

УДК [314.114 – 056.265:33 + 616 – 036.86](477.52)

**АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ІНВАЛІДНОСТІ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО І  
ПРАЦЕЗДАТНОГО НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ  
ВПРОДОВЖ 2001–2011 РОКІВ**

**В. А. Сміянов**, канд. мед. наук, доцент;

**С. В. Павличева**, ст. викл.;

**О. І. Сміянова**, асистент,

*Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми*

*Проаналізована динаміка рівнів первинної інвалідності серед дорослого і працездатного населення Сумської області за останнє десятиріччя, розроблений прогноз показників до 2014 року, визначена структура захворювань, що призводять до стійкої втрати працездатності.*

*Упродовж 2001–2011 років в області спостерігається зниження рівнів первинної інвалідності серед дорослого і працездатного населення, позитивні тенденції прогножуються і в майбутньому.*

**Ключові слова:** *доросле населення, працездатне населення, первинна інвалідність, загальна інвалідність, рівні, структура.*

**ВСТУП**

Інвалідність є одним із найважливіших показників здоров'я населення, що має не тільки медичне, але й соціально-економічне значення. Вона тісно пов'язана із захворюваністю населення і, по суті, завжди є її результатом [1–3]. Відомо, що на стан показників інвалідності значною мірою впливають умови життя та соціальна політика держави щодо інвалідів. Вивчення інвалідності є важливою медико-соціальною проблемою, особливо у сучасних умовах, у зв'язку з процесом, що триває, старінням населення та збільшенням кількості осіб старшого віку з хронічними захворюваннями, які призводять до інвалідності [4].

В Україні на сьогодні кількість інвалідів становить 2,71 млн осіб. Кожен 17-й громадянин України – інвалід, тобто людина, яка потребує допомоги та підтримки від держави [5]. Упродовж останніх років щорічно вперше визнаються інвалідами в середньому 200 тис. осіб з дорослого населення, більшість яких (приблизно 74 %) складають особи працездатного віку [6].

Проблема інвалідності набула соціальної, економічної й політичної ваги у нашому суспільстві. Наявність такої кількості осіб із фізичними особливостями спонукає національні уряди, громадськість країн приділяти велику увагу пошуку, розробленню і впровадженню моделей соціальної підтримки цієї категорії.

Існує пряма та значна кореляція між соціально-економічними проблемами розвитку суспільства та зростанням інвалідності [4, 8]. Втрата багатьма громадянами здоров'я та, як наслідок, втрата або зниження їх працездатності призводять до зростання втрат суспільства у вигляді недовиробленої продукції, необхідності здійснення бюджетних

виплат на допомогу у зв'язку з інвалідністю, а також витрат на соціальне, медичне обслуговування та комплексну реабілітацію осіб з інвалідністю [3, 4].

Висока питома вага інвалідів у загальній кількості населення України обумовлена комплексним впливом багатьох чинників, серед яких найбільш значущими є: дефіцит бюджетних асигнувань на лікувально-профілактичні заходи; нестача медичних кадрів та недостатня кількість сучасного лікувального обладнання, особливо у сільській місцевості; забруднення довкілля, екологічні катастрофи; інтенсивний розвиток техніки, транспортних технологій та урбаністичних процесів, що призводить до зростання техногенного травматизму; непослідовна та низькорезультативна охорона і безпека праці, особливо на підприємствах недержавної форми власності, що призводить до зростання виробничого травматизму [4, 6]. Відсутність навичок здорового способу життя, незадовільні стандарти харчування, споживання сурогатів спиртних напоїв також патогенно впливають на стан здоров'я нації, призводячи прошарки населення до інвалідності.

Проблема інвалідності набуває особливого звучання у зв'язку з постійним зростанням частки інвалідів у загальній структурі населення. На сьогодні вона становить 5,94 % проти 3,0 % у 1994 році [6, 7]. Актуальність проблеми інвалідності збільшується у зв'язку із посиленням процесів старіння населення України. У період між переписами 1959 та 2001 років частка населення, старшого за працездатний вік, зросла з 10,0 до 21,0 %. Ця негативна тенденція зберігається і сьогодні [6]. Кількість осіб із розладами та порушеннями стану здоров'я за таких обставин об'єктивно зростатиме навіть за умови, що більшість чинників ризику інвалідності будуть контрольованими [8, 9].

Кожний із регіонів України має свої особливості (демографічні, екологічні, географічні, соціально-економічні), які помітно впливають на стан інвалідності та її динаміку. Сумська область не є винятком. Незважаючи на значну увагу до проблеми, регіональні особливості, динаміка рівнів і структура інвалідності серед дорослого і працездатного населення області на сьогодні залишаються невивченими. Моніторинг основних показників інвалідності на регіональному рівні є актуальним і необхідним, оскільки він покладений в основу розроблення сучасних підходів до соціальної підтримки інвалідів і є підставою для вдосконалення регіональної політики стосовно цієї категорії громадян.

#### МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета роботи полягає у вивченні динаміки і структури первинної інвалідності серед дорослого і працездатного населення Сумської області за останнє десятиріччя та в розробленні прогнозу цих показників до 2014 року.

#### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під час виконання роботи було використано дані «Звіту про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації» за 2001–2011 роки в Сумській області (форма № 14).

Для оцінки динаміки показників використовували показник наочності (ПН). При розрахунку початкову величину брали за 100 %, а всі інші показники перераховували стосовно вихідної величини за такою формулою:  $ПН = (\text{наступна величина} / \text{початкова величина}) \cdot 100 \%$ . Отримані дані відображали графічно за допомогою стовпчикової діаграми.

Для аналізу тенденцій і прогнозу показників інвалідності був використаний метод вирівнювання динамічних рядів за параболою

першого порядку (рівнянням прямої лінії). Розрахунок проводився за формулою  $Y_t = a + bt$ , де  $a$  – середня арифметична динамічного ряду;  $b$  – коефіцієнт регресії;  $t$  – періоди. Дані відображали графічно за допомогою лінійної діаграми.

Для оцінки структури досліджуваного явища був використаний екстенсивний показник (ЕП). Розрахунок проводили за такою формулою:  $ЕП = (\text{частина явища/все явище}) \cdot 100 \%$ . Отримані дані відображали графічно за допомогою секторної діаграми.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На сьогоднішній день кількість людей з обмеженими фізичними можливостями в загальній структурі населення Сумської області становить 4,7 % (в Україні – 5,94 %). Органи праці та соціального захисту населення обслуговують близько 54 тисяч інвалідів. Рівень первинного виходу на інвалідність населення Сумської області впродовж більше семи років значно нижчий від загальнодержавного. Частка осіб працездатного віку серед уперше визнаних інвалідами досягає 82 % [10]. Про якість проведеної лікувальними закладами області роботи з оздоровлення інвалідів свідчить зменшення питомої ваги установлення тяжких (І і ІІ) груп інвалідності серед дорослого населення з 52,5 до 48,6 % (в Україні – 51,7 %) та працездатних осіб із 44,8 до 42,2 % (в Україні – 48,2 %) [6, 10].

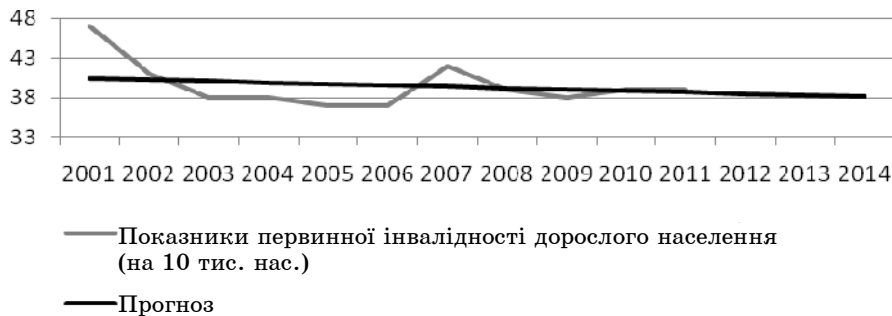
У 2011 році показник первинного виходу на інвалідність серед дорослого населення Сумської області становив 39,0 на 10000, показник первинного виходу на інвалідність у працездатному віці – 47,2 на 10000. Найнижчі рівні первинної інвалідності як серед дорослого, так і серед працездатного населення спостерігались у Роменському (відповідно 29,4 ‰ і 39,2 ‰), Глухівському (27,3 ‰ і 41,0 ‰), Кролевецькому (30,2 ‰ і 44,4 ‰) та Сумському (30,6 ‰ і 38,8 ‰) районах. Найвищими ці показники були в Ямпільському (відповідно 39,7 ‰ і 53,5 ‰), Велико-Писарівському (44,1 ‰ і 61,3 ‰) та Краснопільському (43,3 ‰ і 60,4 ‰) районах. Високі рівні первинного виходу на інвалідність серед дорослого і працездатного населення спостерігаються в м. Сумах (відповідно 47,8 ‰ і 51,6 ‰). Динаміка показників упродовж останнього десятиріччя відображена на рисунку 1).



Рисунок 1 – Динаміка (%) показників первинної інвалідності серед дорослого і працездатного населення Сумської області за 2001–2011 рр.

Упродовж останнього десятиліття в регіоні спостерігається зниження рівнів первинної інвалідності дорослого населення (на 17,02 % – із

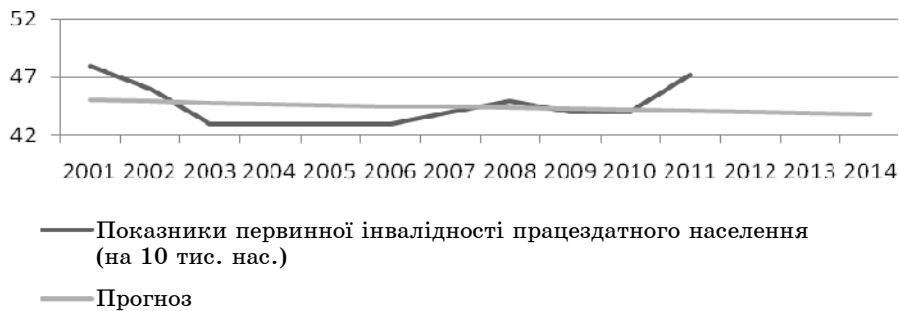
47 ‰ у 2001 р. до 39 ‰ у 2011 р.). Поступове зниження цього показника очікується і надалі. Прогнозовані рівні становили: 2012 р. – 38,52 ‰, 2013 р. – 38,35 ‰, 2014 р. – 38,18 ‰ (рис. 2).



Примітка:  $y = 435$ ;  $ty = -18,7$ ;  $tI = 110$ ;  $a = 39,54$ ;  $v = -0,17$

Рисунок 2 – Тенденції показників первинної інвалідності дорослого населення Сумської області (‰) за період із 2001 по 2014 р.

Поняття інвалідності тісно пов'язане з критеріями працездатності. Пильна увага до рівнів показників серед осіб працездатного віку обумовлена необхідністю збереження трудового потенціалу країни. За період із 2001 по 2011 р. в області намітилася тенденція до зниження інвалідизації працездатного населення (на 1,67 ‰ – із 48 ‰ у 2001 р. до 47,2 ‰ у 2011 р.). Прогнозовані рівні становили: 2012 р. – 44,02 ‰, 2013 р. – 43,93 ‰, 2014 р. – 43,84 ‰ (рис. 3).



Примітка:  $y = 490,2$ ;  $ty = -9$ ;  $tI = 110$ ;  $a = 44,56$ ;  $v = -0,09$

Рисунок 3 – Тенденції показників первинної інвалідності працездатного населення Сумської області (‰) за період із 2001 по 2014 р.

Аналіз динаміки інвалідності підтверджує, що детального вивчення потребують питання комплексної оцінки впливу стійких розладів здоров'я на тривалість життя населення, а також втрат активного життя за рахунок інвалідності. Для підвищення середньої очікуваної тривалості життя, зниження рівня інвалідизації населення необхідно впроваджувати принципово нові підходи до охорони здоров'я членів суспільства, які базуватимуться на пріоритеті не лікувального, а профілактичного спрямування [2, 6, 11].

Вивчення структури інвалідності є важливим і необхідним, оскільки дозволяє не тільки встановити захворювання, які призводять до стійкої втрати працездатності, але й розробити медичні та соціальні заходи її попередження. Аналізуючи структуру первинної інвалідності серед

дорослого населення за класами хвороб, необхідно відмітити, що перше місце займають хвороби системи кровообігу (23,86 %), на другому місці – новоутворення (22,31 %), на третьому – хвороби кістково-м'язової системи (12,11 %), четверте місце займають травми та отруєння (8,88 %), п'яте – психічні розлади (5,54 %) (рис. 4).

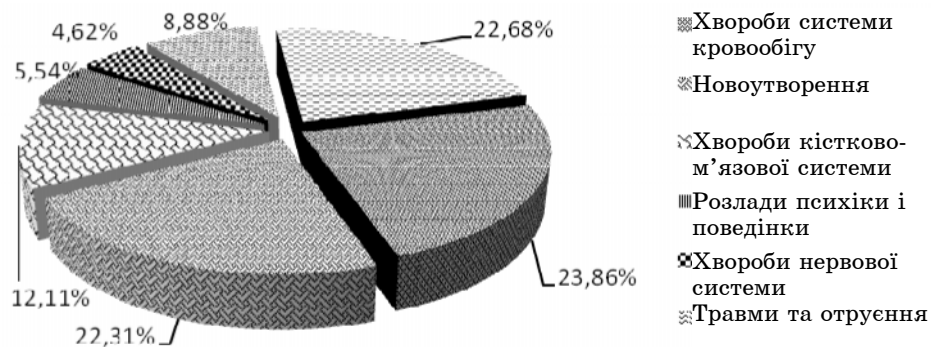


Рисунок 4 – Структура первинної інвалідності (%) дорослого населення (Сумська область, 2011 рік)

У структурі первинної інвалідності працездатного віку у 2011 році перше місце займали новоутворення (23,76 %), друге – хвороби системи кровообігу (17,98 %), на третьому місці – хвороби кістково-м'язової системи (12,77 %), на четвертому – травми та отруєння (9,85 %), розлади психіки займають п'яте місце (6,32 %) (рис. 5).

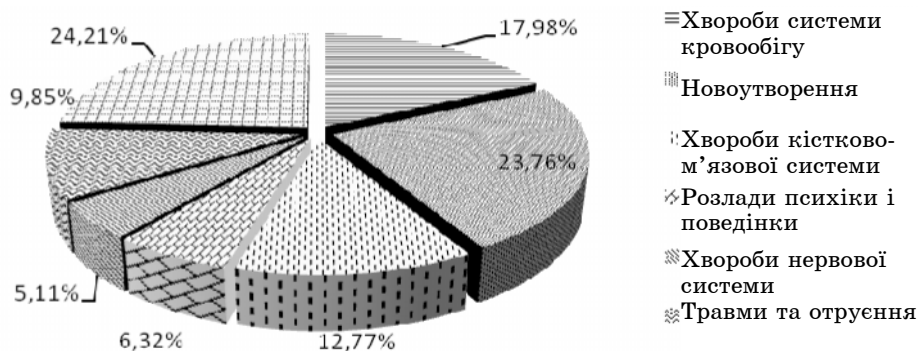


Рисунок 5 – Структура первинної інвалідності (%) працездатного населення (Сумська область, 2011 рік)

Особливу занепокоєність викликає той факт, що в Сумській області частка первинно визнаних інвалідами у віці до 39 років становить 32,81 % серед первинних інвалідів працездатного віку. Звертає на себе увагу висока питома вага новоутворень (15,88 %) у структурі первинної інвалідності у віці 18–39 років. У розрізі класів хвороб на частку осіб у віці до 39 років серед первинно визнаних інвалідами у працездатному віці припадає 67,3 % серед психічних розладів, 53,4 % серед нервових хвороб, 45,1 % серед інфекційних та паразитарних хвороб, 43,8% серед хвороб сечостатевої системи, 41,9 % серед травм і отруєнь, 29,9 % серед хвороб кістково-м'язової системи, 21,9 % серед новоутворень (рис. 6).



Рисунок 6 – Питома вага осіб у віці до 39 років (%) серед первинно визнаних інвалідами у працездатному віці за класами хвороб (Сумська область, 2011 рік)

За досліджуваний період регіональні показники загальної інвалідності як серед дорослого, так і серед працездатного населення не зазнали значних коливань. У 2011 році рівень загальної інвалідності серед дорослого населення Сумської області (за даними ЛПЗ) становив 547,6 ‰ (у 2001 році – 535,96 ‰). Питома вага інвалідів I групи становить 12,5 %, II групи – 41,5 %, III групи – 46 %. Інвалідність встановлена безтерміново у 55 % випадків. У структурі накопиченої інвалідності дорослого населення перше місце займають хвороби системи кровообігу (25 %), друге – хвороби кістково-м'язової та сполучної тканини (11,7 %), третє – розлади психіки і поведінки (11,5 %). Далі йдуть травми та отруєння (10,4 %), хвороби нервової системи (9,7 %) та новоутворення (7,9 %) (рис. 7).

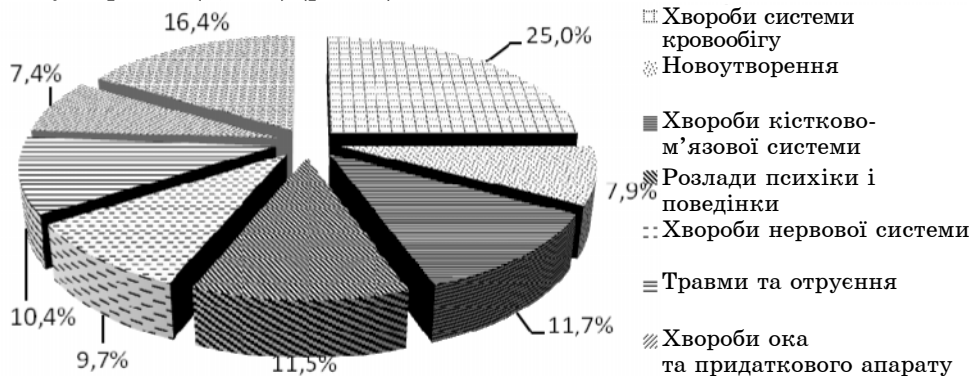


Рисунок 7 – Структура загальної інвалідності (%) серед дорослого населення (Сумська область, 2011 рік)

Рівень загальної інвалідності серед населення працездатного віку (за даними ЛПЗ) становив 453,2 ‰. Частка інвалідів I групи становить 8,6 %, II групи – 36,6 %, III групи – 54,8 %. Інвалідність установа безтерміново у 30,7 % випадків. У структурі накопиченої інвалідності серед населення працездатного віку перше місце займають хвороби системи кровообігу (17,4 %), друге – розлади психіки і поведінки (14,5 %). Хвороби нервової системи (11,2 %), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (10,8 %), травми та отруєння (10,7 %) мають практично однакову питому вагу, за ними йдуть новоутворення (9,5 %) (рис. 8).

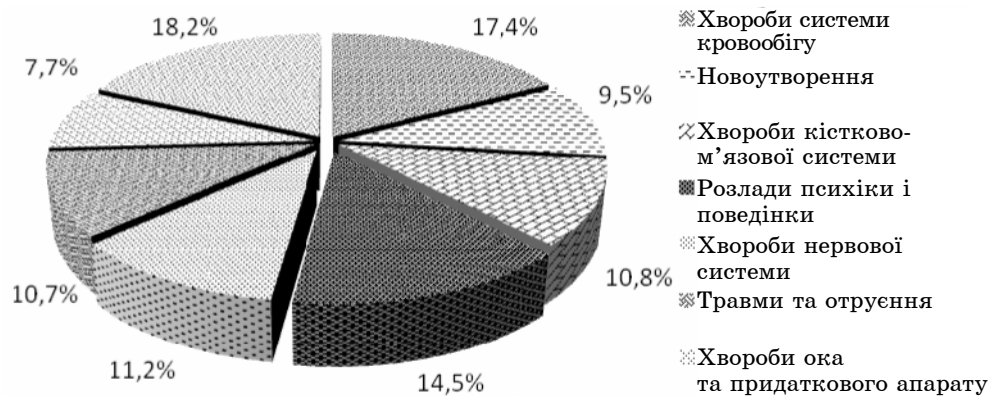


Рисунок 8 – Структура загальної інвалідності (%) серед працездатного населення (Сумська область, 2011 рік)

За роки незалежності в Україні проведена значна робота щодо формування законодавчої бази для вирішення проблем громадян із фізичними вадами. Національне законодавство, зокрема базовий Закон «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», спрямовують державну політику на створення правових, економічних, політичних, побутових та соціально-економічних умов для відновлення здоров'я, матеріального забезпечення, посиленої трудової і суспільної діяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями. Головну роль у цьому відіграє реабілітація інвалідів [6, 12].

У Сумській області, як і в державі у цілому, проведена структурна перебудова служби медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів, посилилася реабілітаційна спрямованість її роботи і, як результат, почали розвиватися галузі медичної, соціальної, професійної та фізичної реабілітації інвалідів. Для координації виконання діючих указів Президента України та відповідних розпоряджень обласної державної адміністрації в управлінні охорони здоров'я створена обласна Реабілітаційна рада, яка щоквартально проводить моніторинг результативності виконання конкретних заходів, об'єднує співпрацю лікувально-профілактичних закладів області та обласного Центру медико-соціальної експертизи і тримає на контролі питання реабілітації інвалідів [6, 10].

Кінцевою метою реабілітації є підвищення якості життя хворих та інвалідів, їх соціальна інтеграція в суспільство, в сім'ю, трудовий колектив, а стратегічним завданням реабілітації повинна бути соціальна інтеграція інваліда, забезпечення йому необхідного рівня життя.

Медичне забезпечення інвалідів здійснюється на підставі індивідуальної програми реабілітації. Усі інваліди області на сто відсотків охоплені індивідуальними програмами реабілітації [10]. Комплексне розв'язання проблем інвалідності на сучасному етапі передбачає створення Центрів медико-соціальної реабілітації і використання можливостей вже існуючих лікувально-профілактичних закладів.

На сьогоднішній день в області відсутня мережа реабілітаційних установ у системі охорони здоров'я, тому управління охорони здоров'я приділяє максимальну увагу створенню і функціонуванню реабілітаційних комісій у лікувально-профілактичних закладах [10]. Сьогодні в області функціонує 33 реабілітаційні комісії. Реабілітаційні комісії є координаційним центром в проведенні відновного лікування.

Актуальним залишається питання створення відділень відновного лікування на базі лікувально-профілактичних закладів таких міст: Суми,

Глухів, Конотоп, Ромни, Охтирка, Шостка, які було передбачено заходами управління охорони здоров'я на період 2008–2011 років «Сумщина – територія повноцінного життя» та на виконання розпорядження голови Сумської обласної державної адміністрації від 23.11.07 р. № 765 «Про стан виконання в області основ соціальної політики щодо осіб з обмеженими фізичними можливостями» [10].

Таким чином, на сьогоднішній день стрижнем соціальної політики щодо інвалідів став реабілітаційний напрямок як основа формування та укріплення психофізіологічного, професійного та соціального потенціалу особистості.

#### ВИСНОВКИ

1. За період із 2001 по 2011 р. в Сумській області спостерігається зниження рівнів первинної інвалідності дорослого населення (на 17,02 % – із 47 ‰ у 2001 р. до 39 ‰ у 2011 р.). Прогнозовані рівні становили: 2012 р. – 38,52 ‰, 2013 р. – 38,35 ‰, 2014 р. – 38,18 ‰.

2. В області намітилась тенденція до зниження інвалідизації працездатного населення (на 1,67% – із 48 ‰ у 2001 р. до 47,2 ‰ у 2011 р.). Прогнозовані рівні становили: 2012 р. – 44,02 ‰, 2013 р. – 43,93 ‰, 2014 р. – 43,84 ‰.

3. Регіональні показники загальної інвалідності як серед дорослого, так і серед працездатного населення за досліджуваний період не зазнали значних коливань.

4. У структурі первинної інвалідності дорослого населення перше місце займають хвороби системи кровообігу, друге – новоутворення, третє – хвороби кістково-м'язової системи.

5. У структурі первинної інвалідності працездатного населення перше місце займають новоутворення, друге – хвороби системи кровообігу, третє – хвороби кістково-м'язової системи.

6. Серед первинних інвалідів працездатного віку 32,81 % припадає на осіб у віці до 39 років.

7. У структурі загальної інвалідності дорослого населення перше місце займають хвороби системи кровообігу, друге – хвороби кістково-м'язової системи, третє – розлади психіки.

8. У структурі накопиченої інвалідності серед населення працездатного віку перше місце займають хвороби системи кровообігу, друге – розлади психіки і поведінки, третє – хвороби нервової системи.

9. Отримані дані відповідають тенденціям, що склалися в Україні впродовж останнього десятиріччя. Кількість осіб з обмеженими фізичними можливостями в загальній структурі населення Сумської області нижча, ніж у цілому в Україні.

10. На сьогоднішній день стрижнем соціальної політики щодо інвалідів став реабілітаційний напрямок. У Сумській області проведена структурна перебудова служби медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів, спрямована на посилення реабілітаційної роботи.

#### АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО И ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ СУМСКОЙ ОБЛАСТИ В ТЕЧЕНИЕ 2001–2011 ГОДОВ

**В. А. Смянов, С. В. Павлычева, А. И. Смянова,**

*Медицинский институт Сумского государственного университета, г. Сумы*

*Проанализирована динамика уровней первичной инвалидности среди взрослого и трудоспособного населения Сумской области на протяжении последнего десятилетия, разработан прогноз показателей до 2014 года, определена структура заболеваний, приводящих к стойкой утрате трудоспособности.*



На протяжении 2001–2011 гг. в области отмечается снижение уровней первичной инвалидности среди взрослого и трудоспособного населения, позитивные тенденции прогнозируются и в будущем.

**Ключевые слова:** взрослое население, трудоспособное население, первичная инвалидность, общая инвалидность, уровни, структура.

#### ANALYSIS OF DISABILITY AMONG ADULT PRODUCTIVE POPULATION OF SUMY REGION DURING 2001–2011

**V. A. Smiyanov, S. V. Pavlycheva, O. I. Smiyanova,**  
Medical Institute of Sumy State University, Sumy

*In the paper a dynamics of the primary levels of disability among the adult and working-able population in the Sumy region in the last decade was analyzed. A forecast figures up to 2014 and the structure of diseases leading to permanent disability were determined.*

*Throughout 2001-2011 the levels of primary disability among adults and the working-able population have declined in the region and the positive trends are projected into the future.*

**Key words:** adult population, working-able population, primary invalidity, total invalidity, levels, structure.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Картиш А. П. До питання надання медичної допомоги при захворюваннях, які формують рівень і структуру основних показників здоров'я населення України (довідь на підсумковій колегії МОЗ України 24.03.2000 р.) / А. П. Картиш // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – № 2. – С. 13–16.
2. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
3. Іпатов А. В. та співавт. Інвалідність як інтегрований показник стану здоров'я населення України / А. В. Іпатов. – Дніпропетровськ : Пороги, 2003. – 341 с.
4. Комарова Н. М. Інвалідність як соціальна проблема сучасного українського суспільства / Н. М. Комарова, Р. Я. Левін, О. В. Вакуленко // Український соціум. – 2003. – № 1 (2). – С. 38–45.
5. Сучасні положення про визначення причин інвалідності / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, М. І. Черненко, Л. Ю. Науменко, С. І. Черняк, А. В. Кльованик, О. М. Матяш, М. М. Матяш, Г. І. Тітов та ін. – Дніпропетровськ: ООО «Энэм», 2007. – 67 с.
6. Про становище інвалідів в Україні. Національна доповідь. – Київ, 2008. – 205 с.
7. Gill Thomas M. Trajectories of Disability in the Last Year of Life / Thomas M. Gill, Evelyn A. Gahbauer, et al. // N. Engl J. Med. – 2010 – April; 362 (13) – P. 1173–1180.
8. Wunderlich Gooloo S. The Dynamics of Disability: Measuring and Monitoring Disability for Social Security Programs /, Dorothy P. Rice, Nicole L. Amado, Editors. // Committee to Review the Social Security Administration's Disability Decision Process Research, National Research Council. – 2003. – № 7.
9. Gill Thomas M. Evaluating disability over discrete periods / Thomas M. Gill, Evelyn A. Gahbauer // J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. – 2008 – June; 63(6) – P. 588–594.
10. Реабілітація – основний напрямок вирішення проблем людей з інвалідністю. Повідомлення на сайті Сумської обласної державної адміністрації [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://state-gov.sumy.ua>
11. Коваленко В. М. Сучасний стан здоров'я народу та напрямки його покращання в Україні: аналітично-статистичний посібник / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький, Т. С. Манойленко, О. І. Прокопишин. – К., 2005. – 141 с.
12. Науково обґрунтовані рекомендації по обстеженню та відновному лікуванню хворих і інвалідів у практиці медико-соціальної експертизи / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, О. А. Дніпрова, Г. В. Охромій, Т. Г. Войтчак, В. В. Коваленко, Г. І. Тітов та ін. – Дніпропетровськ : Пороги, 2006. – С. 3–38.

Надійшла до редакції 12 жовтня 2012 р.