

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СЕМЬИ

Ф. М. Камалова, А. Н. Галиуллин

*Кафедра социальной медицины и организации здравоохранения (зав. — проф. А. Н. Галиуллин)
Казанского государственного медицинского университета*

Переход на новые формы организации медицинской помощи, внедрение страховой медицины, особенности состояния здоровья сельского населения и его демографического поведения требуют анализа здоровья населения и разработки мер профилактики на более глубоком, семейном уровне [2].

Изучение в качестве «единицы» общественного здоровья такой общности, как семья, открывает новые теоретические и практические аспекты в типологии населения и механизмов общегрупповых процессов формирования здоровья [5]. Выяснение роли ближайшего микросоциального окружения личности в формировании здоровья и здорового образа жизни показало, что наиболее значимой группой по вопросам здоровья респонденты считают семью [1].

Целью нашей работы являлась оценка влияния условий и образа жизни семьи на формирование заболеваемости сельского населения.

Объектом нашего исследования были 649 семей, проживающих в сельской местности, а единицей наблюдения — семья как коллектив совместно проживающих людей, между которыми имеются отношения родства, брака или усыновления. Все изучаемые семьи были разделены нами по типам. За основные типобразующие признаки было принято наличие или отсутствие брачной пары, детей и других родственников в семье. На основании этого все сельские семьи были разделены на следующие типы: сложная (родители, дети, бабушка, дедушка или один из них), полная (родители и дети) и неполная (мать с детьми или отец с детьми, а также могут быть родители отца или матери). В исследуемой совокупности 27,6% семей оказались сложными, 45,6% — полными, 14,8% — неполными, 12% — из одной брачной пары без детей.

Методом посемейного комплексного социально-гигиенического обследования по специально разработанной карте и путем анализа медицинской документации и данных профилактических осмотров членов семей определены распространенность заболеваний (в расчете на 1000 сельского населения), условия и образ жизни сельских семей в зависимости от их типа.

Все изучаемые факторы были разделены нами на социально-гигиенические, поведенческие, по уровню медицинской активности.

Экспертная оценка жилищных условий и изучение распространенности болезней членов семей показали наибольшую частоту болезней

(1118,8‰) среди сельского населения, проживающего в плохих жилищных условиях, а наименьшую (759,1‰) — в удовлетворительных. Разница в показателях заболеваемости сельского населения, имеющего хорошие, удовлетворительные и плохие жилищные условия, достоверна ($P < 0,001$). Заболеваемость населения, проживающего в различных жилищных условиях сельской местности, различается по типам семей. Так, в сложных семьях, имеющих хорошие и удовлетворительные жилищные условия, заболеваемость (713,7‰) была достоверно ниже ($P < 0,01$), чем в семьях с плохими жилищными условиями (1225,4‰). Для полных семей и брачных пар без детей была характерна самая низкая заболеваемость в случае удовлетворительных жилищных условий (722,6‰ и 1058,8‰) по сравнению с таковой при хороших и плохих жилищных условиях ($P < 0,01$). В неполных семьях самый низкий уровень распространенности болезней был в сельских семьях с плохими жилищными условиями (588,2‰).

Материальное состояние семей мы оценивали по величине подушевого дохода, приходящегося на одного члена семьи. С учетом уровня материального благосостояния каждый тип семьи был разделен на группы: с подушевым доходом выше, ниже и на уровне минимального прожиточного минимума. Минимальная распространенность заболеваний была зарегистрирована нами в семьях с высоким уровнем дохода (766,7‰; $P < 0,001$). Вместе с тем это было закономерно только для сложных семей. В полных семьях и для брачных пар без детей самая низкая распространенность заболеваний определялась в случае подушевого дохода на уровне минимального прожиточного минимума, а в неполных семьях — ниже этого минимума ($P < 0,01$).

На основе многолетних исследований эпидемиологов, социал-гигиенистов была установлена ведущая роль поведения (индивидуумов, семей) в сохранении здоровья [3, 4]. Нами изучены следующие поведенческие аспекты членов сельских семей: использование ежегодного отпуска, взаимоотношения в семье, курение и злоупотребление алкоголем.

Среди сельского населения в 1/5 полных и 1/3 сложных и неполных семей ее члены не используют ежегодный отпуск, 5-я же часть брачных пар без детей отдыхают ежегодно. Таким образом, в половине сельских семей ее члены отдыхают далеко не каждый год. Ниже заболеваемость была ($P < 0,001$) в тех сельских семьях, члены которых

отдыхают ежегодно (662,5%), по сравнению с теми, кто использует отпуск для работы в личном подсобном хозяйстве (1105,2%). По всем типам семей эта закономерность подтвердилась, различаясь лишь уровнями распространенности заболеваний по типам семей.

По специально разработанной программе мы оценивали психологический климат семьи (благоприятный и неблагоприятный). В сельских семьях с благоприятным психологическим климатом распространенность болезней была ниже (814,7%), с неблагоприятным — выше (1105,2%; $P < 0,01$). Такая закономерность выявлялась во всех типах семей с разной частотой, за исключением неполных семей, где распространенность болезней была выше на фоне благоприятного психологического климата, достоверно, однако, не подтверждаемая ($P > 0,05$).

Весьма своеобразные данные получены при изучении распространенности заболеваний в зависимости от такого поведенческого аспекта, как вредные привычки (курение и злоупотребление алкоголем). При наличии одной или обеих привычек распространенность заболеваний была достоверно ниже ((761,3%; $P < 0,001$) таковой в случае их отсутствия (1178,8%). Такая же тенденция сохранялась во всех типах семей, различаясь лишь уровнями распространенности болезней: наименьшая отмечалась в сложных семьях (686,3%), высшая — (1850,0%) среди брачных пар без детей, у которых нет вредных привычек. Это, с одной стороны, отчасти можно объяснить тем, что возникновение заболеваний у членов семей (например, болезни системы кровообращения) способствует устранению вредных привычек. С другой стороны, использованный нами метод исследования не позволяет изучать уровень заболеваемости в зависимости от резерва здоровья.

Несомненный интерес вызывает оценка медицинской активности сельского населения. Ю.П. Лисицин, Н.Я. Копыт, Н.С. Усачев [4] под медицинской активностью понимают психологическую установку человека в отношении своего здоровья и здоровья окружающих, а также деятельность медицинских учреждений, выражающуюся в активности врачей и пациентов. Как и следовало ожидать, самая большая распространенность заболеваний (1024,7%) была зарегистрирована при низкой медицинской активности. Она достоверно превышала ($P < 0,01$) распространенность болезней при средней и высокой медицинской активности. Наименьшая частота заболеваний выявлена при средней медицинской активности сельского населения (795,7%). Анализ распространенности болезней по типам семей показал аналогичную закономерность (то есть наименьший уровень при средней медицинской активности), в то время как в неполной семье са-

мая низкая частота заболеваний была установлена при высокой медицинской активности.

Таким образом, нами определен комплекс социально-гигиенических, поведенческих факторов, а также влияние уровня медицинской активности на формирование заболеваемости сельского населения. В рамках условий и образа жизни различных типов семей на формирование здоровья ее членов влияют структура семьи и цикл ее развития. Поэтому важнейшей мерой укрепления здоровья сельского населения является совершенствование санитарно-просветительной деятельности, осуществляемой медицинскими работниками на сельском врачебном участке, преподавателями сельских школ с привлечением средств массовой информации, направленной на формирование у всех членов семьи не только гигиенических навыков, но и ответственности за свое здоровье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барсукова Н.К. и др. // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 1996. — №1. — С.30—33.
2. Гринина О.В., Беев Б.Г. // *Пробл. соц. гиг. и истор. мед.* — 1995. — № 6. — С.6—10.
3. Лисицын Ю.П., Копыт Н.Я., Усачев Н.С. Совершенствование организации медицинской помощи сельскому населению: Тез. докл. I съезда социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения Молдавской ССР. — Кишинев, 1982. — С. 14—15.
4. Лисицын Ю.П. // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 1998. — № 3. — С. 49—52.
5. Матрос Л.Г. // *Социальные аспекты проблемы здоровья*. — Новосибирск, 1992.

Поступила 19.04.99.

DISEASE INCIDENCE OF RURAL POPULATION DEPENDING ON A FAMILY TYPE

F.M. Kamalova, A.N. Galiullin

Summary

Reliable differences between disease incidence of persons living in the rural region and having various material and housing conditions: good, satisfactory or bad are defined by family members behaviour: use of annual holiday, relations in a family, smoking, use of alcohol. Disease incidence of members of various rural family types statistically reliably differs in families with various levels of medical activity: low, medium and high. Unfavourable social and hygienic behaviour social level of medical activity in forming disease incidence of rural population by family types are established.