

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОДВИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

**Материалы IV Международной
научно-практической конференции
(Гомель, 26 октября 2012 года)**

Выпуск 4

**Гомель
ГомГМУ
2012**

УДК 614.2

Материалы конференции содержат рецензируемые материалы об актуальных проблемах современной системы здравоохранения, рисках и проблемах социально-значимых болезнях, технологиях формирования, сохранения и укрепления здоровья и психологическом благополучия личности.

Редакционный совет: **А. Н. Лызиков** — доктор медицинских наук, профессор, ректор; **Т. М. Шаршакова** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; **И. А. Чешик** — кандидат медицинских наук, доцент, начальник отдела науки и научно-медицинской информации; **В. А. Подоляко** — кандидат медицинских наук, доцент, декан лечебного факультета; **А. Л. Калинин** — доктор медицинских наук, доцент, декан медико-диагностического факультета; **Н. Комодо** — профессор, директор департамента здравоохранения Флорентийского государственного университета.

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения учреждения образования «Витебский государственный медицинский университет» **В. С. Глушанко**, доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник объединенного института проблем информатики НАН Беларуси **Г. В. Лосик**

УДК 613.816-084

**ОБРАЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЧРЕЗМЕРНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ***Александров А. А., Андреева Л. А., Лапуста А. А., Белоус О. В.*

**Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Учреждение здравоохранения
«Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»
г. Минск, Республика Беларусь
Учреждение здравоохранения
«Солигорская центральная районная больница»
г. Солигорск, Республика Беларусь**

Широкая распространенность чрезмерного потребления алкоголя среди населения является проблемой не только общественного здравоохранения, но и общества в целом. В этой связи, организация оказания медицинской помощи пьющим пациентам представляет собой актуальную задачу всей системы здравоохранения. Согласно Закону Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. «О здравоохранении», оказание медицинской помощи включает не только лечение и медицинскую реабилитацию пациентов, зависимых от алкоголя, но и диагностику и профилактику этого социально значимого заболевания.

В Национальной программе демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 гг. указано, что высокий уровень заболеваемости и смертности населения Республики Беларусь обусловлен злоупотреблением алкоголем и другими вредными привычками. Так, по данным Национального статистического комитета Республики Беларусь, в 2011 г. по сравнению с 2010 г. отмечен рост уровня реализации алкогольных напитков в пересчете на абсолютный алкоголь на душу населения на 8 % (с 12,3 до 13,3 л). В связи с высоким уровнем поддушевого потребления алкоголя отмечается значительная распространенность алкогольных проблем в популяции: наркологической службой на начало 2012 г. наблюдалось более 260 тыс. проблемно пьющих пациентов, из которых более 180 тыс. имели диагноз алкогольной зависимости. По данным эпидемиологических исследований, распространенность во взрослой популяции злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости составляет около 10 и 6 % соответственно [1]. По данным проведенного в 2010 г. Институтом социологии Национальной академии наук исследования, «бытовое пьянство» (употребление свыше 1 бутылки вина или 0,5 бутылки водки 1–2 раза в месяц) распространено среди 15 % взрослого населения нашей республики.

При этом многие медицинские работники продолжают считать выявление и помощь пациентам с алкогольными проблемами задачей исключительно врачей-психиатров-наркологов. Данные убеждения продолжают сохраняться и у многих руководителей и организаторов здравоохранения, а также и в общественном сознании. Считается, что только нарколог способен помочь пьющему пациенту, а другие врачи должны заниматься исключительно лечением соматических последствий злоупотребления алкоголем. При этом, по данным исследований, около 30 % амбулаторных пациентов, злоупотребляют алкоголем, а среди поступающих в стационары их доля может возрасти до 60 % [1]. Злоупотребление алкоголем и его последствия (травмы, суициды, болезни) ежегодно уносят здоровье и жизни тысяч трудоспособных граждан нашей страны: так, по некоторым оценкам, доля смертности, связанной с алкоголем, в общей смертности населения составляет 28,4 % у мужчин и 16,4 % у женщин.

В этой связи, Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 гг. одной из своих основных задач ставит снижение уровня общей смертности, особенно по предотвратимым причинам, которые, в большинстве случаев вызваны потреблением алкоголя.

Важно понимать главные особенности профилактики негативных последствий для здоровья потребления алкоголя [1]. Во-первых, известно, что для уменьшения обусловленных алкоголем проблем общества в целом наиболее эффективен лечебный подход, направленный на оказание помощи чрезмерно пьющим людям, а не тяжелым пьяницам или алкоголикам. Во-вторых, доказано, что для эффективного уменьшения социального вреда алкоголя лучше сфокусироваться на выявлении и лечении большого числа лиц с незначительными алкогольными проблемами, чем на относительно малом числе людей с тяжелыми зависимостями, наблюдаемыми врачами-наркологами.

Известно, что у пациентов, употребляющих алкоголь в значительных количествах, соматические осложнения часто развиваются еще до развития зависимости от алкоголя. Поэтому с такими пациентами чаще первыми встречаются врачи соматической медицины, а не врачи-психиатры-наркологи.

В связи с этим ясно, что для улучшения профилактики, диагностики и лечения расстройств, связанных с употреблением алкоголя, необходимы не только эффективная работа врачей-наркологов, но и повышение уровня подготовки всех медицинских работников в сфере профилактики алкоголизма.

Существующая система медицинского образования уделяет проблеме психического здоровья в целом и чрезмерного потребления алкоголя в частности несоизмеримо меньше внимания в сравнении с соматическими болезнями, учитывая реальную значимость данных проблем. По этой причине большинство медицинских работников, прежде всего, медицинских сестер и врачей первичного звена здравоохранения имеют низкую информированность по вопросам потребления алкоголя и его влияния на здоровье.

В этой связи необходимо, чтобы вопросы профилактики чрезмерного употребления алкоголя были включены в программы додипломной и последипломной подготовки врачей-специалистов: терапевтов, общей практики, педиатров, гинекологов, хирургов, а также медицинских сестер.

В настоящее время в Республике Беларусь реализуется Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 гг., утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 13 января 2011 г. № 27. Пунктом 20 программы предусмотрено обучение медицинских работников первичного звена здравоохранения навыкам выявления пациентов, потребляющих алкоголь чрезмерно, с целью оказания им необходимой консультативной помощи.

Во исполнение Государственной программы в Минской области активизирована работа по профилактике зависимости от алкоголя среди населения: в соответствии с приказом управления здравоохранения Минского облисполкома в I полугодии 2012 г. для медицинских работников (участковых врачей-терапевтов и медицинских сестер (фельдшеров, помощников врача) УЗ «Солигорская центральная районная больница» специалистами учреждения здравоохранения «Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология» была проведена серия образовательных семинаров «Первичная профилактика алкоголизма в условиях первичного звена здравоохранения».

Обучение позволило специалистам первичного звена научиться дифференцированному подходу к пациентам, употребляющим алкоголь.

Модель обучения, отработанная на семинарах, включает следующее: создание мотивации у обучающихся; оценка исходного уровня знаний; обучение алгоритму действий на всех этапах контакта врача и пациента (от диагностики до наблюдения); закрепление знаний с использованием новых методов (ролевые игры, тематические дискуссии, работа с пособиями).

Семинары проводились в виде тренингов специалистами, имеющими опыт как консультирования пациентов с проблемным потреблением алкоголя, так и опыт преподавательской и тренинговой работы в здравоохранении.

На семинарах медицинские работники приобретали как теоретические знания (определение алкогольных проблем, выявление групп риска, уровни потребления алкоголя, признаки и критерии злоупотребления и зависимости от алкоголя), так и практические навыки (выявление

проблемы с использованием современных скрининговых методик, определение необходимости помощи, предоставление совета и проведение краткосрочного вмешательства).

Врачи обучались оценивать потребление алкоголя пациентом, в том числе с помощью применения скринингового опросника, выявления соматических жалоб и социальных проблем, связанных с алкоголем; характера потребления алкоголя. Люди, скрывая социальные проблемы, часто акцентируют внимание на соматическом жалобах, поэтому при опросе стоит спрашивать и о других проблемах.

ВОЗ разработала простые в применении скрининговые опросники для выявления проблемного потребления алкоголя — опросники CAGE и AUDIT (тест по выявлению расстройств, связанных с потреблением алкоголя), состоящие из 4 и 10 вопросов соответственно [2]. Эти инструменты могут определять как легкие, так и выраженные алкогольные проблемы с достаточно высокой точностью (до 80 %). Опросники CAGE и AUDIT уже использовались в Республике Беларусь при проведении исследований в различных популяциях.

Одним из маркеров чрезмерного потребления алкоголя является повышенный уровень гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП). Установлено, что повышенный уровень ГГТ вследствие чрезмерного потребления алкоголя может быть фактором риска повышенной заболеваемости и смертности.

Доказано, что скрининг чрезмерного потребления алкоголя в условиях первичного звена здравоохранения является экономически выгодным (малозатратным), может включать сочетание опросника AUDIT и лабораторного теста (ГГТП) и обеспечивается коротким однодневным тренингом задействованных в его проведении медицинских работников.

После выявления чрезмерного потребления алкоголя рекомендуется проведение краткосрочного вмешательства в виде обсуждения с пациентом употребления им алкоголя и предоставления советов и информации, с намерением помочь ему измениться: прекратить или уменьшить употребление. Это может осуществляться любыми врачами и медицинскими сестрами [3].

Установлено, что краткосрочное вмешательство, проведенное по результатам скрининга чрезмерного потребления алкоголя, является экономически выгодным, в течение года после его проведения сокращает заболеваемость и травматизм пациентов, число дней нетрудоспособности и затрат на медицинскую помощь, снижает потребление алкоголя.

Таким образом, воздействие на лиц с чрезмерным потреблением алкоголя не только является важным компонентом профилактики развития алкогольной зависимости, но и может быть экономически выгодным как для предприятий за счет снижения расходов, связанных с потреблением алкоголя: прямых (оплата листов нетрудоспособности и затраты на оказание медицинской помощи, в том числе, связанную с травматизмом) и косвенных (снижение производительности труда, нарушения трудовой дисциплины), так и для организации здравоохранения [1].

Для использования в обучении нами проведена адаптация руководств ВОЗ по скринингу алкогольных проблем и кратковременному вмешательству для врачей общей практики. Подготовленное руководство охватывает вопросы оценки риска и опасности последствий употребления алкоголя, определения наличия зависимости, определения тактики помощи пациенту (предоставление совета, краткосрочное вмешательство или направление к врачу-наркологу).

Кроме того, осуществлена подготовка и публикация материалов для пациентов, включающих адаптированный вариант скринингового теста AUDIT, информационного буклета «Что такое алкогольная зависимость?», где описываются факторы риска ее развития и основные проявления, а также буклета «Алкоголь и здоровье», содержащего помимо информации об уровнях потребления алкоголя еще и последние научные данные о рисках приема различных количеств алкоголя в отношении развития заболевания, здесь же даны советы для пациента по сокращению употребления алкоголя до безопасных пределов.

Результаты реализации пилотного проекта по образованию медицинских работников в области профилактики чрезмерного потребления алкоголя будут использованы при организации ее проведения на уровне всей Минской области.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Андерсон, П.* Алкоголь и первичная медико-санитарная помощь / П. Андерсон. — Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. — 1999. — № 64. — 46 с.
2. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care / T. F. Babor [et al.]. — World Health Organization, 2001. — 40 p.
3. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for Use in Primary care / T. F. Babor [et al.]. — World Health Organization, 2001. — 52 p.

УДК 616.314:614.256.5:616.89 – 008.48

**НАЛИЧИЕ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ»
В ПРОФЕССИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Ализарчик Т. А.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Актуальность исследования «эмоционального выгорания» в профессии медицинского работника связана с важностью этих профессии.

«Эмоциональное выгорание» имеет не только частный, но и общественный смысл, что позволяет взглянуть на него как на социальное явление не только в плане его происхождения, как связанного с профессиональной деятельностью, а как на социальное явление, влияющее на социальный климат» [1, с. 91].

Одной из составляющих общественного смысла «эмоционального выгорания» является понимание того, что это состояние может возникнуть не только у группы людей, действовавших в системе «человек — человек». Например, человек, работающий в системе «человек — машина», не будет рассеивать негативное напряжение в своей профессиональной деятельности в силу особенностей этой деятельности. Но вокруг него будет создаваться эмоциональный дискомфорт у людей, с которыми он случайно сталкивается: это продавцы в магазине, люди, с которыми он едет в общественном транспорте. Эмоциональный дискомфорт будет возникать и у людей, с которыми ему приходится постоянно общаться, у зависимых от него — членов его семьи. При этом повышается напряженность в семейных взаимоотношениях, психологический климат семьи ухудшается.

«Человек, работающий в системе «человек — человек» создает эмоциональный дискомфорт в своей профессиональной деятельности у людей, зависимых от него. Ведь и ученики в классе, и покупатели в магазине, и пациенты в поликлинике зависимы от специалиста, в чьих профессиональных услугах они нуждаются — от учителя, продавца, медицинского работника» [1, с. 92].

Возникает обман ожиданий у тех людей, которые, надеясь получить профессиональную помощь, вместо этого сталкиваются с черствостью, бездушием, безразличием. Такое положение дискредитирует общественные институты, представителем которых этот человек является, уменьшая доверие, например, к медицине, торговле и т. д.

В свою очередь, люди, чьи ожидания были обмануты, могут в дальнейшем давать выход своему накопившемуся раздражению или гневу, создавая конфликтные ситуации вокруг себя, что расширяет круг тех, кто получает эмоциональный дискомфорт. Но и сам человек, подвергнувшийся «эмоциональному выгоранию», страдает, имея снижение качества собственной жизни, различные психосоматические симптомы и профессиональную дезадаптацию. «Явление «эмоционального выгорания» является опасным для общества, так как деструктивно по своей сути» [1, с. 92].

По роду своей деятельности медицинские работники подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов рабочей среды и самого трудового процесса, к которым относятся: вредные химические вещества и биологические агенты, ионизирующие излучения, шум, вибрация, канцерогены, высокое нервно-психическое напряжение, вынужденное положение тела во время работы, перенапряжение анализаторных систем и др.

Загрязнение воздуха рабочих помещений медицинских учреждений лекарственными веществами может быть причиной развития у медицинского персонала аллергических заболеваний, токсических поражений различных органов, дисбактериозов. Также существует угроза заражения медработников инфекционными заболеваниями [2, с. 88].

К числу психологических стресс-факторов, эффект которых сказывается на медицинском персонале, относятся: большое количество контактов с больными людьми и их родственниками; постоянное соприкосновение с чужими проблемами и чужой болью; с негативными эмоциями, которые несут отрицательную энергию; повышенные требования к профессиональной компетентности врача и к служению другим; ответственность за жизнь и здоровье других людей; производственная среда с новыми факторами социального риска, такими как преступность, наркомания, бездомность и др. [2, с.88].

Как известно, профессиональный труд врача-стоматолога отличается большой эмоциональной, психической и физической нагрузкой. Особое значение придается тому факту, что врач-стоматолог, работая целый день «лицом к лицу» с пациентом, сопереживает ему в его страданиях и страхе предстоящего лечения. Практически каждый пациент воспринимает зубо-врачебную процедуру с тревогой, а иногда и с отвращением, перед которыми врач беззащитен, хотя и стремится провести все этапы лечения безболезненно. Среди причин стресса отмечают: перегрузки от профессиональной деятельности, финансовые неудачи, особенности взаимодействия врача с пациентом, неудовлетворительные взаимоотношения в рабочем коллективе, проблемы профессионального роста и карьеры, осложненные условия личной жизни, недостаточно высокий авторитет профессии и отсутствие должного общественного имиджа.

В настоящее время недостаточно изучено «эмоциональное выгорание» в профессии медицинского работника, занимающегося оказанием стоматологической помощи: врачей-стоматологов, зубных фельдшеров, медицинских сестер, зубных техников. Между тем это очень востребованный вид помощи, в котором нуждается население. Все это послужило основанием для проведения исследования «эмоционального выгорания» в профессии медицинских работников, занимающихся оказанием стоматологической помощи.

Для исследования была взята выборка, включающая 30 медицинских работников. Из них 18 врачей-стоматологов (13 женщин и 5 мужчин), 2 зубных фельдшера (женщины), 3 зубных техника (2 женщины и 1 мужчина) и 7 медицинских сестер (женщины).

В исследовании была использована методика «эмоционального выгорания» В. В. Бойко, которая выявляла эмоциональное выгорание по трем составляющим: фаза напряжения, фаза резистенции и фаза истощения [3, с. 161–169].

В результате исследования установлено следующее: все три фазы «эмоционального выгорания» сформированы у 1 человека (3,33 % исследованных) — это медицинская сестра. Две фазы у 4 человек (13,33 % исследованных), из них врачей-стоматологов — 3 человека (10 %) и медицинских сестер — 1 человек (3,33 %). Одна фаза «эмоционального выгорания» сформирована у 7 человек (23,33 %), из них врачей-стоматологов — 3 человека (10 %) и медицинских сестер — 4 человека (13,33 %).

Все 3 фазы отмечались у медицинской сестры. Это связано с тем, что медицинские сестры более зависимы от вышестоящих по должности врачей и от пациентов. Кроме того, у них более низкий, чем у врачей-стоматологов социальный статус и меньшее финансовое вознаграждение. Медицинские сестры по сравнению с врачами имеют более жесткий график работы, а результаты их труда скрыты и не оцениваются пациентами. Все это ведет к тому, что снижается субъективная значимость и удовлетворенность от своей работы, а это вызывает стремление сократить круг профессиональных обязанностей [2, с. 91].

Таблица 1 — Наличие эмоционального выгорания у медицинских работников стоматологического профиля

Наличие «эмоционального выгорания»	Профессии стоматологического профиля			
	врач-стоматолог	медицинская сестра	зубной фельдшер	зубной техник
1, 2, 3 фазы	6 человек, 20 %	6 человек, 20 %	0 %	0 %

Из данных таблицы 1 видно, что наибольший процент «эмоционального выгорания» в разных его фазах отмечается у врачей-стоматологов и медицинских сестер и полностью отсутствует у зубных фельдшеров и зубных техников.

Таблица 2 — Частота встречаемости «эмоционального выгорания» в зависимости от пола у медицинских работников стоматологического профиля

Количество фаз	Женщины, n = 24 частота в %	Мужчины, n = 6 частота в %
1 фаза	20,83 (5 чел.)	33,33 (2 чел.)
2 фазы	12,50 (3 чел.)	16,66 (1 чел.)
3 фазы	4,16 (1 чел.)	0
Итого	37,49 (9 чел.)	49,99 (3 чел.)

Из данных таблицы 2 видно, что из выборки женщин (24 человека) частота встречаемости «эмоционального выгорания» составляет 37,49 %, из выборки мужчин (6 человек) — 49,99 %.

Для математической обработки использовался метод углового преобразования Фишера [4, с. 158].

Не установлена достоверность различий частоты встречаемости «эмоционального выгорания» у женщин по сравнению с мужчинами.

Проведенное исследование показывает необходимость работы психолога с врачами-стоматологами и медицинскими сестрами по профилактике и коррекции «эмоционального выгорания».

ЛИТЕРАТУРА

1. Соколова, Э. А. Общественный смысл эмоционального выгорания / Э. А. Соколова // Актуальные вопросы теоретической и практической медицины: матер. Респ. науч.-практ. конф.; Гомель, 1–2 дек. 2005 г.: в 2 т. / сост. С. В. Жаворонок [et al.]. — Гомель, УО «ГГМУ», 2006. — Т. 2 — С. 91–92.
2. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 336 с.
3. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методы и тесты: учеб. пособие / Д. Я. Райгородский. — Самара: БАХРАХ, 1998. — 672 с.
4. Сидоренко, Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. — СПб.: Речь, 2007. — 350 с.

УДК 614.31:663

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СТРАТЕГИИ МЕРЧЕНДАЙЗИНГА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Анашкина С. А., Савчанчик С. А., Анашкина Е. Е.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Социологические исследования и данные официальной медицинской статистики показывают, что употребление алкоголя достаточно широко распространено в молодежной среде. С той или иной частотой потребляют алкогольные напитки, согласно личному признанию, около 82 % людей в возрасте 12–22 лет. Средний возраст, в котором молодежь начинает потреблять алкоголь, составляет 14 лет. Пьют алкогольные напитки (включая пиво) ежедневно или через день 33,1 % юношей и 20,1 % девушек. Каждый 3-й подросток в возрасте 12 лет употребляет пиво, а в возрасте 13 лет — 2-е из каждых 3-х.

Данные официальной статистики зафиксировали, что за период с 1991 по 2000 гг. число впервые диагностированных подростков, больных алкоголизмом, выросло в 1,5 раза и составило 10,5 на 100 тыс. подростков. Число подростков, состоящих на учете у наркологов, по данным официальной статистики, также выросло в 1,5 раза. О явно неблагопо-

лучной ситуации в отношении алкоголя свидетельствует и существенный рост алкогольных психозов среди подростков — в 8 раз за последнее 10-летие XX в. (Кошкина, 2002). Это прогностически неблагоприятный показатель, т. к. алкогольный психоз у подростка — в принципе случай достаточно редкий (Личко, Битенский, 1991). Для его возникновения хронический алкоголизм должен длиться минимум 2–3 года.

Сам по себе ранний (или подростковый) алкоголизм формируется в возрасте от 13 до 18 лет и подразумевает развитие хотя бы первой стадии заболевания. Диагноз раннего алкоголизма (I стадия) ставится на основании следующих критериев: 1) появление индивидуальной психической зависимости (алкоголизация становится главным интересом в жизни, начинают пить 2–3 раза в неделю, нередко в одиночку); 2) повышение толерантности к спиртному; 3) утрата рвотного рефлекса; 4) утрення анорексия (отсутствие аппетита); 5) палимсесты (частичная утрата памяти) опьянения.

На сегодняшний день Министерством здравоохранения развернута программа по предупреждению алкоголизма подростков и взрослого населения. Она имеет в своем составе разработанные программы профилактики алкоголизма, пропаганды здорового образа жизни. Также, согласно закону РБ от 10.05.2007 г. № 225-3 «О рекламе», регулируется реклама алкогольных и слабоалкогольных напитков, пива и табачных изделий в Республике Беларусь.

Однако с развитием системы мерчендайзинга, проблема цензуры рекламы решается весьма просто. Так как мерчендайзинг является изобретением, предназначенным, для улучшения продаж того или иного товара, продавец вправе решать, какой товар нуждается в увеличенном сбыте на сегодняшний день. К сожалению, таким товаром зачастую оказывается именно алкогольная и табачная продукция. Она размещается возле кассы, в проходах по пути к ней. Поэтому потребитель, сталкивается с данными товарами большее количество времени, нежели с другими, следовательно, желание его приобрести возникает чаще.

Таким образом формируется так называемый порочный круг, потребитель видит товар чаще, следовательно, чаще его покупает. Рассматривая алкогольную продукцию, которая, без сомнения, вызывает привыкание и в дальнейшем зависимость, необходимость покупать данную продукцию увеличивается, что и побуждает продавца выставлять товар на наиболее обзорные места для облегченного к нему доступа. В последующем данный механизм и превращает потребителя в пациента, нуждающегося в стационарном или амбулаторном лечении.

Особенно важно обратить внимание на сложившуюся ситуацию именно среди молодежи по той причине, что снижение уровня общего состояния здоровья на фоне алкогольной зависимости влечет за собой ежегодное увеличение количества рожденных детей с врожденной патологией различных систем, что значительно снижает выживаемость таких детей и осложняет их дальнейшее развитие.

По итогам 2010 г. потребление алкогольных напитков населением Республики Беларусь составило 10,9 л на человека. В то же время эксперты Всемирной организации здравоохранения считают, что если потребление чистого алкоголя на душу населения превышает 8 л в год, это уже опасно для здоровья. Установлено, что каждый дополнительный литр сверх определенного ВОЗ предела уносит в среднем 11 месяцев жизни мужчин и 4 месяца женщин. Это значительно сокращает продолжительность и качество жизни населения.

Также в расчет необходимо брать качество алкоголя, представленного на сегодняшний день на рынке. Доступный молодежи алкоголь по своим ценовым качествам уступает при этом по качеству очистки сырья и технологии производства. Таким образом, организм молодого человека, регулярно употребляющего алкоголь, страдает не только от токсического действия спирта, но и от вредных примесей, входящих в состав алкогольных напитков.

Анализируя имеющуюся информацию, можно сделать вывод, что существующая законодательная база и антиалкогольная пропаганда Министерства здравоохранения и средств массовых информационных средств массовой информации не может успешно конкурировать с системой скрытой рекламы, применяемой торговыми сетями для улучшения реализации конкретных групп товаров. Возможно, в дальнейшем возникнет необходимость юридического регулирования размещения алкогольной и табачной продукции в торговых объектах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алкоголизм: рук-во для врачей / под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. 432 с.
2. *Альтшулер, В. Б.* Алкоголизм // В кн.: Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. — С. 250–338.
3. *Альтшулер, В. Б.* Женский алкоголизм / В. Б. Альтшулер; под ред. Н. Н. Иванца // В кн.: Лекции по наркологии. — 2-е изд. — М.: Нолидж, 2000. — С. 116–134.
4. *Бабаян, Э. А.* Наркология / Э. А. Бабаян, М. Х. Гонопольский. — М.: Медицина, 1987. — 336 с.
5. <http://www.belbeer.com/index.php?c=ar&i=5608>.
6. <http://ru.wikipedia.org>.
a. <http://wmn.by>.

УДК 613.88:613.956

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО
СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ***Белькевич О. В., Бабына А. О., Черкас Ю. А.***Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*****Введение***

На современном этапе отмечается рискованное поведение молодежи: высокий уровень распространения ИППП, ВИЧ-инфекции, раннее начала половой жизни, увеличение числа молодых людей, употребляющих наркотики, алкоголь, что неблагоприятно влияет на демографическую ситуацию в стране.

Цель исследования

Выяснить особенности отношения учащихся общеобразовательной школы № 21 г. Гомеля к своему репродуктивному сексуальному здоровью.

Материалы и методы

Сбор данных осуществлялся методом анкетного группового опроса. Отбор респондентов в учебных группах проводился методом «основного массива». В исследовании приняли участие 83 учащихся общеобразовательной школы № 21 г. Гомеля. Распределение опрошенных по полу совпадает с распределением в генеральной совокупности. 25 (30,1 %) респондентов составляют юноши и 58 (69,9 %) — девушки. В исследовании принимали участие учащиеся 10 и 11-го класса.

Результаты исследования и их обсуждение

68,1 % респондентов сообщили, что никогда не испытывают проблем из-за отсутствия необходимой информации в области сексуальных отношений, 31,9 % — испытывают такие проблемы время от времени. Причем девушки значительно чаще испытывают трудности из-за нехватки данной информации.

Молодых людей интересуют сведения о венерических заболеваниях и их профилактике (43,1 %), о способах предупреждения беременности (24,3 %), о психологических особенностях взаимоотношений между мужчиной и женщиной (12,2 %), о причинах бесплодия и способах его лечения (11,1 %), менее всего интересуют вопросы о половых расстройствах (9,3 %). Считают наиболее эффективными способами получения информации консультации со специалистами (41,5 %), мнение родителей (24,2 %), санитарно-просветительская литература, СМИ (по 12,3 %). Низко оценивается собственный опыт и наблюдения (6,9 %), друзья и сверстники (2,8 %).

Предлагалось определить уровень своей компетентности по различным темам, используя шкалу «высокий – средний – низкий». 50 % респондентов оценили уровень своих знаний по вопросам полового акта, течения беременности, ИППП, заражения ВИЧ, средств контрацепции как «высокий». Считают свой уровень «средним» в вопросах протекания беременности и деторождения (11,3 %), научного прогресса в репродуктивных

технологиях (44,8 %) и сексуальных расстройств (43,9 %). Учащиеся высоко оценивают свой уровень знаний о методах контрацепции: 77,6 % знают основные способы предотвращения нежелательной беременности (презерватив, гормональный и физиологические способы, прерванный половой акт). Не столь известны химические средства (кремы, пасты, свечи и т. д.) (14,1 %), внутриматочная спираль (8,3 %).

Большинство учащихся согласны с мнением, что аборт вреден для здоровья женщины (84,2 %). Основная масса респондентов отметила, что последствиями аборта является бесплодие (70,1 %).

На вопрос «Что такое для Вас безопасное сексуальное поведение?» 86,3 % опрошенных ответили, что это значит иметь постоянного полового партнера, 12,5 % — секс с презервативом, 1,2 % — воздержание.

Имеют сексуальный опыт 37,3 % (из них 70,9 % парней и 29,1 % девушек). Причины начала сексуальной жизни: любопытство и благоприятные обстоятельства для его удовлетворения (56,9 %), внутренний любовный порыв (24,8 %), приобретение опыта — 18,3 %. Факторы, удерживающие от начала половой жизни: 86 % не имеющих сексуального опыта признают отсутствие достойного партнера. В 2 раза больше девушек, чем молодых людей, боятся заразиться ИППП (65,8 % и 34,2 % соответственно). 51,2 % юношей впервые вступили в половой контакт в 14–15 лет, в 16–17 лет — 48,8 %. У девушек 79 % — в 16–17 лет, 21 % — в 14–15 лет.

Предохранение при 1-м половом контакте: 8,9 % — не предохранялись, 2 % — использовали презерватив, 88 % — прерванный половой акт, 0,6 % — использовали химические средства предохранения. Первым сексуальным партнером были знакомый сверстник или знакомый(ая) старшего возраста: у 45 % девушек и у 68 % юношей. 67,8 % опрошенных имели одного полового партнера, 14,8 % — 2–3-х, 10,1 % — 4–5 и 7,3 % — 6 и более.

Считают, что беременность обязательно должна быть запланированной 98,5 % опрошенных. Нежелательная беременность наступала у 1,3 % девушек, имеющих сексуальный опыт. Причины, которые могут сделать аборт приемлемым: нежелание иметь детей в настоящее время — 81,3 %, изнасилование — 4,5 %, желание сделать карьеру — 2,8 %, нежелание иметь детей вообще — 0,5 %, материальные и финансовые затруднения — 10,9 %. На вопрос: «Как бы Вы лично поступили в случае незапланированной беременности?» — затруднились ответить 25,1 %; уверены, что они оставят ребенка или будут настаивать на его рождении — 58,3 %, готовы на ее прерывание — 16,6 %. В будущем 91,3 % хотели бы иметь 2–3-х детей, 8,7 % — 1–2-х. 98 % респондентов не планируют иметь детей в ближайшее время.

Согласились, что до брака молодым людям можно жить половой жизнью 98,1 %. При ответе на вопрос: «Если предположить, что Ваш(а) настоящий(ая) или будущий(ая) супруг(а) вступали в сексуальные связи с другими партнерами до брака, как Вы к этому относитесь?» выяснилось, что 59 % юношей и 23 % девушек не устроит факт добрачных сексуальных контактов супруга(и).

Риск заражения ВИЧ и ИППП: 76,4 % опрошенных затруднились дать однозначный ответ на этот вопрос, 12,5 % молодых людей уверены, что им не грозит заражение, 11,1 % такой уверенности не высказали. Регулярно проходят медицинские осмотры у гинеколога/уролога 88 % респонденток и всего 5 % респондентов.

Большинство респондентов (94,6 %) признают имеющуюся проблему сексуального образования молодежи актуальной в настоящее время и положительно относятся (91 %) к идее сексуального просвещения молодежи.

Выводы

1. Основными источниками получения информации в области репродуктивного здоровья и сексуальных отношений для подростков являются консультации со специалистами (41,5 %) и мнение родителей (24,2 %).

2. Для учащихся характерно рискованное поведение: низкий процент использования презервативов и высокая распространенность прерванного полового акта при первом сексуальном опыте, а также половые контакты более чем с одним половым партнером, либеральное отношение к добрачным связям.

УДК 364-52

**ОТДЕЛЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ —
НОВАЯ СТРУКТУРНАЯ ЕДИНИЦА МУНИЦИПАЛЬНОГО
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

Борсуков А. В., Маринич Т. В.

**Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Клиническая больница № 1»
г. Смоленск, Российская Федерация
Учреждение образования
«Полесский государственный университет»
г. Пинск, Республика Беларусь**

Система здравоохранения России, включая и Смоленскую область, переживает переходный период от социалистической модели к многоукладной, делаются попытки официальных властей выстроить страховую модель медицины. В этих условиях особую актуальность приобретает проблема оказания гражданам медицинской помощи надлежащего качества.

На базе муниципального лечебно-профилактического учреждения «Клиническая больница № 1» г. Смоленска в 2005 г. создана новая структурная единица — отделение диагностических и малоинвазивных технологий.

Цель проекта: предоставить пакет медицинских услуг населению в виде высокотехнологичных и наукоемких малоинвазивных методик диагностики и лечения.

Основные задачи отделения:

- 1) проведение диагностических исследований населения г. Смоленска и области;
- 2) проведение высококвалифицированной диагностической (биопсии) и лечебной работы (пункции, установка дренажей) с использованием ультразвуковых, эндоскопических методов исследования и визуализации;
- 3) внедрение в практику новых методов ультразвуковой, компьютерной и эндоскопической диагностики;
- 4) взаимосвязь и преемственность в работе с другими лечебно-диагностическими подразделениями учреждений здравоохранения;
- 5) создание электронной базы данных пациентов, нуждающихся в диагностических или лечебных малоинвазивных вмешательствах и находящихся в группе риска по соответствующим заболеваниям.
- 6) разработка мероприятий по улучшению качества диагностической помощи;
- 7) освоение и внедрение новых диагностических методик и новой ультразвуковой диагностической аппаратуры.

В соответствии с основными задачами в отделении осуществляются следующие диагностические и лечебные направления: ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов, УЗ-мониторинг во время малоинвазивных манипуляций (МИМ), УЗ-мониторинг после МИМ для оценки риска осложнений, пункционно-аспирационная биопсия, трепан-биопсия, наложение лапароцентеза, установка дренажа/катетера, чрескожная чреспеченочная холецистохолангиография, эндоскопическое УЗИ, пункционно-аспирационная биопсия при эндоскопическом УЗИ, трепан-биопсия при эндоскопическом УЗИ, склеротерапия очаговых поражений внутренних органов, электрохимический лизис очаговых поражений печени, денситометрия, мобильная доплерография.

Штатное расписание отделения включает ставки заведующего отделением (0,5), врача-хирурга — (1,0), врач УЗ-диагностики — (1,0), врач клинической лабораторной диагностики — (0,5), врач-эндоскопист — (0,5), врач-анестезиолог — (0,5), средний медицинский персонал — (3), младший медицинский персонал — (1,0). Уникальность такого отделения в том, что в штат отделения входят врачи разных специальностей, что позволяет лучше координировать работу, интенсифицировать лечебно-диагностический процесс.

Еще одной особенностью отделения является использование внебюджетных источников финансирования и спонсорства с учетом сложности этапа формирования отделения.

Часть МИМ проводится амбулаторным пациентам. Большинство МИМ проводится больным, находящимся в отделениях МЛПУ «Клиническая больница № 1», а также пациентам, которые госпитализируются в хирургическое или гастроэнтерологическое отделения на время проведения МИМ и мониторинга состояния после МИМ. Госпитализация осуществляется после осмотра сотрудниками отделения для решения вопроса о технической возможности проведения манипуляции.

За 2011 г. отделением диагностических и малоинвазивных технологий МЛПУ «Клиническая больница № 1» было выполнено 3130 манипуляций, из них 1894 (60,5 %) составили МИМ. Большую часть МИМ составляли пункционно-аспирационные биопсии с УЗИ-мониторингом — 1350 манипуляций (71,3 %).

Наиболее востребованы МИМ хирургическим отделением (43,9 % от общего числа МИМ), из них 32,4 % проведены пациентам, госпитализированным по направлению специалистов отделения диагностических и малоинвазивных технологий. Больным пульмонологического профиля было проведено 18,9 % от общего числа МИМ, гастроэнтерологического профиля — 13,1 %, из них 27,2 % МИМ проведены пациентам, госпитализированным по направлению специалистов отделения диагностических и малоинвазивных технологий. Чаще всего МИМ проводились при очаговых поражениях внутренних органов — 878 МИМ (65 %), при плевральном и абдоминальном выпотах — 403 МИМ (29,9 %).

Таким образом, отделение диагностических и малоинвазивных технологий как структурная единица МЛПУ смогло доказать свою эффективность. В одной структуре объединены высококвалифицированные специалисты разных специальностей, использующие высокотехнологичные и наукоемкие методики, что обеспечивает системный подход, сосредоточение на нуждах потребителя, использование научной методологии. Все эти условия обеспечивают непрерывное повышение качества медицинской помощи в системе муниципального здравоохранения.

УДК 613.955:37.09 (476)

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ РИСКИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. ГОМЕЛЯ

Бортновский В. Н., Зинович В. Н., Шульга О. В., Песенко Е. С.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

«Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии»

г. Гомель, Республика Беларусь

Проблема рисков в настоящее время рассматривается во многих сферах деятельности человека и обычно она тесно связана с вопросами здоровья и безопасности в целом. Риск неблагоприятного влияния образовательной среды на здоровье учащихся — это вероятность развития нежелательных эффектов (реакций) у детей и подростков при определенных уровнях и продолжительности воздействия факторов риска внутришкольной среды.

В последние годы состояние здоровья детей и подростков характеризуется негативной тенденцией, обусловленной неблагоприятным воздействием целого комплекса факторов: загрязнением объектов окружающей среды, климатических особенностей местности, неудовлетворительными условиями обучения, воспитания и материально-технической базой образовательных учреждений, низким материальным уровнем жизни семей и др.

Использование методологии системного подхода к изучению формирования здоровья учащихся за период их обучения в школе позволило установить количественный вклад от-

дельных факторов риска с ранжированием их по значимости и определением удельного веса, вклада каждого из них в здоровье детей на различных этапах обучения.

Приоритетное значение имеет экологический фактор — до 30 %, из них на загрязнение окружающей среды приходится 20 % и на природно-климатические условия — 10 %. Фактор внутришкольной среды составляет 12,7 % при поступлении в школу, а к окончанию школы — 21,5 %, то есть возрастает почти в 2 раза. Вклад социально-гигиенического фактора в формирование здоровья составляет 26,3 % при поступлении в школу, к концу обучения — 12,9 %. Фактор «патологической пораженности» за период обучения не изменяется и составляет при поступлении в школу 22,3 %, а в старшем школьном возрасте — 20,6 %, что свидетельствует о недостаточной профилактической и оздоровительной работе среди учащихся.

Материально-техническое состояние городских детских и подростковых учреждений за последние пять лет остается практически без изменений.

Незначительная положительная динамика в характеристике детских и подростковых учреждений и делении их по группам санитарно-гигиенического благополучия объясняется не фактическим улучшением материально-технической базы, а введением в эксплуатацию новых объектов.

К существенным недостаткам образовательных учреждений г. Гомеля можно отнести следующие:

- неудовлетворительные режимы обучения учащихся 1–11-х классов в течение учебного дня и недели (до 50 % учреждений);
- неудовлетворительное обеспечение мебелью (до 20 % учреждений);
- несоблюдение уровня искусственной освещенности на рабочих местах учащихся (до 5 %).

Набор и площади медицинских помещений не отвечают санитарно-гигиеническим требованиям, не создают необходимых условий для проведения оздоровительной работы с детьми.

Важное значение имеет вопрос обеспечения оздоровительных учреждений г. Гомеля учебной мебелью. Более 20 % кабинетов и классов оснащены нестандартной мебелью, то есть учебный стол и стул разных ростовых параметров и не составляют комплект.

В целях удешевления проведения ремонтных работ, образовательные учреждения иногда используют запрещенные в строительстве детских и подростковых учреждений полимерные материалы. Для покрытия пола, встроенных шкафов, защитных экранов на отопительные приборы используются древесно-стружечные плиты. Выборочные лабораторно-инструментальные исследования по школам г. Гомеля, где в строительстве использованы полимерные материалы, показали в воздухе наличие вредных химических веществ: формальдегида, фенола, аммиака и других веществ органического происхождения, превышающие допустимые концентрации.

Широкое внедрение компьютеров во все сферы человеческой деятельности не обошло и образовательные учреждения г. Гомеля. На базе общеобразовательных учреждений функционируют 176 кабинетов, оборудованных видеодисплейными терминалами и персональными электронно-вычислительными машинами. Согласно имеющимся данным, около 40 % из них не отвечают СанПин (по набору помещений, площади на 1 рабочее место, искусственной освещенности, микроклимату, оборудованию рабочего места, режиму работы и др.). По данным лабораторно-инструментальных исследований уровни напряженности электромагнитного поля, плотность магнитного потока и электростатического потенциала превышали допустимые значения в 38 % измерений.

Ситуация с организацией питания школьников в г. Гомеле мало отличается от других областных центров Беларуси и требует принятия мер по ее улучшению. Школьные меню преимущественно разрабатываются с учетом стоимости продуктов питания, а не физиологических потребностей детей в макро- и микронутриентах. Анализ рационов питания школьников показал, что они имеют ярко выраженную углеводную направленность, не содержат необходимого для растущего организма количества полноценных белков, витаминов и минеральных солей. Недостаточно организовано диетическое и щадящее питание для детей с патологией органов пищеварения.

Таким образом, внутришкольная среда не перестает быть одним из существенных факторов риска для здоровья детей и подростков и должна являться предметом интереса не только медико-профилактической практики, но и государства, и общественности.

УДК 614.253.83:614.212

**МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ОБ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
(по материалам социологического опроса)**

Будник Я. И., Шаршакова Т. М.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Поскольку среди критериев качества медицинской помощи (согласно рекомендациям ВОЗ) одним из основных является удовлетворённость пациента полученной помощью, не вызывает сомнения необходимость проведения постоянных социологических опросов потребителей медицинских услуг.

Сегодня, говоря о качестве медицинской помощи, ее контроле и обеспечении, нельзя не касаться субъективной оценки степени удовлетворенности населения медицинской помощью. Казалось бы, что полезного для здравоохранения могут дать мнения, замечания и предложения людей, не имеющих специальных знаний по обсуждаемому предмету? Но, во-первых, система и создана для удовлетворения соответствующих потребностей этих людей, а, во-вторых, непрофессиональный, в данном случае нетрадиционный, взгляд потребителя может обнаружить значимые для него, но скрытые от специалиста или несущественные, по его мнению, недостатки.

С целью разработки практических рекомендаций для улучшения качества медицинской помощи амбулаторным больным нами выполнено исследование по изучению мнения пациентов об удовлетворенности медицинской помощью в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения.

Материалы и методы

Сбор данных осуществлялся путем анкетирования и проводился сплошным методом. В анкетировании участвовали 220 пациентов, обратившихся за медицинской помощью в поликлиники и отделения терапевтического профиля больниц. Среди обследованной совокупности пациентов большую часть — 51,4 % составили женщины и 48,6 % — мужчины. В возрастной структуре респондентов наибольшую долю (29,5 %) составили пациенты 31–50 лет, т. е. наиболее трудоспособная и активная часть населения; треть опрошенных (29,1 %) находилась в возрасте от 51 до 60 лет; от 18 до 30 лет — 13,2 %, значительную долю (28,2 %) составили пациенты в возрасте 60 лет и старше. Жителей города было 86,4 %, сельской местности — 13,6 %.

Результаты исследования

Согласно данным проведенного социологического опроса, 48 % респондентов причиной посещения поликлиники отмечают острое заболевание, по поводу хронического заболевания обратились 23 %. Важно отметить, что профилактический медицинский осмотр явился причиной посещения поликлиники только у 14 % опрошенных, а диспансеризация — лишь у 6 % респондентов. При этом следует отметить, что женщины чаще обращаются в поликлинику по поводу хронических заболеваний, а мужчины — по поводу острых.

Своеобразным тестом на доверие медицинским работникам стал вопрос: как часто респонденты обращаются к врачам в случае, когда у них возникает потребность в медицинской помощи. Позиции опрошенных разделились. Почти половина респондентов — 46,8 % предпочитают обходиться без помощи врачей и при возникновении первых симптомов заболевания занимаются самолечением, 13,6 % — вызывают бригаду скорой медицинской помощи, только 37,7 % — обращаются в поликлинику. Весьма значительные, возросшие за последнее время масштабы самолечения населения дают основания поновому поставить вопрос о детерминации заболеваемости в современном обществе и отношении населения к системе здравоохранения. Под диспансерным наблюдением находилось только 42,7 % респондентов. Пациенты, состоящие на диспансерном учете, отмечают,

что их приглашали на диспансерный осмотр регулярно в 19,1 % случаев, нерегулярно — 9,5 %, 21,8 % респондентов отметили, что их никогда не приглашали на диспансеризацию.

На вопрос: что вас не удовлетворяет в оказании медицинской помощи, среди основных причин 54,1 % респондентов ответили: «отсутствие желаемых результатов», 16,4 % — «расписание работы специалиста», 10,5 % — «уровень квалификации специалиста», 12,3 % — «отношение специалиста», 6,8 % — другое. При этом порядок работы поликлиники по месту жительства полностью устраивает лишь 32,7 % опрошенных, частично — 61,4 %, абсолютно не устраивает — 5,9 %. В то же время важно отметить, что потратили время в очереди в регистратуру до 1 ч 15 % респондентов; 81,4 % — до 30 мин, 3,6 % — до 2-х ч и более; ожидали получение медицинской помощи в поликлинике в очереди перед кабинетом врача до 1-го ч — 53,6 %, до 30 мин — 30,5 %, до 2-х ч и более — 15,9 %.

На консультацию к «узким» специалистам в поликлинике 50 % опрошенных записывались по телефону, 34,1 % — посредством личного обращения, 15,9 % — через участкового врача. 34,5 % респондентов ожидали консультацию «узкого» специалиста более недели, 22,3 % — от 3-х и более дней, 18,6 % — от 1 до 3-х дней, 24,5 % — в течение дня. Следует отметить, что подавляющее большинство пациентов, которые обращались лично к «узкому» специалисту, получали консультацию в течение дня, а те, кто записывались по телефону — ожидали более недели. При этом 46,8 % пациентов отметили отсутствие необходимых специалистов в поликлинике.

На вопрос: соответствует ли современному уровню обследование в поликлинике, лишь 21,8 % респондентов ответили «да», «нет» — 22,3 %, «не в полной мере» 46,8 %. Нельзя не учитывать то обстоятельство, что лишь 67,3 % респондентов ответили, что получали от лечащего врача наряду с назначением лекарственных препаратов рекомендации по профилактике заболеваний и коррекции факторов риска, и только 58,2 % респондентов информированы об имеющихся у них факторах риска заболеваний.

Уровень качества медицинской помощи, с позиции удовлетворенности пациентов во многом определяется взаимоотношениями, возникающими между ними и медицинским персоналом, включающими его вежливость, доброжелательность, индивидуальный подход, разъяснение и обоснование назначенных методов диагностики и лечения. Среди всех опрошенных пациентов только 11,4 % предпочли бы обратиться к своему участковому терапевту, только 35,5 % при возможности выбора обратились бы в закрепленную поликлинику, в другое учреждение — 15,5 %, к другому врачу — 7,2 %. При этом 17,7 % пациентов отметили, что им пришлось столкнуться с грубым, некорректным отношением со стороны сотрудников поликлиники.

Оценивая свое состояние здоровья в процессе лечения в поликлинике, 49,5 % опрошенных посчитали, что оно улучшилось, 46,8 % отметили, что оно не изменилось, 3,7 % — ухудшилось.

Среди причин неудовлетворенности работой поликлиники подавляющее большинство (60 %) респондентов отметили недоступность «узких» специалистов, 16 % — невнимательное отношение работников регистратуры, при этом 12 % отмечают невнимательное отношение врачей и 1 % — невнимательное отношение среднего медицинского персонала. На вопрос: как респонденты оценивают изменения в организации медицинской помощи за последние 2–3 года, только 29,1 % из них ответили, что улучшилось, 10 % — ухудшилось, 60,9 % — не изменилось.

Респондентам также предлагалась оценить работу врачей поликлиники в целом. 34,1 % посчитали ее хорошей, 50,5 % — удовлетворительной, 15,4 % — неудовлетворительной.

Из общего числа опрошенных пациентов 27,2 % — не информированы о предоставлении платных медицинских услуг по месту жительства, 45 % — выразили готовность оплачивать медицинские услуги в поликлинике при надлежащем уровне сервиса.

Выводы

Таким образом, проведенное исследование показало, что при обращении за медицинской помощью в поликлиники, к сожалению, у пациентов возникает ряд замечаний по качеству ее оказания. Негативными моментами в работе поликлиники являются наличие очередей, низкая доступность помощи «узких» специалистов, невнимательное отношение врачей,

случаи грубого, некорректного отношения со стороны сотрудников, отсутствие необходимых специалистов. Это приводит к тому, что далеко не во всех случаях возникновения и обострения заболевания пациенты обращаются в поликлинику.

Мероприятия по профилактике заболеваний находятся на втором плане, приоритетным является оказание медицинских услуг пациентам. Работники здравоохранения предпочитают лечить, а не заниматься профилактикой. Это необходимо учитывать при ориентированности медицинских организаций на достижение «потребительской» удовлетворенности предоставляемыми медицинскими услугами.

С точки зрения детерминант общественного здоровья и приоритетов политики здравоохранения необходимо более внимательное отношение к практике самолечения, принимающей массовый характер в связи с относительной доступностью лекарственных средств и готовностью персонала аптечной сети выступать в качестве бесплатных консультантов. Следует иметь в виду, что сама аптечная сеть в высокой степени заинтересована в объемах реализации и потому превращается в активный фактор развития самолечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медик, В. А. Анализ медико-социальной ситуации в регионе (по материалам социологического исследования) / В. А. Медик, А. М. Осипов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2004. — № 4. — С. 14–18.
2. Организация оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в Республике Беларусь / А. Г. Мрочек [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 9–17.
3. Здравоохранение Беларуси: 90 лет: достижения и перспективы // Медицина. — 2009. — № 2. — С. 2–9.
4. Протокол и практическое руководство. Общациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI). ЕБВ. Копенгаген 1996.

УДК 612.663:613.88

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ВОПРОСАМ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Будревич Г. С., Тищенко Е. М.

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Информированность женщин фертильного возраста по вопросам полового развития важнейшая составляющая реализации комплекса медико-организационных мер по укреплению репродуктивного здоровья. В связи с чем по специально-разработанной анкете проведен опрос 1584 женщин фертильного возраста, проживающих в сельском районе.

Большинство опрошенных (62,5 %) знакомы с понятием «менструальный календарь», частично знают об этом — 17,2 % респонденток, не знают — 20,3 % анкетированных. В основном (58,2 %) опрошенные женщины также осведомлены, в чем разница операции искусственного аборта и операции регуляции менструального цикла. Каждая 5-я (19,6 %) респондентка ответила, что после аборта бывает бесплодие. При этом две из пяти (39,3 %) анкетированных прерывали беременность. В качестве побудивших причин были названы материальное и жилищное положение (46,2 %), нежелание создать семью (25 %), состояние здоровья (8,8 %). 47,7 % опрошенных считают, что прерывание беременностей опасно для здоровья. Перед прерыванием беременности все женщины получили консультацию врача о профилактике осложнений и по вопросам контрацепции. Однако из прерывавших беременность 55 % респонденток дополнительно требовалось лечение.

К основным методам контрацепции опрошенные отнесли: презерватив (35,6 %), метод «безопасных дней» (22 %), прерванный половой акт (17 %) спираль (9,7 %). Однако, 23,6 % анкетированных не используют контрацептивные средства. Во время первых в жизни сексуальных отношений пользовались контрацепцией только половина (51,5 %) респонденток. При этом 44 % опрошенных считают, что для предупреждения беременности не-

обходим регулярный прием противозачаточных таблеток. Основной причиной неиспользования контрацепции 51,8 % анкетированных назвали вред для здоровья.

При появлении симптомов инфекций, передающихся половым путем (ИППП), 49,9 % опрошенных лечились бы сами, 43 % — обратились бы к врачу, остальные — обследовались бы анонимно. На вопрос: «Можно ли заразиться при поцелуе сифилисом?» — утвердительно ответили 50 % респонденток, гонореей — 13,3 %. 31,4 % анкетированных указали, что ВИЧ-инфекцией можно заразиться воздушно-капельным путем, 40 % — при укусе кровососущего насекомого. При этом две из трех респонденток (68,6 %) отметили, что при ИППП необходимо воздержаться от половой жизни.

К беременности нужно готовиться обоим партнером считают 2 из 5-ти (43,8 %) опрошенных женщин. Однако каждая 5-я (18,4 %) указала, что участие в процессе внутриутробного развития ребенка и родов — это не «мужское дело». Если ребенок зачат вне брака, то 38,2 % анкетированных ответили, что должна быть регистрация брака, 27,9 % — обязательное признание отцовства, 23,8 % — только материальная поддержка, 10,1 % — аборт. В процессе ожидания ребенка 50,8 % считают участие своего мужа активным, 22,2 % — недостаточным.

Таким образом, вопросы планирования семьи и ребенка, участие в этом женщины и мужчины сохраняют актуальность и требуют комплексной информационной и медико-организационной работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наумов, И. А. Укрепление репродуктивного здоровья женщин с воспалительными заболеваниями половых органов в рамках системы перинатальных технологий / И. А. Наумов. — Гродно, 2010. — 316 с.
2. Сурмач, М. Ю. Поведение молодежи: от демографических угроз к национальной безопасности / М. Ю. Сурмач. — Минск, 2009. — 266 с.

УДК 616.12–008.331.1–053.6(043.2)

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ

Былинский Н. Н., Павлович Д. С., Волковец Н. Н., Назаренко О. Н.

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место в структуре неинфекционной патологии как у взрослых, так и у детей [1, с. 118]. Частота встречаемости артериальной гипертензии (АГ) у подростков в Республике Беларусь, по данным литературы [2, с. 11], составляет 8–18 %. Ежегодно увеличивается число подростков с невротическими расстройствами, у которых выявляется стресс-индуцированная АГ [3]. Впоследствии у каждого третьего ребенка с повышенным артериальным давлением (АД) формируется стойкая артериальная гипертензия [2, 3].

Факторы риска развития АГ у подростков делятся на модифицируемые (избыточная масса тела, ожирение, метаболический синдром, малоподвижный образ жизни, избыточное потребление соли, курение, вегетативная дисфункция) и немодифицируемые (наследственная предрасположенность, мужской пол, нарушение нефрогенеза в третьем триместре беременности из-за недостаточности белка в рационе матери, низкая масса при рождении) [1, 2, 4]. Согласно современным представлениям, артериальная гипертензия — это стойкое повышение АД выше 95-го центиля шкалы распределения значений АД для конкретного возраста, пола, массы и длины тела ребенка. По данным ВОЗ, унифицированным единым критерием артериальной гипертензии для подростков (начиная с 13 лет) являются цифры артериального давления 140/90 мм рт. ст. и выше [2, 3].

Цель исследования

Оценка частоты встречаемости некоторых факторов риска у подростков 15–17 лет с начальной стадией АГ в сравнении с частотой встречаемости тех же факторов у подростков 1 и 2 групп здоровья.

Задачи исследования

1. Определить некоторые факторы риска развития АГ у подростков на основании теста-опросника. 2. Сравнить результаты анкетирования подростков с АГ и здоровой группы.

Материалы и методы

Основой для нашего анализа послужили результаты анкетирования (с помощью унифицированного теста-опросника) и обследования 28 подростков (группа 1) в возрасте от 15 до 17 лет, находившихся на лечении в ревматологическом отделении УЗ «4-я Городская детская клиническая больница г. Минска». Группу сравнения (группа 2) составили 30 подростков, имеющих 1 и 2-ю группу здоровья, находившихся на лечении в педиатрическом отделении по поводу острых заболеваний (бронхит, пневмония). Критерием включения в основную группу исследования было наличие повышенного артериального давления как единственной или одной из жалоб при госпитализации в стационар. Средний возраст детей в обеих группах составил 16,3 и 16,5 года соответственно, однако имели место половые различия: в группе наблюдения соотношение было 67,9 % мальчиков и 32,1 % девочек, а в группе здоровых детей — 43,3 и 56,7 % соответственно. Кроме преобладания мужского пола в группе пациентов с артериальной гипертензией установлены и более высокие цифры артериального давления у мальчиков-подростков (рисунки 1 и 2).

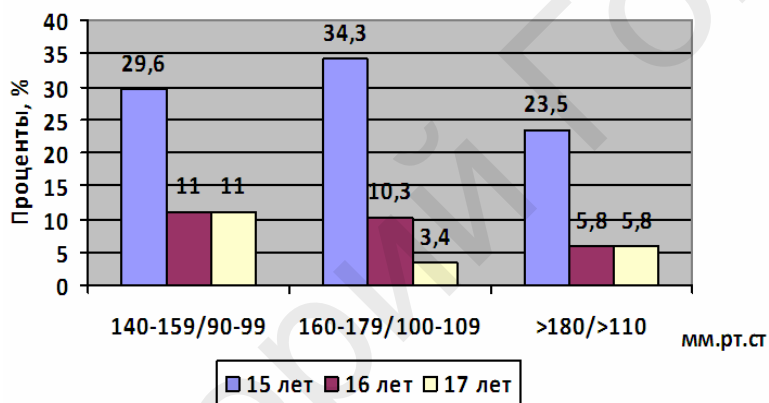


Рисунок 1 — Средние показатели артериального давления у лиц мужского пола

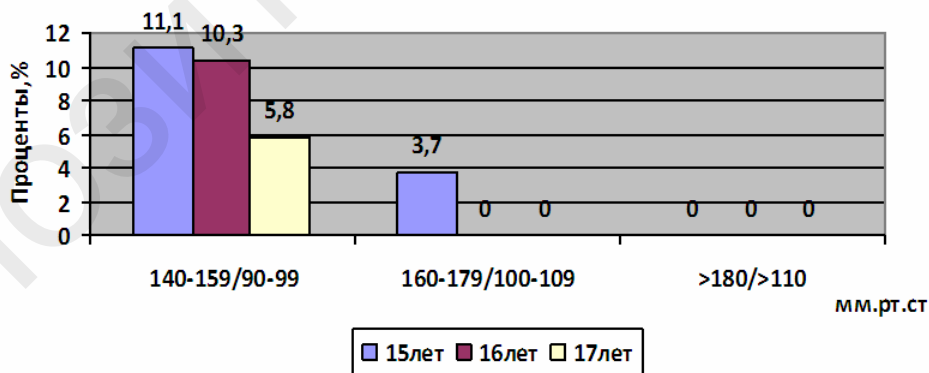


Рисунок 2 — Средние показатели артериального давления у лиц женского пола

Обследование всех подростков включало углубленное изучение анамнестических сведений: заполнение доработанного нами теста-опросника «Определение исходного вегетативного тонуса у подростков» [1, с. 183]. Особое внимание при этом уделялось оценке физического развития подростков и их образа жизни (курение, алкоголь, занятие спортом и др.).

Обсуждение результатов

Роль наследственности в этиологической структуре занимает центральное место [2, 4, 5]. Оценка общей отягощенности анамнеза по индексу отягощенности в наблюдаемой группе

составило 70 %, отягощение анамнеза по нозологической единице (по АГ) — 52 %. В группе здоровых детей оценка общей отягощенности пришлась на 43 %, по нозологической единице — всего 17 %.

Реакция на окружающие воздействия во многом определяется особенностями психологических черт у лиц с АГ [4, 5]. У исследуемых подростков отмечались: группа 1 — склонность к депрессии — 60 %, личностная ситуационная тревога выражена у 55 %, эмоциональная лабильность наблюдалась у 55 %, у 47 % подростков имелись конфликты в школе, у 40 % конфликты наблюдались в семье; группа 2 — склонность к депрессии — 57 %, личностная ситуационная тревога выражена у 30 %, эмоциональная лабильность наблюдалась у 43 %, у 53 % подростков имеются конфликты в школе, у 43 % конфликты наблюдались в семье.

Особое внимание уделялось анализу факторов риска, обусловленных образом жизни подростков (таблица 1).

Таблица 1 — Выявленные факторы риска, обусловленные образом жизни

Показатель	Группа наблюдения (1), количество случаев (%), n = 28	Контрольная группа (2), количество случаев (%), n = 30
Курят	17 (60,7 ± 9,2 %)	14 (46,67 ± 9,1 %)
Количество выкуриваемых сигарет в сутки:		
• более 15	6 %	14 %
• от 6 до 15	66 %	50 %
• менее 5	28 %	36 %
Давность курения от 1 до 2-х лет	41 %	57 %
Давность курения более 2-х лет	35 %	43 %
Употребляют алкоголь	25 (89,3 ± 5,84 %)	21 (70,0 ± 8,37 %)
Занятие спортом	15 (53,6 ± 9,4 %)	13 (43,3 ± 9,05 %)

Выводы

1. Наиболее существенным фактором риска по артериальной гипертензии в нашем исследовании были наследственное отягощение, наблюдавшееся у 52 % подростков, и мужской пол.

2. В среде подростков как в группе наблюдения, так и в группе контроля, зарегистрирована высокая частота встречаемости курения и употребления алкоголя.

3. У подростков с АГ чаще наблюдаются такие вредные привычки, как курение (группа 1 — 60,7 %; группа 2 — 46,67 %) и употребление алкоголя (группа 1 — 89,3 %; группа 2 — 70 %). Высокая распространенность данных вредных привычек позволяет отнести их к важнейшим факторам риска этого заболевания.

4. У пациентов с артериальной гипертензией часто встречаются жалобы и клиническая симптоматика, обусловленная их психоэмоциональными особенностями, высоким уровнем личностной и ситуационной тревоги и вегетативными сдвигами. Склонность подростков обеих групп к депрессии наблюдается с одинаковой частотой. Необходимо отметить высокую конфликтность пациентов обеих групп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконь, Н. А. Болезни сердца и сосудов у детей: рук-во для врачей / Н. А. Белоконь, М. Б. Кубергер. — М., Медицина, 1987. — Т. 1. — 439 с.
2. Беляева, Л. М. Артериальные гипертензии у детей и подростков / Л. М. Беляева. — Минск: Беларус. наука, 2006. — 162 с.
3. Приходько, В. С. Первичная артериальная гипертензия у детей и подростков / В. С. Приходько, В. В. Басилашвили, Ю. В. Одинец. — М., 1980. — 144 с.
4. Ассоциация генетических факторов с клиническими особенностями гипертонической болезни у больных с отягощенным семейным анамнезом / Л. О. Минушкина [и др.] // Кардиология. — 2009. — № 2. — С. 38–46.
5. Артериальная гипертензия / под ред. В. Зидека; пер. с нем.; под ред. Д. А. Аничкова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 208 с.

УДК 613 (075.32)

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
СРЕДИ УЧАЩИХСЯ-МЕДИКОВ**

Волознева И. Л., Цецохо А. В., Жаворонкова Н. И.

**Учреждение образования
«Витебский государственный медицинский колледж»
г. Витебск, Республика Беларусь**

Хорошее здоровье человека является значимой ценностью общества и является показателем высокого уровня оказания профессиональных услуг специалистом-медиком населению.

Высокий уровень культуры собственного здоровья — основная предпосылка совершенствования личности, что позволяет ей успешно решать не только профессиональные, но и личные проблемы с позитивным результатом.

Огромна общественная значимость труда медсестры (фельдшера), поскольку проблема укрепления здоровья, профилактики и качества ухода за больными и умирающими с незапамятных времен является актуальной и вызывает озабоченность во многих странах.

Первостепенным в деятельности медсестер (фельдшеро́в), является профилактический аспект: сохранение и укрепление «здоровья здоровых» как профессиональная деятельность медицинских работников становится «медициной здоровья» и включает не только профилактику и лечение соматических болезней, но и профилактику, устранение социо-психологических проблем пациентов и их семей.

Также медицинские работники должны оказывать большое влияние на население, выступая «моделями поведения», демонстрируя на личном примере приверженность здоровому образу жизни.

Однако все виды сестринского (фельдшерского) труда (обеспечение и руководство сестринской помощью, обучение пациентов и их родственников, взаимозависимая работа с другими социально-медицинскими работниками и др.) в зависимости от его профиля, характера, условий работы имеют свои особенности.

Профессия является для человека, ее избравшего, источником постоянного роста и совершенствования.

В то же время работа медсестры — одна из самых сложных и трудных, ее профессиональная деятельность нередко подвергается критическому анализу окружающих, и если уровень профессиональной компетентности хоть немного не соответствует социальным ожиданиям партнеров по общению, неизбежны конфликты.

Кроме того, экзистенциальные проблемы (и прежде всего, проблемы отношения к смерти, смысл жизни и др.), хронические эмоциональные нагрузки при отсутствии возможности психо-эмоциональной коррекции, нередко физическое переутомление, низкий социальный и материальный статус (приводящий к заниженной самооценке личности, необходимости совмещения, что резко ограничивает свободное время, которое необходимо для поддержания и укрепления собственного здоровья) — все это влечет за собой негативные последствия для медицинских, психологических, социальных аспектов здравоохранения (снижение качества труда, профессиональная деформация личности, неудовлетворенность качеством своей жизни в целом специалистов и др.).

Так, анализ заболеваемости и продолжительности жизни показывает, что в практически во всех странах мира медицинские работники болеют чаще, имеют большее количество хронических психосоматических и соматических заболеваний; средняя продолжительность их жизни — меньше по сравнению со среднестатистической в стране.

Медицинские работники — это группа риска по состоянию здоровья.

С первых дней обучения в учреждении профессионального образования в процессе адаптации к системе обучения, межличностным отношениям, коллективу, условиям жизни и др. сферам деятельности у учащихся необходимо формировать знания и умения по вопросам мотивации и реализации здорового образа жизни (ЗОЖ).

Их необходимо приобщать, в том числе, и к оптимальной двигательной активности, которая благоприятно влияет на физическое и психофизическое самочувствие, интеллектуальную работоспособность, эмоционально-волевые процессы, помогает в рациональной организации труда и отдыха. В общем, оптимальная двигательная активность способствует перекрестной адаптации (психофизической) к среде, повышает функциональные резервы организма, в том числе и системы иммунитета. Формирующее и оздоровительное действие физических упражнений на организм человека невозможно переоценить.

Представляется весьма важным формирование, подкрепление и реализация знаний и умений по вопросам санологического мировоззрения, вопросам ЗОЖ в самом начале процесса профессионального становления личности медработника.

В педагогической практике бесспорно, что чем более высокие показатели психофизического здоровья имеет учащийся, тем больший интерес и более высокий уровень профессиональной подготовки он демонстрирует.

Обучение на 1-м курсе для большинства учащихся сопровождается высокими показателями заболеваемости (в том числе ОРЗ, вегетососудистые, заболевания ЖКТ) как проявление напряженного периода адаптации (в 1,8 выше по сравнению с заболеваемостью на 2 курсе).

К основным аспектам формирования здорового образа жизни учащейся молодежи можно отнести следующее:

- формирование системы гуманистических взглядов, ценностного отношения к себе; к социальному устройству человеческой жизни как высшей ценности;
- обеспечение оптимальных условий жизни (экология жилища, среды обитания и др.);
- рациональный режим дня, оптимальное соотношение интеллектуальной и физической активности;
- грамотное формирование соматической конституции;
- рациональное питание;
- своевременное и адекватное применение развивающих, гармонизирующих, тренирующих воздействий, обеспечивающих неуклонное повышение уровня физического и психологического здоровья;
- специфическая и неспецифическая профилактика заболеваний;
- формирование психического здоровья (психэкология в семье, учебной организации), наличие развивающей среды;
- социально-психологическое профессиональное сопровождение (профилактика дистрессов; неврозов; обучение основам аутопсихокоррекции);
- формирование активной жизненной позиции и ответственности за свою судьбу и судьбу своего Отечества.

ЗОЖ — это многофункциональная направленная деятельность, взаимосвязанная с физическим, соматическим, психическим и нравственным здоровьем, требующим всестороннего комплексного подхода.

В качестве основной задачи выступает формирование у учащейся молодежи убеждения в престижности здорового поведения и воспитания потребности у каждого в здоровом образе жизни.

Культура здоровья по своей сущности должна быть первой потребностью личности.

Ни одна деятельность человека не может быть достаточно эффективной, пока она не осознана и не подкреплена информационно.

Поэтому важнейший компонент в формировании санологического мировоззрения — это просветительная работа и формирование активной позиции по отношению к своему здоровью, мотивации к поддержанию его уровня.

Формирование здоровья — долговременный процесс. Успешность его реализации во многом зависит от дальнейшего развития системы непрерывного валеологического образования, в котором важную роль может играть профессиональное мышление. При этом человек должен знать и уметь организовать ЗОЖ с учетом своих индивидуальных биологических и психических особенностей.

Таким образом, педагогическая стратегия формирования здорового образа жизни на основе обретаемых знаний, опыта способствует самостоятельной выработке у молодых людей убеждений в престижности здорового поведения и воспитания потребности у каждого в здоровом образе жизни и удовлетворение потребности в самореализации.

Профессиональная деятельность — это основная сфера жизнедеятельности человека, и ее можно рассматривать как способ выражения сущности человека, его самореализации и самосовершенствования.

Анализ социально-психологических проблем в деятельности медицинских работников и требования общества на современном этапе, которым специалисты должны соответствовать, детерминируют необходимость формирования потребности и реализации здорового образа жизни каждым медработником на всех этапах профессионального развития, начиная с периода обучения профессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апанасенко, Г. Л. Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. — Ростов н/Д: Феникс, 2000. — 242 с.
2. Близнюк, А. И. Социальная медицина / А. И. Близнюк, В. И. Близнюк, Т. А. Шукис. — Минск, 2006. — 205 с.

УДК 616.98(470.23–24)

АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ ЛИЦ С МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ И БЕЗ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ К ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ

*Волченко А. Н., Буринский Н. В., Мицура В. М.,
Красавцев Е. Л., Макиша Н. С.*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

«Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пандемия ВИЧ-инфекции — это суровая реальность нашего времени. До 50 млн человек заражены ВИЧ и с большей долей вероятности погибнут в течение ближайших 10–12 лет. А ведь, по меньшей мере, 1/3 — это люди в возрасте от 10 до 24 лет. Каждую минуту пять молодых людей этого возраста заражаются ВИЧ. Во многих странах мира ущерб от этой инфекции в ближайшее время приведет к упадку экономики и социальной стабильности [5]. По статистическим данным, в Гомельской области на 1 сентября 2012 г. зарегистрировано 6781 случай ВИЧ-инфекции (показатель распространенности 347,2 на 100 тыс. населения) [3]. Широкая распространенность ВИЧ-инфекции — проблема не только медицинская, но и социальная, которая имеет отношение не только к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом, но и их семьям, друзьям, коллегам.

В последние годы появилось понятие «стигма», которую могут испытывать многие из ВИЧ-инфицированных. Стигма (дословно «ярлык», «клеймо») — чрезвычайно сильный социальный ярлык, который полностью меняет отношение к другим людям и к самим себе, заставляя относиться к человеку только как к носителю нежелательного качества. Страх подвергнуться дискриминации может удерживать людей от того, чтобы обратиться за лечением в связи со СПИДом или открыто признать свой ВИЧ-статус. Людям, инфицированным ВИЧ или подозреваемым в этом, может быть отказано в получении медико-санитарных услуг, жилья или работы, в страховании или въезде в иностранное государство, от них могут отвернуться их друзья и коллеги. В некоторых случаях их выгоняют из дома их собственные семьи, их супруги подают на развод; известны случаи физического насилия или даже убийства [2].

Учитывая широкую распространенность ВИЧ-инфекции в Гомельской области, представляется актуальным изучение отношения к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом в различных группах населения с целью выявления «критических ситуаций» и дальнейшей корректировки общественного мнения.

Цель

Определить отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом в различных группах населения Гомельской области.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 195 жителей г. Гомеля и Гомельской области. Среди них 100 человек (29 % мужчин и 71 % женщин) с медицинским образованием, студенты 5–6-х курсов Гомельского государственного медицинского университета и медицинские работники, средний возраст $29,8 \pm 1,2$ года. Остальные 95 участников исследования (90,5 % — женщины, 9,5 % — мужчины) — лица без медицинского образования, средний возраст $36,8 \pm 2,3$ года.

Исследование проводилось методом социологического опроса с использованием дополненной нами адаптированной анкеты из CDC (2004) Handbook for Evaluating HIV Education [1, 4]. Анкета состоит из паспортной части и вопросов, отражающих отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом. Вопросы разделены на прямые, положительный ответ на которые отражает толерантное отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом. И обратные вопросы, положительный ответ на которые отражает негативное и нетерпимое отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.

Данные представлены в виде процентов, а также их 95 % доверительных интервалов. Для выявления различий между группами применялся критерий χ^2 и χ^2 с поправкой Йетса.

Результаты и обсуждение

В целом наблюдается толерантное отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом среди опрошенных, более половины из них (56,0 %) готовы к общению и социальным контактам с ВИЧ-положительными людьми. Негативное отношение к ВИЧ-инфицированным показывают около 23,0 % респондентов (таблица 1).

Таблица 1 — Отношение к ВИЧ-инфицированным у респондентов в Гомельской области

Исследуемая группа	Отношение к ВИЧ-инфицированным, % (95 % ДИ)		
	толерантное	индифферентное	негативное
Студенты и медицинские работники (n = 100)	60 (47,5–72,0)	22 (4,7–39,3)	18 (0,3–35,8)
Лица без медицинского образования (n = 95)	51 (36,9–65,1)	26 (8,8–43,2)	23 (5,1–38,9)
Все	56 (46,7–65,3)	24 (11,8–36,2)	21 (8,5–33,5)

Отмечается тенденция к более толерантному отношению среди медицинских работников и студентов-медиков по сравнению с лицами без медицинского образования, однако статистически значимых различий не выявлено.

Было также изучено отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом по каждому вопросу отдельно. Результаты представлены в таблицах 2 и 3.

Студенты-медики и медицинские работники статистически значимо чаще согласились бы присутствовать на совещаниях вместе с ВИЧ-инфицированными. В этой же группе статистически значимо меньше лиц, которые считают, что ВИЧ-инфицированные в общественных местах представляют опасность. Вероятно, это связано с большей информированностью медиков о путях передачи ВИЧ-инфекции.

Таблица 2 — Ответы респондентов на прямые вопросы анкеты

Вопрос	Все		Студенты и медицинские работники		Лица без медицинского образования		p
	N	%	N	%	N	%	
Я бы согласился работать с человеком, больным СПИДом							
Согласен	96	49,2	56	56,0	40	42,1	0,05
Не уверен	61	31,3	28	28,0	33	34,7	0,4
Не согласен	38	19,5	16	16,0	22	23,1	0,2
Человеку, больному СПИДом, должно быть разрешено посещение ресторанов и кафе							
Согласен	120	61,5	67	67,0	53	55,8	0,1
Не уверен	38	19,5	13	13,0	25	26,3	0,02*
Не согласен	27	13,8	10	10,0	17	17,9	0,1

Окончание таблицы 2

Вопрос	Все		Студенты и медицинские работники		Лица без медицинского образования		p
	N	%	N	%	N	%	
Я бы согласился присутствовать на совещании в одном помещении с человеком, больным СПИДом							
Согласен	151	77,4	86	86,0	65	68,4	0,03*
Не уверен	25	12,8	5	5,0	20	21,1	0,0008*
Не согласен	19	9,7	9	9,0	10	10,5	0,7
Я бы мог запросто обнять больного СПИДом друга							
Согласен	127	65,1	69	69,0	58	61,1	0,2
Не уверен	50	25,6	25	25,0	25	26,3	0,8
Не согласен	18	9,2	6	6,0	12	12,6	0,2

* Различия между группами лиц с медицинским образованием и без него статистически значимы

Таблица 3 — Ответы респондентов на обратные вопросы анкеты

Вопрос	Все		Студенты и медицинские работники		Лица без медицинского образования		p
	N	%	N	%	N	%	
Студенты, больные СПИДом, должны быть изолированы от других студентов							
Согласен	25	12,8	3	3	22	23,2	0,001*
Не уверен	52	26,7	26	26	26	27,4	0,8
Не согласен	118	60,5	71	71	47	49,5	0,002*
Люди, больные СПИДом, не должны заниматься спортом вместе со здоровыми людьми							
Согласен	38	19,5	16	16	22	23,2	0,2
Не уверен	44	22,6	19	19	25	26,3	0,6
Не согласен	103	52,8	55	55	48	50,5	0,5
Я бы чувствовал себя неудобно, если бы мне пришлось тесно работать с человеком, больным СПИДом							
Согласен	82	42,1	40	40	42	44,2	0,6
Не уверен	46	23,6	26	26	20	21,1	0,4
Не согласен	67	34,4	34	34	33	34,7	0,9
Людьми, больным СПИДом, должно быть запрещено работать в ресторанах и кафе							
Согласен	99	50,8	45	45	54	56,8	0,9
Не уверен	58	29,7	37	37	21	22,1	0,2
Не согласен	38	19,5	18	18	20	21,1	0,6
Если бы учитель моего ребенка был ВИЧ-инфицирован, я бы опасался позволять своему ребенку посещать его уроки							
Согласен	68	34,9	33	33	35	36,8	0,6
Не уверен	63	32,3	32	32	31	32,6	0,9
Не согласен	64	32,8	35	35	29	30,5	0,5
Я бы избегал человека, один из членов семьи которого болен СПИДом							
Согласен	32	16,4	16	16	16	16,8	0,8
Не уверен	48	24,6	19	19	29	30,5	0,06
Не согласен	121	62,1	65	65	56	58,9	0,4
Имена людей, больных СПИДом, должны быть обнародованы, чтобы их можно было избегать							
Согласен	27	13,8	12	12	15	15,8	0,4
Не уверен	39	20,0	22	22	17	17,9	0,5
Не согласен	129	66,2	66	66	63	66,3	0,9
Люди, больные СПИДом, должны быть законом изолированы от здоровых в целях сбережения здоровья нации							
Согласен	31	15,9	15	15	16	16,8	0,7
Не уверен	34	17,4	15	15	19	20,0	0,4
Не согласен	130	66,7	70	70	60	63,2	0,3

* Различия между группами лиц с медицинским образованием и без него статистически значимы

Статистически значимо больше медиков не согласны с изоляцией ВИЧ-инфицированных студентов от других.

Выводы

1. В целом среди населения Гомельской области толерантное отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом отмечается более чем у половины респондентов.
2. Студенты-медики и медицинские работники показывают более терпимое отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом в ситуациях общения и социальных контактов.
3. Следует продолжать обучение населения и медицинских работников по вопросам ВИЧ/СПИДа, целью которого было бы исключение дискриминации данной категории людей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова, Н. В. Отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом среди врачей и студентов-медиков / Н. В. Иванова, В. М. Мицура // Проблемы и перспективы развития медицины в постчернобыльский период: сб. ст. II Респ. науч.-практ. конф. студ. и молодых ученых, Гомель, 28–29 апр. 2008 г. / Гомел. гос. мед. ун-т.; редкол. А. Н. Лызи-ков [и др.]. — Гомель, 2008. — С. 165–167.
2. Стигма и ВИЧ: определение // AIDS.ru [электронный ресурс]. — 2012. — Режим доступа: <http://aids.ru/aids/stigmadef.shtml>. — Дата доступа: 15.09.2012.
3. Эпидситуация по ВИЧ-инфекции в Гомельской области на 01.09.2012 года // Гомельский районный исполнительный комитет [Электронный ресурс]. — 2012. — Режим доступа: <http://www.gomel.gomel-region.by/ru/sluzhbi/rajce/zdor/profilaktika/situacia>. — Дата доступа: 15.09.2012.
4. Jamison, D. T. Disease Control Priorities in Developing Countries / D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham. — Washington (DC): IBRD/The World Bank and Oxford University Press. — 2006. — 42 p.
5. Report on the Global AIDS epidemic. Executive summary // World Health Organization [Electronic resource]. — 2006 — Mode of access: http://www.who.int/hiv/mediacentre/2006_GR_ANN1A-L_en.pdf. — Date of access: 12.04.2012.

УДК 613.955:004:159.9

**ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ***Гапанович-Кайдалов Н. В.***Учреждение образования Федерации профсоюзов Беларуси
«Международный университет «МИТСО», Гомельский филиал
г. Гомель, Республика Беларусь**

Согласно Стратегии развития информационного общества в Республике Беларусь до 2015 г., информационное общество — это современный этап развития цивилизации с доминирующей ролью знаний и информации, воздействием информационно-коммуникационных технологий на все сферы человеческой деятельности и общества в целом [1]. Развитие информационного общества определяется как один из национальных приоритетов Республики Беларусь и рассматривается как общенациональная задача, требующая объединения усилий государства, бизнеса и гражданского общества.

Приоритетным направлением развития современного информационного общества является информатизация образования — совершенствование образовательного процесса на основе внедрения информационных технологий.

Информационные технологии рассматриваются как совокупность моделей, методов и программных средств обработки информации при интеллектуальном доступе человека в компьютерную систему. К информационным технологиям относятся: ЭВМ, персональные компьютеры, локальные вычислительные сети, устройства ввода-вывода информации, средства манипулирования аудиовизуальной информацией, современные средства связи и т. п. Информационные технологии существенно расширяют возможности предъявления учебной информации. Применение цвета, графики, звука, всех современных мультимедийных средств позволяет воссоздать реальную обстановку деятельности, повысить мотивацию учащихся к обучению.

В целях повышения уровня информатизации образования Министерством образования Республики Беларусь в настоящее время реализуется ряд проектов. Так, с 1 сентября 2011 г. проводится эксперимент по апробации модели обучения с использованием индивидуальных электронных устройств в учреждениях общего среднего образования. Реализация данного проекта предполагает создание в этих учреждениях среды электронного обучения, в которой учителя и учащиеся используют компьютеры и программное обеспечение для совместной учебной деятельности через организацию сетевого взаимодействия (чаты, сетевые сервисы, Интернет). При этом ставится задача формирования информационной культуры, начиная уже с начальной школы.

Для применения в процессе обучения в начальной школе сегодня предлагается большее количество электронных продуктов. Многие учителя сами разрабатывают и используют в своей работе электронные учебные материалы. Однако экспертная оценка специали-

стами этих материалов осуществляется не всегда. Электронные материалы, используемые в учебном процессе, не только должны соответствовать общим требованиям и стандартам школы, но и обладать высокой интерактивностью, возможностью произвольного доступа к различным разделам и заданиям, легкостью в управлении, учитывать возрастные особенности младших школьников, которые выражаются в использовании разнообразных иллюстраций, игровых ситуаций, порционного алгоритмического предъявления информации и т. п.

Однако позитивные аспекты информатизации начальной школы не могут быть оправданы, если формирование и повышение информационной культуры школьников приводит к ухудшению их соматического и психологического здоровья. На состояние соматического здоровья ребенка негативно влияют в первую очередь длительное пребывание перед экраном монитора: снижается зрение, страдает осанка, возникают головные боли, повышается утомляемость и др. Вредное воздействие оказывают также электромагнитные поля и статическое электричество, создаваемые компьютерами и мобильными телефонами, а также малоподвижный образ жизни ребенка.

Особого внимания требует к себе в условиях использования информационных технологий психологическое здоровье младших школьников — динамическая совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества, являющихся предпосылкой ориентации личности на выполнение своей жизненной задачи. При этом важнейшими критериями психологического здоровья младших школьников являются: сформированность умений принимать себя и других людей, осознавать свои и чужие достоинства и недостатки; умений осознавать свои чувства, причины и последствия поступков, умений строить жизненные планы; умения находить в трудных ситуациях силы внутри самого себя, делать осознанный выбор, осознавать ответственность за свою жизнь [2].

Ряд исследователей указывают на личностные изменения, отклонения в развитии мышления и интеллекта, возникновение различного рода зависимостей: компьютерной, анимационной, игровой, Интернет-зависимости и др., как последствия информатизации начальной школы. Так, А. В. Молокова отмечает, что помимо отклонений в развитии психики в результате длительного погружения в виртуальный мир, может произойти снижение социальных адаптивных возможностей личности, замена духовного развития суррогатом агрессивных компьютерных игр [3]. С. Н. Островский также указывает, что «в результате глобальной информатизации общества, общественного и человеческого сознания вообще, использования новых способов и форм распространения аудиовизуальной продукции меняется тип мышления: понятийное мышление сменяется наглядно-визуальным» [4, с. 20]. Е. Е. Долгополова считает, что у школьников возникает мозаичность мышления и стремление к компиляции знаний в ущерб их осмыслению и анализу ввиду обилия и доступности разнородной информации в сети Интернет [5].

Таким образом, использование в школе и семье информационных технологий имеет как положительные, так и отрицательные последствия, прежде всего для психологического здоровья младших школьников.

С одной стороны, информационные технологии упрощают доступ учащимся к большому массиву знаний, электронные учебники, компьютерные учебные программы и игры могут развивать память, внимание и мышление учащихся, позволяют снять эмоциональное напряжение и стресс. А. Е. Войскунский, Ю. Д. Бабаева, О. В. Смыслова указывают на психотерапевтический эффект от использования информационных технологий в разумных пределах.

С другой стороны, учитывая, что в младшем школьном возрасте статичные репродуктивные представления сменяются продуктивными образами (младший школьник учится представлять развитие объектов и динамику событий), важно сформировать у ребенка внутренние барьеры по отношению к негативным влияниям среды, наиболее существенным из которых является воздействие информационных технологий. Использование ребенком компьютерных программ, мобильного телефона, Интернета способствует быстрому получению разного рода информации, которая не всегда соответствует возрасту ребенка и не может быть им адекватно интерпретирована; компьютерные игры вызывают сильные эмоциональные ре-

акции и состояния, с которыми ребенок может не справиться; относительно быстрый и удобный поиск информации в сети подавляет способности к анализу информации, т. е. негативно влияет на развитие мышления; анонимное и «предельно упрощенное» общение в социальных сетях негативно влияет на развитие речи и коммуникативные качества.

Если для предупреждения нарушений соматического здоровья учащихся достаточно правильно организовать рабочее место и определить соответствующий возрастным нормам режим труда и отдыха, то профилактика отклонений в психическом развитии и личностных изменений (в том числе зависимостей) у младших школьников, использующих современные информационные технологии, сегодня представляет собой серьезную проблему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Совета Министров Республики Беларусь «О Стратегии развития информационного общества в Республике Беларусь на период до 2015 года и плане первоочередных мер по реализации Стратегии развития информационного общества в Республике Беларусь на 2010 год от 9 августа 2010 г. № 1174 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2010, № 197.
2. Хухлаева, О. В. Формирование психологического здоровья младших школьников / О. В. Хухлаева [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/formirovanie-psikhologicheskogo-zdorovya-mladshikh-shkolnikov>. — Дата доступа: 26.08.2012.
3. Молокова, А. В. Информатизация начальной школы: как сохранить здоровье учащихся? / О. В. Молокова [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://io.nios.ru/old/releases/05/docs/21.htm>. — Дата доступа: 26.08.2012.
4. Островский, С. Н. Современные проблемы телевидения: нравственно-психологический анализ / С. Н. Островский // Психология. — 2007. — № 3. — С. 19–24.
5. Долгополова, Е. Е. Формирование информационной культуры учащихся / Е. Е. Долгополова // Адукацыя і выхаванне, 2012. — № 6. — С. 3–8.

УДК 613:616-057.875

ПРОЕКТ КАК ФОРМА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Гапанович-Кайдалова Е. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Здоровый образ жизни представляет собой «типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая тем самым успешное выполнение своих социальных и профессиональных функций» [1, с. 67]. Он выражает ориентированность деятельности личности в направлении формирования, сохранения и укрепления, как и индивидуально-го, так и общественного здоровья. В Республике Беларусь большое внимание уделяется пропаганде здорового образа жизни среди населения, действует ряд межотраслевых государственных программ, направленных на достижение этой цели: «О здравоохранении», «Здоровье народа», «Дети Беларуси», «О физической культуре и спорте».

Однако в современных исследованиях отмечается широкое распространение в молодежной среде алкоголизма, табакокурения, наркомании, токсикомании, значительное ухудшение здоровья детей и молодежи. В связи с этим решение вопросов здоровьесбережения учащихся становится одной из приоритетных задач, стоящих перед педагогами (С. В. Агеева, Л. Н. Башкова, Л. П. Вашлаева, С. К. Зарецкая, А. С. Колесов, А. Г. Комков, О. Л. Лойко, Ю. В. Науменко, А. И. Шикун и др.). Таким образом, сегодня особую актуальность приобретает проблема формирования у учащейся молодежи ценностного отношения к своему здоровью и здоровому образу жизни.

Для успешного осуществления своей профессиональной деятельности современному педагогу необходимы не только навыки здоровьесбережения, но и самостоятельной работы по пропаганде здорового образа жизни среди обучающихся.

В психолого-педагогической литературе в последние годы много внимания уделяется рассмотрению вопросов, связанных с осуществлением обучающимися самостоятельной работы (Е. Л. Белкин, А. Е. Богоявленская, Н. В. Гапанович-Кайдалов, Л. М. Данилова, О. Л. Жук, И. А. Зимняя, П. И. Пидкасистый, Е. В. Пономарева и др.). Самостоятельная работа студентов представляет собой разнообразные виды индивидуальной и коллективной деятельности на аудиторных и внеаудиторных занятиях или в домашних условиях по выполнению различных заданий под методическим руководством преподавателя, но без его непосредственного участия.

Как специфическая форма учебной деятельности студента, самостоятельная работа характеризуется определенными психолого-педагогическими особенностями: она является следствием и продолжением целесообразно организованной преподавателем познавательной и учебно-исследовательской деятельности в учебное время; должна быть осознана студентом как выбираемая и внутренне мотивированная деятельность по усвоению учебного материала; является высокоорганизованной формой учебной деятельности, а характер ее выполнения и результаты обуславливаются личностными особенностями студента как субъекта самостоятельной работы [2, с. 11]. В ходе ее выполнения студент осознает цели своей деятельности, осуществляет постановку учебных задач, самостоятельно распределяет свои учебные действия во времени, контролирует, корректирует и оценивает собственную работу. Это предполагает наличие у обучающегося достаточного уровня самосознания, рефлексивности, самодисциплины, личной ответственности, креативности. Следовательно, самостоятельная деятельность дает дополнительные стимулы студентам для самосовершенствования и самопознания.

Исследователями предлагаются различные классификации самостоятельной работы. Одной из наиболее известных в педагогике является классификация А. Е. Богоявленской [3] и П. И. Пидкасистого [4], которые выделяют следующие виды самостоятельной работы: воспроизводящая (самостоятельная работа по образцу или перенос известного способа в аналогичную ситуацию); реконструктивно-вариативная (перенос известного способа с некоторой модификацией в незнакомую ситуацию); эвристическая, или частично-поисковая (перенос нескольких известных способов в нестандартную ситуацию); творческая или исследовательская (создание нового способа, метода).

Источниками информации при выполнении студентами указанных видов самостоятельной работы могут выступать печатные материалы; материалы на электронных носителях; визуально-графические материалы, аудиоматериалы; результаты экспериментов и др.

В последние годы получили распространение активные методы работы с молодежью по пропаганде здорового образа жизни. Одной из таких форм работы является проектная деятельность студентов.

Проект представляет собой специально организованный преподавателем и самостоятельно выполняемый студентами комплекс действий, направленных на решение проблемы, имеющей научно-практическую значимость и требующей применения осваиваемых знаний. В качестве примера можно предложить следующие проекты для студенческих научно-исследовательских лабораторий: «Социальная адаптация первокурсников к условиям учебного заведения (рациональная организация труда и отдыха)», «Формирование навыков здорового образа жизни студентов, проживающих в общежитии».

Работа студентов над выполнением проектов предполагает необходимость прохождения следующих этапов: определение значимой проблемы, формирование проектной группы, планирование этапов работы, распределение обязанностей в группе, поиск и работа с источниками информации, решение отдельных задач по проекту, обобщение результатов работы, подготовка отчета и его представление, рефлексия результатов.

Так, нами в течение 2-х учебных лет проводилась реализация проекта «Особенности адаптации первокурсников к обучению в вузе». В ходе занятий по дисциплине «Организация самостоятельной работы студентов» обучающимся на первом курсе по специальности «Психология» предлагалось выполнить проект по значимой для них проблеме — адаптации к учебному заведению. Первокурсники самостоятельно планировали и распе-

деляли обязанности в группе. При этом каждый член группы выполнял свою часть работы, за которую потом получал оценку преподавателя. Деятельность студентов носила творческий характер, поскольку никакой информации по проблеме им изначально не предоставляли. Часть студентов занялись изучением теории по проблеме адаптации в библиотеке, Интернете. На основании полученной от них информации другая часть проектной группы разработала анкету и опросила первокурсников. В результате были выделены основные сложности, которые испытывали студенты в период адаптации к учебному заведению. Третья часть группы подготовила рекомендации для будущих первокурсников, направленные на помощь в их адаптации к обучению, проживанию в общежитии, распределению нагрузки, рациональной организации труда и отдыха и т. д. Четвертая часть проектной группы отвечала за подготовку отчета и его представление. В задачу этих студентов входило обобщение результатов работы всей учебной группы, подведение итогов выполнения проекта, подготовка и проведение презентации с использованием мультимедиа. Работа осуществлялась первокурсниками самостоятельно в течение семестра, на последнем занятии были рассмотрены презентации всех учебных групп потока. Была предоставлена возможность для обсуждения, дискуссии, уточнений и дополнений. Это позволило студентам сравнить результаты своей деятельности и полученные выводы с итогами работы однокурсников, что способствовало лучшему осознанию как специфики проектной деятельности, так и особенностей адаптации. Преподавателем оценивалось, прежде всего, качество работы над проектом каждого студента.

Таким образом, проектное обучение не только способствует развитию у студентов умений планирования своей деятельности, межличностного взаимодействия, ведения дискуссии, обработки и анализа научной информации, но и осознанию необходимости ценностного отношения к своему здоровью, рациональной организации труда и отдыха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Словарь социального педагога и социального работника / Под ред. И. И. Калачевой, Я. Л. Коломинского, А. И. Левко. — Минск: БелЭн, 2003. — 256 с.
2. Педагогические основы самостоятельной работы студентов: пособие для преподавателей и студентов / Под ред. О. Л. Жук. — Минск: РИВШ, 2005. — 112 с.
3. *Богоявленская, А. Е.* Педагогическое руководство самостоятельной работой и развитием познавательной самостоятельности студентов: учеб. пособие / А. Е. Богоявленская. — Тверь: Твер. гос. ун-т, 2002. — 106 с.
4. *Пидкасистый, П. И.* Самостоятельная познавательная деятельность школьников в обучении: теоретико-экспериментальное исследование / П. И. Пидкасистый. — М.: Педагогика, 1980. — 240 с.

УДК 614.2: 616 - 036.86 (476)

РИСК ИНВАЛИДИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ПРИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМОЙ ПАТОЛОГИИ

Глинская Т. Н., Щавелева М. В.

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»
пос. Городище, Республика Беларусь
Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь

Одной из важных медико-социальных проблем, в том числе для Республики Беларусь является инвалидизация населения. Показатели инвалидности традиционно используются для комплексной оценки здоровья населения. Поскольку инвалидность является исходом инвалидирующих заболеваний и травм, оценка данного показателя важна для характеристики качества лечебно-диагностической и реабилитационной помощи.

Обоснование социальной значимости проблем, связанных со здоровьем, а также сравнительная оценка проявлений таких проблем в динамике либо в территориальном ас-

пекте нуждаются в соответствующем математическом инструментарии. В практической деятельности врача-организатора здравоохранения особенно важным является анализ количественной стороны массовых общественных явлений для последующего принятия грамотных управленческих решений. Доказательная сторона обоснованности утверждений и планируемых решений должна быть методологически верной, а используемые математические приемы, по возможности — доступными и информативными.

Информативными показателями, отражающими демографическую и косвенно экономическую составляющую последствий инвалидности, являются: ожидаемая продолжительность здоровой жизни (Healthy life expectancy, DALE — Disability Adjusted Life Expectancy), и продолжительность жизни, скорректированная на инвалидность или болезнь (DALY — Disability Adjusted Life Years). Однако названные интегральные показатели сложны для расчета.

К числу простых методических приемов доказательства социальной значимости патологии и сравнительной оценки доказательной базы относится расчет индекса риска первичной инвалидизации (индекс РПИ). В отличие от интегральных показателей продолжительности здоровой жизни и потерянных лет жизни из-за хронических заболеваний и инвалидности расчет данного индекса не требует сложного математического аппарата.

Индекс РПИ является производным отношения числа лиц, первично признанных инвалидами, к числу лиц, состоящих на диспансерном учете (в процентах). Для более адекватного соотношения моментный показатель численности контингента лиц, состоящих на диспансерном учете на конец календарного года, переводится в интервальный показатель: среднегодовую численность диспансерного контингента. Для удобства расчет обеих составляющих показателя ведется на 100 тыс. населения. Формула приведена ниже:

$$\frac{\text{Показатель первичной инвалидности на 100 тыс. населения}}{\text{Среднегодовая численность контингента лиц, состоящих на диспансерном учете, на 100 тыс. населения}} \times 100$$

Целью исследования был анализ индекса РПИ взрослого населения Республики Беларусь по различным причинам.

Материалом служили официальные статистические данные о числе лиц в возрасте 18 лет и старше, состоящих на диспансерном учете на конец года (2008–2010 гг.), данные о числе лиц, первично признанных инвалидами, за период 2009–2010 гг.

Расчетный индекс РПИ отражает ежегодный риск наступления первичной инвалидности, в том числе по отдельным причинам. Поскольку все лица, являющиеся инвалидами, безусловно, состоят на диспансерном учете, то имеется еще одно преимущество индекса РПИ: характеристика риска наступления неблагоприятного исхода (инвалидности) для лица с имеющимся заболеванием, а не для случая заболевания.

Анализ показал, что значение индекса РПИ для взрослых, состоящих на диспансерном учете, составляет 1,20 % (2010 г.), т. е. 1,20 % взрослых пациентов, состоящих на диспансерном учете, ежегодно становятся инвалидами.

Расчет индекса РПИ для пациентов той же возрастной группы, состоящих на диспансерном учете по поводу отдельных заболеваний (классов болезней), демонстрирует различные в количественном отношении риски.

Наиболее высокие значения отмечены у лиц, состоящих на диспансерном учете по поводу травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин — 11,89–13,15 %. С одной стороны, это связано с особенностями постановки на диспансерный учет при данной патологии, — преимущественно, при наличии тяжелых травм и их последствий (в структуре диспансерного контингента по причинам около 0,5 %). С другой стороны, травматизм — серьезная медико-социальная проблема. Удельный вес общей заболеваемости травмами в структуре заболеваемости взрослого населения составляет около 6 %. В рейтинге причин первичной инвалидности взрослого населения травмы находятся на 4-м месте, уступая классам болезней системы кровообращения, новообразований и болезней костно-мышечной системы.

Второе место в рейтинге причин риска занимают лица, состоящие на диспансерном учете по поводу болезней нервной системы, с показателем 5,61–6,22 % (и несколько меньшим значением показателя для болезней периферической нервной системы — 4,25–4,52 %). В нозологической структуре пациентов, состоящих на диспансерном учете, на данный класс болезней приходится менее 1 процента (0,8 %), что не позволяет в полной мере продемонстрировать социальную значимость данной патологии. Удельный вес общей заболеваемости болезнями нервной системы в структуре заболеваемости взрослого населения составляет около 1 %, первичной инвалидности взрослого населения — около 4 %. Использование индекса РПИ демонстрирует тяжесть патологии нервной системы у диспансерного контингента и ее социальную значимость.

Третье место принадлежит контингенту лиц, состоящих на диспансерном учете по поводу туберкулеза всех локализаций, со значением индекса первичной инвалидизации 4,05–5,04 %. Интенсивные значения показателей постановки на диспансерный учет и первичной инвалидности при данной патологии в целом невелики. В структуре общей заболеваемости на долю туберкулеза приходится 0,1 % случаев, в структуре первичной инвалидности взрослого населения — чуть более 1 %. Однако риск неблагоприятных исходов достаточно значим, в том числе и риск первичной инвалидности, о чем свидетельствует расчет индекса РПИ.

На 4-м месте по риску инвалидизации диспансерных контингентов находится класс болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани — 3,79–3,87 %. При болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани вклад лиц, состоящих на диспансерном учете, составляет 2,3 % в структуре по причинам. Вклад данной причины в структуру общей заболеваемости взрослого населения — 7,0–8,0 %, в рейтинге причин первичной инвалидности взрослых данная причина занимает 3-е место. Традиционно данный класс болезней не относят к социально значимой патологии, так как отсутствуют инфекционная этиология, эпидемические подъемы, нет значительного вклада в структуру смертности. Однако распространенность данной патологии, влияние заболевания на качество жизни пациента, растущие затраты государства на лечение, пособия по временной нетрудоспособности, социальные гарантии при инвалидности, потере профессии, — все это способствует росту социальной значимости патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Пятое место по риску наступления первичной инвалидности занимает класс новообразований, индекс РПИ при данной патологии — 3,33–3,38 % (в том числе для злокачественных новообразований — 4,30–4,37 %). При анализе данного показателя необходимо учитывать имеющийся высокий риск смертельных исходов, что, к сожалению, приводит к более быстрой смене контингента диспансерных пациентов. Удельный вес новообразований в структуре заболеваемости взрослого населения — 4,0–4,5 %, в структуре причин постановки на диспансерный учет — около 9,0 %, в структуре первичной инвалидности — 25,0–25,5 %. В данном случае все показатели дополняют друг друга с позиций обоснования социальной значимости патологии.

На следующей позиции находится класс болезней системы кровообращения со значением индекса первичной инвалидизации 1,35–1,37 %. Контингент лиц, стоящих на диспансерном учете вследствие данной патологии, один из самых многочисленных — 36,3 % в структуре по причинам. Вклад данной причины в формирование показателя общей заболеваемости составляет 20–22 %, первичной инвалидности — более 40 %. В отношении отдельных форм сердечно-сосудистой патологии наиболее значимые риски первичной инвалидизации отмечены для цереброваскулярных болезней — 5,18–5,35 %, хронических ревматических болезней сердца — 2,25–2,31 %; ишемической болезни сердца — 1,47–1,52 %.

Таким образом, у пациентов в возрасте 18 лет и старше, состоящих на диспансерном учете, максимальные значения индекса РПИ и, соответственно, риск наступления первичной инвалидности отмечен при следующих формах патологии: травмы, болезни нервной системы, туберкулез, болезни костно-мышечной системы, новообразования (особенно злокачественные), болезни системы кровообращения (прежде всего, цереброваскулярные). Значения индекса РПИ при этом составляют от 1,2 до 13,2 %.

Умеренный риск инвалидизации характеризуется значениями индекса от 0,3 до 1,1 %. К группе причин с такими значениями индекса РПИ относятся: психические расстройства и расстройства поведения; болезни органов дыхания; болезни крови и болезни эндокринной системы.

При значении индекса менее 0,3 % риск первичной инвалидизации считается низким. К причинам с такими значениями индекса РПИ относятся: болезни крови, болезни мочеполовой системы.

Для более информативной оценки индекс РПИ следует рассчитывать для отдельных заболеваний, а также оценивать риск наступления тяжелой первичной инвалидности (первой и второй групп) и менее тяжелой первичной инвалидности (3-й группы). Расчет индекса РПИ можно использовать для оценки качества лечебно-диагностической и диспансерной работы, реабилитационных мероприятий.

УДК 616.8–009.17:159.922–057.875

СОСТОЯНИЕ АДАПТИВНОСТИ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА С НЕВРОТИЗАЦИЕЙ

Господарева Н. В., Соколова Э. А.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Понятия «психическое здоровье», «адаптивность» являются «ядерным» понятием как психологии в целом, так и в медицинской психологии, в частности. Так или иначе, при любом подходе к понятиям «психическое здоровье» и «адаптивность» особо остро стоит проблема невротизации. Следует отметить, что область пограничных состояний невротического круга значительно превосходит по объему область грубых психических расстройств. Данные о распространенности невротозов довольно противоречивы.

А. И. Захаров приводит мнение В. Н. Мясищева о том, что невроз — это психогенное заболевание, в основе которого лежит нерационально разрешаемое личностью противоречие между ней и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно-тягостные переживания [1, 3]. Позднее термин «невроз» был заменен термином «диссоциативное расстройство», но последний не отражает всю полноту содержания своего предшественника. Невротизация создает психическое напряжение, снижает качество жизни, мешает развитию личности, адаптации [2, с. 16–24], в частности, среди студентов первого курса.

А. Г. Маклаков приводит мнение Р. М. Баевского, утверждающего, что существует несколько форм проявлений адаптации. С одной стороны, это динамическое образование, непосредственный процесс приспособления к условиям внешней среды, а с другой — свойство любой живой саморегулируемой системы, опосредующее ее устойчивость к условиям внешней среды. Согласно Р. М. Баевскому, адаптация как динамическое образование тесно связана с функциональным состоянием организма [2, с. 17].

Изучением связи вегетативной симптоматики и психологических составляющих занимались Ф. Александер (2002), Л. П. Урванцев (2000 г.), А. Б. Смулевич (1997), Ю. Ю. Елесеев (2008), В. Д. Тополянский (1986) и др.

Вегетативная нервная система (ВНС) выступает в роли посредника между центральной нервной системой и внутренними органами, «проводника» эмоциональных состояний как в норме, так и в патологии [3, с. 10].

В. Д. Тополянский подчеркивает, что «особая «ранимость» ВНС (крайне неустойчивой в своем равновесии) проявляется не только при достаточной интенсивности аффекта, — висцеровегетативные реакции возникают в ходе адаптации и в ответ на слабый эмоциональный стимул» [3, с. 10]. Хронические эмоциональные состояния обуславливают неизбежно хронифизирующиеся висцеровегетативные расстройства [3, с. 11].

Несмотря на многочисленные публикации, недостаточно изучена структура состояния адаптивности и вегетативных проявлений при невротизации, особенно в студенческом возрасте. Характерной чертой студенческого возраста является потребность в достижениях. Если она не находит своего удовлетворения в основных сферах деятельности студента, то смещается на другие сферы (спорт, бизнес и др.). Человек должен найти для себя область успешного самоутверждения. В противном случае возможны невротизация или уход в психосоматические заболевания.

Все это послужило основанием для проведения специально организованного исследования состояния адаптивности и вегетативных проявлений у студентов первого курса. Исследование проходило на одном из факультетов университета, группы брались методом случайного выбора. Исследование было добровольным и анонимным. Было получено согласие студентов о том, что результаты исследования по группе будут опубликованы. Выборка составила 40 студентов мужского и женского пола в возрасте от 17 до 18 лет дневного отделения университета. Лиц мужского пола — 3 человека, женского — 37 человек. Анкеты каждого студента по методикам, которые использовались в процессе исследования, складывались в отдельную папку. Методы исследования были следующие: методика экспресс-диагностики невроза К. Хека-Х. Хесса [4, с.169–171]; многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛЮ-АМ) А. Г. Маклакова и С. В. Чермчина [4, с.549–558]. В результате исследования было установлено, что уровень невротизации составил 25 %, то есть в каждом четвертом случае в представленной выборке — это невроз.

Для исследования различных проявлений вегетативной симптоматики был использован многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛЮ-АМ) А. Г. Маклакова и С. В. Чермчина [4, с.549–558], который, с одной стороны, показывает уровень адаптивности, с другой — содержит вопросы, отражающие наличие вегетативных симптомов. Вегетативная симптоматика по всей выборке отмечалась у 57,5 % студентов. В число вегетативных входили следующие симптомы: частые головные боли; жар во всем теле с периодичностью одного раза в неделю или чаще; частые мышечные судороги; частые приступы головокружения; тремор рук во время попытки что-то сделать; сильная потливость во время смущения; частые сильные сердцебиения и затрудненность дыхания. В. Д. Тополянский указывает, что висцеровегетативные нарушения оказываются непременным компонентом клинической картины при так называемых неврозах органов и субдепрессивных состояниях любого генеза. Он же отмечает, что вегетативная симптоматика является нейрофизиологической основой развития психосоматических расстройств [4, с.10–11]. Затем ответы респондентов на эти вопросы были систематизированы по 2-м группам: с наличием невротизации и без невротизации. В группе с невротизацией вегетативные симптомы отмечали у себя абсолютно все первокурсники.

При сравнении и математической обработке данных с помощью углового преобразования Фишера [5, с. 158–166] выявлено следующее. В группе студентов с невротизацией вегетативная симптоматика встречается достоверно чаще, чем в группе без невротизации ($p < 0,01$). Кроме того, низкий уровень личностного адаптационного потенциала в группе с невротизацией встречается достоверно чаще, чем в группе без невротизации ($p < 0,01$). А. Г. Маклаков пишет о том, что «чем значительнее адаптационные способности, тем выше вероятность нормального функционирования организма и эффективной деятельности при увеличении интенсивности воздействия психогенных факторов внешней среды» [2, с. 17].

Проведенное исследование является отражением состояния дел в области невротических расстройств среди студентов университета и дополняет имеющиеся в научной литературе сведения об эпидемиологии данных нарушений. Выявленные данные — предмет размышления о мерах профилактики. Данные нашего исследования могут использоваться в практической деятельности психолога, в воспитательном и педагогическом процессах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захаров, А. И. Неврозы у детей и подростков. Анамнез, этиология и патогенез / А. И. Захаров. — Л.: Медицина, 1998. — 174 с.
2. Маклаков, А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психол. журн. — 2001. — Т. 22, № 1. — С. 16–24.
3. Тополянский, В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.
4. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика: учебное пособие / Д. Я. Райгородский. — Самара: Бахрах-М, 2001. — 672 с.
5. Сидоренко, Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. — СПб.: Речь, 2010. — 350 с.

УДК 614.3

**ТЕХНОЛОГИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНОГО НАДЗОРА
ПО ОЦЕНКЕ РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ФАКТОРОВ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ**

Грачева В. М., Дубинин С. Е.

Государственное учреждение

**«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Наряду с общепринятыми применяемыми в практике госсаннадзора технологиями (проверка, осмотр, мониторинг, государственная санитарно-гигиеническая экспертиза и государственная регистрация) Гомельским областным ЦГЭ и ОЗ с 2004 г. освоена и внедрена в работу технология оценки риска населения, которая применяется в порядке текущего и предупредительного санитарного надзора.

Объектами в данном случае являются:

- проекты санитарно-защитных зон (СЗЗ) предприятий (оценка риска при воздействии физических (шум) и химических факторов) и зон санитарной охраны источников водоснабжения;
- проекты зон ограничения застройки и СЗЗ существующих и проектируемых передающих радиотехнических объектов (ПРТО);
- питьевая вода, используемая для водоснабжения населения (оценка риска при воздействии водного фактора — химический состав);
- в стадии освоения технологии оценки рисков при воздействии веществ, загрязняющих пищевые продукты, и неблагоприятных факторов производственной среды.

Наиболее часто применяется в надзоре технология оценки рисков с целью принятия решения по изменению размеров СЗЗ предприятий, на что влияет ряд основных причин:

1. Четко сформулированная нормативная база — Санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы, постановления Совета Министров Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь, регулирующие проведение административных процедур.
2. Заинтересованность субъектов хозяйствования в приведении деятельности предприятий в соответствие с требованиями законодательства.
3. Значимость оценки рисков при проведении государственной санитарно-гигиенической экспертизы с целью признания объекта экспертизы соответствующим санитарно-эпидемиологическому законодательству.

Организационному развитию данной технологии предшествовала длительная и кропотливая работа, проводившаяся с 2003 г. и продолжающаяся в настоящее время.

Проблемы освоения технологии применения в практике государственного санитарного надзора оценки риска 7 раз заслушивались на санитарно-эпидемиологических советах при Главном государственном санитарном враче Гомельской области.

Решением санитарно-эпидемиологического совета (от 21.09.2004 г. № 7) главных государственных санитарных врачей административных территорий обязали применять методологию оценки риска при проведении предупредительного санитарного надзора. Гомельский областной ЦГЭ и ОЗ был определен методическим центром.

В 2005 г. был проведен областной обучающий семинар специалистов, и, начиная с 2006 г., на всех административных территориях был введен по требованию госсаннадзора режим разработки проектов организации санитарно-защитных зон предприятий, в том числе с учетом оценки риска здоровью населения.

Процедура оценки риска здоровья от воздействия на население шума использована и при работе по составлению карты шума г. Гомеля.

Технологии оценки рисков включают следующие основные этапы:

- I этап — разработка технического задания на проведение оценки риска (разовое);
- II этап — отработка и формирование учетно-отчетных форм документов (договор; расценки, которые были утверждены и внесены в прейскурант). За основной оценочный показатель (критерий) принимается класс опасности предприятия (I–V);

III этап — составление программы исследования: от графических схем до электронных карт с точками контроля, определением ингредиентов и объемов исследований — лабораторный контроль (при необходимости на существующих объектах);

IV этап — проведение натуральных исследований, оценка представленных материалов в том числе проекта и непосредственно оценка риска;

V этап — подготовка отчета и заключения.

Наряду с общепринятой методологией оценки риска при проведении работ в рамках предупредительного санитарного надзора используются методики, разработанные и рекомендованные ГУ «Республиканский научно-практический центр гигиены» (инструкция «Дифференцированная шкала оценки класса опасности предприятия» и т. д.).

Следует отметить, что на момент разработки и внедрения технологии оценки риска в структуре отдела гигиены было отделение социально-гигиенического мониторинга (СГМ).

На стыке теоретических и практических действий государственного санитарного надзора родилась идея освоения данной технологии. Приказом главного врача областного ЦГЭ и ОЗ была создана рабочая группа, руководителем которой является заведующий отделом гигиены, выполняющий функции врача-гигиениста, методологическую и методическую часть работ выполняют сотрудники отделения СГМ.

Первый пробный шаг — расчет рисков с целью внесения изменений в генплан г. Мозыря (размещение квартала жилой застройки вдоль трассы «Мозырь-Лельчицы»).

В рамках работы были отработаны механизмы составления технического задания, рассчитаны нормы времени трудозатрат, отработана технология выполнения процедур и т. п.

Вторая работа — оценка возможности размещения в условиях сложившейся жилой застройки центральной части г. Гомеля многоуровневого паркинга. Без применения технологий оценки риска объективно оценить возможность размещения было бы трудно. При этом ни одной жалобы с момента ввода объекта в эксплуатацию не было, проблемы в период строительства решались в комплексе, была дана приемлемая оценка риска по физическим и химическим факторам.

С 2005 г. по заявкам субъектов хозяйствования рабочей группой проведены работы по оценке риска по 94 объектам для предприятий 14 административных территорий.

8,6 % объектов были оценены как опасные для здоровья, в том числе:

- ПРУП «Гомельский вагоноремонтный завод им. М.И. Калинина Бел ЖД»;
- ОАО «Гомельский жировой комбинат»;
- Рогачевская ПМК;
- ОАО «Гомельстройматериалы»;
- ЗАО «Завод химических изделий»;
- Цех по переработке битумсодержащих отходов в н. п. Рассветное СОО «Самсонов и Кнутсен».

В результате по итогам оценки рисков:

- не дано заключение на изменение размеров (сокращение) СЗЗ 6 предприятий;
- не дано согласование на размещение предприятия по переработке битума, в СЗЗ которого находилась бы МТФ и объекты для выращивания сельскохозяйственных культур, используемых для питания населения.

Данные работы подтвердили неблагоприятную гигиеническую ситуацию на прилегающей к вышеперечисленным объектам территории жилой застройки. Руководству перечисленных предприятий выдвинуты требования государственного санитарного надзора о приведении деятельности в соответствие с требованиями санитарно-эпидемиологического законодательства.

По результатам рассмотрения проектных материалов по организации СЗЗ оформлено 45 предписаний-требований в адрес проектных организаций и заявителей работ (в 50 % случаев) по приведению проектных решений в соответствие с требованиями санитарно-эпидемиологического законодательства (ферма по откорму свиней в н. п. Шарпиловка, гипермаркет «Линия-Грин», ЗАО «Завод химических изделий» и т. д.).

Таким образом, технология оценки риска позволяет реализовать ст.12 и 21 Закона Республики Беларусь «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» от

23.11.1993 г., в редакции от 16.05.2006 №109-3 в части контроля за исполнением законодательства при проектировании.

Результаты работ по оценке риска с рекомендациями направляются в территориальные учреждения госсаннадзора, которые используют их в дальнейшем в порядке текущего надзора.

Используемая технология оценки риска позволяет соблюдать принцип преемственности в надзоре. Практикуются совместные с территориальными учреждениями госсаннадзора натурные исследования объектов, на которые имеется заявка на оценку рисков.

Проблемы, которые возникают при осуществлении технологии оценки рисков:

— Отсутствие ПДК ОБУВ и класса опасности для ряда химических веществ, выбрасываемых в атмосферный воздух (ПРУП «Гомельский вагоноремонтный завод им. М. И. Калинина Бел ЖД» — диметилэтаноламин и ОАО «Гомельский жировой комбинат» — органические жирные кислоты, МТФ и иные сельскохозяйственные предприятия — дурнопахнущие газы и т. п.).

— В проектах не выполняются расчеты (не дается оценка) по гигиенически значимым показателям, так как для них отсутствуют методики расчетов выбросов от ряда производств (производство битумсодержащих материалов — ароматические углеводы, сернистый ангидрид, автомобильный транспорт — акролеин, формальдегид и т. п.).

— Оценка одорометрических показателей (дурнопахнущие газы) — важная проблема, учитывая действующую Республиканскую программу развития молочной отрасли в 2010–2015 гг. с реконструкцией старых МТФ. Реконструируемые объекты располагаются в непосредственной близости от жилых домов. На сегодняшний день также отсутствует метод оценки рисков от воздействия биологических загрязнителей атмосферного воздуха, в том числе микробного аэрозоля.

— Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 30 декабря 2010 г. № 186 утверждены «Нормативы предельно допустимых концентраций загрязняющих (ПДК) веществ в атмосферном воздухе». ПДК загрязняющих веществ в атмосферном воздухе нормируется по максимально разовым, среднесуточным и среднегодовым нормативам, однако до настоящего времени методик расчетов рассеивания на соответствие среднесуточным и среднегодовым ПДК не разработано, что отражается на наличии неопределенностей при оценке рисков и результатах государственной санитарно-гигиенической экспертизы.

Следующее направление технологии — оценка риска здоровью населения от употребления питьевой воды.

Проведенный расчет уровня канцерогенного риска от употребления питьевой воды оценивается как приемлемый на всех административных территориях Гомельской области.

Уровень риска немедленного действия наиболее высок в Лельчицком, Ельском и Мозырском районах, где он отнесен к чрезвычайно опасному (высока вероятность изменения структуры заболеваемости, а также отказа населения от пользования питьевой водой). В этом регионе (Полесье) исторически сложилось, что качество воды по органолептическим показателям не отвечает гигиеническим требованиям и среднеобластные показатели превышены в 3 и более раза.

Как опасная оценивается ситуация по уровню риска хронического неспецифического действия на этих же территориях (Лельчицкий, Ельский и Мозырский районы). При данной ситуации, как правило, возникает достоверный рост неспецифической патологии.

По уровню хронического неспецифического риска здоровью населения от употребления воды из источников децентрализованного водоснабжения (химический состав) к территориям риска отнесены Лельчицкий район, города Светлогорск, Мозырь и Жлобин. Основной вклад в формирование данного показателя внесли нитраты, марганец и железо.

Следует учитывать влияние на состояние здоровья населения исследуемых территорий питьевой воды неудовлетворительного качества и в сочетании с другими факторами среды обитания (в т. ч. и социальными). Так, нельзя исключить влияния химического состава питьевой воды на рост заболеваний кожи и подкожной клетчатки, мочеполовой системы, органов пищеварения, системы кровообращения и др.

Результаты проведенных исследований качества питьевой воды применялись при подготовке предложений в государственные, региональные и целевые программы.

В настоящее время проведено 4 работы с применением технологии оценки риска от ПРТО, при размещении оборудования базовых станций сотовой связи на социально-значимых объектах.

Таким образом, применение методологии оценки риска изменило подходы к проведению контрольно-надзорной и профилактической деятельности учреждений государственного санитарного надзора по предупреждению распространения заболеваний, сохранению и укреплению здоровья населения, являясь ее важной составляющей.

УДК 37.022:614.2-057.876

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ

Давыдок А. М.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр гигиены»
г. Минск, Республика Беларусь**

В последние годы в Республике Беларусь создана сеть различных типов и видов учреждений профессионально-технического и среднего специального образования (УПТО, УССО), реализующих образовательную программу с изучением отдельных предметов на повышенном уровне, обеспечивающую получение квалификации рабочего (служащего) и среднего специального образования. Среди учащихся большую часть составляют подростки 15–17 лет, которые получают профессиональное и среднее специальное образование на основе общего базового образования. Известно, что подростковый возраст является сложным периодом в жизни человека для формирования здоровья. В организме происходит глубокая перестройка нервно-регуляторных механизмов и нейрогуморальных соотношений, на фоне которой проявляются эмоциональное напряжение и функциональные отклонения. Отмечается повышенная чувствительность организма к техногенным факторам производственной среды. Освоение общеобразовательных и профессиональных программ среднего специального образования, выполнение утвержденного перечня учебно-производственных работ, увеличение объема и сложности учебной информации, постоянная интеграция теоретических и практических знаний предъявляют повышенные требования к организму учащихся, требуют гигиенической регламентации возрастающей учебной нагрузки в соответствии с его функциональными возможностями.

Нельзя не учитывать увеличение в республике общей заболеваемости подростков 15–17 лет. Согласно статистическим данным, в период наблюдений 2005–2009 гг. заболеваемость по обращаемости увеличилась с 108078,0 на 100 тыс. обследованных (2005 г.) до 123685,5 (2009 г.), что составило 14,4 %. Первые места в структуре хронической патологии среди подростков в разные годы занимают болезни органов пищеварения и нервной системы. В состоянии здоровья высокий уровень функциональных нарушений и отклонений (50–65 %). Исследования адаптационно-приспособительных реакций организма учащихся УПТО указывают на значительную степень напряженности адаптации, вегетативную неустойчивость, истощение функциональных резервов организма на протяжении первого года обучения. К факторам ухудшения состояния здоровья учащихся относятся: смена условий жизнедеятельности, несоответствие условий производственной среды гигиеническим требованиям, широкое внедрение в учебный и учебно-производственный процесс новых информационных технологий, наличие у определенного числа учащихся вредных привычек, нерациональное питание [1, 2].

Под наблюдением находились подростки — учащиеся профессионально-технического колледжа, осваивающие специальности техник-электромеханик, техник-программист, секретарь-референт. В колледже обучается 1520 учащихся. Учебный план, соответствующий образовательной программе, включал 36 учебных часов в неделю для учащихся первых и вторых курсов и 40 — для учащихся третьих курсов, дополнительно проводились факультативные занятия в количестве 2–3 ч в неделю. Проанализированы данные ежегодных углубленных медицинских осмотров 1175 учащихся, не достигших 18-летнего возраста. Определен уровень социально-психологической адаптации 105 подростков первого курса к процессу обучения в колледже с помощью анкеты-опросника для выявления факторов риска, опасных для сохранения здоровья и осложняющих адаптацию к профессиональному обучению и выбранной специальности.

Распределение учащихся по группам здоровья в динамике 3 лет обучения показало, что в среднем только 18,5 % учащихся отнесены к I группе здоровья. Распространенность функциональных отклонений и нарушений в состоянии здоровья среди учащихся составила 46,6 % (от 28,8 до 56,7 %). Высока частота встречаемости хронических заболеваний: в состоянии компенсации — 29,4 %, 5,5 % учащихся имеют хронические заболевания в состоянии декомпенсации. В структуре функциональных отклонений и нарушений преобладают заболевания системы кровообращения (21,7 %), опорно-двигательного аппарата (19,3 %), патология нервной системы и органов чувств (15 %). С целью коррекции функциональных нарушений со стороны костно-мышечной системы 28,5 % учащихся 1–3 курсов посещают занятия в группах лечебной физкультуры.

В динамике 3-х лет наблюдений достоверно увеличилось число учащихся с хроническими заболеваниями. Численность III группы здоровья увеличилась с 17,9 % на 1-м курсе обучения до 45,3 % на 3-м курсе ($P < 0,05$), IV группы здоровья, соответственно — с 4,5 до 9,6 % ($P < 0,05$), снизилась численность группы здоровых учащихся с 20,9 до 16,3 %. Значительное увеличение заболеваемости за данный период произошло по классам болезней органов системы пищеварения, дыхания, врожденных аномалий развития.

Проведенное анкетирование учащихся выявило факторы, оказывающие неблагоприятное влияние на формирование здоровья подростков: хроническое недосыпание у 19,9 % учащихся, недостаточная двигательная активность у 65 %, нарушение режима питания у 30 %, высокая доля курящих — 37,0 % среди юношей и 41,3 % среди девушек. У 16,5 % учащейся молодежи недостаточный уровень знаний о вреде курения. 26,7 % опрошенных считают общую учебную нагрузку в колледже высокой, 57,1 % — умеренной, 16,2 % — низкой. Основным неблагоприятным производственным фактором выбранных специальностей подростки считают напряженность труда. Результаты анализа показали прямую связь между факторами риска здоровью, указанными в анкетах, уровнем социально-психологической адаптации и показателями здоровья. Нормальный (устойчивый) уровень социально-психологической адаптации определен у 78,1 % учащихся, допустимый (неустойчивый) — у 18,1 %, низкий, неудовлетворительный — у 3,8 %.

С целью профилактики функциональных нарушений и сохранения здоровья учащихся необходимо усилить гигиеническую составляющую подготовки молодых специалистов. Здоровьесберегающая среда предполагает упорядочение общей учебной нагрузки до 36 ч в неделю для учащихся первых и вторых курсов, получающих образование в УПТО на базе общего базового образования, сокращение учебной нагрузки при переходе на 5-дневную учебную неделю, допуск к обучению подростков, не имеющих медицинских противопоказаний к работе по выбранной специальности (направлению), организация условий для занятий физкультурой и спортом. Обязательным условием гигиенического режима является выполнение гигиенических требований, устанавливающих параметры микроклимата учебных помещений и производственных (учебно-производственных) мастерских и лабораторий, естественного и искусственного освещения рабочих мест учащихся. Большое значение для поддержания высокой работоспособности, профилактики утомления, роста и развития организма подростка имеет организация в учреждении образования 2–3-разового рационального и сбалансированного питания.

Сохранение и укрепление здоровья учащейся молодежи в УПТО и УССО имеет большое социально-экономическое и общественное значение. Полученные результаты исследований указывают на необходимость усиления профилактической работы среди учащихся, повышения уровня двигательной активности, организации коррекционных мероприятий при выявленных нарушениях социально-психологической адаптации, повышения эффективности гигиенического воспитания и обучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. О санитарно-эпидемической обстановке в Республике Беларусь в 2009 году: гос. доклад. — Минск, 2010. — 98 с.
2. Тепешкина, Н. В. Изучение факторов риска, влияющих на здоровье подростков, обучающихся в учреждениях начального и среднего профессионального образования / Н. В. Тепешкина, Е. Н. Лобыкина // Матер. 3-го Всерос. Конгресса с междунар. участием по школьной и университетской медицине, 25–27 фев. 2012 г. — М.: Науч. центр здоровья детей РАМН, 2012 — С. 417–418.

УДК 61(07):618.9

НОВЫЕ ОБУЧАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ

Досмагамбетова Р. С., Ташкенбаева В. Б., Тукбекова Б. Т., Кизатова С. Т.

**Организация образования
«Карагандинский государственный медицинский университет»
г. Караганда, Республика Казахстан**

Разработка национальной, казахстанской модели образования направлена на решение проблемы востребованности в условиях рыночной экономики будущего специалиста — выпускника вуза, вопроса эффективности полученных знаний специалиста, и последнее — это умение приспособления в быстроменяющихся экономических и геополитических условиях своей профессиональной квалификации к новым требованиям и условиям времени. Формирование будущего специалиста происходит в вузовских аудиториях, трудоемкий процесс подготовки кадров базируется на методиках обучения, от степени эффективности которых и зависит уровень квалификации будущего выпускника. На основе новых информационных и педагогических технологий, методов обучения стало возможным изменить, роль преподавателя, сделать его не только носителем знаний, но и руководителем, инициатором самостоятельной творческой работы студента, выступить в качестве проводника разнообразнейшей информации, способствуя самостоятельной выработке у студента критериев и способов ориентации, поиска рационального в информативном потоке [1].

Реализацией указанного принципа является дальнейшее совершенствование деятельности симуляционных центров, которые успешно функционируют во всех медицинских вузах республики Казахстан, обучение в которых основано на моделировании реальной клинической среды с использованием специального учебного оборудования (манекены, модели органов, модели для процедур, муляжи и т. д.). Овладение клиническими навыками является основным компонентом обучения будущих врачей [2].

Цель

Приобретение умений, навыков по разработке, выбору и использованию новых технологий в образовательном процессе для повышения качества обучения в медицинских организациях образования.

Материалы и методы

Кафедра располагает следующими возможностями на базе учебно-клинического (тренировочного) центра: универсальный манекен ребенка 1 года и 5 лет, многофункциональный манекен-имитатор ребенка с системой мониторинга основных жизненных показателей, манекен-новорожденного для оказания помощи при различных состояниях

новорожденного, манекен недоношенного новорожденного (28 недель) для проведения интенсивной терапии, модели руки ребенка 1 года и 5 лет для различных видов инъекций, модель ноги ребенка 1 года для внутрикостных инъекций, манекен ребенка 1 года и 5 лет для аускультации легких и сердца с виртуальным стетоскопом, универсальная модель для проведения интубирования, введения назофарингеальной трубки грудной клетки у новорожденного, универсальная модель для проведения интубирования, введения назофарингеальной трубки, декомпрессии грудной клетки у ребенка 1 года и ребенка 5 лет, интерактивный манекен новорожденного с компьютерным программным обеспечением для проведения лечения и контроля за состоянием новорожденного при оказании неотложной помощи, интерактивный манекен ребенка с компьютерным программным обеспечением для проведения лечения и контроля за состоянием ребенка 1 года при оказании неотложной помощи, тренажер для обучения навыкам сердечно-легочной реанимации с возможностью регистрации результатов и их распечатки, манекены для проведения осмотра и диагностики заболеваний органов слуха, зрения, модель-имитатор для выполнения люмбальной пункции, универсальный тренажер для проведения процедур на верхних дыхательных путях у ребенка 5 лет, виртуальный манекен ребенка 1 и 5 лет с программным обеспечением.

В настоящее время внедряются современные педагогические технологии. Интерактивные методы обучения включают: проблемные лекции, презентации, дискуссии, кейс-стади, работу в группах, метод мозгового штурма, мини-исследования, деловые игры, ролевые игры, метод блиц-опроса, метод анкетирования и др. [3].

Результаты и обсуждение

В Карагандинском государственном медицинском университете функционирует и активно совершенствуется учебно-клинический тренировочный центр (УКЦ), имеющий лекционные аудитории, симуляционные учебные комнаты, оснащенные современной видео-, аудиоаппаратурой с дистанционным управлением, высокотехнологическими симуляторами и другим медицинским оборудованием с многофункциональным назначением, направленные на приближение процесса симуляционного обучения к реальной клинической ситуации. Аудитории и комнаты оборудованы анатомическими моделями, манекенами, диагностическим и терапевтическим оборудованием, которые можно использовать как палату, кабинет для приема пациента, отделение неотложной помощи и терапевтический кабинет.

Манекены используются для общего осмотра, аускультации легких и сердца, мониторинга основных жизненных показателей, определения состояния пульса, проведения трахеотомии, интубирования, декомпрессии грудной клетки, наложения различных видов стом, промывания желудка, зондового кормления, наложения повязок, катетеризации, забора крови у ребенка, постановки клизмы, различных видов инъекций, введения ректальных свечей, для проведения пункции костного мозга, для проведения отоскопии, осмотра наружного слухового прохода и барабанной перепонки, извлечение серной пробки и инородного тела, диагностики заболеваний органов слуха, для проведения офтальмоскопии, диагностики различных заболеваний/состояний органов зрения, для проведения лечения и контроля за состоянием ребенка 1 года и 5 лет при оказании неотложной помощи.

Одним из важных преимуществ клинического обучения в условиях симуляционных центров является возможность многократной отработки и самостоятельного освоения медицинских манипуляций до достижения мастерства. При этом обеспечивается безопасная среда, исключая риск для здоровья пациента.

Симуляционное обучение позволяет также интегрировать теоретические знания с клиническими навыками, прививать и совершенствовать коммуникативные навыки, приобретать умения работать в команде и мотивирует самообучение студентов [3].

Симуляторы можно адаптировать к ситуациям с использованием разных методов обучения: с преподавателем в больших и малых группах в виде лекций, семинаров, консультаций, в малых группах — самостоятельно, по одному — самостоятельно.

Работа в больших и малых группах, в соответствии с пирамидой Миллера, ориентирована на получение знаний, а самостоятельная работа направлена на освоение клинического навыка [4].

Интерактивное программное обеспечение включает цветные графики для обучения и оценки знаний в зависимости от темы преподавания или экзаменационного задания. Прилагаемый модуль (пульт) по управлению передает манекену виртуальные сигналы. Звуки сердца включают: звуки здорового сердца, а также аускультативные признаки пороков. Респираторные звуки включают звуки здоровых легких, а также сухие и влажные хрипы, а виртуальный стетоскоп с внешним громкоговорителем позволяет аудитории слышать звуки сердца и легких во время обследования манекена студентом. Виртуальные возможности программы позволяют мониторить и оказывать неотложную помощь.

В учебно-клиническом центре вуза используется также электронная программа «U-Medic». В ней наглядно представлены дифференциально-диагностический пошаговый алгоритм и тактика терапии при различных патологических состояниях в кардиологии, травматологии, неврологии, педиатрии.

С 2008/09 учебного года проводится объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ) для врачей-интернов педиатров по 10 станциям с различными клиническими ситуациями с использованием манекенов. Результаты анкетирования студентов, проведенные после обучения в УКЦ и окончания ОСКЭ, показали, что более 90 % студентов отмечают усиление их желания стать врачом и изучать клинические дисциплины, они активно участвовали на занятиях по освоению навыков и получили пользу для себя. Тем не менее было указано, что в связи с неполным охватом ими программы обучения в УКЦ (отсутствие занятий на младших курсах) имеется недостаточность подготовки по оказанию специализированной неотложной помощи и специальным методам исследования. Студенты отметили необходимость увеличить количество часов практических занятий для освоения навыков в УКЦ, особенно в части неотложной помощи, реанимационных мероприятий (интубация, коникотомия, трахеостомия, пункции) и специальных навыков исследования, в частности, интерпретация ЭКГ и УЗИ.

Все клинические навыки в соответствии с ГОСО 2006 унифицированы по дисциплинам и курсам. Плановмерно осуществляется работа по составлению клинических сценариев и их пилотированию в учебно-клиническом центре для последующего внедрения в учебный процесс. Планируется работа по внедрению стандартизированных пациентов.

Требования времени определяют новые подходы к профессиональному обучению будущих врачей с использованием современных активных методов с целью более глубокого, разностороннего изучения дисциплин, выработки у студентов большей ответственности, самостоятельности, неординарного мышления для решения проблем на основе гуманного отношения к здоровью больного [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Инновационные методы обучения — решение проблемы востребованности специалиста / С. Б. Дюсенова [и др.] // Педиатрия сегодня: теория и практика вместе: матер. междунар. науч.-практ. конф. — Караганда, 2012. — С. 82–84.
2. Папафилова, О. В. Возможные пути повышения качества образования в медицинском вузе / О. В. Папафилова, Л. А. Литвина // Медицина и образование в XXI веке: тезисы науч.-практ. конференции с международным участием, посвященной 70-летию НГМД. — Новосибирск, 2005. — С. 271–273.
3. Арзыкулова, Б. Ж. Интерактивные методы обучения в образовательном процессе / Б. Ж. Арзыкулова // Научный мир Казахстана. — 2009. — № 1. — С. 172–175.
4. Романцов, М. Г. Педагогические технологии в медицине / М. Г. Романцов, Т. В. Сологуб. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 62–78.
5. Beaubien, J. V. The use of simulation for training teamwork skills in health care: how low can you go Qual Safety / J. V. Beaubien, D. P. Baker // Health Care. — 2004. — № 13. — С. 151–156.

УДК 616.89.-008.441.44(476.2)

ПРОБЛЕМА СУИЦИДОВ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Дубинин С. Е., Янченкова Е. М., Новогран Е. Г.

Государственное учреждение

«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»

Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная клиническая психиатрическая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

На рубеже XX–XXI столетий проблема самоубийств с каждым годом приобретает все более глобальный характер, а суицидальные попытки все чаще становятся формой поведения, к которой прибегает человек в кризисной ситуации.

В Гомельской области самоубийства наряду с травмами, сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями находятся среди основных причин смерти как всего населения, так и граждан трудоспособного возраста. В структуре смертности населения от внешних причин на долю преднамеренных самоповреждений в последние годы приходится около 20 %.

Несмотря на наличие тенденции к снижению показателя смертности от суицидов, по данным ВОЗ, Республика Беларусь относится к государствам с высоким уровнем суицидов, превышающим среднемировой (16 случаев на 100 тыс. населения) и средневропейский (17,5 случаев на 100 тыс. населения) показатели.

В 2011 г. в Гомельской области значение показателя смертности от суицидов составило 21,6 на 100 тыс. населения, что ниже среднереспубликанского уровня (22,9 на 100 тыс. населения). Среди регионов Республики Беларусь уровень суицидов в Гомельской области традиционно ниже, чем в Витебской, Минской и Могилевской областях, но выше, чем в Гродненской и Брестской областях и городе Минске. Межрегиональные различия показателей предположительно могут быть связаны с такими факторами, как уровень потребления алкоголя населением, заболеваемость алкогольными психозами и алкоголизмом, уровни безработицы и разводов, плотность населения, религиозные традиции и др.

Динамика показателя смертности от суицидов в Гомельской области с 1982 г. характеризуется умеренной тенденцией к росту (рисунок 1).

Социальная природа суицидов отражена в динамике показателя, находящейся в зависимости от экономических, политических и социальных изменений в обществе. Следует отметить, что и в советские годы значение показателя суицидов в Гомельской области также не было низким (19,9–20,9 случаев на 100 тыс. населения). Снижение показателя произошло в годы перестройки и антиалкогольной кампании (до 12,3–12,5 случаев на 100 тыс. населения в 1987–1988 гг.).

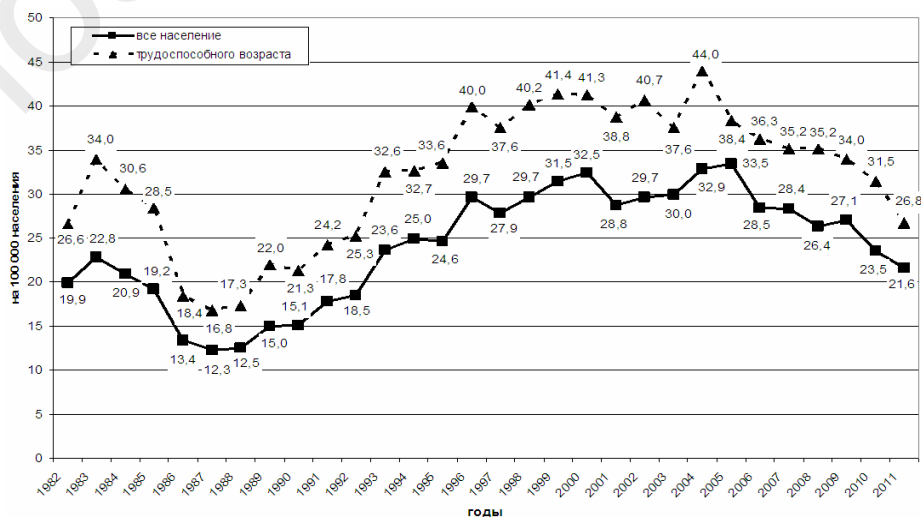


Рисунок 1 — Смертность от суицидов населения Гомельской области

«Пики» значений показателя смертности от суицидов среди всего населения Гомельской области отмечены в 1996 (29,7 случаев на 100 тыс. населения), 2000 (32,5) и 2005 (33,5) гг. Однако, как и в Республике Беларусь, в целом за период 2005–2011 гг. произошло значительное снижение уровня суицидов (с 33,5 до 21,6 на 100 тыс. населения или на 35,5 %).

Наибольшие показатели смертности от суицидов в 2011 году зарегистрированы в Кормянском (59,4 на 100 тыс. населения), Лоевском (57,7), Житковичском (55,2), Петриковском (49,1), Рогачевском (46,5), Буда-Кошелевском (40,7) районах.

При анализе динамики показателя смертности от суицидов на территориях районов Гомельской области отмечено влияние удаленности от областного центра и отсутствие в период до 2005 г. квалифицированной психиатрической помощи населению из-за кадрового дефицита (Октябрьский, Житковичский, Кормянский, Чечерский, Лоевский, Брагинский районы).

Особенностью суицидов в Республике Беларусь, как и в других европейских странах постсоветского пространства, является большой разрыв между количеством суицидов в городе и на селе, где самоубийства совершаются в 2,5 раза чаще. В Гомельской области значение показателя смертности от суицидов среди сельских жителей превышало таковое среди городского населения в 1990 г. в 1,4 раза, в 1996 г. — в 1,8, в 2005 г. — в 2,5, а в 2011 г. — уже в 3 раза (рисунок 2).

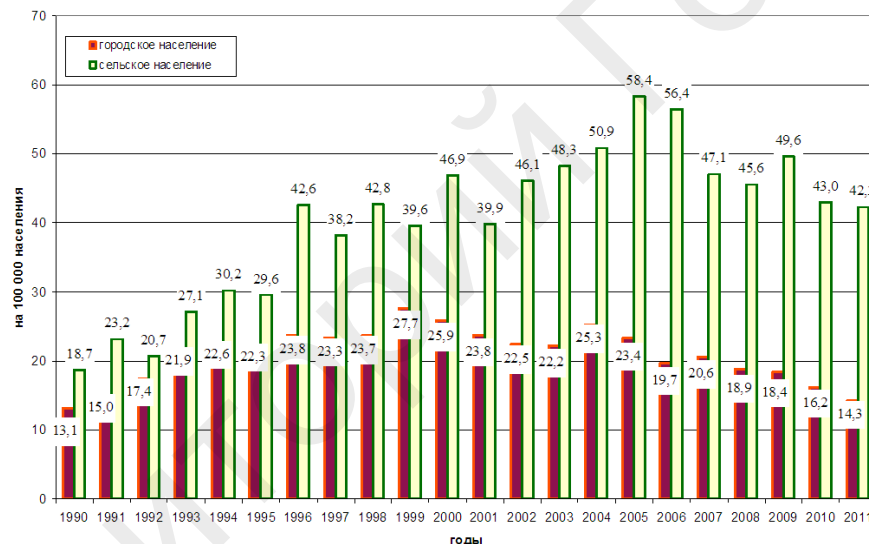


Рисунок 2 — Смертность от суицидов городского и сельского населения Гомельской области

С 2005 г. произошло значительное снижение значения показателя смертности от суицидов как среди городского (с 23,4 на 100 тыс. населения в 2005 г. до 14,3 в 2011 г.), так и среди сельского населения (соответственно, с 58,4 до 42,3 на 100 тыс. населения). Наибольшие значения показателя смертности среди сельского населения Гомельской области отмечены в Кормянском (105,6 на 100 тыс. населения), Чечерском (80,0), Рогачевском (77,5), Житковичском (66,3), Хойникском (63,4) районах.

78 % суицидов в Гомельской области в 2011 г. совершили лица трудоспособного возраста, удельный вес лиц старше трудоспособного возраста составил 21 %, младше трудоспособного — 1 %.

Динамика показателя смертности от суицидов населения трудоспособного возраста Гомельской области имеет тот же характер, что и всего населения (рисунок 1). Наибольшее значение показателя отмечено в 2004 г. (44,0 на 100 тыс. населения), в последующие годы наблюдается выраженная тенденция к его снижению.

Значение показателя смертности от суицидов среди населения старше трудоспособного возраста в 2011 г. составило 20,5 на 100 тыс. населения (за период с 2006 г. оно уменьшилось на 26 %).

Количество суицидов среди населения младше трудоспособного возраста было в пределах 2–4 случаев в 2006–2011 гг.

С 2007 г. в Гомельской области проводится мониторинг суицидальных попыток (парасуицидов). В 2008–2010 гг. значение показателя парасуицидов было в пределах 53,3–55,3 на 100 тыс. населения, в 2011 г. — 42,1.

Наибольшие значения показателя парасуицидов отмечены в Наровлянском (89,2 на 100 тыс. населения), Брагинском (87,4), Речицком (86,2), Мозырском (77,1), Хойникском (73,6) районах.

Среди мужского и женского населения области значения данного показателя практически одинаковы. Следует отметить, что уровень парасуицидов среди женщин в действительности должен быть значительно выше, чем среди мужчин. Суицидальные попытки у женщин, как правило, носят направленный демонстративный характер, и женщины реже обращаются за медицинской помощью, соответственно, попытки не регистрируются.

90 % парасуицидов в 2011 г. совершили лица трудоспособного возраста.

Выбор способа совершения самоубийства имеет определенную закономерность. Высоко травмирующие способы (повешение, падение с высоты и т. п.) преобладают в структуре смертности, а менее травмирующие способы (отравления, самоповреждения) — среди лиц, совершивших суицидальные попытки.

По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в среднем 60 % погибших в результате самоубийства и около 40 % совершавших попытку суицида злоупотребляли алкоголем. При этом, согласно данным Национального статистического комитета Республики Беларусь, за 11 месяцев 2011 г. реализация водки увеличилась на 19,3 % по сравнению с аналогичным периодом 2010 г.

Профилактика суицидов не является только медицинской проблемой. Значительное снижение уровня суицидов в Гомельской области за последние 5–6 лет объясняется активным межведомственным сотрудничеством психиатрической службы, органов внутренних дел, образования и социальной защиты.

УДК 613 (075.32)

ШКОЛЫ ПАЦИЕНТА — ПУТЬ К КАЧЕСТВУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Есипова Е. М., Цецохо А. В., Жаворонкова Н. И.

Учреждение образования

«Витебский государственный медицинский колледж»

г. Витебск, Республика Беларусь

Из далеких времен дошло до нас мудрое изречение Гиппократ: «Не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности». В современной медицине это нашло отражение в понятии «качество жизни». Термин «качество жизни» впервые появился в 1920 г., однако вскоре был забыт и вновь стал использоваться в 60-х годах, после того как ВОЗ расширила определение здоровья как состояние физического, психологического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней.

Качество жизни — степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках общества. Понятие «качество жизни» у детей имеет несколько иной оттенок: «это восприятие и оценка ребенком различных сфер жизни и те ощущения, которые связаны для него с проблемами в функционировании». Пророчески звучат в этой связи слова известного философа И. А. Ильина, утверждавшего еще в 1928 г., что «... люди поймут — спасение нужно искать в качестве».

Единственный и прямой путь для скорейшего решения проблем качества в здравоохранении — внедрение в практику ЛПО методологии стандартов, основной принцип ко-

торой — ориентация на пациента. Вся деятельность ЛПО должна осуществляться с учетом потребностей и ожидания пациента. Поэтому в современной медицине термин «качество жизни, связанное со здоровьем» получил широкое распространение.

Особую актуальность приобретает создание при ЛПО Школ пациента для больных неинфекционными заболеваниями, которые являются настоящей мировой проблемой (диабет, бронхиальная астма, артериальная гипертензия, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и др.). Многие заболевания являются болезнями образа жизни и наносят пациенту и его близким сильную психосоциальную травму. Кроме того, пациенту приходится пожизненно выполнять множество различных процедур и рекомендаций. А для этого он должен быть хорошо осведомлен обо всех аспектах своего заболевания и уметь самостоятельно менять тактику лечения в зависимости от конкретной ситуации.

Мировой медицинской практикой признано, что одним из прогрессивных методов в решении проблем, связанных с лечением основных неинфекционных заболеваний, является организация системы обучения пациентов, которая не может быть достигнута без мощной образовательной программы среди населения. Первые школы пациентов стали создаваться в 70–80-х гг. прошлого столетия в США. Были приняты комплексные национальные образовательные программы, получены первые положительные результаты и доказано, что значимый эффект таких программ можно получить уже через 3–5 лет от их начала, а с увеличением длительности указанный эффект нарастает.

Сегодня Школы здоровья обсуждаются как новые информационно-мотивационные пролонгированные технологии, формирующие у пациентов ответственное отношение к своему здоровью. Школы пациента — это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

Цель образовательных школ — повышение мотивации к выполнению врачебных рекомендаций, формирование партнерских отношений пациента с врачом. Школа охватывает сферу интересов всех заинтересованных сторон: пациента, семьи, врача, государства. Она включает комплекс мер: постановку диагноза, лечебные и профилактические меры, оценку рисков, обеспечение стабильности результатов, оценку прогноза и качества жизни, преемственность и непрерывность, психоэмоциональный статус пациента и его родственников.

Создание Школы пациента возлагает на ЛПО дополнительные обязанности, увеличивается время общения с обратившимся к врачу пациентом, что весьма сложно при существующих нормах времени, отведенного на прием одного больного. Однако такой подход в здравоохранении также эффективен, как и в других отраслях, запуская «цепную реакцию» Э. Деминга: повышение качества медицинской помощи приводит к уменьшению затрат [1, с. 324].

Мировая практика показала, что цикл PDCA — цикл управления качеством, должен стать основным алгоритмом в Школах пациента, он имеет следующие составляющие: планирование (Plan) — постановка целей и задач; выполнение (Do) — обучение и затем выполнение конкретной задачи; контроль (Check) — проверка результата; воздействие (Action) — реализация и внесение корректирующих действий в случае, когда реальный результат не соответствует ожидаемому [1, с. 320]. Знание цикла дает возможность сделать пациента активным помощником в процессе лечения и реабилитации, формировать алгоритм тактики с пациентом наиболее оптимально и результативно. Именно цикл PDCA позволяет активизировать волевые качества пациента и сделать его активным помощником врача и медицинской сестры в процессе лечения, ухода, реабилитации и профилактики. На основе реализации цикла PDCA пациент понимает (осознает), что назначенная терапия представляет собой методы и средства достижения конкретных необходимых для него целей.

Сегодня во многих странах существует целая сеть Школ, но для проведения оценки эффективности образовательных программ в Школах пациента и их влияния на качество жизни пациентов мы взяли Школы пациента, действующие на клинических базах, на которых обучаются наши учащиеся.

С целью оценки качества обучения нами было проведено интервьюирование во время курации тематических больных в стационаре и поликлинике и анонимное анкетирование пациентов-подростков, так как эта возрастная категория детей полностью отвечает за результаты своего лечения, а родители обеспечивают поддержку, помощь и советы. Оказалось, что 14 курируемых подростков не проводили контроль над своим заболеванием, не вели дневник пациента, не всегда соблюдали советы и рекомендации медицинских работников.

Нами была разработана анкета по оценке качества обучения в Школах, которая состояла из 22 вопросов-утверждений. Результаты оценивались по пятибалльной системе. В анкетировании участвовало 30 детей от 12 до 15 лет. Анкета заполнялась анонимно. Самые высокие баллы получили (по 5 баллов) за ответы на вопросы-утверждения о том, что после обучения респонденты изменяют пищевые привычки, начнут больше двигаться, то есть ответы-обещания, которые потребуют обязательного контроля. Ответ на вопрос: «Начну следить за регулярностью приема лекарств» — говорит о высоком уровне комплайенса (сотрудничества) между врачом и пациентом, способствует позитивной настроенности на проведение лечения с целью повышения эффективности проводимой терапии и дает возможность пациенту контролировать свое заболевание.

Самые низкие баллы (по 2 балла) респонденты получили за вопрос «Изменение уровня знаний о стрессе», возможно, это говорит о том, насколько эти пациенты уязвимы и об отсутствии психологического сопровождения. Вопрос «Научился регулярно вести дневник» — о неготовности медперсонала к адекватному контакту с обученным пациентом, об отсутствии должного интереса к результатам мониторинга обучения, что приводит к снижению мотивации пациента на самоконтроль. Общая сумма составила 86 баллов, что соответствует хорошему качеству обучения в Школах.

Мы установили, что основным источником информации о заболевании для 67 % пациентов является лечащий врач; для 26 % — СМИ и только 7 % ответили, что получили информацию от медсестры или фельдшера. Потому необходимы новые формы в организации работы Школ с использованием потенциала медицинских сестер и фельдшеров, подготовленных для этой работы. Кроме того, пациенты отмечают, что самая частая форма обучения в Школах — личная беседа с врачом или медсестрой (66 %) и Школы пациента (только 24 %). Это свидетельствует о том, что необходимы новые методические подходы к обучению: интерактивные методы обучения: ролевые и обучающие игры, моделирование, дискуссии, рассказывание историй, коллективное решение проблем, методы «круглого стола» и громкого обсуждения, практические тренинги.

И последнее. Для оценки эффективности деятельности профильных Школ по реализации образовательных программ и их влияния на качество жизни пациентов мы использовали основные индикаторы качества профилактической помощи населению, которые позволили выявить, что нет единых информационных материалов для работы Школ, не всегда они соответствуют отечественным и зарубежным рекомендациям (ВОЗ), не всегда используются только качественные источники информации, не всегда применяется четкий, понятный стиль изложения, нет достаточного количества наглядных иллюстраций, информационные материалы не обновляются в соответствии с достижениями медицинской науки. А поскольку нет отдельного помещения для проведения занятий, соответственно, нет и постоянного оснащения Школ. Отсутствуют унифицированные требования к разработке информационно-образовательных материалов, нет достаточного количества наглядных пособий для цикла обучения, дневников пациента.

Мы выяснили, что в Школах работает квалифицированный и опытный медицинский персонал, но не имеющий подготовки преподавания в Школах.

Таким образом, данные проведенного интервьюирования, анкетирования, оценки основных индикаторов качества доказывают эффективность работы Школ, содействующих укреплению здоровья, и позволяют сделать следующие выводы: Школы пациента — современные перспективные интегрированные технологии профилактической помощи населению, направленные на повышение качества жизни; основным алгоритмом деятельно-

сти Школ должен стать цикл PDCA, а работа Школ должна запустить «цепную реакцию» Э. Деминга; обучение в Школах должно быть научно организованным процессом, а программы обучения должны быть составлены по всем правилам педагогики и психологии; участие в образовательных программах позволяет пациенту более четко выполнять комплекс рекомендаций в течение длительного времени и формирует активную жизненную позицию; в работе Школ пациента обязательно должен принимать участие психолог либо такой специалист должен проводить консультации пациентов, проходящих обучение.

Кроме того, были выявлены проблемы Школ пациента: они еще не стали массовым явлением; не налажен четкий учет и взаимодействие всех Школ; не достаточно обобщается и распространяется передовой опыт Школ; низка их научно-методическая и материальная база; недостаточна подготовка преподавателей в сфере принципов и организации Школ здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мухина, С. А. Теоретические основы сестринского дела: учеб. для мед. училищ и колледжей / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. — М., 2009. — С. 292–327.
2. Приказ МЗ Республики Беларусь от 1998г. № 301, обновлен 2010 г. «О совершенствовании системы обучения основам диabetологии врачей, средних медицинских работников и пациентов».
3. «Инструкция к обучению в астма-школе детей, больных бронхиальной астмой и их родителей», 2002 г., В. Ф. Жерносек, утверждена МЗ Республики Беларусь.

УДК 613 (075.32)

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА-АКУШЕРА В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ ПО ВОПРОСАМ БЕЗОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Жаворонкова Н. И., Курзова О. Н.

Учреждение образования
«Витебский государственный медицинский колледж»
г. Витебск, Республика Беларусь

В V в. до н. э. Сократ сказал: «Молодежь теперь любит роскошь. У нее плохие манеры. Она презирает авторитет, у нее нет уважения к старшим. Она занимается болтовней, в то время как должна работать. Молодые люди уже не встают, когда входят старшие... Они, возражают своим родителям, пустословят в обществе, заглывают за столом пищу, кладут ногу на ногу и тиранят отца и мать». И сегодня молодежь как потенциал любой нации, требует к себе особого внимания. Проблемы молодежи изучают многие науки, поэтому подлинный «портрет» молодежи как социально-демографической группы общества можно представить себе лишь на междисциплинарном уровне, с учетом таких наук, как философия, педагогика, медицина, психология, социальная психология и др. Феномен «молодежь» обязательно должен рассматриваться в комплексе.

В нашей республике здоровье подростков и молодежи — проблема государственной важности. Однако невысокая культура населения, утрата лучших традиций в быту, ошибки семейного воспитания обусловили снижение престижа здоровья в обществе. Сложившаяся модель поведения современной молодежи приводит к ухудшению её соматического и репродуктивного здоровья. По-прежнему актуальными в молодежной среде остаются проблемы наркомании, употребления алкоголя, табакокурения, игровой и компьютерной зависимости, ИППП и ВИЧ/СПИД. Многоплановость проблем молодых людей обуславливает необходимость подготовки специалистов, знающих сложность периода роста и созревания организма как критического этапа в биологическом, психологическом и социальном развитии, владеющими навыками консультирования по вопросам репродуктивного здоровья, в том числе по формированию осознанного репродуктивного поведения, планирования семьи. Для решения этих задач требуется соответствующая подготовка специалистов, так как на приобретение опыта работы порой уходят многие годы.

Поэтому для проведения постоянной широкомасштабной просветительской работы с подростками и молодежью, обеспечения доступа к достоверной информации, формирования ответственного отношения к своему здоровью и повышения качества оказываемой помощи было решено подготовить группу учащихся специальности «Лечебное дело». Так как фельдшеры-акушеры после окончания медицинского колледжа в основном работают на ФАПах, СВА по принципам семейной медицины, реже — в родильных домах, женских консультациях, перинатальных центрах, школах, они кроме профессиональной деятельности, организуют и проводят санитарно-просветительскую работу, включающую пропаганду медицинских знаний, гигиеническое воспитание, обучение населения здоровому образу жизни, оказывают консультативную помощь по медико-социальным аспектам жизни семьи, ее планированию, профилактике зависимостей, осуществляют медико-психологическую поддержку членов семьи.

Экспериментальная работа проводилась в 3 этапа в течение 4-х лет.

1-м этапом стала качественная подготовка учащихся, до проведения консультирования молодежи, через обучение и приобретение профессиональных знаний и навыков при расширенном изучении дисциплин: основ консультирования по вопросам репродуктивного здоровья подростков и молодежи, семейной медицины, акушерству, педиатрии, гинекологии, кожных и венерических болезней, психиатрии, медицинской психологии и специальной подготовки на занятиях предметных кружков и элективов. Нами была разработана оригинальная анкета, согласно которой мы отобрали группу учащихся 2-го курса, выразивших желание работать с подростками и молодежью, на протяжении 3-х лет обучения в медицинском колледже, в том числе и во внеаудиторной деятельности. Среди них провели многократные анонимные анкетирования по различным проблемам молодежи. Результаты анкетирования позволили объективно оценить существующую ситуацию в инициативной группе учащихся и рационально решать вопросы их обучения проблемам ЗОЖ.

2-й этап — проведение консультирования молодежи по вопросам репродуктивного здоровья в аудиториях, наиболее близких к ним по возрасту по принципу «равный обучает равного». Анализ этого этапа работы показал, что от позиции, занимаемой молодежью, зависит многое. В молодежных аудиториях подростки задают вопросы, которые их волнуют, в том числе и такие, которые они бы никогда не задали взрослым. А ведь это важно для них, ведь подростки получают установки отказа от вредных привычек от своих же сверстников, потому они доверяют им больше, тогда как другие меры будут не достаточно эффективными.

3-й этап работы заключался в проведении анкетирования и анализа работы молодых специалистов, работающих во время учебы в колледже в инициативной группе, обмене опытом по проблеме изучения репродуктивного поведения и информированности подростков и молодежи по вопросам сексуального, контрацептивного и витального поведения. Все выпускники отметили, что большое значение в профессиональном становлении и совершенствовании специалиста, имеет собственный опыт учебно-тренировочной и профессиональной деятельности.

Разрабатывая профессиональные рекомендации к профилактическим программам по формированию навыков безопасного поведения у подростков и молодежи и проводя информационно-пропагандистскую работу с ними, мы убедились, что молодежи нравятся программы «моментального действия», но они никогда не работают. Необходимо разрабатывать короткие поэтапные программы, которые позволят поддержать ЗОЖ, существенно снизить стремление к вредным привычкам.

Для этого мы изучили и использовали фактор установки, который в отличие от системы ценностей и системы представлений, определяющих и влияющих на поведение людей в любых ситуациях, определяет только то поведение, те действия, которые направлены на специфические объекты в определенных ситуациях. Поэтому установки имеют тенденцию сохраняться в течение достаточно длительного времени. Установочная система включает представление, отношение к той или иной проблеме и изменение поведения. Установки заставляют человека любить что-то или не любить, считать одни вещи плохими, важными или неважными, заслуживающими внимание или нет. Особенно сильно влияние субъективных норм на тех людей, которые очень чувствительны к

мнению других. Главное — осознавать, что при обсуждении этих вопросов нельзя рассчитывать на быстрый результат. При этом излишняя категоричность, искажение ситуации, неполнота информации, излишняя морализация могут негативно сказаться на профилактических мероприятиях и свести их к отрицательным результатам.

Достижению указанных целей также способствует применение интерактивных методов обучения, предусматривающих активное участие подростков и молодежи в обучении принципам здорового образа жизни, выработке новых моделей поведения, направленных на развитие навыков и основополагающих установок. Интерактивные методы включают: тренинги навыков, необходимых в конкретной ситуации, ролевые игры, обучающие игры и моделирование, дискуссии, работу в малых группах, методы конкретных ситуаций, «круглого стола» и громкого обсуждения, рассказывание историй, дебаты, форум-театр, разработку молодежных проектов и др. Наиболее эффективным методом активизации обучения являются интерактивные игры, в которых приобретается разносторонний опыт социального взаимодействия в безопасной обстановке по сравнению с реальной жизненной ситуацией. Определенным недостатком данного метода является высокая требовательность к профессиональной подготовке консультанта, проводящего интерактивные игры.

Работа показала, что за время обучения в медицинском колледже, используя междисциплинарный подход в обучении, можно подготовить инициативную, творческую молодежную группу для активной профилактической работы с молодежью. И в этих группах огромную роль играют способные, творческие учащиеся. Мотивация и уровень приверженности ЗОЖ были значительно выше в группе глубоко изучающей репродуктивное здоровье подростков и работающей практически с молодежью, чем в обычной группе медицинского колледжа.

Оказалось, что к информированию подростков и молодежи нужен другой подход, чем к взрослым, что из всех источников информации для них самый активный — сверстники. При грамотном, достоверном и дифференцированном подходе к подаче информации молодежь перестраивает свое поведение в сторону безопасного и ответственного. А отсутствие подобной информации порождает страх, обеспокоенность или, наоборот, беспечность в отношении этих проблем.

В ходе проведения исследования было выявлено противоречие между волонтерской деятельностью и деятельностью инициативной группы. Оказалось, с одной стороны, подростки хотят получать качественную достоверную информацию, как сохранить здоровье, а с другой — волонтеры, работающие по принципу «равный обучает равного», не всегда имеют достаточные знания в области ЗОЖ, психологии, педагогике, этике для эффективного проведения информационно-профилактической компании. Только подготовленные специалисты в области медицины, валеологии, психологии, педагогике способны должным образом обучать и воспитывать молодежь.

Представленные в работе инновационные технологии и методики работы с молодежью позволили приобщить учащихся инициативной молодежной группы к самостоятельной профессиональной деятельности, поднять профессиональный статус фельдшера и использовать свои знания и умения в работе с подростками и молодежью.

При проведении исследования накоплен разнообразный материал, который можно успешно используется при работе с молодежью в молодежных центрах, кабинетах планирования семьи, подростковых кабинетах детских поликлиник, при проведении молодежных акций, конкурсов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья: пособие для врачей и среднего медицинского персонала / Н. Е. Акола [и др.]; редкол. Е. М. Русакова, И. Ф. Мезин, Е. В. Зеневич. — МЗ Республики Беларусь, Фонд ООН народонаселения (ЮНФПА). — Минск, 2011. — С. 96–106, 126–170.
2. Подходы в образовании по принципу «равный равному» по Репродуктивному Здоровью для молодежи: Некоторые уроки. Азиатско-тихоокеанское бюро по образованию, ЮНЕСКО. — Тайланд, 2003.
3. Harey, M. Образование по принципу «равный равному». Молодежь Великобритании / M. Harey. — 2-е изд. — 2000.

УДК 616.32/33-053.6

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА
И ПОДРОСТКОВ С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ***Загорский С. Э., Назаренко О. Н.***Учреждение образования****«Белорусский государственный медицинский университет»****г. Минск, Республика Беларусь**

Заболевания желудочно-кишечного тракта занимают одно из ведущих мест в структуре хронической патологии детского возраста. В XXI в. отмечается значительный рост заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), наиболее характерным осложнением которой является воспалительное поражение слизистой оболочки пищевода — рефлюкс-эзофагит (РЭ) [1, с. 759].

Перспективным инструментом оценки состояния здоровья здоровых и больных детей стало изучение качества жизни (КЖ), которое является важной интегральной характеристикой физиологического, психологического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии [2, с. 34].

Применение такого диагностического критерия, как КЖ позволяет учитывать индивидуальные особенности пациента в выборе тактики и стратегии лечения, разработать мероприятия по социальной реабилитации и оценить эффективность проводимой терапии.

Внедрение простого и надежного метода оценки КЖ даст возможность улучшить качество на всех этапах оказания медицинской помощи больным, в том числе детям с различными хроническими заболеваниями.

Разработаны специальные опросники для оценки КЖ у детей с заболеваниями различного профиля (аллергическими, онкологическими, неврологическими, нефрологическими и др.) [3, с. 234].

К одним из наиболее известных опросников оценки КЖ у детей относится русская версия общего детского опросника — PedsQL 4.0 Generic Core Scales [3, с.234]. Немаловажными преимуществами этого опросника являются: наличие хороших психометрических качеств; простота и удобство в заполнении, статистической обработке и интерпретации результатов; широкий возрастной диапазон (от 2 до 18 лет).

Исследования, посвященные КЖ у педиатрических пациентов с ГЭРБ, малочисленны и не позволяют представить многие аспекты развития и течения болезни [4, с.486].

Цель

Оценить показатели качества жизни у детей старшего возраста и подростков с рефлюкс-эзофагитом.

Материал и методы исследования

Для исследования методом случайной выборки было отобрано 80 детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет с РЭ в период обострения (основная группа). Диагноз эзофагита был верифицирован при проведении эзофагогастродуоденоскопии в 2009–2010 гг. на базе эндоскопических кабинетов 3-й и 4-й ГДКБ г. Минска. Средний возраст обследованных детей с РЭ составил $15,64 \pm 1,51$ года (мальчиков — 35 (43,8 %), девочек — 45 (56,2 %)). Контрольную группу составили 80 детей, поступившие для стационарного лечения острых респираторных инфекций. Дети контрольной группы были сопоставимы с основной группой по возрасту и полу (средний возраст — $15,61 \pm 1,48$; 35 мальчиков и 45 девочек). Критериями исключения из исследования для обеих групп были: перенесенные в течение последних 2-х месяцев острые заболевания, а также указания в анамнезе на наличие хронических заболеваний других систем (кроме органов пищеварения); для контрольной группы — наличие субъективных и (или) объективных данных в пользу патологии пищеварительной системы.

КЖ оценивали при помощи опросника PedsQL 4.0. Опросник состоит из 23 вопросов и включает 4 шкалы: физическое функционирование (8 вопросов), эмоциональное функ-

ционирование (5 вопросов), социальное функционирование (5 вопросов) и жизнь в учебном заведении (5 вопросов). Общее количество баллов после кодирования каждого из пяти вариантов ответа рассчитывалось по 100-балльной шкале (от 0 до 100 баллов): чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни ребенка.

Статистическая обработка материалов выполнена с использованием пакета программ «Statistica», 6.0. При анализе данных использовали непараметрический метод с расчетом U-критерия Манна-Уитни. При сравнении относительных частот рассчитывали двухсторонний критерий статистической значимости p (при необходимости с применением поправки Бонферрони). За уровень статистической достоверности принимали $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

При анкетировании детей с рефлюкс-эзофагитом (основная группа) и не имеющих жалоб, типичных для патологии органов пищеварения (контрольная группа) были получены следующие результаты по качеству жизни (таблица 1).

Таблица 1 — Показатели качества жизни обследованных детей с рефлюкс-эзофагитом (абс. число/%)

Баллы	Физическое функционирование ¹	Эмоциональное функционирование	Социальное функционирование	Учебная деятельность	В целом ²
Основная группа (n = 80)					
0	9 (1,4 %)	10 (2,5 %)	4 (1,0 %)	12 (3,0 %)	35 (1,9 %)
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
25	38 (5,9 %)	49 (12,3 %)	9 (2,3 %)	46 (11,5 %)	142 (7,7 %)
50	148 (23,1 %)	162 (40,5 %)	50 (12,5 %)	151 (37,8 %)	511 (27,8 %)
75	121 (18,9 %)	106 (26,5 %)	92 (23,0 %)	134 (33,5 %)	453 (24,6 %)
100	324 (50,6 %)	73 (18,3 %)	245 (61,3 %)	57 (14,3 %)	699 (38,0 %)
Контрольная группа (n = 80)					
0	3 (0,5 %)	3 (0,8 %)	3 (0,8 %)	20 (5,0 %)	22 (1,2 %)
25	22 (3,4 %)	29 (7,3 %)	5 (1,3 %)	25 (6,3 %)	75 (4,1 %)
50	72 (11,3 %)	98 (24,5 %)	25 (6,3 %)	153 (38,3 %)	310 (16,8 %)
75	110 (17,2 %)	137 (34,3 %)	69 (17,3 %)	172 (43,0 %)	445 (24,2 %)
100	433 (67,7 %)	133 (33,3 %)	298 (74,5 %)	30 (7,5 %)	988 (53,7 %)

Примечание. ¹ — статистически значимые различия между группами по КЖ по суммарному показателю физического функционирования ($p = 0,0008$, U-критерий Манна-Уитни); ² — статистически значимые различия между группами по КЖ в целом ($p < 0,00001$, U-критерий Манна-Уитни).

При анализе полученных данных установлено, что дети с РЭ имели значительно более низкие суммарные балльные показатели КЖ по сравнению с контрольной группой ($p < 0,00001$), при этом статистически значимые различия достигались преимущественно за счет снижения показателей физического функционирования ($p = 0,0008$).

При оценке относительной частоты изменений КЖ у детей с РЭ отмечены значительные сдвиги в сторону снижения в сфере эмоциональной и учебной активности. В частности, частота 100-балльной оценки (т. е. отсутствие нарушения в данной сфере функционирования) встречалась значительно реже в вышеуказанных областях функционирования по сравнению с физической и социальной активностью (в 18,3 и 14,3 % против 50,6 и 61,3 % соответственно, двухсторонний критерий статистической значимости p с поправкой Бонферрони $< 0,0001$).

При сопоставлении показателей КЖ у детей с РЭ в зависимости от наличия эрозивных поражений слизистой оболочки пищевода оказалось, что КЖ у детей без деструктивных изменений было ниже, чем при эрозивном эзофагите ($p < 0,000001$, U-критерий Манна-Уитни). При этом такие тенденции, не достигающие статистически значимых различий, выявлены в каждой отдельной сфере функционирования, по которой проводилась оценка КЖ. Сравнительная структура суммарных показателей КЖ в этих подгруппах обследованных детей с РЭ представлена на рисунке 1.

Вероятно, более низкое КЖ при отсутствии эрозивных поражений пищевода по сравнению с пациентами с деструктивными формами эзофагита связано с участием в возникновении последних ряда острых повреждающих факторов, не успевающих значительно изменить субъективные ощущения болезненного состояния [5, с. 39]. В то же время длительный дисбаланс между факторами агрессии и защиты может приводить, с одной стороны, к менее тяжелым повреждениям слизистой оболочки пищевода, с другой — к более выраженному нарушению КЖ у этой группы детей.

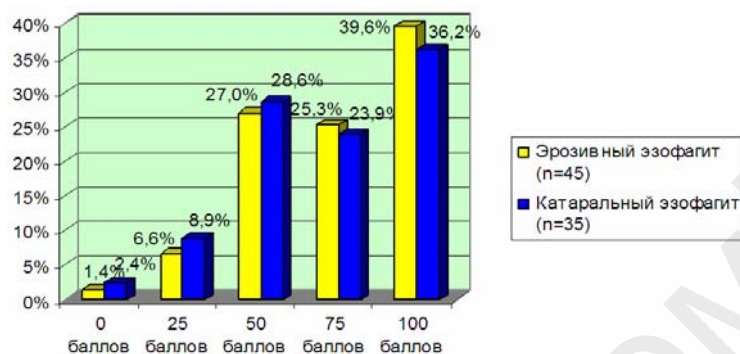


Рисунок 1 — Суммарные показатели качества жизни детей с различными формами рефлюкс-эзофагита

Таким образом, по результатам нашего исследования, у детей с РЕ отмечается ухудшение КЖ, что требует разработки соответствующих мероприятий в лечебной тактике, адаптированных для конкретного пациента с учетом его индивидуальных особенностей.

Выводы

1. Качество жизни детей с рефлюкс-эзофагитом ниже, чем у здоровых детей и связано преимущественно с суммарным снижением физической активности.
2. Более выраженные нарушения в показателях качества жизни у пациентов с рефлюкс-эзофагитом отмечаются в эмоциональной сфере и учебной деятельности.
3. Качество жизни детей с эзофагитом снижается в большей степени при неструктивных поражениях слизистой оболочки пищевода, чем при наличии эрозий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Vakil, N. Disease definition, clinical manifestations, epidemiology and natural history of GERD / N. Vakil // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 24, № 6. — P. 759–764.
2. Лукьянова, Е. М. Оценка качества жизни в педиатрии / Е. М. Лукьянова // Качественная клин. практика. — 2002. — № 4. — С. 34–42.
3. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — М.: ОЛМА, 2007. — 320 с.
4. Development of a quality of life instrument for pediatric gastroesophageal reflux disease: qualitative interviews / S. P. Acierno [et al.] // J. of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. — 2010. — Vol. 50, № 5. — P. 486–492.
5. Джулай, Г. С. Клинико-эндоскопическая характеристика эзофагита и эмоционально-личностная сфера больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Г. С. Джулай, Е. В. Секарева // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. — 2009. — № 4. — С. 35–39.

УДК 613.84/.86:301(476.5)

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КУРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

Зинкевич Л. Ф., Кудлюк А. Б.

Государственное учреждение

«Витебский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»
г. Витебск, Республика Беларусь

Проблема распространения табачной эпидемии продолжает оставаться достаточно актуальной как во всем мире, так и в нашей республике и в Витебской области. Это подтверждают статистические данные: 38 % мужчин и 23 % женщин в Европе являются курильщи-

ками, в Беларуси курят 64,1 % мужчин и 19,7 % женщин в возрасте старше 15 лет, среди жителей нашей области курящими являются 47,3 %, из них — 15 % составляют женщины.

Курение — часть образа жизни, элемент нашего поведения; это сложное действие, сопровождаемое определенными ощущениями и основывающееся на различных биохимических и физиологических процессах. Систематическое курение можно рассматривать как результат первоначального экспериментирования с сигаретой, однако при достаточно частом повторении оно становится привычкой.

Развитие выраженной табачной зависимости во многом происходит от того, в каком возрасте человек начал курить, стажа и интенсивности курения, а также от конституционных и личностных особенностей человека. Особенно актуальна на современном этапе задача оказания помощи в прекращении курения подросткам.

Среди факторов, способствующих приобщению детей и подростков к курению, обычно выделяют: 1) психологические — любопытство, потребность в экспериментировании, желание казаться взрослым; 2) физиологические — эффект никотина, длительность формы экспериментирования; 3) социально-психологические — воздействие социально значимого окружения, качество сформированных табачных установок.

В социологическом исследовании, проведенном нами в ноябре 2011 г., была использована выборочная совокупность, которая составила 302 человека с учетом зоны проживания, пола, возраста, образования. Целью исследования было: выяснить масштабы распространения курения, отношение респондентов к курению, причины, побуждающие курить, информированность населения о вреде курения, роль поведенческих факторов в преодолении курения.

В ходе социологического исследования было установлено, что начинали курить в возрасте от 9 до 15 лет 6,9 % опрошенных, основная часть курильщиков начинали курить в возрасте 16–20 лет (59,3 %), значительно меньше — в возрасте 21–30 лет (14,3 %).

Следует отметить, что значительная часть респондентов курят ежедневно (таблица 1).

Таблица 1 — Количество потребляемых сигарет (% от курящих)

Количество выкуриваемых сигарет	Абсолютное число	%
Более 20 сигарет в день	22	15,4
20 сигарет в день	49	34,3
10–15 сигарет в день	39	27,2
Несколько сигарет в неделю	33	23,1

По мнению респондентов, основными причинами, побуждающими их курить, являются: 1) курение снимает стресс; 2) доставляет удовольствие; 3) способствует общению, установлению контактов; 4) желание утвердиться в глазах друзей.

В исследовании выяснены некоторые поведенческие факторы в приобщении к курению: 37,8 % курящих хотят бросить курить, 40,5 % — не желают этого делать, 21,6 % — не имеют определенного решения по данному вопросу, во время болезни курят меньше сигарет 35,2 % опрошенных и вовсе прекращают курение — 32,7 %.

Выяснено, что основными причинами, по которым испытуемые желают отказаться от курения являются: 1) осознание того, что курение вредит здоровью; 2) ухудшение самочувствия (снижение памяти, нарушение сна и т. д.); 3) значительные материальные расходы на приобретение сигарет; 4) влияние близких, родственников, друзей; 5) влияние медицинских работников. Однако основной причиной, которая мешает бросить курить, является привычка. Эту причину указали 49,2 % курящих, которые не хотят бросить курить. На 2-м месте в качестве причины, мешающей бросить курить, указано курение окружающих. Недостаток силы воли отметили только 22,3 % опрошенных.

Примечательно, что 52,5 % курящих, если бы у них появилась возможность выбора: курить или не курить — то они не стали бы начинать курить. И только 18,8 % опрошиваемых ответили, что снова начали бы курить.

Выяснено, что опрошиваемые информированы о заболеваниях, причинно связанных с курением. 87,6 % респондентов указали на возникновение раковых заболеваний, 79,7 % —

на возникновение хронических заболеваний глотки, гортани, бронхов, 78 % — на нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы; 75,7 % — на туберкулез. В то же время они мало информированы о влиянии курения на деятельность мозга (снижение памяти, ослабление внимания, нарушения сна), на репродуктивную сферу человека (нарушения потенции, рождение ребенка с патологией), на деятельность пищеварительного тракта.

Более половины респондентов (58,6 %) отметили, что они не допускают курение в общественных местах, в семье, среди окружающих людей, и 80,3 % опрошенных считают необходимым ужесточение требований по борьбе с табакокурением.

Бросившие курить отметили явное улучшение своего самочувствия и наличие чувства гордости за свой поступок. Заменой курению в их жизни стали занятия спортом или физкультурой, рыбалкой, цветоводством, любимой работой, любовь к близкому человеку или просто сладости, кофе, другие увлечения и интересы.

Наиболее достоверную информацию о вреде курения опрошиваемые получают через средства массовой информации (ТВ, радио, газеты, журналы, книги, Интернет), от медработников и из памяток, брошюр, листовок. 68,5 % респондентов подтвердили проведение профилактической работы по борьбе с табакокурением медицинскими работниками. Основные формы мероприятий, проводимые с заинтересованными: лекции, беседы, санбюллетени, уголки здоровья. К сожалению, 14,2 % опрошенных ничего не знают о проводимой профилактической работе по борьбе с табакокурением и 16,2 % отметили, что такая работа вообще не проводится, тогда как 39,4 % респондентов заинтересованы в получении дополнительных знаний о вреде курения.

На основании полученных результатов следует признать необходимость проводить целенаправленную и конкретную работу по борьбе с табакокурением среди разных групп населения, особенно с подростками, школьниками, повысить роль педагогов и родителей в формировании мотивации здоровьесберегающего поведения и предотвращения табакокурения.

В учреждениях образования области реализуется проект по профилактике табакокурения («Умей сказать «нет»»), разработанный специалистами отдела общественного здоровья государственного учреждения «Витебский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» совместно со специалистами учреждения здравоохранения «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии» (далее — ВОКЦПН).

Обеспокоенность проблемой табакокурения среди детей и подростков и породило идею начать работу с конкретными целевыми группами учащихся по специально разработанной программе, целью которой являлось помочь подросткам сделать правильный выбор в пользу здорового образа жизни, снизить распространенность табакокурения среди учащихся.

Было решено отработать данный проект среди учащихся средних школ Железнодорожного района г. Витебска. По территориальному расположению, материально-технической базе, социально-экономическому положению данные учебные заведения находились примерно в одинаковых условиях. На территории района располагалось наименьшее количество школ (8), в каждой из них было не более двух 8-х классов, что позволило проводить работу с учащимися всех школ района.

Для координации деятельности был создан совет из представителей органов здравоохранения, образования, общественных объединений.

Совместно с отделом образования Железнодорожного района г. Витебска и ВОКЦПН были разработаны этапы внедрения проекта, определены 5 целевых групп в каждом учреждении: учащиеся 8-х классов; классные руководители, психологи, социальные педагоги; медработники школ; родительский актив школ; молодежные лидеры.

Вся организационная работа была определена совместным приказом управлений здравоохранения и образования облисполкома.

На первом этапе было проведено обучение методике работы по профилактике табакокурения педагогических работников, медицинских работников школ; проведены обучающие семинары с родительским активом и молодежными лидерами.

Подготовлены методические, информационные материалы для педагогов и медработников, изданы информационно-образовательные материалы для учащихся и родителей.

Были определены конкретные формы работы с учащимися для представителей каждой из этих групп.

Основной объем работы по проекту составляла непосредственно работа с учащимися. Формы работы были запланированы самые разнообразные (циклы бесед, тематические вечера, вечера вопросов и ответов, диспуты, дискуссии, демонстрация видеофильмов, выступления агитбригад), но основной акцент был сделан на индивидуальное консультирование. Проведение его осуществлялось специалистами ВОКЦПН с учащимися всех 8-х классов по специально разработанным графикам. В процессе обучения в школах были созданы группы поддержки, взаимопомощи желающим избавиться от табачной зависимости; проводились смотры-конкурсы санитарных газет, санбюллетеней, плакатов, рисунков, смотры-конкурсы на «самый некурящий класс», розыгрыши-лотереи «Брось курить и выиграй». Активные участники проекта среди учащихся поощрялись сувенирами, ценными подарками.

Работа по проекту была рассчитана на один учебный год.

Для оценки эффективности проведенной работы было организовано два социологических исследования среди учащихся целевых и контрольных групп: в начале и в конце проекта. Анализ исследований показал положительные результаты: если в начале учебного года курили 36,3 % юношей и 17,9 % девушек, то после завершения проекта курили 16,9 % юношей и 15 % девушек, в контрольной группе учащихся число курящих возросло с 26,7 до 40,8 % у юношей и с 13 до 24 % у девушек.

Результаты проекта и опыт работы послужили основанием для его внедрения во всех регионах области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Помогите курящим измениться: пособие для обучения медицинских работников / Под ред. Martin Raw.
2. Практическое руководство по лечению табачной зависимости. Академик РАМН, проф. А. Г. Чучалин, д.м.н. Г. М. Сахарова, К. Ю. Новиков // НИИ пульмонологии МЗ РФ.
3. Подростки и психоактивные вещества: пособие для родителей по первичной профилактике злоупотребления ПАВ подростками / Под ред. Секача А. С. — Минск, 2002.
4. *Смид, Р.* Групповая работа с детьми и подростками / Р. Смид; пер. с англ. — М., 1999.
5. Первичная профилактика злоупотребления психоактивными веществами: пособие для педагогов / Под ред. А. С. Секача. — Минск, 2002.

УДК 61 (091)(476.2)

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УЧРЕЖДЕНИИ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ»

Иванцов О. А., Жак Е. В.

Учреждение

«Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ»

г. Гомель, Республика Беларусь

Учреждение «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны» в настоящее время является государственным многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением, оказывающим высококвалифицированную, специализированную стационарную, лечебно-диагностическую и консультативную помощь инвалидам, участникам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним по льготам. Кроме того, госпиталь принимает на лечение и реабилитацию жителей г. Гомеля и Гомельской области. В течение года у нас проходят лечение более 10 тыс. человек. Одним из направлений сегодняшнего развития госпиталя является медицинская реабилитация пациентов различных возрастных групп, в том числе и инвалидов-колясочников.

С 1 января 2012 г. на базе госпиталя создан Гомельский областной центр медицинской реабилитации Гомельской области, где функционируют четыре отделения, в которых проводится комплексная реабилитация пациентов, перенесших инфаркт головного мозга,

оперативное лечение на головном и спинном мозге, последствия различных заболеваний центральной и периферической нервной системы, острый инфаркт миокарда, тяжелые травмы, операции на мышцах, связках, сухожилиях и суставах.

С момента открытия первого отделения медицинской реабилитации до организации центра прошло 8 лет. Все эти годы проходила поэтапная реорганизация коечного фонда госпиталя с постепенным открытием различных отделений медицинской реабилитации. Начиная с 2004 г., госпиталь оказывает круглосуточную медицинскую помощь (экстренную и плановую) по неврологическому профилю, в том числе пациентам, поступившим с острым нарушением мозгового кровообращения и острым нарушением спинального кровообращения. После перенесенных заболеваний (инсульт) пациенты нуждаются в восстановлении утраченных функций и навыков. Именно это и стало первопричиной для открытия первого в Гомельской области отделения ранней медицинской реабилитации постинсультных больных.

Наиболее частыми проблемами у больных, перенесших инсульт, являются нарушения двигательных и координаторных функций, речи и чувствительности, потеря навыков ходьбы и самообслуживания.

Для восстановления нарушенных функций медицинская реабилитация больных после инсульта в госпитале включает следующие направления:

- медикаментозная терапия;
- двигательная реабилитация;
- речевая реабилитация;
- психотерапевтическая коррекция;
- профилактика развития осложнений.

Ведущий принцип нашей работы с больными после инсульта — максимально раннее начало реабилитационных мероприятий и их систематичность для максимально полного устранения функциональных нарушений.

1. Медикаментозная терапия в постинсультный период направлена на профилактику повторного инсульта, улучшение мозговой деятельности, лечение депрессии и осложнений.

2. Двигательная реабилитация представляет собой массаж классический, точечный, рефлекторно-сегментарный и др. Применяется для восстановления мышечного тонуса, улучшения трофики тканей и предотвращения контрактур суставов пораженных конечностей. Лечебная гимнастика по индивидуально разработанной программе. Лечебная физкультура включает дыхательную гимнастику, пассивные и активные упражнения с тренировочно-гимнастическим оборудованием (тредмил, велотренажеры, медболы, гантели) и проводится под контролем инструктора ЛФК. Иглорефлексотерапия позволяет уменьшить выраженность болевых ощущений и улучшить трофику в пораженных конечностях.

3. Речевая реабилитация с логопедом применяется при наличии нарушений речевой функции (полная или частичная утрата речи). Работа с больным, перенесшим инсульт, направлена как на восстановление собственной речи, так и на понимание окружающих. Для этого совместно с логопедом вырабатывается правильное дыхание, проводится гимнастика для лицевой мускулатуры, восстанавливается темп речи и интонация.

4. Психотерапевтическая коррекция — ее первоочередной целью является лечение депрессии и создание у пациента позитивного восприятия окружающего мира, а также улучшение памяти, внимания, мышления, коррекция тревожности и беспокойства.

В 2004 г. было открыто и 2-е отделение медицинской реабилитации постинфарктных больных. Данный вид реабилитации в госпитале направлен на максимально возможное восстановление полноценного общефизического и психического состояния пациента.

Программа реабилитации после перенесенного инфаркта включает весь комплекс медицинских мероприятий: от профилактики пролежней у ограниченных в подвижности больных, до лечебной физкультуры и физических тренировок с постепенно возрастающей нагрузкой.

Для восстановления физического и психического состояния пациента после инфаркта медицинская реабилитация включает:

- постепенное и своевременное расширение режима;
- лечебную физкультуру;

- психотерапевтическую помощь;
- профилактическое лечение.

Лечебный массаж применяется для предупреждения атрофии скелетной мускулатуры у больных, ограниченных в подвижности, и как подготовительный этап для расширения режима пациента.

Лечебная физкультура способствует стимуляции кровообращения, облегчению работы сердца, активизации дыхания, повышению тонуса нервной системы и желудочно-кишечного тракта. Под контролем врача-ЛФК и с его помощью, пациент выполняет дыхательные упражнения, активные и пассивные движения, направленные на общее оздоровление и укрепление организма.

Режим двигательной активности каждого больного, перенесшего инфаркт, определяется индивидуально с учетом клинических данных и исключает недопустимые физические и эмоциональные перенапряжения.

Осуществляется медицинский контроль за соблюдением пищевого режима: разрешенные и не рекомендуемые после инфаркта продукты, допустимое количество поваренной соли и жидкости, правильное распределение калорий в течение дня, частота приема пищи.

Психотерапевтическая работа в отделении реабилитации постинфарктных больных направлена на формирование адекватного восприятия пациентом собственного заболевания, улучшение нервно-психического состояния, социально-психологической адаптации к перенесенному заболеванию.

В 2008 г. в госпитале было открыто третье реабилитационное отделение — отделение медицинской реабилитации травматологических больных (после коррегирующих операций на опорно-двигательной системе и эндопротезирования суставов). В этом отделении выделено 10 коек для пациентов с высокой травмой позвоночника. Для таких пациентов крайне важно, что на всей территории госпиталя создана **безбарьерная среда** (специальные палаты с расширенными дверными проемами, санитарные комнаты с адаптированной сантехникой, пандусы). Эти условия позволяют пациентам с крайне ограниченной мобильностью самостоятельно передвигаться в учреждении и посещать любые лечебные и вспомогательные подразделения.

Учитывая высокую востребованность медицинской реабилитации пациентов, в 2012 году открыто отделение медицинской реабилитации неврологических больных № 2, где проходят лечение пациенты в поздний восстановительный период после инсульта, черепно-мозговой травмы, оперативного лечения на головном и спинном мозге, заболеваний периферической нервной системы.

Таким образом, в настоящее время в составе реабилитационного центра функционируют четыре отделения:

- 1) отделение ранней медицинской реабилитации (постинфарктных больных);
- 2) отделение медицинской реабилитации травматологических больных;
- 3) отделение ранней медицинской реабилитации (постинсультных больных);
- 4) отделение медицинской реабилитации неврологических больных № 2.

В отделениях созданы хорошие бытовые условия для реабилитации данного контингента. При необходимости пациенты могут получить квалифицированную консультативную помощь от врачей любого профиля.

Кроме того, функционируют самостоятельные кабинеты и параклинические отделения: функциональной диагностики, гипербарической оксигенации, приемное; кабинеты: компьютерной томографии, рентгенологический, ультразвуковой диагностики, термального лечения предстательной железы, эндоскопии, рефлексотерапии, психотерапии; клинико-диагностическая лаборатория и аптека. Физиотерапевтическое отделение размещено в отдельном типовом трехэтажном здании, предназначено для оказания всех видов физиотерапевтического лечения, и включает кабинеты электро-, тепло- светолечения, бальнеолечения (ванны, души, грязелечение), фитобар, ингаляторий, массажные кабинеты, сауну, 2 бассейна, 4 зала ЛФК, оснащенных современной аппаратурой.

Весь комплекс медицинских реабилитационных мероприятий во всех реабилитационных отделениях направлен на максимально возможное восстановление нарушенных

вследствие заболевания или травмы функций организма и тем самым продлению активной социальной и трудовой деятельности людей.

Таким образом, путем планомерной, поэтапной реорганизации коечного фонда на базе учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ» был создан Гомельский областной центр медицинской реабилитации для пациентов различных возрастных групп, развернуто 170 реабилитационных коек, в том числе 10 коек для инвалидов-колясочников.

УДК 616-084-053.9

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Иванова В. И.

Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) одной из задач по достижению здоровья для всех — «Здоровье-21» в Европейском регионе поставила сохранение здоровья в пожилом возрасте.

Уровень заболеваемости у пожилых (60–74 года) почти в 2 раза выше, а у лиц старческого возраста (75 лет и старше) — в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста. Наиболее востребованной для этих пациентов является помощь, осуществляемая отделениями дневного пребывания, организациями здравоохранения, обеспечивающими патронаж на дому.

Элементарные обучающие процессы помогают пациенту вести себя адекватно постоянно меняющимся требованиям окружающей среды. Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) увеличивает адаптационные возможности. Часто способность пожилых людей к обучению недооценивается, тогда как в большинстве случаев в результате обучения они не только восстанавливают утраченные функции и навыки, но и вырабатывают новые.

При обучении пожилых людей большую роль играют мотивация и позитивное отношение окружающих. При их наличии возможности обучения повышаются, хотя темп обучения будет заметно ниже. Организм пожилого и в меньшей мере старого человека обладает определенными резервами, способностью к восстановлению функций в результате правильной их тренировки и стимуляции.

Пожилые люди высоко оценивают возможности широких социальных контактов, участия в различных мероприятиях (групповых, развлекательных), поэтому вовлечение их в работу по формированию поведения, сохраняющего и укрепляющего здоровье, воспринимается положительно.

Значительную роль в обучении пожилых людей поддержанию их здоровья и ЗОЖ отводится медицинским фельдшерам, медицинским сестрам. Всем им необходимо овладеть достаточными знаниями по сестринской педагогике и практическими навыками в этой области. Имеющийся в мире опыт однозначно свидетельствует о необходимости подготовки специалистов, работающих с гражданами старших возрастных групп.

Обучение формированию ЗОЖ строится по принципам «знание-убеждение-действие».

Представления о здоровье и болезни существенно влияют на успех обучения. Они формируются в течение жизни под влиянием культурной среды, образования, профессионального и социального статуса, личного опыта, а также информации, поступающей из различных источников. Процесс приобретения знаний представляет собой не просто заполнение «вакуума сознания». Освоение новых знаний может вступать в противоречие с существующими представлениями, и это обязательно надо учитывать при обучении пожилых людей.

Обучение ЗОЖ строится по двум основным направлениям: преодоление вредных привычек, а также формирование знаний и навыков по правильному питанию, борьбе с гиподинамией, контролю состояния и др.

Убеждая, необходимо следовать определенным правилам:

- логика убеждения должна быть доступной интеллекту человека;
- убеждать надо доказательно, опираясь на известные ему факты;
- помимо конкретных фактов и примеров (без них нельзя убедить тех, кому недостает широты кругозора, развитого абстрактного мышления) информация должна содержать обобщенные положения (идеи, принципы);
- убеждающая информация должна выглядеть максимально правдоподобной;
- сообщаемые факты и общие положения должны быть такими, чтобы вызывать эмоциональную реакцию.

Специалисты исходят из того, что:

- содержание информационных материалов должно быть хорошо продумано и соответствовать законам формальной логики;
- информационные сообщения должны содержать конкретные данные по соблюдению ЗОЖ;
- чем динамичнее текст, чем ярче и разнообразнее содержащиеся в нем факты, тем больше он привлекает внимание;
- лучше воспринимается то, что близко интересам и потребностям человека;
- лучше осмысливается то, что преподносится небольшими смысловыми частями (блоками);
- лучше усваивается то, что вызывает эмоциональный отклик;
- лучше воспринимается, осмысливается и усваивается тот материал, который преподносится в соответствии с национальными традициями восприятия человека.

Интерес к предоставляемой информации возрастает при вовлечении обучаемых в дискуссию и приближении представляемой информации к особенностям слушателей — с учетом их социального статуса, сопутствующей патологии, профиля отделений, где проводится беседа.

Эффективность усвоения информации в зависимости от используемых в обучении методов: при чтении лекции — 5 %; при чтении — 10 %; при использовании аудиовизуальных средств — 30 %; при обсуждении в группах — 50 %; при обучении практической деятельности — 70 %.

При обучении необходимо использовать групповые и индивидуальные методы воздействия. Групповые методы имеют ряд преимуществ: обмен опытом между пациентами, взаимодействие, сопоставление мнений, положительный эмоциональный настрой, экономия времени, возможность использования «проблемных ситуаций». Индивидуальные методы дают возможность определить специфические потребности пациента, полноценного обсуждения персонального опыта пациента. При этом улучшается контакт с обучаемым и уровень знаний выше.

Самые частые причины затруднения в общении в пожилом возрасте — снижение слуха. Во время беседы с пожилыми людьми не следует подносить руки к лицу, лучше расположить свет так, чтобы он падал на лицо медицинского работника. Проводить занятие предпочтительнее короткими простыми фразами, четко и несколько медленнее, чем обычно. У людей среднего возраста график времени, в том числе времени общения составлен на их возраст, у пожилых людей — свой график, когда затраты времени существенно увеличиваются, так как снижается скорость мышления, живость ума.

Когда говорит пожилой человек, его нельзя торопить или перебивать, как бы медленно он ни говорил. Важную роль при общении с пожилыми людьми имеют невербальные сигналы: дистанция, позы, жесты. Поза медицинского работника должна быть постоянно открытой.

В старости у всех людей ухудшается память, быстрее это происходит при наличии артериальной гипертензии, обменных нарушениях, пьянстве. Очень важно влияние мотивации и интереса к событиям, которые нужно запомнить.

Медсестра должна владеть методами и приемами обучения, к которым относятся:

- словесный (устное изложение, рассказ, беседа);
- наглядный (иллюстрация — медицинский атлас, видеофильм);
- практический — отработка самих манипуляций (измерение пульса, артериального давления).

Задача сестринской педагогики — повлиять на изменение поведения пациента, для этого необходимо формирование привычки, что достигается многократным повторением

рекомендуемых действий (не менее 10–15 раз). При проведении патронажей особое внимание приобретает работа в семье.

Организация семинаров для средних медицинских работников с целью обучения навыкам сестринской педагогики, проведению бесед с пожилыми пациентами по формированию здорового образа жизни востребована и должна проводиться на региональном уровне. При этом необходимо формировать знания по основам геронтологии и психологии общения с пожилыми людьми.

Одним из принципов развития различных видов помощи пожилым является развитие необходимых профилактических и поддерживающих услуг. Эффективная сестринская педагогика по формированию здорового образа жизни способна значительно снизить потребности пожилых людей в госпитализации.

УДК 616.97:575.1]-07

РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕНОДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

*Казинец О. Н., Амвросьева Т. В., Поклонская Н. В., Хило А. Н.,
Гринкевич П. И., Богуш З. Ф., Дашукевич Л. И.*

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии»
г. Минск, Республика Беларусь

Урогенитальные заболевания являются одной из важных проблем здравоохранения в связи с высокой распространенностью, тяжестью вызываемых осложнений, возможностью влияния на репродуктивное здоровье людей. Известно, что этиологической причиной заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), является широкий спектр бактериальных и вирусных агентов, которые при инфицировании людей могут вызывать сходную клиническую картину [1]. В этой связи особую значимость приобретают методы лабораторной диагностики, обладающие высокой чувствительностью и специфичностью, позволяющие выявлять единичных возбудителей в исследуемом материале. В настоящее время таким методом является полимеразная цепная реакция (ПЦР), позволяющая выявлять генетический материал инфекционных агентов различной природы [2, 3, 4].

Настоящая работа обобщает результаты лабораторной диагностики ЗППП на предмет выявления методом ПЦР генетических маркеров наиболее распространенных бактериальных возбудителей.

Материалы и методы

Исследования проводились на протяжении 2010–2012 гг. с использованием наборов для ПЦР-диагностики с электрофоретической детекцией результата анализа производства «Амплисенс», Россия. Всего было проведено 2 220 анализов у женщин и 224 у мужчин с различными проявлениями заболеваний урогенитального тракта воспалительного характера. Исследования осуществлялись в отношении следующих возбудителей: хламидия (*Chlamydia trachomatis*), микопlasма (*Mycoplasma genitalium*), уреapлазма (*Ureaplasma urealyticum*), трихомонада (*Trichomonas vaginalis*), гарднерелла (*Gardnerella vaginalis*). В качестве биологического материала использовались соскобы эпителиальных клеток из цервикального канала и уретры, взятые специалистами у пациентов, посещавших Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения в г. Минске.

Результаты и обсуждение

По результатам проведенных в 2010–2011 гг. исследований, средний уровень выявления положительных на наличие детектируемых бактериальных возбудителей проб составил 7,3 % (таблица 1), в том числе в 2010 г. — 7,54 %, в 2011 г. — 7,14 %.

Таблица 1 — Средний уровень выявления положительных проб на наличие генетического материала бактериальных инфекционных агентов за 2010–2011 гг. методом ПЦР среди пациентов (мужчины и женщины)

№ п/п	Наименование возбудителя	Количество проведенных анализов	Количество положительных проб	% положительных проб
1	Хламидия	1297	64	4,93
2	Уреаплазма	411	63	15,33
3	Микоплазма	419	13	3,1
4	Трихомонада	252	10	3,97
5	Гарднерелла	65	28	43,07
	ИТОГО:	2444	178	7,3%
	Отрицательные	2262		92,7%

При этом различий в спектре выявленных возбудителей по годам практически не было. Среди диагностируемых бактериальных патогенов во всей группе обследованных пациентов доминировала гарднерелла (43,07 %). Значительно реже выявлялись хламидия, трихомонада и микоплазма.

Кроме того, была определена доля каждого возбудителя среди общего числа выявленных положительных проб. Учитывая, что количество проведенных анализов на наличие хламидии и уреаплазмы было наибольшим, доля выявленных среди них положительных проб доминировала и составляла 36 и 35 % соответственно. Частота выявления остальных возбудителей среди положительных проб по мере убывания распределялась следующим образом: гарднерелла (16 %), микоплазма (7 %), трихомонада (6 %). При этом в группе обследованных мужчин (таблицы 2, 3) доля положительных проб была несколько больше, чем в группе женщин (9,8 и 7,02 % соответственно). Процент выявленных положительных результатов в отношении отдельных возбудителей примерно совпадал, за исключением таковых для микоплазмы и гарднереллы. Так, микоплазма значительно чаще регистрировалась в группе обследованных мужчин, а гарднерелла — в группе женщин.

Таблица 2 — Средний уровень выявления генетического материала бактериальных патогенов методом ПЦР среди мужчин

№ п/п	Наименование возбудителя	Количество проведенных анализов	Количество положительных проб	% положительных проб
1	Хламидия	88	4	4,55
2	Уреаплазма	48	8	16,67
3	Микоплазма	53	7	13,08
4	Трихомонада	27	1	3,7
5	Гарднерелла	8	2	25,0
	ИТОГО:	224	22	9,8
	Отрицательные	222		90,2

При анализе этиологической структуры положительных образцов, полученных от мужчин и женщин, наибольшие различия были выявлены в отношении хламидии, микоплазмы и гарднереллы. У женщин хламидия и гарднерелла детектировались приблизительно в 2 раза чаще (38 и 17 % соответственно), чем у мужчин (18 и 9 % соответственно). Зато у мужчин в структуре положительных проб преобладала микоплазма (32 %).

Таблица 3 — Средний уровень выявления генетического материала бактериальных патогенов методом ПЦР среди женщин

№ п/п	Наименование возбудителя	Количество проведенных анализов	Количество положительных проб	% положительных проб
1	Хламидия	1209	60	4,96
2	Уреаплазма	363	55	15,15
3	Микоплазма	366	6	1,64
4	Трихомонада	229	9	3,93
5	Гарднерелла	53	26	49,06
	ИТОГО:	2220	156	7,02
	Отрицательные	2064		92,98

Анализ результатов генодиагностики ЗППП в динамике по месяцам выявил некоторые различия в частоте регистрации положительных проб с тенденцией к более высоким показателям в зимне-весенний период (рисунок 1).

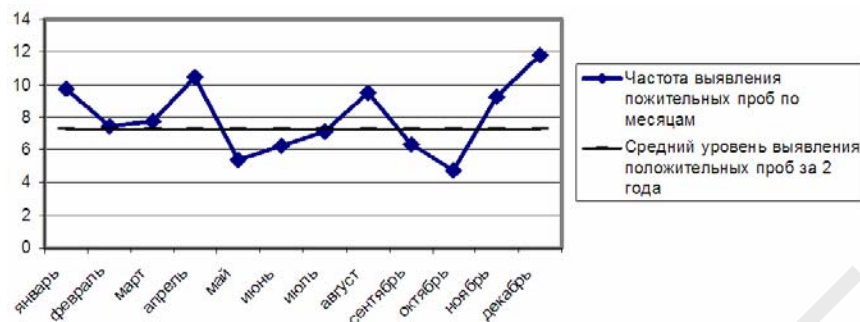


Рисунок 1 — Частота выявления положительных проб по месяцам, в %

Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности применяемого метода ПЦР для лабораторной диагностики ЗППП и изучения их этиологической структуры.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization Fact Sheet #110, Sexually Transmitted Infections, revised October. — 2007.
2. Woods, C. L. Update on laboratory diagnosis of sexually transmitted diseases / C. L. Woods // Clin. Lab. Med. — 1995. — Vol. 15, № 3. — P. 665–684.
3. Falk, L. Signs and symptoms of urethritis and cervicitis among women with or without Mycoplasma genitalium or Chlamydia trachomatis infection / L. Falk, H. Fredlund, J. Jensen // Sex Transm Infect. — 2005. — Vol. 81, № 1. — P. 73–78.
4. Rager, K. M. Techniques of testing for sexually transmitted diseases / K. M. Rager, F. M. Biro // Curr. Womens Health Rep. — 2001. — Vol. 1, № 2. — P. 111–115.

УДК 613:159.943:616-084-053.81

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Колесникова В. Ф., Иваненко М. А., Грабко З. М.

Учреждение образования

«Белорусский торгово-экономический университет потребительской кооперации»
г. Гомель, Республика Беларусь

Забота о здоровье человека является одним из приоритетных направлений государственной политики в Республике Беларусь. Молодежь — будущее нашей страны и наиболее перспективная социальная группа. В последние годы вызывает тревогу проблема омоложения таких асоциальных явлений, как употребление алкоголя, наркотических и токсических веществ, курение, распространение ВИЧ-инфекции. Поэтому состояние здоровья молодежи свидетельствует о необходимости системного подхода к организации целенаправленной профилактической деятельности по поддержанию здорового образа жизни.

В системе воспитательной работы университета в процессе формирования гармонично развитой личности будущего специалиста чрезвычайно важно сформировать систему ценностей, направленных на сохранение собственного здоровья и ответственность у студента не только за свое здоровье, но и за здоровье окружающих.

В университете разработаны и реализуются локальные нормативные документы по данному направлению. «Программа правового воспитания, профилактики противоправного поведения и вредных привычек на 2011–2015 годы» направлена на развитие правового воспитания студенческой молодежи в духе уважения к законам и правам человека, повышение уровня их правовой грамотности и формирование у молодежи активной социальной позиции через пропаганду здорового образа жизни и выработку отрицательного отношения молодежи к наркотикам, табаку, алкоголю, различным вредным привычкам.

Повышение уровня общего состояния здоровья студенческой молодежи, формирование устойчивой убежденности в престижности здорового поведения, воспитание потребности в здоровом образе жизни — основные направления «Положения о здоровом образе жизни студенческой молодежи».

Каждое воспитательное мероприятие предполагает воздействие на сознание и чувства человека, одновременно вырабатывает ценностные ориентации, социальные установки, навыки и привычки поведения.

В практике работы университета используются разнообразные формы пропаганды здорового образа жизни во внеучебное время. С каждым годом увеличивается количество студентов, участвующих в акциях «В будущее без СПИДа», «Свеча», «Быть здоровым — здорово!», «Алкоголь — враг организма». Высокую результативность в формировании у студентов мотивации ведения здорового образа жизни имеют тренинговые занятия: «Предупреждение синдрома эмоционального выгорания», «Правда о СПИДе. Расскажи об этом», диспуты «Депрессия. Пути преодоления», «Алкоголь — наркотический яд», «Самый опасный наркотик», круглые столы «Выбери жизнь!», «Мир против табака». Популярным стало проведение видеогостиных «Курение и его последствия», «Алкоголь — долой!», «Простые правила здоровья», «Здоровье. Пивной алкоголизм», «Женский алкоголизм. Общее дело», «Исповедь наркомана», «Выбор», «Путь в никуда». Интересно проходят встречи с медицинскими работниками. Положительный эффект имеют конкурсы студенческих плакатов, книжные выставки, тематические дискотеки, туристические слеты и т. д.

Большое внимание уделяется профилактике табакокурения. Ежегодно к Международному дню отказа от курения и Всемирному дню без табака в университете проводятся акции, в рамках которых организовываются конкурсы студенческих плакатов, видеогостиные, мини-акции («Поменяй сигарету на конфету», «Забей сигарету», «Раб сигареты», «Антиреклама курению») и другие мероприятия. Во время мини-акции «Забей сигарету» студенты могут это сделать в буквальном смысле этого слова: забить гвоздь в муляж сигареты; в мини-акции «Раб сигареты» — шествием за символической сигаретой они призывают расстаться со своей вредной привычкой и обратить внимание на своё здоровье и здоровье окружающих; одновременно студенты могут пройти тесты: «Определение степени никотиновой зависимости», «Смогу ли я бросить курить?», «Что мешает Вам бросить курить?» и др.

В последние годы в акциях принимает участие университетская агитационно-пропагандистская группа «Правильный выбор» с программой «Молодежь — за здоровое будущее». Принадлежность участников агитационно-пропагандистской группы и слушателей к одному поколению, способность говорить на одном языке, компетентность и доступность — все это увеличивает положительный эффект профилактической работы.

Издан приказ ректора «О дополнительных мерах по профилактике и пресечению курения в университете». Эффективно работает комиссия по борьбе с курением, в состав которой входят представители отдела идеологической и воспитательной работы с молодежью, молодежных общественных организаций, службы охраны труда, студенческого самоуправления. Данная комиссия систематически проводит рейды в университете и общежитиях.

Администрация университета стимулирует студентов к отказу от курения путем организации индивидуального и группового поощрения. Индивидуальная мотивация студентов к поддержанию и ведению здорового образа жизни осуществляется через предоставление некурящим студентам преимущественного права при заселении в общежитие в двухместные комнаты; добавление некурящим не менее 3-х месяцев студентам 20 % к зачетному количеству баллов от нормативов по дисциплине «Физическая культура»; предоставление некурящим студентам права бесплатного входа на университетскую дискотеку.

Групповая мотивация осуществляется на основе проведения конкурсов «Лучшая свободная от курения академическая группа» и «Лучший некурящий этаж в общежитии». Победители награждаются экскурсионной поездкой по Гомельской области.

Результаты проведения конкурсов освещаются на стенде «Студенческий совет университета», в информационном бюллетене «Студенческий вестник», а итоги подводятся в ходе проведения акции «День без табака».

Кураторы академических групп при подготовке характеристик отмечают отсутствие у студентов вредной привычки — курения.

Стало доброй традицией проведение круглогодичной спартакиады по 12 видам спорта среди факультетов университета, а также спартакиады по 8 видам спорта среди студентов, проживающих в общежитии. На базе спортивного комплекса университета работает 10 секций по 8 видам спорта.

В индивидуальной работе со студентами по формированию здорового образа жизни воспитатели и кураторы групп предпочитают использовать методы беседы, убеждения, демонстрируя свой личный пример. В студенческих общежитиях под руководством воспитателей функционирует клубное объединение «Личный рекорд», эффективно работают спортивные комнаты.

Студенты университета ежегодно принимают участие в областном конкурсе студенческих агитбригад по пропаганде здорового образа жизни «Молодежь — за здоровье!», который проводится в рамках областной информационно-пропагандистской акции «Гомельщина — за здоровый образ жизни!»

Занимаясь формированием здорового образа жизни, очень важно проявлять заботу о психическом здоровье студентов. В данном направлении сотрудниками социально-педагогической и психологической службы проводятся акция «День без конфликтов», тренинги в «проблемных» группах. Очень эффективной является индивидуальная работа со студентами и распространение среди них буклетов «Конфликты и мы», «Приемы, повышающие самоуважение и самооценку», «Профилактика суицидального поведения».

На хорошем уровне в университете проводится работа по информационному обеспечению данного направления. В течение года к ежегодным тематическим дням, посвященным этой проблеме, обновляется информация по профилактике вредных привычек на стендах в учебном корпусе, общежитиях, на сайте университета. Транслируются видеоматериалы на плазменной панели, установленной в учебном корпусе, проводятся музыкально-профилактические передачи по студенческому радио; распространяются буклеты, флайеры и другая печатная продукция, разработанная сотрудниками социально-педагогической и психологической службы университета; регулярно обновляются уголки по здоровому образу жизни.

Ежегодно в рамках мониторинга эффективности идеологической и воспитательной работы в университете проводится социологическое исследование, направленное на изучение отношения студенческой молодежи к вредным привычкам, в частности, к табакокурению и употреблению алкоголя. Результаты исследования, проведенного в 2012 г. показали, что большинство студентов знает об опасных последствиях употребления алкоголя и табачных изделий: 74 % студентов совсем не курят, 93 % — не употребляют спиртные напитки или употребляют очень редко.

Педагогические работники и работники воспитательных структур университета находятся в постоянном поиске наиболее эффективных форм и методов воспитательной работы по формированию здорового образа жизни студенческой молодежи как необходимого фактора для успешной реализации их жизненной стратегии.

УДК 616.89-008.441.44-053.6:316.356.2

**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ САМОУБИЙСТВ У ПОДРОСТКОВ.
СЕМЬЯ КАК ВАЖНЕЙШИЙ ПРОТЕКТИВНЫЙ ФАКТОР**

Комарова М. М.

**Государственное учреждение
«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Самоубийство (суицид) является серьезной проблемой общественного здоровья, которую часто недооценивают. Между тем в мире ежегодно сводят счеты с жизнью около 1 млн человек. По оценкам ВОЗ, в 2020 г. число самоубийств в мире может составить приблизительно

1,53 млн. Суицид входит в число 10 наиболее распространенных причин смерти населения во всех странах мира и трех ведущих причин смерти в возрастной группе от 15 до 35 лет [1, с.7].

Беларусь в последние годы испытывает немало экономических и социальных проблем. Эти трудности сказываются на состоянии общественного здоровья и уровне самоубийств. К сожалению, в нашей стране и в Гомельской области, в частности, регистрируется высокий уровень суицидов. Показатель частоты завершенных суицидов в Гомельской области в 2010 и 2011 гг. достигает, соответственно, 23,5 и 21,6 на 100 тыс. населения в год. Подростковый суицид при этом держится на одном уровне. И в 2010, и в 2011 гг. — по 9 случаев.

Предупреждение самоубийств представляет собой сложную задачу, однако она решаема. Для ее осуществления необходим широкий диапазон мер, начиная с обеспечения как можно лучших условий воспитания детей и юношества, включая эффективное лечение психических нарушений, а также контроль факторов риска, обусловленных окружающей средой. Основные факторы, являющиеся защитой против суицидального поведения подростков и молодых людей, делятся на семейные, личностные, культуральные и социо-демографические. Но важнейшим протективным фактором подросткового суицида являются теплые, доверительные взаимоотношения в семье.

Деструктивные тенденции в семье и травматические стрессовые события в детстве могут повлиять на последующую жизнь молодого человека, поскольку лишают его опыта преодоления жизненных стрессов и неурядиц.

Негативные тенденции, влияющие на суицидальность детей и подростков:

- психические отклонения у родителей, особенно аффективные расстройства (депрессии) или другие душевные заболевания;
- злоупотребление алкоголем, наркомания или другие виды антиобщественного поведения в семье;
- история суицидов или суицидальных попыток в семье;
- насилие в семье (особенно, физическое и сексуальное);
- недостаток внимания и заботы о детях в семье, плохие отношения между членами семьи и неспособность продуктивного обсуждения семейных проблем;
- частые ссоры между родителями, постоянное эмоциональное напряжение и высокий уровень агрессии в семье;
- развод родителей, уход одного из них из семьи или его смерть;
- частые переезды, смена места жительства семьи;
- чрезмерно низкие или высокие ожидания со стороны родителей в отношении детей;
- излишняя авторитарность родителей;
- отсутствие у родителей времени и недостаточное внимание к состоянию детей, неспособность обнаружить проявления дистресса и негативного влияния окружающей среды [2, с. 8].

Риск суицида суммируется в семьях, где существует сочетание перечисленных проблем. Часто подростки из-за лояльности к семье, ложного чувства вины за близких или запрета «выносить сор из избы» не обращаются за внешней помощью, не получают поддержки и остаются наедине со своими проблемами. Превентивную роль психологов в работе с такими семьями трудно переоценить.

Черты личности подростка или молодого человека, сочетающиеся с суицидальным поведением:

- нестабильность настроения или его чрезмерная изменчивость, агрессивность, злобность;
- антисоциальное поведение;
- высокая степень импульсивности, склонность к необдуманному риску;
- отсутствие навыков преодоления проблем и трудностей (в школе, среди подростков и т. д.);
- тенденция «жить в мире иллюзий и фантазий»;
- идеи переоценки собственной личности, сменяющиеся переживанием никчемности, излишняя самоуверенность;
- чувство унижения или страха, скрывающееся за проявлениями доминирования, отвержения или демонстративного поведения по отношению к школьным друзьям или взрослым;

- проблемы с определением сексуальной ориентации;
- сложные, неоднозначные отношения со взрослыми, включая родителей [2, с. 9].

Есть некоторые социально-психологические факторы, которые могут сыграть роль стрессоров (негативных раздражителей) и способствовать суицидальным проявлениям. Среди них:

- серьезные проблемы в семье;
- отвержение сверстниками;
- межличностные конфликты или утраты значимых отношений;
- проблемы с дисциплиной или законом;
- давление, оказываемое группой сверстников, прежде всего, связанное с подражанием саморазрушающему поведению других;
- длительное пребывание в роли «козла отпущения» или жертвы;
- разочарование успехами в школе или неудачи в обучении;
- высокие требования в школе к итоговым результатам обучения (экзаменам);
- нежелательная беременность, аборт и его последствия (девушки);
- заражение СПИД или болезнями, передающимися половым путем [2, с. 10].

Во всех подобных ситуациях важно, чтобы отношения между родителями и детьми укреплялись, сохранялся уровень доверия для продолжения диалога и своевременного предупреждения суицидального поведения. Мощными защитными факторами являются хорошие навыки общения в семье, сердечные отношения между всеми ее членами, поддержка, принятие, безоценочная, безусловная любовь со стороны родителей. Ребенок должен чувствовать, что его любят не за что-то, не за успехи и достижения, а просто потому, что он есть. В семье необходимо возвращать защитные личностные качества у подростков, среди которых — умение общаться со сверстниками и взрослыми, уверенность в себе, своих силах, убежденность в способности достижения жизненных целей.

Культуральными и социо-демографическими факторами, удерживающими подростка от суицидальных намерений, являются участие в общественной жизни, например, в спортивных соревнованиях, различных секциях и клубах, ровные отношения со сверстниками и учителями в школе, поддержка со стороны близких людей.

Меры по предупреждению суицидального риска включают две основные стратегии — постоянную работу по улучшению взаимоотношений в семье, повышению самооценки, самоуважения у ребенка, а также меры по улучшению коммуникации (общения) в семье при выявлении признаков суицидальной угрозы.

Позитивная самооценка защищает подростков и молодых людей от психологического стресса и подавленности, а также помогает им лучше справляться со стрессовыми ситуациями в жизни. Необходимо подчеркивать все хорошее и успешное, что присуще ребенку. Ощущение успешности, улучшает состояние, повышает уверенность в себе и укрепляет веру в будущее. Не следует оказывать постоянное давление на подростка или предъявлять чрезмерные требования в отношении его достижений.

Необходимо поддерживать самостоятельные устремления ребенка. Самостоятельность и собственные умения — эти строительный материал для повышения самооценки и залог будущей успешности в жизни. Ведь рано или поздно подросток или молодой человек должен стать независимым от своей семьи и окружающих сверстников, наладить отношения с противоположным полом, подготовить себя к самостоятельной жизни, выработать собственную осмысленную жизненную позицию. В этих начинаниях ему необходима тактичная и умная поддержка. Поддержка, которую способны оказать только близкие — семья, где главным ключом является доверительное общение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Превенция самоубийств: рук-во для врачей общего профиля. — Одесский Национальный Университет им. И. И. Мечникова, 2004. — С. 7
2. Предупреждение самоубийств у молодежи. Семейное руководство / В. А. Розанов, А. Н. Моховиков, Р. Стилиха. — Одесса, 2003. — С. 7–10.

УДК 373.2.025

**ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА***Комарова И. А., Габьева Л. Л.***Учреждение образования****«Могилевский государственный университет имени А. А. Кулешова»****г. Могилев, Республика Беларусь**

В 3-м тысячелетии актуализировалась необходимость поиска механизма для формирования у подрастающего поколения сознательного отношения к вопросам личной безопасности и здорового образа жизни в связи с проявлениями разрушительных сил природы, увеличения количества промышленных и техногенных аварий и катастроф, опасности социального характера, отсутствия навыков правильного поведения в чрезвычайных ситуациях.

Проблема формирования основ безопасности жизнедеятельности и здорового образа жизни имеет особую государственную значимость в районах, пострадавших от Чернобыльской катастрофы. Эффективность мер по преодолению ее последствий может быть значительно повышена посредством комплексного подхода, сочетающего в себе образовательную и профилактическую работу с населением и, в первую очередь, с подрастающим поколением.

Сложившаяся социальная и экологическая обстановка вызывает беспокойство у людей всей планеты. Особую тревогу человечество испытывает за самых незащищенных ее граждан — маленьких детей. Специалистами разных научных направлений отмечается, что механизмом формирования ответственного отношения человека к своей безопасности должно быть образование (Н. А. Едимская, М. А. Котик, Л. А. Михайлов, С. А. Проскурин, Ю. В. Репин и др.). Данная подготовка должна проходить на всех этапах жизни человека, а начинать ее необходимо с дошкольного возраста (Н. Н. Авдеева, О. Л. Князева, Р. Б. Стеркина, Т. Г. Хромцова и др.). Задача педагогов и родителей, по мнению данных авторов, только в том, чтобы оберегать и защищать ребенка, а также подготовить его к встрече с различными сложными, а порой опасными жизненными ситуациями.

В дошкольном образовании указанная проблема является недостаточно изученной, решение ее находится на стыке экологии, культурологии, педагогики, психологии и медицины. Раннее и дошкольное детство в силу специфики возраста и особенностей развития ребенка остается недооцененным в становлении культуры безопасности жизнедеятельности человека, культуры его здоровья.

В этой связи можно выделить несколько противоречий:

— *на социально-педагогическом уровне* — между социальным заказом общества на выполнение образованием функций, связанных с безопасностью жизнедеятельности личности, и недостаточной готовностью образовательных структур к их реализации;

— *на научно-теоретическом уровне* — между необходимостью обновления содержания и технологий формирования культуры безопасности жизнедеятельности и основ здорового образа жизни у дошкольников и недостаточной разработанностью теоретических основ данного процесса;

— *на научно-методическом уровне* — между тенденцией к более широкому использованию образовательной среды и отсутствием научно обоснованных ориентиров по реализации ее потенциала в процессе формирования культуры безопасности жизнедеятельности и здорового образа жизни у детей дошкольного возраста.

Данные противоречия позволили обозначить проблему исследования, которая заключается в теоретическом обосновании и практической разработке научно-методических основ безопасности жизнедеятельности и здорового образа жизни детей дошкольного возраста. В основе ее будут лежать средовой, культурологический и деятельностный подходы, основанные на взаимодействии участников педагогического процесса с предметно-развивающей средой и игрой как ведущей деятельностью в дошкольном возрасте.

В качестве первоочередных условий формирования опыта безопасности жизнедеятельности и здорового образа жизни детей в учреждениях дошкольного образования будут выступать:

— безопасная здоровьесберегающая среда как комплексное средство обеспечения эффективного формирования опыта безопасного поведения детей в дошкольных учреждениях и семье (совокупность факторов, которые прямо или косвенно воздействуют на сохранение, укрепление и развитие здоровья ребенка: соответствие санитарно-гигиеническим нормам; выполнение эргономических требований к организации предметной среды с учетом антропометрических, физиологических и психологических особенностей детей; обеспечение комфортности, функциональной надежности и безопасности предметного окружения дошкольника);

— игровая методика формирования опыта безопасности жизнедеятельности и основ здорового образа жизни у детей дошкольного возраста как фактор природосообразного, здоровьесберегающего образовательного процесса, которая основывается на принципах гуманизации, непрерывности, целостности, комплексности, свободы и самостоятельности, индивидуализации, интеграции, преемственности, стимулирования активной деятельности детей посредством игровой формы подачи знаний;

— комплексная диагностика изучения уровня сформированности опыта безопасного поведения и основ здорового образа жизни дошкольников, включающая набор специальных диагностических заданий, направленных на изучение когнитивного, эмоционально-мотивационного и деятельностного компонентов опыта безопасного поведения детей и основ здорового образа жизни.

Дети дошкольного возраста не могут сами находить безопасное решение в той или иной ситуации. Это решение им нужно подсказывать. В связи с этим возрастает роль и ответственность системы образования за подготовку детей по вопросам, относящимся к области безопасной жизнедеятельности и здорового образа жизни. В соответствии с Кодексом Республики Беларусь об образовании, одним из основных составляющих образовательного процесса является воспитание у детей дошкольного и школьного возраста культуры безопасной жизнедеятельности, направленное на формирование ответственного и осознанного поведения в разных видах деятельности и повседневной жизни [1].

Обеспечение безопасности жизнедеятельности дошкольников может осуществляться в двух направлениях: устранение травмоопасных ситуаций в быту, на улице, на природе, в общении с незнакомыми людьми, а также воспитание основ здорового образа жизни и безопасного поведения. Опираясь на возрастные особенности детей дошкольного возраста, можно выделить ряд моментов, которые важно учитывать при решении задач безопасности жизнедеятельности и здорового образа жизни как в процессе организованного обучения, так и в повседневной жизни:

— знакомить детей с основами здорового образа жизни: быть здоровым — хорошо, болеть — плохо; выполнять элементарные действия по укреплению собственного здоровья (употреблять в пищу больше овощей и фруктов, есть меньше сладкого, больше бывать на свежем воздухе, мыть руки после пребывания на улице, вовремя ложиться спать и др.);

— внушить ребенку, что опасности можно избежать, если вести себя правильно, усвоив необходимый минимум знаний в данной области и осознав важность их реализации в повседневной жизни;

— вызвать у дошкольников желание соблюдать правила безопасности дома, на улице, в природном окружении путем осознанного познания, а не регулярных запретов;

— обеспечить активность каждого ребенка при освоении знаний и умений безопасного поведения и здорового образа жизни в различных жизненных ситуациях;

— в общении с детьми использовать и закреплять такие понятия, как «опасно», «безопасно», «осторожно», «полезно», используя игровые наглядные пособия и материалы.

Соблюдению указанных выше моментов способствует использование игровых обучающих ситуаций, дидактических игр и игровых приемов. Особая роль отводится игровому персонажу. К примеру, Айболит, который рассказывает истории, происшедшие с другими детьми (из-за нарушения правил безопасности), «открывает» вместе с детьми незнакомые им правила поведения, загадывая загадки, принося картинки, «придумывая» разные задания, приглашая гостей и т. п. Именно Айболит делает процесс освоения опыта

безопасного поведения детьми интересным; помогает им усвоить основные правила безопасности и решить проблемные ситуации в эмоциональной игровой форме. Всю работу с детьми необходимо осуществлять при условии их личной заинтересованности предлагаемой темой или отдельными вопросами, ни в коем случае не навязывая словесную информацию ребенку против его желания. Дидактическую игру, игровое занятие, чтение художественной литературы, решение проблемных ситуаций следует организовывать только с теми детьми, которые проявляют открытое желание к сотрудничеству.

Для того, чтобы у детей не возникал «информационный невроз» из-за постоянного потока сложных знаний об опасных ситуациях в быту, на природе, на улице, в процессе общения с незнакомыми людьми, влияния радиации на человека и все живое в окружающем мире, желательнее организовать систематическое наблюдение психолога дошкольного образовательного учреждения с целью контроля психического состояния дошкольников, а также проведения им систематической диагностики уровня тревожности детей перед началом работы и по ее окончании на протяжении всего учебного года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кодекс Республики Беларусь об образовании: 13 января 2011 г. — Минск: Амалфея, 2011. — 496 с.

УДК 613.96:613.24(450)

СОБЛЮДЕНИЕ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ДИЕТЫ: ИССЛЕДОВАНИЕ МОДЕЛЕЙ ОТВЕТСТВЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ ФЛОРЕНТИЙСКИХ ПОДРОСТКОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ

Комодо Н., Сантомауро Ф., Лорини К., Буонокорси Г.

Департамент здравоохранения Университета Флоренции
Италия

The Mediterranean diet is considered one of the healthiest diets. In Italy the progressive abandonment of this diet coincides with the increase in overweight and obesity. The authors through the KIDMED Index have identified a low adherence to the Mediterranean diet in 16% of the students in a high school. The low adhesion is significantly related to lack of physical activity, low academic performance, low cultural and social level of their families. It follows, therefore, the need for cultural interventions to understand that the traditional Mediterranean diet should not be abandoned in favor of other nutritional patterns and even the need to promote the spread of eating habits in line with this diet if we want to maintain the high levels of health and longevity that distinguish the Italian population. The school and the family must support children in the development of responsible and proactive behavior in the field of nutrition.

Введение

До недавнего времени исследования по эпидемиологии питания были направлены на изучение воздействия отдельных компонентов диеты на здоровье. Данный подход способствует выявлению роли различных питательных веществ в развитии заболеваний, но, вместе с тем является ограниченным, так как человек потребляет не отдельные вещества и компоненты, а их сочетания, которые в совокупности воздействуют на его состояние здоровья. Различные компоненты диеты, взаимодействуя между собой, модифицируют влияние отдельных факторов на развитие болезни. В последние десятилетия изучалось множество моделей питания с целью получения полного представления о воздействии употребляемых продуктов на здоровье. Особое внимание привлекло исследование свойств средиземноморской диеты, так как данная диета является высококачественной, что подтверждено ЮНЕСКО, признавшем ее достойной наследия человечества.

Средиземноморская диета, имеющая свои корни в центральной и южной Италии, характеризуется употреблением овощей, злаков, сухофруктов, оливкового масла, бобовых, умеренной степенью употребления мяса птицы, рыбы, яиц и сыровяренных продуктов,

низкой степени употребления красного мяса и животных жиров. Наличие витаминов-антиоксидантов (витаминов Е и С) и каротиноидов обеспечивает достаточное усвоение микроэлементов. Уравновешенное употребление калорий и питательных веществ способствует профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонии, новообразований и диабета, также увеличивает среднюю продолжительность жизни.

В последние 10-летия было выявлено, что все меньшее количество людей придерживается данной модели питания, в особенности молодое поколение, которое перешло на рацион питания с высоким содержанием калорий, жиров и низким содержанием полезных микроэлементов.

Этот переход на новый рацион питания привел к тому, что увеличилось количество людей, страдающих ожирением, особенно это касается детей, живущих как в странах Средиземноморья, так и в других индустриальных странах. Множество факторов повлияло на развитие проблемы избыточного веса, но, судя по сущности феномена и скорости его развития, маловероятно, что данные изменения связаны только с неврологическими, эндокринологическими или генетическими факторами. Социальные факторы могут стать первопричиной данной проблемы. Действительно, социальные и технологические изменения, быстрое развитие пищевой промышленности изменили привычки в питании и стиль жизни: для все большего количества людей является привычным сидячий образ жизни и пища промышленного производства.

Необходимо изучить данный феномен и определить эффективные методы воздействия на молодое поколение, направленные на продвижение здорового образа жизни, в особенности здорового питания, так как избыточный вес представляет собой проблему сферы здравоохранения, в силу тесной корреляции с различными патологиями.

Во многих литературных источниках подтверждается важность семейного воспитания в формировании культуры питания и стиля жизни. В частности, принадлежность к более высокому социальному классу и высокий культурный уровень семьи напрямую связаны с более высоким качеством питания и выбором здорового образа жизни. Действительно, выбор индивидуумом рациона питания коррелирует со знанием питательных свойств продуктов. Данные знания могут быть получены в семье, школе, от сверстников, докторов, а также в сфере спорта.

Цель

Определение степени соблюдения средиземноморской диеты среди подростков, учащихся старших классов, в соотношении со стилем жизни, социальным и семейным контекстом.

Материал и метод исследования

Учащимся технического колледжа и лицея города Флоренции было предложено ответить на вопросы специально разработанной анкеты, состоящей из шкал KIDMED (коэффициента качества средиземноморской диеты для детей и подростков). KIDMED — это инструментарий, разработанный в Испании и позволяющий определить степень соблюдения средиземноморской диеты (низкую, среднюю или высокую) среди детей и подростков. Данный инструментарий насчитывает 16 позиций (с ответами «да/нет») и может быть использован в работе с детьми с 6 лет. По каждой позиции начисляются баллы следующим образом: 1 балл — в случае, если ответ положительный (здоровая привычка), и -1 — при негативном ответе (вредная привычка). Общее количество баллов по шкалам KIDMED определяет степень соблюдения диеты: если это число превышает 8 баллов, то индивидууму характерна высокая степень соблюдения средиземноморской диеты, 4–7 баллов — средняя степень, ниже 4 баллов — низкая степень соблюдения диеты.

Опросник изучает следующие вопросы: личные данные, практикуемый вид спорта, информацию о семье, привычки в питании, самовосприятие, стиль жизни. Также в опроснике указывается вес и рост респондента. После его заполнения, в случае необходимости, с учащимися проводились индивидуальные беседы, направленные на улучшение их результатов, то есть на продвижение здоровья.

Для определения недостатка веса, нормального или излишнего веса был использован индекс массы тела Международной комиссии по проблемам ожирения (IOTF) (Коул и др., 2007).

Взаимодействие изучаемых переменных и уровня соблюдения средиземноморской диеты было выявлено при помощи критерия Пирсона χ^2 .

Результаты

Выборка составила 1127 человек (средний возраст: $16,8 \pm 1,6$ года; 55,1 % — мальчики), 46,2 % опрошиваемых являются учащимися технического колледжа. 8,4 % респондентов родились за границей, 12,8 и 9,4 % имеют, соответственно, или отца, или мать, родившихся за границей.

9,3 % учащихся обнаруживают недостаток веса, в то время как у 10 % — ожирение. Ответы данных респондентов на вопрос: «Ты считаешь, что у тебя недостаток веса/нормальный вес/ожирение?» — в своем большинстве не совпадали с их реальным весом.

Большинство семей опрошиваемых имеют средний (47,0 %) или высокий социальный статус (25,4 %). Также они имеют средний (54,2 %) или высокий (29,2 %) культурный уровень.

26,9 % респондентов утверждают, что занимаются спортом каждый день, 45,2 % — 1–3 раза в неделю, 17,3 % — редко и 10,5 % — никогда.

Было выявлено, что уровень соблюдения средиземноморской диеты является высоким в 16,5 % случаев, средним — в 60,5 % и низким — в 23 %. Значительно чаще низкая степень соблюдения средиземноморской диеты встречается среди учащихся технического колледжа (29,8 %), среди тех, у кого низкий вес (35,9 %), среди не занимающихся спортом (41,2 %), среди тех, у кого низкая успеваемость (32,4 %) или плохие отношения с семьей (38,5 %). Также, низкий уровень соблюдения средиземноморской диеты характерен детям/подросткам из семей среднего и низкого социального статуса (29,8 %) и тем, чьи матери имеют средний или низкий культурный уровень (28,6 %). При сравнении результатов по KIDMED не было выявлено статистически значимых различий между двумя полами, в то время как существуют статистически значимые различия по отдельным показателям.

Выводы

Выявлено преобладание низкого уровня соблюдения средиземноморской диеты среди итальянской выборки по сравнению с выявленным уровнем соблюдения диеты в других странах (6,7 % — Испания, 17,9 % — Турция). Таким образом, есть необходимость в организации мероприятий, направленных на продвижение здоровых привычек питания в соответствии с принципами средиземноморской диеты с целью поддержания здоровья и увеличения средней продолжительности жизни итальянского населения. В целом, семье и школе следует формировать у детей и подростков активное, ответственное отношение к собственному здоровью, в частности, к организации здорового питания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ayechu, A. Quality of dietary habits (adherence to a mediterranean diet) in pupils of compulsory secondary education / A. Ayechu, T. Durá // An Sist Sanit Navar. — 2010. — Vol. 33(1). — P. 35–42.
2. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey / T. J. Cole [et al.] // BMJ. — 2000. — Vol. 320(7244), № 6. — P. 1240–1243.
3. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey / T. J. Cole [et al.] // BMJ. — 2007. — Vol. 335(7612). — P. 194.

УДК 616.832-036.12-612.015.36

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПОЗВОНОЧНУЮ СПИННОМОЗГОВУЮ ТРАВМУ, В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Котова О. А., Байкова И. А., Теслова О. А., Иванцов О. А.

Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия постдипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Позвоночная спинномозговая травма (ПСМТ) составляет до 15 % всех видов травм и характеризуется тяжелыми медицинскими и социально-психологическими последствиями [1, с. 9].

Несмотря на то, что развитие медицины привело к уменьшению осложнений и удлинению продолжительности жизни пациентов, перенесших ПСМТ, очевидно, что последствия ее отражаются на качестве жизни. Как правило, травма спинного мозга приводит к тяжелой инвалидности и характеризуется рядом стойких медицинских осложнений. Степень функциональных нарушений в значительной мере зависит от уровня и полноты поражения спинного мозга (тетраплегия, верхняя либо нижняя параплегия, нарушение функций тазовых органов). К двигательным дисфункциям часто присоединяются такие неврологические осложнения, как нейропатические и (или) спастические боли, трофические нарушения (пролежни), деформации опорно-двигательного аппарата и формирование контрактур.

Однако последствия травмы затрагивают не только потерю физических возможностей и опыт обездвиженности, но и непосредственное столкновение с потерей независимости, собственным бессилием, ощущением утраты собственного достоинства, что влечет за собой ряд психоэмоциональных переживаний: депрессия, тревога, страх, растерянность, печаль, гнев. До 50 % пациентов после СМТ начинают злоупотреблять алкоголем [2]. Случаи самоубийств среди них происходят в среднем в 3–5 раз чаще, чем среди прочего населения [3, 2].

Кроме медико-психологических аспектов последствия травмы отражаются и на социальном функционировании пациентов, затрагивая все основные сферы жизни, приводя к резкому сужению круга общения, потере профессиональных навыков, снижению материального обеспечения, потере семейной и сексуальной ролей. В первые три года после травмы отмечается более высокая частота разводов, чем в общей популяции [1, 40].

Таким образом, очевидно, что возникает необходимость расширять параметры медицинской помощи для того, чтобы лучше содействовать физическому, психологическому и социальному благополучию после перенесенной ПСМТ. В связи с этим кроме имеющихся достижений в области медицинской и реабилитационной помощи в последние годы увеличивается интерес к изучению того, какие факторы могут влиять на связанное со здоровьем качество жизни (КЖ) [4, с. 361]. КЖ частично отражает способность человека справиться и приспособиться к своей новой жизненной ситуации. Решение вопросов, связанных с КЖ важно и потому, что большинство пациентов, перенесших ПСМТ, выживает, и продолжительность их жизни в настоящее время приближается к показателям в общей популяции [4, с. 362].

На сегодняшний день медицинские проблемы пациентов, перенесших ПСМТ, и их влияние на КЖ недостаточно изучены в структурированном виде. Причинами этого являются: отсутствие практических инструментов измерения, результаты большинства из исследований можно считать предварительными, из-за небольшого размера выборки или отсутствия общности, значительно различаются методы, используемые для измерения и анализа результатов.

В изученных научных публикациях имеющиеся сведения являются противоречивыми, мало четких представлений о том, как стаж травмы влияет на КЖ. Также не описаны существенные различия в КЖ пациентов с различной степенью выраженности неврологических проявлений, возрастом, образованием, семейным положением.

На сегодняшний день, одним из широко используемых опросников по исследованию качества жизни является SF-36. Он был разработан в целях обследования состояния здоровья в Соединенных Штатах. На сегодняшний день, 15-летний опыт показывает, что SF-36 может быть адаптирован для использования и в других странах [4, 3].

Опросник SF-36 оценивает восемь аспектов здоровья:

- физическое функционирование (Physical Functioning — PF);
- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP);
- интенсивность боли (Bodily pain — BP);
- общее состояние здоровья (General Health — GH);
- жизненная активность (Vitality — VT);
- социальное функционирование (Social Functioning — SF);
- ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE);

- психическое здоровье (Mental Health — MH);
- физический компонент здоровья (Physical health — PH);
- психологический компонент здоровья (Mental Health — MH).

Цель

Оценка показателей качества жизни пациентов, с различной давностью спинальной травмы.

Материалы и методы

Было обследовано 28 пациентов, перенесших спинальную травму и проходивших курс стационарного лечения в отделении реабилитации пациентов травматологического профиля Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ в январе-июне 2012 г. Возраст пациентов составлял от 18 до 45 лет, мужчины и женщины в соотношении 6:1. Пациенты разделены на 2 группы. Первую группу составили пациенты со стажем травмы до 5 лет ($n = 11$), 2-ю — от 5 до 8 лет ($n = 16$). Группы достоверно не различались по полу, возрасту, образованию, семейному положению и выраженности клинической симптоматики.

Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36 (J. E. Ware, 1992). Для статистической обработки были использованы ранговые корреляции Спирмена (r_s), различия в группах оценены критерием Манна-Уитни (u). Непрерывные данные представлены в виде медианы и интерквартильного промежутка — Me (25–75 %). Обработка данных проводилась при помощи пакета прикладных программ «Statistica», 6,1 (StatSoft, Tulsa, USA).

Результаты

Нами обследовано 28 пациентов мужчин и женщин, трудоспособного возраста с различным стажем спинальной травмы и степенью неврологических нарушений.

При оценке ранговых корреляций Спирмена выявлен ряд показателей, значимых на уровне $p < 0,05$. Наибольшее число прямых корреляционных взаимосвязей установлено между показателями Mental Health (MH) и Role-Emotional (RE) ($r_s = 0,68$, $p < 0,05$), Social Functioning (SF) ($r_s = 0,66$, $p < 0,05$), Role-Physical Functioning (RP) ($r_s = 0,65$, $p < 0,05$), General Health (GH) ($r_s = 0,39$, $p < 0,05$), Vitality (VT) ($r_s = 0,45$, $p < 0,05$), и отмечена обратная корреляционная взаимосвязь MH с показателем Physical Functioning (PF) ($r_s = -0,53$, $p < 0,05$). Кроме того, отмечается обратная корреляционная взаимосвязь показателя Physical Functioning (PF) с Role-Emotional (RE) ($r_s = -0,402$, $p < 0,05$) и Bodily pain (BP) ($r_s = -0,41$, $p < 0,05$).

При сравнительном анализе 2-х групп отмечена тенденция к увеличению Physical Functioning (PF) в группе пациентов со стажем травмы до 5 лет ($p = 0,07$), что представлено на рисунке 1.

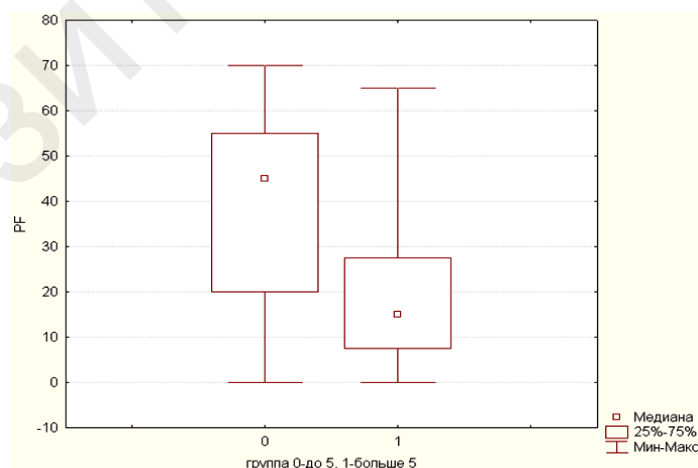


Рисунок 1 — Показатель физического функционирования (PF) у пациентов со стажем спинальной травмы менее 5 лет (группа 0) и более 5 лет (группа 1)

Выводы

В изученной нами группе пациентов, перенесших спинальную травму, наблюдается ряд статистически значимых корреляционных взаимосвязей по показателям оценки качества жизни. Отмечена тенденция к увеличению физического функционирования в группе пациентов со стажем травмы до 5 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булюбаш, И. Д. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы: пособие для врачей / И. Д. Булюбаш. — М., 2010.
2. Белова, А. Н. Нейрореабилитация: рук-во для врачей / А. Н. Белова. — М., 2003.
3. Современные подходы к медико-психологической реабилитации больных с травматической болезнью спинного мозга / Л. В. Кокоткина [и др.] // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. Бехтерева [Электронный ресурс]. — 2008. — Режим доступа: <http://consilium-medicum.com/article/15522>. — Дата доступа: 10.09.2011.
4. Ja Hyeon Ku. Health-related quality of life in patients with spinal cord injury: review of the short form 36-health questionnaire survey / Ja Hyeon Ku // Yonsei Med J [Electronic resource]. — 2007. — Vol. 48, № 3. — P. 360–370. — Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=health-related%20quality%20of%20life%20in%20patients%20with%20spinal%20cord%20injury%3A%20Review%20of%20Short%20Form%2036-Health%20Questionnaire%20Survey>. — Date of access: 16.06.2012.

УДК 616-002.5-036.22(476.2)

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ
ПО ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ***Кудина Н. В., Зинович Р. Н., Науменко Т. В.***Государственное учреждение****«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезной инфекции в Гомельской области остается напряженной. Показатель заболеваемости туберкулезом, несмотря на снижение в 2011 г. на 8,7 %, составил 53,4 на 100 тыс. населения и превысил среднереспубликанский на 31,2 %, 23,5 % больных туберкулезом органов дыхания выявлены в фазе распада легочной ткани и 76,5 % из них с бактериовыделением, представляющих наибольшую эпидемиологическую опасность для населения. Заболеваемость туберкулезом детей выше республиканского уровня на 19,4 %.

Особенностями эпидемиологической ситуации по туберкулезной инфекции в Гомельской области в настоящее время являются: рост множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам и прогрессивное увеличение распространенности ВИЧ-ассоциированного туберкулеза (ВИЧ-ТБ). Это причины, крайне затрудняющие контроль ситуации за туберкулезом.

Удельный вес больных с МЛУ-ТБ среди впервые выявленных больных-бактериовыделителей в Гомельской области возрос с 5,6 % в 2005 г. до 27,4 % в 2010 г. Удельный вес больных с МЛУ-ТБ среди всех контингентов-бактериовыделителей, состоящих на учете у фтизиатров, возрос за 4 года с 30,4 до 45,1 % в 2010 г. В 2011 г. было выявлено 103 случая ВИЧ-ТБ.

Бактериовыделители с МЛУ представляют собой наиболее опасный источник туберкулезной инфекции. Больные ВИЧ-ассоциированным туберкулезом увеличивают число больных разными формами туберкулеза, которые распространяют туберкулезную инфекцию среди здоровых групп населения. Данные категории больных определяют уровень смертности от туберкулеза в Гомельской области.

При относительно небольшом, на первый взгляд, числе больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в Гомельской области наблюдается тенденция увеличения их численности. По данным статистических отчетов с 2001 по 2011 гг. диагноз «ВИЧ-ассоциированный туберкулез» выставлен 736 пациентам. Первые 5 случаев ВИЧ-ассоциированного туберкулеза были зарегистрированы в области в 2001 г. и ежегодно их число росло (рисунок 1).

В структуре заболевших активным туберкулезом удельный вес больных ВИЧ-ТБ от всех выявленных больных туберкулезом ежегодно увеличивается и в 2011 г. составил 13,4 % (рисунок 2).

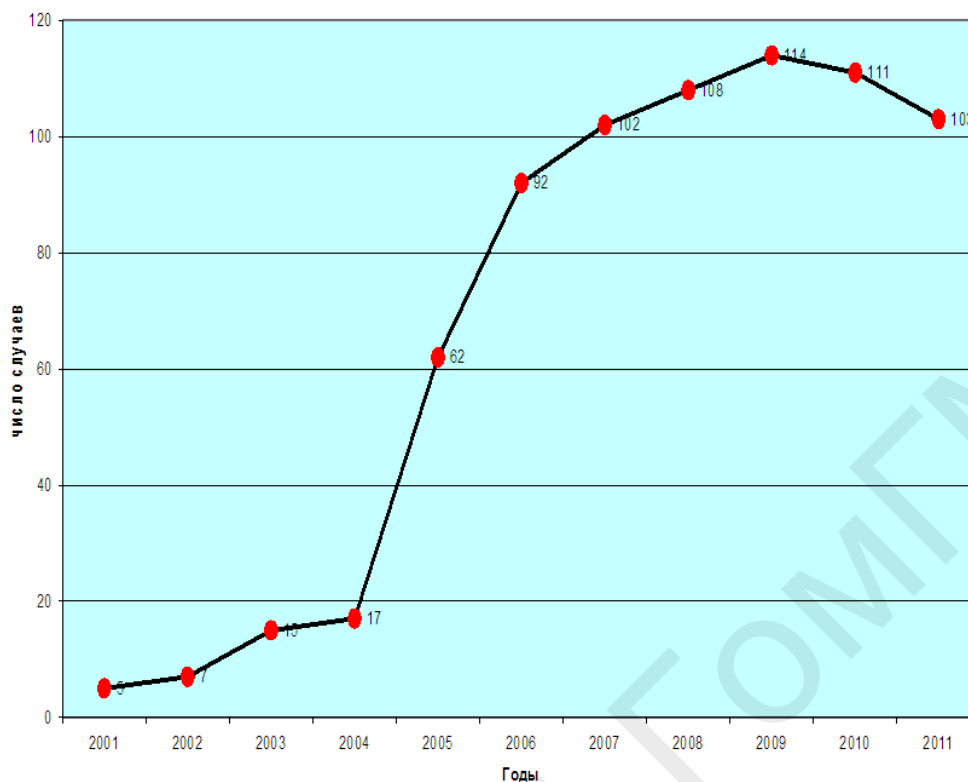


Рисунок 1 — Число случаев ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, выявленных в Гомельской области за период 2001–2011 гг.

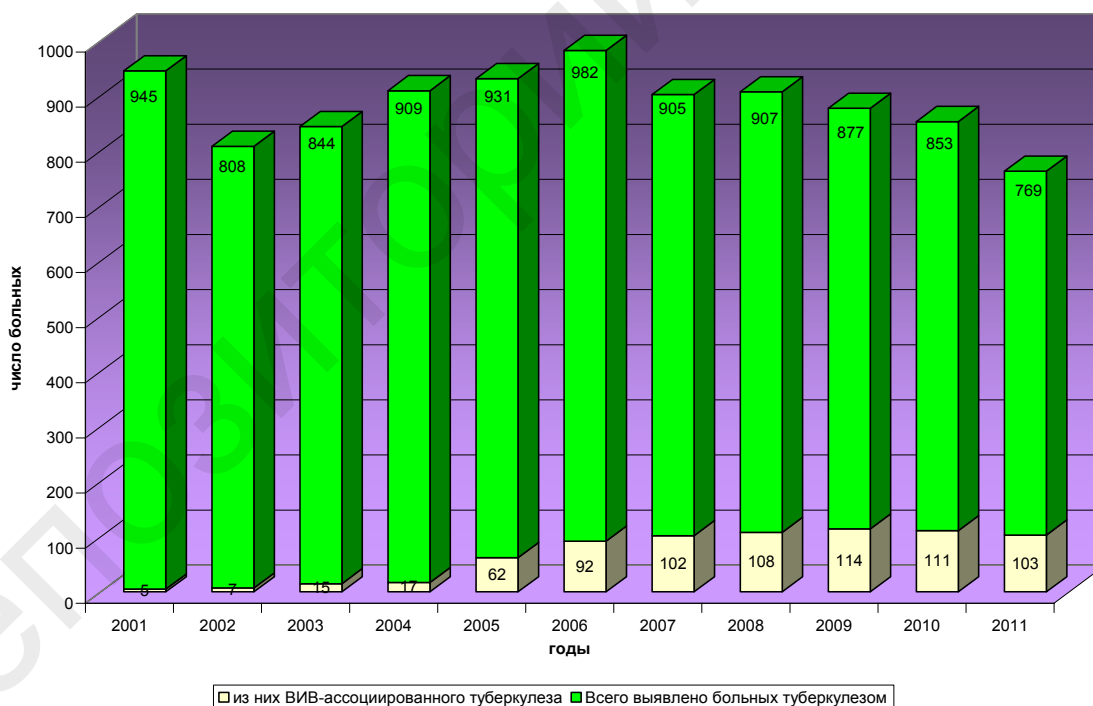


Рисунок 2 — Больные ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в общем числе выявленных больных туберкулезом по Гомельской области

В условиях неблагоприятной ситуации по туберкулезу, характеризующейся ростом числа больных ТБ с МЛУ возбудителя и ВИЧ-ассоциированным туберкулезом усиливается значение противотуберкулезных мероприятий в очагах туберкулеза, где эти больные проживают. Главная цель работы, проводимой в очагах — это не допустить последующих заболеваний, т. е. заболеваний туберкулезом контактных лиц. Главная задача уничтожить возбудителей, рассеянных больным в очаге.

Мероприятия в очагах проводятся в 3 направлениях: в отношении больного, среди контактных, по освобождению очага от возбудителей туберкулеза — и должны учитывать фазу терапии больного.

С целью полного освобождения очага от возбудителей туберкулеза проводится заключительная дезинфекция.

В Гомельской области с 2005 г. для проведения заключительных дезинфекций камерным методом ЦГЭ используют стационарные дезинфекционные камеры лечебно-профилактических учреждений.

Заключительная дезинфекция в туберкулезных очагах в Гомельской области проводится ЦГЭ по заявкам ПТД (тубкабинетов):

- после выбытия источника из очага в стационар. В данных случаях по времени, заключительная дезинфекция проводится значительно раньше, чем устанавливается бактериовыделение и МЛУ у больного туберкулезом, ВИЧ ТБ;

- во время амбулаторного лечения больных ВИЧ-ТБ и во второй фазе терапии больных МЛУ ТБ — плановая 1–2 раза в год;

- в случае смерти больного в период амбулаторного лечения.

Объектами дезинфекционной обработки являются:

- с применением дезрастворов: стены, полы, двери, мебель, предметы уборки, унитазы, краны, раковины, надворные уборные, помойные ямы (засыпаются дезсредством);

- с применением кипячения: мокрота и контейнеры для ее сбора, посуда для еды и остатки пищи, нательное и постельное белье, игрушки (кроме мягких), предметы уборки, предметы для ухода за больным;

- камерным методом: носильные вещи и постельные принадлежности (подушки, одеяла, матрацы), мягкие игрушки, книги, бумага;

- уничтожение мух при их наличии.

Очень важна текущая дезинфекция, которая проводится в очаге в присутствии больного туберкулезом.

Медицинский персонал ПТД (тубкабинетов) обучает членов семьи, то есть контактных с больным, правилам личной гигиены, методам текущей дезинфекции. Обучение самого больного начинается уже при первой встрече фтизиатра с больным и продолжается во время его нахождения в стационаре. В очаге больной появится после выписки на амбулаторную фазу лечения и к этому времени должен владеть необходимыми знаниями и навыками противоэпидемического режима.

Текущая дезинфекция включает 2 группы мероприятий: санитарно-гигиенические и мероприятия по уничтожению возбудителей на объектах внешней среды в очаге.

Санитарно-гигиенические мероприятия: изоляция больного в отдельной комнате или части комнаты, исключение контакта с детьми, ограничение числа предметов, с которыми больной может соприкоснуться, выделение отдельной постели, полотенец, предметов ухода, посуды для пищи и питья, отдельный сбор грязного белья. Организует выполнение этих мероприятий в очаге перед возвращением больного с МЛУ и ВИЧ-ТБ в очаг медперсонал ПТД (тубкабинета).

Уничтожение возбудителей на объектах в очаге: дезинфекция с применением дезсредств, кипячение, проветривание, использование пылесоса, воздействие прямых лучей солнца. Объекты и способы обеззараживания те же, что и при заключительной дезинфекции, но с использованием вместо камерного метода — проветривания, проглаживания вещей.

На дезинфекционную обработку объектов, проводимых с применением дезрастворов (стены, полы, мебель и т. п., которые нельзя обеззаразить кипячением, проглаживанием) выдаются дезсредства. Их потребность рассчитывает и выдает ПТД (тубкабинет). Выдача дезсредств может осуществляться амбулаториями и ФАПами.

Правильное и своевременное выполнение противоэпидемических, профилактических мероприятий в очагах туберкулеза позволит сократить резервуар туберкулезной инфекции, снизить ее распространение и заболеваемость населения.

УДК 612.63-057.875:301

**РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОК:
ФРАГМЕНТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Лёвина Н. Н., Бураков И. И., Харьковская Е. Р., Шваб Л. В.,
Глинская Т. Н., Щавелева М. В.*

**Учреждение здравоохранения
«33 городская студенческая поликлиника»
Учреждение образования
«Минский государственный медицинский колледж»
Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь
Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»
п. Городище, Минский район, Республика Беларусь**

Законом Республики Беларусь «О демографической безопасности Республики Беларусь» (2002) определены основные для нашей страны демографические угрозы: депопуляция, старение населения, деградация института семьи, нерегулируемые миграционные процессы. Немаловажное влияние на формирование первых трех оказывают репродуктивное поведение (РП), репродуктивное здоровье (РЗ) и репродуктивные установки (РУ) молодежи. Нами с декабря 2005 г. на базе УЗ «33 городская студенческая поликлиника» ведется мониторинг РП и РУ студенток, их самооценки РЗ и информированности по проблемам заболеваний, передающихся половым путем. Данные мониторинга используются для динамической оценки РП и установок студенток, а также проведения ряда организационных мероприятий, направленных на улучшение их РЗ.

Ниже представлены данные, полученные в 2010 г. при анкетировании 110 студенток, средний возраст которых составил $20,05 \pm 0,8$ года. Поскольку в ходе анкетирования, проведенного в предыдущие годы, был выявлен целый ряд проблем, связанных с отсутствием у студенток знаний по вопросам профилактики инфекций, передающихся половым путем (ИППП) [1], параллельно нами был проведен опрос студенток медицинского колледжа (далее — учащихся) ($n = 29$; средний возраст — $19,64 \pm 0,2$).

В каждой из опрошенных групп девушки оценивали состояние своего РЗ выше, чем общесоматического — 63 и 50 % положительных оценок соответственно в группе студенток (аналогичная ситуация наблюдалась нами и в прежние годы); 89 и 56 % в группе учащихся. На наличие опыта сексуальных отношений указало 93,6 % студенток и 62,1 % учащихся. Опыт только 41,8 % студенток ограничивался одним половым партнером; среди учащихся эта группа составила 52,6 %. По сравнению с данными предыдущего анкетирования отмечена определенная тенденция к уменьшению частоты случайных половых связей среди студенток.

Все опрошенные указали, что в будущем планируют иметь детей. При этом большинство студенток (73,6 %) на момент проведения исследования планировали иметь 2-х детей. О многодетных семьях (3 и более детей) упоминалось в 11,8 % анкет, заполненных студентками. Остальные планируют иметь одного ребенка. Среднее планируемое число детей у студенток — $1,99 \pm 0,1$; у учащихся — $1,96 \pm 0,1$. В идеальной семье, по обобщенному мнению опрошенных, должно быть в среднем 2,3 ребенка. Однако, по данным анкетирования, 4,9 % студенток, имеющих опыт половых отношений, прерывали беременность (2006 г. — 3,6 %). Создается впечатление, что в силу различных причин студентки не коррелируют свою будущую жизнь, в которой будут (?) дети и семья, с жизнью сегодняшней, когда ими самими наносится урон их РЗ.

Негативные сдвиги в состоянии РЗ, в том числе распространенность ИППП, требуют особого внимания к вопросам информированности населения по проблемам этих заболе-

ваний. Так, при проведении мониторинга знаний девушек об ИППП в 2006 г. (анализировались данные анкетирования 196 студенток) на вопрос об известных инфекциях, передающихся половым путем, ответили 92,6 % анкетированных. 7,4 % ответивших не смогли назвать заболевания, передающиеся половым путем, или указывали их неправильно. На следующий значимый для РЗ вопрос о мерах профилактики заболеваний, передающихся половым путем, в 2006 г. четко сформулировали ответы только 59,9 % девушек.

К сожалению, и в 2010 г. порядка 10 % проанкетированных студенток не смогли назвать заболевания, передающиеся половым путем. Подобная ситуация, правда, с меньшей частотой, встречалась и среди учащихся колледжа. Это настораживает, поскольку существуют достоверные различия в уровне информированности по вопросам ИППП среди тех, кто практикует безопасные половые отношения, и лиц с рискованным половым поведением [2]. Приходится констатировать, что молодежь, в частности, проанкетированные нами девушки, по-прежнему не всегда отождествляет с собой последствия половых контактов, в частности, возможность заражения ИППП, а также контрацептивных неудач. В 2010 г. нами наблюдалась определенная тенденция к увеличению количества ответов студенток на вопрос о мерах профилактики ИППП: четко сформулировали ответы 66 % девушек; среди учащихся медколледжа на этот вопрос ответило порядка 90 % анкетированных.

Таким образом, результаты проведенного нами анкетирования свидетельствуют о том, что РЗ, РП и РЗ молодежи остаются острой проблемой.

В заключение еще раз подчеркнем: состояние здоровья молодежи остается важнейшим фактором не только демографической, но и национальной безопасности любого государства. При этом все более актуален такой индикатор молодежного здоровья как РЗ, формирование которого во многом определяется репродуктивным поведением и репродуктивными установками молодежи. В этой связи мониторинг этих процессов у молодежи нашей страны, а также факторов, влияющих на их формирование, должны оставаться в центре внимания всех медицинских работников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Модели поведения, репродуктивное здоровье и репродуктивные установки девушек-студенток / М. В. Щавелева [и др.] // Вопросы. — 2006. — № 4. — С. 39–42.

2. Рычков, А. Е. Социологический анализ репродуктивного поведения девочек подростков / А. Е. Рычков, Ю. В. Висенбург // Здоровье детей Беларуси: сб. матер. VII съезда педиатров РБ, Минск, 8–9 сент. 1999 г. / БелНИИ охраны материнства и детства; под ред. А. Г. Шишко. — Минск, 1999. — С.174–175.

УДК 612

РЕАЛИЗАЦИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧРЕЖДЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ «МОЗЫРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Ланько Н. И., Лобан Е. И.

**Учреждение образования
«Мозырский государственный медицинский колледж»
г. Мозырь, Республика Беларусь**

Здоровье, являясь важнейшей ценностью человека и общества, относится к категории государственных приоритетов, поэтому процесс его сохранения и укрепления вызывает серьезную озабоченность не только медицинских работников, но и педагогов, психологов, родителей [1, с.12]. Увеличилось число социально-значимых болезней (органов пищеварения — в 1,3 раза, нарушений опорно-двигательного аппарата — в 1,5–2 раза, аллергических болезней — в 3 раза, нарушений зрения — в 5 раз). Каждый четвертый подросток имеет пограничные нервно-психические отклонения. Стремительно увеличивается удельный вес курящих подростков, злоупотребляющих алкоголем, употребляющих нар-

котики, имеющих дефицит или избыточный вес в результате неправильного и нерационального питания. Все меньшее число молодых людей занимается физической культурой, распространенность гиподинамии среди учащихся достигает 90 % [2, с. 8–12].

Важной задачей средних специальных учебных заведений, ориентированных на подготовку конкурентоспособных специалистов, является формирование здоровьесберегающей образовательной среды как совокупности материальных и социальных условий и факторов, содержания, форм и методов функционирования учебного заведения, направленных на физическое, духовное и нравственное развитие личности обучающихся [3, с. 21].

Реализация медико-гигиенических здоровьесберегающих технологий заключается в обеспечении надлежащих гигиенических условий в соответствии с требованиями Сан-ПиН. Физкультурно-оздоровительные, культурно-просветительные и экологические здоровьесберегающие технологии в УО «Мозырский государственный медицинский колледж» (УО «МГМК») представлены обширной группой мероприятий, и подход к реализации этих направлений можно назвать комплексным.

Цель

Определение полноты реализации и эффективности применения здоровьесберегающих технологий в УО «МГМК».

Материал и методы исследования

Работа проводилась в два этапа, включало анализ педагогической и медицинской научной литературы, анкетирование и наблюдение за учащимися колледжа, обучающихся по специальности «Сестринское дело».

1 этап — 2010/2011 учебный год. Основная группа (I) — 70 учащихся 1-го года обучения, группа сравнения (II) — 70 учащихся 3-го года обучения. Возраст от 17 до 22 лет. На 1 этапе изучалось отношение к собственному здоровью в зависимости от срока обучения в колледже.

2 этап — 2011/2012 учебный год. Основная группа (Ia) — 70 учащихся I группы, переведенных на 2 курс обучения. Возраст от 18 до 19 лет. На 2 этапе изучалось изменение в отношении к собственному здоровью в одной и той же группе учащихся за период обучения в медицинском колледже.

Результаты и обсуждение

Медико-гигиенические здоровьесберегающие технологии реализуются в колледже с достаточно высокой эффективностью. Основанием служит акт проверки колледжа и общежития учреждением «Мозырский зональный центр гигиены и эпидемиологии» и результаты опроса учащихся.

В общежитии проживало абсолютное большинство учащихся: 47 (67 %) человек из I группы и 53 (76 %) из II. В таблице 1 представлены данные сравнительной оценки гигиенических условий обучения и проживания в общежитии учащимися.

Таблица 1 — Сравнительная оценка гигиенических условий, n (%)

Категории	I этап	
	I (n = 70)	II (n = 70)
Удовлетворены условиями обучения	55 (78,6)	62 (88,6)
Удовлетворены условиями проживания	51 (72,9)	45 (64,0)
Удовлетворены условиями приготовления пищи в общежитии	70 (100,0)	58 (82,9)*
Регулярно питаются в столовой колледжа	9 (12,9)	7 (10,0)
Одобрят запрет курения на территории колледжа и общежития	56 (80,0)	68 (97,1)*

* $p < 0,05$

В результате проведенного анализа установлено, что значимое большинство учащихся ($p < 0,05$) считают условия обучения и проживания в общежитии комфортными. Однако регулярно питаются в столовой значимое меньшинство — до 12,9 % ($p < 0,05$). Для уточнения возможных причин на 2 этапе исследования учащимся были предложены до-

полнительные вопросы: 80 % из них удовлетворены ассортиментом блюд; 91 % устраивает режим работы столовой; 16 % удовлетворены стоимостью обедов.

При сравнении ответов учащихся I группы в динамике времени установлено, что число регулярно питающихся в столовой колледжа ко 2 году обучения уменьшилось не значимо и составило 10 % ($p > 0,05$).

Ко 2-му курсу отмечено увеличение количества лиц, одобряющих запрет на курение на территории медицинского колледжа до 61 (87,1 %) ($p > 0,05$), а к 3 курсу — до 97,1 %, ($p < 0,05$).

Эффективность физкультурно-оздоровительных, культурно-просветительных и экологических здоровьесберегающих технологий, используемых в УО «МГМК», представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Сравнительная оценка эффективности здоровьесберегающих технологий, n (%)

Категории	1 этап		2 этап		
	I (n = 70)	II (n = 70)	I (n = 70)	Ia (n = 70)	
Имеют хронические заболевания	28 (40,0)	22 (31,4)	28 (40,0)	25 (35,7)	
Занятия физкультурой и спортом					
Охотно посещают уроки физкультуры	44 (62,9)	31 (44,3)*	44 (62,9)	46 (65,7)	
Посещают спортивные секции	10 (14,3)	13 (18,6)	10 (14,3)	7 (10,0)	
Делают утреннюю гимнастику	4 (5,7)	3 (4,3)	4 (5,7)	7 (10,0)	
Совершают пешие прогулки	50 (71,4)	58 (82,9)	50 (71,4)	45 (64,8)	
Занимаются закаливанием	20 (28,6)	16 (22,9)	20 (28,6)	12 (17,1)	
Питание					
Регулярно завтракают	47 (67,1)	56 (80,0) **	47 (67,1)	53 (75,7)	
Предпочитают горячий обед	64 (91,4)	56 (80,0) **	64 (91,4)	54 (77,1)*	
Питаются в основном всухомятку	33 (47,1)	44 (62,9)	33 (47,1)	44 (62,9)	
Ужинают не позднее 3 часов до сна	30 (42,9)	58 (82,8)*	30 (42,9)	35 (50,0)	
Вредные привычки					
Курят	23 (32,9)	17 (24,3)	23 (32,9)	12 (17,1)*	
Из них хотят бросить	11 (47,8)	15 (88,2)*	11 (47,8)	9 (75,0)	
Употребляют спиртные напитки	27 (38,6)	35 (50,0)	27 (38,6)	17 (24,3)**	
Досуг					
Наличие хобби	23 (32,9)	25 (35,7)	23 (32,9)	25 (35,7)	
Проводят за компьютером более 3 часов	30 (42,9)	17 (24,3)*	30 (42,9)	26 (37,1)	
Читают художественную литературу	35 (50,0)	35 (50,0)	35 (50,0)	35 (50,0)	
Посещают кружки по интересам	2 (2,9)	2 (2,9)	2 (2,9)	2 (2,9)	
Оценка образа жизни					
Важность оставаться здоровым	70 (100,0)	70 (100,0)	70 (100,0)	69 (98,6)	
Хотят улучшить здоровье	48 (68,6)	62 (88,6)*	48 (68,6)	51 (72,9)	
Важность коррекции образа жизни	32 (45,7)	46 (65,7)*	32 (45,7)	45 (64,8)*	
Занимаются укреплением здоровья	55 (78,6)	55 (78,6)	55 (78,6)	55 (78,6)	
Источник информации	медицинский работник	42 (60,0)	30 (42,9)	42 (60,0)	46 (65,7)
	преподаватель	16 (22,9)	16 (22,9)	16 (22,9)	16 (22,9)

* $P < 0,05$; ** $p < 0,1$

Отмечается некоторое снижение числа учащихся, имеющих хронические заболевания к 3 курсу до 31,4 % в сравнении с 40 % на 1 курсе обучения, что свидетельствует об эффективности применения здоровьесберегающих технологий в УО «МГМК».

Однако на 3 курсе значимо снижается количество учащихся, охотно посещающих уроки физкультуры с 62,9 до 44,3 % ($p < 0,05$), с одновременным увеличением посещения спортивных секций и совершающих пешие прогулки. Значимое количество учащихся не делает утреннюю гимнастику и не занимается закаливанием.

Ко 2-му курсу возрастает количество регулярно завтракающих — с 67,1 до 75,7 % ($p > 0,05$). К 3 курсу тенденция к увеличению регулярно завтракающих учащихся сохраняется ($p < 0,1$), однако отмечается тенденция к снижению употребления горячих обедов (с 91,4 до 80 %) и значимое увеличение питающихся сухомятку (с 47,1 до 62,9 %, $p < 0,05$). Установлено, что к 3 курсу значимое количество учащихся ужинает не позднее, чем за 3 ч до сна (82,8 %, $p < 0,05$).

Отмечается снижение числа курящих как в группе сравнения ($p > 0,05$), так и внутри основной группы ($p < 0,05$) и увеличение количества желающих бросить курить: во II группе $p < 0,05$, в Ia — $p > 0,05$.

В группе сравнения наблюдается увеличение числа лиц, употребляющих время от времени алкоголь (до 50 %). Однако среди учащихся Ia группы отмечена тенденция к снижению употребления алкоголя (с 38,6 до 24,3 %, $p < 0,1$). Количество употребляющих алкоголь раз в неделю и чаще остается неизменным (5 % во II и в Ia группах).

Около 35 % учащихся обеих групп имеют хобби, 50 % читают художественную литературу, около 3,0 % посещают кружки по интересам. Установлено, что у лиц, проводящих за компьютером более 3 ч в сутки, значимо снижается к концу обучения в колледже (24,3 %, $p < 0,05$).

Абсолютное большинство учащихся всех групп (98–100 %) осознают важность сохранения здоровья для достижения поставленных жизненных целей. Во II группе отмечается значимое увеличение тех, которые хотели бы улучшить здоровье: 88,6 % в сравнении с 68,6 % ($p < 0,05$) в I группе; в Ia группе отмечено увеличение до 72,9 % ($p > 0,05$). Значимое большинство представителей II и Ia групп (65,7 и 64,8 % соответственно, $p < 0,05$) реализовывают эту цель за счет коррекции образа жизни. Абсолютное большинство учащихся — 78,6 % ($p < 0,05$) всех групп предпринимают меры для укрепления собственного здоровья.

В первые 2 года обучения в колледже предпочитаемым источником информации о сохранении и укреплении здоровья в 60–65,7 % случаев является медицинский работник. К 3-му курсу обучения этот процент снижается не значимо — до 42,9 % ($p > 0,05$).

В результате анализа установлено, что учащиеся УО «МГМК» имеют стойкую мотивацию к сохранению собственного здоровья, что говорит об эффективной реализации здоровьесберегающих технологии рассмотренных направлений.

Выводы

1. Учитывая наличие хронических заболеваний ($p < 0,05$), желание сохранить собственное здоровье (до 88,6 % к 3-му курсу, $p < 0,05$), применение здоровьесберегающих технологий в учреждениях образования является актуальным.

2. Необходима популяризация спортивных занятий и разъяснительные беседы о важности составляющей здоровья — активного образа жизни и рационального питания.

3. Несмотря на снижение количества курящих учащихся ($p < 0,05$) и на увеличение числа желающих бросить курить ($p < 0,05$), количество курящих остается достаточно высоким. Значимое большинство (97,1 %, $p < 0,05$) одобряет запрет курения на территории колледжа, что подтверждает важность проводимой работы.

4. Информацию о здоровом образе жизни в 60–65,7 % предпочитают получать от медицинских работников.

5. Установлена необходимость продолжения работы в направлении личной заинтересованности каждого учащегося в сохранении собственного здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Митяева, А. С. Здоровьесберегающие педагогические технологии / А.С. Митяева // *Academia*. — 2010. — С. 12.
2. Антипова, С. И. Анализ заболеваемости и смертности подростков Республики Беларусь в 2005–2009 годах / С. И. Антипова, И. И. Савина // *Вопросы информатизации и организации здравоохранения*. — 2010. — № 4. — С. 8–12.
3. Вайнер, Э. Н. Формирование здоровьесберегающей среды в системе образования / Э. Н. Вайнер // *Валеология*. — 2004. — № 1. — С. 21.

УДК 616.1-07.036.88

**АЛГОРИТМ СКРИНИНГА И МОНИТОРИРОВАНИЯ БСК
СРЕДИ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА
КАК ПУТЬ СНИЖЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ***Лопатина А. Л., Шаршакова Т. М.***Учреждение****«Гомельский областной клинический кардиологический диспансер»****Учреждение образования****«Гомельский государственный медицинский университет»****г. Гомель, Республика Беларусь**

В условиях социально-экономических реформ, обостривших влияние многих социально-гигиенических факторов на здоровье населения, требуются как исследования факторов риска заболеваемости населения БСК, так и поиск новых путей совершенствования организации медицинской помощи и профилактики данной патологии с целью снижения преждевременной смертности.

Материалы и методы

Изучены формы первичной медицинской документации: медицинские карты амбулаторных больных (учетная форма 025/у), медицинские карты стационарных больных (учетная форма 003/у), умерших от БСК, врачебные свидетельства о смерти (форма 106/у), сводные отчеты из ЗАГСов, использованы материалы Национального статистического комитета Республики Беларусь. С целью детального изучения смертности трудоспособного населения разработана и внедрена в 2007 г. «Карта учета смерти от БСК в трудоспособном возрасте», на основании которой разработано и внедрено программное обеспечение «Учет случаев смерти от БСК», предназначенное для сбора, анализа и изучения информации о смертности от БСК населения трудоспособного возраста.

Проанализировано 212 амбулаторных карт умерших от ССЗ за период 2008–2009 гг. Выборка сделана с учетом полноты клинико-инструментального обследования.

Результаты исследования. Нами оценен прижизненный риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, в течение 10 лет среди умерших в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения. По шкале SCORE низкому риску соответствует вероятность смерти в течение ближайших 10 лет < 5 %, среднему риску — 5–9 %, высокому риску — 10–14 % и очень высокому > 15 %.

Установлено, что низкий риск (< 5 %) имели 37,8 %, средний (5–9 %) — 45,3 %, высокий (10–14 %) — 15,1 %, очень (> 15 %) — 1,9 %.

Отмечены статистически значимые изменения в структуре смертности по профессиональному признаку в 2009 г. по сравнению с 2007 г.: увеличение доли промышленных рабочих и уменьшение доли временно не занятых работой ($\chi^2 = 80,93$; $p < 0,001$).

Показатели смертности от БСК промышленных и сельскохозяйственных рабочих значительно превышают показатели смертности от БСК трудоспособного населения. Так, показатели смертности от БСК промышленных рабочих трудоспособного возраста (с достоверностью до 95 %) превышали показатели смертности от БСК трудоспособного населения в 2007 г. от 1,2 до 1,6, в 2008 г. — от 1,5 до 2,0, а показатели смертности от БСК сельскохозяйственных рабочих трудоспособного возраста в 2007 г. — от 1,3 до 1,9, в 2008 г. — от 1,1 до 1,7 соответственно. Смертность мужчин трудоспособного возраста от БСК, являвшихся промышленными рабочими, в 2007 г. — от 1,2 до 1,6, в 2008 г. — от 1,5 до 2,0 превышала смертность мужчин трудоспособного возраста от БСК. Смертность мужчин трудоспособного возраста от БСК, являвшихся сельскохозяйственными рабочими, в 2007 г. — от 1,1 до 1,7, в 2008 г. — от 1,0 до 1,6 соответственно.

Нами выделены группы высокого прижизненного риска развития ССЗ и их фатальных осложнений:

- 1 — по половому признаку: мужчины;
- 2 — по возрасту: лица с 30 до 60 лет;
- 3 — по профессиональному признаку: рабочие промышленных предприятий; рабочие сельскохозяйственного производства; временно не занятые работой;
- 4 — по уровню образования: не имеющие высшего образования;
- 5 — по брачному статусу: не состоящие в браке.

Учитывая вышеперечисленные признаки, мы сформировали целевые группы высокого кардиоваскулярного риска для проведения скрининга ССЗ.

Проведение скрининга ССЗ в указанных группах определит успешность диспансеризации.

Проведение скрининга БСК следует приурочить к проведению предварительных и периодических медицинских осмотров.

С учетом существующих подходов к диагностике и лечению болезней системы кровообращения нами разработан алгоритм скрининга и мониторинга болезней системы кровообращения среди выделенных целевых групп.

Для проведения скрининга БСК мы предлагаем следующую этапность.

Первый этап. Клинический осмотр пациента, заполнение карты регистрации факторов риска, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Клинический осмотр включает:

- осмотр врачом-терапевтом с заполнением карты регистрации факторов риска ССЗ;
- запись ЭКГ в покое;
- осмотр окулиста;
- биохимический анализ крови с определением концентрации глюкозы, показателей липидного спектра (для определения биохимических показателей пунктировать локтевую вену натощак после 16 ч. голодания);
- наличие ГБ (стаж ГБ выяснять из данных анамнеза и уточнять по медицинской документации);
- определение ИМТ (за избыточную массу тела принимать значения ИМТ для мужчин ≥ 29 кг/м², для женщин ≥ 30 кг/м²);
- физическая активность (определяется соответственно по самооценкам больных);
- статус курения, наличие отягощенной наследственности и сахарного диабета (выяснить по данным анамнеза и по медицинской документации);
- уровень психологического напряжения оценивать с использованием шкалы психологического стресса Ридера (повышение психоэмоционального напряжения регистрировать при среднем балле по опроснику менее 3 для мужчин и менее 2,8 — для женщин);

На 2-м этапе лица, имеющие 3 и более факторов риска ССЗ, должны быть осмотрены кардиологом для подтверждения выявленных нарушений и направлены на дообследование.

Дообследование включает:

- УЗИ сердца и периферических сосудов;
- велоэргометрию;
- холтеровское мониторирование артериального давления (АД) и ЭКГ;
- наблюдение за уровнем АД;
- определение индекса коронарного кальция по методу А. Agatston.

По результатам двух этапов скрининга лица с впервые выявленными ССЗ поступают на диспансерный учет.

Третий этап скрининга предусматривает осуществление диспансерного наблюдения за выявленными больными и лицами из группы риска ССЗ (дислипидемии, ожирение с проявлениями метаболического синдрома) с назначением высокоэффективных современных лекарственных средств.

Проведение скрининга и мониторинга БСК среди выявленных целевых групп высокого риска позволяет снизить преждевременную смертность.

Выводы

1. Полученные в результате ретроспективного анализа данные об уровне 10-летнего прижизненного риска ССЗ среди умерших позволяют сделать вывод о необходимости

учета социального статуса (уровень образования, профессия, брачный статус), а также наличия злоупотребления алкоголем как фактора риска при оценке риска смерти от ССЗ.

2. Разработанный алгоритм скрининга и мониторингования БСК для целевых групп высокого кардиоваскулярного риска позволяет повысить эффективность диспансеризации с целью снижения преждевременной смертности.

УДК 616.1-036.886:33 (476.2)

**ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА
В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ
СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Лопатина А. Л., Шаршакова Т. М., Шаршаков Ю. В.

Учреждение

«Гомельский областной клинический кардиологический диспансер»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Потери от преждевременной смертности населения относятся к числу наиболее существенных и имеют помимо гуманитарного и чисто экономического аспект. Информация об экономическом ущербе в связи с потерями от преждевременной смертности населения может быть использована для расчетов инвестиций в здравоохранение, для планирования мероприятий, направленных на повышение уровня общественного здоровья, а также при формировании целевых региональных программ, имеющих цель воздействовать на наиболее важные и управляемые факторы, определяющие уровень смертности населения, в том числе от конкретных причин смерти на территориальном уровне.

Самым распространенным методом определения экономической цены человеческой жизни является метод, основанный на подсчете стоимости товаров и услуг (ВВП), которые могли бы быть произведены при сохранении жизни людей в трудоспособном периоде. Тот дополнительный продукт, который общество получает благодаря участию в общественном производстве лиц, жизнь и здоровье которых были сохранены благодаря развитию и совершенствованию здравоохранения, полностью и с лихвой окупает все затраты, связанные с развитием инфраструктуры здравоохранения и текущими расходами на проведение соответствующих мероприятий.

Показатель цены человеческой жизни может интерпретироваться и как экономический ущерб, наносимый обществу вследствие не проведения соответствующих мероприятий, которые призваны были бы предотвратить преждевременную смерть.

В настоящем исследовании определяется экономический ущерб от преждевременной смертности населения Гомельской области, в том числе от болезней системы кровообращения (БСК) и оценивается прогнозируемый экономический эффект по снижению смертности населения в ходе формирования и реализации целевых территориальных программ.

Для расчета экономического ущерба от преждевременной смертности от всех заболеваний, а также от болезней системы кровообращения нами было рассчитано среднее число потерянных рабочих лет в результате одного случая смерти для каждой из возрастных групп.

В основу расчета этого показателя был положен возраст выбытия из трудовой деятельности, установленный Правительством Республики Беларусь, который составляет 60 лет для мужчин и 55 лет для женщин.

Таким образом, ущерб от преждевременной смертности от всех болезней трудоспособного населения в 2008 г. составил 1,4 трл. руб., а в 2009 г. — 1,6 трл. руб. Ущерб от преждевременной смертности от болезней системы кровообращения людей трудоспособ-

ного возраста Гомельской области в 2008 г. составил 305,1 млрд. руб., в 2009 г. — 347,5 млрд. руб. Стоимость недопроизведенной продукции на один случай смерти в 2008 г. составила 19,7 млн. руб., в 2009 г. — 22,6 млн. руб. Ее рост связан с увеличением заработной платы в 2009 г. на 14,5%.

Вклад экономического ущерба, принесенного преждевременной смертностью от болезни системы кровообращения, в экономический ущерб, обусловленный преждевременной смертностью от всех причин в 2008 г. составил 21,9 %, в 2009 г. — 21,8 %.

Экономический эффект от снижения преждевременной смертности от болезней системы кровообращения в 2009 г. на 0,82 % составил 1,9 млрд. руб. (расчеты сделаны по уровню заработной платы в 2008 г.).

Таким образом, ожидаемый экономический эффект в Гомельской области при достижении целевого снижения смертности от болезней системы кровообращения на 5 процентов в 2010 г. составил бы 17,4 млрд. руб.

УДК 331.582.2

СОЗДАНИЕ МОДЕЛИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ИНТЕГРАЦИИ ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ ПРИ ОБУЧЕНИИ В ВУЗЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Мажар Н. Е., Маринич В. В.

Учреждение образования
«Смоленский гуманитарный университет»,
г. Смоленск, Российская Федерация
Учреждение образования
«Полесский государственный университет»,
г. Пинск, Республика Беларусь

Для современного общества проблема оказания помощи лицам с ограниченными возможностями принадлежит к числу наиболее важных и актуальных, так как рост численности инвалидов выступает в качестве устойчивой тенденции нашего социального развития, и пока нет данных, свидетельствующих о стабилизации положения или об изменении этой тенденции.

Кроме того, общая негативная характеристика процессов воспроизводства населения, демографические процессы, снижение рождаемости предъявляют высокие требования к социальным и трудовым ресурсам. Инвалиды являются не только гражданами, нуждающимися в особой социальной помощи, но также возможным значительным резервом развития общества.

Интенсивное развитие техники, транспортных технологий и урбанистических процессов, не сопровождающееся гуманизацией технических воздействий, приводит к росту техногенного травматизма, что также ведет к росту инвалидности.

Считается, что в первом десятилетии XXI в. люди с ограниченными возможностями здоровья будут составлять не менее 10 % всей рабочей силы в промышленно развитых странах, причем не только на примитивных ручных операциях, но и сложных производственных процессах. Поэтому основными задачами любого государства должны стать:

- максимальная реализация индивидуального реабилитационного потенциала всех лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- создание возможности для инвалидов участвовать в социальной жизни общества;
- создание условий профессиональной подготовки и переподготовки людей с ограниченными возможностями здоровья для обеспечения себя и своей семьи материально;
- создание условий для самоактуализации и самореализации человека с ограниченными возможностями здоровья.

Постепенно происходит переход от существовавшей долгие годы медицинской модели реабилитации к социальной. Сущность медицинской модели заключается в том, что

если человек чего-то лишен и находится в невыгодном положении, то для него такая ситуация трагическая, и человек должен приспособиться к обществу. А если человек не такой как все, то он должен подвергнуться процессу реабилитации для того, чтобы соответствовать социальным представлениям о «норме».

Реабилитации инвалидов с позиции социальной модели заключается не только в восстановлении трудоспособности человека, но и в восстановлении всех социальных способностей и связей человека с ограниченными возможностями здоровья.

Ограниченные возможности здоровья (ОВЗ) — это правовая проблема, требующая знания и анализа основных законодательных актов, закрепляющих равенство прав здоровых людей и людей с ограниченными возможностями:

- человек с ОВЗ не создает проблем и трудностей, их порождает его инвалидность;
- инвалидность — это не столько медицинская проблема, сколько проблема неравных возможностей;
- не может быть готового решения, чудодейственного средства для излечения пациента с ограниченными возможностями здоровья. Поэтому необходимо использовать все возможности, которыми располагает общество;
- новые технологии и методы лечения и реабилитации не могут заменить признания, достоинства и тем более самоуважения, которое дается сознанием собственной полезности.

Человек с ограниченными возможностями здоровья имеет право:

- на самоопределение;
- на независимую жизнь;
- на включение его во все аспекты жизни общества;
- на свободу выбора.

Помочь ему реализовать это право призвана система реабилитационных мероприятий. Реабилитация включает комплекс социально-экономических, медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных и других мер, целью которых является наиболее полное и скорейшее восстановление утраченных человеком тех или иных функций, личного и социального статуса. Реабилитация представляет собой комплексную систему мероприятий:

- медицинских;
- психологических;
- социально-экономических;
- социокультурных;
- педагогических и др.

Эффективный результат реабилитации может быть получен только при использовании комплексного подхода к ее проведению, включающего:

- диагностику;
- восстановительное лечение;
- медико-социальную и психолого-педагогическую реабилитацию;
- взаимосвязь и согласованность действий медиков, психологов, педагогов, социальных работников.

Комплексная программа реабилитации разрабатывается на основании:

- диагноза (заболевания, состояния) пациента;
- данных о реабилитационном потенциале.

Реабилитационный потенциал — совокупность имеющихся психофизиологических, физических, психологических способностей и задатков, позволяющих при создании определенных условий в той или иной степени компенсировать или восстановить нарушенные сферы жизнедеятельности.

Социальная реабилитацию признается в настоящее время неотъемлемым правом инвалида и обязанностью общества перед инвалидом

Цель социальной реабилитации — содействие в улучшении качества жизни пациента, приспособление, адаптация человека к социальной реальности, защита и представление его интересов в различных кругах.

Согласно «социальной модели» или «модели взаимодействия» ограниченные возможности здоровья не рассматриваются как часть человека или его вина. В «социальной модели» главное — человек с его ближайшим социальным окружением.

Критерием независимости «социальной модели» является не степень дееспособности и самостоятельности человека с ОВЗ в условиях отсутствия помощи, а **качество его жизни в условиях предоставляемой помощи**. При этой модели пациент с ограниченными возможностями здоровья становится в позицию активного и креативного субъекта. Для реализации этой позиции необходимы условия:

- наличие возможностей;
- учет имеющихся ресурсов;
- информирование об имеющихся возможностях с помощью доступных средств;
- достаточное время для получения информации, анализа вариантов консультаций и принятия решения.

Поэтому государство должно активно поддерживать включение инвалидов в свободный рынок труда. Такая активная поддержка может осуществляться с помощью различных мероприятий:

- профессиональная подготовка и переподготовка лиц с ограниченными возможностями здоровья к участию в трудовой деятельности на благо общества;
- резервируемое или целевое трудоустройство,
- предоставление ссуд или субсидий мелким предприятиям,
- заключение специальных контрактов и предоставление преимущественных прав на производство,
- налоговые льготы,
- гарантия соблюдения контрактов или оказания других видов технической или финансовой помощи предприятиям, нанимающим рабочих-инвалидов.

Следовательно, для решения проблемы социализации и интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья в общество необходимо, прежде всего, обеспечить их профессиональную подготовку, дать возможность им для самореализации и самоактуализации.

Наличие высшего образования значительно повышает конкурентоспособность на рынке труда, делает более высокими шансы человека с ограниченными возможностями здоровья на выгодное трудоустройство.

Это позволяет создать условия для человека с ограниченными возможностями здоровья быть не просто потребителем общественных благ и иждивенцем, но и приносить пользу обществу, повышая его и свое экономическое благосостояние.

В рамках специальности «психология» в СГУ реализуется специализация «клиническая психология» с акцентом на психологические особенности лиц с нарушением зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, интеллектуального развития. Это позволяет более глубоко осознать проблемы лиц с данной патологией и использовать психокоррекционные и психореабилитационные мероприятия в процессе их обучения.

Наличие в вузе специальности «дизайн» даст возможность не только творческой самореализации человека с ограниченными возможностями здоровья, но и создаст предпосылки после получения высшего образования быть востребованным на рынке труда.

Специальности факультета компьютерных технологий позволят интегрировать лиц с ограниченными возможностями здоровья в современное информационное пространство, повысят самоактуализацию, помогут приобрести наиболее востребованные в современном обществе профессии.

При помощи последовательной системы мер в процессе обучения в высшем учебном заведении может быть достигнуто не только уменьшение воздействия инвалидизирующих факторов на человека с ограниченными возможностями здоровья, но и создание условий для достижения его социальной интеграции, адаптации к жизни в обществе, самоактуализации, самореализации. Следовательно, профессиональная подготовка в высшем учебном заведении позволит сделать жизнь индивида счастливой, полной, самодостаточной. А

возможность выбрать специальность, обеспечить материальными средствами себя, построить свою семейную жизнь делает человека с ограниченными возможностями здоровья не просто инвалидом, иждивенцем, а полноправным членом общества, человеком, который находит удовлетворение в своей жизнедеятельности.

УДК 616.1-037:611.018.74

**ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК НОВЫЙ ФАКТОР РИСКА
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И ЕГО СВЯЗЬ
С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА**

Максимович Н. Е., Лелевич А. В., Максимович Е. Н., Кощев Ю. А.

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему являются актуальной проблемой здравоохранения, продолжая оставаться одной из лидирующих причин заболеваемости, инвалидности и смертности.

В свою очередь, среди сердечно-сосудистой патологии особая роль принадлежит артериальной гипертензии как одной из наиболее частых причин тяжелых сердечно-сосудистых катастроф: инфаркта миокарда, инсульта [1]. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из основных факторов риска атеросклероза и одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы среди взрослых (достигая 20–40 % в популяции). Около 30 % взрослых американцев не подозревают, что у них есть артериальная гипертензия, а более 40 % индивидуумов с гипертонией не обращаются за лечением.

Недавними исследованиями было показано, что повышенное АД является одним из самых существенных факторов, определяющих смертность населения трудоспособного возраста. Вследствие этого, АГ считают одним из ключевых факторов риска кардиоваскулярной патологии атерогенного генеза [2].

Проблема АГ в нашей стране привлекает пристальное внимание терапевтов и кардиологов. Это обусловлено тем, что первичная АГ существенно «помолодела», она не является редкостью у подростков и особенно у молодых людей старше 18 лет [3, 4]. Распространенность первичной АГ среди подростков России достигает 18 %, а у 17–26 % приобретает прогрессирующее течение. Доказано, что повышенное АД в юношеском возрасте является прогностическим фактором развития АГ и другой кардиоваскулярной патологии атерогенного генеза. Исследование аутопсий тканей, выполненных у подростков и молодых взрослых погибших от травм позволило установить значимую связь между уровнем АД и присутствием у них атеросклеротических повреждений в аорте и венечных артериях. Благодаря усилиям многих ученых, исследования, направленные на поиск методов диагностики патогенного влияния повышенного АД и других факторов риска (ФР) на артериальные сосуды в детском и юношеском возрасте, завершились разработкой ряда диагностических неинвазивных методов. Разработанные методы дают возможность обнаружить «атеросклероз» на доклиническом этапе (или, по крайней мере, на стадии ранних изменений в структуре и (или) функции артериальных сосудов) [5]. В частности, установлено, что артериальный эндотелий играет ключевую роль в атерогенезе. В связи с этим, успешно завершилась разработка клинических методов исследования функции эндотелия. В настоящее время сосудодвигательную функцию эндотелия можно оценить путем исследования степени опосредованной оксидом азота и зависимой от эндотелия вазодилатации в ответ на действие напряжения сдвига на эндотелий при выполнении теста с реактивной гиперемией [5].

Цель

Установление связи между дисфункцией эндотелия и повышением АД у студентов медицинского университета, а также выяснение ее связи с основными ФР атеросклероза.

Материалы и методы исследований

Исследования выполнены у 77 студентов 3 курса Гродненского государственного медицинского университета в возрасте от 19 до 25 лет, имеющих АД сист. 130 мм рт. ст. и выше.

Оценку уровня отягощенности ФР атеросклероза осуществляли объективными методами (определение уровня АД) и путем тщательного сбора анамнеза жизни по общепринятой методике и анкетирования. В качестве основных факторов риска ДЭ анализировали наличие наследственной отягощенности по сердечно-сосудистой патологии атерогенного генеза у кровных родственников 3-х поколений, наличие пассивного и (или) активного курения, гиподинамии, атерогенного питания и воздействия стресса.

Оценку функционального состояния эндотелия сосудов осуществляли путем выполнения теста с реактивной гиперемией на фоне исследования пульсового кровотока (ПК) предплечья, а также его максимального прироста ($\Delta\text{ПК}_{\text{макс}}$) [3, 6, 14] на реоанализаторе (5А-05, Украина). Увеличение $\Delta\text{ПК}_{\text{макс}}$ менее, чем на 10 % трактовали как снижение NO-синтазной активности эндотелия.

Полученные результаты обработаны с помощью стандартной лицензионной программы «Statistica», 6,0 методами параметрической и непараметрической статистики с использованием критерия Манна-Уитни и корреляционного анализа по Спирману при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение

Из обследованных путем анкетирования студентов 1-й группы 51 человек знал о своем повышенном АД, у 26 студентов повышенное АД (от 130 до 180 мм рт. ст.) обнаружено при обследовании.

Систолическое АД 130 мм рт. ст. зарегистрировано у 24 обследованных студентов, 140 мм рт. ст. — у 4, 150 мм рт. ст. — у 5, 160 мм рт. ст. — у 2, 170 мм рт. ст. — у 3 и 180 мм рт. ст. — у 1 студента. В итоге у 77 человек АД было 130 мм рт. ст. и более.

Повышение АД отмечено у 79 % обследованных мужчин и у 21 % — обследованных девушек, что согласуется с данными литературных источников о защитном влиянии женских половых гормонов на эндотелий, повреждение которого играет роль в повышении сосудистого тонуса, как патогенетического фактора артериальной гипертензии.

Артериальное давление выше 130 мм рт. ст. отмечалось у 74 % лиц с отягощенной наследственностью. Гиподинамией страдают 60 % студентов, курят 38 %, частые стрессы отмечали 28 % опрошенных, 22 % имели повышенную массу тела.

У 54 студентов с повышенным АД реографическим методом выполнен тест с реактивной гиперемией. При этом у 62% человек отмечено снижение $\Delta\text{ПК}_{\text{макс}}$ ниже 10 %, что свидетельствует о дисфункции эндотелия.

В свою очередь, у 70 % студентов с ДЭ отмечена связь с курением, у 92 % — отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, у 82 % - гиподинамия, у 40,2 % — наличие частого стресса, у 46 % — отмечался повышенный индекс Кетле, у 40 % — атерогенный тип питания. В значительном количестве случаев у студентов отмечалось наличие 2 (35 %), 3 — (26 %), а в 14 % случаев — 4 исследуемых факторов риска.

Установлено, что в юношеском возрасте регистрируются все основные ФР атеросклероза, такие, как отягощенная по атерогенным заболеваниям наследственность, избыточная масса тела, атерогенный тип питания, сниженная физическая активность, подверженность воздействию стресса, курение и артериальная гипертензия.

Доказано, что наиболее часто нарушения NO-синтазной активности эндотелия выявлены у студентов с воздействием на их организм атерогенных факторов риска: курения, гиподинамии, повышенной массы тела. Сочетание факторов риска увеличивает риск развития дисфункции эндотелия. Выявление у студентов ДЭ указывает на необходимость элиминации управляемых факторов риска (гиподинамия, ожирение, стресс, атерогенное питание, курение и др.), которые способствуют ее развитию, особенно при высоком уровне отягощенности факторами риска. Профилактика и устранение повышенного АД будет, на наш взгляд, более эффективной, если наряду с элиминацией факторов риска будет осуществляться фармакологическая коррекция дисфункции эндотелия, которая выступает новым фактором риска артериальной гипертензии.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сидоренко, Г. И. Инструментальные методы исследования в кардиологии: руководство / Г. И. Сидоренко. — Минск, 1994. — 272 с.
2. Денисова, Д. В. Классические факторы риска ИБС у подростков Новосибирска: распространенность и многолетние тренды / Д. В. Денисова, Л. Г. Завьялова // Бюллетень СО РАМН. — 2006. — № 4 (122). — С. 23–34.
3. Коровина, Н. А. Первичная артериальная гипертензия в практике педиатра / Н. А. Коровина, О. А. Кузнецова, Т. М. Творогова // Русский медицинский журнал. — 2007. — № 1. — С. 1–9.
4. Van Horn, L. Prevention of coronary artery disease is a pediatric problem / L. Van Horn, P. Greenland // JAMA. — 1997. — Vol. 278. — P.1779–1780.
5. Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis / D. S. Celermajer [et al.] // Lancet. — 1992. — Vol. 340. — P. 1111–1115.

УДК 612.821:613.81/.84-037-053.81

**ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ
АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ***Мамчиц Л. П., Карташева Н. В., Климович С. В.*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

На современном этапе проблема аддиктивного поведения молодежи признается как национальная проблема. Среди молодежи поведение в значительной мере определяется характерными для этого периода реакциями эмансипации, группирования, увлечениями (хобби) и формирующимся сексуальным влечением. Аддиктивное поведение — стремление к уходу от реальности, изменение своего психического состояния посредством приема некоторых веществ, постоянная фиксация внимания на определенных предметах или видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций. Процесс принимает такие размеры, что начинает управлять жизнью человека, делает его беспомощным, лишает воли. Человек, погружаясь в аддиктивную деятельность, испытывает удовольствие. Аддиктивное поведение становится подкреплением положительной эмоциональной реакции, от эйфорических состояний до снятия напряжения. Основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является изменение психического состояния [1, с. 123].

Сегодня **аддиктология** занимается изучением таких зависимостей, как: наркотическая (включая токсикоманию), алкогольная, табачная, теперь уже привычные компьютерные, игровые, трудовые, пищевые, любовные и сексуальные, от людей, предметов, событий и многие другие. Характерной чертой всех аддикций (как химических, так и поведенческих) является то, что любая форма аддикции легко переходит в другую форму. При этом химическая аддикция может перейти в поведенческую. Возможен и обратный вариант [2, с. 39]. Приобщение молодежи к одному виду девиантного поведения повышает вероятность его вовлеченности и в другие. Поэтому необходимо выявлять лиц, склонных к сочетанию различных форм аддиктивного поведения для профилактики формирования зависимостей [3, с. 61].

Цель

Изучение психофизиологических предпосылок формирования аддиктивного поведения у молодежи.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования были студенты первых курсов Гомельского государственного медицинского колледжа и Гомельского государственного медицинского университета. Проведено анкетирование по специально разработанной анкете 146 человек в возрасте 16–23 лет (15,8 % от числа опрошенных составили юноши и 84,2 % — девушки). Оценивалось психоэмоциональное состояние студентов на употребление алкоголя и обильной пищи, на покупку различных вещей, а также на развлечение молодежи через компьютерные игры. Изменения психоэмоционального состояния определяли по 3-м критериям: «ухудшение», «улучшение», «без изменений». Оценка проводилась по балльной шкале последовательно в два этапа. На

первом этапе по каждому вопросу за ответ присваивался 1 балл. Для оценки степени выраженности аддиктивного поведения использована интегральная балльная шкала. Результаты опроса оформлялись в виде таблиц в абсолютных и экстенсивных показателях. Обработка данных проводилась с использованием общепринятых статистических методов и компьютерных программ Microsoft® Office Excel 2010, «Statistica», 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Наиболее распространенной формой аддиктивного поведения у молодежи являлась склонность к употреблению алкоголя. Установлено, что 89,7 % респондентов употребляли алкоголь в разных количествах хотя бы один раз и 10,3 % опрошенных студентов не употребляли алкоголь ни разу. У 56 (42,1 %) отношение к алкоголю осталось безразличным, у 31 (23,3 %) после употребления алкоголя сформировалось позитивное к нему отношение и у 46 (34,6 %) — отрицательное. 80,2 % респондентов отмечали улучшение настроения после употребления алкоголя. У остальных настроение либо ухудшалось, либо оставалось без изменения (5,3 и 14,5 % соответственно) (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение респондентов по изменению настроения от разных форм аддиктивного поведения

Настроение	Ухудшается		Улучшается		Без изменения		Всего абс.
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
После употребления алкоголя	7	5,3	105	80,2	19	14,5	131
После приема обильной пищи	41	28,1	63	43,2	42	28,8	146
После покупки необходимых личных вещей	6	4,1	133	91,1	7	4,8	146
После покупки любой вещи	3	2,0	102	69,9	41	28,1	146
После развлечения через компьютерные игры	19	13,0	53	36,3	65	44,5	137

Аддикция к еде возникает тогда, когда еда используется в виде «заедания стресса», применяя которую человек уходит от объективной реальности. По результатам нашего опроса, улучшение настроения после приема обильной пищи испытывали 43,2 % опрошенных студентов.

Финансовая зависимость к расходу денег проявляется непреодолимым желанием совершать множество даже ненужных покупок. Результаты исследования показали, что большинство студентов испытывали улучшение настроения независимо от покупки необходимых личных вещей или покупки любой вещи (91,1 и 69,9 % соответственно). 62 % опрошенных потратили деньги на приобретение новых вещей для улучшения настроения, для 28 % шоппинг — способ убить время. По мнению большинства психологов, «шоппотерапия» в подавляющем большинстве случаев может быть полезной, так как приводит к улучшению настроения и не вызывает сожаления или чувства вины [3].

Одними из важных факторов формирования компьютерной зависимости являются свойства характера: повышенная обидчивость, ранимость, тревожность, склонность к депрессии, низкая самооценка, плохая стрессоустойчивость, неспособность разрешать конфликты, уход от проблем. Интернет-зависимость по своим проявлениям схожа с формами аддиктивного поведения. По данным различных исследований, интернет-зависимыми сегодня являются около 10 % пользователей [4]. По результатам нашего исследования, 36,3 % респондентов отмечали улучшение настроения после развлечения через компьютерные игры, а у 44,5 % оно оставалось без изменения. Группами риска по формированию различных форм аддиктивного поведения являются те студенты, у кого наблюдается улучшение психофизиологического статуса после развлечения через компьютерные игры, после употребления обильной пищи, алкоголя, покупки необходимых вещей. По нашим данным, у 16 студентов (11 %) имеется психоэмоциональная зависимость от большинства вышеуказанных возможных форм аддиктивного поведения.

Заключение

Целесообразно использовать разработанное нами анкетирование:

- для выявления групп риска по формированию аддиктивного поведения;
- в организациях здравоохранения при индивидуальной оценке поведенческих особенностей организма;
- для разработки и проведения медико-социальных профилактических мер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Девиантность подростков: теория, методология, эмпирическая реальность / Я. Гишинский [и др.] — СПб.: Медицинская пресса, 2001. — 200 с.
2. Короленко, Ц. П. Социодинамическая психиатрия / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. — М.: Академический проект, 2000. — С. 32–38.
3. Менделевич, В. Д. Психология девиантного поведения / В. Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс, 2001. — С. 56–64.
4. Кувшинов, Ю. А. Влияние компьютера и сотового телефона на физическое и психическое здоровье студентов / Ю. А. Кувшинов // Современные проблемы науки и образования. — 2011. — № 6.

УДК 616-056.3

**АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ КАК СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ:
РИСКИ И ПРОФИЛАКТИКА***Маринич В. В.***Учреждение образования
«Полесский государственный университет»,
г. Пинск, Республика Беларусь**

Актуальность проблемы. Проблема аллергического ринита (АР) в последние годы становится достаточно актуальной из-за его высокой распространенности среди детей и подростков. И хотя АР не относится к жизнеугрожающим состояниям, тяжелое его течение зачастую приводит к нарушению сна, снижению работоспособности, развитию усталости, недостатку концентрации внимания. Аллергический ринит существенно ухудшает качество жизни самих пациентов и членов их семей, нередко сопутствует бронхиальной астме (БА). Поэтому эпидемиология, диагностика и терапия АР у детей становится одной из важных проблем детской аллергологии и педиатрии в целом.

Эпидемиология аллергического ринита. Одним из нерешенных вопросов является истинная распространенность АР у детей и подростков. Данные официальной статистики не всегда отражают истинное положение дел и расходятся в несколько раз с результатами эпидемиологических исследований. По результатам отечественных эпидемиологических исследований распространенность АР у детей колеблется от 15 до 28,7 %, что свидетельствует о высоком уровне его гиподиагностики.

Собственные клинические исследования. На базе учебно-медицинского центра Полесского государственного университета проведено открытое несравнительное исследование эффективности и безопасности препарата «Кларисенс» (лоратадин, производитель компания «Фармстандарт») у пациентов с сезонным аллергическим ринитом. Первую группу составили 34 ребенка с сезонным персистирующим аллергическим ринитом в возрасте от 6 до 12 лет. Среди обследованных преобладали мальчики — 22 (64,7 %), девочек было 12 (35,3 %). У обследованных регистрировалась поливалентная (пыльцевая, эпидермальная, бытовая и пищевая) сенсibilизация в низкой и умеренной степени. Среди пыльцевых аллергенов наиболее значимыми были: пыльца березы (у 22 пациентов — 64,7 %), пыльца ольхи (у 20 пациентов — 58,8 %), пыльца злаковых трав (у 18 пациентов — 52,9 %), пыльца сорных трав (у 26 пациентов — 76,5 %). При этом смешанная пыльцевая сенсibilизация (к пыльце деревьев, сорных и злаковых трав) отмечалась у 18 (52,9 %) детей с сезонным аллергическим ринитом. В комплекс терапии у пациентов данной группы входили элиминационные мероприятия, направленные на снижение контакта с причинно-значимыми аллергенами. В качестве стартовой системной антигистаминной терапии для всех пациентов данной группы использовался препарат «Кларисенс» в дозе 5 мг в сутки внутрь при массе менее 30 кг и 10 мг в сутки при массе ребенка свыше 30 кг. Препарат назначался в течение 28 дней. Катамнез исследования составил 3 месяца. Результаты оценивались в баллах по шкале выраженности основных проявлений ринита и учитывались на 3, 7, 14, 21 и 28 сутки от начала приема кларисенса (таблица 1).

Таблица 1 — Выраженность симптомов аллергического ринита

Выделения из носа	
Постоянные (круглосуточно)	3 балла
Частые	2 балла
Периодические (редкие)	1 балл
Отсутствие	0 баллов
Заложенность носа	
Постоянная (круглосуточно)	3 балла
Частая	2 балла
Периодическая (редко)	1 балл
Отсутствие	0 баллов
Чихание	
Постоянное (приступообразное)	3 балла
Частое	2 балла
Периодическое (редкое)	1 балл
Отсутствие	0 баллов
Зуд в носу	
Постоянный	3 балла
Частый	2 балла
Периодический (редкий)	1 балл
Отсутствие	0 баллов
Сопутствующий конъюнктивит (глазные симптомы)	
Постоянные (круглосуточно)	3 балла
Частые	2 балла
Периодические (редкие)	1 балл
Отсутствие	0 баллов

На фоне применения кларисенса отмечается уменьшение интенсивности основных симптомов аллергического ринита — выделений из носа и заложенности носа у большинства обследованных к 7–14 дню применения препарата. К 14-м суткам использования кларисенса удалось полностью купировать такие симптомы как чихание, зуд в полости носа и проявления аллергического конъюнктивита. При наблюдении в катамнезе у всех обследованных пациентов не отмечалось случаев регресса клинических симптомов и обострений АР в данный сезон поллинозиса.

Таким образом, показано, что антагонист гистаминовых рецепторов второго поколения препарат «Кларисенс» оказал выраженное действие на основные симптомы аллергического ринита при его сезонном течении. Отмечалось быстрое (к 3–7 дню от начала приема) купирование проявлений заболевания, а нежелательные лекарственные реакции носили эпизодический и слабовыраженный характер.

Вторую группу составили 24 ребенка с круглогодичным персистирующим аллергическим ринитом в периоде обострения, возраст — от 6 до 12 лет. Среди обследованных также преобладали мальчики — 18 (75 %), девочек было 6 (25 %).

У обследованных регистрировалась поливалентная (пыльцевая, эпидермальная, бытовая и пищевая) сенсibilизация в низкой и умеренной степени. В комплекс терапии у пациентов данной группы входили: элиминационные мероприятия, направленные на снижение контакта с причинно-значимыми аллергенами, системная антигистаминная терапия (кларисенс в дозе 5 мг в сутки внутрь при массе менее 30 кг и 10 мг в сутки при массе ребенка свыше 30 кг. Препарат назначался в течение 3 месяцев. Катамнез исследования составил 6 месяцев); топические противовоспалительные препараты (интраназально кромогликат натрия в виде 2 % раствора 3 раза в сутки на протяжении 3 месяцев). Результаты оценивались в баллах по шкале выраженности основных проявлений ринита. В ходе исследования регистрировались нежелательные лекарственные реакции на прием кларисенса. Динамика симптомов аллергического ринита у пациентов второй группы на фоне терапии кларисенсом представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Динамика симптомов круглогодичного аллергического ринита

Баллы	Исходно	7 сутки	14 сутки	21 сутки	60 сутки	90 сутки
Пациенты, имеющие симптом выделений из носа (n = 24)						
0 баллов	—	—	—	12 (50 %)	20 (83,3 %)	20 (83,3 %)
1 балл	—	3 (12,5 %)	11 (45,8 %)	8 (33,3 %)	4 (16,7 %)	4 (16,7 %)
2 балла	4 (16,7 %)	6 (25 %)	5 (20,9 %)	4 (16,7 %)	—	—
3 балла	20 (83,3 %)	15 (62,5 %)	8 (33,3 %)	—	—	—
Пациенты, имеющие симптом заложенности носа (n = 24)						
0 баллов	—	—	4 (16,7 %)	16 (66,7 %)	20 (83,3 %)	20 (83,3 %)
1 балл	—	6 (25 %)	11 (45,8 %)	8 (33,3 %)	4 (16,7 %)	4 (16,7 %)
2 балла	6 (25 %)	6 (25 %)	5 (20,9 %)	—	—	—
3 балла	18 (75 %)	12 (50 %)	4 (16,7 %)	—	—	—
Пациенты, имеющие симптом чихания (n = 24)						
0 баллов	—	12 (50 %)	22 (91,7 %)	22 (91,7 %)	22 (91,7 %)	22 (91,7 %)
1 балл	6 (25 %)	6 (25 %)	2 (8,3 %)	2 (8,3 %)	2 (8,3 %)	2 (8,3 %)
2 балла	18 (75 %)	6 (25 %)	—	—	—	—
3 балла	—	—	—	—	—	—
Пациенты, имеющие симптом зуда в носу (n = 24)						
0 баллов	—	12 (50 %)	22 (91,7 %)	23 (95,8 %)	23 (95,8 %)	23 (95,8 %)
1 балл	6 (25 %)	12 (50 %)	2 (8,3 %)	1 (4,2 %)	1 (4,2 %)	1 (4,2 %)
2 балла	18 (75 %)	—	—	—	—	—
3 балла	—	—	—	—	—	—
Пациенты, имеющие глазные симптомы (n = 24)						
0 баллов	4 (16,6 %)	8 (33,3 %)	6 (25 %)	23 (95,8 %)	23 (95,8 %)	23 (95,8 %)
1 балл	4 (16,6 %)	12 (50 %)	18 (75 %)	1 (4,2 %)	1 (4,2 %)	1 (4,2 %)
2 балла	16 (66,8 %)	4 (16,7 %)	—	—	—	—
3 балла	—	—	—	—	—	—

Как видно из полученных в таблице 2 данных, кларисенс оказал выраженное противоаллергическое действие у пациентов с обострением круглогодичного аллергического ринита. Препарат вызвал значительное уменьшение интенсивности всех симптомов к 7–14 дню применения и полное прекращение выделений из носа и заложенности носовых ходов к 21 дню у большинства обследованных больных.

Как показали проведенные исследования, на фоне применения кларисенса отмечались единичные случаи нежелательных лекарственных реакций в виде сонливости и сухости слизистых оболочек. Однако количество пациентов, имеющих данные реакции, не превышало 10 %, а их выраженность носила периодический характер. В динамике наблюдения данной группы пациентов в течение 6 месяцев стабильная ремиссия аллергического ринита отмечалась у 75 % обследованных, и только у 25 % пациентов с персистирующей формой заболевания отмечались повторные обострения, протекающие в легкой форме.

Таким образом, антагонисты H₁-гистаминовых рецепторов второго поколения, к которым относится кларисенс, оказал выраженное действие на основные симптомы круглогодичного аллергического ринита. Отмечалось быстрое купирование основных проявлений заболевания, а нежелательные лекарственные реакции носили эпизодический и слабовыраженный характер.

Исходя из проведенного клинического исследования, можно сделать вывод о существенном влиянии антигистаминных препаратов на основные симптомы аллергического ринита. Лекарственные средства на основе лоратадина представляют собой максимально безопасные и весьма эффективные производные. Представленный в исследовании препарат «Кларисенс» подтвердил эти положения, проявив высокую клиническую эффективность в контроле симптомов сезонного и круглогодичного АР. Данный препарат можно рекомендовать как стартовый в базисной терапии любой из форм аллергического ринита.

УДК 351.761.3

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ
ФОРМИРОВАНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ***Маринич В. В., Барыкина Н. В.*

**Учреждение образования
«Полесский государственный университет»
г. Пинск, Республика Беларусь
Департамент по молодежной политике ЯНАО
г. Салехард, Российская Федерация**

Наркомания — это одно из наиболее серьезных девиантных явлений, с которым человечество вступило в XXI в. [2]. По оценкам Организации Объединенных Наций, в 2001 г. в мире насчитывалось 200 млн человек, злоупотребляющих наркотиками, а в 2009 г. количество наркоманов в возрасте от 15 лет и старше увеличилось на 3,4 % [2]. Этот процесс не обошел и Ямало-Ненецкий автономный округ (ЯНАО). За период с 1991 по 2010 гг. заболеваемость наркоманией в ЯНАО возросла в 13 раз (по данным департамента здравоохранения ЯНАО) [2]. Неблагоприятной тенденцией является тот факт, что в число потребителей наркотиков вовлекаются благополучные социальные группы подростков [1]. Поэтому целью настоящего исследования стало изучение условий формирования наркозависимости на Крайнем Севере с учетом социально-психологического статуса населения, вида употребляемого наркотика, стажа наркотизации, национального и миграционного факторов.

Проблема массового незаконного потребления наркотических, токсических и других психоактивных веществ (ПАВ), распространенности наркомании и токсикомании в округе до настоящего времени не потеряла своей актуальности. Незаконное потребление жителями ЯНАО наркотических средств и других психоактивных веществ, которое вызывает развитие заболеваний наркоманией и токсикоманией, продолжает оставаться одной из самых сложных и негативных проблем современного общества и является серьезной угрозой здоровью населения, экономике, социальной сфере и правопорядку. Ямало-Ненецкий автономный округ является притягательным для наркобизнеса регионом в силу нескольких причин: во-первых, он занимает одно из первых мест в России по уровню денежных доходов в расчете на душу населения и на одного работающего; во-вторых, средний возраст населения автономного округа — 31,3 года, то есть население является достаточно молодым; в-третьих, несмотря на снижение общего миграционного оборота, пик которого пришёлся на 1994 г., в автономном округе имеет место незаконная миграция, способствующая распространению наркомании.

Автономный округ является регионом-потребителем наркотиков, так как в силу географического положения и климатических условий на его территории не произрастают наркосодержащие растения, отсутствует производство синтетических наркотиков, через его территорию не проходит транзитный коридор. В основном наркооборот сосредоточен в тех городах, в которые доставка наркотиков возможна наземным транспортом (Новый Уренгой, Ноябрьск, Надым, Муравленко, Салехард, Лабытнанги).

Каналы поставки наркотиков в ЯНАО по данным правоохранительных органов проходят по двум транзитным направлениям: Южное — из стран «Золотого полумесяца» (Пакистан, Афганистан), транзит через Среднеазиатские республики (Таджикистан, Киргизия, Узбекистан, Казахстан) — это героин, гашиш, марихуана; Западное — из государств Западной Европы и Прибалтики — кокаин и синтетические наркотики (МДМА).

Анализ социального статуса пациентов позволил установить, что среди обследованных преобладали безработные и рабочие. При этом в течение последних пяти лет отмечалась тенденция к возрастанию количества безработных среди употреблявших наркотические вещества.

Очевидно, что отношение к проблеме наркотизации различается в зависимости от степени включенности респондентов в эту проблему, погруженности в ту социальную среду, где потребление наркотических веществ является повседневной практикой. В окру-

ге 9,6 % находятся в таком социальном окружении, 13,5 % находятся в среде, где наркопотребление происходит время от времени. По оценкам экспертов, в автономном округе наркотики употребляют более 12 тыс. человек, или около 2,4 % населения. Доля молодежи в возрасте до 18 лет незначительна — менее 1 %. Преобладают лица 25–29 лет (44 %). 30–34 лет — 18,6 %, молодые люди 21–24 лет (16,4 %), 35–38 лет — 8,9 %, 40–46 лет — 5,6 %.

Возраст, в котором происходит приобщение к наркотикам, чрезвычайно варьирует. В психиатрической практике встречаются случаи, когда наркотизация начинается в зрелом возрасте на фоне уже сформировавшегося алкоголизма. Подавляющая часть больных наркоманией попадает в поле зрения психиатра в возрасте от 17 до 25 лет.

Но это происходит уже тогда, когда процесс систематической наркотизации обнаруживается дезадаптацией в семье, в школе, на работе и т. п. А начало приобщения к наркотикам происходит гораздо раньше, в подростковом возрасте, как правило, в 14–16 лет.

Анализ половой принадлежности респондентов, употребляющих наркотические вещества, показал, что количество мужчин было в 17 раз выше, чем женщин (таблица 1). Доля женщин в численности больных наркоманией, находящихся на диспансерном учете, в городах автономного округа колеблется от 6,8 до 20,3 %. Эксперты муниципальных образований отмечают незначительный рост наркотизации среди девушек до 18 лет.

Таблица 1 — Характеристика обследованных пациентов по полу

Пол	Частота встречаемости	Процент
Мужчины	253	94,4
Женщины	15	5,6
Всего	268	100

Как показали проведенные исследования, среди употребляющих наркотики наибольшее количество составляют русские (55,8 %) и украинцы (18,6 %), затем в наименьшей прогрессии — татары (11,6 %), дагестанцы (5,8 %), ненцы (3,5 %), крайне редко встречаются башкиры (1,2 %), ханты (1,2 %).

Большинство лиц (65 %), злоупотребляющих наркотиками, не состоят в брачных отношениях (холостые мужчины и незамужние женщины), среди женщин 56 % не состоят в браке, 57 % мужчин не проходили службу в армии, 43 % имеют судимости (наиболее высокие показатели — в г. Салехарде (25 %) и г. Муравленко (56 %)).

Портрет среднестатистического наркомана ЯНАО — это молодой человек в возрасте около 25 лет, имеющий стаж употребления наркотиков около 3 лет. Первое знакомство с наркотиком началось с употребления героина, который бесплатно предложил попробовать знакомый. Причиной употребления наркотика стало любопытство и желание испытать новые, незнакомые ощущения.

Молодой человек — выходец из семьи с достатком выше среднего, то есть его семья имеет возможность приобретать вещи длительного пользования (обеспеченная семья — одно из необходимых условий для того, чтобы молодой человек мог регулярно покупать и употреблять наркотики, так как стоимость наркотических средств в автономном округе, в зависимости от места расположения населенных пунктов, составляет: от 1,5 до 5,0 тыс. рублей за 1 г героина, от 100 до 250 руб. за 1 г гашиша, от 400 руб. до 1,5 тыс. руб. за стакан марихуаны). В семье присутствуют оба родителя, но у молодого человека по разным причинам не сложились с ними доверительные отношения (родители заняты зарабатыванием денег, в семье конфликтные отношения между супругами, родители равнодушны к проблемам и интересам ребенка и т. д.). Сам молодой человек не женат, не служил в рядах Вооруженных Сил.

У среднестатистического наркомана имеется желание отказаться от употребления наркотических средств, и он даже несколько раз пытался это сделать, но через одну-две недели возобновлял потребление наркотиков. В настоящее время молодой человек употребляет героин, имеет хроническое заболевание — гепатит С и находится в группе повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией (среди его знакомых-наркоманов есть несколь-

ко ВИЧ-инфицированных). Услугами местных психоневрологических диспансеров пользуется преимущественно для «снятия ломки». Считает, что за лечением наркозависимости лучше обращаться в частную клинику, находящуюся за пределами автономного округа.

По мнению специалистов-наркологов, наиболее вероятный возраст вовлечения в наркотическую зависимость — с 9 до 19 лет.

Говоря об эпидемии наркомании необходимо подчеркнуть, что речь идет об одной из самых тяжелых ее разновидностей, а именно о героиновой. По данным органов здравоохранения, 98 % от всех зарегистрированных больных наркоманией страдают именно ею.

В клинической практике в нашем регионе встречаются преимущественно два вида наркотиков: гашиш (марихуана) и героин (продукт лабораторной переработки опия — ди-ацетилморфин). Встречающиеся в практике случаи употребления кокаина, метамfetамина носят спорадический характер. Причем употребление гашиша, имеющее гораздо большее, на наш взгляд, распространение, носит, как правило, характер первой пробы, прелюдии, снимающей внутренний запрет перед приемом более сильного, более наркогенного вещества. Однако более высокая наркогенность героина формирует героиновую (опийную) наркоманию быстрее, когда гашишная зависимость еще не сформировалась. При этом дальнейшая наркотизация нередко продолжается двумя наркотиками параллельно. В экспертной практике нередки случаи, когда у доставленных на освидетельствование водителей в нетрезвом состоянии в моче обнаруживается и морфин (героин) и марихуана одновременно. Но не являются исключением и случаи, когда наркотизация начинается сразу с героина.

Стаж употребления наркотического вещества влияет на развитие сопутствующей патологии и продолжительность жизни наркозависимого.

Анализируя характер наркотического вещества и пол наркозависимого, было установлено, что у мужчин наиболее употребляемыми являются героин, анаша, гашиш, в то время как у женщин — героин, марихуана. При этом большинство мужчин (24,6 %) используют комбинации наркотических веществ, то есть являются полинаркоманами.

Кроме самих больных в круг проблем наркотизма включаются и их близкие. Число их практическому учету не поддается, но все они травмированы болезнью своего сына, внука, мужа или брата и их жизнь также становится неполноценной и в психической, и в экономической сфере.

Все это вместе взятое заставляет снова и снова исследовать природу наркотизма с разных сторон (и в социальных, и в психологических, и биологических аспектах) в поисках оптимальных путей решения проблемы. Весьма важным, является региональный подход к таким исследованиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кошкина, Е. А. Эпидемиологические исследования в наркологии: лекции по клинической наркологии / Е. А. Кошкина; под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании», 1995. — С. 4052.
2. Здоровье населения Ямало-Ненецкого автономного округа и деятельность учреждений здравоохранения в 2011 г. // Сборник статистических материалов. — г. Салехард, 2011.

УДК 572

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В АНТРОПОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Марфина О. В.

Отдел антропологии и экологии Института истории НАН Беларуси
г. Минск, Республика Беларусь

Важным источником информации о формировании биологических особенностей популяций человека являются материалы по демографии: изменение общей численности населения (в том числе и детского), численность населения по возрастам, соотношение полов, показатели брачности и заболеваемости. Наряду с возрастом живущих важное значение для антропологических исследований имеет возраст умерших (доживаемость), возраст вступле-

ния в брак, возраст родителей в момент рождения ребенка, детородный возраст, имеющий важное значение для анализа воспроизводства населения, составляющие естественного движения населения (показатели рождаемости и смертности), а также анализ показателей смертности по статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.

По результатам последней переписи, численность населения Беларуси составила 9,489 млн человек, т. е. за последние 10 лет отмечается сокращение на 5,5 % [1]. В Витебской области отмечено наибольшее сокращение численности населения (на 10,6 %) в Могилевской — на 9,8 %, в Гродненской — на 9,5 %. Три четверти населения Беларуси (74,3 %) в настоящее время живут в городах, 25,7 % — в сельской местности (для сравнения 10 лет назад этот показатель составлял 69 и 31 % соответственно) [2, 3]. Доля городского населения увеличилась в каждой области. Население концентрируется в г. Минске и областных центрах (численность населения столицы выросла на 8,8 %, или на 148 тыс. человек). За 10 лет, прошедших после переписи 1999 г., на 8 увеличилось в стране число городов.

На современную поло-возрастную структуру населения республики существенное влияние оказали социально-политические, экономические и экологические события последних десятилетий (включая Чернобыльскую экологическую катастрофу 1986 года), которые вызвали изменения в потоках миграции, в уровне рождаемости и смертности и т. д. С середины прошлого столетия основной тенденцией изменений возрастной структуры населения Беларуси является постарение населения, увеличение в составе всего населения доли лиц в старших возрастах. За десять лет произошло увеличение доли лиц в возрасте старше трудоспособного: с 21,5 % по переписи 1999 г. до 22,5 % по переписи 2009 г. За этот период численность населения моложе трудоспособного возраста сократилась с 21,0 до 15,9 % соответственно. Количество населения трудоспособного возраста (мужчины 16–59 лет, женщины 16–54 лет) по данным переписи 2009 г. составило 61,6 % от всего населения, что больше, чем по данным переписи 1999 г. — 57,3 %. В целом по республике наиболее многочисленными являются возрастные группы от 20 до 29 лет, а также от 45 до 54 лет.

Одной из важнейших демографических характеристик является состав населения по полу, т. к. диспропорции структуры населения по полу препятствуют нормальному формированию семей, отрицательно влияют на воспроизводство населения и т. д. По результатам переписи населения 2009 г., мужчины в нашей стране составляют 46,6 %, женщины — 53,4 %. Женщин больше как в составе городского, так и сельского населения. Сложившаяся диспропорция в структуре населения по полу в основном связана с различиями в рождаемости и смертности мужчин и женщин, а также со структурой миграционных потоков. Структура населения по полу в Беларуси различается по возрастам. Так, если в возрастном интервале 50–54 года мужчин и женщин равное количество, то после 55 лет наблюдается стойкая тенденция превышения числа женщин, и с возрастом дисбаланс увеличивается.

Достаточно важными для антропологических исследований является также анализ показателей брачности и разводимости, т. к. с функционированием таких социальных институтов, как брак и семья тесно связано репродуктивное поведение. Репродуктивное поведение семей является не только демообразующим, но и биологическим процессом, определяющим общую численность популяции.

Переписи населения дают подробную характеристику брачного состава населения. По данным переписи 2009 г., в нашей республике насчитывается 2,3 млн. супружеских пар. За годы после предыдущих переписей их число уменьшилось с 2,6 млн. — в 1989 г. до 2,4 млн. супружеских пар в 1999 г. Это связано с тем, что в течение последних лет в республике происходит уменьшение количества регистрируемых браков. Уровень брачности (число зарегистрированных ЗАГСами браков в расчете на 1000 человек населения) сократился с 9,7 браков в 1990 г. до 8,3 браков за 2009 г. Как показывают переписи населения, доля состоящих в браке мужчин с увеличением возраста (вплоть до 70 лет) постоянно растет, доля состоящих в браке женщин растет только до 40 лет, а затем начинает снижаться за счет роста доли разведенных и вдов.

Доля разведенных среди женщин во всех возрастах существенно выше, чем среди мужчин. Разведенные мужчины чаще, чем разведенные женщины вступают в повторный

брак. Высокий уровень смертности среди мужчин в наиболее активном трудоспособном возрасте обусловил значительный удельный вес вдов (3,5 %) уже в возрасте 45–49 лет.

Доля лиц, которые на протяжении всей жизни не вступают в брак, в целом для республики невелика. По данным переписи 2009 г., к возрасту 55–59 лет показатель безбрачия для мужчин составляет 1,2 %, для женщин — 1,5 %. По переписи 1999 г. в этом возрасте за всю жизнь никогда не вступавших в брак как среди мужчин, так среди женщин было 3,0 %. Доля лиц, никогда не состоявших в браке, среди мужчин (26,7 %) существенно выше, чем среди женщин (18,0 %). За 10 лет, прошедших после переписи 1999 г., доля тех, кто никогда не состоял в браке, и среди мужчин (22,4 %), и среди женщин (15,2 %) увеличилась.

Период со 2-й половины 1980-х гг. XX столетия в развитии народонаселения Беларуси выделяется как особый период демографической истории республики. На протяжении этого времени жизнедеятельность населения Беларуси происходит в необычайной экологической, социально-экономической и политической среде обитания. Для нее характерно: резкое нарушение и ухудшение природной среды вследствие радиационного загрязнения после Чернобыльской катастрофы; резкое нарушение и ухудшение социально-экономического положения, порожденные трудностями периода перестройки, политических преобразований, затяжного экономического кризиса. В рассматриваемый период динамика изменчивости возрастной структуры населения в республике характеризуется постарением населения, т. е. наблюдается увеличение во всех областях лиц старшего возраста. Для дальнейшего прогнозирования развития населения, проведен анализ таких показателей, как рождаемость и смертность, от которых зависит не только воспроизводство населения, но и его возрастная структура.

За последние 10 лет зафиксировано увеличение рождаемости как городского (от 5,5 % в 1999 г. до 11,8 % в 2009 г.), так и сельского (от 8,7 до 10,8 % соответственно) населения.

Анализ показателей смертности по основным классам причин смерти (по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем) показал, что современный период демографического развития характеризуется негативным воздействием внешних (экзогенных) причин смерти, которые вызывают потери наиболее молодого, трудоспособного населения, преимущественно, мужского.

Таким образом, результаты переписи 2009 г. показали сокращение численности населения в Республике Беларусь, что является основной отрицательной тенденцией демографического развития. Однако можно отметить, что уменьшение численности населения в настоящее время характерно не только для Беларуси, это является общей тенденцией для стран Восточной Европы, для России, Украины, Латвии и Литвы. Процесс демографического старения населения также стал непреложным фактором общественной жизни развитых стран мира. Демографические события в нашей республике, имеют существенное значение для антропологических исследований и затрагивают многие стороны биологической изменчивости человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистический ежегодник Республики Беларусь. — Минск, 2011. — 633 с.
2. Естественное движение населения Республики Беларусь. Статистический сборник. — Минск, 2005. — 109 с.
3. Население Республики Беларусь. Статистический сборник. — Минск, 2000. — 195 с.

УДК 614.2:658.531.1:005.962.131

ПОМОЩНИК ВРАЧА: НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА КАК КОМПОНЕНТ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Матвейчик Т. В., Шевцов Д. Е.

Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Учреждение здравоохранения
«34-я центральная районная клиническая поликлиника Советского района г. Минска»
г. Минск, Республика Беларусь

Начало XXI в. стало эрой хронических неинфекционных заболеваний, значительно сокращающих продолжительность жизни. Опыт экономически развитых стран свидетельст-

вует, что увеличение продолжительности жизни их населения достигнуто не путем улучшения качества лечения, а за счет снижения заболеваемости посредством первичной профилактики.

На 64-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (Варшава, 2011) рассматривались практические действия по укреплению сестринского и акушерского дела. В ходе сессии отмечено, что «...медсестры и акушерки составляют большинство трудовых ресурсов в системах здравоохранения многих стран», и признано, что «...оказание основанных на знаниях и квалифицированных услуг по охране здоровья позволяет довести до максимума физическое, психологическое, эмоциональное и социальное благополучие отдельных людей, семей и общества». На заседании ВОЗ прозвучал призыв к государствам-членам проявить приверженность укреплению сестринского и акушерского дела посредством ряда практических действий (WHA 64.7 (p.13.4).

Известно, что мировое сообщество более 25 лет функционирует из расчета 4 медицинских работника на 1 врача. Это соотношение становится практически важным для Беларуси, поскольку благоприятно для улучшения качества жизни пациентов. Особое место в этой работе занимают медицинские работники со средним и высшим сестринским образованием, а также специалисты нового типа — помощники врача. Именно они смогут «... оказывать отдельному человеку, больному или здоровому, помощь во всем, что способствует здоровью или его восстановлению... и делать это таким образом, чтобы помочь ему как можно скорее вновь обрести самостоятельность» [1].

Первичная профилактика неинфекционных заболеваний продолжает находиться на ранней стадии развития, несмотря на то, что еще в 1925 г. академик Н. А. Семашко писал: «Профилактика — это путь, по которому мы идем, диспансеризация — метод решения профилактических задач». Спрос на сестринский персонал во многих странах мира в этой связи растет, в результате этого сестринская деятельность превратилась в ключевой компонент медицинского обслуживания в любых условиях. Сфера деятельности медицинских сестер и помощников врача включает оказание широкого спектра услуг. В ряде государств подобный диапазон ролей у медицинских работников со средним и высшим сестринским образованием запланирован и системен, как и в Беларуси. Масштабы практики этих специалистов в области профилактической медицины будут возрастать, в связи с чем, потребность в нормировании труда этого персонала стала актуальной.

Выделяют основные направления в работе помощника врача, включающие профилактическую, медико-социальную и медико-реабилитационную помощь населению. Проведенные исследования подтверждают готовность медицинских сестер к расширению самостоятельности при организации ухода за пациентами, увеличению количества выполняемых манипуляций [2]. Усиление профилактической направленности отрасли предполагает изыскание резервов для ее осуществления. На это направлено введение в 2009 г. должности фельдшера (помощника врача) по амбулаторно-поликлинической помощи, что потребовало адаптации роли, функций и организационных форм деятельности помощника врача:

- развитие первичной медицинской помощи, направленной на профилактику заболеваний и укрепление здоровья требует особых форм деятельности помощника врача [1];
- реструктуризация медицинских учреждений с оптимизацией сроков пребывания в стационаре обуславливает появление новых форм стационарзамещающей работы [3];
- оптимизация деятельности и этапов преемственности в больницах или отделениях сестринского ухода, расширение объемов помощи на дому с использованием новых технологий ухода и сестринского процесса [1–3];
- гигиеническое обучение и воспитание населения осуществляется не только врачом, но и его компетентным помощником [4].

Новые требования к помощнику врача предъявляют необходимость в подготовке такого работника, который способен поставлять и преобразовывать информацию, предлагать и внедрять новые формы, методы и технологии медицинских услуг.

Среди индивидуальных качеств медицинской сестры, как и у врача организации здравоохранения, выделяют 3 основных: коммуникабельность, предприимчивость, лидерство, а также профессиональные знания, необходимые на этапах оказания помощи, умение соблюдать преемственность в работе.

Изменение статуса и роли медицинской сестры на примере должности помощника врача происходит на наших глазах. Известно, что эффективная продолжительность работы на одной должности составляет 5–7 лет, в дальнейшем необходима либо кадровая ротация по горизонтали или вертикали, либо переподготовка. Эти компоненты эффективности в работе сестринского персонала используются не полностью.

Согласно исследованиям [1], возможности влияния здравоохранения на здоровье населения составляют около 10–15 % всего объема факторов, против 8–10 % их совокупности ранее.

Достижение коллективных целей, стоящих перед общественным здравоохранением, зависит от профессионализма медицинских сестер как основного стержня лечебно-профилактической услуги. Формирование новых мотивационных и ценностных ориентаций является важной задачей для непрерывного саморазвития личности помощника врача:

1. Повышение требований к уровню интеллектуальных способностей этих специалистов, формирование устойчивой мотивации к обучению на протяжении всей жизни.

2. Создание синергетических обучающих отношений (через учебные конференции по основным проблемам практического здравоохранения).

3. Создание условий лучшего применения интеллектуальной собственности, повышение престижности и достойной оценки труда.

Активизация профилактических мер, направленных на борьбу с факторами риска, на воспитание у населения системы мотивации на сохранение, а не разрушение здоровья, стало в стране первоочередной задачей, выполняемой сестрами наравне с врачами.

Практика диспансеризации выявила отсутствие в АПО новых технологий работы сестры при осуществлении реабилитации и низкую мотивацию при ее оказании, недостаток знаний современных технологий ухода за старыми одинокими пациентами, не использование элементов сестринского процесса в работе помощника врача.

Между тем важной составляющей эффективности работы помощника врача является нормирование труда. На основании данных статистики за 2009–2010 гг. УЗ «27-я городская поликлиника» рассчитан норматив деятельности помощника врача при посещении и на приеме по методике В. Н. Шиповой. Норматив нагрузки помощника врача на амбулаторном приеме в АПО составил 3,35 чел./час приема; посещений на дому — 1,79 чел./час, что благоприятно для оптимизации труда специалистов и в целом соответствует аналогичным показателям в Российской Федерации.

Наблюдаемые в настоящее время тенденции становления новой должности в сестринском деле Беларуси свидетельствуют о смещении акцентов практики с навыков, осуществляемых руками, на компьютерную и правовую грамотность, психологию общения [5]. Возрастание роли сестры и помощника врача в лечебно-диагностическом, реабилитационном и образовательном процессе по ФЗОЖ у населения сочетается с большим вниманием общества и повышением оценки вклада в общую работу, обусловленной восприятием медсестры (помощника врача) как полноправного участника лечебного процесса, что лежит в русле мировых тенденций.

Благодаря своевременному введению Министерством труда и социального развития Республики Беларусь новой должности и практическому введению специалиста — помощника врача в практику Министерством здравоохранения Республики Беларусь достигается значительное число медико-социальных эффектов, одним из которых является снижение нагрузки на 1 врача-терапевта участкового в системе ПМП. Появилась реальная возможность активизировать деятельность по формированию здорового образа жизни. Увеличен охват профилактическими осмотрами трудоспособного населения страны, что позволило в 2011 г. у 33,7 % мужчин и 34,7 % женщин выявить хронические заболевания. Активная и успешная деятельность специалистов со средним и высшим сестринским образованием осуществляется согласно совету Конфуция: «Найди дело по душе, и тебе не придется работать ни одного дня в жизни».

Оптимизация системы оплаты труда помощника врача, которая будет учитывать уровень образования, объем работы, время оказания помощи, позволит в перспективе надеяться, что это положительно скажется на увеличение продолжительности жизни за счет снижения заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями посредством первичной профилактики, а рассчитанные нормативы нагрузки помощника врача сделают его профессиональный труд не только более продуктивным, но и приносящим большее удовлетворение.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Матвейчик, Т. В.* Организация сестринского дела: учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. — Минск: Выш. шк., 2006. — 297 с.
2. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т. В. Матвейчик [и др.] — Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011. — 368 с.
3. *Матвейчик, Т. В.* Управление сестринским процессом в стационаре: монография / Т. В. Матвейчик, Э. Э. Вальчук; под ред. д.м.н. Э. А. Вальчука. — Минск, 2009. — 216 с.
4. Содействие здоровому образу жизни: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик и др.; науч. ред. Т. В. Матвейчик. — Минск: РИПО, 2011. — 276 с.
5. *Матвейчик, Т. В.* Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи: монография / Т. В. Матвейчик, А. П. Романова, Л. В. Шваб; Бел. мед. акад. последипломного образования. — Минск: ГУ Республиканская научная медицинская библиотека, 2012. — 88 с.

УДК 614.212:616-084(476)

**ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ МВД РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Мезина Э. В.

**Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь**

В настоящее время наша страна, как и большинство стран Европы, столкнулась с проблемой демографического кризиса, усугубляемого низкой рождаемостью и высокой смертностью населения. Заболеваемость населения хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) растет, несмотря на предпринимаемые медиками усилия по их снижению. Это связано, с одной стороны, с ростом доли пожилого населения и более эффективными методиками выявления заболеваний, а с другой — с неэффективностью системы профилактики и предотвращения заболеваний.

Европейская стратегия по неинфекционным заболеваниям создает потенциал для развития политики и разработки комплексной программы действий по укреплению здоровья, основанной на единой методологии. В основе подхода — взгляд на профилактику как на инвестицию в развитие общества в целом. Такой подход подразумевает привлечение медицины, эпидемиологии, социологии, педагогики, экономики и других дисциплин. Медицинское обслуживание переориентируется на оказание помощи при хронических заболеваниях, на комплексное обслуживание на различных уровнях.

Сейчас как никогда ранее в нашей стране складывается благоприятная ситуация для борьбы с ХНИЗ: есть политическая воля, есть финансирование, есть инфраструктура. Расширяются полномочия и возможности для разработки и реализации политики и стратегии охраны и укрепления здоровья населения. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний предусматривают необходимость перехода от реагирования на уже возникшее заболевание к управлению рисками. Особое внимание — группам и лицам с повышенным риском заболевания.

Вместе с тем для разработки и реализации стратегии профилактики ХНИЗ и травм, на наш взгляд, необходимо шире опереться на региональный уровень, где имеется большой потенциал для борьбы с ХНИЗ, сосредоточить внимание на создание систем профилактики в каждой организации здравоохранения, где должен быть разработан конкретный план действий.

В данной статье представлен опыт организации профилактики ХНИЗ в конкретной медицинской организации — Центральной поликлинике МВД Республике Беларусь.

Профилактика всегда являлась главным направлением деятельности всех организаций здравоохранения МВД, так как по своей сути они изначально были призваны сохранять и укреплять здоровье сотрудников органов внутренних дел (ОВД) путем раннего вы-

явления общих заболеваний, а также факторов повышенного риска возникновения заболеваний при проведении регулярных медицинских обследований и осмотров. Содержание профилактической работы по ХНИЗ в поликлинике отражено в таблице 1.

Таблица 1 — Направления профилактики НИЗ в Центральной поликлинике МВД

Направление	Основная цель	Практическая реализация
Первичная профилактика	Предупреждение развития заболеваний	Работа участковых врачей-терапевтов в подразделениях, проведение там же оздоровительно-просветительских акций («Измерь свое давление», «Здоровье мужчины»), санпросвет работа в отделениях поликлиники (санбюллетени, памятки, рекомендации)
Вторичная профилактика	Раннее выявление заболеваний	Ежегодный обязательный медицинский осмотр, скрининги заболеваний: МС, АГ, СД2, онкопатологии
	Работа с пациентами из групп риска и групп высокого риска	Общеполитклиническая система мониторинга и контроля — единая система компьютерных регистров
Третичная профилактика	Раннее выявление и коррекция осложнений	Общеполитклиническая система мониторинга и контроля — единая система компьютерных регистров

Главная цель системы профилактики в Центральной поликлинике МВД — предотвратить преждевременную смертность, увольнение со службы сотрудников, не достигших предельного возраста и значительно сократить финансовое и социальное бремя болезней, связанное с ХНИЗ.

Эта система включает:

1. Раннее выявление основных ХНИЗ и состояний им предшествующих путем ежегодного обязательного медицинского осмотра действующих сотрудников ОВД, а также проведения целенаправленного скрининга в группах с высокой степенью предрасположенности к данному виду патологии — основная задача в работе диспансерного отделения.

2. Выявление и компьютерный учет лиц трудоспособного возраста, имеющих высокую степень риска сердечно-сосудистых катастроф (инфаркта-инсульта), развития онкологических заболеваний, сахарного диабета 2 типа (СД2), а также своевременный отбор и компьютерный учет больных, нуждающихся в сложных специальных методах лечения.

3. Динамическое наблюдение за указанными группами достигается преимущественно в работе лечебных служб поликлиники и диспансерного отделения.

4. Создание и внедрение лечебно-профилактических программ для больных из групп риска происходит при посещении участковыми врачами курируемых подразделений ОВД, а также через «школы пациентов».

Компьютерная локальная сеть поликлиники позволяет не только формировать нужную базу данных, но и пользоваться ею всем заинтересованным лицам. Все регистры отображаются на компьютере заместителя начальника поликлиники. Это позволяет оперативно владеть информацией, анализировать полученные данные по разным статистическим характеристикам (пол, возраст, инвалидность, смертность и т.п.), контролировать проводимые мероприятия, планировать дальнейшие действия по улучшению оказания медицинской помощи прикрепленному контингенту.

Несомненно, что наш опыт работы требует дальнейшего совершенствования, обобщения и анализа полученных результатов. На сегодняшний день мы можем лишь констатировать наметившуюся положительную тенденцию в снижении заболеваемости лиц трудоспособного возраста ОНМК и ИМ, а также летальности на дому пациентов той же возрастной группы.

УДК 613:614

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Моисеенко Д. И., Солонец Г. В.

Государственное учреждение
«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»
г. Гомель, Республика Беларусь

Здоровье населения является фактором национальной безопасности, стабильности и благополучия общества.

В последние годы прогрессируют социально зависимые дефекты здоровья населения (дезадаптивные синдромы, социально-экологическое утомление и переутомление, стрессогенные заболевания и другие факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний) [1, с. 3].

На территории Гомельской области в 2011 г. отмечен рост первичной заболеваемости на 3,8 % по сравнению с 2010 г.

За период 2011 г. в области зарегистрировано снижение смертности населения на 1,7 %. Показатель общей смертности составил 15 на тысячу населения. Среди городского населения отмечен рост этого показателя в основном за счет смертности населения трудоспособного возраста (на 1,6 %).

В структуре смертности населения трудоспособного возраста на первом месте болезни системы кровообращения, на втором — травмы и отравления, на третьем — новообразования (рисунок 1).

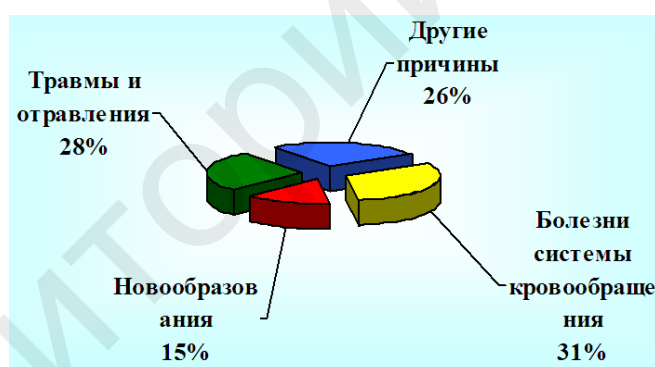


Рисунок 1 — Структура смертности трудоспособного населения Гомельской области в 2011 г.

Развитие этих недугов, в большинстве случаев, можно предотвратить, так как их развитие обусловлено, преимущественно, особенностями образа жизни человека в современном обществе.

Наиболее негативное влияние на здоровье человека оказывают такие факторы, как курение, гиподинамия, нерациональное питание, избыточный вес, алкоголизм, наркомания, токсикомания, неблагоприятные условия труда и условия среды обитания, стрессовые ситуации. Все это — факторы риска, то есть факторы, которые гипотетически связаны с развитием того или иного заболевания и ассоциируются как с большим распространением, так и с повышенной вероятностью возникновения новых случаев заболеваний. Как правило, на здоровье человека воздействуют сразу несколько факторов.

Недостаточный уровень развития культуры здоровья у населения, сохраняющееся в обществе потребительское отношение к здоровью, отсутствие личной ответственности за его сохранение и укрепление послужили предпосылками для создания Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни, сохранения и укрепления здоровья населения Республики Беларусь на период до 2020 г. (далее — Концепция) [1, с. 4].

Концепция представляет собой государственную стратегию общественного здоровья, основанную на приоритетах профилактической деятельности, культуры здоровья и здорового образа жизни. Концепция разработана в соответствии с основными направлениями экономического, политического и культурного развития белорусского общества, основами политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе в 21 столетии (Резолюция EUR/RC48/R5, принята на 48 сессии Европейского регионального Комитета ВОЗ, Копенгаген, Дания, 14–18.09.1998 г.) [1, с. 1].

Концепция направлена на формирование культуры здоровья, усиление ответственности за сохранение и укрепление здоровья на национальном и региональном, а также на индивидуальном уровнях, развитие профилактической деятельности.

Согласно Концепции, термин «формирование здорового образа жизни» представляет собой деятельность, направленную на поведение человека и население с целью сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

В основе работы в системе формирования здорового образа жизни населения Гомельской области лежит принцип межсекторального сотрудничества. В реализации этого направления важна постоянно действующая система образовательной работы с населением по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья с использованием методов активного (интерактивного) обучения.

Принцип межсекторального сотрудничества — комплексный интегральный подход, объединяющий возможности и ресурсы всех структур, имеющих отношение к сохранению и укреплению здоровья населения (структуры здравоохранения, образования, культуры, социальной защиты, физической культуры и спорта, общественные и профсоюзные организации, средства массовой информации (далее — СМИ)).

Методы активного обучения (интерактивные методы) — это методы, в основе которых лежит принцип непосредственного участия, позволяющий обучаемым взаимодействовать между собой, сотрудничать и обмениваться опытом (тренинги, дискуссии (мозговой штурм — брейнсторминг), дебаты и др.).

В отличие от традиционных методов образования, активное обучение предполагает работу в группах, где участники вовлечены в обсуждение конкретной проблемы или ситуации (конечная цель — приобретение практических знаний и навыков).

На территории Гомельской области для реализации информационно-образовательной работы с населением также активно проводятся широкомасштабные мероприятия совместно с другими ведомствами, активно используются СМИ, Интернет-ресурсы, сайты гор(рай)исполкомов для размещения информации по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактики зависимостей и социально значимых заболеваний и т. д.

В целях повышения информированности населения специалистами отдела общественного здоровья ГУ «Гомельский областной центр, гигиены эпидемиологии и общественного здоровья» изучаются, разрабатываются и внедряются новые формы профилактической работы. Например:

1. В школах здоровья при ГУ «Гомельский областной центр, гигиены эпидемиологии и общественного здоровья» работает мультидисциплинарная бригада специалистов (наряду с валеологами в проведении занятий участвуют психологи, социолог, волонтеры).

2. Инициировано создание школ здоровья при общеобразовательных учреждениях г. Гомеля. Продолжается работа по организации школ здоровья для здоровых и имеющих факторы риска на базе медико-санитарных частей, здравпунктов промышленных предприятий и организаций, санаторно-курортных и реабилитационно-оздоровительных учреждений всех форм собственности, а также лечебно-профилактических учреждений всех уровней.

3. Создана рубрика «Вырежи и сохрани» в областной газете «Гомельская правда» (публикация для населения информационно-образовательных материалов по различным аспектам здорового образа жизни и профилактике социально значимых заболеваний с целью повышения медико-гигиенических знаний, выработки умений и навыков здорового образа жизни).

4. Организовано обучение сотрудников здравпунктов промышленных предприятий (РУП «Гомельэнерго», РУП «Речицкий метизный завод» и др.) основным методам и формам организации информационно-образовательной работы по формированию здорового образа жизни, профилактике социально значимых заболеваний.

5. Совместно с РУП «Гомельэнерго» внедрена интерактивная техника групповой работы — «Форум-театр» (спектакль проходил на базе РУП «Гомельэнерго» и был приурочен к Всемирному дню некурения, Профилактика онкологических заболеваний).

6. Созданы электронная библиотека «В помощь лектору» (содержит электронные тематические папки по аспектам здорового образа жизни и профилактике заболеваний, мультимедийные презентации, видеофильмы (157 материалов по 15 проблемным направлениям), а также электронная методическая папка по профилактике табакокурения (видеоролики, видеофильмы, мультимедийные презентации, популярные статьи профилактической направленности, нормативно-правовая база). Материалы предоставляются всем заинтересованным ведомствам для использования в работе с населением, размещения имеющихся на видеомониторах, в кино-видеосети области, в транспорте, на Интернет-ресурсах и др.

Определена основная направленность работы по профилактике заболеваний и формирования здорового образа жизни населения в Гомельской области — воздействие на поведение людей:

1) формирование понимания необходимости позитивных изменений в образе жизни и поддержка стремления к таким изменениям, в том числе путем повышения медико-гигиенических знаний, создания мотиваций в отношении к своему здоровью, выработки умений и навыков здорового образа жизни;

2) создание условий, способствующих улучшению качества жизни и укреплению здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года» / Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.03.2011 № 335 «Об утверждении Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года и отраслевого плана мероприятий по формированию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья населения Республики Беларусь на период до 2015 года».

УДК 616.89-008.441.13

РАННИЙ АЛКОГОЛИЗМ. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ПРОБЛЕМАМ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Науменко Н. М.

Государственное учреждение

«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»
г. Гомель, Республика Беларусь

Проблемы, связанные с распространением злоупотребления алкоголем подростками, продолжают оставаться одними из самых социально-тревожных и злободневных в Республике Беларусь.

С целью изучения проблемы употребления алкоголя респондентам был задан вопрос о частоте употребления алкогольных напитков. Следует отметить, что большинство опрошенных регулярно или эпизодически распивают алкогольные напитки. Среди опрошенных наиболее предпочитаемым спиртным напитком является пиво. Частота его употребления («ежедневно», «несколько раз в неделю», «несколько раз в месяц») выше, нежели других алкогольных напитков (таблица 1) [1, с. 49].

«Как часто Вы употребляете перечисленные ниже продукты?» (в % к числу опрошенных).

Таблица 1 — Частота употребления алкогольных напитков

Напитки	Ежедневно		Несколько раз в неделю		Несколько раз в месяц		Несколько раз в год		Не употребляю	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. числ	%	абс. число	%	абс. число	%
Пиво	82	4,0	296	14,4	556	27,0	409	19,9	595	28,9
Легкие вина	14	0,7	94	4,6	480	23,3	914	44,4	434	21,1
Крепкие алкогольные напитки	16	0,8	91	4,4	459	22,3	732	35,6	645	31,3

Выявлены различия в потреблении алкогольных напитков, связанные с возрастом респондентов. Среди респондентов 16–29 лет предпочитаемым спиртным напитком является пиво. Частота его употребления значительно выше именно в данной возрастной группе. Чаще других употребляют легкие вина и крепкие алкогольные напитки респонденты в возрасте 30–49 лет (таблицы 2, 3, 4) [1, с. 50–51].

«Как часто Вы употребляете пиво?» (в % к числу опрошенных указанной возрастной группы).

Таблица 2 — Частота употребления пива

Показатель	16–29 лет	30–49 лет	50 лет и старше
Ежедневно	5,0	3,7	3,2
Несколько раз в неделю	18,5	16,9	7,5
Несколько раз в месяц	33,8	29,1	19,0
Несколько раз в год	17,6	19,0	23,3
Не употребляю	21,3	26,3	38,9

«Как часто Вы употребляете легкие вина?» (в % к числу опрошенных указанной возрастной группы)

Таблица 3 — Частота употребления вина

Показатель	16–29 лет	30–49 лет	50 лет и старше
Ежедневно	0,4	0,3	1,5
Несколько раз в неделю	6,1	4,8	2,6
Несколько раз в месяц	25,7	26,3	17,2
Несколько раз в год	44,2	41,4	48,9
Не употребляю	20,7	20,0	23,2

«Как часто Вы употребляете крепкие алкогольные напитки?» (в % к числу опрошенных указанной возрастной группы)

Таблица 4 — Частота употребления крепких алкогольных напитков

Показатель	16–29 лет	30–49 лет	50 лет и старше
Ежедневно	0,4	0,7	1,0
Несколько раз в неделю	2,8	5,4	4,5
Несколько раз в месяц	22,7	25,4	17,5
Несколько раз в год	33,8	36,4	36,3
Не употребляю	36,4	27,1	32,7

Систематическое употребление пива очень быстро ведет к привыканию. Пивной алкоголизм требует такого же лечения, как водочный и винный.

По данным исследований кафедры психиатрии и наркологии БелМАПО, для среднестатистического гражданина алкогольная зависимость составляет 5 %. Если у него есть родственники 1-й степени родства (отец), который пьет, то риск возрастает до 25 %. Если же у него было 2 зависимых близких родственника (отец и мать), то риск составляет 40 %. Это говорит о том, что алкоголем ему лучше не усугублять ситуацию. У женщин при тех же условиях риск приобрести зависимость еще выше. Большой величиной риска считаются 20 % и более [2, с. 2].

Алкоголь особенно опасен в детском и подростковом возрасте, потому что многие органы и функции еще не сформированы. Возможна задержка их развития и формирование необратимых патологических изменений.

Особенности воздействия алкоголя на подростков

1. Организм подростка примерно в 10 раз чувствительнее к алкоголю, чем организм взрослого (алкогольное опьянение у взрослого — алкогольное отравление у подростка).

2. Алкогольная зависимость у взрослого человека формируется в течение 3–5 лет, у подростков — в 1,5–2 года.

3. Алкоголизм быстрее проходит все стадии формирования (у взрослого человека период внешнего благополучия продолжается несколько лет, у подростков — несколько месяцев).

4. Разрушение личности у взрослого, злоупотребляющего алкоголем, происходит в среднем через 10 лет, у подростка — через 3–4 года.

5. Первые опьянения у подростков нередко сопровождаются алкогольным отравлением (тошнота, рвота, головная боль, слабость).

6. У подростков чаще, чем у взрослых встречаются атипичные формы опьянения (вместо эйфории — злорадия, тоска, депрессия, агрессия, истерические реакции) [3, с. 144].

Особенность фармакологического воздействия алкоголя на психику заключается в том, что, с одной стороны, он, особенно в больших дозах, подавляет психическую активность, а с другой, особенно в малых дозах, стимулирует ее, снимая сознательное торможение и тем самым давая выход подавленным желаниям и импульсам.

Что способствует алкоголизации подростков и юношей? Выпивая, подросток стремится погасить характерное для него состояние тревожности и одновременно — избавиться от избыточного самоконтроля и застенчивости. Важную роль играют также стремление к экспериментированию и особенно нормы юношеской субкультуры, в которой выпивка традиционно считается одним из признаков мужественности и взрослости. Также действует отрицательный пример родителей. С алкоголизмом родителей тесно связана проблема «уличных» детей.

Консультирование по проблемам употребления алкоголя

Консультирование по проблемам потребления алкоголя должно включать:

- предоставление необходимой информации о зависимостях (алкогольной, наркотической, табачной, токсикоманической) и воздействии данных средств на организм;
- развитие навыков самостоятельности и ответственности, умения принимать самостоятельные решения;
- развитие умений бороться со стрессом без употребления алкоголя;
- развитие способности сказать «нет»;
- развитие навыков борьбы с депрессией и неудачами;
- помощь в выборе альтернативных видов поведения [3, с.146].

Факторы защиты от потребления психоактивных веществ:

- крепкие семейные узы;
- положение, когда родители контролируют поведение своих детей, постоянно вовлечены в их жизнь и преподают им ясные правила поведения внутри семьи;
- крепкая связь подростков с социальными институтами: семьей, школой, общественными организациями;
- здоровая окружающая среда, соблюдение окружающими общепринятых норм в отношении употребления психоактивных веществ;
- психологическая устойчивость, самостоятельность подростков, их умения принимать правильные решения.

Укрепление здоровья — это процесс, помогающий усилить контроль за определенными параметрами здоровья и таким образом улучшить его. В настоящее время укрепление здоровья сочетает в себе личный выбор и социальную ответственность каждого.

В будущем здоровье населения будет зависеть от интенсивности отказа от употребления психоактивных веществ (алкоголь, табак, наркотики), и поэтому прекращение их употребления рассматривается как одно из эффективных и перспективных направлений оздоровления населения и увеличения продолжительности жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шухатович, В. Р. Поведенческие факторы риска населения Республики Беларусь / В. Р. Шухатович, О. Н. Ображей, В. С. Подвальская. — Минск, 2009. — С. 49–51.
2. Злоупотребление психоактивными веществами среди подростков [Электронный ресурс] // Белорусская медицинская академия последипломного образования: [сайт]. — [Б.м., б.г.]. — URL: http://www.belmapo.by/downloads/dets_psihiatr/zloupotr_psihoakt.doc (24.02.10). — С. 2–3.
3. Русакова, Е. М. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья: пособие для врачей и среднего медицинского персонала / В. Е. Резников, И. А. Евсеенко, Д. З. Капустин. — Минск, 2006. — С. 144–146.

УДК 61(091:613)

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ*Петрова Н. П.***Учреждение образования****«Гомельский государственный медицинский университет»****г. Гомель, Республика Беларусь**

Что такое здоровый образ жизни и как стать здоровым? В настоящее время существует много ответов на этот вопрос. В источниках, сохранившихся от древних цивилизаций, есть еще один, согласно которому, здоровый образ жизни — понятие, затрагивающее абсолютно все сферы деятельности человека и определяющееся состоянием его сознания.

Понятие «Здоровый образ жизни» (ЗОЖ) появилось совсем недавно, в 70-е годы прошлого века. Для чего вдруг потребовался какой-то особый, здоровый образ жизни? Как свидетельствуют некоторые исследования последних лет, здоровье человека на 60 % определяется его образом жизни. Такие данные свидетельствуют в пользу того, что здоровый образ жизни человека является гарантией обретения и поддержания им здоровья.

Но если здоровый образ жизни так важен, то почему же ему уделяется так мало внимания? Почему в обществе сейчас, как никогда распространены вредные привычки и культура, отрицающие правильный подход к здоровью? Почему распространены явления, наносящий прямой вред психическому и физическому здоровью человечества? Очень многие люди своим образом и поведением не то что не способствуют поддержанию здоровья, а наоборот, разрушают его.

Причин много, но ключевой, скорее всего, является отсутствие понимания причинно-следственных взаимоотношений. В современном обществе существует вера в силу современной медицины и всевозможных методов лечения. Реальность состоит в том, что медицина может лишь помочь человеку, а основное зависит от его собственных усилий. Для сохранения и восстановления здоровья недостаточно пассивного ожидания, когда природа организма раньше или позже сделает свое дело. «Ни один врач не может сделать для человека того, что человек может и должен сделать для себя сам. Никто лучше него не сможет постоянно поддерживать свой организм в хорошем состоянии. Но при одном условии — что он соблюдает вечные и неизменные законы природы и действует так, как она нас учит», — писал выдающийся современный специалист в области здоровья профессор Михаэль Горен.

Издревле, еще до возникновения профессиональной медицины люди подмечали влияние на здоровье характера труда, привычек, обычаев, а также верований, мыслей, переживаний. Известные медики разных стран обращали внимание на особенности труда и быта своих пациентов, увязывая с этим возникновение недугов.

Более 2300 лет тому назад великий врач Гиппократ указывал: «Болезнь не сваливается человеку на голову, как гром с ясного неба. Она является результатом постоянных нарушений законов природы. Постепенно расширяясь и накапливаясь, эти нарушения внезапно прорываются в виде болезни, но эта внезапность только кажущаяся». Вот почему таким важным является понимание соблюдения норм здорового образа жизни, несмотря на то, здоров человек или болен в настоящий момент.

На протяжении всей истории существования человека его отношение к своему здоровью определялось в способности к сохранению жизни, к выполнению своего биологического и социального предназначения. Человеку нужно было выживать: добывать себе пищу, обеспечивать себя жильем и одеждой, отбиваться от врагов. В далеком прошлом, когда человек испытывал незащищенность перед силами природы, свое физическое состояние он связывал с мистическими представлениями. Так, в первобытнообщинном строе эти представления обожествлялись в виде амулетов, а сами мероприятия по охране здоровья носили характер религиозных обрядов. Однако в процессе эволюции человек наблюдал и делал выводы, отмечал причинно-следственные связи между здоровьем, образом жизни, факторами среды, целебны-

ми и оздоравливающими свойствами природы. Уже на этом этапе развития существовала прямая зависимость между состоянием здоровья человека и физической активностью, которую ему приходилось выполнять в процессе своей жизни, жизни семьи и общины.

В историческом аспекте представления о здоровье и здоровом образе жизни впервые начинают формироваться на Востоке.

При рабовладельческом строе происходит постепенная систематизация знаний по проблемам сохранения здоровья человека. Уже тогда усилия ученых были направлены на создание оздоровительных систем, таких, например, как китайская «Кон-фу» (около 2600 лет до н. э.), индийская «Аюрведа» (около 1800 лет до н.э.), «О здоровом образе жизни» Гиппократ (около 400 лет до н.э.). Стройная система оздоровления существовала в Древней Спарте, где занятия физическими упражнениями предписывались и строго контролировались государством, являясь обязательными для всех граждан. Высокий уровень физического здоровья спартанцев до сих пор остается эталоном для всех последующих поколений.

Основной идеей перечисленных систем является не лечение болезней, а формирование, сохранение и укрепление здоровья, а также использование резервных возможностей организма для его восстановления.

В отличие от современных подходов к пониманию причинных связей заболеваний, врачи древности отдавали предпочтение в предупреждении заболеваний, сохранении здоровья и ведении здорового образа жизни не только внешним воздействиям.

Например, с точки зрения древних греков здоровый образ жизни — это отражение внутренней гармонии. Так, Сократ связывал достижение гармонии с нравственным и интеллектуальным самосовершенствованием человека. Следует отметить, что все же первостепенное значение в обретении здоровья древние греки уделяли не физической культуре, а душевному состоянию.

Душевное здоровье определяется тем, насколько человек доволен собой и насколько успешно справляется со своими ежедневными обязанностями. Душевно здоровый человек нравится самому себе таким, каков он есть и доволен своими достижениями. Душевно здоровый человек — хозяин своей жизни, а не жертва. Он способен брать на себя ответственность, винит за свои ошибки себя, а не окружающих, и старается их исправить. Душевно здоровый человек оптимистичен, верит в будущее и делает все для того, чтобы это будущее было светлым.

Иными словами, душевное здоровье определяется, прежде всего, положительным отношением к себе и окружающему миру.

Тот же Цицерон охарактеризовал здоровье как правильное соотношение различных душевных состояний.

Демокрит также большое внимание уделяет духовному здоровью. Он подробно описывал аспекты психического здоровья, при котором душа пребывает в спокойствии и равновесии, не волнуемая никакими страстями, страхами и другими переживаниями. Считалось, что у каждого человека должен быть определенный образ действий, включающий заботу о самом себе и совершенствование себя. Уделяя такое большое внимание в ведении здорового образа жизни состоянию духа, греки не могли не заметить предрасположенность определенных душевных качеств к возникновению некоторых типов болезней, особенностей их протекания, а, следовательно, и различиях в подходе к лечению.

В Древнем Китае, Индии, Тибете указывалось на существование неразрывной связи между духовным и физическим состоянием человека. Здоровый образ жизни здесь в первую очередь означал освобождение от чрезмерных эмоций и страстей для того, чтобы обрести состояние душевного покоя, гармонии с окружающим миром. Так, в древней Индии за 6 веков до нашей эры в «Ведах» были сформированы основные принципы соблюдения здорового образа жизни. Один из них — достижение устойчивого равновесия психики. Главным условием достижения этого равновесия является полная внутренняя свобода, отсутствие жесткой зависимости человека от физических и психологических факторов окружающей среды. Такой подход основан на понимании, что болезни имеют глубокие причины, и их проявления являются отражением эмоциональных и душевных проблем. Если человек не хочет исправить себя, то такие глубокие проблемы не под силу решить и врачу, даже при использовании совершенных технических средств диагностики и лечения. К

ним следует подходить с учетом индивидуального отношения к здоровью, что представляет понимание «здорового образа жизни» в новом свете.

В Восточной философии и медицине всегда телесное и психическое рассматривалось как единое целое. В Древнем Китае здоровье считали высшей ценностью человека, которая постоянно должна прирастать. Согласно древней китайской медицине, дисгармония организма имеет место при психической дисгармонии. Она рассматривала пять болезненных настроений: гнев и вспыльчивость, переживания, озабоченность и грусть, печаль и тоска, страх и озабоченность. Склонность к таким настроениям нарушает и парализует энергию как отдельных органов, так и всего организма в целом, сокращая жизнь человеку. Радость же придает гармоничную эластичность организму и продлевает жизнь.

Поэтому нужно стараться отслеживать все негативные эмоции. Это трудно, но необходимо. Здоровый образ жизни базируется на исключительно положительных эмоциях. Не стоит поддаваться грусти и скорби, нужно быть людьми веселыми и жизнерадостными — это очень важный шаг к здоровому образу жизни.

В тибетской медицине невежество считалось общей причиной всех болезней. Невежество порождает больной образ жизни, вечную неудовлетворенность, приводит к тягостным, пессимистическим переживаниям, пагубным страстям, несправедливому гневу, неодобрительности к людям. Умеренность во всем, природная естественность и преодоление невежества — основные составляющие здорового образа жизни, определяющие физическое и психическое благополучие человека (15).

Таким образом, на примере древних культур легко заметить, какое большое значение в формировании здорового образа жизни имеет осознание гармонии внутреннего мира человека.

В наш век произошли существенные изменения в сознании человека. Современный человек приобщился к новым бездуховным «ценностям»: материальные блага, успех, свобода личности и совести. Утратив духовность, человек начал дряхлеть, болеть и тосковать, а здоровый образ жизни в понимании современного человека в основном стал ограничиваться соблюдением определенных норм питания или поддержанием хорошей физической формы. Непременное, это важно. Но без внутреннего совершенствования невозможно достичь максимальной эффективности, а именно сохранить нравственное, психическое и физическое здоровье до глубокой старости позволит здоровый образ жизни, основанный на принципах нравственности.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что понятие здорового образа жизни является многогранным. Медицина и здравоохранение достигли уровня, при котором стала очевидной необходимость поиска иного пути оздоровления населения. Этот путь собственно и есть здоровый образ жизни, суть которого — достижение морально-нравственного и физического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Состояние здравоохранения в мире // Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения: — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008. — 152 с.
2. Михаэль, Горен. Путь к здоровью и долголетию / Горен Михаэль. — ПТО «СЕЛФ», 1992. — С. 336.
3. Зайцев, Г.К. Школьная валеология: Педагогические основы обеспечения здоровья учащихся и учителей / Г.К. Зайцев — СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2001. — 160 с.

УДК 616.33/.34-006.6

ЕСТЬ ЛИ РЕЗЕРВЫ В СНИЖЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА?

Платошкин Э. Н., Платошкина Т. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Предотвращение раковых заболеваний является первоочередной целью в отношении как отдельных лиц, так и общества в целом. Прогноз для людей с раком желудочно-

кишечного тракта очень неоптимистичный: не более чем от 5 до 10 % таких пациентов выживают в течение 5 лет после установления диагноза. В то же время, согласно современным представлениям, около 40 % случаев рака можно предотвратить. Несмотря на установленный факт, что хронические воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются наиболее важными независимыми факторами риска развития рака, ранним профилактическим вмешательствам при этой патологии пока уделяется недостаточное внимание в клинической практике, отсутствуют четкие критерии формирования групп повышенного риска для их динамического наблюдения, не решены другие важные вопросы онкопревенции [1].

Международное агентство по изучению рака (IARC) при Всемирной организации здравоохранения причислило к канцерогенам 1 класса *Helicobacter pylori*, что означает безусловную связь персистенции этой бактерии в желудке человека с возникновением некардиального рака. Лечение инфекции *Helicobacter pylori* является стратегией в популяциях с высоким риском по раку желудка (к которым IARC относит и Беларусь). Согласно рекомендаций Маастрихтского IV консенсуса (Флоренция, 2010), со 2-м уровнем научной доказательности рекомендуется эрадикационная терапия при *Helicobacter pylori*-ассоциированном атрофическом гастрите как новый перспективный подход к профилактике рака желудка [2].

IARC также причисляет ацетальдегид в первую группу риска вместе с асбестом и табаком. Считается, что с воздействием ацетальдегида связано около 4 млн. новых случаев заболевания раком ежегодно. Ацетальдегид — это продукт метаболизма алкоголя в организме. Сорта алкоголя с повышенным содержанием сахаров, а также другие продукты ферментации в анацидном желудке (при атрофии слизистой оболочки) способствуют тому, что микроорганизмы, находящиеся в пищеварительном тракте, начинают активно образовывать ацетальдегид в высокой концентрации, что приводит к повреждению ДНК клеток. Атрофия слизистой оболочки, хроническая инфекция *Helicobacter pylori*, особенно на фоне длительной терапии медикаментами, снижающими кислотную секрецию (ингибиторами «протонной помпы», блокаторами H₂-рецепторов гистамина) также способствуют избыточному образованию ацетальдегида в желудке. Кроме того, ацетальдегид из табачного дыма проникает в желудок, растворяясь в слюне курящего. Генные мутации, обнаруживаемые у определенной части населения, повышают восприимчивость к ацетальдегиду, и тем самым риск возникновения рака. Новые клинические исследования препарата на основе L-цистеина показали его эффективность в связывании ацетальдегида в желудке, что может иметь канцерпротективный эффект. L-цистеин как натуральная аминокислота содержится в продуктах питания. Она является обычно используемой пищевой добавкой (E920) и одобрена Европейским управлением контроля безвредности пищевых продуктов (EFSA) в качестве пищевой добавки, подходящей как для взрослых, так и для детей. Кроме того, Управление по контролю качества продуктов и лекарств США (US FDA) сертифицировало L-цистеин, как GRAS (Generally Regarded as Safe, т.е. безопасное вещество).

На популяционном уровне с целью первичной профилактики рака желудочно-кишечного тракта традиционно рекомендуется отказ от курения, чрезмерного употребления алкоголя, снижение избыточной массы тела, ограничение в пище животных жиров, жареной пищи, хлорида натрия. В то же время кажущееся очевидным канцерпротективное действие растительной диеты не нашло подтверждения с позиций «доказательной медицины» [3].

Согласно данным Harvey Murff и сотрудников Гарвардского Университета, опубликованным в журнале «Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention», накапливается все больше свидетельств, подтверждающих, что люди, которые придерживаются диеты с повышенным содержанием омега-6 полиненасыщенных жирных кислот и низким омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, подвержены риску развития рака (в том числе — желудочно-кишечного тракта) на 95 % чаще, чем популяция в целом.

Полиненасыщенные жирные кислоты являются эссенциальными нутриентами. В зависимости от расположения ненасыщенной «двойной связи» в конформационной структуре молекулы полиненасыщенные жирные кислоты подразделяют на 2 основных семейства: омега-3 и омега-6. Полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 типа по сравнению с омега-6 более

длинные и более ненасыщенные. Основные пищевые источники полиненасыщенных жирных кислот омега-3 типа — рыба и нерыбные морепродукты (моллюски, ракообразные, водоросли), в которых из кислот данного семейства преобладают эйкозопентаеновая (C22:5) и докозагексаеновая (C24:6). Наиболее богата омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами рыба, обитающая в холодных морях. В продуктах не морского происхождения из омега-3 полиненасыщенных жирных кислот встречается, в основном, альфа-линоленовая кислота. Причем лишь единственный продукт — льняное масло содержит много альфа-линоленовой кислоты. Соответственно, употребить в пищу достаточное количество омега-3 полиненасыщенных жирных кислот можно только путем ежедневного включения в рацион достаточного количества рыбы, рыбьего жира и других морепродуктов. Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты представлены как продуктами функционального питания, биологически активными добавками к пище, так и высокоочищенными препаратами. Именно по применению последних в дозе 1–2 г в сутки с профилактической целью имеются публикации в научной литературе.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о существенно более низкой смертности от колоректального рака в Японии по сравнению с США, что связывают с употреблением японцами в пищу природных пребиотиков, способствующих нормализации кишечной микрофлоры. Этот факт и ряд экспериментальных исследований на животных позволяют говорить о целесообразности использования пребиотиков для профилактики колоректального рака [4].

Рациональным является изучение применения хемопрофилактики в группах высокого риска (аденоматозными полипами, отягощенным семейным анамнезом у кровных родственников первой и второй линии родства по колоректальному раку). Как хемопрофилактика у этих пациентов рассматривается применение нестероидных противовоспалительных средств, витаминов А, С, D, Е, кальций, фолиевая кислота. Препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин и др.) оказывают протективное действие у пациентов с язвенным колитом.

Таким образом, в настоящее время имеются новые сведения о потенциально эффективных средствах профилактики рака желудочно-кишечного тракта. На основании имеющихся сведений по хемопрофилактике рака желудочно-кишечного тракта мы в своей практике используем препараты висмута, урсодезоксихолевой кислоты, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот. Первые результаты подобных профилактических мер обнадеживают, но требуют накопления достаточного количества наблюдений для их подтверждения.

Несмотря на то, что Министерством здравоохранения Республики Беларусь утверждены отечественные «Алгоритмы диагностики, профилактического обследования, диспансерного наблюдения пациентов, имеющих наследственную предрасположенность к злокачественным новообразованиям» (И. В. Залуцкий, Н. Н. Антоненкова, Г. М. Порубова, 2007), регламентирующие открытие в областных онкологических диспансерах онкогенетических кабинетов, эти меры радикально не способны изменить проблему рака желудочно-кишечного тракта. Это объясняется тем, что наследственные онкогенетические синдромы, такие как семейный полипоз, являются причиной развития лишь от 3 до 10 % рака желудочно-кишечного тракта [5]. Поэтому основные надежды на профилактику рака желудочно-кишечного тракта связаны с направленной на канцерпревенцию работу терапевтов-гастроэнтерологов. Требуется дальнейшего изучения эффективности хемопрофилактики диспластических и метапластических изменений, аденоматозной трансформации слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, для чего необходимы многоцентровые клинические исследования, охватывающие значительные когорты пациентов из групп высокого риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Далидович, К. К. Предраковые состояния органов пищеварения. Формирование групп повышенного риска / К. К. Далидович. — М.: Технопринт, 1996. — 244 с.
2. Management of *Helicobacter pylori* infection — the Maastricht IV/Florence Consensus Report // GUT. — 2012. — Vol. 61. — P. 646–664.
3. Implementation of a 4-y, high fiber, high-fruit-and-vegetable, low-fat dietary intervention: results of dietary changes in the Polyp Prevention Trial / E. Lanza [et al.] // Am. J. Clin. Nutr. — 2001. — Vol. 74. — P. 387–401.
4. Мазо, В. К. // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол — 2007. — № 1. — С. 60–68.
5. Баранская, Е. К. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2002. — № 3. — С. 7–14.

УДК 616-003.96+616.8]-057.36

ОЦЕНКА АДАПТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ КАК ВАЖНОГО ФАКТОРА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОТБОРА

Полторан А. В., Глухарев Е. Л.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Каждый призывник проходит медицинское освидетельствование, где кроме физического здоровья изучается его морально-психологические качества, уровень образования, семейное положение. И в соответствии с результатами освидетельствования призывная комиссия принимает решение о прохождении им срочной военной службы.

При определении районной (городской) призывной комиссией предназначения гражданина для прохождения срочной военной службы, службы в резерве учитываются требования, предъявляемые к гражданам для прохождения военной службы в соответствующем виде (роде войск) Вооруженных Сил или других воинских формированиях. На момент освидетельствования призывники с низким уровнем нервно-психической устойчивости и адаптации часто компенсированы, но рамки приспособительной психической активности значительно сужены. Поэтому при проведении медицинского освидетельствования следует учитывать наличие граждан с данным комплексным свойством личности, так как они склонны к дезадаптации при длительном воздействии стрессовых факторов.

Дезадаптация может повлечь за собой нарушение нервно-психической устойчивости, повышение усталости, снижение болевого порога и даже неврологические и психические расстройства [1]. Данные нарушения возникают при длительном воздействии стрессогенных факторов и невозможности устранить их, что характерно для военной службы [2].

После призыва на срочную военную службу ряд военнослужащих при прохождении военно-врачебной комиссии признаются негодными к военной службе по причине дефектов медицинских осмотров в военных комиссариатах и несовершенстве проводимых психологических опросов. В структуре заболеваний военнослужащих срочной военной службы, уволенных из Вооруженных Сил в течение 3 мес. после призыва по состоянию здоровья, преобладают психические расстройства (рисунок 1).

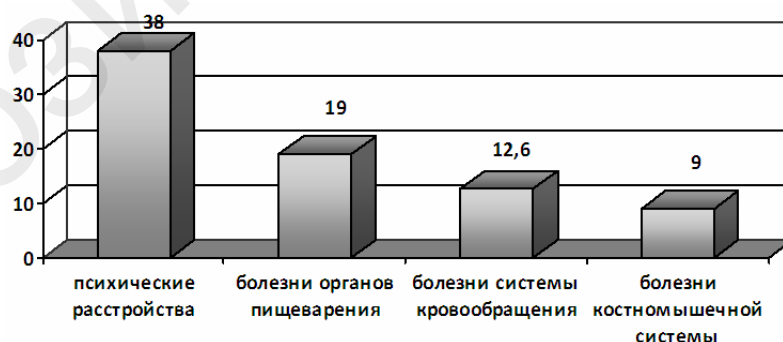


Рисунок 1 — Структура заболеваний военнослужащих срочной военной службы, уволенных по состоянию здоровья в 2010 г/ (%)

Дезадаптации способствуют такие личностные качества, как низкая самооценка, социальная робость, недоверчивость, фрустрированность.

Практическая значимость проблемы психологического обеспечения и оценки профессиональной адаптации военнослужащих вновь прибывшего пополнения к воинской службе, ее недостаточная теоретическая разработанность в военной психологии определили актуальность данного исследования.

Цель

Изучение адаптационной способности и нервно-психического потенциала военнослужащих, как фактора, влияющего на профессиональный психологический отбор в Вооруженных Силах.

Материалы и методы

Было проанкетировано состояние 88 военнослужащих войсковой части. Из них 15 человек были исключены из исследования ввиду низкой достоверности данных, что может говорить о стремлении военнослужащего соответствовать социально желаемому типу личности. Таким образом, выборка составила 73 чел., возраст которых был от 18 до 25 лет. Также провели опрос 35 курсантов, которые при поступлении в вуз проходили более строгий профессиональный психологический отбор (группа контроля). Все исследуемые имели первую группу здоровья. Исследование проводилось с помощью 3 психологических тестов:

- тест на уровень субъективного самоконтроля (УСК);
- шкала самооценки уровня тревожности;
- многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность».

Опросник УСК. Содержит семь шкал в виде перечня из 44 утверждений. Тест представляет собой психодиагностический инструмент, направленный на выявление показателей уровня субъективного контроля как качества, характеризующего склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним силам либо собственным способностям и усилиям.

Шкала самооценки уровня тревожности (Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина).

Личностная тревожность относительно стабильна и не связана с ситуацией, поскольку является свойством личности. Реактивная тревожность, наоборот, бывает вызвана какой-либо конкретной ситуацией.

Предлагаемый тест является надежным и информативным способом оценки уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности. В нашем исследовании мы оценивали только личностную тревожность, так как она является малоизменяемым фактором, влияющим на процесс адаптации.

Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (разработан А. Г. Маклаковым и С. В. Чермяниным) предназначен для оценки адаптационных возможностей личности с учетом социально-психологических и некоторых психофизиологических характеристик, отражающих обобщенные особенности нервно-психического и социального развития. Опросник содержит 165 вопросов и имеет следующие шкалы:

- достоверность (Д);
- нервно-психическая устойчивость (НПУ);
- коммуникативные способности (КС);
- моральная нормативность (МН);
- личностный адаптивный потенциал (ЛАП).

Также в общую анкету были включены данные о месте проживания (город или сельская местность) и составе семьи (полная или не полная).

Результаты исследования

Исследование показало, что процесс адаптации к условиям срочной службы у военнослужащих проходит не одинаково. Анализ теста МЛО «Адаптивность» показал, что 39,7 % военнослужащих и 11,4 % курсантов по параметру личностного адаптационного потенциала (ЛАП) относятся к группе низкой адаптации. Лица этой группы подвержены риску возникновения акцентуаций характера и некоторых признаков психопатий. Возможны нервно-психические срывы. Лица этой группы обладают более высоким риском возникновения нервно-психической неустойчивости в конфликтных ситуациях, могут допускать асоциальные поступки. Эта категория военнослужащих требует наблюдения психолога и врача (невролога, психиатра). По параметру нервно-психической устойчивости (НПУ) низкие показатели (1–3 стэны) были у 35,6 % военнослужащих и у 8,5 % курсантов. Для этой группы характерно: низкий уровень поведенческой регуляции, определенная

склонность к нервно-психическим срывам, отсутствие адекватности самооценки и реального восприятия действительности. Низкий уровень развития коммуникативных способностей (КС) был зарегистрирован у 15 % проанкетированных военнослужащих, а у курсантов этот показатель был на низком уровне лишь у 2,9 %. В свою очередь, уровень моральной нормативности (МН) был занижен у 45,2 % военнослужащих и у 5,7 % курсантов. Люди с низким уровнем моральной нормативности часто не могут адекватно оценить свое место и роль в коллективе, не стремятся соблюдать общепринятые нормы поведения. Проведя анализ результатов МЛО «Адаптивность» была выявлена группа, в которой все вышеперечисленные показатели были на низком уровне. Среди военнослужащих она составила 13,7 %, тогда как среди анкетированных курсантов такой группы выявить не удалось. Состояние этих военнослужащих вызывает тревогу и должно находиться под особым наблюдением психолога.

При сравнительном анализе теста УСК и шкалы тревожности Спилберга-Ханнина были получены следующие результаты:

- преимущественно экстрвертную направленность имели 94,5 % военнослужащих, а доля интровертов составила 5,5 %. Среди курсантов экстравертный локус контроля имели 25,7 %, интровертный — 74,3 %;
- уровень личностной тревожности распределился следующим образом: высокий уровень тревожности наблюдался у 19,2 % военнослужащих и у 11,5 % курсантов;
- в группе с низким уровнем личностного адаптивного потенциала доля проживающих в городской местности составила 65,5 %, тогда как жителей сельской местности только 34,5 %. Также распределились в этой группе показатели структуры семьи испытуемых: 65,5 % имели полные семьи, а 34,5 % неполные.

Таблица 1 — Сравнительный анализ адаптивных способностей и уровня личностной тревожности

Показатели	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Способность к адаптации	29 (39,7 %)	17 (23,3 %)	27 (37 %)
Высокий уровень личностной тревожности	13 (44,8 %)	1 (0,01 %)	0 (0 %)

Выводы

1. Способность к адаптации тесно связана с уровнем личностной тревожности.
2. При диагностике уровня адаптационных способностей и нервно-психической устойчивости необходимо обязательно измерять уровень личностной тревожности, как важного фактора адаптации, что зачастую не проводится при отборе молодого пополнения в военных комиссариатах.
3. Проведенные исследования показали целесообразность разработки и внедрения методов оценки скрытых дезадаптационных состояний у призывников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов, Р. Военная психология / Р. Абдурахманов. — М.: Вече, 1998. — 267 с.
2. Антипов, В. В. Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям / В. В. Антипов. — М.: Владос Пресс, 2002. — 138 с.
3. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. — СПб.: Питер, 2009. — 213 с.

УДК 577.161.2-022.252:616-039.4-037-084-053.2

ГИПОВИТАМИНОЗ Д У ДЕТЕЙ КАК СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМАЯ ПАТОЛОГИЯ: ЧАСТОТА, РИСКИ, ПРОФИЛАКТИКА

Почкайло А. С.

**Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь**

Гиповитаминоз Д у детей является широко распространенной и актуальной педиатрической проблемой во всем мире. Данные отечественных и зарубежных исследований

свидетельствуют о его распространенности в детской популяции, включая население граничащих с нашей республикой стран [1, 2, 3]. Например, дефицит витамина Д регистрируется у 92,2 % практически здоровых украинских детей в осеннее время года [3]. Актуальность и социальная значимость проблемы обусловлена влиянием гиповитаминоза Д на развитие ряда заболеваний, лидирующих по масштабу распространения, наносимому медицинскому и экономическому ущербу в мире [1, 2, 4].

Витамин Д — прогормон, необходимый для нормальной абсорбции кальция в кишечнике. До 90 % нужного организму суточного количества витамина синтезируется в коже под действием солнечного света из предшественников. Менее 10 % в норме поступает с пищей, причем перечень продуктов питания, богатых витамином Д, чрезвычайно скуден и неприемлем для потребления их в больших количествах. В последующем соединения витамина, поступающие из кожи и кишечника, подвергаются ряду метаболических превращений в печени и почках, многократно повышающих их активность. Примечательно, что уровень промежуточного метаболита (25-гидроксивитамина Д₃), образующегося на этапе между печенью и почками и циркулирующего в кровотоке, принято считать наиболее адекватным лабораторным маркером обеспеченности организма витамином Д. Активные метаболиты витамина Д, в итоге образовавшиеся в почках, вступают в многочисленные физиологические процессы, влияя на абсорбцию кальция в кишечнике и минерализацию костной ткани, пролиферацию клеток, состояние иммунитета и многое другое [1, 2, 4].

Не вызывает сомнения, что недостаточная обеспеченность организма витамином Д, обладающим столь разноплановым действием, ассоциирована с риском развития ряда патологических состояний. Наиболее широко известным следствием гиповитаминоза Д является рахит — заболевание детей раннего возраста, сопровождающееся нарушением фосфорно-кальциевого обмена и процессов оссификации. Сотни лет борьбы с этим заболеванием, современные диагностические и терапевтические возможности, к сожалению, не обеспечили его элиминацию — рахит и сегодня широко распространён в детской популяции, сменив лишь свою степень тяжести в пользу более легкой. Кроме того, подтверждена и продолжает изучаться тесная взаимосвязь витамина Д с развитием онкологических, сердечно-сосудистых, аллергических, иммунодефицитных, психических заболеваний, а также диабета, псориаза, множественного склероза, ревматоидного артрита, воспалительных заболеваний кишечника и другой патологии [1, 2, 4].

Одним из наиболее значимых перспективных рисков гиповитаминоза Д у детей является его влияние на заболеваемость остеопорозом во взрослой популяции. Современными исследованиями доказано, что риск развития, степень тяжести и сроки манифестации остеопороза и связанных с ним инвалидизирующих переломов во взрослом возрасте напрямую зависят от полноценности и своевременности формирования пиковой костной массы в детском возрасте. Пиковая костная масса — это тот генетически детерминированный максимальный уровень содержания минеральных веществ в скелете, которого ребёнку необходимо достичь в период интенсивного роста и которым будет обеспечиваться прочность скелета и костной ткани на протяжении последующей жизни. Формирование пиковой костной массы продолжается до 25-летнего возраста с максимальной интенсивностью этого процесса в периоды бурного роста ребенка — в раннем возрасте (до 3 лет), в период «полуторостового» скачка (5–7 лет) и особенно — в период полового развития (9–15 лет). Недостаточная обеспеченность детского организма витамином Д в это время крайне негативно сказывается на кишечной абсорбции основного пластического материала для костной ткани — кальция; правильное формирование скелета нарушается.

Важно отметить, что наличие целого ряда хронических заболеваний, наследственных нарушений, прием некоторых лекарственных препаратов способны индуцировать нарушения костного формирования, развитие дефицита костной массы и остеопороза у самого ребенка, уже в детском возрасте [4]. По данным российских коллег, распространенность нарушений костной минерализации среди здоровых детей составляет 2–3 %, достигая 10–12 % у детей с различной хронической патологией. До 25 % здоровых детей нахо-

дятся в группе риска по развитию таких нарушений [5]. Отечественные данные, полученные нами, во многом согласуются с зарубежными — до 2 % здоровых белорусских детей имеют дефицит костной массы; среди детей с хронической патологией (на примере хронических аллергических заболеваний) частота нарушений костной минерализации возрастает до 10 %. Стоит повторить, что уровень обеспеченности витамином Д детского организма — важнейший негативный (при дефиците), протективный (при нормальном его содержании) или профилактический (при назначении искусственной дотации витаминными препаратами) фактор развития подобных нарушений.

Следует подчеркнуть, что отрицательное влияние гиповитаминоза Д на метаболизм кальция в растущем организме усугубляется доказанным дефицитом кальция в питании современных детей. Данные многочисленных отечественных и зарубежных исследований свидетельствуют о чрезвычайно низком потреблении современными детьми продуктов (в первую очередь, молока и его производных) со значимым содержанием кальция. Очевидна также слабая распространённость в масштабах республики искусственного обогащения продуктов питания кальцием и витамином Д, что чрезвычайно популярно за рубежом, позиционируется в качестве национальных профилактических программ и подтвердило свою эффективность [4].

Развитию гиповитаминоза Д у детей способствует целый ряд факторов риска, оказывающих влияние на обеспеченность витамином Д здоровых и больных детей. В соответствии с поступлением и последовательностью метаболических превращений самого витамина в организме можно выделить этапность влияния этих факторов. На этапе поступления в организм наиболее важными факторами риска является недостаточная инсоляция в силу медицинских ограничений (например, при ревматических заболеваниях), географии проживания, темного цвета кожи, этнических и религиозных убеждений и привычек (ношение одежды, укрывающей все тело, нежелание подвергаться инсоляции и др.). К примеру, географическое положение Беларуси способствует достаточной для выработки витамина Д инсоляции на протяжении лишь 4–5 месяцев календарного года — с поздней весны до ранней осени. Заболевания кишечника, сопровождающиеся синдромом мальабсорбции, нарушением желчеобразования и желчеотделения, недостаточное потребление продуктов, богатых витамином Д, затрудняют снабжение им организма энтеральным путем. Наследственно обусловленные или приобретенные заболевания важных для метаболизма витамина органов — печени и почек, как и применение ряда лекарственных средств, безусловно, способны нарушать его активацию в организме. Наконец, ряд заболеваний сопровождается отсутствием или снижением чувствительности рецепторов к активным метаболитам витамина Д в органах и тканях, нарушением синтеза или взаимодействия важнейших регуляторов и ферментов метаболизма витамина Д. Все эти факторы негативно влияют на уровень обеспеченности витамином Д, способствуя развитию гиповитаминоза [1, 2].

Распространенность гиповитаминоза Д в детской популяции Беларуси до недавнего времени оставалась неопределенной, но в настоящее время является предметом активного изучения. На кафедре поликлинической педиатрии Белорусской медицинской академии последиplomного образования в рамках республиканского инновационного проекта проведено обследование практически здоровых детей в возрасте 5–18 лет.

Цель

Оценить обеспеченность детей витамином Д в осенне-зимний период года.

Методы исследования

Включено 70 детей I–II групп здоровья (мальчиков – 40, девочек – 30, возраст 5–17 лет), проживающих в Минске и Минской области. Средний возраст (Me [LQ:UQ]) обследованных составил 10,8 [7,8:12,8] лет. Содержание 25-гидроксивитамина Д₃ (25(OH)Д₃) в сыворотке крови оценивали методом иммуноэлектрохемилуминесценции (анализатор Cobas e 411, реагенты Roche Diagnostics) на базе Минского городского центра профилактики остеопороза. Забор крови осуществлен в осенне-зимний период 2011/2012 гг. Все обследованные пациенты в течение 3 месяцев до исследования не получали витамина Д с лекарственными препаратами, не подвергались естественной или искусственной инсоляции вне постоянного места жительства.

В соответствии с полученными нами результатами среднее содержание 25(ОН)D₃ в сыворотке обследованных составило 10,5 [6,0;15,6] нг/мл. У 92,9% (65/70) детей уровень витамина Д в сыворотке был менее 20 нг/мл, включая 34 ребёнка с уровнем менее 10 нг/мл, причем у 11 из этих 34 детей его содержание составило менее 4 нг/мл (ниже определяемых прибором значений). По существующим подходам минимальным содержанием витамина Д в крови для адекватного «костного здоровья» является его уровень выше 20 нг/мл [1, 2], что было зарегистрировано нами у 7,1 % (5/70) обследованных детей. В соответствии с мнением ряда экспертов, оптимальным для здоровья уровнем витамина Д является его содержание выше 32 нг/мл [1, 2], что не отмечено нами ни у одного ребёнка. Всем обследованным детям в зависимости от полученных результатов были даны профилактические и лечебные рекомендации, включая назначение изолированных и комбинированных с кальцием лекарственных препаратов витамина Д («Вигантол», «Кальций-Д₃» «Никомед», «Кальций-Д₃ Никомед Форте») в возрастной дозе. Предполагается оценка эффективности этих мероприятий в процессе последующего динамического наблюдения и контрольных обследований.

Таким образом, гиповитаминоз Д является чрезвычайно распространённой и актуальной педиатрической проблемой, в том числе и на национальном уровне, поскольку частота его в здоровой детской популяции Беларуси в осенне-зимний период года достигает 93 %. Существующий уровень знаний по проблеме, квалификация специалистов, диагностические и терапевтические возможности отечественного здравоохранения позволяют своевременно предупреждать, выявлять и корректировать это патологическое состояние, не допуская развития ассоциированных с этой патологией социально-значимых заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Vitamin D deficiency in children and its management: review of current knowledge and recommendations / M. Misra [et al.] // *Pediatrics*. — 2008. — № 122. — P. 398–417.
2. *Rovner, A. J.* Hypovitaminosis D among healthy children in the United States / A. J. Rovner, K. O. O'Brien // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* — 2008. — Vol. 162, № 6. — P. 513–519.
3. Vitamin D deficiency in children of Ukraine / V. V. Povoroznyuk [et al.] // *Osteoporos. Int.* — 2012. — № 23, Suppl 2. — P. 351.
4. Диагностика и лечение дефицита костной массы и остеопороза у детей: учеб.-метод. пособие / А. С. Почкайло [и др.]. — Минск, 2011. — 56 с.
5. Возможности костной рентгеновской денситометрии в клинической практике: метод. рекомендации / И. А. Скрипникова [и др.] // *Остеопороз и остеопатии*. — 2010. — № 2. — С. 2–8–40.

УДК 34:364:616-056.266(470+571)

ПРАВОВОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Радута В. И.

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы,
протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта
федерального медико-биологического агентства»
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Последние годы характеризуются ростом численности инвалидов в Российской Федерации, что является одним из ведущих негативных индикаторов общественного здоровья. В Российской Федерации в настоящее время насчитывается более 13 млн. инвалидов, что составляет около 9 % населения страны.

При анализе вопросов правовой регламентации отношений в области социальной защиты инвалидов в стране следует учитывать ряд моментов.

В соответствии с положениями части 4 статьи 15 Конституции общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы. Основным международно-правовым актом в области социальной защиты инвалидов является Конвенция «О правах инвалидов», утвер-

жденная Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. Эту Конвенцию Российская Федерация ратифицировала Федеральным законом от 3 мая 2012 г. N 46-ФЗ.

Государственная политика в отношении социальной защиты инвалидов в РФ направлена на обеспечение им равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод. Основопологающим законодательным актом является Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Вышеуказанный закон определяет компетенцию федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации в области социальной защиты инвалидов, обозначает основы медико-социальной экспертизы, реабилитации инвалидов, устанавливает права инвалидов по оказанию им медицинской помощи, обеспечению беспрепятственного доступа к информации, объектам социальной инфраструктуры, образования, труда и занятости, социально-бытового обслуживания, создания общественных объединений.

Помимо Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» права инвалидов устанавливает и ряд иных федеральных законодательных актов, регулирующих смежные с социальной защитой инвалидов отношения.

Так, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан, в частности, по предупреждению инвалидности, социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья.

Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. N 197-ФЗ устанавливает государственные гарантии трудовых прав и свобод граждан. Он содержит нормы, касающиеся прав инвалидов в части: сокращенной продолжительности рабочего времени (статья 92); неполного рабочего времени (статья 93); работы в ночное время (статья 96); привлечения к работе в выходные и нерабочие праздничные дни (статья 113); предоставления дополнительных отпусков (статья 128). Также закреплена обязанность работодателей создавать для инвалидов условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (статья 224).

Закон Российской Федерации от 10 июля 1992 г. N 3266-1 «Об образовании» устанавливает инвалидам льготы при поступлении в образовательные учреждения (статья 16). Нормы закона (статья 20) устанавливают возможность реализации профессиональных образовательных программ, в том числе для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов в специальных (коррекционных) учреждениях профессионального образования.

Нормы Федерального закона от 4 декабря 2007 г. N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (статья 31) предусматривают реализацию мер по развитию физической культуры и спорта инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья, адаптивной физической культуры и адаптивного спорта.

На законодательном уровне закреплены также вопросы социального обслуживания инвалидов. Федеральный закон от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» регулирует отношения в сфере социального обслуживания этих категорий граждан, устанавливает экономические, социальные и правовые гарантии для них, исходя из необходимости утверждения принципов человеколюбия и милосердия в обществе.

Федеральный закон от 15 декабря 2001 г. N 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации», Федеральный закон от 15 декабря 2001 г. N 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации», а также Федеральный закон от 17 декабря 2001 г. N 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» сформировали пенсионное законодательство, в соответствии с которым в Российской Федерации установлены следующие виды пенсий: трудовая пенсия по инвалидности; пенсия по старости; пенсия по инвалидности; социальная пенсия.

Ряд федеральных законодательных актов, устанавливающих правовой статус отдельных категорий граждан, также обозначает различные правовые гарантии, в том числе и инвалидам.

Федеральный закон от 12 января 1995 г. N 5-ФЗ «О ветеранах» устанавливает правовые гарантии социальной защиты ветеранов в Российской Федерации в целях создания условий, обеспечивающих им достойную жизнь, активную деятельность, почет и уважение в обществе, в том числе: ветеранам Великой Отечественной войны; ветеранам боевых действий; инвалидам Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий; ветеранам военной и государственной службы; ветеранам труда.

Федеральный закон от 24 июля 1998 г. N 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» устанавливает основные гарантии прав и законных интересов ребенка, в том числе детей-инвалидов в целях создания правовых, социально-экономических условий для реализации прав и законных интересов ребенка.

Федеральный закон от 27 мая 1998 г. N 76-ФЗ «О статусе военнослужащих» определяет основы государственной политики в области правовой и социальной защиты военнослужащих, ставших инвалидами, уволенных с военной службы.

Говоря о правовом статусе инвалидов, следует отметить также правовой статус лиц, пострадавших от различного рода техногенных катастроф:

— граждане Российской Федерации, оказавшиеся в зоне влияния неблагоприятных факторов, возникших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС 26 апреля 1986 г., либо принимавших участие в ликвидации последствий этой катастрофы (Закон Российской Федерации от 15 мая 1991 г. N 1244-I «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС»);

— граждане Российской Федерации, подвергшиеся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне (Федеральный закон от 10 января 2002 г. N 2-ФЗ «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне»);

— граждане, принимавшие в 1959–1961 гг. непосредственное участие в работах по ликвидации последствий аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк», а также граждане, занятые на работах по проведению защитных мероприятий и реабилитации радиоактивно загрязненных территорий вдоль реки Теча в 1957–1962 гг. (Федеральный закон от 26 ноября 1998 г. N 175-ФЗ «О социальной защите граждан Российской Федерации, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 г. на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча»).

Реализация государственной политики в Российской Федерации в последнее время осуществляется, главным образом, программно-целевым методом. Основным программным документом в отношении инвалидов является государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2015 гг., утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 17 марта 2011 г. N 175. Прогнозируемый объем финансирования мероприятий программы в 2011–2015 годах составит 46888,33 млн. рублей.

В рамках присоединения Российской Федерации к Конвенции «О правах инвалидов» на федеральном уровне осуществлялась законопроектная деятельность по внесению изменений в отдельные законодательные акты по вопросам социальной защиты инвалидов.

Разработчиками законопроектов поднимались вопросы совершенствования законодательства в части кодификации социально-значимых категорий инвалидности в зависимости от вида и тяжести ограничений жизнедеятельности, технического регулирования в области реабилитации инвалидов, деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов к информации, объектам социальной инфраструктуры, организации статистического наблюдения за социально-экономическим положением инвалидов и их демографическим составом (ведение федерального реестра инвалидов).

УДК 616-036.82-056.266(470+571)

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Радькова Е. А., Чернова Г. И., Свинцов А. А.

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-практический центр
медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации
инвалидов им. Г.А. Альбрехта Федерального медико-биологического агентства»
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Одним из приоритетных направлений государственной политики Российской Федерации в области инвалидности является повышение эффективности реабилитационных мероприятий, которые, в соответствии со ст. 9 ФЗ № 181 от 24.11.1995 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

Основным механизмом осуществления реабилитации инвалидов является индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР), которая является комплексом оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающим отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способности инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Оценка результатов проведения мероприятий, рекомендованных в ИПР, осуществляемая при переосвидетельствовании инвалидов, позволяет анализировать реализацию рекомендуемых реабилитационных мероприятий, выявлять тенденции, планировать потребность инвалидов в конкретных реабилитационных мероприятиях, услугах, технических средствах реабилитации.

Целью работы явилась оценка эффективности реализации программ реабилитации инвалидов по данным заключений о выполнении ИПР инвалидов, выданных учреждениями медико-социальной экспертизы при переосвидетельствовании инвалидов в 2010 г.

Для реализации поставленной цели был выполнен анализ материалов федерального государственного статистического наблюдения по сведениям о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше за 2010 г. В работе использованы системный и комплексный анализ и методы: математико-статистический, выкопировки данных из документов с применением современных информационных технологий.

В 2010 г. в Российской Федерации учреждениями медико-социальной экспертизы всего было выдано 1859894 заключений о выполнении индивидуальных программ реабилитации инвалидов, в том числе с положительными результатами реабилитации — 784539 (42,2 %)

При анализе эффективности реализации ИПР установлено, что в результате выполнения программ медицинской реабилитации достигнута полная или частичная компенсация утраченных функций в 23,1 % случаев, восстановлены нарушенные функции полностью или частично — в 12,3 % случаев.

Положительные результаты реализации программ профессиональной реабилитации были отмечены в 15,8 % заключений о выполнении ИПР, из них получена новая профессия в 0,7 % случаев, повышена квалификация — в 0,3 % случаев; повышен уровень общего (профессионального) образования — в 1,0 % случаев; подобрано подходящее рабочее место — в 5,8 % случаев; создано специальное рабочее место — в 1,1 % случаев; обеспечена занятость — в 6,9 % случаев.

Анализ эффективности реализации программ социальной реабилитации позволил установить, что полная или частичная способность к самообслуживанию в 2010 г. достигнута в 18,0 % случаев, возможность самостоятельного проживания — в 10,4% случаев, обеспечена интеграция в семью и общество — в 13,9 % случаев.

Полученные данные демонстрируют более эффективную реализацию программ медицинской и социальной реабилитации, что связано с высокой мотивацией инвалидов в их получении, своевременным обращением инвалидов за реабилитационными мероприятиями, большими возможностями лечебных учреждений и реабилитационных центров, хорошим качеством оказываемых услуг. Следует отметить низкий уровень выполнения программы профессиональной реабилитации, что связано с отсутствием мотивации у работодателей создавать необходимые условия труда для лиц с ограниченными возможностями, низкой заработной платой вакансий, предлагаемых в центрах занятости населения. В целом показатели реализации медицинской, профессиональной социальной программ реабилитации в Российской Федерации остаются низкими, что свидетельствует об актуальности проблемы совершенствования условий и порядка предоставления услуг в сфере медико-социальной экспертизы и реабилитации, в частности, развития и доступности сети реабилитационных учреждений, качественной работы исполнителей реабилитационных мероприятий, эффективного межведомственного взаимодействия учреждений медико-социальной экспертизы и организаций, осуществляющих реабилитацию инвалидов.

Основные направления государственной политики в решении перечисленных проблем отражены в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г. и предусмотрены Основными направлениями деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 г. В 2008 г. Российская Федерация подписала, а в 2012 г. — ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов, что создаст дополнительные гарантии обеспечения, защиты и развития социальных и экономических прав инвалидов, а также послужит ориентиром для дальнейшего совершенствования правового регулирования и практической деятельности в сфере социальной защиты и реабилитации инвалидов. Комплексное и системное решение проблем совершенствования медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов предусмотрено государственной программой Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2015 гг.

УДК 614.31:633]-074

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАТУЛИНА В СВЕЖИХ ЯГОДАХ, ПЛОДАХ, ОВОЩАХ, ФРУКТАХ

*Резникова Л. Г., Бельшева Л. Л., Шуляковская О. В.,
Фурс С. Ф., Башун Т. В.*

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр гигиены»
Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь**

Используемый в лабораторной практике центров гигиены и эпидемиологии метод определения микотоксина патулина, описанный в ГОСТе 28038–89 (Продукты переработки плодов и овощей), распространяется на продукты переработки плодов и овощей. Однако он не распространяется на свежие фрукты, ягоды и овощи, которые являются основой для создания предприятиями-изготовителями фруктового и овощного детского питания. Именно предприятиям-поставщикам необходим контроль такого сырья. Таким образом, в связи с необходимостью определения патулина в свежем сырье, осуществлена валидация метода, описанного в ГОСТе 28038–89.

Как известно, перед началом валидирования методики необходимо прописать этапы осуществления стандартной операционной процедуры (СОП) по определению патулина в свежих ягодах, плодах, овощах, фруктах, в основу которой положен ГОСТ 28038–89.

В СОП описаны:

1. Область применения.
2. Сущность метода.

3. Средства измерений, вспомогательные устройства, реактивы и материалы.
4. Условия выполнения измерений.
5. Подготовка измерительной аппаратуры.
6. Приготовление вспомогательных и градуировочных растворов, приготовление подвижной фазы.
7. Установление градуировочной характеристики.
8. Построение градуировочного графика.
9. Проведение анализа.
10. Выполнение измерений.

Из ГСО раствора патулина концентрацией $9,8 \text{ мкг/см}^3$ были приготовлены градуировочные растворы с концентрациями $0,196$; $0,098$; $0,049$ и $0,0245 \text{ мкг/см}^3$.

Хроматографирование осуществлялось на колонке Zorbax RX-C8 размером $4,6 \text{ мм} \times 250 \text{ мм}$, зернение 5 мкм при следующих условиях:

Объем вводимой пробы	—	20 мкл.
Условия подачи подвижной фазы	—	градиентное элюирование.
Температура колонки	—	$35 \text{ }^\circ\text{C}$.
Длина волны детектирования	—	278 нм .
Ширина оптической щели	—	20 нм .

Подвижная фаза состоит из ацетонитрила и воды, которые смешиваются в различном процентном соотношении: количество ацетонитрила изменяется от 4 до 90 %. Подвижная фаза подается в градиентном режиме элюирования по следующей схеме:

Время, мин.	Количество ацетонитрила, %	Скорость подачи ПФ
0	4	0,5
11	25	0,6
15	90	0,6
20	25	0,6
25	4	0,5

Следующим этапом работы являлось валидирование методики.

Как известно, валидация — это представление объективных доказательств того, что метод работает верно.

Целью валидации является установление прецизионности и точности измерений по определению содержания патулина, выполняемых в соответствии со стандартной операционной процедурой.

Для установления линейности метода готовились 4 серии градуировочных растворов патулина в соответствии с СОП. Каждый градуировочный раствор подвергался хроматографическому анализу трижды.

По полученным результатам построен градуировочный график. Коэффициент корреляции составил $0,9997$, что удовлетворяет критериям линейности.

Показатели прецизионности (повторяемость и промежуточная прецизионность) определялись на основе набранных статистических данных по результатам анализа образцов рабочих проб следующих продуктов с тремя уровнями концентраций:

- клубника свежая (содержание патулина $0,008 \text{ мг/кг}$);
- яблоки (содержание патулина $0,022 \text{ мг/кг}$);
- морковь (содержание патулина $0,058 \text{ мг/кг}$).

Проведено по 15 определений ($n = 2$), выполненных с двумя изменяющимися факторами: время, оператор. Затем для каждой части диапазона были проведены статистические исследования прецизионности.

В таблице 1 представлены установленные значения повторяемости и промежуточной прецизионности СОП по определению патулина.

Таблица 1 — Установленные значения показателей повторяемости, промежуточной прецизионности, пределов повторяемости и промежуточной прецизионности СОП по определению патулина

Диапазон, мг/кг	$S_r, \%$	$S_{I(ТО)}, \%$	$r, \%$	$r_{I(ТО)}, \%$
0,005–0,050	6,0	6,2	16,8	17,4

Точность результатов, получаемых по данной методике, исследовалась путем анализа пробы сока моркови с известной добавкой патулина в условиях повторяемости. Добавка патулина в виде раствора стандартного вещества концентрации $9,8 \text{ мкг/см}^3$ вносилась непосредственно в пробу, которая затем подвергалась исследованию в соответствии с СОП. Точность определения (степень извлечения) составила 97 %.

Следующей стадией валидации является расчет неопределенности измерений, результаты которого представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Бюджет неопределенности измерений патулина

Источник неопределенности	Тип оценки	Относительная стандартная неопределенность, %	
Повторяемость результатов измерений массовой концентрации патулина в пробе	A	$u_{(Грер)}$	4,25
Обработка пробы	B	$u_{п}$	0,93
Извлечение	A	$u_{(Rec)}$	3,45
Построение и использование градуировочной характеристики	A	$u_{ГХ}$	19,0
Суммарная стандартная неопределенность ^{*)}		u_c	19,8
Расширенная неопределенность ($k=2$)		U	39,6

^{*)} Суммарная стандартная неопределенность вычисляется по формуле: $u_c = \sqrt{\sum u_i^2}$

Таким образом, в результате проведения валидационных испытаний установлены следующие метрологические характеристики методики определения патулина в свежих ягодах, плодах, овощах, фруктах:

1. Диапазон определяемых концентраций 0,005–0,050 мг/кг.
2. Нижний предел измерения методики (LOQ) составляет 0,005 мг/кг.
3. Показатель повторяемости s_r — 6,0 %.
4. Показатель промежуточной прецизионности $s_{I(ТО)}$ — 6,2 %.
5. Предел повторяемости (для двух результатов параллельных определений) r — 16,8 %.
6. Предел промежуточной прецизионности (для 2-х результатов анализа) $r_{I(ТО)}$ — 17,4 %.
7. Точность определения (степень извлечения) составляет 97 %.
8. Смещение метода незначимо.
9. Расширенная неопределенность ($k = 2$) для нижней точки диапазона измерений U — 39,6 %.

УДК: 616.71-007.234-616-001.5+611.982-036 (476.2)

ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА У НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И БЛИЖАЙШИЙ ПРОГНОЗ

Романов Г. Н.

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь

Остеопороз и связанные с ним переломы относятся к одной из наиболее часто встречающихся возраст-ассоциированных патологий. Отсутствие выраженной клинической симптоматики при остеопорозе влечет за собой позднюю диагностику и несвоевременно

назначенное лечение. В связи с общей тенденцией старения населения данная проблема является весьма актуальной для здравоохранения.

Цель

Составление прогноза количества остеопоротических переломов проксимального отдела бедра (ПОБ) у населения Гомельской области на период до 2020 г.

Методы исследования

Для решения поставленных задач применен метод передвижки возрастных групп в демографии с использованием методики актуарной математики [1, с. 67; 2, с. 31]. Расчет прогнозных показателей проводился с помощью вычисления коэффициента дожития на 10 лет для Гомельской области по формуле 1:

$$p(n,+10) = N(n,20XX) / N(n-10,(20XX-10)), \quad (1)$$

где p — коэффициент дожития на 10 лет;

n — количество населения в определенном возрастном диапазоне;

$N(n,20XX)$ — количество населения в возрастном диапазоне n в 20XX году;

$N(n-10,(20XX-10))$ — количество населения в возрастном диапазоне $n-10$ в (20XX-10) году.

Расчет прогноза количества остеопоротических переломов у населения Гомельской области проводился в два этапа. На первом этапе использованы данные по количеству переломов ПОБ в г. Гомеле, Гомельском районе, г. Мозыре и Мозырском районе, а также г. Чечерске и Чечерском районе. В рамках исследования проведена верификация всех низкотравматических переломов ПОБ у мужчин и женщин в возрасте старше 50 лет в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях указанных регионов. Для получения более достоверных показателей первичной заболеваемости подсчет случаев перелома проводился за 2008–2010 гг. Изучение количества переломов проведено в 2-х случайно выбранных районах Гомельской области (Чечерский и Мозырский), так как эти 2 района имеют разную численность населения и территориально удалены друг от друга. Далее проведен расчет суммарного количества населения указанных регионов за 2008–2010 гг. на 01 января 2009–2011 гг. Суммировав абсолютное число случаев переломов ПОБ, выявленных впервые в 2008–2010 гг. и разделив на данные по численности населения г. Гомеля, Гомельского, Чечерского и Мозырского районов на 01 января года, следующего за анализируемым, получили средние показатели первичной заболеваемости на 100 тыс. населения по возрастным периодам для мужчин и женщин, которые составили: в возрасте 50–54 года — 35,3 и 14,7, в возрасте 55–59 лет — 75,6 и 19,0, в возрасте 60–64 года — 68,4 и 49,4, в возрасте 65–69 лет — 97,4 и 77,3, в возрасте 70–74 года — 161,5 и 165,2, в возрасте 75–79 лет — 220,5 и 225,6 и в возрасте старше 80 лет — 319,2 и 525,5 соответственно.

На 2-м этапе исследования проведены расчеты прогноза мужского и женского населения Гомельской области на период до 2020 г. Для этой цели за основу расчета приняты данные Гомельского областного статистического комитета по численности мужского и женского населения за период с 2000 по 2010 гг. Расчет прогноза населения до 2020 г. проведен с помощью вычисления коэффициента дожития на 10 лет для Гомельской области по формуле 1. Коэффициенты дожития на 10 лет для мужчин и женщин Гомельской области по возрастным периодам составили: в возрасте 50–54 года — 0,869 и 0,953, в возрасте 55–59 лет — 0,827 и 0,946, в возрасте 60–64 года — 0,766 и 0,920, в возрасте 65–69 лет — 0,661 и 0,867, в возрасте 70–74 года — 0,576 и 0,800, в возрасте 75–79 лет — 0,458 и 0,679 и в возрасте старше 80 лет — 0,465 и 0,814 соответственно.

Получив коэффициенты дожития для мужчин и женщин, можно рассчитать прогнозные показатели количества мужского и женского населения Гомельской области на 10-летний период с округлением до сотни по следующей формуле 2:

$$N(n,20XX) = N(n-10,(20XX-10)) \times p(n,+10) \quad (2)$$

где:

$N(n,20XX)$ — прогнозируемое количество населения в возрастном периоде n в 20XX году;

$N(n-10,(20XX-10))$ — реальное количество населения в возрастном периоде ($n-10$) в (20XX-10) году;

$p(n,+10)$ — 10-летний коэффициент дожития для возрастного периода n .

Для проверки точности прогноза применен метод оценки погрешности по стандартной формуле 3:

$$\delta(n) = 100 \times (\text{прогноз} - \text{реальное количество населения}) / \text{прогноз} \quad (3)$$

В качестве сравнения использованы официальные статистические данные по количеству населения в 2011 г. По результатам оценки погрешность прогноза в разных возрастных периодах не превысила 5 %, что является допустимой ошибкой для 10-летнего прогнозирования.

Таким образом, получены данные о динамике населения Гомельской области в возрасте старше 50 лет на период до 2020 г. (рисунок 1).

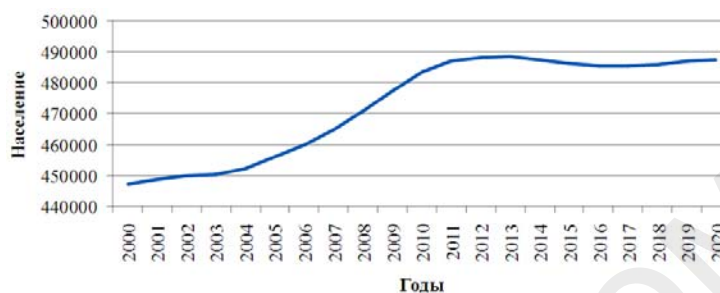


Рисунок 1 — Динамика численности населения Гомельской области в возрасте старше 50 лет на период до 2020 г.

Согласно полученным данным, к 2012–2013 гг. в Гомельской области прогнозируется пик численности населения в возрасте старше 50 лет с последующей стабилизацией без тенденции к снижению. Данный прогноз необходимо учитывать при организации медицинской помощи пожилым людям и при планировании профилактических мероприятий по предупреждению развития и прогрессирования возраст-ассоциированной патологии. Для более полного анализа проведена повозрастная оценка численности мужского и женского населения Гомельской области по состоянию на 2000 год и по данным прогноза на 2020 год. Согласно полученным данным, к 2020 году следует ожидать увеличение количества как женщин, так и мужчин в возрасте 55–59 лет и старше 80 лет.

На основании прогноза количества населения и с учетом показателей первичной заболеваемости было рассчитано ожидаемое ежегодное количество новых случаев остеопоротических переломов ПОВ у лиц обоего пола в различных возрастных периодах. Согласно полученным прогнозным показателям, в ближайшие 10 лет у женщин ожидается некоторое незначительное снижение абсолютного количества переломов ПОВ к 2015–2016 гг. В дальнейшем прослеживается тенденция к увеличению количества переломов, которое составит около 370 новых случаев в 2020 году. Среди мужской популяции количество переломов ПОВ стабилизируется к 2014 году на уровне около 185 случаев, и эта тенденция сохранится до 2020 года. Для организации лечебно-профилактических мероприятий с наибольшей эффективностью необходимо знать, в какой возрастной категории ожидается наибольшее увеличение количества переломов ПОВ. С этой целью проведен анализ динамики переломов ПОВ по годам у пациентов в возрастном интервале 10 лет (рисунок 2).

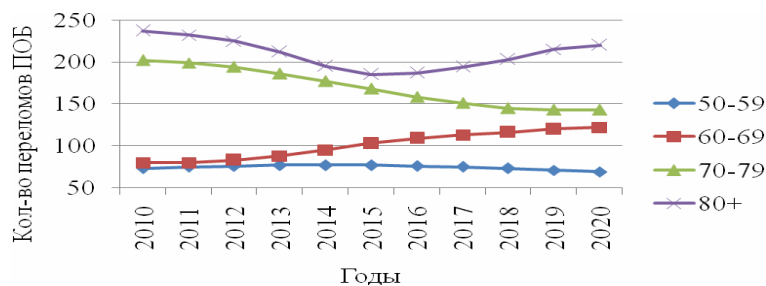


Рисунок 2 — Прогнозируемая динамика количества переломов ПОВ у населения Гомельской области по возрастным периодам

Как видно на рисунке 2, к 2020 г. ожидается увеличение количества переломов ПОБ у населения Гомельской области в возрастной группе 60–69 лет. Ввиду прогнозируемого снижения населения к 2020 г. в возрасте 70–79 лет, ожидается и уменьшение количества переломов в указанном возрастном диапазоне. Практически неизменным на протяжении ближайших 10 лет останется количество переломов ПОБ у пациентов в возрасте 50–59 лет. Кроме этого, необходимо отметить разнонаправленную тенденцию по количеству остеопоротических переломов в возрастной группе старше 80 лет. Этой категории населения необходимо уделить особое внимание ввиду наибольшего абсолютного количества ожидаемых переломов и тенденции к прямолинейному росту, начиная с 2015 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Назаров, А. А. Метод передвижки возрастных групп в демографии и его приложения / А. А. Назаров, М. Г. Носова // Вестник Томского государственного университета. — 2009. — №3 (8). — С. 67–74.
2. Фалин, Г. И. Характеристики продолжительности жизни / Г. И. Фалин, А. И. Фалин // Актуарная математика в задачах. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ФИЗМАТЛИТ, 2003. — С. 31–33.

УДК 613.81:378.4–057.875

ОТНОШЕНИЕ К УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ СТАРШЕКУРСНИКОВ

Савош И. А., Пивоварчик А. С., Тищенко Е. М.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

В последнее время изменяются социальные стереотипы, бытующие в молодежной среде. Курение, употребление пива и слабоалкогольных напитков становятся атрибутом молодежи. При этом в молодом возрасте формируются пожизненные социальные навыки, включая отношение к здоровью, которые, в свою очередь, составляют основу качества жизни, связанного со здоровьем в последующем [1, 2].

С целью уточнить механизм приобщения молодежи к потреблению алкоголя, установить, какие факторы оказывают влияние на этот процесс, выявить особенности отношения к спиртным напиткам в молодом возрасте в 2010 г. было опрошено 188 студентов выпускного курса лечебного факультета одного из медицинских университетов. Анкета разработана на основе опросника кафедры общественной медицины Университета Медицинского им. К. Марцинковского в Познани «Kwestionariusz ankiety dotyczacej konsumpcji napojow alkoholowych i aktywnosci fizycznej» (2006).

Возраст опрошенных студентов колебался от 22 до 26 лет. Основная доля шестикурсников (46,43 %) имела в момент опроса возраст 23 года, 34,52 % — 22 года, 13,1 % — 24 года. В числе респондентов было 58 юношей (31 %), 130 девушек (69 %).

Каждый пятый анкетированный до поступления проживал в областном центре, около 16 % опрошенных — жители районного центра, 36 % — жители села.

Большинство респондентов (58,33 %) проживали в общежитии коридорного типа, 15,48 % — в общежитии блочного типа, 19,05 % — в собственной квартире и в снимаемой собственной комнате, 7,14 % — в собственном доме.

Почти у половины опрошенных (49,2 %) мать имеет высшее образование, у 32 % — профессиональное, 18,8 % — среднее. Высшее образование у отца отмечено у 41,6 % опрошенных, у 34,1 % — профессиональное, 24,3 % — среднее.

Материальное положение своей семьи 50,2 % анкетированных оценивают как хорошее, как среднее — 30,7 % респондентов, 9,3 % — как очень хорошее, 7,6 % — как трудное, около 1,7 % — как очень трудное.

Абсолютное большинство респондентов (97,6 %) имели опыт осознанного употребления спиртных напитков. Средний возраст первого употребления спиртного составил $15,4 \pm 0,48$ лет.

Почти для половины (49 %) шестикурсников первым спиртным напитком было шампанское. Каждый 4–5-й (21,8 %) впервые попробовал пиво, примерно столько же (19,6 %) — вино. Для 5,5 % респондентов таким напитком была водка.

В качестве места, где впервые была проба алкоголя, и условий, в которых это произошло, почти 1/3 анкетированных выбрали вариант ответа «в клубе», 2/3 — на семейном торжестве (дома), причем 1/4 из них — во время празднования нового года. 19,04 % выпили алкоголь впервые у друга (подруги), 6,1 % — на свадьбе, 4,5 % — на улице, во дворе.

В первый раз алкоголь был предложен родителями — 28,24 %, друзьями — 16,29 %, родственниками — 9,07 %. Большинство — 46,4 % попробовали спиртное самостоятельно, по собственной инициативе.

Абсолютное большинство респондентов (89,6 %) не испытывали каких-либо проблем при первой пробе алкоголя. Лишь небольшое количество опрошенных ощутили головокружение (4,2 %), тошноту (2,6 %), головную боль (1,7 %), менее 1 % выбрали варианты ответа «рвота», «насморк, простуда», «кратковременная потеря памяти («затемнение»)). Почти 92,6 % опрошенных не имели каких-либо проблем с родителями после первой пробы алкоголя. Единицы отвечали: «Запретили гулять», «Ссора», «Наказание», «Беседа».

подавляющее большинство опрошенных (84,52 %) положительно ответили на вопрос о том, употребляли ли они какой-либо алкогольный напиток в течение последних 30 дней. Для 36,1 % респондентов это было пиво, для 33,3 % — вино, для 28,6 % — водка. Частота употребления алкоголя в последний месяц варьировала. Так 15,48% не употребляли спиртное в течение последнего месяца. Треть употребляли алкоголь 1–2 раза в течение последнего месяца, 14,3 % — несколько раз в месяц (3–4 раза), 16,67 % — два раза в неделю, 13,1 % — 1 раз в неделю.

Ни у одного из опрошенных спиртное не привело к пробе наркотика. Почти у каждого 4-го употребление алкоголя привело к пробе курения. В целом, действия, о которых спрашиваемый впоследствии сожалел, были спровоцированы алкоголем у 17,86 % респондентов.

Почти половина опрошенных (43,4 %) сожалели когда-либо о том, что выпивали. Две трети (около 62,5 %) задумывались о последствиях употребления алкоголя.

Несмотря на сожаление, только четверть опрошенных ограничивают употребление спиртного. На вопрос, почему продолжают употреблять спиртное, респонденты отвечают: «Так получается», «Чтобы расслабиться», «За компанию», «По праздникам», «Потому, что нравится».

Около 41,4 % опрошенных встречали когда-либо антиалкогольную рекламу, 52 % — критику употребления алкоголя, 10,7 % — антиалкогольную памятку, 15,3 % — антиалкогольный плакат.

Таким образом, меры, направленные на снижение распространения алкоголя среди молодежи, высоко актуальны. В связи с чем, нужны меры по работе с семьей. Для этого необходимо изменение социальных норм: формирование установки на здоровый образ жизни, атмосферы общественного осуждения пьянства в семье и коллективе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Протьюко, Н. Н. Поведенческие риски и качество жизни / Н. Н. Протьюко // Гигиена, эпидемиология и организация здравоохранения. — 2005. — № 9. — С. 16–18.
2. Ferguson (Anderson), G. M. Self-esteem among Jamaican children: exploring the impact of skin color and rural/ urban residence / G. M. Ferguson (Anderson), P. Cramer // Journal of Applied Developmental Psychopathology. — 2007. — № 28. — P. 345–359.

УДК 616.72-002:616.517:616.71-007.234-039.4

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ — ПУТЬ К ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА

Самоховец О. Ю.

Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь

Последние десятилетия XX в. показали, что болезни костей и суставов занимают все больший удельный вес среди заболеваний людей старше 50 лет. Наличие патологии костно-суставного аппарата существенно ухудшает качество их жизни из-за постоянных болей и нарушения функциональной активности, отягощая тем самым жизнь не только самого

больного, но и его семьи, и общества в целом. Поэтому у экспертов Всемирной организации здравоохранения возникла идея организации борьбы с этими патологическими состояниями и разработки эффективных методов лечения и профилактики, в связи с чем 1-е 10-летие XXI в. было провозглашено Декадой костей и суставов («Bone and Joint Decade, 2000–2010»). По данным Всемирной организации здравоохранения, метаболические заболевания скелета занимают четвертое место по значимости среди неинфекционных патологий. Среди заболеваний костно-мышечной системы особое место отводится остеопорозу.

Остеопороз — заболевание, характеризующееся низкой массой кости и микроструктурной перестройкой костной ткани, что ведет к повышенной ломкости кости и, как следствие, к увеличению риска переломов [1, с. 12]. В течение последних лет ОП рассматривается как одна из актуальных проблем современной ревматологии. Это обусловлено широкой распространенностью ОП и связанных с ним компрессионных переломов позвонков и проксимального отдела бедренных костей, частой инвалидизацией больных, смертностью, а также большими социально-экономическими потерями для общества и государства. Механизм развития ОП состоит в нарушении процессов костного ремоделирования: костной резорбции и костеобразования. Скорость потери костной массы и увеличение уровня биохимических маркеров костной резорбции является индикатором системного катаболического процесса, отражающего активность воспаления, исследование которого в динамике имеет большое клиническое и прогностическое значение [2].

Изучению ОП при ревматических заболеваниях посвящены многочисленные научные работы, в том числе крупные проспективные когортные исследования, большое количество метаанализов, систематических обзоров, выполненных в последние годы с целью определения факторов риска развития данного заболевания и риска возникновения остеопоротических переломов.

Это обусловлено тем, что именно воспалительные ревматические заболевания в клиническом отношении представляют наиболее тяжелые формы хронической воспалительной патологии человека. Особенно большой интерес вызывает изучение ОП при псориатическом артрите.

Псориатический артрит (ПсА) — хроническое системное деструктивное прогрессирующее заболевание, ассоциированное с псориазом, входящее в группу серонегативных спондилоартритов, приводящее к развитию эрозивного артрита, костной резорбции, множественных энтезитов, спондилоартрита и сакроилеита, с одинаковой частотой встречающееся у мужчин и женщин, отрицательное по ревматоидному фактору и анти-CCP [3, с. 197].

Псориатический артрит развивается у лиц трудоспособного возраста и способствует ранней инвалидизации этих пациентов, которая обычно отмечается уже в течение первых 5 лет болезни, что имеет важное социально-экономическое значение. Распространенность ОП при этом заболевании мало изучена, а механизм его развития до сих пор не выяснен. Предполагается, что в патогенезе ОП при ПсА может играть роль тяжесть заболевания, возраст пациента, хроническое аутоиммунное воспаление [4]. Многие авторы считают, что основными факторами риска развития ОП являются применение глюкокортикостероидов и других противовоспалительных препаратов [5]. В то же время очевидно, что ПсА приводит к снижению физической активности больных, что позволяет рассматривать функциональную недостаточность как один из основных факторов риска развития ОП.

Пациенты с ПсА предъявляют жалобы не только на выраженный суставной синдром, но и на боли в трубчатых костях и позвоночнике. Можно предположить, что сопутствующий ОП может усиливать болевой синдром и способствовать прогрессированию заболевания.

Цель

Оценить минеральную плотность костной ткани (МПКТ) и частоту встречаемости низкой МПКТ у больных ПсА.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 52 пациента (32 женщины, средний возраст составил $48,8 \pm 2,7$ года, и 20 мужчин, средний возраст $48,7 \pm 4,9$ года, длительность заболевания $10,6 \pm 3,3$ года) с достоверным диагнозом ПсА. Всем обследованным оценивали МПКТ в перед-

незадней проекции поясничных позвонков (L1–L4) и обеих шейках бедренных костей методом двухэнергетической рентгеновской адсорбциометрии (DRA) на аппарате Lunar Prodigy Advance (США) с программным обеспечением CORE v8.5. Критериями исключения были наличие состояний и (или) прием лекарственных препаратов, приводящих к развитию вторичного остеопороза (кроме ПсА), менопауза более 2 лет. Для статистического анализа данных использовался пакет «Statistica», 6.0 (Stat Soft, США) и MS Office Excel, 2007. Соответствие распределения признаков закону нормального распределения устанавливали критерием Шапиро-Уилка; при уровне значимости $p < 0,05$ распределение считали отличающимся от нормального. Количественные параметры в зависимости от вида распределения представляли в виде среднего значения (M) и среднего квадратического отклонения (s) либо в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (LQ/UQ). Критическим уровнем значимости при проверке статистических гипотез принимали $p < 0,05$.

Результаты

Низкая МПКТ поясничного отдела позвоночника у пациентов с ПсА выявлена у 7 (35 %) мужчин и составила 1,075 [0,937;1,178] и у 13 (41 %) женщин — МПКТ 0,975 [0,882;1,141] г/см².

Выводы

У пациентов с ПсА выявлено снижение МПКТ. Значительная распространенность низкой костной массы среди пациентов с ПсА (35 % у мужчин и 41 % у женщин) обуславливает необходимость проведения рентгеновской денситометрии для ранней диагностики ОП и разработки рекомендаций по активной первичной и вторичной профилактике снижения МПКТ у указанной группы пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руденко, Э. В. Остеопороз: диагностика, лечение и профилактика: практ. рук. для врачей / Э. В. Руденко. — Минск: Бел. наука, 2001. — 153 с.
2. Boyle, W. J. Osteoclast differentiation and activation / W. J. Boyle, W. S. Simonet, D. L. Lacey // Nature. — 2003. — Vol. 423. — P. 337–342.
3. Псориаз и псориатический артрит / В. А. Молочков [и др.]. — М., 2007. — 300 с.
4. Chandran, V. Update on biomarkers in psoriatic arthritis / V. Chandran, D. D. Gladman // Curr. Rheumatol. Rep. — 2010. — Vol. 12. — P. 288–294.
5. Pedreira, G. P. Bone mineral density and body composition in postmenopausal women with psoriasis and psoriatic arthritis / P. G. Pedreira, M. M. Pinheiro, V. L. Szejnfeld // Arthritis Research & Therapy. — 2011. — Vol. 13. — P. 16.

УДК 616-036.82-063.9-056.266(470+571)

ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Свинцов А. А., Чернова Г. И., Радькова Е. А.

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-практический центр
медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации
инвалидов им. Г. А. Альбрехта Федерального медико-биологического агентства»
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Реабилитация инвалидов представляет собой актуальную медико-социальную проблему и является важным элементом системы обеспечения условий для преодоления ограничений жизнедеятельности и создания им равных возможностей для участия в жизни общества. Принятый в 1995 г. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» явился основой для проведения коренной реформы, определивший реабилитацию в качестве основного направления социальной политики и формирования в России целостной системы комплексной реабилитации инвалидов.

Особая роль во всех этих процессах принадлежит субъектам Российской Федерации. Именно в регионах разрабатываются и формируются различные программы по реабили-

тации инвалидов, создаются нормативные и организационно-управленческие условия для их интеграции в общество, стимулируется деятельность общественных организаций, содействующих реализации принципа независимой жизнедеятельности инвалидов в соответствии со структурой их потребностей.

В настоящее время субъектами Российской Федерации принимаются последовательные меры для решения проблем комплексной реабилитации инвалидов, заинтересованными министерствами и ведомствами организована реабилитация инвалидов по индивидуальным программам.

В современных условиях, учитывая рост численности населения пожилого возраста, а также числа лиц, имеющих инвалидность, государственные специализированные стационарные учреждения остаются традиционно сложившейся формой социального обслуживания населения.

Медико-социальная реабилитация инвалидов в России предусматривает восстановление или компенсацию утраченных или нарушенных функций человека до социально значимого уровня (медицинская реабилитация), восстановление конкурентоспособности на рынке труда (профессиональная реабилитация), восстановление способностей к самостоятельной общественной и социально-бытовой жизни (социальная реабилитация).

Наличие стационарных форм обслуживания является целесообразным, поскольку существует потребность в учреждениях социального обслуживания, предназначенных для проживания лиц, которые не могут себя обслуживать самостоятельно и нуждаются в постоянной посторонней помощи. Основная цель домов-интернатов — создание для инвалидов и граждан пожилого возраста благоприятных условий проживания, организация ухода и оказание им медицинской помощи, проведение медицинской, профессиональной, социально-бытовой и социально-культурной реабилитации.

Характеристика реабилитационных учреждений свидетельствует, что в субъектах Российской Федерации существует развитая и структурированная система учреждений, осуществляющих реабилитационные мероприятия для граждан пожилого возраста, инвалидов, детей-инвалидов.

Проведенный сравнительный анализ материалов федерального государственного статистического наблюдения показал, что на 1 января 2009 г. в субъектах Российской Федерации функционировали 1676 стационарных учреждений социального обслуживания (1531 для взрослых и 145 для умственно отсталых детей и для детей с физическими недостатками). В этих учреждениях проходили реабилитацию 245698 граждан пожилого возраста и инвалидов и 22633 детей категории «ребенок-инвалид».

Различные услуги на дому и в стационарных учреждениях получили более 26 млн. человек, в том числе около 15 млн. пожилых людей и инвалидов.

Очередность в стационарных учреждениях социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов на 1 января 2009 г. составляла 18362 человек, в учреждениях для детей — 766 человек.

Медицинская реабилитация является важной составной частью комплексной реабилитации лиц, находящихся в стационарных учреждениях, и направлена на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной нарушенной или утраченной функции или на замедление прогрессирования заболевания. Медицинское обслуживание инвалидов и граждан пожилого возраста осуществляется врачами-специалистами, средним и младшим медицинским персоналом.

Анализ штатных и занятых должностей персонала стационарных учреждений социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов (взрослых и детей) свидетельствует, что численность сотрудников в 2006 г. составила 184953 человек, из них врачебных должностей — 5916 и они были заняты на 100 %.

Основная доля врачебных должностей приходилась на дома-интернаты общего типа — 43,65 % и психоневрологические интернаты — 45,83 %, штат врачей в этих учреждениях был полностью укомплектован. Количество должностей среднего медперсонала в стацио-

нарных учреждениях в 2006 г. было предусмотрено 43728, из них работало только 28284 человек (64,7 %), что свидетельствует о недостаточной укомплектованности средним медицинским персоналом.

В 2007 году ситуация с обеспеченностью врачебными должностями стационарных учреждений для граждан пожилого возраста и инвалидов изменилась в отрицательную сторону. Так из 6331 врачебных должностей было занято 4733, что составило 74,8 %. Укомплектованность средним медицинским персоналом также была недостаточная (83,2 %).

Аналогичная картина наблюдалась и в 2008 году. Так из 5969 врачебных должностей было занято 4494 (75,3 %). Фактический процент занятости средним медицинским персоналом в 2008 году составил 83,2 %. Что касается обеспеченностью стационарных учреждений врачами ЛФК, то их число в психоневрологических интернатах в 2007 и 2008 гг. уменьшилась в 2,5 и 1,5 раза соответственно по сравнению с 2006 г.

Проведенный анализ показал, что в 2007 и 2008 гг. наблюдалось снижение обеспеченности врачами и медицинскими сестрами стационарных учреждений для граждан пожилого возраста и инвалидов (взрослых и детей). Это обстоятельство свидетельствует о том, что медицинский персонал в таких учреждениях не в полной мере может проводить реабилитационные мероприятия, оценивать их эффективность, по результатам давать индивидуальные рекомендации и вносить коррективы в индивидуальную программу реабилитации.

В стационарных учреждениях также важной особенностью является социальная реабилитация и адаптация лиц пожилого возраста и инвалидов к условиям проживания в домах-интернатах. В организации социальной работы с пожилыми людьми и инвалидами, находящимися в стационарных учреждениях социального обслуживания необходимо учитывать всю специфику их социального статуса не только в целом, но и каждого человека в отдельности, их нужды, потребности, биологические и социальные возможности, определенные региональные и другие особенности жизнедеятельности. Для социальных работников необходимо, прежде всего, понимание множества психологических, психопатологических, соматических, морально-этических проблем, возникающих у пожилых людей и инвалидов, овладение методиками и технологиями, которые помогли бы и облегчили их усилия в повседневной практической работе и общении с обслуживаемыми группами населения.

По результатам анализа материалов федерального государственного статистического наблюдения выявлено, что в 2006 году из всех штатных должностей, предусмотренных в учреждениях, доля социальных работников составляла 0,9 %, в 2007 г. и 2008 г. — 1,1 %. Следует отметить очень низкую обеспеченность стационарных учреждений специалистами по социальной работе. Так удельный вес занятых должностей работников этой категории не превышал 0,1 % в 2006–2008 гг.

Таким образом, главными причинами, негативно влияющими на конечный результат комплексной реабилитации и социальной адаптации инвалидов являются недостаток стационарных учреждений для взрослых и детей-инвалидов, низкая обеспеченность учреждений квалифицированными медицинскими кадрами и специалистами по социальной работе.

УДК 613.81/.83-053.5 (476.2)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ 9–11 КЛАССОВ Г. ГОМЕЛЯ

Соболева Л. Г., Шаршакова Т. М.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В условиях современного общества и с учетом существующих ценностных установок проблема сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения приобретает

первостепенное значение. Произшедшие перемены в образе жизни населения обусловили высокую распространенность саморазрушающих видов поведения — употребление учащимися никотина, алкоголя и наркотиков [1, 2, 5, 6].

С 2006 по 2010 гг. в Беларуси заболеваемость несовершеннолетних наркологическими расстройствами выросла на 5 % — с 963,5 до 1011,2 случая на 10 тыс. детей. На 1 октября 2011 г. под наблюдением врачей-наркологов находилось 16 814 несовершеннолетних, употребляющих алкоголь, наркотические или токсические вещества. Из них от наркотической зависимости страдали 5 человек, алкогольной — 23, токсической — 35.

Необходимо подчеркнуть, что рост алкоголизации и наркотизации подростков особенно губительно влияет на несформировавшийся организм, постепенно разрушая его. От злоупотребления психоактивными веществами в молодежной среде страдает не только общество, но, в первую очередь, под угрозу ставится подрастающее поколение: дети, подростки, молодежь, а также здоровье будущих матерей.

Формируясь в детском и подростковом возрасте, эти факторы риска продолжают воздействовать в зрелом возрасте, внося свой вклад в общее ухудшение здоровья, затрудняют получение хорошего образования, приводят к отрицательным социальным последствиям [3, 4, 7].

Материалы и метод

Исследование проводилось в 9–11 классах школ г. Гомеля. Выборочную совокупность исследования составили 852 учащихся (425 девочек и 427 мальчиков) в возрасте от 14 до 18 лет. Авторами была разработана специальная анкета на основе рекомендаций и международной программы ВОЗ. Методом анкетирования была изучена распространенность курения, употребление спиртных напитков, наркотических средств среди школьников. Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS-13, SPSS-16 с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков.

Результаты и обсуждение

Курение является одним из ведущих факторов риска, способствующих формированию хронических неинфекционных заболеваний. В результате исследования нами было установлено, что курят постоянно — 11,5 %, иногда — 26,1 %, курило, но бросило — 25,1 % детей, никогда не пробовало — 37,3 % учащихся. Число не курящих детей составляет 37,3 %. Первый опыт курения приходится на 7-летний возраст, что вызывает также серьезное беспокойство.

41,5 % учащихся 11-х классов считают, что мотивом курения послужил интерес и любопытство, в 9-х классах данный показатель составляет 26,8 % ($\chi^2 = 7,914$, $p < 0,05$). Между выявленными различиями была установлена корреляционная зависимость ($r = 0,1$; $p < 0,05$). В 3 раза увеличился удельный вес детей, считающих мотивом курения сильный стресс (с 13,4 до 39,4 %; $r = 0,1$; $p < 0,05$). Причем девочки достоверно чаще начинали курить, чем мальчики (соответственно, 35,9 и 23,6 %; $\chi^2 = 7,710$, $p < 0,05$).

14,3 % детей считают, что началом курения послужило влияние друзей и 2,1 % — пример взрослых. Следует подчеркнуть, если наибольший удельный вес детей, поддавшихся влиянию друзей, был выявлен в 10-х классах (25,5 %), то в 9-х классах данный показатель составил наименьший процент (3,1 %, $\chi^2 = 29,486$, $p < 0,001$).

Влияние сверстников стало причиной курения у 1,6 % детей старшего школьного возраста. 5,4 % детей назвали причину курения — «желание казаться взрослым». 2,1 % учащейся молодежи связывали начало курения с желанием похудеть. «Много свободного времени» отметили в мотивации — 21,8 % учащихся 11-х классов, что составляет наибольший удельный вес среди детей старшего школьного возраста ($\chi^2 = 31,389$, $p < 0,001$). Также необходимо подчеркнуть, что с увеличением года обучения увеличился процент детей, связывающих свое курение с появлением свободного времени ($r = 0,1$; $p < 0,05$). 12,1 % учащихся 10-х классов считают началом курения недостаток знаний о вреде курения, в 9-х классах данный показатель составил только 3,1 % ($\chi^2 = 10,048$, $p < 0,05$), причем среди мальчиков удельный вес выше, чем среди девочек ($\chi^2 = 26,196$, $p < 0,001$).

У 4,5 % учащихся 9–11-х классов влияние кино, рекламы стало причиной курения. Вместе с тем, если наибольший процент таких детей составляют учащиеся 11-х классов, то наименьший удельный вес детей по данному показателю был установлен в 10-х классах

(соответственно, 9,2 и 1,3 %, $\chi^2 = 11,597$, $p < 0,05$). Причем мальчики достоверно чаще подвергаются данному влиянию, чем девочки (8,6 и 0 % соответственно, $\chi^2 = 18,621$, $p < 0,001$).

Стремление выглядеть «круто» стало причиной курения у 3,1 % опрошенных. Учащиеся 11-х классов по данной мотивации составляют наибольший удельный вес среди детей старшего школьного возраста (6,3 %, $\chi^2 = 10,130$, $p < 0,05$). 36,4 % учащихся не курят, т. к. знают, что курение вредно для здоровья. Необходимо отметить, что данный показатель уменьшился в 2,3 раза (с 55,9 до 24,65 %; $r = -0,3$; $p < 0,05$).

Считают, что курение «не модно» — 8,9 % респондентов. Вместе с тем, если наибольший процент детей был выявлен в 10-х классах (14,2 %), то в 11-х данный показатель составил только 5,6 % ($\chi^2 = 6,516$, $p < 0,05$).

6,1 % детей старшего школьного возраста отказались от курения, т. к. не курят их друзья и 9,9 % детей не курят, т. к. не курят их родители. 26,8 % учащихся отказались от курения, т. к. хотят выглядеть здоровыми и красивыми. Необходимо подчеркнуть, что удельный вес детей по данной мотивации уменьшился в 3,2 раза (с 43,3 до 13,4 %; $r = -0,3$; $p < 0,05$).

Распространение алкоголизма в молодежной среде является одной из самых тревожных и опасных социальных проблем нашего времени. Особенно тревожным фактором является раннее приобщение и быстрое привыкание к спиртному детей и подростков. Нами было установлено, что ежедневно употребляет энергетические напитки 1,6 % детей старшего школьного возраста. Несколько раз в неделю употребляют данные напитки 8 % опрошенных, несколько раз в месяц — 15,3 % учащейся молодежи, несколько раз в год — 21,8 % респондентов. Отказались от употребления энергетических напитков 53,3 % детей. Нами были установлены различия по употреблению данных напитков в зависимости от пола ($\chi^2 = 13,178$, $p < 0,05$). Мальчики достоверно чаще употребляют энергетические напитки несколько раз в месяц и несколько раз в год (соответственно, 18,2 и 25 %); удельный вес в употреблении энергетических напитков ежедневно и несколько раз в неделю у девочек составил наибольший удельный вес (2,4 и 11,7 %).

Установлены существенные различия в употреблении пива учащимися 9–11-х классов ($\chi^2 = 92,352$, $p < 0,001$). Ежедневно употребляют пиво 1,6 %. 8 % учащихся употребляют пиво несколько раз в неделю. Вместе с тем, если наименьший удельный вес составляют учащиеся девятого класса (2,4 %), то в одиннадцатых он наибольший — 12,7 %. По частоте потребления пива несколько раз в месяц учащиеся десятых классов занимают лидирующее положение (43,3 %), наименьший удельный вес был установлен в девятом классе и составил 10,3 %. 32,9 % детей старшего школьного возраста употребляют пиво несколько раз в год. Подчеркнем, если 28,6 % учащихся девятого класса употребляют пиво несколько раз в год, то среди учащихся одиннадцатых классов таковых 45,8 %. Следует отметить, что удельный вес детей, не употребляющих пиво, уменьшился в 3,6 раза (с 55,6 до 15,5 %, $r = -0,3$; $p < 0,05$). Также были выявлены различия по употреблению пива в зависимости от пола ($\chi^2 = 27,229$, $p < 0,001$). Мальчики ежедневно достоверно чаще употребляют пиво, чем девочки (соответственно, 3,2 и 0 %). Также среди мальчиков выше удельный вес в потреблении пива несколько раз в неделю и несколько раз в год (11 и 37,4 % соответственно). Девочки составляют наибольший удельный вес в употреблении пива несколько раз в месяц (36,4 %).

В употреблении вина и крепких алкогольных напитков учащимися 9–11-х классов также были выявлены определенные различия ($\chi^2 = 39,837$; $\chi^2 = 31,621$, $p < 0,001$). На ежедневно употребляющих вино детей старшего школьного возраста приходится 0,2 %. Несколько раз в неделю употребляют вино 1,2 %. 22,5 % учащихся 11-х классов употребляют вино несколько раз в месяц, что составляет наибольший удельный вес среди детей старшего школьного возраста, по сравнению с учащимися 9-х классов, где данный показатель составляет 7,9 %. Причем девочки достоверно чаще употребляют вино несколько раз в месяц, чем мальчики (19,9 и 10,9 % соответственно, $\chi^2 = 43,624$, $p < 0,001$). Наименьший удельный вес по употреблению вина несколько раз в год был установлен у учащихся 9-х классов (29,9 %) по сравнению с детьми 11-х классов, где был выявлен наи-

больший удельный вес (51,4 %). Отметим, что девочки составили наибольший удельный вес по данной частоте потребления (53,4 %), чем мальчики (30,9 %, $\chi^2 = 43,624$, $p < 0,001$). Учащиеся 9-х классов чаще отказываются от потребления вина, чем учащиеся 11-х классов (соответственно, 59,1 и 25,4 %).

0,5 % учащихся 9–11-х классов ежедневно употребляют крепкие алкогольные напитки и 2,1 % детей — несколько раз в неделю. 16,9 % учащихся 11-х классов употребляют крепкие алкогольные напитки несколько раз в месяц, что составляет наибольший удельный вес среди детей старшего школьного возраста. Наименьший удельный вес по данному показателю составляют учащиеся 9-х классов (9,4 %). 21,1 % учащейся молодежи употребляют крепкие алкогольные напитки несколько раз в год. Причем, если в 9-х классах данный показатель составлял 9,4 %, то в 11-х уже 26,8 %. Следует отметить, что 78 % учащихся 9-х классов не употребляют крепкие алкогольные напитки, но к 11-му классу данный показатель уменьшается и составляет 52,1 %.

Пробовали наркотические, токсические вещества в 9-м классе 16,5 %, в 10-м — 22,9 %, в 11-м — 13,4 %.

Заключение

Результаты анализа поведенческих факторов риска среди учащихся показали следующее:

1. В старшем школьном возрасте курит 37,6 % учащихся.
2. У детей старшего школьного возраста были установлены основные мотивы курения — «сильный стресс», «интерес, любопытство» и «пример и влияние друзей».
3. Первый опыт употребления спиртных напитков среди старшеклассников приходится на их 7-летний возраст.
4. Ежедневно употребляют энергетические напитки и пиво — 1,6 % детей старшего школьного возраста, вино — 0,2 % детей, крепкие алкогольные напитки — 0,5 %.
5. Несколько раз в неделю употребляют пиво и энергетические напитки 8 % опрошенных, вино — 1,2 %, крепкие алкогольные напитки — 2,1 % школьников.
6. Несколько раз в месяц предпочитают употреблять энергетические напитки 15,3 % учащейся молодежи, пиво — 27,1 % опрошенных детей, вино — 15,3 %, крепкие алкогольные напитки — 13,8 % школьников.
7. Пробовали наркотические, токсические вещества в 9-м классе 16,5 %, в 10-м классе — 22,9 %, в 11-м — 13,4 %. В среднем данный показатель составляет 17,6 %.

Результаты исследования свидетельствуют, о необходимости активизации работы школьных психологов и социальных педагогов по раннему выявлению детей с проблемным поведением и неблагополучных семей для своевременного вмешательства на уровне школы и семьи. Полученные данные указывают также на необходимость систематического проведения воспитательной и образовательной работы среди детей и подростков и в их семьями по формированию здорового образа жизни и навыков противостояния употреблению психоактивных веществ с оценкой эффективности проводимых мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Динамика факторов риска среди подростков / О. К. Лосева [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Сер. мед. наук. — 2001. — № 5. — С. 26–27.
2. Оценка информированности педиатров о факторах формирующих здоровье детей Крайнего Севера / С. А. Токарев [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Сер. Мед. наук. — 2007. — № 3. — С. 29–30.
3. Особенности поведенческих рисков, связанных со здоровьем, среди подростков трех регионов РФ / В. Н. Касаткин [и др.] // Школа здоровья. Сер. мед. наук. — 2000. — № 3. — С. 5–15.
4. Сковрцова, Е. С. О некоторых факторах риска здоровья подростков и организации их мониторинга в Российской Федерации / Е.С. Сковрцова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Сер. мед. наук. — 1998. — № 4. — С. 20–24.
5. Сухарев, А. Г. Научное обоснование системы социально-гигиенического мониторинга детского и подросткового населения / А.Г. Сухарев // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Сер. мед. наук. — 1999. — № 1. — С. 11–14.
6. Швецова, Л. Факторы, влияющие на состояние психического здоровья школьников / Л. Швецова // Библиотека статей о здоровом образе жизни [Электронный ресурс]. — 2007. — Режим доступа: <http://besthealth.spb.ru/?p=32>. — Дата доступа: 08.12.07.
7. Усанова, Е. П. Современные подходы к формированию здоровья детей в образовательных учреждениях / Е. П. Усанова // Школа здоровья. Сер. мед. наук. — 1998. — № 3–4. — С. 81–87.

УДК 616-084:616.89-008.428.1

**ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
И ПРОБЛЕМЫ ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ***Соколова Э. А.***Учреждение образования****«Гомельский государственный университет им. Франциска Скорины»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Научно доказано, что психосоматические заболевания возникают вследствие нерешенных психологических проблем [1]. Из этого вытекает, что первичная профилактика психосоматических заболеваний должна проводиться еще до их появления — на уровне решения психологических проблем или адаптации к ним. Установлено, что немедленное психологическое вмешательство при кризисной для человека ситуации снижает риск возникновения ее последствий с 20 до 1,5–3 % [2]. Значительное число психосоматических заболеваний во всем мире свидетельствует, что первичная профилактика психосоматических заболеваний в настоящее время недостаточно реализуется. Это послужило основанием для изучения проблем, реализации первичной профилактики психосоматических заболеваний.

Методами исследования стали: теоретический анализ проблемы, а также эмпирическое исследование переживаний при психологических проблемах и способов решения психологических проблем ряда социальных групп — медицинских работников ($n = 532$), студентов ($n = 81$), учителей ($n = 127$) (Э. А. Соколова, 1998, 2004, 2007). Эмпирическое исследование проводилось с помощью методики открытых текстов [3], результаты обрабатывались методом контент-анализа.

Первичная профилактика психосоматических заболеваний, проводимая психологом, может быть рассмотрена как деятельность, и в этой деятельности выделяются субъекты взаимодействия — психолог и клиент, объект воздействия — психологическая проблема клиента [4] и среда взаимодействия. В этой деятельности возникает ряд проблем:

— психологические проблемы остаются недостаточно изученными, и нуждаются в дальнейшем изучении [4];

— соматизация переживаний отмечается уже на уровне психологических проблем. Так, обследованные респонденты отмечают, что при переживаниях изменяется самочувствие (13 % учителей), переживания отражаются на здоровье (7 % студентов), остаются последствия переживаний (17 % медицинских работников) (Э. А. Соколова, В. И. Секун, 2007, Э. А. Соколова, 2011);

— психологическая служба развивается, главным образом, на базе Министерства образования, что не позволяет охватить весь контингент нуждающихся в первичной профилактике. Например, психолог, работающий в системе образования, не оказывает помощь людям после развода, потерявшим близкого человека, утратившим имущество после пожара, имеющим проблемы взаимоотношения в семье или на работе и т. д.

— за помощью к психотерапевту, работающему в поликлинике, не обратятся те, кто не трактует имеющуюся психологическую проблему, как проблему собственной личности;

— не все обратятся за психологической или психотерапевтической помощью в первые дни после кризисной ситуации, так как человек может в этот период находиться в состоянии психологического шока;

— проведенное исследование способов решения психологических проблем указанных социальных групп выявило, что при возникновении психологических проблем незначительное количество респондентов обращается к психологу за помощью. При этом обследованные группы достаточно хорошо представляют себе, что такое психологическая помощь. Из этого следует, что у населения не сложился подход к психологической проблеме, как требующей помощи извне;

— психотерапевт или психолог в своей работе основывается на определенных теориях возникновения психосоматических заболеваний [1, 5]. Объектом направленности его

работы является личность клиента [4, 5]. Между тем ряд проблем, например, проблемы взаимодействия в социальной среде требуют работы не только с обоими субъектами взаимодействия, но и изменения среды взаимодействия, а это выходит как за рамки работы с личностью клиента, так и, в некоторых случаях, за рамки профессиональной компетенции практического психолога или психотерапевта. Например, психологическая проблема клиента, связанная с мобингом в рабочем коллективе или манипулятивными отношениями в семье. При этом возникают проблемы:

— вовлечение в психотерапевтический процесс тех участников взаимодействия, которые провоцируют возникновение конфликтной ситуации, в том числе имея при этом свои цели в ее поддержании, невозможно;

— изменение среды взаимодействия не всегда представляется возможным. Если ситуация не изменяется — человек продолжает находиться в агрессивной по отношению к нему среде, и до какого-то предела — предела своих возможностей справляться с ситуацией. Психологическая поддержка, если она при этом оказывается клиенту, расширяет его возможности и продляет период адаптации к ситуации. Однако, этот период может закончиться, наступит дезадаптация, появится психосоматическое заболевание, «эмоциональное выгорание» или разовьются другие негативные последствия.

Возникает необходимость создания и расширения сети семейных консультаций, в которых бы наряду с психологами работали врачи, социальные работники, юристы, то есть помощь оказывалась бы в рамках мультидисциплинарного подхода.

Создание психологической службы на предприятиях позволило бы своевременно, не доводя до конфликтной ситуации, решать ряд вопросов взаимодействия, что также служило бы первичной профилактикой психосоматических заболеваний.

Из полученных результатов исследования видно, что в организации и проведении первичной профилактики психосоматических заболеваний существует ряд проблем, которые нуждаются в дальнейшем изучении и решении.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Тополянский, В. Д.* Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.
2. *Пергаменчик, Л. А.* Кризисные события и психологические проблемы человека / Л. А. Пергаменчик. — Минск: НИО, 1997. — 208 с.
3. *Соколова, Э. А.* Методики с открытыми текстами и их использование для исследования профессиональной группы / Э. А. Соколова // Л. С. Выготский и современная культурно-историческая психология: матер. Междунар. науч. конф., посвящ. 105-летию со дня рождения Л. С. Выготского, Гомель, 17–18 окт. 2001 г. — Гомель: ГГУ им. Ф.Скорины, 2001. — С. 294–296.
4. *Соколова, Э. А.* Проблемы в подходах к взаимодействию клиента и психолога / Э. А. Соколова // Л. С. Выготский и современная культурно-историческая психология: проблемы развития личности в изменчивом мире: матер. 4 Междунар. науч. конф., Гомель, 28–29 окт. 2010 г. / редкол.: С. Н. Жеребцов (отв. ред.) [и др.]. — Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2010. — Ч. 1. — С. 236–239.
5. *Кондрашенко, В. Т.* Общая психотерапия / В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской. — Минск: Выш. шк., 1997. — 464 с.

УДК 159.943(476.2)

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВЕДУЩИХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ РАБОТНИКОВ РУП «РЕЧИЦКИЙ МЕТИЗНЫЙ ЗАВОД»

Солонец Г. В., Павлов Б. Б.

Государственное учреждение

«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»
г. Гомель, Республика Беларусь

Важным шагом на пути апробации новых форм профилактической деятельности стала инициатива отдела общественного здоровья ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» о проведении информационно-образовательной работы по формированию здорового образа жизни на РУП «Речицкий метизный завод».

Отделом общественного здоровья ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» проводилось исследование отношения к здоровью работников РУП «Речицкий метизный завод» как одной из форм проявления социальной активности, а также изучение распространения поведенческих факторов риска.

Метод исследования — сбор данных проводился методом анкетирования сотрудников предприятия по месту работы.

При проведении исследования всего был опрошен 101 человек.

Социологические исследования предоставляют возможность изучения субъективной оценки здоровья — при помощи индикаторов самооценки и удовлетворенности здоровьем. Кроме того, оценка человеком своего состояния является регулятором его поведения.

В целом, полученные данные позволили выявить распространенность наиболее значимых для работников предприятия факторов риска для здоровья, связанных с особенностями образа жизни человека: низкую физическую активность, высокую распространенность табакокурения, недостаточную распространенность норм самосохранительного поведения.

Результаты исследования показали, что активность работников предприятия, ориентированная на улучшение здоровья, проявляется в попытках изменить свой образ жизни так, чтобы сделать его более благоприятным для здоровья, — увеличить физическую активность, привести в норму свой вес, уменьшить употребление жиров, соли, сахара, алкоголя, бросить курить.

Наиболее часто опрошенным сотрудникам удавалось употреблять меньше соли, сахара (35,6 %), далее, по мере убывания, — увеличить свою физическую активность (34,7 %), повысить свою работоспособность (32,7 %), употреблять меньше жиров (31 %), уменьшить потребление алкоголя (29,3 %).

Табакокурение — серьезная медико-социальная проблема нашего общества, которая способствует развитию целого ряда хронических неинфекционных заболеваний. Курение считается причиной 20 % всех случаев смерти от сердечно-сосудистых и 30 % всех случаев смерти от онкологических заболеваний. В среднем курение укорачивает жизнь на 7 лет. Причем, чем больше сигарет выкуривает человек, тем выше риск для здоровья.

За прошедший год 10,2 % опрошенных работников предприятия отметили, что бросили курить; еще 20,4 % — делали такие попытки, но им это пока не удалось.

Таким образом, результативность активности работников предприятия по сохранению здоровья можно оценить как достаточно высокую, поскольку предпринимаемые респондентами попытки связаны с преодолением норм и привычек, глубоко укорененных в повседневную жизнь людей, и для своего осуществления требуют проявления значительных волевых усилий.

К позитивному моменту можно отнести и то, что растет количество опрошенных работников предприятия — 68 % (в 2009 году таких было 65,9 %), которые заинтересованы в приобретении большей информации по вопросам сохранения здоровья. Стремление респондентов к получению таких знаний мы рассматриваем в качестве индикаторов актуальности для сотрудников предприятия проблем здоровья и их внутренней мотивации к ведению здорового образа жизни.

Проведенная на предприятии профилактическая работа позволила достигнуть снижения случаев болезни эндокринной системы (на 9,1 %), язвенной болезни желудка (на 34,8 %), мозговых инсультов (на 35,3 %), инфекционных болезней (на 43,1 %), болезней органов дыхания (на 43,2 %), злокачественных новообразований (на 45,5 %), гриппа (на 72,5 %).

В ситуации большого числа рисков для здоровья особенно важно, чтобы каждый сотрудник предприятия осознавал необходимость заботы о своем здоровье, учитывал значимость здоровья при формировании жизненных стратегий, укоренял нормы здорового образа жизни.

Говоря об ответственном поведении в отношении своего здоровья, стоит отметить, что оно зависит как от самого человека, так и от тех условий, в которых он живет и работает, и не всегда эти условия человек может выбирать сам. Но очень важно, чтобы в любое время человек научился делать выбор в своем поведении, стараясь минимизировать вредные влияния различных факторов. Ответственное поведение предполагает владение информацией о рисках для здоровья, умением противостоять им в повседневной жизни.

Среди основных направлений дальнейшей профилактической работы с сотрудниками предприятия можно выделить следующие: ведение активного образа жизни; отказ от вредных привычек; витаминная профилактика; ежегодный осмотр у врачей; достаточная физическая активность (езда на велосипеде, ходьба); правильное питание (режим питания, качество питания); психогигиена и психопрофилактика.

УДК 616.89-008.441.33-036.8:[616.98:578.828.6HIV]:303.824(088.8)

СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Станько Э. П.

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

В мировой практике клиническая реальность целями лечения наркозависимости определила уменьшение тяжести симптомов заболевания, улучшение общего состояния здоровья и социального функционирования потребителей наркотиков, а также исключение либо снижение риска развития рецидива [1]. Вместе с тем основной целью терапевтических программ и реабилитации наркозависимости, применяемых в отечественной наркологии, является отказ от употребления наркотика (Н. Н. Иванец, 2000). Однако в течение короткого времени только незначительная часть ПИН способна прекратить потребление наркотика. Большинство пациентов длительно, на протяжении многих лет продолжает потреблять наркотики, причем некоторые ПИН отказаться от них не могут до конца жизни. Как указывает Parsons (2002), приблизительно одна треть наркопотребителей преждевременно погибает, около трети продолжает наркотизацию разной степени интенсивности и одна треть преодолевает зависимость с выходом в стойкие многолетние ремиссии [2].

Необходимость разработки способа многофакторной оценки изменений, наблюдаемых при лечении ПИН с различным ВИЧ-статусом, и определила цель настоящего исследования.

Материал и методы

Материал работы включает сведения о результатах лечения, длительности ремиссии на протяжении 12 месяцев, этапности ее становления и динамики у 277 ПИН с различным ВИЧ-статусом, из которых ВИЧ-негативные ПИН составили 154 пациента, ВИЧ-позитивные ПИН — 123 пациента. При этом, 100 ПИН (50 ВИЧ-негативных и 50 ВИЧ-позитивных ПИН) получали амбулаторное лечение, 177 ПИН (104 ВИЧ-негативных и 73 ВИЧ-позитивных) находились на стационарном лечении. Заместительную метадонную терапию получали 50 ВИЧ-негативных ПИН на амбулаторном лечении и 91 ПИН (55 ВИЧ-негативных и 36 ВИЧ-позитивных), находящихся на стационарном лечении. Исследование вида потребляемого наркотика показало, что 97,2 % ПИН принимали кустарно приготовленный опий. Подавляющее большинство пациентов (ВПН — 135 (98,5 %) и ВНН — 156 (97,5 %) являлись инъекционными потребителями кустарно ацелированных препаратов снотворного мака, 52 (37,9 %) ВПН и 23 (14,4%) ВНН имели опыт потребления героина, 19 (13,8 %) ВПН и 5 (3,1 %) ВНН — морфина, 10 (7,3 %) ВПН и 8 (5 %) ВНН — кодеина, 49 (35,8 %) ВПН и 34 (21,3 %) ВНН — метадона. Диагностика наркотической зависимости проводилась в соответствии с критериям МКБ-10. Основной метод исследования — клинико-психопатологический, дополнительный — экспериментально-психологический. Статистический пакет SPSS использовался для анализа полученных результатов. Взаимозависимости между полученными показателями анализировались с использованием коэффициента Спирмена.

Результаты и обсуждение

Эффективная помощь с учетом медико-социальных последствий наркотизации оценивается по изменениям во всех проблемных областях, связанных с наркопотреблением [3]. Так, значение имеют снижение частоты конфликтов, повышение профессио-

нальной продуктивности, уменьшение количества несчастных случаев, связанных с наркотизацией. Показатели занятости чрезвычайно важны для оценки результатов лечения. Улучшение качества жизни сопряжено с улучшением межличностных отношений в семье, нормализацией отношений с друзьями и коллегами по работе. Поэтому уменьшение количества конфликтов, улучшение социальной адаптированности с появлением новых интересов и позитивной поддержки окружающих служат показателями эффективной помощи. Значимой характеристикой терапевтических результатов выступает состояние общего и психического здоровья. При этом оценивается уменьшение количества госпитализаций, связанных с наркотизацией и психическими расстройствами, лечение имеющих соматических осложнений, улучшение психического состояния в целом. Одним из основных критериев эффективности оказания медицинской и социальной помощи потребителям наркотиков является снижение криминальной активности ПИН. При этом оценке подлежат правонарушения, связанные с распространением наркотиков и (или) с целью получения средств для приобретения наркотиков. Значимым оказывается уменьшение количества инцидентов, связанных с наркопотреблением (травмы, дорожно-транспортные происшествия, административные правонарушения).

Оценка эффективности лечения на основе результатов, затрагивающих разные аспекты заболевания, потребовала создания унифицированных инструментов такой оценки. Наиболее известные из них: американский «индекс тяжести зависимости» (Addiction Severity Index — ASI) (McLellan et al., 1980), австралийский «индекс лечения опиоидной зависимости» (Opiate Treatment Index — OTI) (Darke et al., 1992) и английский «профиль зависимости» (The Maudsley Addiction Profile — MAP) (Marsden et al., 1998). Инструменты представляют собой стандартные наборы для оценки тяжести зависимости и ассоциированных с ней проблем: состояние общего здоровья, противоправная активность, рискованное поведение, занятость, микросоциальные и семейные отношения, психическое здоровье. ASI — полуструктурированное интервью, состоящее почти из 200 вопросов. Время проведения обследования составляет 40–60 мин. OTI — структурированное интервью, рассчитанное на 30–40 мин. MAP — формализованный опросник с минимальным объемом сведений по 4 проблемным областям, опрос занимает 12–15 мин.

К сожалению, в Беларуси подобного рода исследований, посвященных разработке стратегий и методов оценки результативности лечения наркозависимости, нет. В связи с этим, проблемой первостепенной важности является создание объективного клинического инструмента для динамической оценки эффективности лечения заболевания. Необходимость разработки способа оценки эффективности лечения ПИН обусловлена также потребностью в инструменте, использование которого дает возможность получения оптимального объема диагностической информации за минимальный промежуток времени.

Структура карты аддиктивного поведения. Изучение эффективности терапии 277 ПИН с различным ВИЧ-статусом на разных этапах заболевания и получающих различные терапевтические программы позволило выделить основные структурные компоненты разрабатываемого способа оценки результатов лечения, который авторы назвали «картой аддиктивного поведения ПИН» (КАПИН). КАПИН представляет собой клиническое структурированное интервью, состоящее из шести диагностических секций, по которым оценивается ряд показателей: *секция А* — общая информация, включающая социально-демографические параметры; возраст начала потребления наркотика; активность потребления наркотика в течение жизни и на момент обследования; информацию об оказанной ранее помощи, в том числе медицинской; опыт участия в программах заместительной терапии и обстоятельств прекращения участия; наличие проблем, вызванных употреблением наркотиков; попытки отказа от наркотиков; опыт лечения наркозависимости (наркологический анамнез); опыт участия в программах реабилитации; мотивы отказа от наркологической помощи; скрининг потребления наркотиков; сопутствующие заболевания; ВИЧ-анамнез, наличие опыта лечения ВИЧ; оценка тяжести иммуно-

дефицита; мотивы прекращения лечения ВИЧ; схема медикаментозной терапии наркозависимости и ВИЧ-инфекции с указанием суточных доз; соблюдение врачебных рекомендаций в ходе лечения.

Секция Б характеризует потребление психоактивных веществ (ПАВ) в течение последнего месяца. Из представленного перечня ПАВ необходимо отметить потребляемое вещество с указанием количества принимаемых доз или таблеток в день, способа и частоты потребления, средней длительности сформированной наркозависимости к моменту обследования и средней суточной дозы (в мг) потребляемого наркотика при инъекционном употреблении. *Секция В* представляет оценку поведенческих факторов риска при инъекционном потреблении наркотиков и половой активности ПИН за последний месяц: необходимо отметить количество дней, когда осуществлялся прием наркотика с помощью инъекций; количество раз инъекционного введения наркотика в день; количество случаев использования для введения наркотиков инструментария, которым пользовались другие; количество людей, с которыми вступали в половые отношения без использования средств защиты; общее количество случаев проникающей половой близости без средств защиты. *Секция С* отражает особенности социального функционирования ПИН, включающие анализ социальных контактов с лицами из ближайшего окружения, занятости и криминальной активности в течение последнего месяца, а также явлений стигматизации, социального статуса и дискриминации со стороны общества. *Секция D* посвящена изучению состояния физического и психического здоровья ПИН с помощью перечня наиболее часто встречаемых основных жалоб; психометрической оценки при наличии определенных физических симптомов, выраженных в баллах от 0 (никогда) до 4 (всегда); госпитальной шкалы тревоги и депрессии, отражающей состояние психической сферы ПИН. *Секция E* представляет собой динамический профиль аддиктивного поведения т.н. «динамический модуль оценки результатов лечения» на протяжении от первого визита к врачу и спустя 12 месяцев. Состоит из 5 разделов, 1-й из которых посвящен анализу интенсивности наркотизации, 2-й — функциональным показателям состояния здоровья, 3-й — социальному функционированию, четвертый — оценке рискованного поведения и пятый — анализу противоправной активности. Многофакторный анализ эффективности лечения ПИН с различным ВИЧ-статусом завершается вычислением оценки вероятности благоприятного исхода (ВБИ) с указанием типа динамики (положительная, отрицательная, отсутствие), эффективности лечения (эффективное, неэффективное) и характера потребления наркотика (постоянное употребление, эпизодическое употребление, ремиссия). На основании полученных результатов определяется коэффициент ВБИ (К) по формуле: $K = (DN^+ / DN^0 + DN^-) \times 100 \%$, где DN^+ — положительная динамика, эффективное лечение, ремиссия; DN^0 — отрицательная динамика, неэффективное лечение, постоянное употребление; DN^- — отсутствие динамики, неэффективное лечение, эпизодическое употребление.

Таким образом, возможность многомерной оценки КАПИН позволяет определять выраженность медико-социальных проблем ПИН, планировать лечебно-реабилитационные мероприятия и осуществлять направленное медикаментозное и психосоциальное воздействие, добиться оптимизации лечения, проводить мониторинг с оценкой эффективности медико-социальной помощи и обеспечить возможность проведения сравнительного анализа результатов различных моделей лечения и реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зобин, М. Л. Современные подходы к оценке эффективности лечения опиоидной зависимости / М. Л. Зобин, А. Ю. Егоров // «Психиатрия и наркология в XXI веке»: сб. науч. ст. — СПб.: Артиком плюс, 2008. — С. 66–95.
2. Кесельман, Л. Е. Социальное пространство наркотизма / Л. Е. Кесельман, М. Г. Мацкевич // Наркобизнес. Начальная теория наркотической отрасли / Л. М. Тимофеев. — 2-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Медицинская пресса, 2001. — 272 с.
3. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS) / R. L. Hubbard [et al] // J. Subst. Abuse Treat. — 2003. — Vol. 25, № 3. — P. 125–134.

УДК:614.2:612.663–053.7]:305

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ БЕЛОРУССКИХ ПОДРОСТКОВ И ВЛИЯНИЕ НА НИХ МАТЕРИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ И СОСТАВА РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ

Сурмач М. Ю.

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Проблема депопуляции сохраняет высокую актуальность для Республики Беларусь. Государство затрачивает огромные средства, привлекает ресурсы для решения медико-демографических проблем. Тем не менее, в 2011 году смертность вновь превысила рождаемость на 2,8 случаев на 1000 населения [1]. Мероприятия, направленные на выявление причин низкой рождаемости и разработку способов ее повышения, остаются высоко востребованными.

Целью данного исследования являлось установить особенности репродуктивных установок подростков, проживающих в Республике Беларусь, выявить, как влияют на формирование потребности в будущих детях такие факторы, как материальное положение и состав родительской семьи. Материалом послужили данные опроса лиц 15–18 лет (март — июнь 2010). Опросник, разработанный для проведения исследования, позволял изучить качество жизни, связанное с репродуктивным здоровьем, раскрыть факторы образа жизни подростков, в том числе потенциальные факторы риска, выявить особенности медицинской активности. Он прошел предварительную апробацию на базе одного из Центров дружественного отношения к молодежи г. Гродно. Дизайн выборки проведен с использованием стандартных методик и требований к статистической надежности результатов [2]. Опрошено 1052 человека, выбраковано менее 10 % анкет. Данные опроса 463 девушек и 486 мальчиков включены в статистический анализ («Statistica» 6,0, SPSS 13,0).

Получены следующие результаты. На вопрос «Как ты думаешь, сколько детей будет в твоей семье?» ответы распределились от «0» до «6». Среднее значение составило $1,88 \pm 0,7$ ($M \pm SD$) детей (рисунки 1, 2).

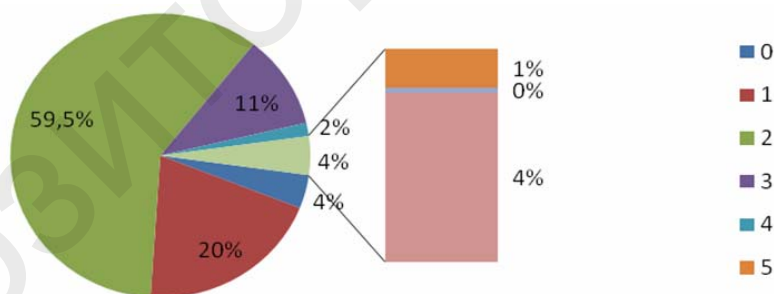


Рисунок 1 — Распределение ответов на вопрос «Как ты думаешь, сколько детей будет в твоей семье?»

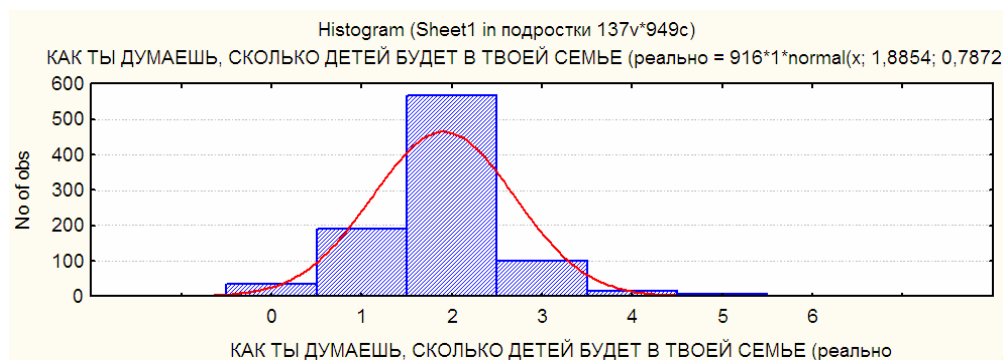


Рисунок 2 — Планируемое количество детей в семье

Анализ ответов на вопрос «Какое количество детей в семье является идеальным» показал, что для 76,3% это 2 детей и менее (рисунки 3, 4). Среднее значение составило $2,17 \pm 0,83$ ($M \pm SD$) ребенка.

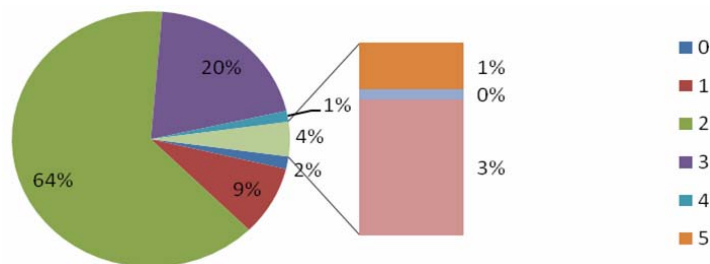


Рисунок 3 — Распределение ответов на вопрос «Какое количество детей в семье является идеальным?»

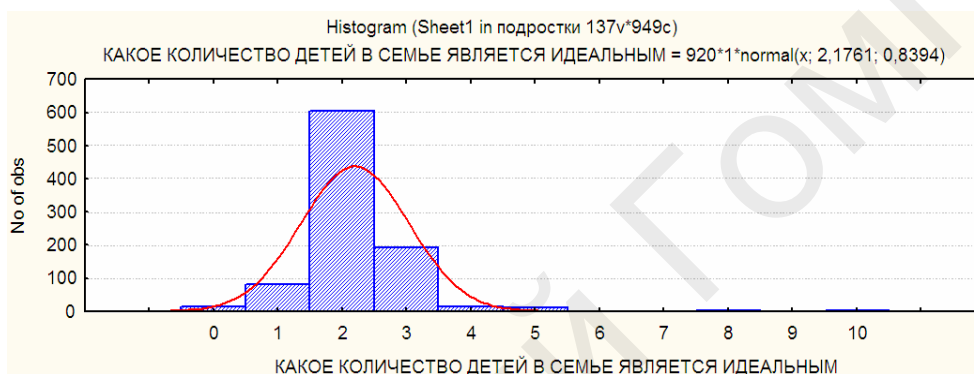


Рисунок 4 — Идеальное количество детей в семье

Результаты анализа самооценки материального положения семьи, в которой воспитывается подросток, показали, что большинство опрошенных считают его «хорошим» (45,1 %) или «средним» (37,7 %). Каждый двенадцатый подросток утверждает, что положение его семьи «трудное».

Гипотезу о влиянии материального положения семьи на репродуктивные установки подростка подтвердить не удалось (рисунок 5).

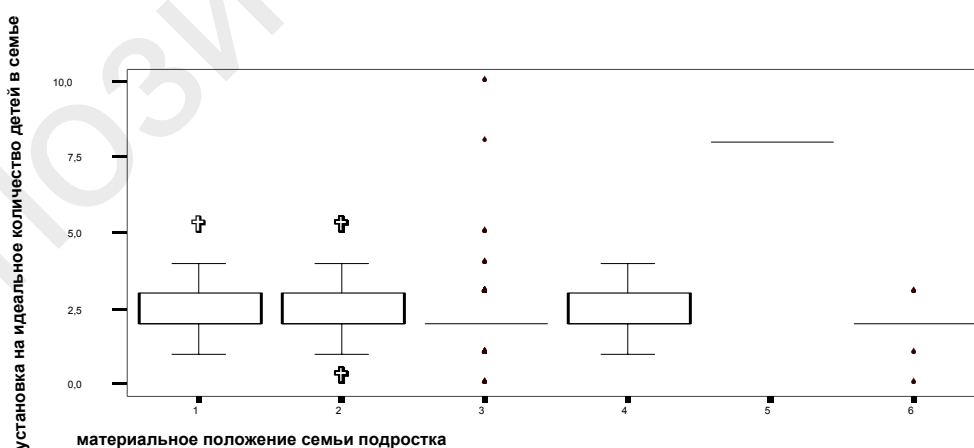


Рисунок 5 — Зависимость между материальным положением семьи подростка (по данным самооценки: 1 — «очень хорошее»; 2 — «хорошее»; 3 — «среднее»; 4 — «трудное»; 5 — «очень трудное»; 6 — «не могу оценить») и его установкой на идеальное количество детей в семье

Большинство подростков (87,9 % мальчиков и 88,8 % девочек) считают, что у них будет возможность иметь полноценную семью. В группе подростков, оценивающих материальное положение своей семьи как «очень хорошее» и «хорошее», уверены в том, что смо-

гут создать свою полноценную семью, 92,06 % подростков. В группе подростков, материальное положение семьи которых «трудное» и «очень трудное», уверены в возможности создать собственную полноценную семью 84,4 % ($\chi^2 = 0,14$, $p = 0,7$).

Большинство подростков, согласно ответам, воспитываются в полных семьях (рисунок 6). Второе место по частоте ответов занимает ответ неполная семья «с мамой». Примерно равные доли подростков воспитываются в неполных семьях «с папой», «с бабушкой/дедушкой», чуть больше ответов «с мамой и отчимом». В числе других названных подростками форм семей такие, как «то с мамой, то с папой», «с папой и бабушкой», «с опекуном», а также с другими родственниками («с братом», «с тетей», «с семьей сестры»). Единичные ответы — «сирота».

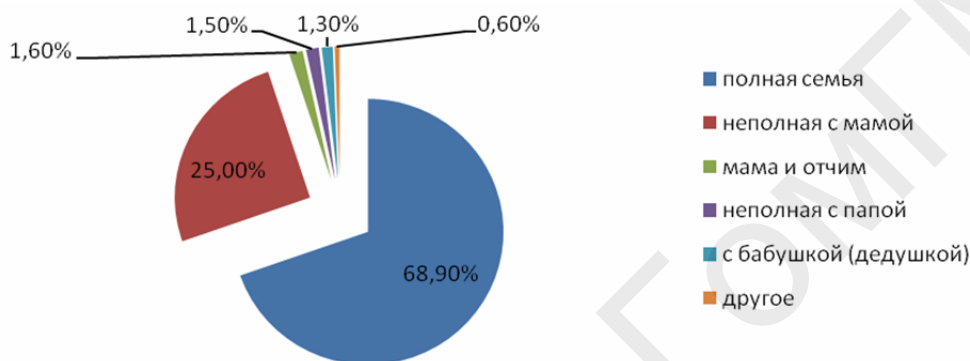


Рисунок 6 — Состав семей, в которых воспитываются подростки

Репродуктивные установки подростков в зависимости от полноты и типа родительской семьи оказались следующими. Подростки из полных семей планировали $1,91 \pm 0,032$ ребенка (максимальное значение, хотя различия статистически незначимы), из неполных семей «с мамой» — $1,84 \pm 0,048$ детей, из неполных семей «без мамы» — $1,83 \pm 0,16$ ребенка. Подростки из полных семей считали идеальным количеством детей в семье $2,19 \pm 0,034$ ребенка, подростки из неполных семей «с мамой» — $2,14 \pm 0,044$ ребенка, из неполных семей «без мамы» — $2,3 \pm 0,21$ детей. Различия статистически незначимы. В то же время, вероятно, максимальное значение показателя в последней группе связано с психологическими факторами (чувство одиночества, желание иметь большую дружную семью).

В группе подростков, являющихся единственными детьми (не имеющими братьев и сестер), установка на планируемое количество детей в семье соответствует $1,67 \pm 0,047$ ($M \pm m$) детей. Подростки, имеющие сестер или братьев, ориентированы на $1,98 \pm 0,032$ ($M \pm m$) ребенка. Сравнительный анализ показывает, что критерий равенства дисперсий Ливиния F составляет 19,8, критерий Стьюдента $t = 5,4$, $p = 0,0001$. Установки на идеальное количество детей в семье подростков, не имеющих/имеющих братьев и (или) сестер, составляют соответственно $2,06 \pm 0,055$ и $2,23 \pm 0,035$ ребенка, критерий Стьюдента $t = 2,6$ при $p = 0,01$.

Таким образом, репродуктивные установки подростков низкие и соответствуют суженному типу воспроизводства населения. Такие факторы, как материальное положение родительской семьи и ее полнота не оказывают значимого влияния на установку на планируемое число детей в семье. В то же время, выявлено положительное влияние наличия братьев и сестер на формирование более высоких репродуктивных установок как на планируемое, так и на идеальное число детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жарко, В. И. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения в 2011 году и основных направлениях деятельности на 2012 год (доклад на итоговой коллегии Министерства здравоохранения 29 февраля 2012 г.) / В. И. Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2012. — № 1. — С. 4–17.
2. Сурмач, М. Ю. Методологические подходы к конструированию выборочной совокупности при исследовании здоровья и качества жизни подростков / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2011. — № 4. — С. 62–67.

УДК: 614.2 : 613.96

**ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ
В РЕШЕНИИ АКТУАЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Сурмач М. Ю., Тищенко Е. М.

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

В течение последних 10-летий методологические подходы к изучению и оценке здоровья населения на групповом и популяционном уровнях непрерывно дополнялись. Очевидно, что традиционная оценка здоровья населения, основанная на анализе медико-демографических индексов, показателей заболеваемости, физического развития и инвалидности, не отвечает современным требованиям. В настоящее время полная характеристика здоровья на популяционном уровне невозможна при отсутствии данных о социальных факторах, в частности, о качестве жизни, связанном со здоровьем. В то же время, эффективное решение одной из важнейших задач, поставленных перед здравоохранением Беларуси на 2012 г., сформулированной как «Активное формирование политики по защите среды обитания и здоровья человека, обеспечивающей контроль за воздействием вредных факторов на состояние здоровья населения и эффективное предупреждение их вредного влияния» [1], невозможно без всестороннего анализа факторов, формирующих здоровье населения.

Не менее важной задачей здравоохранения является «Создание условий для рождения здоровых детей, уменьшения инвалидности с детства, разработка стратегии страны по укреплению репродуктивного здоровья населения» [1]. Проблема репродуктивного здоровья молодёжи сохраняет острую актуальность в продолжающихся условиях депопуляции и не нашла пока эффективных путей решения. Очевидно, что в разработке стратегии страны по укреплению репродуктивного здоровья невозможно обойтись без мер по направленному регулированию факторов риска. Для этого требуется углубленное и всестороннее изучение всего спектра управляемых факторов, влияющих на репродуктивное здоровье и отражающих его уровень.

В Республике Беларусь прилагаются значительные усилия для сохранения и развития человеческого потенциала. Очевидно, что наиболее эффективными со стратегической точки зрения являются меры, направленные на укрепление здоровья и повышение качества жизни подрастающего поколения, поскольку именно подростки представляют трудовой, экономический и демографический потенциал страны.

Большое внимание социальным и поведенческим факторам здоровья подростков, в том числе в сфере репродуктивного здоровья, уделено в работах сотрудников Российской академии наук. Так, И. В. Журавлёва при оценке поведения подростков относительно их здоровья, определяла самооценку подростками собственного здоровья, медицинскую информированность (информированность о наличии заболеваний, о вредных привычках, о факторах риска некоторых заболеваний, о навыках оказания первой помощи), отношение подростков к здоровью как к жизненной ценности, экологические установки подростков, распространённость в подростковой среде девиантного поведения (курения, употребления алкоголя и наркотиков, рискованного сексуального поведения) [2]. Рассматривая репродуктивное здоровье и сексуальное поведение подростков, И. В. Журавлёва акцентирует внимание на медико-социальном контексте исследований в данной области.

Как отмечают В. Ю. Альбицкий и И. В. Винярская, «Новым критерием оценки состояния здоровья детей может стать показатель качества жизни, под которым подразумевается субъективная оценка человеком своего физического, психологического и социального благополучия» [3, с. 16]. Данные о результатах популяционных исследований качества жизни, так называемые популяционные нормы, представляют значительную ценность. Такие данные (нормативные показатели) имеются во всех развитых странах мира с конца 1990-х гг., что стало возможным при разработке и внедрении опросника SF-36. В

Республике Беларусь статистика показателей качества жизни, связанного со здоровьем, не ведется. Нет единого унифицированного опросника (на одном из государственных языков) по связанному со здоровьем качеству жизни, нет разработанной методологии оценки результатов опроса. Данные исследований, в которых качество жизни оценивается во взаимосвязи с репродуктивным здоровьем, отсутствуют.

Опросник SF-36 в оригинале представлен на английском языке, однако имеется и его русскоязычная версия. Он применим для возрастной категории от 15 до 85 лет. При этом согласие родителей и их опрос для респондентов подросткового возраста не предусмотрены. Основным недостатком, резко ограничивающим возможности применения опросника SF-36 для подростков, является отсутствие чувствительности к специфичности подросткового возраста. Не учитывает данный опросник и специфику репродуктивного здоровья.

Опросники, применяемые в педиатрической практике (наиболее известными из них являются Child Health Questionnaire и PedsQL), отражают специфику детского и подросткового возраста. В то же время, они обладают как минимум тремя важными недостатками. Во-первых, в подавляющем большинстве они предполагают участие в опросе как детей, так и родителей, а именно комплексный подход, учитывающий в совокупности мнение ребенка (self-report) и родителей (proxy-report). При исследованиях социальных и поведенческих факторов риска репродуктивного здоровья участие родителей нежелательно, поскольку оно резко снизит достоверность получаемой от подростка информации — так называемый «proxy-problem» или «cross-informant variance» феномен. Во-вторых, применяемые в педиатрической практике опросники по качеству жизни не позволяют получить в полной мере искомую информацию о репродуктивном здоровье. И, наконец, культурная и языковая адаптация, последующая валидация иноязычных опросников — весьма сложная и затратная процедура.

Обратившись к опыту российских коллег, мы обнаруживаем, что для комплексной индивидуальной оценки состояния здоровья детей по образцу доступных опросников на базе отделения охраны здоровья матери и ребенка ФГУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава были разработаны возрастные опросники для детей от рождения до 18 лет [4]. В отличие от иностранных образцов были созданы, наряду с блоками физического, психо-эмоционального, социального функционирования и умственного развития с оценкой обучаемости, блоки оценки заболеваемости и социального статуса семьи ребенка. При помощи указанных опросников было проведено масштабное анкетирование родителей и детей во всех регионах России. Общее количество опрошенных составило 7079 человек. Полученные данные свидетельствуют о том, что для показателей качества жизни детей в России имеет немаловажное, а иногда и решающее значение учет социального окружения и средовых факторов. В то же время, несмотря на адаптацию к российским условиям, опросники не применимы для изучения репродуктивного здоровья подростков и связанного с ним качества жизни.

До настоящего времени среди разработанных отечественными учеными методик ни одна не получила статус эталона. Ряд работ, как, например, разработанный в Белорусской медицинской академии последипломного образования «Метод оценки индивидуального качества жизни», заслуживают более пристального изучения и широкого распространения. Результаты, полученные И. В. Мащенко при исследовании качества жизни подростков 14–18 лет г. Минска и г. Молодечно, показали, что средний показатель качества жизни обследованных является низким и составляет 23,5 %. Ведущими факторами низкого качества жизни подростков являются обеспокоенность своим здоровьем и качество социализации [5].

Обобщая методики исследования связанного со здоровьем качества жизни подростков, следует отметить, что они объединяют два типа критериев и направлены на изучение физического, психологического и социального функционирования в их взаимосвязи. Объективными критериями являются физическая активность, факторы, связанные с социальным функционированием — учебной, адаптацией в коллективе. Субъективные критерии основаны на учете факторов эмоционального статуса, удовлетворенности различными аспектами жизни, а также самочувствия и самооценки ряда связанных со здоровьем факто-

ров — то есть степени восприятия подростком того, как его потребности в здоровье удовлетворяются и насколько необходимые для этого возможности предоставлены.

Таким образом, современные требования к оценке здоровья населения, и, особенно, подростков и молодежи, включают необходимость изучения социальных факторов риска и характеристики качества жизни. В настоящее время отсутствуют полные данные о влияющих факторах в отношении репродуктивного здоровья подростков, нет сведений об уровне их качества жизни, связанном со здоровьем. Причиной являются с одной стороны, отсутствие адаптированных методик. Анализ методик исследования связанного со здоровьем качества жизни подростков показывает, что ни одна из них не учитывает связи качества жизни и репродуктивного здоровья, и ни одна не может рассматриваться в качестве универсального эталона. Как следствие — отсутствует база данных, полученных при исследованиях на популяционном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Официальный интернет-портал Министерства здравоохранения Республики Беларусь: http://www.minzdrav.gov.by/ru/static/activities/plan_raboty. — Дата доступа: 05.05.2012.
2. Журавлёва, И. В. Здоровье подростков: социологический анализ / И. В. Журавлёва. — М.: Института социологии РАН, 2002. — 240 с.
3. Альбицкий, В. Ю. Новый подход в комплексной оценке состояния здоровья детей с использованием критерия качества жизни / В. Ю. Альбицкий, И. В. Винярская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2007. — № 5. — С. 16–17.
4. Медико-биологическая и социальная адаптация в популяции детей в современных условиях (нормативы и отклонения) / И. С. Цыбульская [и др.]. — М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. — 52 с.
5. *Мащенко, И. В.* Метод оценки индивидуального качества жизни / И. В. Мащенко. — Минск: ГУО «БелМАПО». — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.belmapo.by/page/5/390>. — Дата доступа: 01.04.2010.

УДК: 61:301:616-053.81(476.2)

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАБОТАЮЩЕЙ МОЛОДЕЖИ РУП «ГОМЕЛЬЭНЕРГО»

Усаковская М. В., Соболева Л. Г.

Республиканское унитарное предприятие

«Гомельэнерго»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Здоровье — ни с чем не сравнимая ценность. Каждому человеку присуще желание быть сильным и здоровым. Основные индикаторы здоровья населения — медико-демографические показатели и уровень заболеваемости в последнее десятилетие имеют в Беларуси неблагоприятные тенденции. Объяснением этому служат не только кризисная экономическая ситуация, социальное напряжение, ухудшение экологической обстановки, но и потеря отношения к здоровью, как к социальной и индивидуальной ценности. В настоящее время среди основной части населения сформировалась иждивенческая, потребительская позиция в отношении собственного здоровья. Потребность в здоровье ощущается человеком, в основном, только, когда оно уже утрачено, что особенно отчетливо проявляется у молодежи [1–6].

С целью разработки программы, направленной на продвижение здоровья среди работающей молодежи, нами было проведено исследование, в котором приняли участие 300 работающих в РУП «Гомельэнерго»: в возрасте 19–23 года — 37 человек (40 мужчин и 13 женщин), в возрасте 23–28 лет — 161 человек (118 мужчин и 43 женщины), в возрасте 28–31 год — 86 человек (54 мужчины и 32 женщины).

Нами была разработана анкета, включающая вопросы по оценке состояния здоровья, особенностям питания, средствам снятия усталости, распространенности курения, касающиеся навыков самоконтроля за состоянием своего здоровья, а так же вопросы о главных ценностях жизни, половой жизни, семейном положении и денежном доходе.

Статистическая обработка результатов исследования производилась при помощи программы SPSS-13, SPSS-16 с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков.

Результаты и обсуждение

Согласно проведенному исследованию, 44,4 % работающей молодежи имеют среднее специальное образование и 35,9 % — высшее. Среднее общее образование — у 10,4 % опрошенных (таблица 1).

Таблица 1 — Образование работающей молодежи (%)

Образование	Возраст, лет			
	19–22	23–27	28–31	всего
Среднее общее	17,5	5,6	8,1	10,4
Незаконченное высшее	13,2*	6,8	8,1	9,4
Среднее специальное	52,8*	49,1	31,4	44,4
Высшее	17,0	38,5	52,3*	35,9

* Различия по возрасту статистически достоверны ($p < 0,05$)

Традиционная форма совместной жизни — семья, возникшая на основании заключения брака, сохраняется в сознании большинства молодежи как ценностная норма. Брак как социальный институт рассматривается в качестве гаранта стабильности, как необходимое условие счастливой семейной жизни. Ценностное отношение к браку как социальному институту в наибольшей степени дифференцировано фактором возраста: чем моложе человек, тем благосклоннее он относится к мнению, что регистрируемый брак — устаревший социальный институт. Радикально-консервативное отношение населения страны к нерегистрируемым бракам как явлению, которое противоречит нормам морали, утрачивает силу. Отношение к ним становится более либеральным, но модернистская точка зрения на этот тип семейных отношений не распространилась широко. Только 11,6 % состоят в гражданском браке.

По семейному положению были установлены статистически достоверные различия ($\chi^2 = 37,290$, $p < 0,001$), (таблица 2). 46,1 % опрошенных — холосты (не замужем). Следует подчеркнуть, что наибольший удельный вес был выявлен у работающей молодежи в возрасте 19–22 лет (73,6 %). 25,1 % респондентов состоят в юридическом браке. 8 % составляет разведенная молодежь. Достоверно чаще вступает в брак молодежь в возрасте 28–31 года. Наибольший удельный вес по разводам составляет возрастная категория 23–27 лет (8,8 %).

Таблица 2 — Семейное положение работающей молодежи (%)

Семейное положение	Возраст, лет			
	19–22	23–27	28–31	всего
Состоят в браке	18,9	4,0	52,3**	25,1
Холосты (не замужем)	73,6**	41,3	23,3	46,1
Состоят в гражданском браке	7,5	10,0	17,4	11,6
Разведены	—	8,8*	7,0	7,9

* Различия по возрасту статистически достоверны ($p < 0,05$); ** различия по возрасту статистически достоверны ($p < 0,001$)

На вопрос: удовлетворены ли вы состоянием своего здоровья, 72 % респондентов ответили положительно. Затруднились ответить на поставленный вопрос 8,7 % опрошенной молодежи. Причем, мужчины удовлетворены больше состоянием своего здоровья (78,8 %, $\chi^2 = 20,379$, $p < 0,05$), чем женщины (54,8 %).

У 65,7 % работающей молодежи состояние здоровья за прошедший год осталось прежним. 11 % опрошенных отмечают улучшение своего состояния здоровья, ухудшение — 13,7 % респондентов.

Нами было установлено, что хронические заболевания имеют 17 % респондентов в возрасте 19–22 лет и 15,4 % — в возрасте 23–31 год.

На вопрос: какие навыки самоконтроля за состоянием своего здоровья вы используете, 39,4 % опрошенных ответили, что умеют определять начальные симптомы заболеваний и измерять свой вес. Чаще контролируют свой вес путем его измерения женщины (59,5 %, $\chi^2 = 20,517$, $p < 0,05$), чем мужчины (31,3 %). 28,3 % молодежи измеряют свое артериальное давление, температуру тела — 24,3 %, 7,7 % опрошенных — пульс.

Одно из приоритетных мест в системе ценностных ориентации работающей молодежи традиционно занимает здоровье (71,4 %) (таблица 3), 2-е место — семья (64,1 %).

Ценность детей в жизни большинства, работающей молодежи не снизилась и продолжает сохранять свое смысло-жизненное значение (50,3%). Подчеркнем, что в возрасте 28–31 год дети являются наиболее главными в жизни (69,8 %, $\chi^2 = 19,035$, $p < 0,001$). Причем, наибольший удельный вес по этому показателю составляют женщины (32,1 %, $\chi^2 = 8,692$, $p < 0,05$). 47,7 % респондентов считают главным в жизни материальное обеспечение и 39,8 % — дружбу. Следует отметить, что у 52,8 % опрошенных в возрасте 19–22 года дружба ценится больше всего (наибольший удельный вес составляют мужчины (42,5 %, $\chi^2 = 8,068$, $p < 0,05$)), (таблица 3).

Таблица 3 — Ценностные ориентации работающей молодежи (%)

Ценностные ориентации	Возраст, лет			
	19–22	23–27	28–31	всего
Вера	17,5	19,9	16,3	14,6
Возможность получать любые удовольствия, развлекаться	22,6	18,6	10,5	17,2
Дети	35,8	45,3	69,8**	50,3
Дружба	52,8*	36,6	30,2	39,8
Душевный покой, комфорт	20,8	26,7	30,2	25,9
Здоровье	71,7	72,7	69,8	71,4
Знание, познание мира, образование	13,5	14,3	9,3	12,4
Интересная работа, профессия	43,4	34,8	37,2	38,4
Карьера, высокое положение в обществе	20,8	20,5	12,8	18,0
Любовь	48,1	34,8	36,01	39,6
Материальное обеспечение жизни	54,7	47,8	40,7	47,7
Общественные преимущества, известность, репутация	1,9	4,3	1,2	2,4
Секс	26,4	23,0	16,3	21,9
Семья	67,9	58,1	66,3	64,1

* Различия по возрасту статистически достоверны ($p < 0,05$); ** различия по возрасту статистически достоверны ($p < 0,001$)

Современная жизнь не проста, накапливается усталость, напряженность.

По средствам снятия усталости, напряженности на первое место работающая молодежь ставит сон (75,5 %), (таблица 4).

Таблица 4 — Средства снятия усталости и напряженности работающей молодежи (%)

Средства снятия усталости и напряженности	Возраст, лет			
	19–22	23–27	28–31	всего
Сон	79,2	68,3	79,1	75,5
Чтение газет, журналов, книг	11,3	23,0	30,2	22,0
Просмотр TV, видео, прослушивание музыки	66,0*	43,5	55,8	55,1
Общение	58,5*	32,3	40,7	43,8
Ауто-тренинг, медитация и т.п.	—	3,1	2,3	2,5
Экстремальные виды отдыха	7,5	7,5	10,5	8,5
Прогулки на природе	43,4	48,4	43,0	45,0
Физический труд, работа на даче	15,1	17,4	11,4	16,6
Туризм, рыбалка	34,0	27,3	29,1	30,1
Наркотики, транквилизаторы	1,9	6,0	6,0	0,3
Спорт и физическая культура	41,5	29,2	29,1	33,2
Посещение театра, кинотеатра и др.	18,9	14,3	7,0	13,4
Алкоголь	18,9	6,2	10,5	8,1
Посещение храма (церкви, костела и др.)	1,9	8,8	5,8	5,5

* Различия по возрасту статистически достоверны ($p < 0,05$)

Просмотр TV, видео, прослушивание музыки занимает 2-е место (55,1 %). Следует отметить, что наибольший удельный вес по этому показателю был установлен в возрасте 19–22 лет (66,0 %, $\chi^2 = 9,850$, $p < 0,05$). Прогулки на природе занимают у опрошенной молодежи 3-е место (45 %). Общением снимают данные чувства 58,5 % респондентов в возрасте 19–22 лет, что составляет наибольший удельный вес по сравнению с другими возрастными группами ($\chi^2 = 11,558$, $p < 0,05$). Туризмом, походом на рыбалку снимают усталость и напряженность 30,1 % работающей молодежи. Следует отметить, что мужчины составляют наибольший удельный вес по этому показателю (36,3 %) по сравнению с женщинами (9,5 %), ($\chi^2 = 21,153$, $p < 0,05$). Посещением храма снимают данные чувства 6,7 % опрошенных, при этом женщины чаще посещают храм (14,3 %, $\chi^2 = 13,758$, $p < 0,05$), чем мужчины (3,3 %).

Менее эффективными действиями для снятия чувств усталости, напряженности, стресса, плохого настроения респонденты считают физкультуру — 33,2 %, чтение книг, газет, журналов — 22 %, физический труд, работа на даче — 16,6 %, посещение театра, кинотеатра — 13,4 %, экстремальные виды отдыха — 8,5 %, алкоголь — 8,1 %, аутотренинг — 2,5 %.

По удовлетворенности качеством своего питания были установлены определенные различия ($\chi^2 = 17,807$, $p < 0,05$). Наибольший удельный вес был отмечен в возрастной группе 19–22, что нельзя сказать о работающей молодежи в возрасте 23–27 лет, где был установлен наименьший удельный вес. Следует отметить, что у мужчин положительный ответ встречался достоверно чаще (53,8 %, $\chi^2 = 22,274$, $p < 0,05$), чем у женщин (37,3 %).

Известно, что несоблюдение режима питания является причиной развития различных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Выяснилось, что не соблюдают режим питания 84,6 % опрошенной молодежи. Соблюдают умеренность в потреблении продуктов питания 32,8 % опрошенной молодежи. Употребляют йодированную соль в пищу и очищенную воду 16,8 % респондентов. При организации своего питания 23,9 % респондентов подсчитывают калорийность продуктов. Отметим, что наиболее серьезно относятся к своему питанию молодежь в возрасте 23–27 лет (32,9 %, $\chi^2 = 6,387$, $p < 0,05$). Употребляют в пищу продукты с профилактическим эффектом 3,2 % молодежи. Причем, наибольший удельный вес составляют молодые люди в возрасте 28–31 год (5,8 %, $\chi^2 = 6,723$, $p < 0,05$). 33,8 % опрошенных предпочитают употреблять натуральные продукты (без консервантов и добавок). Питаются, как придется 21,3 % работающей молодежи.

На вопрос: как вы используете свой государственный отпуск, респонденты ответили следующим образом: 38,4 % работающей молодежи предпочитает ездить в туристические поездки, отдыхать на даче, в деревне. 30 % опрошенных проводят свой отпуск в санатории. В целях повышения своего материального положения 10,3 % молодежи подрабатывает во время своего отпуска.

Курение является одним из ведущих факторов риска, способствующих формированию хронических неинфекционных заболеваний. В результате исследования нами было установлено, что постоянно курят 29,3 % работающей молодежи, причем мужчины составляют наибольший удельный вес (35,8 %, $\chi^2 = 18,893$, $p < 0,05$), по сравнению с женщинами (13,1 %). Курят от случая к случаю 18,3 % респондентов. Курило, но бросило 16,7 % молодежи. Никогда не пробовало курить 34,7 % работающей молодежи.

Следует подчеркнуть, что у 35,7 % опрошенной молодежи курение стало привычкой. Причем, мужчины составляют наибольший удельный вес (42,9 %, $\chi^2 = 20,051$, $p < 0,05$). Стресс стал мотивом курения у 10 % опрошенных. 8,9 % молодежи курило при употреблении алкогольных напитков.

41,8 % респондентов имели случайные сексуальные связи. Причем, мужчины составляют наибольший удельный вес (49,3 %, $\chi^2 = 17,518$, $p < 0,05$).

Способ предохранения от ИППП и СПИДа выбирают использование презервативов (51 %) и наличие постоянного полового партнера (43 %). 2 % работающей молодежи отказываются от половой жизни или ничего не используют.

Заключение

Согласно проведенному исследованию:

1. Наибольший удельный вес работающей молодежи имеет среднее специальное образование (44,4 %).

2. 46,1 % опрошенных — холосты (не замужем). 25,1 % респондентов состоят в юридическом браке. 8 % составляет разведенная молодежь. 11,6 % состоят в гражданском браке.

3. 72 % респондентов удовлетворены состоянием своего здоровья. Причем, мужчины удовлетворены больше состоянием своего здоровья (78,8 %, $\chi^2 = 20,379$, $p < 0,05$), чем женщины (54,8 %).

4. У 65,7 % работающей молодежи состояние здоровья за прошедший год осталось прежним. Хронические заболевания имеют 17 % респондентов в возрасте 19–22 лет и 15,4 % — в возрасте 23–31 год.

5. 39,4 % опрошенных умеют определять начальные симптомы заболеваний и измерять свой вес.

6. Одно из приоритетных мест в системе ценностных ориентации работающей молодежи традиционно занимает здоровье (71,4 %), 2-е место — семья (64,1 %), 3-е — дети (50,3 %).

7. По средствам снятия усталости, напряженности на первое место работающая молодежь ставит сон (75,5 %), просмотр TV, видео, прослушивание музыки занимает 2-е место (55,1 %). Прогулки на природе занимают у опрошенной молодежи 3-е место (45 %).

8. Не соблюдают режим питания 84,6 % опрошенной молодежи. Питаются «как придется» 21,3 % работающей молодежи.

9. Во время своего государственного отпуска 38,4 % работающей молодежи предпочитает ездить в туристические поездки, отдыхать на даче, в деревне. В целях повышения своего материального положения 10,3 % молодежи подрабатывает во время своего отпуска.

10. Постоянно курят 29,3 % работающей молодежи.

11. 41,8 % респондентов имели случайные сексуальные связи. По способу предохранения от ИППП и СПИДа выбирают использование презервативов (51 %) и наличие постоянного полового партнера (43 %).

Результаты проведенного исследования показали необходимость разработки и реализации практических рекомендаций, направленных на формирование самосохранительного поведения молодежи, сохранение и укрепление ее здоровья.

Учитывая полученные данные, основными задачами социальной политики в отношении работающей молодежи должны стать следующие:

- повышение статуса семьи в обществе, широкое пропаганда в молодежной среде семейных ценностей, материнства и отцовства;
- организация с молодежью воспитательной работы по подготовке к семейной жизни;
- сохранение здоровья будущих мам и новорожденных;
- проведение профилактической работы среди молодежи по недопущению прерывания беременности;
- сохранение и развитие репродуктивного потенциала молодого населения.

Исходя из приведенных показателей состояния здоровья молодежи в дальнейшем необходимо:

- усилить деятельность медицинских работников, общественных организаций, средств массовой информации по профилактике, лечению, предупреждению распространения социально-значимых заболеваний среди молодежи (туберкулеза, ВИЧ-инфекции, наркомании, алкоголизма, заболеваний, передающихся половым путем);
- развивать сеть и активизировать работу служб социально-психологической помощи на предприятиях для своевременного оказания психологической помощи всем нуждающимся.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гречнева, Е. В. Реализация государственной молодежной политики в РБ / Е. В. Гречнева // Белорусская думка. — 2004 — № 11. — С. 22.
2. Добренъков, В. И. Методы социологического исследования: учеб. / В. И. Добренъков, А. И. Кравченко. — М.: ИНФРА-М, 2004. — 768 с.
3. Дорошкевич, М. П. Основы валеологии: учеб. пособие / М. П. Дорошкевич, Д. М. Муравьева. — Минск: Выш. шк., 2003. — 240 с.
4. Здравоохранение в Республике Беларусь: Офиц. стат. сб. за 2004 г. — Минск: ГУРНМБ, 2005. — 316 с.
5. Лукьяненко, В. И. Теория и методика социальной работы: учеб. пособие (часть 1) / проф. В. И. Лукьяненко, проф. П. Д. Павленок. — М.: Союз, 1994. — 399 с.
6. Подольский, В. В. Репродуктивное здоровье — важнейшая проблема современности / В. В. Подольский // Здоровье женщины. — 2003. — № 1. — С. 103.

УДК 613 (075.32)

**ПРИОРИТЕТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ —
ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
(из опыта работы)**

Цецохо А. В., Азарченкова А. А., Куликова Т. П.

**Учреждение образование
«Витебский государственный медицинский колледж»
г. Витебск, Республика Беларусь**

К числу приоритетов нашего общества относится формирование эффективной системы здравоохранения, основополагающим принципом которой всегда будут оставаться первичная профилактика заболеваний и пропаганда здорового образа жизни.

Каждый человек — это уникальная личность, способная глубоко мыслить и осознавать, что жизнь можно управлять. Особенно это актуально тогда, когда речь идет о здоровье.

Здоровый образ жизни (образ жизни, способствующий сохранению здоровья) является сознательным поведением, направленным на устранение, сохранение и восстановление здоровья, на обеспечение жизнедеятельности и работоспособности и на достижение активной, продолжительной жизни. В Республике Беларусь формирование ЗОЖ является важнейшей составной частью воспитательной работы.

При организации работы по формированию ЗОЖ необходимо учитывать особенности, возраст, интересы, имеющиеся материальные возможности и использовать формы работы, которые наиболее эффективны в условиях учреждения образования. Желательно применять различные активные формы и методы формирования ЗОЖ, которые помогают студенческой и учащейся молодежи приобрести уверенность в собственных силах, терпение, развивают способность принимать определенные решения в вопросах ответственного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих. Кроме того, предполагается деятельное участие молодежи в организации и проведении мероприятий по формированию здорового образа жизни, созданию здоровьесберегающей среды.

В Витебском государственном медицинском колледже ведется целенаправленная работа по формированию культуры здорового образа жизни, профилактике вредных зависимостей в коллективе учащихся и слушателей отделения повышения квалификации. Разработана программа «Здоровый образ жизни», адаптированная к условиям учебно-воспитательной деятельности. Собран богатый материал информационно-методического характера по вопросам пропаганды ЗОЖ. Совместно с Витебской областной организацией Белорусского Общества Красного Креста успешно реализуются молодежные инициативы, проекты и программы, направленные на профилактику негативных явлений в подростковой среде. Проводятся конкурсные и игровые программы по пропаганде ЗОЖ, недели и ярмарки здоровья.

Традицией стало участие не только в общеколледжных конкурсах учебно-исследовательских и творческих работ по проблемам формирования ЗОЖ, но и в республиканских, где наши учащиеся ежегодно занимают призовые места. Осуществляется взаимодействие с Центром профилактической и социальной реабилитации детей-инвалидов по организации цикла мероприятий по вопросам репродуктивного здоровья. В этой связи интересен опыт работы волонтерского отряда «Милосердие», созданного еще в 1998 г. В деятельности отряда выделяются три ведущих направления:

— уход, наблюдение за пациентами и оказание посильной помощи в выполнении медицинских манипуляций и организация санитарно-просветительной работы по формированию и пропаганде ЗОЖ среди пациентов в Витебском областном клиническом онкологическом диспансере;

— организация деятельности университета «Здоровье» в Центре профессиональной и социальной реабилитации детей-инвалидов, где целью занятий с учащимися, имеющими особенности психофизического развития, являются повышение уровня информированно-

сти и образованности по проблемам ЗОЖ, совершенствование физических и духовных возможностей личности воспитанников с учетом их состояния здоровья, формирование негативного отношения к вредным привычкам (в работе с детьми-инвалидами используются разнообразные активные формы работы, которые носят практико-ориентированную направленность с применением методики «Равный обучает равного»);

— осуществление информационно-пропагандистской деятельности по пропаганде ЗОЖ в ВУЗах, профессионально-технических колледжах и лицеях, школах города Витебска под эгидой Витебской организации Белорусского общества Красного Креста.

Большое внимание вопросам формирования ЗОЖ уделяется и на отделении повышения квалификации. На каждом цикле для слушателей проводятся теоретические и практические занятия, целью которых является изучение:

- факторов, влияющих на здоровье;
- принципов формирования здорового образа жизни;
- нормативных и правовых актов по сохранению и укреплению здоровья населения Республики Беларусь;
- способов, форм и методов обучения населения и пациентов здоровому образу жизни.

На занятиях мы стремимся формировать у слушателей культуру здорового образа жизни, устойчивые представления о здоровье как о важнейшей человеческой ценности, создать определенные предпосылки, стимулирующие здоровый образ жизни слушателей. При проведении занятий используются материалы прессы, учебные издания и пособия по валеологии, презентации, тестирование слушателей.

Было проведено анкетирование слушателей по вопросам отношения их к здоровому образу жизни. Анализируя ответы, мы пришли к выводу, что на формирование образа жизни слушателей оказывает влияние образ жизни всех членов семьи, друзей, реклама, образование. Физическая активность — это важнейший компонент образа жизни. Она не только фактор физического развития, но и позитивный измеритель здоровья человека. К сожалению, большой удельный вес в ответах занимает малоподвижный образ жизни. Заинтересованность компьютерами и просмотром телевизионных программ приводят к многочасовой неподвижности и формируют сидячий образ жизни. Только 10 % слушателей занимаются различными формами двигательной активности. Большой процент слушателей отметили, что физические упражнения, их частота и длительность одно из условий хорошего самочувствия и здоровья.

Таким образом, формирование у учащихся и взрослого населения ЗОЖ возможно при условии совместных усилий семьи, системы здравоохранения, учреждений образования, организаций социального обеспечения. Активность в укреплении здоровья должна исходить не только от государства, но и от его носителей — молодых людей и их родителей. Создание волонтерских Центров здоровья позволит привлечь молодежь к деятельности по укреплению здоровья.

УДК 613.1:547.281.1(476.2)

ОЦЕНКА РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ Г. ГОМЕЛЯ ОТ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРЫ ФОРМАЛЬДЕГИДОМ

Чайковская М. А., Бортновский В. Н.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

В настоящее время в качестве эффективного инструмента в решении проблем загрязнения окружающей среды широкое распространение в мире получила концепция риска, теоретические основы и практические методики которой стали результатом многолетних совместных исследований российских и американских учёных, медиков, экологов и математиков [1].

Термин «заболевания, вызванные воздействием окружающей среды» используется для обозначения любой проблемы, связанной с воздействием многообразных факторов окружающей среды на здоровье населения. Диагностика таких нарушений здоровья актуальна, сопряжена с большими трудностями и тесно связана с оценкой риска. В этом отношении методология оценки и управления риском представляется универсальным инструментом по выявлению (идентификации) наибольшей опасности для здоровья населения загрязнителей в конкретной санитарной ситуации [2].

По данным Международного агентства по изучению рака (IARC), формальдегид относится к вероятным канцерогенам для человека (II класс опасности). Стабильно регистрируются превышения допустимых максимально-разовых концентраций формальдегида во всех районах г. Гомеля. Наиболее высокое содержание формальдегида в атмосферном воздухе отмечено в Железнодорожном районе города по ул. Курчатова в районе размещения железнодорожного и автомобильного вокзалов (до 1,9ПДК_{м.р.}) и ул. Огаренко в зоне влияния Северной промзоны (до 1,6ПДК_{м.р.}), в Западной промзоне по ул. Барыкина (до 1,4ПДК_{м.р.}). В районе расположения ул. Карбышева в Советском районе максимально-разовые концентрации формальдегида достигали до 1,2ПДК_{м.р.}, а в Новобелицком районе по ул. Пионерской — до 1,1 ПДК_{м.р.}. Наибольшие концентрации формальдегида отмечаются в теплый период года (июль-сентябрь), особенно в периоды с повышенным температурным режимом и недостатком атмосферных осадков [3].

Цель

Оценка риска здоровью населения г. Гомеля от воздействия формальдегида.

Материал и методы исследования

Оценка риска здоровью населения проведена на основе баз данных гигиенического мониторинга химического загрязнения атмосферного воздуха. Для ведения базы данных о результатах лабораторного исследования и ее обработки использовался программный комплекс SPSS 13.

Оценка риска осуществлялась в соответствии с Инструкцией №2.1.6.11-9-29-2004 «Оценка риска для здоровья населения от воздействия химических веществ, загрязняющих атмосферный воздух», утвержденной Главным государственным санитарным врачом Республики Беларусь (№63 от 05.07.2004г.) [4].

В соответствии с указанной методикой производился расчёт индивидуального канцерогенного риска по единичным популяциям (женщины, мужчины, дети от 0 до 6 лет, дети от 6 до 18 лет). Периодом наблюдения за содержанием формальдегида являлись 2004–2010 гг.

Индивидуальный канцерогенный риск рассчитывали по формуле 1:

$$CR = C \times UR_i, \quad (1)$$

где: C — средняя концентрация вещества; UR_i — единичный риск.

Единичный риск рассчитывался по формуле 2:

$$UR_i = SF_i \times IR \times 1/BW, \quad (2)$$

где: UR_i — единичный риск (м³/мг); SF_i — фактор канцерогенного потенциала (мг/(кг×сут))⁻¹; IR — скорость поступления воздействующей среды (среднесуточный объем вдыхаемого воздуха, м³/сут); BW — средняя масса тела (ребенок 6–18 лет — 42 кг, взрослые — 70 кг). Показатели единичного риска для:

женщин UR_i = 0,046×11,3×1/70 = 0,0074 м³/мг;

мужчин UR_i = 0,046×15,2×1/70 = 0,0099 м³/мг;

дети (0–6 лет) UR_i = 0,046×20×1/42 = 0,0219 м³/мг;

дети (6–18 лет) UR_i = 0,046×4×1/14 = 0,0131 м³/мг.

Средняя концентрация формальдегида за период 2004–2010 гг. составила 0,0106 мг/м³.

Величина показателя индивидуального канцерогенного риска с учётом единичных популяций составила:

для женщин CR = 0,0106×0,0074 = 8 × 10⁻⁵;

для мужчин CR = 0,0106×0,0099 = 1,05 × 10⁻⁴;

для детей 0–6 лет CR = 0,0106×0,0219 = 2,3×10⁻⁴;

для детей 6–18 лет CR = 0,0106×0,0131 = 1,4×10⁻⁴.

Таким образом, для всех указанных групп населения индивидуальный канцерогенный риск соответствовал критериям среднего уровня риска. Появление такого риска требует проведения динамического контроля с углублением изучением источников и возможных последствий неблагоприятных воздействий для решения вопроса о мерах по управлению риском.

ЛИТЕРАТУРА

1. Киселев, А. В. Оценка риска здоровью / А. В. Киселев, К. Б. Фридман. — СПб.: ДЕЙТА, 1997. — 104 с.
2. Филонов, В. П. Эколого-эпидемиологическая оценка риска для здоровья человека качества атмосферы / В. П. Филонов, С. М. Соколов, Т. Е. Науменко. — М.: ТРАНСТЭК, 2001. — С. 80–81.
3. Информационно-аналитический бюллетень «Здоровье населения и окружающая среда в г. Гомеле в 2010 году». — Гомель, 2011. — С. 42–46.
4. Оценка риска для здоровья населения от воздействия химических веществ, загрязняющих атмосферный воздух. / Инструкция 2.1.6.11-9-29-2004 // Сборник инструктивно-методических документов «Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний». — Минск, 2005. — Т. 6., Вып. 5. — С. 83–157.

УДК 613:616-053.81(476)

ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ БЕЛОРУССКИХ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК

Шаршакова Т. М., Гатальская Г. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Учреждение образования

«Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка»

г. Минск, Республика Беларусь

Формирование ответственного отношения к собственному здоровью в юности является актуальной проблемой в нашей стране.

С целью разработки программы, направленной на продвижение здоровья в молодежной среде, нами было проведено исследование, в котором приняли участие 300 старшеклассников, учащихся колледжей, студентов университетов в возрасте от 16 до 20 лет. Нами был использован опросник «Отношение к здоровью», позволяющий выявлять понимание здоровья, источники информации по проблемам здоровья, формы поведения, направленные на его поддержание и т. д.

Когнитивный компонент активности, сопряженный с сохранением и приумножением здоровья (то, как человек определяет здоровье, суждения, связанные со здоровьем), во многом обуславливает к чему именно будет стремиться он сам, что именно он будет делать. В этой связи тревогу вызывает тот факт, что только третья часть юношей и девушек выразили понимание здоровья, близкое к определению Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия». У большинства эти представления носят фрагментарный, неполный характер.

Важной характеристикой когнитивного компонента является то, на какие источники информации в области здоровья опираются юноши и девушки. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что и юноши, и девушки уделяют внимание информации, необходимой для поддержания хорошего состояния здоровья. Однако девушки в сравнении с юношами используют большее число источников информации. В 3 раза больше девушек читают научно-популярную литературу и в 2 раза чаще обсуждают эти проблемы с друзьями. Следовательно, необходимо в большей степени активизировать разъяснительную работу среди юношей.

Анализируя полученные данные по оценке факторов, оказывающих наиболее существенное влияние на здоровье, также необходимо отметить более *ответственное отношение* к своему здоровью женской части выборочной совокупности, выделившей такие факторы, определяемые личностью, как вредные привычки (100 % девушек в сравнении с

78 % юношей), недостаточная забота о собственном здоровье (96 % в сравнении с 88 %), образ жизни (76 % в сравнении с 66 %), особенности питания (87 % в сравнении с 72 %).

О факторе ответственности в отношении к здоровью позволяют судить данные о самооценке чувств (эмоциональный компонент отношения) в ситуации ухудшения состояния здоровья. Девушки в таких ситуациях в 2 раза чаще испытывают чувство вины и стыда.

Результаты нашего исследования говорят о том, что когнитивный и эмоциональный компоненты отношения к здоровью определяют поведенческий компонент. Для поддержания здоровья девушки в 1,5 раза чаще занимаются физическими упражнениями, придерживаются диеты, в 2 раза чаще посещают врача с профилактической целью.

Анализируя причины недостаточной, нерегулярной заботы о своем здоровье, можно констатировать, что у большей части юношей и девушек не хватает силы воли, экономических средств, у трети нет желания ни в чем себя ограничивать, у другой трети — знаний, что именно им необходимо делать.

Полученные нами результаты свидетельствуют о необходимости развития психологического просвещения среди юношей и девушек, направленного на формирование ответственного отношения к здоровью, вооружая их знаниями обо всех составляющих здоровья, закладывая фундамент мотивации укрепления и приумножения собственного здоровья, оказывая помощь в формировании привычек вести здоровый образ жизни. Следует использовать с этой целью различные формы работы: лекции, беседы, обзоры специальной литературы, встречи со специалистами (докторами, косметологами, диетологами, психологами, тренерами и др.), интеллектуальные игры, устные журналы; обеспечивать в учебных и спортивных учреждениях широкий спектр выбора секций, кружков, позволяющих укреплять и приумножать здоровье молодежи.

УДК 613:316.356.2

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Щавелева М. В., Глинская Т. Н., Сафронова И. В., Шваб Л. В.

Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»

п. Городище, Минский район, Республика Беларусь

Учреждение здравоохранения

«22 детская городская поликлиника»

г. Минск, Республика Беларусь

Значительные резервы преодоления демографического кризиса кроются в сокращении факторов риска и профилактике неинфекционных заболеваний и их последствий. Все более актуальным становится вопрос об «ориентированности» населения на здоровый образ жизни (ЗОЖ). Содействие здоровому образу жизни — наиболее эффективная стратегия по предотвращению преждевременной смертности населения, увеличению ожидаемой продолжительности предстоящей жизни. Вместе с тем, по нашему мнению, ориентированность на ЗОЖ предполагает ответственное отношение к своему здоровью, желание установить и осуществлять совместно с системой здравоохранения контроль над факторами риска своему здоровью.

Нами в настоящее время проводится исследование, направленное на выявление «ориентированности» различных групп населения Республики Беларусь на ЗОЖ. Инструмент исследования — анкета, включающая две группы вопросов: 1 — относящихся к приверженности ЗОЖ; 2 — направленных на идентификацию половозрастных признаков и социального статуса опрашиваемых лиц.

Особую ценность при проведении данного исследования для нас представляет мнение лиц, окружающих детское население в его повседневной жизни: родители, бабушки-дедушки, старшие братья и сестры и т.д. Ведь это именно те люди, от которых во многом зависит не только «сегодняшнее» здоровье детей, но и их последующая, заложенная сегодня, «ориентированность на ЗОЖ». В настоящей работе приведен фрагмент исследования, выполненного на базу детской поликлиники № 22 г.Минска. В опросе приняли участие 86 человек (средний возраст — $40,95 \pm 2,02$ года); более 90 % опрошенных составляли женщины.

Большинство опрошенных (65,12 %) оценили состояние своего здоровья как удовлетворительное; 26,74 % характеризовали его как хорошее или скорее хорошее; остальные — как плохое или скорее плохое. При этом ровно половина респондентов признает тот факт, что своему здоровью уделяет недостаточно внимания; еще 32,56 % считает, что делает это в достаточном объеме; остальные испытывали затруднение при ответе на данный вопрос или отказались на него отвечать. В течение последних 2–3 лет отношение к своему здоровью не изменилось у 48,84 % опрошенных. При таком низком, на наш взгляд, уровне внимания к своему здоровью не удивляют полученные данные: 27,91 % опрошенных указало на то, что в течение 12 месяцев, предшествующих опросу, никаких контактов с системой здравоохранения не имели. В то же время свои усилия по сохранению и укреплению здоровья респонденты оценивали незначительно, но все же выше, чем усилия системы здравоохранения: средние оценки составили, соответственно, 3,44 и 3,39 ($p > 0,05$). Показателен и такой факт: среди респондентов, уделяющих, по их мнению, достаточно внимания своему здоровью, преобладали лица с хроническими заболеваниями.

На наличие хронических заболеваний указало 80,23 % респондентов; 61,63 % оценивали свой вес как избыточный. Среди хронических заболеваний преобладали болезни органов пищеварения — у 37,68 % лиц, указавших на наличие хронических заболеваний; далее следовали болезни системы кровообращения — у 33,33 %.

С точки зрения опрошенных, наибольшее негативное влияние на состояние здоровья людей в настоящее время оказывают: экологические условия (этот ответ выбрало 75,90 % респондентов); материальное положение человека — 61,62 %; наследственность — 46,51 %; психоэмоциональный стресс — 44,19 %; малоподвижный образ жизни — 37,21 %. Что касается факторов, оказывающих негативное влияние на состояние личного здоровья опрашиваемого, то здесь респонденты были менее категоричны: любой из предложенных вариантов ответа набрал меньшее количество процентов. Вместе с тем, первые 2 ранговых места также принадлежат экологическим условиям и материальному положению человека — соответственно 66,28 и 47,67 %. Более значимо становится влияние психоэмоционального стресса — он выходит на 3 ранговое место с положительными ответами 33,72 % опрошенных. Значимость наследственности в своей жизни опрашиваемые оценили наравне с жилищными условиями, — по 25,58 % положительных ответов.

Говоря в целом о негативном влиянии на состояние здоровья населения, респонденты в 12,79 % случаев указывали на такой фактор, как недостаток информации о ЗОЖ. Оценивая значимость данного фактора лично для себя, только 2,33 % ($p < 0,05$) респондентов посчитало его значимым. Аналогичная ситуация складывается в отношении приверженности вредным привычкам: 34,88 % респондентов говорят о значимости данного фактора в отношении здоровья населения, и только 12,79 % — в отношении лично себя. Вместе с тем, почти все респонденты проигнорировали прямые вопросы о курении и употреблении алкоголя. Хотя 3,49 % опрошенных указали на то, что в течение прошедшего года пытались бросить курить.

В течение последнего времени самыми популярными мерами по укреплению собственного здоровья опрашиваемых были: «увеличение потребления овощей и фруктов» — на это указало 55,81 % респондентов; «уменьшение потребления в пищу сахара» — 50 %; «меньше потреблять в пищу животных жиров» — 47,67 %; «меньше потреблять в пищу соли» — 41,86 %. Возвращаясь к самооценке своего веса респондентами (61,63 % оценивали его как избыточный), следует отметить, что за этот период времени пытались похудеть 29,07 %.

В целом, анализ данного фрагмента исследования позволяет сделать предположение, что в современных семьях дети не всегда встречаются с ответственным отношением взрослых к своему здоровью, активным здоровосозиданием старшего поколения. Данное поведение взрослых в последующем может негативно сказаться на стремлении детей к ЗОЖ.

СОДЕРЖАНИЕ

Александров А. А., Андреева Л. А., Лапусто А. А., Белоус О. В. Образование медицинских работников в области профилактики чрезмерного потребления алкоголя	3
Ализарчик Т. А. Наличие «эмоционального выгорания» в профессиях стоматологического профиля	6
Анашкина С. А., Савчанчик С. А., Анашкина Е. Е. Анализ влияния стратегии мерчендайзинга на формирование проблемы алкоголизма среди молодежи	8
Белькевич О. В., Бабына А. О., Черкас Ю. А. Актуальные проблемы репродуктивного сексуального здоровья подростков	10
Борсуков А. В., Маринич Т. В. Отделение диагностических и малоинвазивных технологий — новая структурная единица муниципального лечебно-профилактического учреждения	12
Бортновский В. Н., Зинович В. Н., Шульга О. В., Песенко Е. С. Гигиенические риски образовательной среды для детей и подростков г. Гомеля	13
Будник Я. И., Шаршакова Т. М. Мнение пациентов об удовлетворенности населения медицинской помощью в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения	15
Будревич Г. С., Тищенко Е. М. Медицинская информированность женщин фертильного возраста по вопросам планирования семьи	17
Былинский Н. Н., Павлович Д. С., Волковец Н. Н., Назаренко О. Н. Частота встречаемости некоторых факторов риска артериальной гипертензии у подростков	18
Волознева И. Л., Цецохо А. В., Жаворонкова Н. И. Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни учащихся-медиков	21
Волченко А. Н., Буринский Н. В., Мицура В. М., Красавцев Е. Л., Макиша Н. С. Анализ отношения лиц с медицинским образованием и без медицинского образования к ВИЧ-инфицированным	23
Гапанович-Кайдалов Н. В. Влияние информационных технологий на психологическое здоровье младших школьников	27
Гапанович-Кайдалова Е. В. Проект как форма самостоятельной работы студентов по пропаганде здорового образа жизни	28
Глинская Т. Н., Щавелева М. В. Риск инвалидизации взрослого населения Республики Беларусь при социально значимой патологии	30
Господарева Н. В., Соколова Э. А. Состояние адаптивности и вегетативных проявлений у студентов первого курса с невротизацией	33
Грачева В. М., Дубинин С. Е. Технология государственного санитарного надзора по оценке риска здоровью населения факторов среды обитания	35

Давыдок А. М.

Оптимизация образовательной среды в учреждениях профессионально-технического и среднего специального образования с целью сохранения здоровья учащихся..... 38

Досмагамбетова Р. С., Ташкенбаева В. Б., Тукбекова Б. Т., Кизатова С. Т.

Новые обучающие технологии в педиатрии..... 40

Дубинин С. Е., Янченкова Е. М., Новогран Е. Г.

Проблема суицидов в Гомельской области 43

Есипова Е. М., Цецохо А. В., Жаворонкова Н. И.

Школы пациента — путь к качеству медицинской помощи..... 45

Жаворонкова Н. И., Курзова О. Н.

Роль фельдшера-акушера в консультировании подростков и молодежи по вопросам безопасного поведения 48

Загорский С. Э., Назаренко О. Н.

Оценка качества жизни у детей старшего возраста и подростков с рефлюкс-эзофагитом 51

Зинкевич Л. Ф., Кудлюк А. Б.

Социально-психологические факторы курения населения Витебской области..... 53

Иванцов О. А., Жак Е. В.

Этапы развития Гомельского областного центра медицинской реабилитации в учреждении «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ»..... 56

Иванова В. И.

Особенности обучения ведению здорового образа жизни лиц пожилого возраста 59

Казинец О. Н., Амвросьева Т. В., Поклонская Н. В., Хило А. Н.,

Гринкевич П. И., Богущ З. Ф., Дашукевич Л. И.

Результаты генодиагностики бактериальных заболеваний, передающихся половым путем..... 61

Колесникова В. Ф., Иваненко М. А., Грабко З. М.

Из опыта работы по формированию здорового образа жизни и профилактике вредных привычек в молодежной среде 63

Комарова М. М.

Предупреждение самоубийств у подростков. Семья как важнейший протективный фактор..... 65

Комарова И. А., Габьева Л. Л.

Формирование основ безопасности жизнедеятельности и здорового образа жизни у детей дошкольного возраста..... 68

Комодо Н., Сантомауро Ф., Лорини К., Буонокорси Г.

Соблюдение средиземноморской диеты: исследование моделей ответственного поведения флорентийских подростков по отношению к собственному здоровью 70

Котова О. А., Байкова И. А., Теслова О. А., Иванцов О. А.

Оценка качества жизни пациентов, перенесших позвоночную спинномозговую травму, в различные периоды реабилитации 72

Кудина Н. В., Зинович Р. Н., Науменко Т. В.

Организация противоэпидемических мероприятий с учетом особенностей эпидемиологической ситуации по туберкулезной инфекции в Гомельской области 75

Лёвина Н. Н., Бураков И. И., Харькова Е. Р., Шваб Л. В.,

Глинская Т. Н., Щавелева М. В.

Репродуктивное поведение студенток: фрагмент социологического исследования 78

Ланько Н. И., Лобан Е. И.

Реализация и оценка эффективности здоровьесберегающих технологий в учреждении образования «Мозырский государственный медицинский колледж» 79

Лопатина А. Л., Шаршакова Т. М.

Алгоритм скрининга и мониторингования БСК среди целевых групп высокого кардиоваскулярного риска как путь снижения преждевременной смертности 83

Лопатина А. Л., Шаршакова Т. М., Шаршаков Ю. В.

Оценка экономического ущерба в результате преждевременной смертности от болезней системы кровообращения в Гомельской области 85

Мажар Н. Е., Маринич В. В.

Создание модели медико-психологической реабилитации и интеграции человека в современном обществе при обучении в вузе лиц с ограниченными возможностями здоровья 86

Максимович Н. Е., Лелевич А. В., Максимович Е. Н., Коцеев Ю. А.

Дисфункция эндотелия как новый фактор риска сердечно-сосудистой патологии и его связь с другими факторами риска 89

Мамчиц Л. П., Карташева Н. В., Климович С. В.

Психофизиологические аспекты формирования аддиктивного поведения молодежи 91

Маринич В. В.

Аллергический ринит как социально-значимое заболевание: риски и профилактика 93

Маринич В. В., Барыкина Н. В.

Социально-психологические факторы формирования наркозависимости и состояние здоровья населения 96

Марфина О. В.

Демографический аспект в антропологических исследованиях 98

Матвейчик Т. В., Шевцов Д. Е.

Помощник врача: нормирование труда как компонент эффективности 100

Мезина Э. В.

Профилактика неинфекционных заболеваний в центральной поликлинике МВД Республики Беларусь 103

Моисеенко Д. И., Солонец Г. В.

Современные направления в системе формирования здорового образа жизни 105

Науменко Н. М.

Ранний алкоголизм. Консультирование по проблемам употребления психоактивных веществ 107

Петрова Н. П.

Исторические аспекты здорового образа жизни 110

Платошкин Э. Н., Платошкина Т. В.

Есть ли резервы в снижении риска развития рака желудочно-кишечного тракта? 112

Полторан А. В., Глухарев Е. Л.

Оценка адаптации военнослужащих как важного фактора профессионального психологического отбора 115

Почкайло А. С.

Гиповитаминоз Д у детей как социально-значимая патология: частота, риски, профилактика 117

Радута В. И.

Правовое сопровождение социальной защиты инвалидов в Российской Федерации 120

Радькова Е. А., Чернова Г. И., Свинцов А. А.

Эффективность реализации программ реабилитации инвалидов в Российской Федерации 123

Резникова Л. Г., Бельшева Л. Л., Шуляковская О. В., Фурс С. Ф., Башун Т. В.

Определение патулина в свежих ягодах, плодах, овощах, фруктах 124

Романов Г. Н.

Остеопоротические переломы проксимального отдела бедра у населения Гомельской области: состояние проблемы и ближайший прогноз 126

Савош И. А., Пивоварчик А. С., Тищенко Е. М.

Отношение к употреблению алкоголя старшекурсников 129

Самоховец О. Ю.

Ранняя диагностика снижения минеральной плотности костной ткани при псориатическом артрите — путь к профилактике остеопороза 130

Свинцов А. А., Чернова Г. И., Радькова Е. А.

Проблемы медико-социальной реабилитации инвалидов и граждан пожилого возраста в Российской Федерации 132

Соболева Л. Г., Шаршакова Т. М.

Сравнительный анализ распространенности употребления психоактивных веществ среди учащихся 9–11 классов г. Гомеля 134

Соколова Э. А.

Первичная профилактика психосоматических заболеваний и проблемы ее реализации 138

Солонец Г. В., Павлов Б. Б.

Изучение распространенности ведущих поведенческих факторов риска среди работников РУП «Речицкий метизный завод» 139

Станько Э. П.

Способ оценки эффективности лечения потребителей инъекционных наркотиков 141

Сурмач М. Ю.

Репродуктивные ориентации белорусских подростков и влияние на них материального положения и состава родительской семьи 144

Сурмач М. Ю., Тищенко Е. М.

Изучение качества жизни подростков в решении актуальных задач здравоохранения 147

Усаковская М. В., Соболева Л. Г.

Медико-социальные проблемы работающей молодежи РУП «Гомельэнерго» 149

Цецохо А. В., Азарченкова А. А., Куликова Т. П.

Приоритет здорового образа жизни — одно из направлений педагогической деятельности 154

Чайковская М. А., Бортновский В. Н.

Оценка риска здоровью населения г. Гомеля от загрязнения атмосферы формальдегидом 155

Шаршакова Т. М., Гатальская Г. В.

Отношение к своему здоровью белорусских юношей и девушек 157

Щавелева М. В., Глинская Т. Н., Сафронова И. В., Шваб Л. В.

Приверженность здоровому образу жизни в семьях, имеющих детей 158

Научное издание

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
К ПРОДВИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ**

**Материалы IV Международной
научно-практической конференции
(Гомель, 26 октября 2012 года)**

Выпуск 4

**Редактор *Т. А. Соколова*
Компьютерная верстка *С. Н. Козлович***

Подписано в печать 10.10.2012.
Формат 60×84^{1/8}. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 19,07. Уч.-изд. л. 20,84. Тираж 120 экз. Заказ 323.

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.