

разия оказался, во-первых, практически равным ( $d = 6,9$  и  $d = 6,6$  соответственно), во-вторых, был выше по сравнению с истоком реки ( $d = 4,4$ ).

#### Заключение

Таким образом, проведенные исследования показали значимость изучения микробного сообщества поверхностных водоемов с позиций изменения динамики их экологического состояния. В оценке состояния водных объектов как природных экосистем информативным является изучение соотношения 2 групп микроорганизмов (аутохтонных и аллохтонных), а также видового разнообразия условно-патогенных грамотрицательных микроорганизмов.

#### Выводы

1. Микробное сообщество реки Ангары представлено как грамположительной аутохтонной микрофлорой, так и грамотрицательными условно-патогенными микроорганизмами (бактерии семейств *Enterobacteriaceae*, *Pseudomonadaceae*, *Moraxellaceae* и *Alcaligenaceae*). При этом преобладающее значение имели представители семейства *Enterobacteriaceae*, которые характеризовались наибольшей частотой встречаемости (88,7 %) и самым широким спектром (17 видов).

2. Микробиоценоз реки Ангары в районе городов Иркутска и Ангарска, испытывающих выраженный антропогенный прессинг, характеризовался значительными преобразованиями, заключающимися в уменьшении содержания грамположительной аутохтонной микрофлоры и значимом ( $p < 0,05$ ) увеличении (по сравнению с истоком) доли условно-патогенных грамотрицательных микроорганизмов, а также изменением их видового разнообразия, что является отражением экологического состояния водоема на данном участке реки. Микробное сообщество

во истока реки Ангары характеризовалось преобладанием грамположительной аутохтонной микрофлоры, а также более узким спектром энтеробактерий и неферментирующих грамотрицательных бактерий.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Инфекционная «агрессивность» окружающей среды: концепция микробиологического мониторинга / Л. М. Мамонтова [и др.]. — Н. Новгород: Наука, 2000. — 240 с.
2. Марголина, Г. Л. Санитарно-микробиологическая характеристика валдайских озер / Г. Л. Марголина, И. Н. Цедрик // Гигиенические аспекты изучения биологического загрязнения объектов окружающей среды: матер. X Всесоюз. конф. «Гигиеническое изучение биологического загрязнения окружающей среды и разработка оздоровительных мероприятий». — М., 1988. — С. 93–94.
3. Микробиологический мониторинг водных экосистем / Л. М. Мамонтова [и др.]. // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 1998. — № 2. — С. 133–134.
4. Марков, А. В. Микробиологическая оценка антропогенного воздействия на водные экосистемы Восточной Сибири / А. В. Марков, Ю. А. Маркова, Л. М. Мамонтова. — Иркутск, Publishing House of Institute of Geography SB RAS, 2003. — С. 87–88.
5. Дрюккер, В. В. Комплексный экологический мониторинг экосистемы озера Байкал: обоснование, разработка новых методов и системы наблюдений, оценка состояния / В. В. Дрюккер, О. И. Бельх, В. М. Домышева // Оценка современного состояния микробиологических исследований в Восточно-Сибирском регионе: матер. Рос. науч.-практ. конф. — Иркутск: изд-во Иркут. ун-та, 2002. — С. 97–99.
6. Гигиеническая оценка биологического загрязнения водоемов Восточной Сибири и Севера / Е. Д. Савилов [и др.] // Гигиена и санитария. — 2008. — № 3. — С. 16–18.
7. Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений: приказ МЗ СССР от 22.04. 85., № 535. — 125 с.
8. Медицинская микробиология / гл. ред. В. И. Покровский, О. К. Поздеев. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. — 1200 с.
9. Ашмарин, Н. П. Статистические методы в микробиологических исследованиях / Н. П. Ашмарин, А. А. Воробьев. — Л.: Медгиз., 1962. — 180 с.
10. Применение статистических методов в эпидемиологическом анализе / Е. Д. Савилов [и др.]. — М.: МЕДпрессинформ, 2004. — С. 57–64.
11. Одум, Ю. Основы экологии / Ю. Одум. — М., 1975. — 740 с.

Поступила 17.05.2011

УДК 616-058-053.9(476.2)

### МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОТРЕБНОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО РЕГИОНА

В. А. Подоляко, Т. М. Шаршакова, И. В. Вуевская, Ж. А. Чубуков

Гомельский государственный медицинский университет

Старение населения является преобладающей демографической проблемой. Доля лиц пожилого возраста в Гомельской области превышает 22 %. Многочисленная социальная когорта пожилых людей, имеющая сложные социальные и медицинские проблемы, требует предоставления качественной медико-социальной помощи. На основании проведенного социологического исследования с применением метода анкетирования изучены основные медицинские и социальные проблемы пожилых людей, проживающих в г. Гомеле и Гомельской области, их функциональные возможности и потребности в медико-социальной помощи.

Ключевые слова: старение населения, пожилые люди, медико-социальная помощь.

### MEDICAL SOCIAL PROBLEMS AND THE ELDERLY PEOPLE'S NEEDS IN GOMEL REGION

V. A. Podolyako, T. M. Sharshakova, I. V. Vuyevskaya, Z. A. Chubukov

Gomel State Medical University

The ageing of the population is a prevailing demographic problem. The share of the elderly people in Gomel region exceeds 22 per cent. The numerous social cohort of the elderly people having difficult social and medical

problems demands granting the qualitative medical social assistance. On the basis of the carried out sociological investigation with the use of questioning, the basic medical and social problems of the elderly people residing in the city of Gomel and Gomel region, their functionalities and needs for the medical social assistance have been studied.

**Key words:** ageing of the population, elderly people, medical social assistance.

### **Введение**

Проблема старения населения Земли стала предметом специального рассмотрения ООН в начале 80-х годов. Сейчас количество людей в мире, возраст которых превышает 60 лет, составляет около 10 % от общего числа жителей планеты. По прогнозам, к 2025 г. их численность достигнет 1 млрд. 100 млн. человек, а к 2050 г. — 2 млрд. (21 %). В Республике Беларусь критического уровня отрицательная динамика основных демографических показателей достигла за последние полтора десятилетия [5]. Население страны с 2000 г. сократилось более чем на 540 тыс. человек (на 5,4 %) и на начало 2010 г. составило 9480,2 тыс. человек [1]. Наряду с естественной убылью населения в нашей стране изменяется и его возрастная структура, наблюдается устойчивый период демографического старения. На 1 января 2010 г. удельный вес населения в возрасте 0–15 лет составил 15,8 % от его общей численности (в 2006 г. — 16,6 %), в возрасте старше трудоспособного — увеличился с 21,2 % в 2006 г. до 22,1 % на 1 января 2010 г. [3, 4]. По прогнозным оценкам, в Беларуси к 2020 г. доля населения пенсионного возраста достигнет 28 %.

Демографические процессы в Гомельской области отражают в целом положение в республике, однако имеют и некоторые свои особенности [7]. Она первой из регионов Беларуси столкнулась с общим уменьшением населения: с 2000 по 2010 гг. его численность снизилась на 101 тыс. человек, или на 6,6 %, тогда как население страны за этот же период сократилось на 5,4 %, т. е. на Гомельщине темпы сокращения выше, чем по республике. В возрастной структуре населения области видно отчетливое снижение доли населения младших возрастных групп (0–15 лет) до 16,5 %, тогда как доля населения в возрасте старше трудоспособного остается почти неизменной: на уровне 22,2–22,4 % на протяжении последних 10 лет, что сопоставимо с показателем по республике (22,1 %). Как показывают результаты анализа, несмотря на некоторые позитивные сдвиги в стране, произошедшие в результате реализации мер Национальной программы демографической безопасности, демографическая ситуация продолжает оставаться сложной [5]. Демографические процессы еще долгое время будут требовать пристального внимания и являться одной из наиболее актуальных проблем национальной безопасности. Думается, всем необходимо отчетливо понимать, что де-

мографическими процессами нельзя управлять также легко, как другими социальными явлениями, в течение еще нескольких десятилетий нам предстоит жить и работать в условиях низкой рождаемости, высокой смертности, старения населения. Поскольку решение проблемы демографического кризиса требует длительного времени, сегодня на первый план должны выходить вопросы более продуктивного использования человеческого потенциала.

Пожилые люди представляют собой многочисленную и весьма сложную социальную общность, их проблемы исследователи анализируют с разных точек зрения: хронологической, социологической, биологической, психологической, медицинской, экономической, функциональной. По состоянию на 1 июля 2010 г. в нашей стране проживало более 2,5 млн. пенсионеров, из них получали пенсии в органах по труду, занятости и социальной защите 2 млн. 464 тыс. человек. Среди них 155,8 тыс. являлись одинокими гражданами пожилого возраста, 578,7 тыс. — одиноко проживающими пожилыми гражданами, 40,7 тыс. — ветераны Великой Отечественной войны, 637 человек достигли возраста 100 и более лет, из них 12 человек — старше 110 лет. К пожилым относятся самые разные люди — от относительно здоровых и крепких до глубоких стариков, обремененных недугами, выходцы из разных социальных слоев, имеющие разные уровни образования, квалификации и разные интересы. Пожилые люди, как правило, имеют по несколько, часто тяжелых, хронических заболеваний. В связи с этим уровень заболеваемости среди них в 2–3 раза, а среди лиц старческого возраста — в 6–8 раз выше, чем у лиц молодого и среднего возрастов. Повышенная заболеваемость этой категории населения автоматически влечет за собой и увеличение их потребностей в медицинской помощи. На догоспитальном этапе нуждаемость в медицинской помощи в амбулаторных условиях у лиц старше 60 лет в 2–4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста, хотя реальная обращаемость за ней по ряду причин только в 1,5 раза превышает аналогичный показатель для населения трудоспособного возраста. Потребность в стационарном лечении лиц старших возрастов также в 1,5–3 раза выше, чем у людей молодого и среднего возрастов. В то же время, уровень их фактической госпитализации колеблется в пределах 40–60 % от числа всех госпитализированных (в сельских участковых

больницах — до 80 %) [2]. По-видимому, это связано со снижением обращаемости за медицинской помощью из-за ограничения мобильности, самолечения и других причин, выявление которых имеет практическую значимость. У пациентов старших возрастных групп можно отметить ряд особенностей течения заболеваний: множественность клинически значимой патологии, преимущественно хронический и латентный характер их течения, высокая частота атипичных проявлений заболеваний [6]. Все пожилые люди, имеющие хронические заболевания, нуждаются в проведении обязательной медико-социальной реабилитации, которая должна быть организована в рамках реабилитационных геронтологических центров либо отделений, действующих в режиме стационара или дневного стационара, либо на дому. Известно, что медицинские и социальные службы в значительной мере направлены на оказание помощи всему населению и уделяют недостаточно внимания специфическим нуждам пожилого населения. Одной из ключевых проблем для рационального планирования деятельности служб медико-социальной помощи пожилому населению является, в первую очередь, недостаточная информация о специфических для этого возраста проблемах и потребностях в помощи и, во-вторых, о функционировании системы помощи пожилым людям в целом. Из-за отсутствия надежных критериев оценки потребности в медико-социальных услугах возможно неэффективное использование финансовых, материальных и кадровых ресурсов. Даже ограниченные ресурсы могут использоваться эффективно, если, например, помощь лицам пожилого возраста будет оказана на дому вместо лечения в дневном стационаре или больнице сестринского ухода либо в больнице сестринского ухода вместо нахождения в стационаре общего профиля. Таким образом, путем выбора надежных критериев оценки потребности в видах медико-социальной помощи можно повысить экономическую эффективность системы оказания медико-социальной помощи пожилым людям.

#### **Цель работы**

Изучение основных медицинских и социальных проблем пожилых людей, проживающих в Гомельском регионе, и их потребностей в медицинской и социальной помощи.

#### **Материал и методы исследования**

В апреле-мае 2011 г. нами проведено социологическое исследование основных медицинских и социальных проблем пожилых людей и их потребности в медико-социальной помощи. Сбор данных проходил на основе структурированной анкеты, разработанной на кафедре общественного здоровья и здраво-

охранения. В анкетировании приняли участие 104 пожилых человека, включенных в исследование случайным способом. Вопросы анкеты были направлены на получение информации об условиях их жизни, состоянии здоровья, функциональных возможностях и потребностях в медицинских и социальных услугах. Состояние здоровья респондентов изучено на основании трех параметров: самооценка состояния здоровья, наличие хронических заболеваний и их симптомов. Респондентов просили дать оценку собственного состояния здоровья по трехуровневой шкале: «плохое», «среднее», «хорошее», а также указать имеющиеся у них симптомы хронических заболеваний из 16 предложенных, включая головную боль, ухудшение памяти, боли в сердце и т. д. Функциональные возможности респондентов оценивались на основании активности в повседневной жизни. В ходе проведения анкетирования оценивалась способность пожилого человека решать задачи повседневной жизни (самостоятельно питаться, мыться, одеваться, убираться в квартире, передвигаться и др.). Использование услуг медицинской и социальной служб анализировалось отдельно. Служба здравоохранения характеризовалась показателем, включающим четыре услуги: посещение врачом или медсестрой на дому и посещение врача или медсестры в поликлинике. Также изучалось употребление прописанных и не прописанных врачом лекарств. Рассматривались такие виды социальных услуг, как помощь по дому, приготовление пищи, осуществление покупок, психологическая поддержка. На основании полученной информации нами разработана электронная база данных. Данные сведены в таблицы и обработаны статистически с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft Statistica», 8.0 (USA). Оценка соответствия распределения изучаемых количественных признаков нормальному закону проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилка. Так как распределение большинства параметров отличалось от нормального, для статистической обработки результатов использовали непараметрические методы и критерии. Анализ различий в двух независимых группах по количественным показателям, распределение которых отличалось от нормального, проводили с использованием критерия Манна-Уитни. Анализ различий в нескольких независимых группах по количественным показателям, распределение которых отличалось от нормального, проводили с использованием критерия Крускала-Уолисса. Частотный анализ проводили с использованием критерия  $\chi^2$  и точного двустороннего критерия Фишера. Анализ взаимосвязи проводили с использованием коэффициента корреляции  $\tau$  Кен-

далла. Описательная статистика для количественных параметров приведена в виде медианы и квартилей (Me (Q1; Q3)).

#### Результаты исследования

Общие сведения о респондентах. В анкетировании приняли участие 104 человека в возрасте от 62 до 88 лет, средний возраст составил 75 лет. Среди опрошенных мужчин было 12 (11,5 %), женщин — 92 (88,5 %). Общая характеристика респондентов представлена в

таблице 1. Медиана возраста мужчин составила 79,5 (72; 82) года, женщин — 74,5 (70; 79) года. Статистически значимых различий по возрасту между мужчинами и женщинами не выявлено ( $Z = 1,714$ ;  $p = 0,087$ ). Одна половина участников исследования проживала в городской местности, вторая — в сельской. Среди опрошенных пожилых людей 38 % имеют неполное среднее образование, среднее — 25 %, среднее специальное — 27 %, высшее — 10 % (таблица 1).

Таблица 1 — Общая характеристика респондентов

Характеристики	Мужчины (n = 12)		Женщины (n = 92)	
	чел.	%	чел.	%
Возрастные группы, лет:				
— 60–69	3	25	20	22
— 70–79	2	17	50	54
— 80–89	7	58	22	24
Место жительства:				
— город	9	75	43	47
— село	3	25	49	53
Образование:				
— неполное среднее	4	33,3	36	39
— среднее	1	8,3	24	26
— среднее специальное	4	33,3	23	25
— высшее	3	25	9	10
Проживает:				
— один	1	8,3	45	49
— с супругом (ой)	7	58,3	18	19,5
— с родственниками	4	33,3	29	31,5
Инвалидность:				
— нет	6	50	68	74
— 1 группа	1	8	2	2
— 2 группа	3	25	16	17
— 3 группа	2	17	6	7

Доля респондентов, не имеющих инвалидности, составила 70 %, с 1 группой инвалидности — 3 %, со 2 группой — 19 %, с 3 группой — 8 %. Одинокими являются 44 % респондентов, проживают с супругом (ой) — 24 %, с родственниками — 29 %.

Сравнением пожилых людей, проживающих в городской и сельской местностях, установлено, что в половом отношении статистически значимых различий между ними нет ( $p = 0,199$ ). Доля мужчин среди респондентов, проживающих в городской местности, составила

17 %, женщин — 83 %, в сельской местности соответственно 6 и 94 %. Были выявлены статистически значимые различия по возрасту среди респондентов из городской и сельской местности. Так, медиана возраста жителей городской местности составила 73 (69; 76) года, сельской местности — 77 (71; 81) лет. Были выявлены также статистически значимые различия по уровню образования респондентов, проживающих в городской и сельской местности ( $\chi^2 = 14,558$ ;  $p = 0,002$ ), распределение приведено в таблице 2.

Таблица 2 — Уровень образования городских и сельских жителей

Место жительства	Образование респондентов, %			
	неполное среднее	среднее	среднее специальное	высшее
Город	28	20	32	20
Село	48	30	22	0

Статистически не выявлено отличий между городскими и сельскими пожилыми жителями по такому показателю, как одинокое или

совместное проживание ( $p = 0,158$ ). Однако в процентном соотношении в сельской местности одинокими проживают 52 % опрошенных,

тогда как в городе — только 36 %. При сравнении городских и сельских респондентов по наличию и тяжести у них инвалидности не выявлено статистически значимых различий ( $\chi^2 = 2,864$ ;  $p = 0,413$ ). Группу инвалидности имеют 32 % городских и 28 % сельских жителей. В структуре инвалидности не выявлено статистически значимых различий в зависимости от пола участников исследования ( $\chi^2 = 4,639$ ;  $p = 0,2$ ). Группу инвалидности имеют 54,5% мужчин и 26,9 % женщин. Также не выявлено статистически значимых различий в структуре инвалидности в зависимости от возраста. Медиана возраста участников исследования, не имеющих инвалидности, составила 75 (70; 79) лет, с 1 группой инвалидности — 68 (63,5;76,5) лет, со 2 группой — 79 (71;81) лет, с 3 группой — 72 (64;77) года.

В рамках исследования респонденты дали собственную оценку своего здоровья, что широко применяется в геронтологических исследованиях. Иногда ее рассматривают как замену медицинского обследования, а также и как независимый параметр [9]. К другим показателям состояния здоровья можно отнести количество хронических заболеваний и их симптомов. Лишь 4 % респондентов оценивают состояние своего здоровья как хорошее, как среднее — 58 %, как плохое — 38 %. Причем среди мужчин 42 % оценивают свое здоровье как плохое, 50 % — как среднее и только 8 % — как хорошее. Женщины оценивают свое здоровье как хорошее в 3 % случаев, как среднее — в 59 %, как плохое — в 38 % случаев. С возрастом респондентов доля оценивающих свое здоровье как плохое возрастает, особенно среди мужчин (таблица 3).

Таблица 3 — Самооценка здоровья в зависимости от пола и возраста (%)

Самооценка здоровья	Мужчины			Женщины		
	возрастные группы (лет)			возрастные группы (лет)		
	60–69	70–79	80–89	60–69	70–79	80–89
Хорошее	0	0	8,3	1,1	2,2	0
Среднее	16,6	8,3	25	15,2	31,5	12
Плохое	8,3	8,3	25	5,4	20,6	12

Кроме того, самооценка здоровья мужчин и женщин не имеет статистически значимой взаимосвязи с уровнем образования респондентов ( $\tau = 0,126$ ;  $p = 0,064$ ), хотя можно рассматривать как тенденцию к наличию слабой прямой взаимосвязи. При оценке состояния своего здоровья не выявлено статистически значимых различий между группами пациентов, проживающих одиноко либо с родственниками ( $\chi^2 = 7,053$ ;  $p = 0,316$ ). Сравнение городских и сельских жителей по этому показателю также не выявило статистически значи-

мых различий ( $\chi^2 = 1,099$ ;  $p = 0,577$ ). В целом 42 % городских жителей и 32 % сельских оценивают свое здоровье как плохое.

У 50 % мужчин и 93,5 % женщин имеется как минимум одно хроническое заболевание, влияющее на их повседневную деятельность. Три и более хронических заболеваний отмечено у 25 % мужчин и 32,6 % женщин. Мужчин чаще всего беспокоили боли в ногах и суставах, а женщин — головные боли и головокружения, боли в сердце и в ногах. Наибольшее количество симптомов выявлено в старших возрастных группах (рисунок 1).

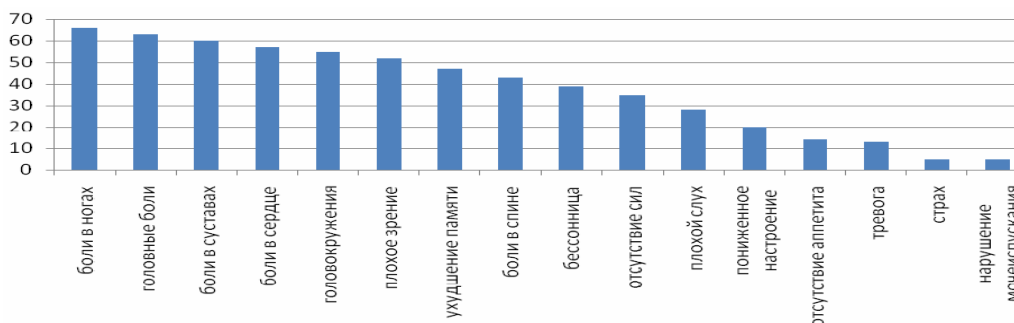


Рисунок 1 - Частота встречаемости симптомов хронических заболеваний у респондентов (%)

Среди опрошенных 97,2 % принимают лекарства, мужчины — в 92 % случаев, женщины — в 98 %, причем 4 и более препаратов принимают 1/4 опрошенных мужчин и 1/3 женщин. При этом

17 % мужчин и 22 % женщин принимают лекарственные средства, не прописанные им врачом.

По данным опроса, хотя бы 1 раз за последние 12 месяцев за медицинской помощью

в поликлинику обращались 90 % участников исследования, медиана количества обращений в поликлинику составила 3 (1; 4,5) раза в год. Третья часть мужчин за последние 12 месяцев посещала поликлинику 6 раз и более, среди женщин таких было 17 %. Жители городской местности статистически значимо чаще посещают поликлинику ( $Z = 2,740$ ;  $p = 0,006$ ). Медиана их посещений поликлиники составляет 4 (1; 7) раза в год, респондентами из сельской местности — 2 (1; 4) раза в год.

Изучение медицинского обслуживания пожилых людей на дому показало, что 55 % респондентов (58 % мужчин и 54 % женщин) ни разу за 12 месяцев не посетили ни врач, ни медсестра поликлиники. Статистически значимых различий между респондентами из городской и сельской местности не выявлено ( $p = 0,688$ ). Доля жителей города, которых ни разу в течение года не посетили медработники, составляет 58 %, села — 52 %. К тем оставшимся, кого на дому посещали работники поликлиники, в 66 % случаев приходил только врач, в 11 % — только медсестра и в 21 % — врач и медсестра. Статистически значимых различий между жителями городской и сельской местности по показателю посещения респондентов на дому врачом ( $Z = 0,262$ ;  $p = 0,793$ ) и медсестрой ( $Z = -0,607$ ;  $p = 0,544$ ) выявлено не было.

Изучая потребность пожилых людей в посещениях их на дому медицинскими работниками поликлиники, мы выявили, что в этом нуждаются 45 % опрошенных. Причем потребность в таких посещениях больше испытывают мужчины (50 %), чем женщины (44 %). Нуждаются в посещении врача в целом 28 % опрошенных (треть мужчин и 27 % женщин), средних медработников — лишь 21 % респондентов.

Статистически значимых различий в потребности посещения медработниками на дому между группами участников исследования из городской и сельской местности не выявлено ( $p = 0,228$ ). Среди жителей городской местности такую потребность испытывают 38 % респондентов, среди жителей сельской местности — 52 %.

Анализ ответов респондентов, характеризующих потребность пожилых людей в медицинских консультациях по телефону, выявил, что в них нуждаются 50 % опрошенных (мужчины в 58 %, женщины в 49 % случаев). Причем 74 % опрошенных предпочитают получить их от врача. Статистически значимых различий в потребности консультирования по телефону между жителями городской и сельской местности выявлено не было ( $p = 0,161$ ). Потребность в дистанционном консультировании медработником испытывают 42 % жителей городской и 58 % сельской местности. На вопрос: «Легко ли Вам попасть на прием к врачу?» —

30 % респондентов ответили, что легко, 41 % — затруднительно, 28 % — трудно и 1 % считают, что к врачу попасть невозможно. Характеризуя посещение поликлиники, 70 % респондентов указали, что им приходится долго ожидать приема из-за очередей. За последние 12 месяцев стационарным лечением воспользовались 62 % опрошенных пожилых людей (50 % мужчин и 63 % женщин), из них 52 % были госпитализированы в экстренном порядке.

Оценка функциональных возможностей пожилых людей выявила, что испытывают трудности в повседневной жизни 83 % опрошенных. Наиболее частой трудностью они назвали передвижение на дальние расстояния, ее испытывают 76 % респондентов. Кроме того, 33 % пожилых людей трудно самостоятельно убираться в квартире, 31 % — совершать покупки. Из приспособлений, которыми пользуются в повседневной жизни пожилые люди, опрошенные назвали зубные протезы (36 %), трость (22 %) и костыли (2 %).

Доля респондентов, которые испытывают потребность в посторонней помощи при выполнении повседневных обязанностей, составляет 45 %. Статистически значимых различий в этой группе между респондентами из городской и сельской местности не выявлено ( $p = 0,228$ ). Доля жителей городской местности, испытывающих данную потребность, составляет 38 %, сельской — 52 %. Статистически значимых различий по возрасту между категориями граждан, испытывающих потребность в оказании посторонней помощи и такой потребности не имеющих, не выявлено ( $Z = 1,743$ ;  $p = 0,081$ ), но такие данные можно рассматривать как тенденцию. Медиана возраста респондентов, испытывающих потребность в посторонней помощи, составила 75,5 (70,5; 81,0) года, не испытывающих такой потребности — 73,5 (69; 78) года.

Изучая оказание социальной помощи пожилым респондентам со стороны социальных работников, мы обнаружили, что ее получали лишь 10 % респондентов, в том числе 6 % городских жителей и 14 % жителей сельской местности. Причем в 70 % это были одинокие пожилые люди. Однако необходимо также отметить, что социальная помощь была оказана лишь 15 % от общего числа одиноко проживающих респондентов. Во всех случаях социальная помощь оказывалась на дому и ни разу — в центре социального обслуживания населения. В 80 % случаев это было приобретение продуктов питания, уборка квартиры и оплата коммунальных услуг. Между жителями городской и сельской местности по данному показателю статистически значимых различий не выявлено ( $p = 0,318$ ). В исследовании установлено, что

73 % пожилых респондентов испытывают потребность в общении, причем в 45 и 37 % случаев — с родственниками и с другими людьми соответственно и в 23 % случаев — с себе подобными.

Анализируя заключительные вопросы анкеты, мы установили, что потребность в получении медицинской помощи испытывают 71 % участников исследования. Статистически значимых различий между городскими и сельскими жителями по этому показателю не выявлено ( $p = 0,999$ ): ее испытывают 70 % респондентов из городской и 72% из сельской местности.

Потребность в получении психологической помощи испытывают 19 % участников опроса, социальной — 17 %, юридической — 4 %. Статистически значимых различий по потребностям в получении социальной (можно рассматривать как тенденцию), психологической и юридической помощи между городскими и сельскими жителями не выявлено. Статистически значимых различий в зависимости от пола в группах людей, испытывающих потребность в медицинской, социальной, психологической и юридической помощи, не выявлено (таблица 4).

Таблица 4 — Потребность в получении помощи среди пожилых людей в зависимости от пола (%)

Потребность в помощи	Мужчины	Женщины	P
Медицинской	63,6 %	71,2 %	0,726
Социальной	18,2 %	16,9 %	0,999
Психологической	9,1 %	20,2 %	0,685
Юридической	9,1 %	3,4 %	0,377

Были выявлены статистически значимые различия ( $p = 0,033$ ) в зависимости от возраста респондентов, испытывающих потребность ( $M_e = 79,5$  года) в социальной помощи и не имеющих ее ( $M_e = 74$  года).

#### Выводы

1. Из опрошенных пожилых людей 30 % являются инвалидами и 44 % проживают одиноко.

2. В сельской местности проживают достоверно более старые люди, а их уровень образования достоверно ниже, чем у городских жителей. Большинство одиноко проживающих пожилых респондентов являются сельскими жителями.

3. Оценивают свое здоровье как плохое чаще мужчины, самооценка здоровья имеет слабую прямую корреляцию с уровнем образования. В связи с этим в поликлиниках при организации работы школ «третьего возраста» для повышения образовательного уровня в отношении к собственному здоровью необходимо акцентировать внимание на работе с мужчинами, а также с лицами с низким уровнем образования.

4. Более чем у 90 % женщин и у 50 % мужчин имеется, как минимум, одно хроническое заболевание, оказывающее влияние на их повседневную деятельность. Наличие 3 и более хронических заболеваний отметили 25 % мужчин и 30 % женщин.

5. Почти все пожилые респонденты (97,2 %) постоянно принимают лекарства, полипрогмазия (прием 4 и более препаратов) имеет место у 25 % мужчин и 33 % женщин. Женщины чаще принимают не прописанные врачом лекарства.

6. В течение года 90 % опрошенных посетили поликлинику как минимум 1 раз, причем жители города посещают ее достоверно чаще, чем сельские, что может являться косвенным

признаком более низкой доступности медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях для сельского населения.

7. Только 45 % пожилых респондентов посетили на дому за год врач или медсестра поликлиники, в то же время и потребность в таких посещениях испытывают лишь 45% опрошенных. Зато половина респондентов хотела бы получать консультации врача по телефону. В связи с этим амбулаторно-поликлиническим учреждениям можно предложить новую экономически более выгодную форму работы с пожилыми людьми в виде проведения телефонных консультаций.

8. Трудности в том, чтобы попасть на прием к врачу, которые возникают из-за больших очередей, отметили 70 % пожилых респондентов. В связи с этим можно предложить оптимизировать потоки пациентов, посещающих поликлинику, выделив для этого отдельный гериатрический кабинет либо создав гериатрическое отделение.

9. Более половины опрошенных пожилых людей имели экстренную госпитализацию за последние 12 месяцев. Поэтому амбулаторно-поликлиническим организациям необходимо обратить внимание на качество проводимой диспансерной работы, в т.ч. вторичной профилактики с пожилыми людьми.

10. В посторонней помощи по выполнению повседневных обязанностей нуждаются 45 % опрошенных, причем в большей мере — сельские жители (52 %).

11. Помощь со стороны социальных работников получали лишь 10 % респондентов, причем во всех случаях такая помощь оказывалась только на дому. В 70 % случаев это бы-

ла помощь одинокопроживающим пожилым людям. Однако из всех одинокопроживающих опрошенных пожилых людей только 15 % получали ее со стороны социальных работников.

12. Подавляющее большинство респондентов (73 %) испытывают дефицит общения, причем 45 % — с родственниками.

13. В целом потребность в получении медицинской помощи испытывают более 70 % пожилых людей и лишь 17 % — в социальной.

Обобщая вышеизложенные результаты работы, можно сделать вывод о необходимости разработки организационной модели межпрофессионального взаимодействия медицинской и социальной служб для оказания медико-социальной помощи пожилым людям [8]. Одним из механизмов ее реализации может быть функциональное взаимодействие между ведомствами на уровне первичного звена, когда оказание помощи пожилому пациенту и на дому, и в центрах медико-социальной помощи осуществляется смешанными бригадами из медицинских и социальных работников.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Беларусь в цифрах / Стат. справочник. — Минск, 2010 // [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>. — Дата доступа: 18.10.2010.
2. Выявление, динамическое наблюдение и реабилитация больных пожилого и старческого возраста: метод. рекомендации Министерства здравоохранения Республики Беларусь. — № 192-0012 от 28.12.2000 г.
3. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2009 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2010. — С. 43.
4. Кухаревич, Е. О демографических процессах в Республике Беларусь в рамках реализации национальной программы демографической безопасности / Е. Кухаревич // Статистика Беларуси. — 2010. — № 3. — С. 35–41.
5. О демографической безопасности Республики Беларусь / Закон Республики Беларусь от 04.01.2002 г. № 80-з // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. — 2002. — № 7. — С. 15–20.
6. Пристром, М. С. Терапия и реабилитация сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей / М. С. Пристром, С. Л. Пристром, В. Э. Сушинский. — Минск: Белорусская наука, 2007. — 415 с.
7. Регионы Республики Беларусь: стат. сборник. — Минск, 2010. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>. — Дата доступа: 30.01.2011.
8. Шаршакова, Т. М. Особенности медико-социальной помощи пожилым в условиях реформирования здравоохранения / Т. М. Шаршакова, В. А. Подолько // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. респ. науч.-прак. конф. — Гомель, 2011. — Т. 1. — С. 180–181.
9. The Tampere Longitudinal Study on Ageing / M. Jylhä [et al.] // Scand. J. Soc. Med. — 1992. — № 47.

Поступила 07.06.2011

УДК 613.2.038 - 057.3(476) : 612.392

### ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ КУРСАНТОВ

Д. И. Ширко, В. И. Дорошевич, А. А. Ушков, М. Н. Тимошек

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск  
Республиканский научно-практический центр гигиены, г. Минск

Рацион питания курсантов является избыточным по своему энергосодержанию за счет повышенного потребления жиров и углеводов. При этом установлено недостаточное поступление белков, в том числе животного происхождения, растительных липидов, пектиновых веществ, кальция, витаминов А и В<sub>2</sub>. Такой дисбаланс может быть устранен за счет снижения потребления хлебобулочных изделий и картофеля, увеличения содержания молочных продуктов, рыбы и соков, приема поливитаминных препаратов.

Ключевые слова: курсанты, фактическое питание.

### HYGIENIC ASSESSMENT OF CADETS' ACTUAL DIET

D. I. Shyrko, V. I. Doroshevich, A. A. Ushkov, M. N. Timoshek

Belarussian State Medical University, Minsk  
Republican Research Centre for Hygiene, Minsk

The cadets' diet is characterized by the abuse of energy content at the cost of excess fats and carbohydrates consumption with insufficient amount of proteins, plant lipids, pectins, calcium, vitamins A and B<sub>2</sub>, which may be eliminated by the decreasing consumption of cereal products and potatoes, increasing the amount of dairy products, fish and juices, including multivitamins.

Key words: cadets, actual nutrition

Важнейшей составляющей развития любого государства является подготовка высококвалифицированных специалистов для всех отраслей экономики. В частности, подготовку офицеров для Вооруженных Сил осуществляет Военная академия Республики Беларусь.

В формировании здоровья наряду с генетическими особенностями организма, факторами окружающей среды немаловажную роль играет питание. Оно обеспечивает нормальный рост и развития человека, влияет на его трудоспособность, адаптацию к воздействию различных фак-