

Несмотря на то, что у работников экстремальных служб со временем развивается психологическая иммунизация, а выработанные копинг-стратегии позволяют справиться с ежедневным стрессом, профессиональная деятельность в службах, связанных со спасением людей, приводит к повышенному риску развития вторичной психической травматизации. Особое значение при разработке превентивных мер приобретают социальное признание и поддержка семьи, друзей и коллег, которые являются факторами-протекторами, способствующие сохранению психического здоровья работников экстремальных служб. Следует учесть, что общее непонимание и непонимание со стороны семьи в контексте социальной поддержки способствуют развитию вторичной травматизации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Initial evaluation of the Secondary Trauma Questionnaire / R. W. Motta [et al.] // Psychological Reports. — 1999. — Vol. 85. — P. 997–1002.
2. Maercker, A. Social acknowledgment as a victim or survivor: a scale to measure a recovery factor of PTSD / A. Maercker, J. Mueller // Journal of Traumatic Stress. — 2004. — Vol. 17, № 4. — P. 345–351.

УДК 617.7-007.681(476.2):614.2

## ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛАУКОМОЙ

*Куриленко А. Н., Бобр Т. В., Котович В. О., Рожко Ю. И., Стасевич Е. В.*

### Учреждение

**«Гомельская областная специализированная клиническая больница»**

### Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

### Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр**

**радиационной медицины и экологии человека»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

Изучение распространенности заболеваний глаукомой и разработка методов по ее снижению является одной из важнейших задач медицинской науки и здравоохранения. Оценка эффективности медико-социальной помощи, оказываемой населению, проводится по таким главным социально-гигиеническим показателям, как заболеваемость и инвалидность. Многие первичные и вторичные нейродегенеративные заболевания глаз — актуальнейшая проблема офтальмологии из-за значительного распространения, полиэтиологической природы и рефрактерного характера их течения, имеющего инвалидизирующий финал. Это касается и глаукомы — локальной нейродегенеративной офтальмопатологии, поражающей 1,5–2,5 % населения в возрасте старше 40 лет, существенно снижающей качество жизни и приводящей в 14–20 %, даже в развитых странах, к необратимой слепоте, занимая по этому показателю второе место в мире, неуклонно увеличивая многомиллионную армию незрячих. Глаукома является одной из наиболее тяжелых и распространенных форм инвалидизирующих зрительных расстройств, занимающая лидирующее место среди причин слепоты и слабовидения [1, 2]. По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время в мире имеется около 105 млн лиц, больных глаукомой, из них слепых на оба глаза 9,1 млн. Глаукома занимает одно из ведущих ранговых мест среди причин утраты зрительных функций и в Республике Беларусь [3]. Распространенность первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) увеличивается с возрастом. Так, в 40–45 лет ПОУГ страдает 1,0–1,5 % населения, в 50–60 лет — 1,5–2 % в 75 лет и старше — 10–14 % [4]. В то же время есть основания считать, что лишь половина заболевших знают о своей болезни и только четверть из них получает адекватное лечение [5].

Поскольку глаукома является хронически текущим заболеванием, установление данного диагноза обуславливает необходимость постоянной диспансеризации этой группы больных даже после проведенных гипотензивных операций или нормализации внутриглазного давления (ВГД) каким-либо другим способом. Диспансеризация представляет собой научно обоснованную систему профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на сохранение, укрепление и восстановление здоровья человека. Элементами диспансерного наблюдения больных глаукомой являются: систематический контроль за состоянием больных, рациональное лечение глаукомы и сопутствующих заболеваний, обучение больных методам самоконтроля и выполнения врачебных назначений [3–5].

С момента диагностики глаукома начинает оказывать отрицательное действие на качество жизни больного. Как заболевание, приводящее к потере зрения, установление диагноза глаукомы является стрессовым фактором для больного, вызывая беспокойство и тревогу. Степень психоэмоционального воздействия зависит от личностных особенностей больного, а также от уровня его информированности о данном заболевании, что может влиять на его приверженность к лечению [1–3].

Участие больных глаукомой в образовательных программах способствует формированию адекватного представления о механизмах развития болезни, клинических проявлениях заболевания, симптомах декомпенсации процесса, факторах риска развития глаукомы и методах лечения.

#### ***Цель***

Изучить эффективность профилактической образовательной технологии «Школа здоровья» для больных глаукомой.

#### ***Материалы и методы исследования***

В течение двух лет на базе офтальмологического консультативно-диагностического поликлинического отделения «Гомельской областной специализированной клинической больницы» функционирует «Школа глаукомных больных». Обучение прошло 186 человек. Средний возраст  $63,7 \pm 6,7$  лет. Набор больных-курсантов в школу проводится офтальмологом глаукомного кабинета на консультативном приеме. Для создания психологического комфорта количество слушателей не превышает 7 человек. Занятия проводятся в фиксированный день недели в фиксированное время по единому плану. Группы разделяем в зависимости от уровня образования, возраста, стажа заболевания. Перед началом занятий всем пациентам предлагается анонимно заполнить анкету, которая содержит вопросы, касающиеся возраста, профессии, длительности заболевания, режима гипотензивной терапии, сопутствующей патологии. Также задавались вопросы достаточно ли пациент информирован о своем заболевании, как, по его мнению, влияет болезнь на качество жизни. В процессе проведения занятий пациентам были розданы методические пособия для больных глаукомой. Для оценки качества обучения в Школе здоровья для больных глаукомой мы разработали анкету, которую пациенты заполняли анонимно после завершения обучения. Результаты оценивались по 5-балльной шкале.

#### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Самые высокие баллы (по 5 баллов) получили за ответы-утверждения о полезности информации о заболевании. Повышение информированности о заболевании позволяет влиять на поведенческие факторы риска. Более высокий уровень информированности значительно влияет на потребление экзогенного холестерина с пищей — 54,4 против 33,3 % у больных с низким и высоким уровнем информированности ( $p < 0,01$ ). На степень медицинской грамотности влияет уровень образования. Исследование показало, что уровень знаний различался у больных с высшим и средним образованием ( $p < 0,01$ ). В результате обучения пациентов в Школе здоровья для больных глаукомой уровень ин-

формированности достоверно повышается с  $35,9 \pm 1,3$  до  $47,2 \pm 0,8$  баллов, на 31,5 %.

Утверждение: «Начну следить за регулярностью инстилляций гипотензивных препаратов» — говорит о высоком уровне сотрудничества между врачом и пациентом (комплайнса), способствует позитивной настроенности на проведение лечения с целью повышения эффективности проводимой терапии и возможности пациенту контролировать свое заболевание.

Сотрудничество пациента и врача определяет течение и прогноз заболевания. Даже при точной диагностике, грамотно назначенном лечении, эффективность лечения будет низкой, если пациент не следует ему. Если при лечении острого состояния ответственность — на врача, то при профилактическом подходе фокус перемещается на пациента. Использование информационной образовательной программы для больных глаукомой с участием лечащего врача-офтальмолога увеличивает комплаентность. Отмечается снижение госпитализаций по данному виду заболевания, что в итоге приводит к экономии средств, затраченных на лечение, и улучшает качество жизни пациентов [2, 4].

В ходе исследования установлено, что существенно изменились установки пациентов и отношение к здоровью: улучшилась мотивация больных на выполнение профилактических рекомендаций; снизилось число больных, считающих действия медицинского персонала неэффективными; экономический фактор перестал считаться главным препятствием для выполнения рекомендаций врача по оздоровлению. Увеличилось число больных, принимающих инстилляционную гипотензивную терапию регулярно (с 58,5 до 96,7 %). Вдвое уменьшилось число случаев госпитализации по поводу некомпенсированного офтальмотонуса и втрое — с острым приступом глаукомы. В процессе обучения пациенты освоили ряд практических навыков: пальпаторная транспальпебральная оценка офтальмотонуса, обучение инстилляций глазных капель, самоконтроль артериального давления. После участия в обучающих семинарах большинство пациентов готовы вовремя обратиться за медицинской помощью ( $p < 0,05$  по сравнению с исходным уровнем).

Самые низкие баллы (по 2 балла) респонденты получили за вопрос «Изменение уровня знаний о стрессе», возможно это говорит о том, насколько эти пациенты уязвимы.

Неприятие болезни снижает мотивацию к лечению, затрудняет выбор наиболее эффективного адаптивного поведения в создавшейся ситуации, создает внутреннее напряжение в психике человека. Признание заболевания частью самого себя, мирное сосуществование с глаукомой — вот залог адекватной психологической и социальной реабилитации [2].

Нами установлено, что основным источником информации о заболевании для 69 % является врач, для 15 % — средства массовой информации (СМИ), однако 78% респондентов отметили, что СМИ недостаточно предоставляют информации о глаукоме. Эффективность образовательной технологии в отзывах и предложениях отметили 75 % пациентов.

### **Выводы**

1. Школа здоровья больных глаукомой — современная перспективная интегрированная технология профилактической помощи населению, направленная на повышение качества жизни.

2. Обучение больных глаукомой в Школе здоровья повышает уровень медицинской информированности.

3. Повышение информированности пациентов о заболевании способствует усилению мотивации к ответственному отношению к своему здоровью, оздоровлению, повышению комплаентности.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Имшенецкая, Т. А. Сохранение качества жизни у пациентов, страдающих терминальной глаукомой / Т. А. Имшенецкая, Г. В. Вашкевич // Рецепт. — 2009. — № 2. — С. 173–176.
2. Quigley, H. A. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / H. A. Quigley, A. T. Broman // Br. Ophthalmol. — 2006. — Vol. 90. — P. 262–267.

3. Бирич, Т. А. Глаукома как социальная проблема в Беларуси / Т. А. Бирич // X съезд офтальмологов Украины: тез. докл. (Одесса). — Одесса, 2002. — С. 17–172.

4. Первичная глаукома: распространенность, заболеваемость и инвалидность в центральном регионе России / Н.И. Курышева [и др.] // «Актуальные проблемы офтальмологии»: тез. докл. 7-й науч.-практич. конференции, Москва. — М., 2004. — С. 100–102.

5. Куроедов, А. В. Оценка эффективности скрининговой диагностики и динамического наблюдения больных глаукомой / А.В. Куроедов // Актуальные проблемы офтальмологии: тез. докл. 7-й науч.-практич. конференции, Москва. — М., 2004. — С. 95–97.

**УДК 616.89-008.454-053.2-081.23**

## **КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИИ У ШКОЛЬНИКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ**

*Курилович О. А.*

**Учреждение образования  
«Белорусский государственный университет физической культуры»  
г. Минск, Республика Беларусь**

### ***Введение***

Физическая культура и спорт являются важнейшими факторами в укреплении здоровья человека, его физического развития и воспитания, а также в профилактике заболеваний. Физическая культура расширяет адаптационные возможности человека. Двигательная активность, рациональное питание, закаливание повышают его функциональные возможности, способность противостоять негативным факторам окружающей среды. Это особенно важно сегодня, в условиях резко возросшего темпа жизни и повышенных требований, предъявляемых к человеку [5].

В научных работах как отечественных, так и зарубежных авторов, отмечено, что дети с нарушением интеллекта часто страдают нарушением деятельности кисти [4]. Недостаток ее развития препятствует овладению ими навыками самообслуживания, затрудняет манипуляции различными мелкими предметами, сдерживает развитие некоторых видов игровой деятельности, кроме того, несовершенство тонкой двигательной координации кистей и пальцев рук затрудняет овладение письмом и рядом других учебных и трудовых навыков. Поэтому для детей, имеющих нарушения интеллекта, огромное значение имеет проведение ранней коррекционной работы по развитию пространственных представлений, по целенаправленному развитию координационных способностей, мелкой моторики [2].

В физическом и интеллектуальном развитии детей мелкая моторика играет большую роль. У ребенка с плохо развитой мелкой моторикой хуже развита пластика рук, проприоцептивная чувствительность, точность мелких движений, что сказывается на их обучении — школьнику труднее сконцентрироваться, труднее рисовать, писать, чертить.

Согласно Конвенции и декларации ООН «О правах умственно отсталых» (1991), которой следует и Беларусь, реализация прав ребенка направлена на обеспечение всем детям, в том числе и детям с отклонениями в развитии и инвалидам, возможности участия в общественной жизни и максимальной реализации ими своих способностей. Поэтому вся организация педагогической помощи детям с особыми потребностями направлена, в первую очередь, на адаптацию ребенка к жизни в обществе и реализацию его права на образование [1].

Целью адаптивной физической культуры (АФК) является разностороннее воспитание, социальная адаптация и интеграция умственно отсталых лиц в современном обществе. В настоящее время общеизвестна ведущая роль оптимальной двигательной активности умственно отсталых детей в коррекции нарушений двигательной сферы, в повышении физической подготовленности и уровня здоровья, в положительном влиянии на эмоционально-психическую сферу, а также в опосредованном влиянии на развитие умственной работоспособности [3].