

## **ПРОБЛЕМЫ ДОЖИТИЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

*Работа представлена лабораторией экономической и социальной географии  
Института природных ресурсов, экологии и криологии СО РАН.  
Научный руководитель – доктор географических наук, профессор В. М. Булаев*

**Выбран вопрос о доживаемости контингента специального учреждения как итог социально-физиологической реабилитации. Проведен детальный анализ этого явления в сравнении с «открытым» полигоном наблюдения – показателями региона в целом и учетом вероятностных коэффициентов дожития из таблицы вымирания населения по области.**

**The article deals with the question of contingent's ageing in a special institution as a result of social and physiological rehabilitation. The author carries out a detailed analysis of this phenomenon in comparison with an «open» range of observation – the data of the region as a whole and consideration of probabilistic ageing factor form the table of population dying-out in the region.**

Коэффициент продолжительности жизни своей определенностью дает оценку социально-экономической и демографической политике общества.

Расчет указанного показателя позволяет выявить множество нюансов демографического свойства, из их числа следует выделить особо специфичные для Восточного Забайкалья.

Показатели доживаемости сильно дифференцированы между мужской и женской частями населения, разница в величинах которых находится в пределах 13–14 лет, при гипотетических коэффициентах до 6 лет. Так, до пенсионного срока (в среднем выражении. – *Авт.*) доживают только 38–39% мужчин и около 70% женщин. Потому лаг смертности достигает 18–22 лет, т. е. величины вымирания, свойственные женщинам 65 лет (в качестве частного примера), у мужчин наблюдаются в 43–45 лет.

В изучении смертности, по фактам которой составляются таблицы вымирания и исчисляются кумулятивные показатели продолжительности жизни, исследователи встречаются с фактами различия (хотя бы относительно-репрезентативного) численности и состава населения. Например, ито-

говая таблица областного Комитета социального обеспечения (табл. 1, 2) указывает на существующую численность пациентов с очень большими коэффициентами летальных исходов, а по региону эти показатели выглядят очень сглаженными.

Для основного числа жителей коэффициент более 100% является труднообъяснимым, поскольку областные показатели обычно расположены в интервале 10–20 промилле (т. е. числа умерших, приходящихся на 1000 жителей).

В расчетах специальных учреждений почти исключено наличие младших и молодых (до 30 лет), а в совокупности жители области они составляют 33–40%. Средний возраст умершего в регионе (2001–2003 гг.) подошел к отметке 57,5 года, а в анализируемых учреждениях он колеблется в границах 70 лет.

Чтобы идентифицировать понятия и результаты, следует обратиться к расчетам исчисления по возрастной смертности. Подобно повозрастным контрастам кумуляты рождаемости, в указанном случае акценты резко сместятся.

Исследование полученных результатов позволяет сделать ряд замечаний о проблемах выживаемости в определенных жиз-

Таблица 1

Показатели смертности среди проживающих в стационарах специальных социальных учреждений

Годы	Число проживающих, чел	Число умерших, чел	Доля умерших, %	Смертность, ‰
1992	1701	209	12,3	122,9
1994	1764	293	16,6	1666,1
1995	1847	324	17,5	175,4
1996	1783	278	15,6	155,9
1999	1758	274	15,6	155,8
2000	1711	166	9,7	97,0
2002	1932	189	9,8	97,8
2005	2075	187	9,0	90,1

Примечание. Расчеты выполнены по данным ведомственной статистики.

ненных условиях. Во-первых, при сравнении данных процессов и их показателей, особенно итоговых, каковым является демографический факт смерти, следует учесть состояние инвалидов (большой части контингента. – *Авт.*), получивших увечия не в стенах учреждений, а в повседневной жизни. Такое положение может вызвать неправильные суждения о действии обстановки интернатов на вероятность дожития до определенных возрастов.

Во-вторых, нужно иметь в виду разноразличность учитываемого контингента

на большом полигоне исследования, каковым является территория области, и в пределах замкнутого контингента, насчитывающего только сотни человек. На первом из указанных полигонов из всей совокупности выделяется заметная часть, не имеющая серьезных заболеваний, а значит, большую степень вероятности дожить до значительно старшего возраста.

Основную часть контингента изучаемых учреждений составляют лица, отягощенные серьезными заболеваниями. Их реабилитация, улучшение характеристик

Таблица 2

Коэффициенты по возрастной смертности в Читинской области за 2001–2003 гг.

Возрастные группировки	По области, %		В изучаемых учреждениях, %		Разница между объектами, раз	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
До 20 лет	8,0	4,5	–	–	х	х
20–29	25,	5,9	–	–	х	х
30–39	42,0	11,9	48,8	–	1,14	х
40–49	69,8	24,0	72,0	22,2	1,03	0,92
50–59	201,3	99,2	198,1	124,1	0,98	1,25
60–64	111,9	42,6	91,0	54,3	0,81	1,27
65–69	169,9	69,7	162,1	76,2	0,95	1,09
70–74	268,9	149,4	250,2	132,0	0,93	0,88
старше 75 лет	427,0	337,5	330,1	314,2	0,77	0,93

Примечание. Расчеты произведены автором работы.

вероятности дожития представляется не только трудной, но и практически неразрешимой задачей.

Результаты расчетов позволяют разделить повозрастные показатели смертности на другие признаки контрастности: прежде всего это касается различий в коэффициентах мужчин и женщин. Понятие контраста здесь весьма смягчено, и частично теряется остросоциальная проблемность, ибо показатели очень ярко демонстрируют сверхсмертность мужчин не как рядовую проблему, а как настоящее национальное бедствие.

Введенные возрастные группировки доказывают превышение коэффициента смертности у мужчин, исходя из реальных тенденций: до 20 лет – в 1,8 раза, 20–29 лет – в 6,2, 40–49 – 2,8, 50–59 лет – 2,6, 65–69 лет – 2,1, 70–74 – 1,8 раза. Чуть меньше показатель контрастности (1,4 раза) в самой последней градации, поскольку в старых и престарелых возрастах число живущих мужчин уступает женскому контингенту в 2,5–3 раза.

Мировая гипотетическая величина допускает контрастность в 1,5 раза как объективную ситуацию более высокой смертности мужской половины вследствие степеней риска, социальных явлений, связанных с мужскими потерями.

Алгоритм исчисления продолжительности жизни и доживаемости до определенных возрастов усиливает данную аргументацию. Например, в начале XXI в. по Читинской области зафиксировано число живущих в возрастах 96–100 лет у мужчин 7, а среди женщин 67 человек.

На общие показатели смертности значительное влияние оказывает разница в исследуемых совокупностях; из поля зрения выпадают многие случаи экстремальности, несвойственные изучаемым учреждениям, но выявляемые на больших человеческих массивах. В частности, «омоложение» смертности в травматических (внешних, насильственных, так по классификации, принятой характером летальных исходов, тракуются социально-поведенческие причины. –

*Авт.*) случаях, включая ДТП, убийства и самоубийства.

Статистика смертности в исследуемых учреждениях не выявляет многие из видов этой смертности, что вызвано небольшим числом лиц в возрасте до 20 лет, тем более находящихся в паритетном соотношении между мужской и женской половинами контингента.

Специфика в составе обслуживаемого контингента позволяет говорить только о частичной адекватности региональным (территориальным) тенденциям по средним показателям дожития.

Опосредствованный характер выбранных параметров в анализе смертности и дожития дает возможность выявить некоторую специфику изучающих учреждений.

Так, общая продолжительность жизни по региону составила за 2001–2003 гг. 58,2 года (у мужчин 53 года, у женщин 67 лет). Средний возраст умерших обычно близок к этим величинам. Значительно больший коэффициент у исследуемого контингента обусловлен особенностями его состава, оказывает значительное влияние на величину продолжительности жизни, затем положение усугубляется в трудоспособных возрастах, особенно в средних.

Несмотря на высокую повозрастную смертность в возрастах 50 лет и старше (она в отдельных случаях превышает показатели средних по области. – *Авт.*), доживаемость в специальных учреждениях находится на более высокой отметке. Это важно потому, что отношение к своему здоровью у пациентов мало адекватно принципу сохранности генетического фонда. Накопленные потенциалы негативных пристрастий превалируют над общечеловеческими ценностями.

Судя по складывающейся обстановке, работники государственного социального обеспечения в состоянии поддержать оптимизм, способность к совершенствованию средств реабилитации. Это на деле дает возможность увеличить продолжительность жизни пациентов и удлинить сроки их дожития.