

Артериальная гипертензия в Чеченской Республике: социальные аспекты проблемы

М.М. Юсупова

Городская клиническая больница № 9, г. Грозный, Чеченская Республика, Россия

Институт социально-стратегических исследований, г. Грозный, Чеченская Республика, Россия

Юсупова М.М. — врач нейрохирург в Городской клинической больнице № 9 (Грозный), ординатор в Научно-исследовательском институте нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН (Москва).

Контактная информация: 1-й Балтийский пер., д. 3/25, кв. 36, Москва, Россия. Тел.: +7 (926) 628–22–96. E-mail: mansx@mail.ru (Юсупова Мадина Мусаевна).

Резюме

В статье приводятся результаты социологического исследования больных артериальной гипертензией (АГ), проживающих в Чеченской Республике. Материальный статус и уровень образования — основные факторы, влияющие на самооценку здоровья, самочувствие, эмоциональное состояние и психологическую обстановку в семье у больных АГ. Обращает на себя внимание низкий уровень медицинской активности у больных АГ и отсутствие элементарных мер профилактики (контроль артериального давления) независимо от материального положения и уровня образования. Медицинская активность выше, но самооценка здоровья ниже у лиц, имеющих родных с АГ или другой сосудистой патологией. У одиноких лиц самооценка здоровья и самочувствия ниже. Выявленные особенности могут быть полезными при проведении профилактических мероприятий по снижению риска развития сосудистых осложнений у данной группы больных.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, социальные факторы, медицинская активность.

Hypertension in the Chechen Republic: social aspects of the problem

M.M. Yusupova

Clinical Hospital № 9, Grozny, Chechen Republic, Russia

Corresponding author: 3/25 the 1st Baltyisky st., ap. 36, Moscow, Russia. Phone: +7 (926) 628–22–96. E-mail: mansx@mail.ru (Yusupova Madina, neurosurgeon at Municipal hospital № 9 in Grozny, resident at Burdenko Research Institution in Moscow).

Abstract

The article presents the results of the sociological analysis performed in hypertensive patients living in the Chechen Republic. Economical status and education level are the main factors influencing health self-appraisal, emotional condition and psychological environment in the family of hypertensive patients. The low level of medical activity and the absence of the elementary preventive measures such as regularly blood pressure control independent of economical status and education level are remarkable. The medical activity is higher but health self-appraisal is lower in patients who have relatives with cardiovascular pathology. The lonely patients have worse rates of health state. Revealed features can be useful in planning of prevention programs to reduce risk of different vascular complications in these patients.

Key words: arterial hypertension, social factors, medical activity.

Статья поступила в редакцию: 14.05.09. и принята к печати: 29.05.09.

Введение

По данным экспертов, в настоящее время в Чеченской Республике (ЧР) значительно возрос уровень заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии. По данным официальной статистики, заболеваемость болезнями кровообращения в 2004 г. в ЧР была 11610,2 на 100 000 взрослого населения, к 2007 г. она снизилась на 35 %, составив 6256,2 [1]. Первичная заболеваемость болезнями, сопровождающимися повышенным артериальным давлением (АД), в 2004 г. составила в ЧР 4524,2 на 100 000 взрослого населения, в 2007 г. она снизилась до 2377,4. Распространенность болезней, сопровождающихся повышенным АД, в ЧР максимальной была

также в 2004 г. и составляла 8321,4 на 100 000 взрослого населения. В 2007 г. данный показатель снизился вдвое и составил 4312,7 на 100 000 взрослого населения [1].

Учитывая, что основной вклад в развитие данной патологии вносит образ жизни и поведение, целью нашей работы было изучить социальный портрет пациента с артериальной гипертензией (АГ) и особенности его самосохранительного поведения с учетом влияния условий жизни и социальной ситуации.

Материалы и методы

Проведен социологический анализ факторов риска, образа жизни и условий жизни больных АГ. С этой целью

было опрошено, по специально разработанной автором анкете, 100 человек, страдающих АГ 2 и 3 степени тяжести, находящихся на стационарном лечении в городских клинических больницах г. Грозный, г. Аргун, г. Шали, г. Гудермес и г. Урус-Мартан. Также анализировалась первичная медицинская документация пациентов. Всего было опрошено 46 мужчин, 54 женщины. Длительность заболевания в среднем составляла 7 лет. Анкета содержала 49 вопросов, касающихся медико-социальных, медико-демографических, социально-гигиенических, социологических, экономических и психологических характеристик, а также раздел, предусматривающий самооценку здоровья и самочувствия, перенесенные стрессовые ситуации. Проводилось сопоставление разных характеристик друг с другом и выявление между ними прямой или обратной связи. Обработка анкетных данных производилась в программе SPSS 14.1 for Windows.

Результаты

При изучении субъективной оценки здоровья 6 % больных указали, что здоровы, 59 % опрошенных отметили наличие хронической патологии и 20 % — наличие группы инвалидности. Мужчины в два раза чаще выбирали максимальный положительный вариант ответа — «здоров», «болею не часто» (6,5 % и 3,7 % соответственно) — и в 3 раза чаще отмечали наличие заболеваний общего характера (23,9 % и 7,4 %), в то время как у женщин чаще отмечались хронические заболевания (54,3 % и 66,6 %) и имела инвалидность (15,2 % и 26 %). На наличие связи между состоянием здоровья и последствиями военных действий указало 63 % респондентов. На полное отсутствие такой связи указало 4,3 % мужчин и 1,9 % женщин.

Имелась четкая зависимость между уровнем материального положения и самооценкой здоровья. Тяжелое материальное положение имело 35 %, среднее — 56 % и хорошее — 9 % опрошенных. Среди респондентов, имеющих хорошее материальное положение, 1/3 оценила состояние своего здоровья хорошо. Удовлетворительные оценки были у респондентов со средним материальным статусом и наиболее низкие — в группе с тяжелым материальным положением.

Вполне ожидаемые результаты получены при сопоставлении уровня материального положения с эмоциональным состоянием и видением будущего. Если в группе респондентов с хорошим материальным положением соотношение пессимизм/оптимизм было 1:4, то в группе со средним статусом — 2:3, при тяжелом материальном положении — 4:1. Незначительные гендерные отличия по данному пункту выражались в том, что женщины чаще указывали на негативные аспекты видения будущего, чем мужчины. В возрастных группах от 50 до 70 лет, по сравнению с остальными, за исключением лиц моложе 40 лет, были наиболее позитивные взгляды на будущее.

Уровень материального положения однозначно сказывался и на обстановке в семье. У респондентов с хорошим материальным положением в 90 % случаев обстановка в семье была спокойной, со средним — в 73,7 % случаев, а при тяжелом — только в 44,1 % (табл. 1).

Гендерных различий в данном случае выявлено не было. При анализе обстановки в семье в зависимости от возраста наибольшее количество конфликтов наблюдалось в возрастной группе 40–50 лет и 60–70 лет.

Таблица 1
УРОВЕНЬ МАТЕРИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ
И ОБСТАНОВКА В СЕМЬЕ

Обстановка в семье	материальное положение		
	тяжелое	среднее	хорошее
Спокойная, %	44,1	73,7	89,9
Напряженная, %	32,4	10,5	11,1
Имеют место конфликтные ситуации, %	23,5	15,8	0

По характеру медицинской активности было выделено четыре категории респондентов. 21 % пациентов обращаются к врачу, как только почувствуют себя больными; 44 % — когда становится слишком плохо; 15 % — приходится заставлять идти в больницу; 18 % респондентов ответили, что стационарное лечение они проходят по настоянию родственников. Степень медицинской активности существенно зависела от уровня материального статуса: чем выше материальное положение, тем выше уровень медицинской активности. Медицинская активность также была выше у женщин. Женщины, в отличие от мужчин, в 4 раза чаще контролировали уровень АД.

Среди женатых пациентов чаще встречалась высокая самооценка здоровья, чуть ниже в группе никогда не женившихся, а наиболее низкой она была в группе разведенных и вдовых. У них же не было хорошего самочувствия в последние месяцы. У одиноких женщин самооценка здоровья и самочувствия была ниже.

При оценке влияния уровня образования на субъективное определение общего состояния здоровья выявлена существенная связь между данными параметрами. Чем выше был уровень образования, тем выше самооценка здоровья, особенно низкой она была у лиц с начальным образованием; так, среди них хроническую патологию имели 64 %, а инвалидность — 36 %, и здоровым никто себя не считал. Респонденты с высшим образованием в 48 % случаев указывали на наличие хронической патологии и в 20 % случаев — на наличие инвалидности, но 8 % считали себя здоровыми, а 24 % отметили наличие заболеваний общего характера. Лица с начальным, и с высшим образованием стали беспокоиться в течение последних 5 лет больше о своем здоровье.

Если респонденты с начальным и высшим образованием обращались за медицинской помощью при начальных проявлениях заболевания только в 16 % случаев, то пациенты со средним образованием — в 2 раза чаще (34,6 % случаев). При дальнейшем прогрессировании заболевания, «когда становится слишком плохо», 56 % опрошенных с высшим образованием обращаются к врачу, с начальным — только 28 % респондентов, и в 36 % случаев их доставляют в лечебное учреждение родственники. При ответе на вопрос: «Как часто Вы измеряете свое давление?», — 3 % отрицают измерение

ЧАСТОТА ОБРАЩЕНИЙ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ
В СЕМЬЕ РОДСТВЕННИКОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Наличие родственни- ков с ССЗ	В каком случае Вы обычно обращаетесь к врачу?			
	Как только почувствую себя больным, %	Когда становится слишком плохо, %	Обычно меня прихо- дится заставлять идти в больницу, %	Родственники сами приводят меня в больницу, %
да	25,5	46,7	11,7	15,9
нет	12,1	43,2	25,6	18,9
не знаю	17,9	43,2	13,4	25,3

Примечания: ССЗ — сердечно-сосудистое заболевание.

АД в целом, 62 % измеряют редко, когда чувствуют себя плохо, 6 % измеряют иногда ради интереса и только 26 % регулярно следят за своим давлением. 52 % больных в группе с начальным образованием регулярно следили за АД, 48 % измеряли его, когда чувствовали себя неважно, а среди респондентов с высшим образованием 56 % измеряли АД при появлении характерных симптомов и только 16 % контролировали АД регулярно.

Была прослежена связь между наличием близких родственников, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и особенностями отношения к здоровью и степени медицинской активности. Свое состояние здоровья так же, как и самочувствие, хорошо оценивали в большей степени респонденты, не имеющие родственников с сердечно-сосудистой патологией. Но респонденты, родные которых страдали АГ, чаще контролировали свое АД (28,8 %) по сравнению с теми, кто не имел родственников с данной патологией (19 %). Респонденты, чьи родные страдали ССЗ, были более активными и в 2 раза чаще остальных обращались за медицинской помощью при первых признаках заболевания. Это свидетельствует о более высокой информированности тех, кто сталкивается ежедневно с больными, страдающими той или иной патологией (табл. 2).

В настоящее время 30 % женщин считают, что их стали навещать реже (очень редко), 20,5 % мужчины имеют такое же мнение. До войны более активными по посещению родных были мужчины, но отличие не было значительным по сравнению с женщинами. После войны мужчины остаются также в большей степени активными. Так, часто навещают родных 24,4 % респондентов мужчин и 15,9 % женщин, очень редко — 24,4 % мужчин и 33,3 % женщин.

Обсуждение

Существует множество причин роста АГ среди населения ЧР, связанных как с последствиями военного стресса, социальными условиями, так и с медицинской деятельностью. Хорошо описана АГ, возникающая в результате военной травмы [2]. В ЧР, возможно, имеет место и этот вариант АГ среди лиц сравнительно молодого возраста.

По данным эпидемиологических исследований, стандартизированный по возрасту показатель распростра-

ненности АГ равен у мужчин 39,2 % и у женщин 41,1 %, знают о наличии у них заболевания 37,1 % мужчин и 58,9 % женщин, а получают адекватную гипотензивную терапию всего 5,7 % мужчин и 17,5 % женщин, больных АГ [3]. Таким образом, неосведомленность и низкая степень медицинской активности характерна не только для изучаемой нами группы.

За время грубых социальных трансформаций в условиях продолжающегося военного конфликта в ЧР сформировались новые стереотипы самосохранительного поведения, в большинстве случаев отрицательно сказывающиеся на здоровье. Кроме неблагоприятных социальных факторов, ухудшения материального статуса и уровня образованности, уменьшилась роль социальной поддержки, которая традиционно была на высоком уровне в данном регионе.

Выводы

Таким образом, по результатам проведенного исследования можно сформулировать следующие выводы:

1. материальный статус и уровень образования — основные факторы, влияющие на самооценку здоровья, самочувствие, эмоциональное состояние и психологическую обстановку в семье у больных АГ;
2. обращает на себя внимание низкий уровень медицинской активности у больных АГ и отсутствие элементарных мер профилактики (контроль АД) независимо от материального положения и уровня образования;
3. медицинская активность выше, но самооценка здоровья ниже у лиц, имеющих родных с АГ или другой сосудистой патологией;
4. у одиноких лиц самооценка здоровья и самочувствия ниже.

Для организации мероприятий по борьбе с АГ в ЧР открыты практически все направления. Это прежде всего улучшение социально-экономического статуса населения, уровня медицинской информированности и обеспечение социальной поддержки.

Литература

1. Здоровье населения Чеченской Республики и деятельность учреждений здравоохранения (статистические материалы). Грозный, 2007.
2. Линчак Р.М., Бойцов С.А. Война и здоровье: боевой стресс. // Сбор. научных трудов / Под ред. И.Б. Ушакова, Ю.А. Бубеева. М., 2006. — С. 110–114.
3. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. — М., 2006. — 256 с.