УДК 616.12-008.331.1-036-085:612.67:314.144

Е.Л. Давыдов, В.Ф. Капитонов, Е.И. Харьков, И.И. Барон, В.В. Кусаев, О.В. Нор

РОЛЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития РФ (Красноярск)

Проведен социологический мониторинг 211 больных артериальной гипертонией пожилого, 107 пациентов старческого и 108 пациентов трудоспособного (среднего) возраста с помощью специально разработанного оригинального опросника. Среди больных пожилого и старческого возрастов выявлено большое количество одиноко проживающих и вдовствующих пациентов. Пациенты старших возрастных групп реже оплачивают лечение, большинство больных считают, что медицинская помощь должна быть только бесплатной. Медико-социальные показатели у пациентов артериальной гипертонией старших возрастных групп могут ухудшать течение и прогноз заболевания.

Ключевые слова: *пожилой и старческий возраст, артериальная гипертония, медико-социальные факторы*

ROLE OF MEDICO-SOCIAL FACTORS IN PATIENTS OF SENIOR AGE GROUPS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

E.L. Davidov, V.Ph. Kapitonov, E.I. Kharkov, I.I. Baron, V.V. Kusayev, O.V. Nor

Krasnoyarsk State Medical University named after. Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk

A sociological monitoring of patients with arterial hypertension (211 elderly, 107 senile and 108 patients of working (middle) age) with the specially developed original questionnaire was conducted. Among elderly and senile patients a large number of widowed and living alone were detected. Patients of elder age groups are less likely to pay for treatment; most patients believe that health care should only be free. Medical-social indicators in patients with arterial hypertension age groups may worsen the course and prognosis of the disease.

Key words: *elderly and senile age, arterial hypertension, medical-social factors*

По данным ООН, ожидается, что к 2050 г. население старше 60 лет в мире возрастет на 1 млрд человек. Если XX в. был веком роста населения, то XXI в. может стать веком его старения. Рост доли пожилых людей оказывает все возрастающее влияние не только не только на демографическую динамику, но и на социально-экономическое развитие [4].

На сегодняшний день не вызывает сомнения, что частота артериальной гипертонии (АГ) увеличивается с возрастом. Актуальность проблемы АГ в пожилом возрасте определяется ее высокой популяционной частотой, влиянием на состояние здоровья, работоспособность и продолжительность жизни. По данным анализа национальной репрезентативной выборки, в России распространенность АГ после 60 лет превышает 60 %, а после 80 лет приближается к 80 % [7, 8]. В 80-е годы вышел в свет доклад Гриффитца, где отмечалось, что центральным моментом в управлении, планировании и предоставлении медицинских услуг для всего населения должна стать оценка того, насколько хорошо предоставляется медицинская помощь в конкретных учреждениях здравоохранения. Это, в свою очередь, становится возможным только при изучении реального опыта пациентов и их оценок качества предоставляемой помощи [1]. В связи с низкими доходами, пожилые в большей части не могут получить необходимые социальные и медицинские услуги. Социологический подход к анализу качества медицинского обслуживания предполагает включение наряду с объективными показателями (медико-экономические стандарты) и системы субъективных индикаторов — мнений, суждений самих пациентов, которые по существу оценивают удовлетворенность медицинским обслуживанием, степень реализации потребностей и интересов при взаимодействии с системой здравоохранения [2, 4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить удовлетворенность медицинским обслуживанием пациентов старших возрастных групп, страдающих артериальной гипертонией, в зависимости от их социально-гигиенических и медико-экономических характеристик.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследовано 426 больных артериальной гипертонией (АГ) II—III стадии (по рекомендациям ВНОК—2010 и ESH/ESC—2009), проживающих в г. Красноярске, из которых были сформированы 3 группы.

1-я группа — 108 больных среднего возраста (45—59 лет), из них 40,7 % (44) мужчин и 59,3 % (64) женщин.

2-я группа — 211 лиц пожилого возраста (60—74 года — по классификации ВОЗ 1963 г.), из них — 36,5 % (76) мужчин и 63,5 % (1350) женщин.

3-я группа — 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) — 43,0 % (46) мужчин и 57,0 % (61) женщин.

Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий, в том числе, блок вопросов, характеризующих медико-демографические и социально-гигиенические аспекты (в этот «кейс» была включена часть вопросов, представленных А.В. Решетниковым [6]). В работе использовалась классификация семей О.М. Новикова и В.Ф. Капитонова [5] и оценка медико-социального состояния семей - по методике, предложенной И.П. Артюховым и соавт. [3]. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом ГБОУ ВПО КрасГМУ (протокол № 39 от 20.03.2012 г.), всеми пациентами было подписано добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты исследований вносились в протоколы и в базу данных. Для статистической обработки данных использовали программу SPPS v.19, разработанную в Стэндфордском университете (США). Описательные статистики представлены абсолютными и относительными значениями, средними величинами и 95 % доверительными интервалами (ДИ). Для проверки гипотезы о нормальности распределения применялся критерий Колмогорова – Смирнова. Для определения значимости различий между качественными и ранговыми учетными признаками, при множественных сравнениях использовали критерий Краскелла-Уоллиса, при попарном сравнении – критерий Манна – Уитни с поправкой Бонферрони. Для сравнения относительных показателей использовали критерий χ^2. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст обследуемых пациентов в 1-й группе у мужчин составлял 53,7 года (ДИ 52,5 – 53,9), у женщин – 53,6 года (ДИ 53,0 – 54,5). Во 2-й группе средний возраст мужчин составил 67,1 года (ДИ 66,1 – 69,1 года), у женщин 67,4 года (ДИ 66,7 – 68,1 года). В 3-й группе средний возраст мужчин составил 81,4 года (ДИ 80,2 – 80,5), у женщин – 79,5 года (ДИ 78,5 – 80,5).

Проведенное нами исследование показало, что большинство респондентов всех групп, как мужчины, так и женщины, оценивают оказываемую медицинскую помощь по заболеванию АГ – как хорошую и удовлетворительную. Отличное качество медицинского обслуживания оценивает 4,7 % мужчин и 1,6 % женщин среднего возраста, 2,6 % мужчин и 2,2 % женщин пожилого возраста и 4,8 % женщин старческого возраста, в то же время ни один мужчина старческого возраста не оценил оказываемое качество медицинской помощи как отличное. Обращает на себя внимание довольно большой удельный вес респондентов, оценивающих качество оказываемой медицинской помощи как плохое и очень плохое, а также затруднившихся его оценить (рис. 1).

Большинство опрошенных респондентов всех групп, как мужчины, так и женщины, оценивают уровень состояния здравоохранения в г. Красноярске как удовлетворительное. В то же время наводит на размышление значительный удельный вес респондентов трудоспособного (15,9 % и 18,8 %) и пожилого (20,8 % и 18,7 %) возрастов, оценивших состояние здравоохранения как плохое, при этом данный показатель достоверно ниже у мужчин старческого возраста 2,2 % в сравнении с пожилыми мужчинами ($p = 0,004$), мужчинами среднего возраста ($p = 0,039$) и женщинами своего возраста (12,9 %, $p = 0,049$), что вероятно связано с большим количеством в этой подгруппе респондентов, имеющих высокий льготный статус, им чаще проводят дополнительную диспансеризацию на дому, вменяют в обязанность регулярное ежемесячное профилактическое посещение участковым терапевтом и узкими специалистами и т.д. (рис. 2).

Анализ оценки работы лечебно-профилактических учреждений за последний год показал, что более половины опрошенных респондентов всех возрастных групп (53,0 % мужчины и 55,8 % жен-

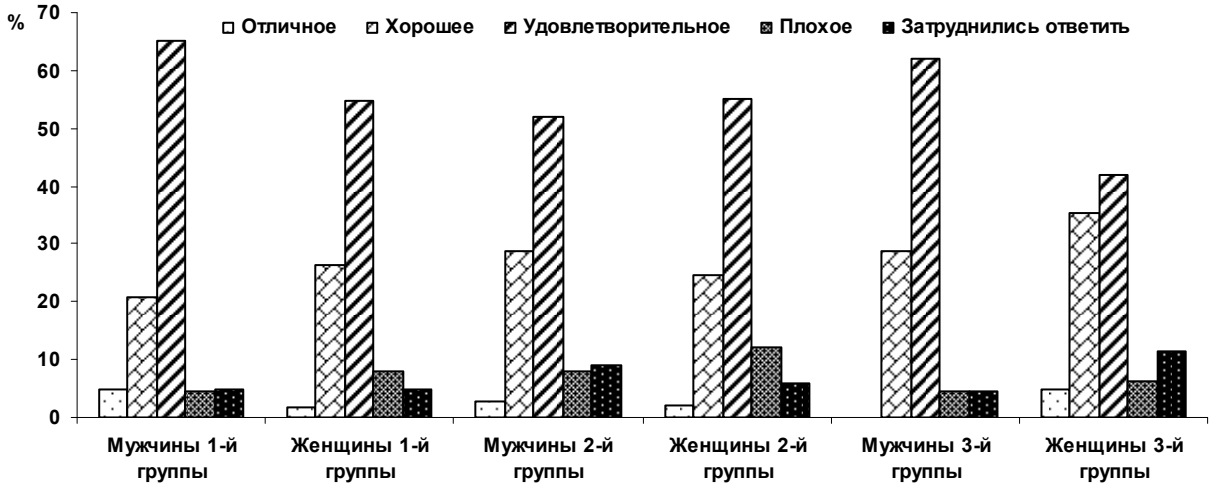

Рис. 1. Распределение респондентов по качеству оказываемой медицинской помощи (%).

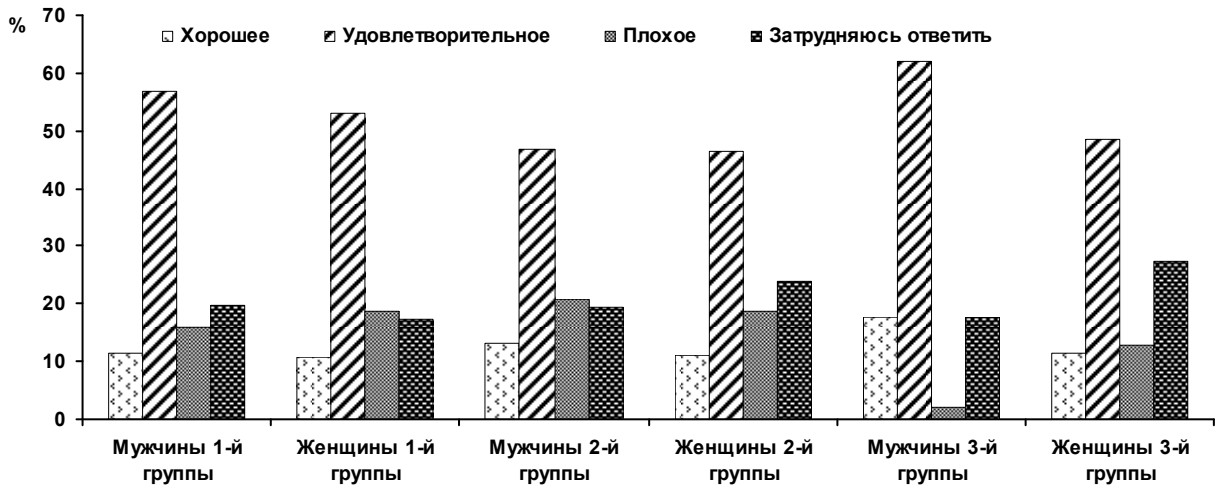

Рис. 2. Оценка уровня состояния здравоохранения в г. Красноярске.

щины) не отметили изменений в обслуживании пациентов. Заметило улучшение в обслуживании пациентов только 14,5 % мужчин и 16,9 % женщин, а ухудшение — 12,6 % мужчин и 10,0 % женщин. Значительный удельный вес пациентов (19,9 % мужчин и 17,3 % женщин) затруднился с ответом. Закономерно, что большее число респондентов, которые оценивают состояние своего здоровья как плохое было в группе лиц старческого возраста (60,0 % мужчин и 64,5 % женщин соответственно), что выше, чем в пожилом (46,8 % и 37,3 %, $p = 0{,}0001$) и среднем (27,3 %, $p = 0{,}002$ и 25,0 %, $p = 0{,}0001$) возрастах (рис. 3). По мнению респондентов пожилого и старческого возраста на оценку своего состояния, кроме течения АГ и ее осложнений влияют и снижение возможности к самообслуживанию, необходимость дополнительной помощи в уборке квартиры, приготовлении пищи, приобретении продуктов питания и медикаментов, семейное состояние пациента и наличие тесных связей с детьми.

Проведенный нами анализ семейного положения респондентов показал, что доля пациентов страдающих АГ и состоящих в браке в настоящее время, в первой группе составляет 73,1 %, что в 1,3 и 2,0 раза выше по сравнению со второй (55,5 %) и третьей группой (36,4 %) соответственно. Основной причиной снижения удельного веса брачных пар в старческом возрасте, является потеря супруга (супруги у которых доля вдовствующих (57,9 %) в 1,6 и 4,8 раз превышает доли респондентов пожилого (35,5 %, $p = 0{,}0001$) и среднего возраста (12,0 %, $p = 0{,}0001$) соответственно. В то же время в трудоспособном возрасте наравне с вдовством другой причиной являются разводы, доля которых (13,0 %) в 2,1 и 2,8 раза превышает аналогичные доли у лиц пожилого (6,2 %, $p = 0{,}039$) и старческого (4,7 %, $p = 0{,}032$) возрастов. Удельный вес респондентов, не состоявших в течение жизни в браке, во всех группах не превышает 2,8 %. Нами установлено, что удельный вес вдов во всех возрастных группах существенно превышает аналогичные доли

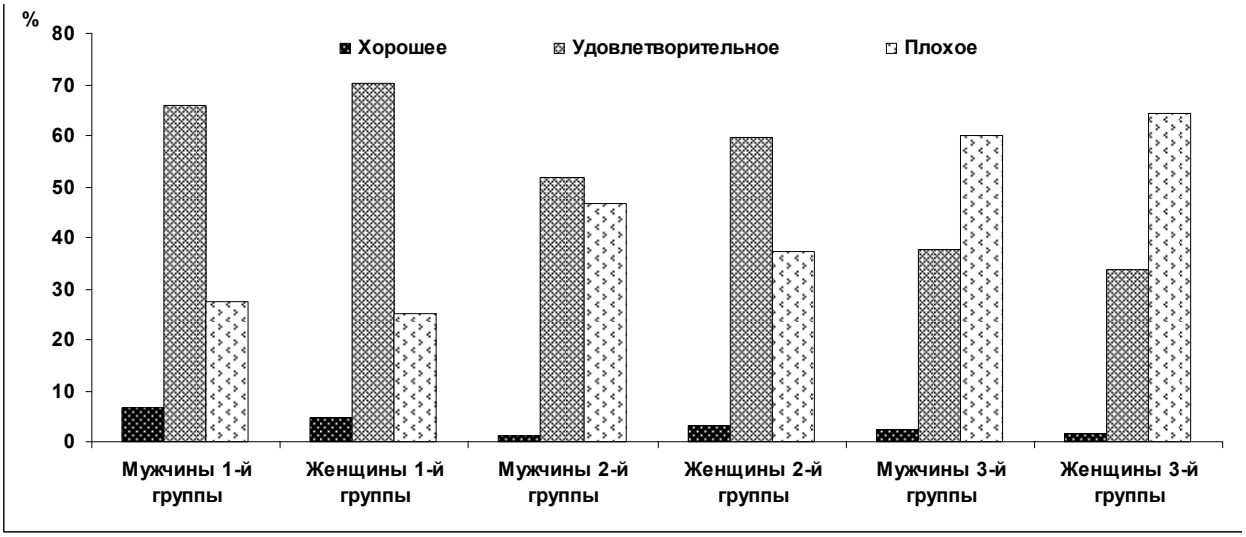

Рис. 3. Самооценка состояния здоровья пациентами (%).

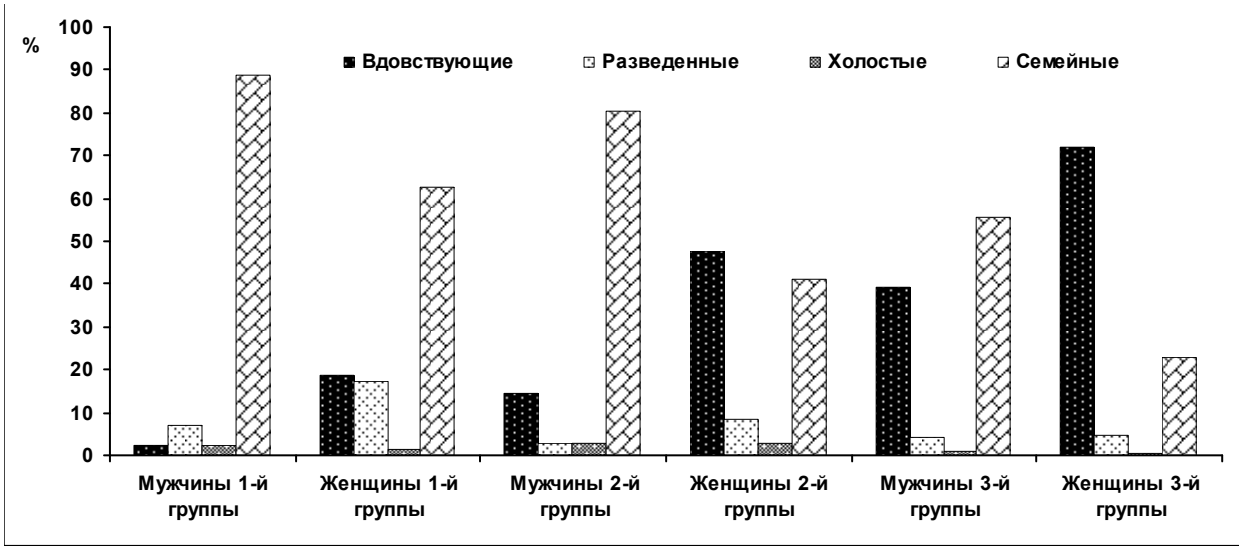

Рис. 4. Сравнительная характеристика удельного веса мужчин и женщин изучаемых групп по семейному состоянию (%).

вдовцов ($p < 0,05$). Такое же распределение отмечается и среди разведенных мужчин и женщин, но достоверные отличия отмечаются лишь в 1-й и 2-й группах (рис. 4).

Основная масса исследуемых респондентов всех возрастных групп имеет детей (мужчины – 91,3–94,8 %, женщины – 95,5–98,4 %). По средней численности детей у мужчин и женщин между группами существенных отличий не обнаружено (1,8–2,1 и 1,8–1,9 ребенка у мужчин и женщин соответственно). Проживает отдельно от младшего поколения достоверно меньше респондентов трудоспособного возраста (48,8 % мужчин и 47,6 % женщин), чем пожилого (69,9 %, $p = 0,026$ и 65,6 %, $p = 0,010$ соответственно) и старческого (82,3 %, $p = 0,001$ и 63,9 %, $p = 0,045$ соответственно) возрастов. Выявлено, что количество женщин старческого возраста, проживающих совместно с детьми, достоверно выше чем мужчин своего возраста ($p = 0,037$). На наш взгляд, одной из причин таких результатов является то, что в группе пожилых пациентов лишь 2,7 % мужчин имеют детей в возрасте до 18 лет, тогда как в группе среднего возраста 22,0 % мужчин и 8,1 % женщин имеют несовершеннолетних детей ($p = 0,001$ и $p = 0,001$ соответственно), которые не имеют собственных семей.

Уровень дохода и состояние здоровья – две наиболее значимые переменные, обусловливающие удовлетворенность жизнью людей пожилого возраста. В связи с низкими доходами, пожилые в большей части не могут получить необходимые социальные и медицинские услуги. По уровню обеспеченности на 1 члена семьи, около половины обследованных мужчин пожилого и среднего возраста (57,1 % и 45,5 %) и женщин (49,3 % и 48,4 %) соответственно, относят себя к малообеспеченным (имеющие уровень обеспеченности 1–2 прожиточного уровня на члена семьи), что выше, чем у пациентов старческого (28,9 % мужчин, $p = 0,003$ по сравнению с пожилыми мужчинами и 39,3 % женщин) возрастов. К среднему уровню обеспеченности (2–5 прожиточных уровней на члена семьи) относят себя 31,2 % пожилых мужчин, что ниже, чем в старческом – 64,4 %, $p = 0,0001$ и трудоспособном – 52,3 %, $p = 0,022$ возрастах и 37,3 % женщин пожилого возраста, против 42,6 % женщин старческого и 48,4 % трудоспособного возраста. Отмечено, что удельный вес среднеобеспеченных среди мужчин старческого возраста достоверно выше по сравнению с женщинами своей группы ($p = 0,026$). Такая дифференциация в распределении по доходу, вероятно, связана с тем, что среди мужчин данной возрастной группы преобладают лица, имеющие большое количество льготных преференций (ветераны ВОВ, ветераны тыла и т.д.), в связи с чем, им производятся дополнительные денежные выплаты.

Исследование семейного бюджета показало, что у респондентов всех групп, первое место занимают расходы на питание, составляющие от 39,1 % до 43,2 % бюджета, второе и третье место делят между собой расходы на коммунальные услуги (20,8–24,7 %) и прочие расходы (21,1–24,8 %). Четвертое место приходится на лекарственное обеспечение и лечение, расходы на которые составляют от 12,8 до 14,7 % бюджета.

Несмотря на удовлетворительное состояние здравоохранения города и качество медицинского обслуживания, 10,2 % мужчин и 10,8 % женщин всех исследуемых групп поменяли обслуживающую их поликлинику, 2,4 % мужчин и 4,6 % женщин выбрали другого врача, а 0,6 % мужчин и 0,4 % женщин сменили страховщика. В то же время 3,6 % мужчин и 7,3 % женщин хотели поменять обслуживающее их лечебно-профилактическое учреждение, но не смогли; 4,2 % мужчин и 3,5 % женщин не смогли поменять врача; у 62,7 % мужчин и 47,7 % женщин не было потребности в их смене. Нами отмечено, что 16,3 % мужчин и 25,7 % женщин не знали о праве пациента на выбор врача, лечебного учреждения и страховщика, что

свидетельствует о недостатках в информировании в лечебных учреждениях.

Считают, что медицинская помощь должна быть только бесплатной 84,4 % мужчин старческого возраста, против 67,5 % мужчин пожилого и 52,3 % среднего ($p < 0,05$ между возрастными группами) возрастов. Среди женщин отмечается аналогичные показатели: 77,4 % пациентки старческого, 69,4 % пожилого и 50,0 % среднего ($p < 0,05$ между возрастными группами) возрастов. Никогда не пользовались услугами частных медицинских центров 37,7 % мужчин пожилого возраста, 48,9 % старческого и 34,1 % среднего возраста. Доля женщин не пользовавшихся такими услугами сопоставима: 48,4 % старческого, 38,8 % пожилого и 26,6 % среднего (что достоверно ниже, чем в старческом, $p = 0,011$) возрастов.

Как видно из данных показателей – с возрастом количество лиц пользующихся негосударственной медицинской помощью падает, что коррелирует с вышеприведенными показателями – увеличения с возрастом приверженцев бесплатной медицины. Оплачивает медицинские услуги при лечении АГ более половины пациентов всех возрастных групп, за исключением женщин старческого возраста, доля которых составляет 38,7 %, женщины среднего возраста оплачивают эти услуги достоверно чаще – 81,3 %, чем женщины пожилого (53,7 %, $p = 0,0001$) и старческого ($p = 0,001$) возрастов. При этом значительная часть пациентов оплачивают медицинские услуги «неофициальным путем», достоверно чаще таким методом пользуются пациенты среднего возраста (29,5 % мужчин и 43,8 % женщин), по сравнению с пожилыми мужчинами – 14,3 %, $p = 0,043$ и женщинами – 25,4, $p = 0,009$ соответственно; и мужчинами – 11,1 %, $p = 0,030$ и женщинами – 17,7 %, $p = 0,002$ старческого возраста соответственно.

Не могут позволить себе частные медицинские услуги по финансовым причинам 13,3 % мужчин старческого, 15,6 % пожилого и 22,7 % среднего возрастов, а также 21,0 % женщин старческого, 28,1 % среднего и 36,6 % пожилого (что достоверно выше по сравнению как с женщинами старческого возраста – $p = 0,029$, так и внутри группы – $p = 0,001$) возрастов. Из тех, кто пользуется услугами частных медицинских центров, но при этом вынужден значительно сокращать другие статьи своих расходов, удельный вес мужчин во всех группах был сопоставим: пожилого – 27,3 %, старческого – 24,4 % и среднего 22,7 %, а доля женщин пожилого возраста (17,9 %) была достоверно ниже, чем у женщин среднего возраста (37,5 %, $p = 0,003$) и ниже, чем в старческом (29,0 %) возрасте. Поддерживают развитие частной системы здравоохранения 20,5 % мужчин и 29,7 % женщин среднего возраста, что достоверно выше, чем у мужчин и женщин (4,4 %, $p = 0,022$ и 3,2 %, $p = 0,0001$ соответственно) старческого и женщин пожилого (11,2 %, $p = 0,001$) возрастов, и выше чем у пожилых мужчин (11,3 %).

Данные самооценки не могут служить основанием для точных научных выводов о состоянии уровня оказываемой медицинской помощи населению, но значимость самооценок не следует преуменьшать: именно они становятся основным индикатором удовлетворенности населения медицинским обслуживанием и позволяют установить связь между населением и учреждениями здравоохранения.

Таким образом, проведенное нами социологическое исследование пациентов с артериальной гипертонией показало, что среди лиц пожилого и старческого возраста определяется высокий удельный вес респондентов, проживающих отдельно от детей и внуков, а также большой процент (48,5 % и 71,0 %) вдовствующих женщин, что негативно влияет на течение АГ и ухудшает прогноз заболевания. Жилищные условия пациентов всех групп являются удовлетворительными, однако среди пожилых мужчин преобладают малообеспеченные (32,8 %), что связано с выходом на пенсию, слабой финансовой помощью со стороны детей и необходимостью самостоятельно нести бремя расходов.

Более 3/4 пациентов пожилого и старческого возрастов с АГ удовлетворены уровнем оказываемой им медицинской помощи. При этом свыше 2/3 пациентов пожилого и 3/4 больных старческого возрастов считают, что медицинская помощь должна быть только бесплатной, в то же время более чем 50 % больных приходится оплачивать лечение АГ, что приводит к тому, что пациенты вынуждены получать меньший объем диагностических обследований, возможностей контроля за своим состоянием и как результат – рост частоты осложнений АГ, ухудшение прогноза заболевания, увеличение инвалидизации пациентов. Полученные данные могут быть использованы для расчета затрат для лечения АГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аарва П., Ильченко И., Шеек О. Удовлетворенность населения Тюмени и Липецка услугами поликлиник // Обществ. здоров. и профил. заболев. – 2007. – № 5. – С. 13–21.

2. Антонова Н.Л. Качество медицинского обслуживания в оценках пациентов // Социолог. медицина. – 2007. – № 1. – С. 39–41.

3. Артюхов И.П., Капитонов В.Ф., Модестов А.А., Новиков О.М. Семейная медицина: закономерности формирования здоровья сельских семей (Проспективные когортные исследования). – Новосибирск: Наука, 2010. – 296 с.

4. Белоконь О.В. Приоритеты проблем пожилых: мнение экспертов и населения (по результатам опросов 2002–2006 гг.) // Клин. геронтол. – 2008. – № 4. – С. 11–20.

5. Новиков О.М., Капитонов В.Ф. Классификация семей // Эколог. человека. – 2000. – № 4. – С. 81–82.

6. Решетников А.В. Социология медицины. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 256 с.

7. Сафарова Г.Л. Демография старения: современное состояние и приоритетные направления исследований // Успехи геронтол. — 2009. — Т. 22, № 1. — С. 49—59.

8. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Гринштейн Ю.И., Кусаев В.В. Особенности фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте. Сообщение 2 // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2010. — № 8. — С. 174—177.

Сведения об авторах

Давыдов Евгений Леонардович – кандидат медицинских наук, доцент, докторант кафедры внутренних болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития РФ (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: (391)-227-07-15; e-mail: devgenii@bk.ru)

Капитонов Владимир Федорович – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры экономики и управления здравоохранения института последипломного образования КрасГМУ

Харьков Евгений Иванович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития РФ

Барон Ирина Иосифовна – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры поликлинической терапии и семейной медицины ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития РФ

Кусаев Виктор Владимирович – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры терапии института последипломного образования КрасГМУ

Нор Ольга Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент, кафедры нервных болезней, традиционной медицины с курсом последипломного образования КрасГМУ