

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616.12-008.331.1-058

Решетников А.В., Решетников В.А., Козлов В.В., Роюк В.В.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГБОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова"
Минздрава России, 119991, Москва

Проведено исследование социальных характеристик 318 больных с артериальной гипертензией. Полученные данные сопоставлены с мнением пациентов о доступности и качестве оказываемой медицинской помощи. Установлено, что больной с артериальной гипертензией — чаще всего мужчина (54,1%) 55—64 лет (56,9%), моложе 45 лет (38,7%), имеющий вредные привычки: курение (63,5%), употребление алкоголя (60,1%), проживающий в городской квартире (более 70%), состоящий в браке (83,3%), имеющий детей, проживающих отдельно (47,5%), работающий в сфере промышленности (41,2%), с доходом на члена семьи 20—40 тыс. рублей (39,6%) или ниже 20 тыс. руб. (30,2%), уделяющий внимание работе на дачном участке (34,4%), общающийся в основном с членами семьи и соседями (51,6%), отмечающий тяжелые стрессогенные ситуации на протяжении последних 2 лет (59,6%). Как правило, пациент с артериальной гипертензией имеет лечебное учреждение по месту жительства (55%), но нередко добирается до него на транспорте (31,4%), достаточно часто посещает лечебное учреждение (53,1%), выражает удовлетворенность качеством медицинской помощи (76,7%). Предикторами, снижающими вероятность удовлетворенности качеством медицинской помощи, являются более старший возраст пациента, употребление алкоголя, более частые посещения лечебно-профилактического учреждения. Сделан вывод, что изучение социально-демографических характеристик должно быть использовано на практике для повышения эффективности профилактики артериальной гипертензии у трудоспособного населения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия; социально-демографические характеристики; профилактические мероприятия; удовлетворенность качеством медицинской помощи.

Для цитирования: Решетников А.В., Решетников В.А., Козлов В.В., Роюк В.В. Социальный портрет больного артериальной гипертензией. *Социология медицины*. 2016; 15 (2): 80—86.
DOI <http://dx.doi.org/10.18821-1728-2810-2016-15-2-80-86>

Для корреспонденции: Роюк В.В., ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А.Семашко, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, vvroyuk@mail.ru

Reshetnikov A.V., Reshetnikov V.A., Kozlov V.V., Roiuk V.V.

THE SOCIAL PORTRAIT OF PATIENT WITH ARTERIAL HYPERTENSION

The I.M. Sechenov first Moscow state medical university of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia

The study was carried out related to social characteristics of 318 patients with arterial hypertension. The obtained data are compared with opinions of patients concerning accessibility and quality of provided medical care. It is established that patient with arterial hypertension is most often a male (54.1%), aged 55—64 years (56.9%), younger than 45 years (38.7%), with such harmful habits as tobacco smoking (63.5%) and alcohol consumption (60.1%), married (83.3%), residing in municipal apartment (more than 70%), has children residing separately (47.5%), works in industrial sphere (41.2%), with income as 20—40 thousands roubles per family member (39.6%) of lower than 20 000 rubles (30.2%) paying attention to activity on dacha parcel (34.4%), communicates mainly with family members and neighbors (51.6%), emphasizes hard stress situations all along last two years (59.6%). As a rule, patient with arterial hypertension has medical organization in place of one's residence (55%) but frequently reaches it by municipal transport (31.4%), rather frequently visits medical organization (53.1%) and expresses satisfaction with quality of medical care (76.7%). The predictors decreasing probability of satisfaction with quality of medical care are older age of patient, alcohol consumption, more frequent visits to medical organizations. The conclusion is made that study of social demographic characteristics is to be used in practice for increasing efficiency of prevention of arterial hypertension in able-bodied population.

Key words: arterial hypertension; social demographic characteristics; preventive activities; satisfaction with quality of medical care

For citation: Reshetnikov A.V., Reshetnikov V.A., Kozlov V.V., Roiuk V.V. The social portrait of patient with arterial hypertension. *Sociologia meditsini*. 2016; 15 (2): 80—86. (In Russ.)
DOI <http://dx.doi.org/10.1016/1728-2810-2016-15-2-80-86>

For correspondence: Roiuk V.V., assistant of the chair of public health and health care. e-mail: vvroyuk@mail.ru

Received 12.10.2016
Accepted 20.11.2016

В структуре причин смертности и инвалидности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний максимальная доля приходится на артериальную гипертензию (АГ) [1—4]. Исследователи все больше внимания уделяют изучению социально-демографических и психологических показателей данной категории больных, принимая во внимание, что эти характеристики в значительной мере связаны с наличием ряда факторов риска АГ и ее осложнений, приверженностью больных к лечению, а также их удовлетворенностью оказываемой медицинской помощью [2, 5—8, 9]. Например, показано, что у лиц с высшим образованием эффективность лечения на 20% выше, чем у пациентов с низким образовательным цензом [10]. В то же время практически отсутствуют отечественные публикации, в которых были бы представлены результаты анализа социально-демографических характеристик больных АГ, что позволяло бы описать социальный портрет такого пациента.

Цель работы — анализ социальных характеристик больных с АГ в сопоставлении с удовлетворенностью качеством оказываемой медицинской помощи.

Материалы и методы

Комплексное медико-социологическое исследование проведено на базе Красногорской городской больницы № 1 в период 2012—2015 гг. В основу программы исследования положен опыт проведения клинических, социально-гигиенических исследований ЦНИИ организации и информации здравоохранения Министерства здравоохранения РФ и медико-социологических исследований НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования, а также других коллективов и авторов [5, 6].

Был проведен анализ результатов опроса 318 пациентов с АГ, наблюдающихся в поликлинике ГБУЗ МО "Красногорская городская больница № 1" с целью установления особенностей их социального портрета.

Статистическую обработку полученных данных выполняли с помощью пакета прикладных программ Statistica (Statsoft, Inc), версия 8.

Размер выборки больных АГ (n) для анкетирования определяли по формуле Паниотто:

$$n = 1/(m^2 + 1/N^2), \quad (1)$$

где m — ошибка выборки (в нашем случае 0,05); N — объем генеральной совокупности.

При анализе качественных признаков данные представляли в виде количественных признаков и анализировали с помощью критерия Фишера (для таблиц 2×2) и критерия χ^2 Пирсона.

Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принимали равным 0,05.

Для выявления факторов, являющихся предикторами удовлетворенности качеством медицинской помощи опрошенных пациентов, был использован метод множественного логистического регрессионного анализа. В качестве отклика рассматривали бинарную переменную, в которой полную удовлетворенность качеством медицинской помощи по данным анкетирования принимали за 1, отсутствие удовлетворенности медицинской помощью — за 0.

В качестве возможных предикторов рассматривали следующие социально-демографические характеристики больных: пол, возраст, социальное положение, наличие вредных привычек (курение, алкоголь), семейное положение, наличие детей, место и условия проживания, профессиональный статус, экономическое положение, физическую активность, наличие стрессов, частоту и регулярность посещения лечебно-профилактических учреждений.

Чувствительность и специфичность предикторов (факторов, влияющих на удовлетворенность больных АГ медицинской помощью) оценивали при помощи ROC-анализа.

Результаты исследования

Анализ показал, что среди респондентов преобладали мужчины ($n = 172$; 54,1%), женщин было меньше ($n = 148$; 45,9%). Средний возраст опрошенных составил $57,4 \pm 11$ лет. При этом средний возраст респондентов женского пола составил $59,9 \pm 9,9$ года и был статистически значимо ($p < 0,001$) выше среднего возраста мужчин с АГ ($55,2 \pm 11,4$ года).

Среди респондентов наибольшую часть составили пациенты возрастной группы 55—64 лет ($n = 181$, 56,9%). При этом среди опрошенных женщин удельный вес данной возрастной группы статистически значимо ($p < 0,05$) превышал аналогичный показатель среди мужчин (69,2 и 46,5% соответственно). В общей сложности 123 (38,7%) опрошенных пациента с АГ были моложе 55 лет. При этом 47 (14,8%) респондентов входили в возрастную группу 35—44 года. Удельный вес данной возрастной группы от числа опрошенных был статистически значимо ($p < 0,05$) выше среди мужчин (21,5 против 6,8%).

Анализ данных о наличии вредных привычек и подержанности респондентов действию неблагоприятных факторов в течение жизни показал, что более половины опрошенных пациентов с АГ ($n = 202$, 63,5%) курили. Несколько меньше (60,1%) употребляли алкоголь. При этом частоту курения среди мужчин с АГ (82%) и частоту употребления ими алкоголя (83,1%) характеризуют статистически значимые различия ($p < 0,05$) относительно распространенности данных вредных привычек среди женщин (41,8 и 32,9% соответственно). Частота курения среди опрошенных существенно превысила популяционные данные, составляющие около 60% для мужчин и 20% для женщин [11]. Частота курения и употребления алкоголя статистически значимо ($p < 0,05$) снижается после 50 лет (с 83,3 до 55,7% для курения и с 80 до 52,2% для употребления алкогольных напитков соответственно).

Многие опрошенные ($n = 91$, 28,6%) проживали в течение жизни в местности с тяжелыми климатическими условиями, а 58 (18,2%) респондентов имели те или иные профессиональные вредности. Оба указанных фактора чаще встречались среди пациентов-мужчин ($p < 0,05$).

Абсолютное большинство (83,3%) участников опроса были женаты или замужем (табл. 1). Среди тех, у кого не было супруга или супруги, 25 (7,9%) пациентов были в разводе, 21 (6,6%) были вдовцами или вдовами, и лишь 7 (2,2%) больных никогда не были женаты

или замужем. У большинства респондентов есть дети ($n = 285$, 89,6%), которые в 134 (42,4%) случаях проживают вместе с ними. Почти у половины анкетированных ($n = 151$, 47,5%) дети проживают отдельно, при этом они регулярно посещают 30,5% респондентов, 17% участников исследования видятся с детьми редко. Отмечено, что пациентов-женщин дети, проживающие отдельно от родителей, посещают статистически значимо чаще ($p < 0,05$), чем мужчин (37 и 25% соответственно). Также отмечено, что среди пациентов в возрасте до 50 лет частота проживания вместе с детьми составляет 60%, а после 60 лет совместное проживание с детьми уменьшается до 35,1% ($p < 0,05$).

Большинство опрошенных ($n = 224$; 74%) проживают в условиях городской среды (табл. 2), 73 (23%) постоянно живут в пригороде, а 21 (6,6%) в сельской местности. Проживают в квартирах 253 (79,6%) опрошенных больных АГ, 56 (17,6%) пациентов живут в собственном доме. 9 (2,8%) пациентов постоянно проживают в комнате или общежитии.

Наиболее распространенной сферой занятости респондентов явилась промышленность — 131 (41,2%) опрошенный (43% мужчин, 39% женщин). Доля занятых в промышленном производстве выше в возрасте старше 50 лет ($p < 0,05$; 45,6 против 30% среди пациентов, не достигших 50-летнего возраста). Почти четверть ($n = 73$; 23%) респондентов работали в сфере торговли и услуг (табл. 3). В сфере образования были заняты 43 (13,5%) опрошенных. Меньшее число участников исследования находились на государственной службе (30; 9,4%) или работали в сельском хозяйстве (20; 6,3%). В общей сложности менее 10% респондентов работали в течение жизни в сфере науки, находились на военной службе или работали в иных сферах. При этом женщины статистически значимо чаще по сравнению с мужчинами ($p < 0,05$) работали в сфере образования (19,2 против 8,7%), а мужчины чаще ($p < 0,05$) находились на государственной (14,5%) и военной (5,8%) службе.

В табл. 4 представлены результаты опроса больных АГ об их экономическом положении. Оценка распределения пациентов и их семей по уровню ежемесячного дохода на члена семьи позволила констатировать достаточно низкий подушевой доход у большинства опрошенных. Так, уровень дохода от 70 тыс. руб. и выше на члена семьи имели только 10 (3,1%) опрошенных.

Об относительном благополучии (доход 40—70 тыс. руб. на человека) сообщили 86 (27%) респондентов. Самым распространенным среди пациентов был уровень дохода 20—40 тыс.

руб. на члена семьи, о чем сообщили 126 (39,6%) опрошенных, а у (27,7%) доход составил 10—20 тыс. руб. Наконец, 8 (2,5%) больных с АГ указали, что имеют доход менее 10 тыс. руб. на члена семьи. Среди опрошенных отмечается выраженная гендерная диспропорция с точки зрения доходов. Так, невысокий уровень доходов (10—20 тыс. руб. на члена семьи) отметили 33,6% женщин против 22,7% мужчин ($p < 0,05$), на доход в 20—40 тыс. руб. указали более 54,1% женщин против 27,3% мужчин. Более существенные уровни дохода указали пациенты-мужчины. Частота дохода 40—70 тыс. руб. среди мужчин была в 4 раза выше ($p < 0,001$), чем среди женщин (41,3 против 10,3%), а лиц с доходами 70—100 тыс. руб. среди мужчин отмечено 5,8%, в то время как среди женщин на такой уровень дохода не указал никто ($p < 0,001$).

Еще более наглядные различия были отмечены при сравнении доходов пациентов разных возрастов. Уровень дохода 10—20 тыс. руб. был отмечен только у

Таблица 1

Семейное положение больных АГ							
Вариант ответа	Мужчины (<i>n</i> = 172)		Женщины (<i>n</i> = 148)		Всего (<i>n</i> = 318)		<i>p</i>
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Женат/замужем	147	85,5	118	80,8	265	83,3	>0,05
Холост, не был женат/замужем	4	2,3	3	2,1	7	2,2	>0,05
Разведен	13	7,6	12	8,2	25	7,9	>0,05
Вдовец/вдова	8	4,7	13	8,9	21	6,6	>0,05
Детей нет	21	12,2	12	8,2	33	10,4	>0,05
Дети проживают с пациентом	77	44,8	57	39,0	134	42,1	>0,05
Дети проживают отдельно, но посещают пациента регулярно	43	25,0	54	37,0	97	30,5	<0,05
Дети проживают отдельно, пациент видится с ними редко	31	18,0	23	15,8	54	17,0	>0,05

Таблица 2

Распределение ответов больных АГ о месте и условиях постоянного проживания							
Вариант ответа	Мужчины ($n = 172$)		Женщины ($n = 148$)		Всего ($n = 318$)		<i>p</i>
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Место проживания							
в городе	116	67,4	108	74,0	224	74,0	$>0,05$
в пригороде	46	26,7	27	18,5	73	23,0	$>0,05$
в сельской местности	10	5,8	11	7,5	21	6,6	$>0,05$
Условия проживания							
в квартире	137	79,7	116	79,5	253	79,6	$>0,05$
в доме	30	17,4	26	17,8	56	17,6	$>0,05$
в комнате или общежитии	5	2,9	4	2,7	9	2,8	$>0,05$

Таблица 3

Распределение ответов больных АГ о профессиональной занятости в течение жизни

Вариант ответа	Мужчины (n = 172)		Женщины (n = 148)		Всего (n = 318)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
В сфере промышленности	74	43,0	57	39,0	131	41,2	>0,05
В сфере сельского хозяйства	8	4,7	12	8,2	20	6,3	>0,05
В сфере торговли и услуг	34	19,8	39	26,7	73	23,0	>0,05
В сфере науки	4	2,3	1	0,7	5	1,6	>0,05
В сфере образования	15	8,7	28	19,2	43	13,5	<0,05
На государственной службе	25	14,5	5	3,4	30	9,4	<0,05
На военной службе	10	5,8	0	0,0	10	3,1	<0,05
В иной сфере	2	1,2	4	2,7	6	1,9	>0,05

1,1% пациентов до 50 лет, а среди опрошенных старше 50-летнего возраста он был наиболее частым (38,2%; $p < 0,001$).

Для значительной части пациентов характерна низкая физическая активность. Об этом сообщили 62 (19,5%) больных АГ, еще 72 (22,6%) респондента ответили, что занимаются физкультурой, но нерегулярно. Наибольшее число (109; 34,4%) опрошенных сообщили, что работают на дачном участке, а 38 (11,9%) совершают частые прогулки. О регулярных целенаправленных занятиях физкультурой сообщили только 37 (11,6%) респондентов. Гендерных различий в уровне физической активности отмечено не было.

Среди опрошенных моложе и старше 50 лет частота регулярных занятий физической культурой составила 20 против 8,3% ($p < 0,05$). Опрошенные старше 50-летнего возраста в 40,8% случаев отметили в качестве физической нагрузки работу на дачном участке (против 17,8% у лиц моложе 50 лет; $p < 0,05$).

Изучение ответов респондентов на вопросы, характеризующие их психоэмоциональное состояние, показали, что 164 (51,6%) пациента общаются в основном с членами семьи и соседями, 89 (28%) респондентов имеют широкий круг общения, 43 (13,5%) общаются лишь с одним-двумя близкими людьми (табл. 5). Стремится к ограничению социальных контактов и практически ни с кем не общаются 22 (6,9%) опрошенных. Если для опрошенных моложе 50 лет чаще ($p < 0,05$) характерен широкий круг общения (42,2%), то после 50 лет этот показатель составляет 22,4%. Общение ограничено в основном членами семьи и соседями после 50-летнего возраста в 56,1% случаев, до 50 лет — в 40% случаев ($p < 0,05$).

Практически все (310; 97,5%) опрошенные имели в прошлом и/или имеют в настоящем тяжелые стрессогенные ситуации. На момент опроса о нахождении в стрессогенной ситуации сообщили 66 (20,8%) респондентов. Среди мужчин на момент опроса в стрессогенной ситуации находился каждый четвертый респондент, что статистически значимо выше, чем среди женщин (25 против 15,8%; $p < 0,05$). Отмечали тяжелые стрессы в

течение последних двух лет 119 (37,4%) опрошенных, причем у 25 (7,9%) подобные ситуации возникали регулярно. У 54 (17%) участников исследования стрессогенные жизненные ситуации возникали более 5 лет назад.

Респонденты старше 50 лет чаще указывали на стрессовые ситуации 1—2 года назад (45,2%), чем пациенты моложе 50 лет (17,8%). В то же время в более молодых возрастах частота стресса, испытываемого в настоящее время, была существенно выше, чем у лиц старше 50 лет ($p < 0,001$; 45,6 против 11%).

На основании данных анкетирования была построена регрессионная модель прогнозирования удовлетворенности качеством медицинской помощью:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(7,136 - 0,047x_1 - 1,191x_2 + 0,893x_3 - 0,905x_4)}}, \quad (2)$$

где p — вероятность удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи; e — математическая константа 2,72; x_1 — возраст пациента, лет ($b_1 = -0,047$); x_2 — наличие среди вредных привычек употребления алкоголя (0 — нет; 1 — да) ($b_2 = -1,119$); x_3 — проживание ранее в местностях с тяжелым климатом (0 — нет; 1 — да) ($b_3 = 0,893$); x_4 — частота посещения ЛПУ (0 — не посещают, 1 — посещают редко, 2 — посещают регулярно; 3 — посещают постоянно) ($b_4 = -0,905$); константа модели $b_0 = 7,136$.

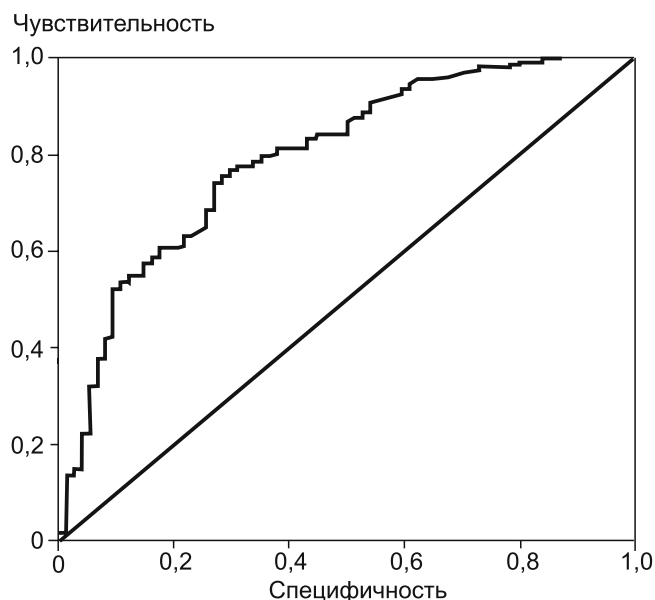
Модель статистически значима ($p < 0,001$) и является согласованной по Хосмеру—Лемешеву.

Характеристики регрессионной модели на 4-м шаге представлены в табл. 6. Для данной модели коэффициент детерминации (R^2) составил 0,279, что показывает статистически значимое объяснение данными пред-

Таблица 4

Экономическое положение больных АГ и их семей

Среднемесячный доход на члена семьи, тыс. руб.	Мужчины (n = 172)		Женщины (n = 148)		Всего (n = 318)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Менее 10	5	2,9	3	2,1	8	2,5	>0,05
10—20	39	22,7	49	33,6	88	27,7	<0,05
20—40	47	27,3	79	54,1	126	39,6	<0,05
40—70	71	41,3	15	10,3	86	27,0	<0,05
70—100	10	5,8	0	0,0	10	3,1	<0,05



ROC-кривая регрессионной модели прогнозирования удовлетворенности медицинской помощью пациентов с АГ.

кторами изменения переменной отклика на 27,9%. Модель имеет высокую чувствительность (предсказывает удовлетворенность медицинской помощью в 96,3% случаев). Специфичность модели (точность прогнозирования неудовлетворенности) составила 31,1%, общая частота правильных предсказаний — 81,1%.

По результатам построения ROC-кривой показатель AUC составил $0,790 \pm 0,032$ (ДИ 95%; $0,727—0,853$; $p < 0,001$; см. рисунок), что указывает на хорошее качество модели прогнозирования удовлетворенности кардиологической помощью на основании отобранных предикторов.

Результаты выполненного анализа свидетельствуют о том, что предикторами, снижающими вероятность удовлетворенности качеством медицинской помощи, являются более старший возраст пациента, наличие среди вредных привычек употребления алкоголя, более

частые посещения лечебно-профилактического учреждения.

Фактором, предопределяющим более высокую вероятность удовлетворенности оказываемой медицинской помощью, является проживание пациента до переезда в Московскую область в местностях с тяжелыми климатическими условиями.

Обсуждение

В последние годы все больше специалистов полагают, что основой концепции профилактики должно стать изменение ее акцента: бывший ранее объектом воздействия человек должен сам выступать в качестве активной силы сохранения своего здоровья [3, 12—14]. Для этого необходимо создание полноценной характеристики пациента с учетом всех факторов, в том числе с учетом его демографических и социально-экономических параметров.

Полученные результаты позволили составить социальный портрет пациента с АГ. Это чаще мужчина (54,1%) возрастной группы 55—64 года (56,9%), нередко моложе 45 лет (38,7%), имеющий вредные привычки — курение (63,5%), употребление алкоголя (60,1%), проживающий в городской квартире (более 70%), состоящий в браке (83,3%), имеющий детей, проживающих отдельно (47,5%), часто работающий в сфере промышленности (41,2%), с доходом на члена семьи 20—40 тыс. руб. (39,6%) или ниже 20 тыс. руб. (30,2%), в качестве физической нагрузки уделяющий внимание работе на дачном участке (34,4%), общающийся в основном с членами семьи и соседями (51,6%), отмечающий тяжелые стрессогенные ситуации на протяжении последних 2 лет (59,6%). Как правило, пациент с АГ обращается в лечебное учреждение по месту жительства (55%), но в ряде случаев добирается до него на транспорте (31,4%), достаточно часто посещает лечебное учреждение (53,1%) и выражает удовлетворенность качеством медицинской помощи (76,7%).

К гендерным особенностям социального портрета больных АГ относятся:

Таблица 5

Социальные связи и наличие стрессогенных ситуаций у обследуемых

Вариант ответа	Мужчины ($n = 172$)		Женщины ($n = 148$)		Всего ($n = 318$)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Имеют широкий круг общения (семья, друзья, соседи, коллеги, знакомые)	52	30,2	37	25,3	89	28,0	$>0,05$
Общаются в основном с членами семьи и соседями	83	48,3	81	55,5	164	51,6	$>0,05$
Общаются с одним-двумя близкими людьми	28	16,3	15	10,3	43	13,5	$>0,05$
Стараются общаться как можно меньше, практически ни с кем не общаются	9	5,2	13	8,9	22	6,9	$>0,05$
Не отмечают тяжелых стрессогенных ситуаций в прошлом и в настоящее время	5	2,9	3	2,1	8	2,5	$>0,05$
Отмечают тяжелые стрессогенные ситуации:	23	13,4	31	21,2	54	17,0	$>0,05$
давно (более 5 лет назад)							
от 1 до 2 лет назад	58	33,7	61	41,8	119	37,4	$>0,05$
в течение последнего года	28	16,3	18	12,3	46	14,5	$>0,05$
в настоящее время	43	25,0	23	15,8	66	20,8	$<0,05$
регулярно в течение последних 1—2 лет	15	8,7	10	6,8	25	7,9	$>0,05$

Таблица 6

Сводные данные по регрессионной модели прогнозирования удовлетворенности качеством медицинской помощи пациентов с АГ

Предиктор	Коэффициент регрессии (b)	Стандартная ошибка	Статистика Вальда χ^2	p	Exp (b)	95% ДИ для Exp (b)	
						нижняя	верхняя
Возраст	-0,047	0,017	7,652	0,006	0,954	0,923	0,986
Употребление алкоголя	-1,191	0,337	12,466	<0,001	0,304	0,157	0,589
Проживание ранее в местностях с тяжелым климатом	0,893	0,400	4,990	0,025	2,441	1,116	5,342
Частота посещения ЛПУ	-0,905	0,200	20,472	<0,001	0,405	0,273	0,599
Константа	7,136	1,114	41,061	<0,001	1256,6		

Примечание. ДИ — доверительный интервал.

- ♦ более старший средний возраст пациентов-женщин ($59,9 \pm 9,9$ года), 69,6% женщин с АГ относятся к возрастной группе 55—64 лет. При этом каждый 5-й пациент мужского пола относится к возрастной группе моложе 45 лет, что в 2,3 раза выше доли этой возрастной группы среди женщин;
- ♦ для пациентов мужского пола по сравнению с опрошенными женщинами характерно более высокое распространение факторов риска: курения (в 1,96 раза), употребления алкоголя (в 2,53 раза), профессиональных вредностей (в 3,96 раза) и проживания в местах с тяжелыми климатическими условиями (в 2,05 раза); более частая занятость в сфере государственной или военной службы; более высокий уровень дохода на члена семьи (40—70 тыс. руб. у 41,3%); большая частота стрессогенных ситуаций в настоящее время (у каждого 4-го респондента), 62,2% мужчин с АГ отметили, что редко посещают лечебные организации или не посещают их совсем;
- ♦ для пациентов-женщин характерно существенное распространение курения (41,8%) и употребления алкоголя (32,9%), по сравнению с мужчинами более частая (19,2%) занятость в сфере образования, статистически значимо более низкий уровень дохода (в каждом 3-м случае доход составил менее 10—20 тыс. руб. на члена семьи). Женщины с АГ имеют существенно более высокую, чем мужчины, медицинскую активность (71,3% регулярно или постоянно посещают лечебные учреждения), но при этом в 1,7 раза чаще мужчин недостаточно удовлетворены качеством медицинской помощи.

Наши результаты подтвердили необходимость изучения социально-экономических характеристик больных АГ. Анализ показал достаточно низкий уровень среднедушевого дохода большинства пациентов, что, вероятно, отражается на их возможностях регулярного обеспечения современными лекарственными средствами для лечения основного заболевания.

Следует отметить, что работы, посвященные анализу социальных характеристик больных с изучаемой патологией, в доступной литературе единичны. Например, целью исследования В.В. Гацан, А.Н. Бакаевой (2012) явилось составление социально-демографического портрета потребителя антигипертензивных лекарственных препаратов в Ростовской области для учета региональной потребности в соответствующих

лекарственных средствах (ЛС) [15]. Социально-демографический портрет больных на региональном уровне был составлен по двум группам. Группу со среднедушевым доходом меньше прожиточного минимума составили пациенты, которые проживают преимущественно в городе, семья состоит из 3—4 человек, возраст старше 55—65 лет, пенсионеры, страдающие хронической формой АГ более 5 лет. На ЛС эти пациенты затрачивают до 25—35% общего дохода, на питание — до 60%. Ко второй группе относились пациенты со среднедушевым доходом, равным или выше прожиточного минимума. Такие пациенты проживают преимущественно в городе, семья состоит из 1—2 человек, возраст старше 65 лет, преимущественно пенсионеры, страдающие АГ. Авторами был сделан вывод, что результаты анализа социально-демографических характеристик такого пациента свидетельствуют о необходимости усиления социальной защиты данной категории населения региона, в данном случае Ростовской области [4].

В работе Е.Г. Захаровой и соавт. (2013) выполнено сравнение характеристик пациентов с АГ в первом десятилетии XXI века и в середине 1980-х годов для оптимизации лечебно-диагностических рекомендаций. Сделан вывод о том, что выявленные изменения связаны с изменениями социально-экономических характеристик общества, а также с совершенствованием подходов к терапии, появлением новых групп ЛС [16].

Заключение

Результаты нашего исследования, как и других авторов, подтверждают, что особое внимание при планировании и осуществлении профилактических мероприятий в отношении АГ следует уделять мужчинам трудоспособного возраста как категории лиц, имеющих наиболее выраженные факторы риска АГ и редко обращающихся в медицинские организации.

Выявленные особенности социально-демографических характеристик больных АГ с большой долей вероятности выступают в качестве предикторов приверженности к лечебно-диагностическим и профилактическим мероприятиям, а также способствуют выявлению факторов риска заболевания. Полученные результаты, как и опыт апробированного в настоящей работе подхода, могут способствовать повышению эффективности профилактических мероприятий в отношении АГ у трудоспособного населения.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Авдеева М., Лобзин Ю., Лучкевич В. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи. *Врач*. 2013; (11): 83—5.
2. Агаев А.А., Гамзаев М.А., Бабаева А.Д. Социально-поведенческие аспекты недостаточной приверженности населения к лечению и профилактике артериальной гипертензии. *Семейная медицина*. 2012; (4): 11.
3. Антипова С.И., Антипов В.В. Болезни системы кровообращения: эпидемиологические и демографические сопоставления. *Медицинские новости*. 2011; (12): 37—43.
4. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2012; (1): 5—10.
5. Решетников А.В., Ефименко С.А. *Социология пациента*. М.: Здоровье и общество, 2008.
6. Решетников А.В. *Социология медицины*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
7. Решетников А.В. *Медико-социологический мониторинг*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
8. Решетников В.А., Козлов В.В., Роюк В.В. Пути повышения эффективности первичной профилактики артериальной гипертензии для сохранения трудоспособности населения. *В мире научных открытий*. 2016; 76(4): 63—81.
9. Шальнова С.А., Кукушкин С.К., Маношкина Е.М., Тимофеева Т.Н. Артериальная гипертензия и приверженность к терапии. *Врач*. 2009; (12): 39—42.
10. Паскарь Н.А. Кабинет профилактики артериальной гипертензии: возможности и перспективы в первичном здравоохранении. *Артериальная гипертензия*. 2013; 19(6): 545—50.
11. Доклад Общественной палаты "Табачная эпидемия в России: причины, последствия, пути преодоления". М., 2009.
12. Гринев О.В. Отдельные аспекты организации профилактической работы центров здоровья. *Здравоохранение*. 2014; (1): 36—40.
13. Shrivastava S.R., Shrivastava P.S., Ramasamy J. The Determinants and Scope of Public Health Interventions to Tackle the Global Problem of Hypertension. *Int. J. Prev. Med.* 2014; 5(7): 807—12.
14. Wright E.R., Perry B.L. Medical sociology and health services research: past accomplishments and future policy challenges. *J. Health. Soc. Behav.* 2010; 51: 107—19.
15. Гацан В.В., Бакаева А.Н. Результаты социологического опроса больных артериальной гипертензией в Ростовской области. *Современные проблемы науки и образования*. 2012. (4): 1—7.
16. Захарова Е.Г., Фурсов А.Н., Потехин Н.П. Сравнительная характеристика больных с гипертонической болезнью середины 80-х годов XX столетия и первого десятилетия XXI в. (портреты больных с позиций факторного анализа). *Системные гипертензии*. 2013; (1): 52—7.
1. Avdeeva M., Lobzin Yu., Luchkevich V. Improvement of prophylaxis of chronic noninfectious diseases in system of primary health care. *Vrach*. 2013; (11): 83—5. (in Russian)
2. Agayev A.A., Gamzayev M.A., Babayeva A.D. Social and behavioural aspects of insufficient commitment of the population to treatment and prevention of arterial hypertension. *Semeinaya medicina*. 2012; (4): 11. (in Russian)
3. Antipova S.I., Antipov V.V. Illnesses of the blood circulatory system: epidemiological and demographic comparisons. *Medit-sinskie novosti*. 2011; (12): 37—43. (in Russian)
4. Oganov R.G., Maslennikova G.Ya. Demographic tendencies in the Russian Federation: contribution of illnesses of the blood circulatory system. *Cardiovascularnaya terapiya i profilaktika*. 2012; (1): 5—10. (in Russian)
5. Reshetnikov A.V., Efimenko S.A. *Sociology of the patient. [Sociologiya pacienta]*. M.: Zdorovie i obchestvo. 2008. (in Russian)
6. Reshetnikov A.V. *Medicine sociology. [Sociologiya meditsiny]*. Moscow: GEOTAR-Media. 2010. (in Russian)
7. Reshetnikov A.V. *Medico-sociological monitoring. [Medico-sociologicheskii monitoring]*. Moscow: GEOTAR-Media. 2013. (in Russian)
8. Reshetnikov A.V., Kozlov V.V., Royuk V.V. Ways of rising of efficiency of primary prophylaxis of arterial hypertension for conservation of working capacity of the population. *V mire nauchnykh otkrytiy*. 2016; 76(4): 63—81. (in Russian)
9. Shalnova S.A., Cuckooshkin S.K., Manoshkina E.M., Timofeeva T.N. Arterial hypertension and commitment to therapy. *Vrach*. 2009; (12): 39—41. (in Russian)
10. Paskar N.A. Office of prophylaxis of arterial hypertension: opportunities and prospects in primary health care. *Arterialnaya hipertensia*. 2013; 19(6): 545—50. (in Russian)
11. The report of Public chamber "Tobacco epidemic in Russia: reasons, consequences, ways of overcoming". Moscow: 2009. (in Russian)
12. Gridnev O.V. Separate aspects of the organization of schedules maintenance of the centers of health. *Zdravookhranenie*. 2014; (1): 36—40. (in Russian)
13. Shrivastava S.R., Shrivastava P.S., Ramasamy J. The Determinants and Scope of Public Health Interventions to Tackle the Global Problem of Hypertension. *Int. J. Prev. Med.* 2014; 5(7): 807—12.
14. Wright E.R., Perry B.L. Medical sociology and health services research: past accomplishments and future policy challenges. *J. Health. Soc. Behav.* 2010; 51: 107—19.
15. Gatsan V.V., Bakayeva A.N. Results of sociological poll of patients with arterial hypertension in the Rostov region. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2012; (4): 1—7. (in Russian)
16. Zakharova E.G., Fursov A.N., Potemkin N.P. The comparative characteristic of patients with an idiopathic hypertension of the middle of the 80th years of the XX century and the first decade of the 21st century (portraits of patients from positions of the factorial analysis). *Sistemnye hipertensii*. 2013; (1): 52—7. (in Russian)

Поступила 12.10.2016

Принята в печать 20.11.2016