

УДК 614.23/.25 (575.3)

doi: 10.52888/0514-2515-2023-358-3-5-9

И.И. Баротов

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ, ЗАКРЕПЛЕННЫХ ЗА СЕМЕЙНЫМИ ВРАЧАМИ ЯВАНСКОГО РАЙОНА

Государственный образовательный учреждений «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино»

Баротов Имомали Иноятovich - Государственный образовательный учреждений «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино»; Тел.: +992938637865; Email: fmagzumova@mail.ru

Цель исследования. Изучение медико-социальной и психосоциологической характеристики семей обслуживаемого населения семейными врачами Яванского района.

Материал и методы исследования. В исследование включено 450 пациентов, закреплённых за врачами общей практики. Объектом исследования явились взрослые члены семей всех возрастных групп, различного социального положения, материального обеспечения и состояния здоровья, что позволило получить репрезентативные результаты. Опрос пациентов производился по специально разработанной анкете, содержащей 30 вопросов. Полученные сведения обработаны математически и представлены в виде показателей.

Результаты исследования и их обсуждение. Таким образом, среди анкетированных пациентов преобладающим образованием является среднее и средне-специальное образование. Мужчины оказались более образованными: 44,7% из них имеют среднее специальное и высшее образование (среди женщин такой уровень образования отметили только 31,6%). Уровень образования в определенной степени отражается на типе семьи и семейном положении респондентов. С увеличением уровня образованности уменьшается количество детей (в полных семьях на 10,0-15,0%, в неполных семьях на 5-7%). Удельный вес замужних и женатых, напротив, повышается с повышением уровня образования от 45,4% до 51,1%. Корреляционный анализ взаимосвязи семейного положения респондентов, типом их семьи и уровнем образования показал наличие слабой связи ($r=0,21\pm0,7$ и $0,11\pm0,3$ соответственно).

Выводы. С целью обеспечения доступности медико-социальных услуг населению, необходимо отметить, что принципиальным вопросом в реализации программы развития сельского здравоохранения становится формирование рациональной кадровой политики, укрепление первичного сельского здравоохранения с целью решения социально-бытовых проблем. Немаловажное значение имеет формирование нормативно-правовой и методической базы для сопровождения деятельности семейных врачей в сельской местности.

Ключевые слова: семья, семейный врач, ПМСП, медико-социальная и медико-психологическая характеристика.

I.I. Barotov

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF FAMILIES ASSIGNED TO FAMILY PHYSICIANS IN JAVAN DISTRICT

SEI Avicenna Tajik State Medical University, Department of family medicine

Barotov Imomali Inoyatovich - SEI Avicenna Tajik State Medical University ; Tel: +992938637865; Email: fmagzumova@mail.ru

Objective. The study seeks to explore the medical, social, and psycho-sociological characteristics of families within the population served by family doctors in the Yavan region.

Materials and Methods. The study encompassed 450 patients under the care of general practitioners. The subjects were adult family members from various age groups, social standings, financial backgrounds, and health conditions, ensuring representative outcomes. Data was collected using a custom questionnaire comprised of 30 questions. This data was mathematically processed, and the findings are presented as indicators.

Results and Discussion. The data revealed that the majority of surveyed patients primarily possess secondary or specialized secondary education. Men were more educated, with 44.7% holding a secondary specialized education or higher, while only 31.6% of women reported this level of education. Education levels appeared to influence family and marital statuses. As education levels rose, the number of children in families decreased (by 10.0%-15.0% in nuclear families and 5-7% in single-parent families). Conversely, the percentage of those married or in committed relationships increased with a rise in education, from 45.4% to 51.1%. A correlation analysis between respondents' marital status, family type, and educational level indicated a weak relationship ($r = 0.21 + 0.7$ and $0.11 + 0.3$, respectively).

Conclusions. To enhance the accessibility of medical and social services for the community, it's essential to address core challenges in the implementation of rural health development programs. This includes formulating a sound personnel policy and bolstering primary rural healthcare to tackle social issues. Additionally, establishing a regulatory and methodological structure is vital to guide family doctors serving in rural regions.

Keywords: family, family doctor, PHC, medical-social and medical-psychological characteristics.

Актуальность. Реформирования системы здравоохранения в Республике Таджикистан началось после принятия постановления правительства Республики Таджикистан №94, от 22 марта 2002 года «Концепция реформы здравоохранения Республики Таджикистан». Данная реформа была направлена на внедрении более новых подходов в развитии, повышении качества и доступности медицинских услуг населению. Реформирование началось в семи направлениях системы здравоохранения: реформирование структур первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), госпитальная служба, финансирование, лекарственная политика, санитарно-эпидемиологическая служба, кадровая политика (с учетом подготовки специалистов семейной медицины) и инфраструктура учреждений.

Одной из актуальных проблем было и до сих пор остается развитие семейной медицины в республике.

Здоровье населения является важнейшим фактором развития и благосостояния страны. Социальное и экономическое неблагополучие, естественно, негативно отразилось на состоянии системы здравоохранения. Соответствующее снижение статуса здоровья сельского населения способствовало осознанию острой необходимости в проведении реформ в секторе здравоохранения сельской местности с целью стабилизации и улучшения создавшегося положения (Концепция реформы системы здравоохранения 2002 г.).

В условиях внедрения семейной медицины, семья возводится в статус пациента, что сопровождается необходимостью поиска критериев оценки здоровья семьи, с целью планирования лечебно-профилактической помощи, определения форм и методов работы с ней семейного врача, необходима организация первичной медико-социальной помощи по семейному принципу.

Цель исследования. Изучение медико-социальной и психосоциологической характеристики семей обслуживаемого населения семейными врачами Яванского района.

Материал и методы исследования. Для решения данной проблемы нами была использована программа медико-социальной и психосоциологической оценки потребностей семьи как пациента службы ПМСП. Разделы программы охватывают все области изучения семьи и включают в себя следующие характеристики: социально-демографическую (состав,

возраст членов семьи, количество детей); социально-гигиеническую (уровень образования, социальное положение, место и условия работы членов семьи); медико-биологическую (состояние здоровья каждого члена семьи на основании субъективной и объективной оценки, наличие факторов риска для здоровья, медицинскую активность, отношение к необходимости сохранения и поддержания здоровья членов семьи) и психо-социологическую (психологический климат в семье, состояние душевного равновесия членов семьи и причины его нарушения); материально-экономическую сторону жизни (жилищные условия, уровень дохода).

Объектом наблюдения явились взрослые члены семей всех возрастных групп, различного социального положения, материального обеспечения и состояния здоровья, что позволило получить репрезентативные результаты. Опрос пациентов производился по специально разработанной анкете, содержащей 30 вопросов. Полученные сведения обработаны математически и представлены в виде показателей.

Результаты исследования и их обсуждение. Анкетирование проведено среди 450 пациентов, закрепленных за врачами общей практики, среди них проанализировано 400 анкет. Среди опрошенных было 37,5% мужчин и 62,5% женщин. Лица трудоспособного возраста (20-59 лет) составили 262 (65,5%) человека (мужчин было 35,1%, женщины - 64,9%). Респондентов пожилого (пенсионного) возраста было 126 (31,5%) человек, среди анкетированных данной возрастной группы мужчин оказалось 42,1%, а женщин - 57,9%. Лица моложе 20 лет составили 3,0% анкетированных. Распределение респондентов по возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение респондентов по возрасту и пола

Возраст	Мужчины, n	Женщины, n
До 20 лет	5 (3,3%)	7 (2,8%)
20-29 лет	36 (24,0%)	38 (15,2%)
30-39 лет	25 (16,6%)	53 (21,5%)
40-49 лет	21 (14,0%)	46 (18,3%)
50-59 лет	10 (6,6%)	33 (13,1%)
60-69 лет	50 (33,4%)	48 (19,1%)
70 лет и старше	3 (2,1%)	25 (10,0%)
ВСЕГО	150 (37,5%)	250 (62,5%)

Примечание: % - от общего количество опрошенных бенефициаров

В данном исследовании в качестве пациента выступает семья. Мы старались информацию, полученную от респондентов, связывать с их семьями, и включали в структуру семьи три основных элемента: численность, состав, число поколений и была составлена классификация обследованных семей. Результаты анкетирования показали, что одиноко проживающих респондентов было 10,4%, холостые или незамужние, живущие с родителями, составили 8,0%.

Также были выделены малые семьи, состоящие из 3-х человек и меньше - 30,5%, от 3 до 5 человек - 40,9%, семьи из 5 и более человек - 28,6%. Семейных пар без детей оказалось 8,0%, семей, имеющих одного ребенка - 9,6%, двух детей - 16,0%, трех детей - 24,1%, и более трех детей было 42,3% анкетированных. Для дальнейшего исследования мы акцентировали внимание на одиноко проживающих респондентах, членах неполных и полных семей, которые составили 9,7%, 27,4% и 62,9% соответственно.

Интересные данные получены при изучении состава семей в разных возрастных группах. Более трети (40,3%) семей молодого возраста (до 30 лет) проживает с родителями, что, вероятно, естественно и оправданно в нынешних условиях экономического неблагополучия. В этом возрасте роль родителей велика еще и с точки зрения оказания помощи по уходу за ребенком. В тоже время настораживает тот факт,

что почти такая же доля (35,4%) семей в возрасте 30-39 лет продолжает проживать с родителями. Это, скорее всего, является вынужденной мерой, с одной стороны, из-за трудностей улучшения жилищных условий в период экономической трудности в стране, а с другой - совместное проживание помогает преодолевать материально-экономические затруднения.

Для лиц старшего поколения (старше 60 лет) более благоприятным является проживание вместе с детьми. По данным нашего исследования, семьи пенсионеров составляют 10,1%. Из них одиноко проживают 8,9%. Причем, удельный вес одиноких с возрастом увеличивается (среди 60-69 летних их 10,3%, а в возрасте 70 лет и более таковых 20,7%). В малых семьях живет 40,7% лиц пожилого возраста, в больших семьях - 32,0%. Полученные данные представлены в табл. 2.

Изучение многодетности мы осуществляли среди семей в возрасте до 50 лет, так как в виду отдельного проживания детей у респондентов старшего возраста, мы получили неполные и, следовательно, недостоверные сведения. Данные о количестве детей в обследованных семьях отражены в табл. 3.

Анализ данных, представленных в таблице, позволяет сделать вывод, что среди обследованных семей в возрасте от 30 до 50 лет преобладают семьи с 2-3 летними и более старшими детьми (40,1%). Но

Таблица 2

Возрастная характеристика типов семей

Возраст	Одинокие	неполные семьи	полные семьи
Всего:	9,7	27,4	62,9
В том числе:			
До 20 лет	-	1,3	1,4
20-39 лет	15,3	12,9	9,3
30-39 лет	18,9	26,9	25,0
40-49 лет	8,9	26,2	25,0
50-59 лет	25,9	18,3	14,0
60-69 лет	10,3	8,8	13,2
70 и более	20,7	5,6	12,1
Итого	100,0	100,0	100,0

Примечание: % - от общего количество опрошенных бенефициаров

Таблица 3

Распределение семей разных возрастных групп по количеству детей

Количество детей	До 20 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	Всего семей
Нет	85,2	7,1	5,9	7,2	26,3
Один	11,4	36,5	20,3	26,2	28,1
Двое	3,4	46,0	60,2	49,4	35,1
Трое и более	-	10,4	11,8	14,5	10,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание: % - от общего количество опрошенных бенефициаров

с удлинением продолжительности семейной жизни количество детей увеличивается. Так, в возрастной группе 40-49 лет доля семей, имеющих троих и более детей составила 53,3%, а у 30-39 летних родителей - 31,4%.

Уровень образованности респондентов, оказывающий влияние на тип семьи, её состав, количество детей, стиль и образ жизни, представлен следующим образом: 19,1% из них имели только начальное образование; незаконченное среднее образование получили 12,5% анкетированных, среди которых преобладают женщины старших возрастных групп; среднее образование - у 26,5% респондентов; профессионально-техническое - у 11,9% (среди мужчин 26,3%, женщин - 6,8%); 26,4% опрошенных имеют средне-специальное образование (17,1% мужчин и 31,8% женщин). Высшее образование было у 22,7% опрошенных (14,5% мужчин и 11,1% женщин).

Выводы.

1. Таким образом, преобладающим образованием анкетированных пациентов, закреплённых за семейными врачами, является среднее и средне-специальное образование. Мужчины оказались более образованными: 44,7% из них имеют средне-специальное и высшее образование (среди женщин такой уровень образования отметили только 31,6%).

2. Уровень образования в определенной степени отражается на типе семьи и семейном положении респондентов. С увеличением уровня образованности уменьшается количество детей (в полных семьях на 10,0-15,0%, в неполных семьях на 5-7%).

3. Удельный вес замужних и женатых, напротив, повышается с повышением уровня образования от 45,4% до 51,1%.

4. Корреляционный анализ взаимосвязи семейного положения респондентов, типом их семьи и уровнем образования показал наличие слабой связи ($r=0,21\pm0,7$ и $0,11\pm0,3$ соответственно).

Заключения. С целью обеспечения доступности медико-социальных услуг населению, необходимо отметить, что принципиальным вопросом в реализации программы развития сельского здравоохранения становится формирование рациональной кадровой политики, укрепление первичного сельского здравоохранения с целью решения социально-бытовых проблем. Немаловажное значение имеет формирование нормативно-правовой и методической базы для сопровождения деятельности семейных врачей в сельской местности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллоева Н.Ш. Оценка качества жизни детей дошкольного возраста г. Душанбе / Н.Ш. Аб-

дуллоева // Вестник медико-социального института Таджикистана. – 2022.-№4.- С.42-43.

3. Азизов З.А. Медико-социальные аспекты охраны и укрепления здоровья лиц пенсионного возраста / З.А. Азизов, Ф.П. Магзумова // Здравоохранения Таджикистана. – 2021. - №4. - С. 16-19.

4. Ахунова Н.Т. Качество жизни у больных с различными ревматическими заболеваниями / Н.Т. Ахунова, З.У. Холова, М. Асрори, З.Ш. Сафаров // Здравоохранения Таджикистана. – 2021. - №4.- С.23-27.

5. Гоибов А.Г. Некоторые вопросы доступности и повышения качества медицинской помощи сельскому населению Республики Таджикистан / А.Г. Гоибов, Н.Т. Мирзоали, Х.К. Каримзода, Р.А. Турсунов // Вестник Авиценны. – 2019. Т.21. - №3. – С. 415-419.

6. Камалова С.С. Психологические аспекты положения пожилых людей / С.С. Камалова, Н.Х. Меликова, С.Н. Мавланова, Н.М. Навджувонов//Здравоохранения Таджикистана. - 2021. - №4. – С. 53-56.

7. Мадаминова З.А. Проблемы оказания паллиативной помощи детям в Республике Таджикистан / З.А. Мадаминова, М.Н. Умарова, Н.Р. Хайталиева// Материалы конференции Здравоохранения Таджикистана. – 2022. - №4. – С.96-97.

8. Мунавварова У.М. Новые ориентиры по оказанию комплексной медико-социальной помощи пожилым людям и инвалидам на уровне общин в рамках десятилетия здорового старения (2021-2030гг.) / У.М. Мунавварова // Материалы конференции Здравоохранения Таджикистана. – 2021. - №4. – С. 64-70.

9. Павлова С.В. Ранняя помощь детям и их семьям, пути развития в Российской Федерации / С.В. Павлова, А.В. Сокуров, Т.В. Ермоленко, В.В. Лорер, С.В. Малькова, И.С. Ишутина// Материалы конференции Здравоохранения Таджикистана. - 2022. - №4. – С. 63-67.

10. Раджабзода С.Р. Анализ статуса и ресурсов вертикальных центров на уровне ПМСП в районах республиканского подчинения / С.Р. Раджабзода, Б.Ю. Джонова, Дж.Х. Дустов // Вестник медико-социального института Таджикистана. – 2022. - №4.- 14-15.

REFERENCES

1. Abdulloeva N.Sh. Otsenka kachestva zhizni detey doshkolnogo vozrastav g. Dushanbe [Assessment of the quality of life of preschool children in Dushanbe]. *Vestnik mediko-sotsialnogo instituta Tadjikistana - Bulletin of the Medical and Social Institute of Tajikistan*, 2022, No. 4, pp. 42-43.

2. Azizov Z.A. Mediko-sotsialnye aspekty okhrany i ukrepleniya zdorovya lits pensionnogo vozrasta [Medico-social aspects of protection and promotion of health of persons of retirement age]. *Zdravookhraneniya Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2021, No. 4, pp. 16-19.

3. Akhunova N.T. Kachestvo zhizni u bolnykh s razlichnymi revmaticheskimi zabolevaniyami [Quality of life in patients with various rheumatic diseases]. *Zdravookhraneniya Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2021, No. 4, pp. 23-27.

4. Goibov A.G. Nekotorye voprosy dostupnosti i povysheniya kachestva meditsinskoy pomoshchi selskomu naseleniyu Respubliki Tadjikistan [Some issues of accessibility and improvement of quality of medical care for rural population of the Republic of Tajikistan]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2019, Vol. 21, No. 3, pp. 415-419.

5. Kamalova S.S. Psikhologicheskie aspekty polozheniya pozhilykh lyudey [Psychological aspects of the condition of the elderly]. *Zdravookhraneniya Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2021, No. 4, pp. 53-56.

6. Madaminova Z.A. Problemy okazaniya palliativnoy pomoshchi detyam v Respublike Tadjikistan [Problems of palliative care for children in Tajikistan]. *Zdravookhraneniya Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2022, No. 4, pp. 96-97.

7. Munavvarova U.M. Novye orientiry po okazaniyu kompleksnoy mediko-sotsialnoy pomoshchi pozhilym lyudyam i invalidam na urovne obshchin v ramkakh desyatiletiya zdorovogo stareniya (2021-2030gg.) [New benchmarks for integrated community-based health and social care for the elderly and individuals with disabilities in the Decade of Healthy Aging (2021-2030)]. *Zdravookhraneniya Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2021, No. 4, pp. 64-70.

8. Pavlova S.V. Rannyya pomoshch detyam i ikh semyam, puti razvitiya v Rossiyskoy Federatsii [Early help for children and their families, development paths in the Russian Federation]. *Zdravookhraneniya Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2022, No. 4, pp. 63-67.

9. Radzhabzoda S.R. Analiz statusa i resursov vertikalnykh tsentrov na urovne PMSP v rayonakh respublikanskogo podchineniya [Analysis of the status and resources of vertical centers at the PHC level in the districts of republican subordination]. *Vestnik mediko-sotsialnogo instituta Tadjikistana - Bulletin of the Medical and Social Institute of Tajikistan*, 2022, No. 4, pp. 14-15.

ХУЛОСА

И.П. Баротов

ХУСУСИЯТҲОИ ТИББИЮ ИЧТИМОИИ ОИЛАҲОЕ, КИ ТАБИБОНИ ОИЛАВӢ ДАР НОҲИЯИ ЁВОН ХИЗМАТ МЕРАСОНАД

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои тиббӣ-ичтимоӣ ва равонӣ-ичтимоӣ оилаҳое, ки табибони оилавии ноҳияи Ёвон хизмат мерасонанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқоти мазкур 450 нафар беморонро табибони оилавӣ фаро гирифта шуданд. Таҳқиқот байни аҳолии калонсолони аъзои оилаҳои мазкур гузаронда шуданд. Дар он вазъи иҷтимоӣ гуногундӯшта, таъминоти моддӣ ва сатҳи солимии онҳо ба инобат гирифта шудааст, ки он имкон дод, натиҷаҳои назаррасро ба даст орем. Таҳқиқот аз рӯи саволномаи махсус тарҳрезӣшуда, ки он 30 саволро дар бар мегирад, гузаронида шуд. Маълумоти гирифташуда ба таври математикӣ коркард шуда, дар шакли нишондиҳандаҳо пешниҳод карда мешавад.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи он. Ҳамин тариқ, таҳқиқот нишон дод, ки бештар беморони пурсишшудаи табибони оилавӣ маълумоти миёна ва миёнаи махсус доштаанд. Маълум гардид, ки саводнокии мардҳо баланд будааст: 44,7% онҳо маълумоти миёнаи махсус ва олий доранд (дар байни занҳо бошад ин нишондод танҳо 31,6% ташкил намуданд). Дарачаи маълумонокӣ то андозае ба шакл ва вазъи оилавии пурсидашудагон таъсир мерасонад. Дар баробари баланд будани дараҷаи маълумотнокӣ оила шумораи кудакон кам шудаанд (дар оилаҳои мукамал 10,0% -15,0%, дар оилаҳои нопурра 5-7%). Ҳиссаи занҳои шавҳардор ва мардҳои зандор баръакс, бо баланд шудани сатҳи маълумотнокӣ аз 45,4% то 51,1% меафзояд. Таҳлили таносуби нишон дод, ки вазъи оилавии пурсидашудагон, шакли оилавии онҳо ва сатҳи маълумонокӣ онҳо робитаи заиф доранд (мутаносибан $r = 0,21+0,7$ ва $0,11+0,3$).

Хулоса. Бо мақсади дастрасии аҳоли ба хизматрасонии тиббӣю иҷтимоӣ ва бартараф намудани камбудҳои тиббӣю иҷтимоӣ дар деҳот, бояд кайд кард, ки масъалаҳои асосии татбиқи барномаи рушди тандурустии деҳот ин ташаккули сиёсати оқилонаи кадрӣ, пурзур намудани кумаки аввалияи тиббӣю санитарӣ дар сатҳи деҳот мебошад. Ташаккули заминаи меъёрию ҳуқуқӣ ва методӣ барои рушди фаъолияти табибони оилавӣ дар деҳот аҳамияти ҷиддӣ дорад.

Калимаҳои калидӣ: оила, табиби оилавӣ, КАТС, хусусиятҳои тиббӣю иҷтимоӣ ва тиббӣ-равонӣ.