

## СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ХАРАКТЕРА ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Д.П. СОЛОДУХИНА<sup>1</sup>**  
**Н.А. ЗАВЬЯЛОВА<sup>2</sup>**  
**А.Ю. ЖУКОВ<sup>3</sup>**

<sup>1)</sup> *Курский государственный медицинский университет*

<sup>2)</sup> *Управление Роспотребнадзора по Белгородской области, г. Белгород*

<sup>3)</sup> *Противотуберкулезный санаторий Липецкой области «Лесная сказка», г. Липецк*

*e-mail: solodin\_kursk@mail.ru*

В статье приведены результаты социологического исследования социальных и поведенческих характеристик трех групп населения: хронических больных с диагнозом туберкулез, работающих лиц с хронической соматической патологией и относительно здоровых работающих граждан. Проанализирована взаимосвязь состояния здоровья проанкетированных с уровнем образования и дохода, составом семьи, качеством жилищных условий и питания, с учетом статуса занятости. На основе выявленных тенденций предложены рекомендации по улучшению здоровья и адаптации к болезни лиц с хронической патологией.

Ключевые слова: социологическое исследование, хронические больные, туберкулез, социальные характеристики.

**Введение.** В настоящее время наблюдается высокий уровень заболеваемости населения хроническими соматическими болезнями, которые обуславливают диспансеризацию и инвалидизацию [1]. Исследование социального статуса пациента, его роли во взаимоотношениях с субъектами системы оказания медицинской и социальной помощи является одним из основных направлений социологии медицины. Определяющими для статуса и роли пациента являются его социально-демографические характеристики (пол, возраст, образование, социальное положение, место проживания и др.) и особенности образа жизни, прежде всего связанные с экономическими и поведенческими параметрами [2]. Социальный статус личности обеспечивает достаточность и стабильность самооценки пациента и адекватность его поведения окружающей социальной среде [3].

Вопрос о влиянии психосоматических и социальных факторов на возникновение и хронизацию патологического процесса, частоту обострений и осложнений хронического заболевания остается нерешенным [4, 5]. Стрессовые негативные жизненные события и хронические негативные социальные факторы могут либо способствовать развитию различных заболеваний, либо смягчать их выраженность. В «моделях» социализации, используемых для изучения возникновения и развития болезней, социальные влияния учитываются как возможные элементы нарушения процесса развития [6].

**Цель исследования** – определить социальные и поведенческие характеристики различных групп населения в зависимости от состояния здоровья и характера патологии для последующего формирования установок общества, направленных на сохранение и улучшение здоровья.

**Материалы и методы исследования.** Был проведен социологический опрос, в котором участвовали три группы респондентов, жителей Центрально-Черноземного региона Российской Федерации:

1. Во многих аспектах уязвимая категория населения, страдающая хронической патологией, сочетанной с диагнозом туберкулез, социально обусловленная природа которого не вызывает сомнения, – представлена в основном (93,8%) неработающими гражданами (500 человек). Выборка была сформирована на основе случайного отбора пациентов, проходящих реабилитацию и восстановительное лечение в одном из противотуберкулезных санаториев.

2. Больные, имеющие хотя бы одно хроническое соматическое заболевание, в стадии компенсации, продолжающие трудовую деятельность, то есть экономически и социально активные (345 человек).

3. Контрольная группа – лица, считающие себя относительно здоровыми, не имеющие диагностированное хроническое заболевание, работающие граждане (255 человек).

Последние две группы респондентов были проанкетированы во время прохождения обязательной диспансеризации работающего населения в промышленном городе. Дифференциация работающих лиц на группы по критерию наличия или отсутствия у них хронического заболевания проводилась на основе объективных данных, содержащихся в медицинских картах обследованных граждан. Более половины работающих лиц (61%) охарактеризовали свой труд как преимущественно умственный (квалифицированные служащие, руководящие работники) и 39% – как физический (квалифицированные и неквалифицированные рабочие, персонал в сфере обслуживания). 45,2% опрошенных работали на предприятиях частной формы собственности, 32,5% – в государственных некоммерческих и 22,3% – в государственных коммерческих организациях.

Инструментом исследования являлась специально разработанная анкета, которая включала несколько блоков вопросов, в том числе социально-экономический статус, морально-психологическое состояние, особенности работы и условий труда, состояние здоровья и обращение за медицинской помощью. Исследование проводилось в 2008-2010 гг. Данные были систематизированы и обработаны с помощью компьютерных программ SPSS (статистический пакет для социальных наук), версия 16.0 и Биостатистика для MicrosoftWindows.

Все три исследуемые группы были однородны по полу и возрасту. Средний возраст в первой группе составил 63,6 года, во второй – 62,3, в третьей – 62,1. Преднамеренно для исследования были выбраны лица старшей возрастной категории как наиболее типичные хронические больные, нуждающиеся в медицинской помощи, так как по данным литературы в возрастной группе старше 60 лет только 18,1% лиц не страдают хроническими заболеваниями [1].

#### Результаты исследования.

Социально-демографические характеристики респондентов представлены в табл. 1.

Таблица 1

#### Социально-демографические характеристики респондентов

Характеристика	Хронические больные с диагнозом туберкулез (n=500)		Хронические больные, работающие граждане (n=345)		Контрольная группа (n=255)	
	N	%	N	%	N	%
1	2	3	4	5	6	7
Пол						
- мужской	300	60,0	184	53,3	131	51,4
- женский	200	40,0	161	46,7	124	48,6
Состав семьи						
- одинок	138	27,6	19	5,5	34	13,3
- состоит в браке	270	54,0	252	73,0	182	71,4
- живет с детьми, семьями детей	125	25,0	203	58,8	162	63,5
- живет с другими родственниками	22	4,4	16	4,6	-	-
Образование						
- высшее	55	11,0	98	28,4	99	38,8
- среднее специальное	99	19,8	193	55,9	132	51,8
- среднее	286	57,2	54	15,7	24	9,4
- незаконченное среднее	60	12,0	-	-	-	-
Подушевой доход в месяц, руб.						
- до 5 тыс.	360	72,0	23	6,7	7	2,7
- от 5 до 10 тыс.	127	25,4	154	44,6	86	33,7
- от 10 до 15 тыс.	13	2,6	102	29,6	123	48,2
- 15 тыс. и более	-	-	66	19,1	39	15,3
Итого	500	100,0	345	100,0	255	100,0
Средний возраст	63,6	Ст. откл. = 6,4	62,3	Ст. откл. = 4,7	62,1	Ст. откл. = 4,5



Согласно данным табл. 1, в категории неработающих хронических больных доля одиноких лиц наивысшая (27,6%), а доля состоящих в браке и проживающих с детьми или семьями детей наименьшая (54% и 25% соответственно) ( $p < 0,05$ ). Это указывает на потенциально более слабую поддержку со стороны членов семьи и родных именно в этой группе респондентов. Среди работающих пациентов с хроническими заболеваниями меньше всего одиноких ( $p = 0,001$ ), других статистически значимых различий между группами работающих граждан в составе семьи не выявлено.

У относительно здоровых работающих граждан по сравнению с категорией работающих лиц с хронической патологией, в целом, выше уровень образования, а также больше доля лиц, занятых умственным трудом (68,2% против 55,7%,  $p = 0,003$ ). У хронических больных с диагнозом туберкулез, напротив, уровень образования самый низкий – наивысшие доли респондентов с незаконченным средним (12%) и средним образованием (57,2%).

Наконец, подушевой доход в семьях наименьший в группе неработающих пациентов, а доля лиц с ежемесячным доходом выше 10 тысяч рублей больше у относительно здоровых респондентов в сравнении с теми, кто имеет хронические заболевания (48,7% против 63,5%,  $p = 0,000$ ).

Табл. 2 обобщает характеристику жилищных условий больных туберкулезом с множественной патологией, работающих больных с хронической терапевтической патологией и относительно здоровых работающих лиц. Мы видим, что доля лиц с отличными и хорошими жилищными условиями максимальна в последней группе и минимальна в первой группе, тогда как жилье, требующее ремонта и вовсе непригодное для жизни, напротив, чаще встречается в первой группе и реже всего у здоровых людей.

Таблица 2

**Характеристика жилищных условий хронических неработающих и работающих больных в сравнении с относительно здоровыми работающими гражданами**

Жилье	Хронические больные с диагнозом туберкулез (n=500)		Хронические больные, работающие граждане (n=345)		Контрольная группа (n=255)	
	N	%	N	%	N	%
Отличное, со всеми удобствами	46	9,2	101	29,3	124	48,6
Хорошее, но с недостаточной площадью	59	11,8	48	13,9	27	10,6
Требующее косметического ремонта	268	53,6	99	28,7	66	25,9
Удовлетворительное, требующее капитального ремонта	60	12,0	75	21,7	30	11,8
Плохое, ветхое, непригодное для проживания	67	13,4	22	6,4	8	3,1
Всего	500	100,0	345	100,0	255	100,0

Аналогичная ситуация наблюдается при сравнении качества питания в трех группах опрошенных (табл. 3). Известно, что сбалансированное регулярное питание – залог здоровья. Неполюценная диета с постоянными ограничениями важнейших источников белков и витаминов (мяса, молочных продуктов, фруктов) выше всего в группе респондентов с сочетанной патологией и менее всего в группе относительно здоровых лиц. Отличное питание имеют около 40% работающих лиц вне зависимости от наличия хронических заболеваний и только 5% пациентов с диагнозом туберкулез. Понятно, что низкий доход последних не позволяет им хорошо и разнообразно питаться, также как и делать регулярно ремонт жилья.

Вполне возможна и обратная причинно-следственная связь: неблагоприятные условия проживания и плохое питание способствуют снижению иммунитета и развитию туберкулеза, также как и к возникновению хронических заболеваний органов пищеварения, дыхания, нарушениям обмена веществ, тогда как хорошие жилищные условия и получение адекватного по составу и энергетической ценности питания благоприятствуют сохранению здоровья.



Таблица 3

**Характеристика питания хронических неработающих и работающих больных в сравнении с относительно здоровыми работающими гражданами**

Характер питания	Хронические больные с диагнозом туберкулез (n=500)		Хронические больные, работающие граждане (n=345)		Контрольная группа (n=255)	
	N	%	N	%	N	%
Сбалансированное, регулярное	25	5,0	146	42,3	94	36,9
Хорошее, с периодическими ограничениями	329	65,8	172	49,9	158	62,0
Неполноценное, постоянное ограничение	131	26,2	27	7,8	3	1,2
Плохое	15	3,0	0	0	0	0
Всего	500	100,0	345	100,0	255	100,0

Используя медицинские карты больных, мы изучили количество хронических заболеваний в исследуемых категориях лиц. Как показано в табл. 4, неработающие хронические больные с диагнозом туберкулез имеют чаще полиморбидные состояния, сочетающие более двух заболеваний. Это, в целом, указывает на более тяжелое состояние здоровья данной категории пациентов, требующих комплексной терапии, приема большого количества лекарственных препаратов, с высоким риском развития осложнений.

Таблица 4

**Количество хронических заболеваний в группах хронических больных**

Количество хронических заболеваний	Хронические больные с диагнозом туберкулез (n=500)		Хронические больные, работающие граждане (n=345)	
	N	%	N	%
Одно	125	25,0	210	60,9
2-3 заболевания	212	42,4	105	30,4
Более 3-х	163	32,6	30	8,7
Всего	500	100,0	345	100,0

В табл. 5 представлена оценка самочувствия хронических неработающих и работающих больных в сравнении с относительно здоровыми работающими гражданами. Исходя из данных, самооценка собственного состояния здоровья у больных с диагнозом туберкулез ниже, чем в группе работающих респондентов с хронической соматической патологией. В то же время большинство из последних (82,6%) оценили свое самочувствие на момент анкетирования как удовлетворительное (в контрольной группе относительно здоровых работающих таковых 41,2%) и только 17,4% как хорошее (против 47,1% в категории лиц без хронических заболеваний). Никто из лиц с хронической патологией не оценил свое здоровье на «отлично» (в контрольной группе таковых 11,8%).

Таблица 5

**Оценка самочувствия хронических неработающих и работающих больных в сравнении с относительно здоровыми работающими гражданами**

Самооценка здоровья	Хронические больные с диагнозом туберкулез (n=500)		Хронические больные, работающие граждане (n=345)		Контрольная группа (n=255)	
	N	%	N	%	N	%
Отличное	-	-	-	-	30	11,8



Продолжение табл. 5

Хорошее	19	3,8	60	17,4	120	47,1
Удовлетворительное	446	89,2	285	82,6	105	41,2
Плохое	35	7,0	-	-	-	-
Всего	500	100,0	345	100,0	255	100,0

Кроме того, 68% неработающих, 52,2% работающих хронических больных и 64,7% относительно здоровых респондентов признали, что имеют вредные привычки, среди которых курение, несоблюдение распорядка дня, низкая физическая активность, употребление жирной пищи и алкоголя. Изменение образа жизни в лучшую сторону и отказ от привычек, потенциально наносящих вред здоровью, типичны для лиц с диагностированным заболеванием. Большинство людей задумываются о рисках для здоровья лишь после того, как врач поставит их перед фактом болезни. Однако среди лиц с низким социальным статусом важность здорового образа жизни не признается даже в случае серьезного заболевания. Только 14,6% больных туберкулезом считают, что здоровый образ жизни в значительной мере обеспечивает успешный результат лечения, более половины (53,8%) отдают приоритет лекарственной терапии. Треть пациентов этой группы вообще не верят в эффективность лечения и потому весьма недисциплинированы в вопросах соблюдения рекомендаций лечащего врача.

**Обсуждение результатов.** Согласно представленным результатам, мы можем утверждать, что хроническая соматическая патология, особенно сочетанная с социально значимым заболеванием, ассоциирована с низким социальным статусом. Лица, занятые физическим трудом, имеющие низкий уровень образования и меньший доход, чаще подвержены развитию хронической патологии, в течение жизни они имеют больше вредных привычек, меньше уделяют внимания своему здоровью. В то же время само по себе наличие хронического заболевания ухудшает социально-экономический статус человека, возникают сложности с продолжением трудовой деятельности, как следствие, уменьшается доход, снижается социальная активность. Респонденты адекватно оценивают свое состояние здоровья, которое коррелирует с данными медицинской документации. К сожалению, социальные проблемы хронических больных усугубляют и медицинские: возрастает частота запущенных случаев, снижается эффективность лечения, увеличивается количество обострений, сокращается период ремиссии. По этой причине большинство пациентов делают акцент на потребности в медицинской помощи, а не социальной.

Больные туберкулезом на фоне основной патологии часто страдают хроническими соматическими заболеваниями, которые также необходимо лечить. К сожалению, многие пациенты, имеющие активную форму туберкулеза, не могут получать лечение в стационарах общего профиля, направляются только в специализированные (противотуберкулезные) стационары и санатории. Это снижает качество лечения сопутствующей патологии, что часто приводит к ухудшению общего состояния больного.

Прекращение трудовой занятости при вступлении в пенсионный возраст во многом обусловлено ухудшением состоянием здоровья. Отрадно, что большинство из тех, кто продолжают работать на пенсии, основным мотивом этого указали то, что им нравится их работа (95%). Более чем половине респондентов, к сожалению, не хватает пенсии на жизнь (52,5%), треть хотят помогать материально своим детям (35%), 15% привыкли вести активный образ жизни, 12,5% считают важным для себя быть в коллективе и общаться с более молодыми коллегами, для 10% респондентов имеет большое значение, что их ценят на работе как квалифицированных работников, и столько же находят пребывание дома скучным и бесцельным.

В целом, трудовая деятельность для большинства людей старшего возраста, даже страдающих какой-то хронической патологией, является спасительной тонизирующей активностью, дающей много положительных стимулов. Она не позволяет человеку «расклеиться». Работая, человек придерживается определенного режима и распорядка дня, соблюдает необходимую продолжительность периодов сна и бодрствования.

ния. «Бездействие и бессмысленная суета действуют на человека самым опошляющим образом», – предупреждал русский публицист и литературный критик XIX века Д.М. Писарев [7]. При наличии неограниченного свободного времени человек теряет дисциплинированность, становится вялым, пассивным, неподвижным. Это негативно отражается на самочувствии, особенно психологическом: человека могут часто посещать депрессивные мысли о ненужности, отверженности, неминуемости смерти. Для того чтобы хорошо выглядеть и плодотворно работать, нужно сохранять себя в хорошей физической форме, следить за своим здоровьем и образом жизни. Кроме того, оставаясь дольше трудоустроенным, человек поддерживает социальные контакты – общение с коллегами по работе или другими людьми (клиентами, студентами, покупателями), часто более молодого возраста.

**Выводы.** Социальный статус опрошенных работающих респондентов отличается незначительно, то есть он не зависит от наличия у них хронических заболеваний. Фактор занятости в пенсионном возрасте служит индикатором благоприятного течения имеющихся у человека хронических заболеваний и сам по себе способствует сохранению активности пациента, благоприятствует здоровьесберегающему поведению индивидуума.

Установлена важная роль социальных факторов в развитии и прогрессировании хронических болезней у неработающих пациентов с туберкулезом, сочетанным с другой патологией, что должно учитываться при разработке программ лечения и реабилитации этой категории больных.

Больные туберкулезом чаще имеют полиморбидные состояния, которые усугубляются социальными проблемами (плохим питанием, неустроенным жильем, низкой социальной поддержкой); самооценка здоровья у них ниже, чем у работающих лиц с хронической патологией с лучшим социальным положением.

**Рекомендации.** Дифференциация пациентов по статусу занятости в работе врача и социальных служб позволит обеспечить более востребованные услуги работающим и неработающим больным. В рамках диспансеризации важно обеспечить динамическое наблюдение пациентов после постановки диагноза с индивидуальной схемой медицинской и социальной реабилитации с учетом их трудовой занятости. Профилактические программы, направленные на изменение поведения и образа жизни, должны осуществляться на предприятиях, где люди заняты физическим трудом, имеют факторы риска и профессиональные вредности.

Продолжение трудовой деятельности для хронических больных является важным стимулом сохранения здоровья, повышает доход, дает больше возможностей для укрепления здоровья, сохранения более тесной связи с членами семьи. Создание рабочих мест местными органами самоуправления для пациентов с хронической патологией, готовых продолжать трудовую деятельность, с неполным рабочим днем, щадящим графиком и благоприятными условиями работы, динамическим мониторингом здоровья трудящихся позволит сохранить здоровье и тонус пациентов старшего возраста.

Неработающие хронические больные, имеющие серьезные социально-экономические проблемы, должны получать адресную поддержку от региональных и муниципальных органов социального обеспечения в виде целевых выплат на улучшение питания, ремонт жилья, приобретение лекарств.

### Список литературы

1. Баженова, М.И. Особенности интегральной индивидуальности хронических соматических больных и их связь с отношением к болезни: Автореф. дис. ... к-та психол. наук / М.И. Баженова. – Пермь, 2007. – 23 с.
2. Ефименко, С.А. Социология пациента: Автореф. дис. ... д-ра социол. наук / С.А. Ефименко. – М., 2007. – 49 с.
3. Ярыгина, М.В. Социально-гигиенические аспекты формирования хронических obstructивных болезней легких населения Приморского края / М.В. Ярыгина, П.Ф. Киду, Н.С. Журавская // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2003. – №13. – С.50-54.

4. Кудрина, Е.А. Научное обоснование принципов профилактики хронических заболеваний на уровне семьи: Дис. ... д-ра мед. наук / Е.А. Кудрина. – М., 2008. – 311 с.
5. Бутов, М.А. Об этиологии и патогенезе язвенной болезни / М.А. Бутов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2003. – № 5. – С. 59.
6. Попов, Г.Н. Критерии здоровья: адаптация, социализация, индивидуализация / Г.Н. Попов, Е.В. Ширенкова, О.З. Серазетдинов // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2007. – № 5. – С.83-87.
7. Орлов, А.Н. Клиническая биоэтика: избранные лекции / А.Н. Орлов. – М.: Медицина, 2003. – 359 с.

## **SOCIAL STATUS OF CHRONIC PATIENTS IN RELATION WITH HEALTH STATUS AND TYPE OF PATHOLOGY**

**D.P. SOLODUKHINA<sup>1</sup>**

**N.A. ZAVYALOVA<sup>2</sup>**

**A.YU. ZHUKOV<sup>3</sup>**

*<sup>1)</sup> Kursk State Medical University*

*<sup>2)</sup> Department of Rospotrebnadzor of Belgorod region, Belgorod*

*<sup>3)</sup> Anti-tuberculosis sanatorium of Lipetsk region "Lesnaya skazka", Lipetsk*

*e-mail: solodin\_kursk@mail.ru*

The article presents the results of the survey of the social and behavioral characteristics in three groups of population: chronic patients with tuberculosis, working people with chronic somatic pathology and relatively healthy working people. The interrelations between state of health and educational level, size of income, family status, and quality of nutrition and living conditions have been analyzed taking into consideration the working status of respondents. On the base of detected tendencies there were suggested recommendations on health improvement and adaptation to the disease of people with chronic pathology.

Key words: survey, chronic patients, tuberculosis, social groups.