунок 5).



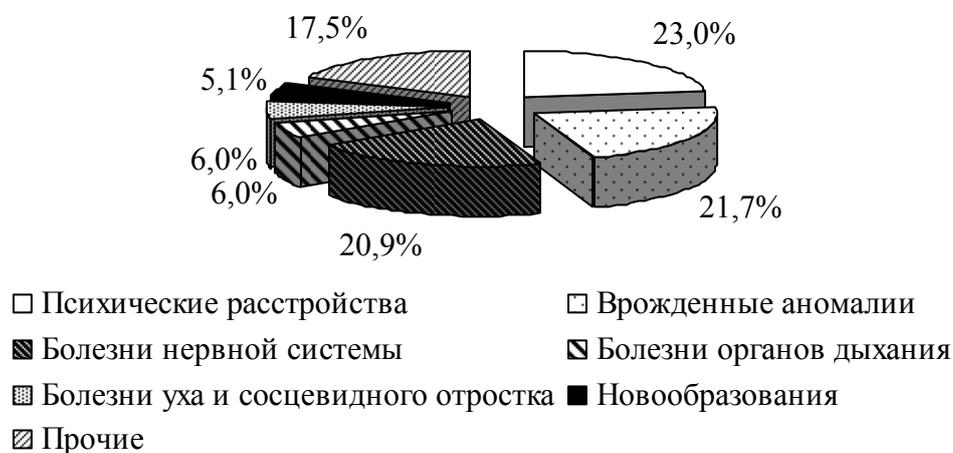
**Рисунок 5. Распределение по группам инвалидности при первичном выходе на инвалидность населения Оренбургского района (2009 г.)**

В 2009 году в структуре первичного выхода на инвалидность среди взрослого населения Оренбургского района первое место занимали болезни системы кровообращения (41,6%); второе место – злокачественные новообразования (20,7%); третье место – болезни нервной системы (10,2%). При этом в структуре первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста на первом месте также находились болезни системы кровообращения (32,7%); на втором месте – злокачественные новообразования (19,5%); на третьем месте – инфекционные и паразитарные болезни (11,2%).

Анализ первичной инвалидности среди детей в возрасте от 0 до 17 лет показал, что с 2004 года в Оренбургском районе отмечается снижение этого показателя. И в 2009 году по отношению к 2000 году уровень первичной детской инвалидности уменьшился на 36,7%, составив 21,7 на 10 000 соответствующего населения.

Показатель общей детской инвалидности в изучаемом муниципальном образовании имел максимальный подъем в 2002 году, когда достиг уровня 268,1 на 10 000. В последующие годы зарегистрировано его снижение и в 2009 году этот показатель не превысил 153,4 на 10 000. Одной из причин этого является изменение нормативно-правовой базы признания лиц инвалидами, и необходимость чаще проходить переосвидетельствования.

Установлено, что уровень общей детской инвалидности в пригородной сельской территории на протяжении последнего десятилетия всегда оставался ниже среднеобластных показателей.



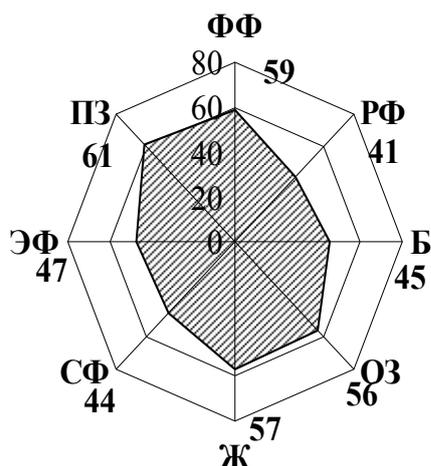
**Рисунок 6. Структура общей детской инвалидности в Оренбургском районе (2009 г.)**

В 2009 году основными причинами общей детской инвалидности в изучаемом районе были: психические расстройства и расстройства поведения (23,0%); врожденные аномалии (21,7%) и болезни нервной системы (20,9%) (Рисунок 6).

**В пятой главе диссертации** представлены результаты оценки качества и образа жизни населения Оренбургского района.

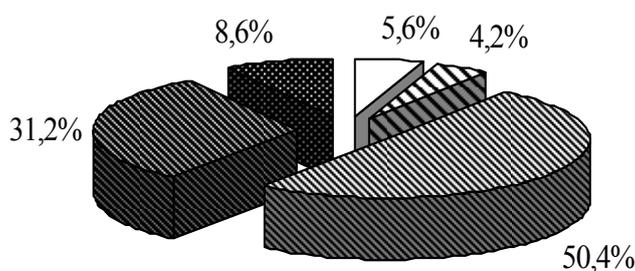
В результате проведенного анонимного анкетирования 500 жителей пригородной территории установлено, что суммарный показатель качества их жизни с учетом всех 8 рассматриваемых шкал в целом был низким и не превысил 51 балла. Распределение средних оценок было следующим: физическое функционирование составляло 59 баллов, ролевое (физическое) функционирование – 41, общее здоровье – 56, жизнеспособность – 57, социальное функционирование – 44, эмоциональное функционирование – 47, психологическое здоровье – 61.

Показатель наличия болей различной степени интенсивности в течение предшествующих опросу четырех недель в среднем не превысил 45 баллов из 100 максимальных (Рисунок 7).



**Рисунок 7. Параметры качества жизни сельского населения пригородной территории (в баллах из 100 возможных)**

При анализе возрастно-половых различий в оценке параметров качества жизни было выявлено, что наибольшие значения показателя психологического здоровья регистрировались в группе мужчин нетрудоспособного возраста (65 баллов); физического и эмоционального функционирования – в группе мужчин трудоспособного возраста (80 и 67 баллов соответственно); ролевого (физического) функционирования – в группе женщин трудоспособного возраста (72 балла). И от более чаще страдали женщины нетрудоспособного возраста (60 баллов).



- Значительно лучше, чем год назад
- ▨ Несколько лучше, чем год назад
- ▤ Примерно так же, как год назад
- ▧ Несколько хуже, чем год назад
- ▩ Гораздо хуже, чем год назад

**Рисунок 8. Оценка своего здоровья респондентами, проживающими в Оренбургском районе**

В результате проведенного опроса были получены сведения об оценке респондентами своего здоровья по сравнению с предыдущим годом. Установлено, что 39,8% респондентов отмечали ухудшение своего здоровья по

сравнению с прошедшим годом; 50,4% – без перемен и только 9,8% указали на его улучшение (Рисунок 8).

На следующем этапе работы с помощью социологического исследования была дана медико-социальная характеристика образу жизни населения Оренбургского района.

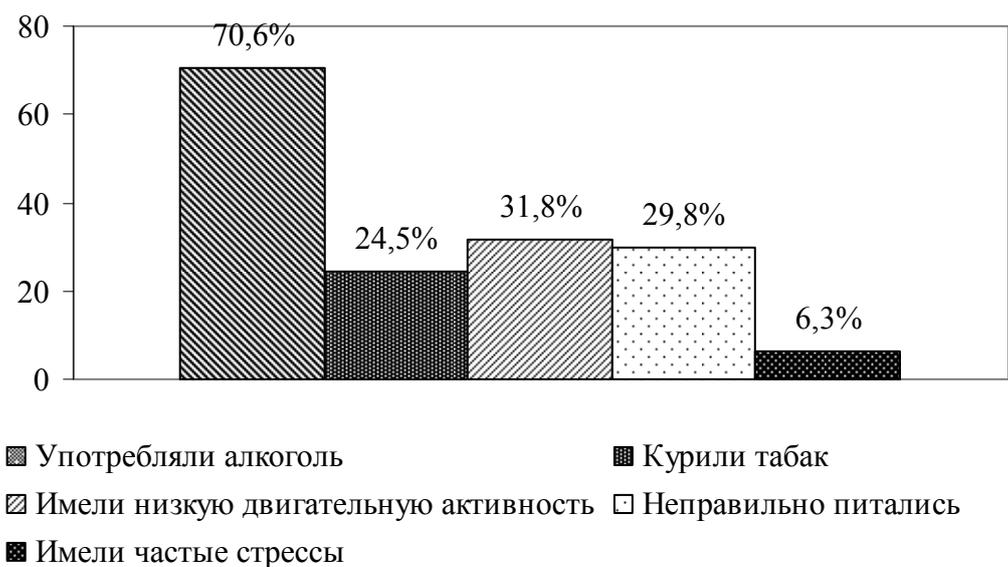
Исследование социального портрета сельского населения изучаемого муниципального образования, показало, что среди жителей Оренбургского района преобладали лица, получившие среднее специальное образование, их доля составила 39,6%. Большой процент жителей изучаемого района (41,3%) были заняты неквалифицированным физическим трудом.

По данным анкетирования установлено, что в целом в изучаемой пригородной территории отмечена низкая трудовая занятость населения. Так 35,1% жителей указали на отсутствие постоянной работы. Обращено внимание на значительную долю населения с низким доходом – 68,2% респондентов Оренбургского района имели доход ниже прожиточного минимума.

Среди респондентов в браке состояло 65,9%, причем наибольший процент наблюдался среди мужчин в возрасте 60 лет и старше – 85,5%. При этом среди женщин нетрудоспособного возраста вдовы составляли 25,3%, не вступившие в брак – 7,6% и разведенные – 7,2%. Отмечено, что среди респондентов преобладали двухдетные (42,3%) и однодетные (23,5%) семьи.

Одной из отличительных особенностей уклада жизни сельского населения является наличие приусадебного участка и/или сельскохозяйственных угодий. Установлено, что среди опрошенных жителей Оренбургского района только 78,9% имели приусадебный участок, причем существенных отличий в ответах мужчин и женщин разного возраста выявлено не было. И только 43,4% респондентов указала на содержание сельскохозяйственных животных и/или птиц на своем подворье. Таким образом, более половины жителей исследуемой сельской территории вообще не имели сельскохозяйственных животных или птиц.

В результате социологического опроса (анонимного анкетирования) отмечена следующая распространенность первичных больших факторов риска здоровью: употребляли алкоголь – 70,6%; курили – 24,5%, при этом от пассивного курения страдали 35,5%; имели низкую двигательную активность – 31,8%; неправильно питались – 29,8%; испытывали частые стрессы – только 6,3% (Рисунок 9).



**Рисунок 9. Распространенность факторов риска среди населения Оренбургского района (по данным анкетирования)**

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено что, несмотря на позитивные изменения таких основных медико-демографических показателей воспроизводства, как рождаемость, смертность и естественный прирост населения, в изучаемом муниципальном образовании регистрировался рост уровней заболеваемости, при этом снижались показатели инвалидности населения и были низкими суммарные оценки всех параметров качества жизни. Кроме того, отмечена высокая распространенность таких первичных больших факторов риска здоровью, как курение табака, употребление алкоголя, неправильное питание и гиподинамия.

## ВЫВОДЫ

1. В Оренбургском районе численность жителей за исследуемый период увеличилась на 19,5%, преимущественно за счет высокого коэффициента миграции.

В изучаемом муниципальном образовании отмечен регрессивный тип возрастного состава населения.

В исследуемой пригородной территории зарегистрирован положительный естественный прирост, который к 2009 году достиг уровня 3,4 на 1000 населения, что существенно превысило среднеобластной показатель (-0,5 на 1000).

2. За десятилетний период уровень общей заболеваемости населения увеличился на 67,3%. При относительно невысоких темпах роста уровня первичной заболеваемости среди взрослого населения (на 14,3%), показатель первичной заболеваемости детского населения вырос в 3 раза.

3. Среднемноголетняя структура общей заболеваемости населения всех возрастных групп населения характеризовалась преобладанием болезней органов кровообращения (24,8%), дыхания (18,5%) и глаз (9,8%).

В структуре первичной заболеваемости населения, ведущие ранговые позиции занимали: болезни органов дыхания (37,6%); травмы и отравления (9,5%); болезни кожи и подкожной клетчатки (7,4%).

4. Уровень первичной инвалидности населения Оренбургского района в 2005 году имел подъем до 185,8 на 10 000 и последующее снижение до 66,2 на 10 000.

Показатель общей инвалидности детского населения имел постепенное повышение к 2002 году (268,1 на 10 000) и снижение к 2009 году (153,4 на 10000).

5. Суммарная оценка всех параметров качества жизни населения Оренбургского района была низкой и не превышала 51 балла.

Установлены возрастно-половые различия оценки показателей качества жизни: наибольшие показатели психологического здоровья регистрировались среди мужчин нетрудоспособного возраста (65 баллов); физического и эмоционального функционирования – среди мужчин трудоспособного возраста (80 и 67 баллов соответственно); ролевого (физического) функционирования – среди женщин трудоспособного возраста (72 балла); и от более чаще страдали женщины нетрудоспособного возраста (60 баллов).

6. При оценке своего здоровья 39,8% респондентов отметили его ухудшение по сравнению с предыдущим годом; 50,4% – без перемен и только 9,8% – улучшение.

7. Социальный портрет респондентов характеризовался: преобладанием среднего специального образования (39,6%); неквалифицированного физического труда (41,3%); низкой трудовой занятостью (35,1% не имели постоянной работы); низким уровнем дохода (68,2% имели доход ниже прожиточного минимума).

8. Среди жителей изучаемого пригородного района установлена следующая распространенность первичных больших факторов риска здоровью: употребление алкоголя – 70,6%; курение табака – 24,5%, при этом пассивное

курение испытывали 35,5%; низкая двигательная активность – 31,8%; неправильное питание – 29,8%; частые стрессы – 6,3%.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. В пригородных территориях необходимо осуществлять мониторинг таких основных показателей здоровья населения, как демографические показатели, показатели заболеваемости и инвалидности.

2. Сведения об основных показателях здоровья следует дополнять результатами оценки показателей качества и образа жизни населения.

3. Полученные данные о состоянии здоровья населения пригородного района должны использоваться в качестве информационной базы при формировании комплексных программ по охране и укреплению здоровья жителей данной территории.

4. Сведения о качестве жизни, социальном портрете и медико-социальных особенностях образа жизни населения следует использовать при планировании приоритетных мероприятий в сфере социального развития конкретного муниципального образования.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Белькова О.А. Состояние здоровья населения муниципального образования (на примере Оренбургского района) / Н.Ю. Перепелкина, О.А. Белькова // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2007. – № 2. – С. 43–47.
2. Белькова О.А. Состояние здоровья детского населения Оренбургской области / Н.Ю. Перепелкина, О.Г. Павловская, Л.В. Алтухова, О.А. Белькова // Материалы VI Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – Москва, 2007. – С. 25–26.
3. Белькова О.А. Характеристика состояния здоровья сельского населения муниципального образования / Н.Ю. Перепелкина, О.А. Белькова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2007. – № 3. – С. 8–12.
4. Белькова О.А. Состояние здоровья детей, проживающих в Оренбургском районе / О.А. Белькова, Н.Ю. Перепелкина // Материалы IV межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы здоровья детей». – Оренбург, 2007. – С. 163.
5. Белькова О.А. Заболеваемость как ведущий показатель общественного здоровья / Н.Ю. Перепелкина, О.Г. Павловская, С.А. Кузьмин, О.А. Белькова и др. // Учебное пособие для врачей с грифом УМО – Оренбург, 2008. – 140 с.
- Белькова О.А. Оценка состояния здоровья сельского населения (на примере Оренбургского района) / Н.Ю. Перепелкина, О.А. Белькова // Информационный архив. – 2007. – Том 1. – №1. – С. 12–13.
6. Белькова О.А. Современные особенности состояния здоровья детского населения Оренбургской области / Н.Ю. Перепелкина, О.Г. Павловская, И.Н. Боброва, О.А. Белькова // Сборник материалов XII Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». – Москва, 2008. – С. 261–263.

7. Белькова О.А. Заболеваемость как ведущий показатель общественного здоровья / Н.Ю. Перепелкина, О.Г. Павловская, С.А. Кузьмин, О.А. Белькова и др. // Учебное пособие для врачей с грифом УМО – Оренбург, 2008. – 140 с.
8. Белькова О.А. К вопросу о состоянии здоровья сельского населения (на примере Оренбургского района) / Н.Ю. Перепелкина, О.А. Белькова // Сборник научных работ организаторов здравоохранения «Инновационные технологии в организации, экономике и управлении здравоохранением в Уральском регионе». – Екатеринбург, 2008. – С. 49–54.
9. Белькова О.А. Особенности состояния здоровья населения, проживающего в пригородной территории (на примере Оренбургского района) / Н.Ю. Перепелкина, О.А. Белькова // Информационный архив.- 2008. – Том 2. – № 4. - С. 34–35.
10. Белькова О.А. Качество жизни населения пригородной сельской территории / Н.Ю. Перепелкина, О.А. Белькова // Информационный архив. – 2009. – Том 3. – №.3. – С. 65–66.
11. Белькова О.А. Медико-социальная характеристика и образ жизни населения, проживающего в Оренбургском районе / О.А. Белькова // Материалы II Международной научно-практической конференции «Общественное здоровье: правовые, экономические и организационные аспекты модернизации здравоохранения Российской Федерации». – Новосибирск, 2010 – С. 70–71.
12. Белькова О.А. Анализ качества жизни населения, проживающего в Оренбургском районе / Н.Ю. Перепелкина, О.А. Белькова // Сборник материалов конференции «Актуальные проблемы демографической политики и состояния здоровья населения Российской Федерации». – Астрахань, 2009. – С. 211 – 213.
13. Белькова О.А. Социальный портрет населения, проживающего в пригородной территории / О.А. Белькова // Информационный архив. Медицина, биология, образование. – Том 4. – 2010. – № 3–4. – С. 6–7.
14. Белькова О.А. О качестве жизни жителей Оренбургского района / Н.Ю. Перепелкина, О.А. Белькова // Сборник научных трудов «Проблемы городского здравоохранения». – Санкт-Петербург, 2009. – Выпуск 14. – С. 40–42.
15. Белькова О.А. Социальный статус и образ жизни населения пригородной сельской территории (на примере Оренбургского района) / О.А. Белькова, Н.Ю. Перепелкина // Сборник научных трудов «Проблемы городского здравоохранения» – Санкт-Петербург, 2010. – Выпуск 15. – С. 44–46.
16. Белькова О.А. Качество жизни населения пригородной территории (на примере Оренбургского района) / Н.Ю. Перепелкина, О.А. Белькова // Сборник научных работ организаторов здравоохранения Урала «Региональное здравоохранение: достижения, проблемы, перспективы». – Екатеринбург, 2009. – С. 166–168.
17. Белькова О.А. Особенности социального статуса и образа жизни населения пригородной сельской территории МО Оренбургский район / О.А. Белькова, Н.В. Аверина, Е.С. Булгакова и др. // Научные исследования: информация, анализ, прогноз: монография/ Под общей ред. профессора О.И. Кирикова. – Книга 32. – Воронеж: ВГПУ, 2010. – С. 541–554.
18. Белькова О.А. Качество жизни населения пригородной территории / О.А. Белькова // Сборник научных трудов «Проблемы городского здравоохранения». – Санкт-Петербург, 2010. – Выпуск 15. – С. 48–49.
19. Белькова О.А. Результаты оценки качества жизни населения Оренбургской области / О.А. Белькова, Н.Ю. Перепелкина, К.В. Шматов // Медицинский альманах. – 2011. – № 3 (16). – С. 21–22.

Подписано в печать «\_\_» \_\_\_\_\_ 2011. Бумага офсетная.  
Формат 60x84/16. Гарнитура Times.  
Заказ № 3038. Тираж 100 экз.

Р №063109 от 04.02.1999 г.  
ООО Агентство «Пресса»  
г. Оренбург, ул. Комсомольская, 45  
Тел.: (3532) 30-61-83  
Отпечатано с готового оригинал-макета

