

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОДВИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

**Материалы III Международной
научно-практической конференции
(Гомель, 21 октября 2010 года)**

Основан в 2006 г.

Выпуск 3

**Гомель
ГомГМУ
2010**

Материалы конференции содержат результаты анализа актуальных проблем физического, социального, психического здоровья, описания современных технологий, используемые в формировании здоровья, здорового образа жизни. Представлены рецензируемые статьи, посвященные достижениям в области общественного здоровья и здравоохранения, психологии здоровья и качества жизни.

Редакционный совет: **А. Н. Лызиков** — доктор медицинских наук, профессор, ректор; **В. П. Ситников** — доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе; **Т. М. Шаршакова** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; **В. В. Аничкин** — доктор медицинских наук, профессор, проректор по лечебной работе; **А. Л. Калинин** — доктор медицинских наук, доцент, декан медико-диагностического факультета; **А. И. Грицук** — доктор медицинских наук, профессор; **Г. В. Гатальская** — кандидат педагогических наук, доцент, зав. кафедрой социальной и педагогической психологии УО «Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»; **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**

СОДЕРЖАНИЕ

Белькевич О. В., Бабына А. О.

Актуальные проблемы репродуктивного и сексуального здоровья молодежи..... 10

Будюхина О. А., Барановская Е. И., Даниленко Н. Г., Левданский О. Д., Синявская М. Г.

Влияние фактора курения на течение и исход беременности в зависимости от полиморфизма генов глутатион-S-трансфераз и MTHFR..... 12

Бонакcorsi Г., Пеллегрини Э., Пуджелли Ф., Балли М., Мартино Дж., Комодо Н.

Влияние пищевых добавок на здоровье..... 15

Бортновский В.Н., Зинович В.Н.

Гигиеническое обучение должностных лиц и работников учреждений, организаций и предприятий как способ формирования здорового образа жизни населения Гомеля..... 17

Василькова О. Н., Шаршакова Т. М.

Возможности оптимизации медицинской помощи пациентам с проблемами возрастного андрогенного дефицита с сахарным диабетом 2 типа..... 19

Ворожун О. В.

Социально-психологические аспекты репродуктивного здоровья подростков 20

Воронина Ю. А.

Популяризация здорового образа жизни в молодежной среде средствами психологического театра..... 22

Гапанович-Кайдалов Н. В., Гапанович-Кайдалова Е. В.

Белорусская АЭС и ее безопасность для здоровья населения глазами молодежи..... 24

Гигевич С. В.

Сохранение психологического здоровья семьи как предпосылка развития личности..... 27

Глинская Т. Н., Щавелева М. В.

Динамика показателей заболеваемости детей в Республике Беларусь 29

Давыдова И. А., Русаленко М. Г.

Исследование качества жизни у пациентов с сахарным диабетом 1 типа..... 21

Давыдок А. М., Тарантаева Г. М.

Социально-психологическая адаптация младших школьников и методы ее коррекции в современной школе..... 34

Деркачѳва Е. В., Короткевич О. А.

Взаимосвязь психологической готовности к материнству и самоотношения у беременных женщин..... 36

Донченко Д. О.

Формирование социально-правовой компетентности несовершеннолетних как первичная профилактика зависимостей..... 39

Задорожнюк Т. О., Задорожнюк С. А.

Изучение факторов, влияющих на процесс адаптации первокурсников к вузовской среде 41

Карташева Н. В., Мамчиц Л. П., Дорофеева С.М.

Образ жизни и здоровье студенток медицинского вуза..... 43

Клинов В. В.

Особенности теоретико-аксиологического этапа технологии формирования культуры здорового образа жизни учащихся старших курсов училищ олимпийского резерва 45

Комодо Николо

Социальное неравенство и политика здравоохранения 47

Король Д. И.	
Качество жизни женщин, потерпевших от торговли людьми.....	49
Короткевич О. А., Бартник А.	
Модель оказания психологической помощи взрослым детям алкоголиков на примере Польши.....	51
Короткевич О. А., Ворожун О. В.	
Индивидуальная система ценностей женщин, страдающих бесплодием.....	53
Кротенкова А. В., Маркевич О. В.	
Уверенность в себе как фактор социальной успешности личности студента.....	56
Лихтарович Е. Е., Ключ Т. А.	
Менеджмент качества в здравоохранении.....	59
Наркевич Т. Ю.	
Танцевально-двигательная терапия как метод работы с подростками с особенностями психо-физического развития.....	61
Непочелович О. В.	
Особенности рискованного поведения студентов.....	62
Новак Н. Г.	
Изучение стратегий преодоления в структуре переживания семейных кризисов.....	65
Павлов Б. Б.	
Отношение молодежи к здоровью и здоровому образу жизни.....	67
Певнева А. Н.	
Качество жизни и психическое состояние матерей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом.....	70
Платошкин Э. Н., Платошкин Н. Э.	
Роль пищеварительной системы в формировании, сохранении и укреплении иммунитета.....	72
Почкайло А. С., Жерносек В. Ф., Юшко В. Д., Рубан А. П., Попова О. В.	
Нарушения костного формирования у подростков.....	74
Ритчик В. И., Тиунчик Г. В.	
Актуальность раннего вмешательства.....	77
Ромашевская И. П., Хоухлянцева В. Ю., Малахова Е. В., Карнаушенко О. Л.	
Качество жизни у подростков с онкогематологическими заболеваниями.....	78
Русаленко М. Г., Мохорт Т. В., Шаршакова Т. М.	
Организационные подходы к оптимизации медицинской помощи при сахарном диабете 1 типа.....	82
Савко Э. И., Расолько А. И.	
Речь современной студенческой молодежи и ее взаимосвязь со здоровьем.....	83
Селезнёв А. А., Селезнёва Л. Е.	
Психологическое здоровье личности.....	86
Сенин И. П.	
Физкультурная имитация как метод физиологической коррекции.....	88
Смолякова Н. Г., Приходько А. П., Евдочкова Т. И., Тимощенко А. А.	
Медико-демографические проблемы здоровья.....	90
Соболева Л. Г.	
Детерминанты здоровья школьников начальных классов г. Гомеля.....	93
Солонец Г. В.	
Опыт по организации работы школ здоровья в Гомельской области.....	96
Стасевич Г. С.	
Стратегические подходы к формированию здорового образа жизни на популяционном уровне населения Брестской области.....	99

Тищенко Е. М., Сурмач М. Ю. Влияние фактора места проживания на процесс приобщения подростков к потреблению психоактивных веществ	101
Тищенко Е. М., Сурмач М. Ю. Медицинская и физическая активность школьников старших классов как индикатор медико-социального благополучия семьи, воспитывающей подростка	104
Толстая Е. В. Формирование здоровья в раннем детском возрасте	106
Тристенъ К. С. Формирование осведомленности студентов о влиянии характера питания на стоматологическое здоровье	108
Тюхлова И. Н. Технологии медико-социальной профилактики в области гигиенического воспитания	110
Устинович Ю. А., Крестелева И. М., Шишко Г. А., Акалович С. Т., Сапотницкий А. В. Влияние перинатальной гипоксии на уровень интерлейкина-8 и фактора некроза опухолей у недоношенных новорожденных	112
Фролова Ю. Г. Здоровый образ жизни: проблема определения и эмпирического исследования.....	114
Шаршакова Т. М., Гатальская Г. В., Лопатина А. Л., Васькова Т. А. Социально-психологические факторы ишемической болезни сердца у трудоспособного населения Беларуси.....	116
Шаршакова Т. М., Подоляко В. А., Лопатина А. Л. Особенности медико-социальной помощи пожилым в условиях реформирования здравоохранения: построение оптимальной модели	117
Шаршакова Т. М., Гатальская Г. В., Василькова О. Н., Токарчук Л. В. Исследование и оценка качества жизни мужчин с андрогенным дефицитом	118
Шаршакова Т. М., Лызигов А. Н. Образование через обучение здоровому образу жизни как фактор, способствующий улучшению демографической ситуации.....	124
Шаршакова Т. М., Лызигов А. Н., Чешик И. А. Роль средств массовой информации в формировании общественного здоровья в Гомельской области	125
Шишко Г. А., Сапотницкий А. В., Устинович Ю. А., Артюшевская М. В., Горетая С. П. Показатели кислотно-основного состояния крови в первый час жизни у недоношенных детей с различными оценками по шкале Апгар.....	126
Шпаков А. А. Роль социальных и психологических факторов приобщения молодежи к потреблению психоактивных веществ	129
Шпаков А. И., Полубинская С. Е., Царь Н. Г., Прокопович В. К., Сухова А. П., Клещевска Э., Томулевич М., Клещевски Т. Самооценка качества жизни педагогов высшей школы (женщины в возрасте 45–60 лет) ..	131
Щавелева М. В., Глинская Т. Н. Исторические аспекты становления приоритетов систем здравоохранения	133
Щавелева М. В., Миронов Л. Л., Стасюкевич О. В., Шаранова О. А., Глинский В. Н. Выраженность синдрома эмоционального выгорания у фельдшеров, работающих в службе скорой медицинской помощи	135



Дорогие коллеги!

Основная цель, которая стоит перед здравоохранением Беларуси на современном этапе — улучшение основных показателей, характеризующих медико-демографическую ситуацию и здоровье населения. Укрепление здоровья населения может быть достигнуто инвестированием в медицинское обслуживание, профилактические мероприятия и проведением согласованной политики в других областях, учитывающей интересы здравоохранения.

Охрана общественного здоровья является одной из приоритетных задач социальной политики нашего государства; здоровье населения определяется как основа национальной безопасности страны.

Политика профилактики — это согласие всех, кто имеет отношение к планированию и проведению профилактики среди населения, в отношении целей и способов профилактической работы. И отнюдь не только медицинские работники, а и многие другие партнеры должны быть вовлечены в это: властные структуры, производители пищевых продуктов, торговля, промышленная среда, образование, средства массовой информации и многие другие и, конечно, само население страны. Только выработав общую позицию этих партнеров в том, что и как делать в настоящее время при имеющихся возможностях и ресурсах, мы можем рассчитывать на успехи в области профилактики. При таком согласии — политики мы можем поставить задачу именно укрепления здоровья, развития потенциала здоровья через рациональное питание, физическую активность, ограничение вредных привычек и т. п. только в этом случае система здравоохранения может сфокусироваться не только на охране от болезней и лечении болезней, но и на развитии потенциала здоровья населения.

Мы приветствуем ученых из разных стран, делегатов и участников третьей международной конференции «Современные подходы к продвижению здоровья» на Гомельщине и надеемся, что обсуждение актуальных вопросов, связанных с разработкой новых технологий в общественном здоровье и профилактике заболеваний, поможет найти новые решения данной проблемы, разработать эффективные пути профилактики социально значимых заболеваний.

С уважением,
ректор университета,
д.м.н., профессор

А. Н. Лызиков



Третья международная конференция «Современные подходы к продвижению здоровья» имеет большое научно-практическое значение, поскольку она направлена на разработку современных подходов к профилактике и лечению социально-значимых заболеваний.

Возникший в последние годы огромный интерес общества к поддержанию здоровья и предотвращению заболеваний помог осознать роль и значение профилактики. Мировая практика показывает, что для совершенствования профилактической работы в системе здравоохранения следует внедрять передовые методы (технологии), эффективность которых уже доказана. Требуется обучение специалистов разного уровня современным технологиям профилактики, новым формам профилактической работы с населением, основам менеджмента профилактической деятельности.

В настоящее время в Республике Беларусь сохраняется негативная тенденция увеличения заболеваемости и смертности от социально значимых болезней. Это диктует необходимость активизировать совместные усилия медицинских работников и психологов в изучении психологических факторов, обуславливающих развитие этой группы заболеваний. Однако в большинстве случаев изучаются биологические стороны этих процессов. Социально-психологическим аспектам уделяется значительно меньшее внимание, несмотря на то, что отмечается четкая зависимость заболеваемости и смертности от социальных факторов риска.

Развитие мультидисциплинарных подходов поможет преодолевать проблемы и существующие трудности в формировании у людей мотивации быть здоровыми.

Мы рады, что на конференции будет представлен международный опыт наших коллег из Италии, Польши, и выражаем надежду, что приобретенные знания помогут выработать у человека осознанное отношение к своему здоровью, сформировать приверженность к оздоровлению поведенческих привычек.

Шаршакова Т. М.,
координатор конференции,
д.м.н., профессор,
заведующая кафедрой
общественного здоровья и здравоохранения
учреждения образования «Гомельский
государственный медицинский университет»



Важнейшей задачей, как психологов, так и медиков является формирование у людей мотивации быть здоровыми. И тогда станет возможным предупреждение развития тех или других заболеваний, а не их лечение, достижение более высокого уровня качества жизни и психологического благополучия людей. Наша конференция, объединяя в этом направлении усилия психологов и медиков, позволяет надеяться, что такие перспективы с каждым годом будут обретать большую реальность в нашем белорусском обществе.

Гатальская Г. В.,
заведующая кафедрой социальной
и педагогической психологии
учреждения образования «Гомельский
государственный университет
имени Ф. Скорины»



Третья международная конференция «Современные подходы к продвижению здоровья» представляет собой важную культурную и научную встречу, в работе которой мне выпала честь принимать участие второй раз.

Для того чтобы лучше использовать свой потенциал здоровья, мы должны уделять наибольшее внимание таким детерминантам, как стиль жизни, социальная сеть, определяемая теплыми, сердечными отношениями, которые каждый из нас должен стремиться строить с другими людьми в обществе. А это, в свою очередь, оказывает влияние на индивидуальное и коллективное качество жизни, улучшение социальных и экономических условий как отдельных людей, так и общества в целом, общества, ориентированного на справедливость в удовлетворении потребностей граждан, ориентированного на социальную справедливость. На этой конференции выделены оптимальные направления работы и темы, посвященные охране, защите и продвижению здоровья.

Никола Комодо,
профессор, директор департамента
здравоохранения Флорентийского
государственного университета (Италия)

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО
И СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ**

Белькевич О. В., Бабына А. О.

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

Статистические данные свидетельствуют о тревожном состоянии репродуктивного здоровья молодежи: высокий уровень распространения ИППП, ВИЧ-инфекции и СПИДа, ухудшающаяся демографическая ситуация в Республике Беларусь [1].

Цель исследования

Выяснить особенности отношения студентов Гомельского государственного медицинского университета к своему репродуктивному здоровью.

Материалы и методы

Сбор данных осуществлялся методом анкетного группового опроса. Отбор респондентов в учебных группах проводился методом «основного массива» в марте 2010 года. В исследовании приняли участие 100 студентов Гомельского государственного медицинского университета. Распределение опрошенных по полу совпадает с распределением в генеральной совокупности. 42,9 % респондентов составляют юноши и 57,1 % — девушки. В исследовании принимали участие студенты 5 и 6 курсов.

Результаты исследования

Сохранение здоровья, в том числе репродуктивного не представляется возможным без достаточной осведомленности в данной области [1]. 56,2 % респондентов ответили, что никогда не испытывают проблем из-за отсутствия информации в области сексуальных отношений, 41,2 % — испытывают проблемы время от времени, лишь 2,4 % опрошенных указали на постоянное наличие в их жизни этих проблем.

Молодых людей интересуют сведения о психологических особенностях взаимоотношений между мужчиной и женщиной (38,9 %), о способах предупреждения беременности (27,7 %), о венерических заболеваниях, их профилактике, половых расстройствах (11,2 %), о причинах бесплодия, способах его лечения (5,6 %). Считают свои знания в этой области достаточными только 5,4 % респондентов. Эффективными способами получения информации являются консультации специалистов (26 %), собственный опыт, наблюдения (22,2 %), санитарно-просветительская литература, получение информации в процессе изучения специальных предметов в вузе (по 14,8 %). Низко оценивается эффективность СМИ (7,1 %), информации от друзей и сверстников (7,7 %), родителей (7,4 %).

Предлагалось определить уровень своей компетентности по различным темам, используя шкалу «высокий – средний – низкий». 55 % опрошенных оценили уровень своих знаний по вопросам анатомии и физиологии половых органов, полового акта, течения беременности и деторождения, ИППП, заражения ВИЧ, средств контрацепции как «высокий». Считают уровень «средним» в вопросах протекания беременности и деторождения (10,7 %), научного прогресса в репродуктивных технологиях (32,3 %) и сексуальных расстройств (58 %). Высоко оценивается уровень знаний о методах контрацепции: 87,9 % знают основные способы предотвращения нежелательной беременности (презерватив, внутриматочная спираль, гормональный и физиологические способы, прерванный половой акт). Менее известны химические средства (кремы, пасты, свечи, и колпачки) — 44,9 %.

Большинство опрошенных согласны, что аборт вреден для здоровья женщины (97,2 %). Последствиями аборта они отметили бесплодие (97,8 %), невынашивание беременности и воспалительные заболевания (75,5 и 87,4 % соответственно), 77,9 % респондентов сказали то же про внематочную беременность.

На вопрос «Что такое для Вас безопасное сексуальное поведение?» 71,8 % опрошенных ответили, что это значит иметь постоянного полового партнера, 47,1 % — секс с презервативом, 3,7 % — воздержание.

Имеют сексуальный опыт 89 % (96,5 % парней и 85,5 % девушек). Причины начала сексуальной жизни: внутренний любовный порыв — 49 % (31,1 % юношей и 56,9 % девушек), любопытство и благоприятные обстоятельства для его удовлетворения — 21,9 % (34 % юношей и 5,4 % девушек), 19,6 % — избавление от сексуального напряжения, приобретение опыта — 9,5 %. Факторы, удерживающие от начала половой жизни: 75 % назвали отсутствие достойного партнера, страх перед возможной беременностью — 38,5 % девушек и 1,6 % юношей; боязнь заразиться ИППП — 38 % девушек и 21,1 % юношей. 56 % юношей впервые вступили в половой контакт в 14–15 лет; 23 % — в 16–17 лет; 21 % — в 18 лет. У девушек: 40 % — в возрасте 16–17 лет, 45 % — 18 лет, 15 % — в 19 лет и старше.

Предохранение при первом половом контакте: 4,1 % респондентов не предохранялись, использовали презервативы — 4 %, прерванный половой акт — 75,9 %, химические средства предохранения — 16 %. Первым сексуальным партнером были: знакомый сверстник или знакомый(ая) старшего возраста (у 64 % девушек, у 78 % юношей). 68,5 % опрошенных имели одного полового партнера, 4,4 % — двух-трех, 9,1 % — четыре-пять и 18 % (около 67 % юношей и 11 % девушек, имеющих сексуальный опыт) — шесть и более.

Респонденты считают, что беременность должна быть запланированной — 94,1 %. Нежелательная беременность наступала у 4,1 % девушек, имеющих сексуальный опыт, 1,2 % — делали аборт. Причины, которые могут сделать аборт приемлемым: изнасилование — 71,9 %; нежелание иметь детей в настоящее время — 2 %; желание сделать карьеру — 2,1 %, нежелание иметь детей вообще — 2,1 %, материальные и финансовые затруднения — 21,9 %. На вопрос «Как бы Вы лично поступили в случае незапланированной беременности?» велика доля затруднившихся ответить (55,3 %); 43,5 % уверены, что оставят ребенка; 1,2 % — готовы на прерывание беременности.

Указали на равную ответственность обоих партнеров за предохранение от нежелательной беременности, заражения ИППП и СПИДом 89,6 %. 39,5 % (23,1 % мужчин и 26,3 % женщин) признались, что совершали действия, чреватые заражением ИППП и СПИДом, 3,6 % (17 % мужчин и 10,5 % женщин) — затруднились ответить. Для 4,6 % эти действия привели к заражению ИППП. Случаи заражения среди мужчин и женщин: 4,4 и 5,2 %.

Согласились, что до брака можно жить половой жизнью 87,9 %. 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 отнесетесь?» выяснялось: 36 % мужчин и 13,9 % женщин заденет факт добрачных сексуальных контактов супруга(и).

Риск заражения ВИЧ и ИППП: 54,7 % опрошенных затруднились дать однозначный ответ, 35,2 % уверены, что им не грозит заражение, 9,1 % — такой уверенности не высказали. Регулярно проходят медицинские осмотры у гинеколога/уролога 76 % респонденток и 4,7 % респондентов, от случая к случаю 95,3 % юношей и 24 % девушек, 34,2 % — систематически посещают гинеколога/уролога.

В будущем хотели бы иметь 3–2 детей 88,4 % респондентов, 7,2 % — 1–2. 58,5 % — считают, что их решению иметь хотя бы одного ребенка в ближайшие 2–3 года могут поспособствовать благоприятные материальные условия, 19 % опрошенных не планируют иметь детей в ближайшее время.

54,4 % респондентов высказали негативное отношение к проводимому половому воспитанию, при этом оценили эту деятельность совсем не эффективной — 34,2 %, требующей дальнейшего совершенствования — 20,2 %.

Выводы и предложения

1. Поскольку основными источниками получения информации в области репродуктивного здоровья и сексуальных отношений для молодых людей, как показали наши исследования, являются консультации специалистов (26 %), необходимо обеспечить доступную, качественную информацию по сексуальному и репродуктивному здоровью.

2. По мнению молодежи, одним из эффективных способов получения информации является изучение специальных предметов в вузе (15 %), что говорит о необходимости введения курсов репродуктивного и сексуального здоровья в программы обучения. Интересно отметить, что родители не являются значимой группой для студенческой молодежи в плане получения информации об аспектах сексуального и репродуктивного здоровья, что говорит о недостатках института семьи. Следовательно, необходима работа с семьями по повышению ее значимости в вопросе полового воспитания.

3. По результатам исследования выявлено, что для студентов характерно рискованное поведение: ранняя половая жизнь, низкий процент использования презервативов, а также достаточно высокая распространенность прерванного полового акта при первом сексуальном опыте, половые контакты более чем с одним половым партнером, либеральное отношение к добрачным сексуальным связям, наличие случайных сексуальных связей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Студенческая молодежь Беларуси. Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение / Респ. центр здоровья Минздрава РБ. — Минск: Юнипак, 2001. — 32 с.

УДК 613.84:618.2

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА КУРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗ И MTHFR

**Будюхина О. А., Барановская Е. И., Даниленко Н. Г.,
Левданский О. Д., Синявская М. Г.**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь
Государственное научное учреждение
«Институт генетики и цитологии НАН Беларуси»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Плацентарная недостаточность (ПН) является мультифакториальным заболеванием и универсальной реакцией фетоплацентарного комплекса на различные неблагоприятные воздействия и осложнения беременности [1, 2]. Основными проявлениями плацентарной недостаточности во время беременности являются гипоксия и задержка роста плода (ЗРП) вплоть до его внутриутробной гибели. У новорожденных от матерей с ПН наблюдаются различные повреждения нервной системы, осложненное течение периода адаптации в раннем неонатальном периоде, что в последующем приводит к нарушению психомоторного и интеллектуального развития детей [3].

В группу высокого риска по развитию ПН и, соответственно, перинатальных осложнений входят курящие и бросившие курить во время беременности женщины [3, 4, 5]. Для плода курение матери является своего рода уникальной формой пассивного курения, он подвергается более выраженному воздействию по сравнению с матерью. Известно, что табачный дым содержит множество токсических веществ: окись углерода, никотин, цианиды, сульфиды и др., большинство из которых свободно проникает через плацентарный барьер и в силу особенностей фетального кровотока не подвергается предварительной детоксикации в печени. У плода снижена активность ферментативных систем и детоксикационная (обезвреживающая) функция печени. Являясь вазоконстриктором, никотин вызывает уменьшение плацентарного кровообращения. Фетальный гемоглобин обладает большим сродством к окиси углерода, чем гемоглобин взрослого типа, следовательно, нарушается перенос кислорода гемоглобином, происходит кумуляция окиси углерода в организме плода. Окись угле-

рода, воздействуя на ферменты, неблагоприятно влияет на процессы внутриклеточного окисления. Все вышеперечисленное способствует формированию плацентарной недостаточности, гипоксии плода, ЗПП. У курящих женщин беременность осложняется ПН в 92,5 % случаев, ЗПП развивается в 15,6 % [3, 4].

Однако известны клинические случаи, когда даже самые неблагоприятные осложнения беременности не приводят к формированию ПН, и наоборот, ПН развивается у беременных при отсутствии осложнений беременности, соматической патологии и вредных привычек.

Генетическая предрасположенность при мультифакториальных заболеваниях реализуется только при условии взаимодействия со специфическими провоцирующими факторами, к которым относится курение. Появление ферментов детоксикации ксенобиотиков (чужеродных веществ) со сниженной активностью приводит к замедлению или блокированию основного пути метаболизма бензопиренов (обязательных компонентов табачного дыма). Гены глутатион-S-трансфераз *GSTM1*, *GSTT1*, *GSTP1* кодируют ферменты II фазы детоксикации ксенобиотиков. При делеции (0/0) гена *GSTM1* фермент глутатион-S-трансфераза M1 не образуется. При делеции гена *GSTT1* фермент глутатион-S-трансфераза T1 не образуется. Генетический полиморфизм гена глутатион-S-трансферазы P1 представлен тремя аллелями: A, B и C. Аллель A — функционально активный, аллели B и C объединены в функционально ослабленный аллель D, так называемый «дефектный» ген, который кодирует синтез фермента со сниженной активностью. Можно предположить, что полиморфизм по данным генам приводит к нарушению естественного метаболизма эндогенных и экзогенных субстратов, длительному нахождению в организме промежуточных токсичных продуктов биотрансформации ксенобиотиков, что особенно значимо при курении во время беременности [2]. Мутация гена, отвечающего за синтез ключевого фермента метаболизма фолатов, 5,10-метилентетрагидрофолатредуктазы (*MTHFR*), приводит к развитию гипергомоцистеинемии, васкулопатии, тромбозам. Для гена *MTHFR* 677 установлен полиморфизм C/C — нормальный вариант полиморфизма в гомозиготной форме, C/T — гетерозиготная форма полиморфизма и T/T — мутантный вариант полиморфизма. Неблагоприятное воздействие варианта T полиморфизма *MTHFR* особенно значимо при низком содержании фолатов в пище, курении, приеме алкоголя.

Цель работы

Изучить влияние фактора курения на формирование различных клинических форм плацентарной недостаточности в зависимости от полиморфизма генов системы детоксикации ксенобиотиков (*GSTT1*, *GSTM1*, *GSTP1*) и гена фолатного обмена (*MTHFR*).

Материалы и методы

Были обследованы 142 беременные женщины и их новорожденные. Из них 33 пациентки контрольной группы, беременность которых не осложнилась плацентарной недостаточностью, и 109 пациенток основной группы, у которых во время беременности выявлена хроническая гипоксия плода — I подгруппа (n = 46), задержка роста плода — II подгруппа (n = 48) и антенатальная гибель плода — III подгруппа (n = 15). Исследована частота делеций в генах *GSTM1* и *GSTT1*, полиморфизм гена *GSTP1* и *MTHFR* 677 (C → T). Анализ результатов проведен с определением доли (p, %) и стандартной ошибки доли (s_p,%), критерия χ^2 с поправкой Йейтса, двухстороннего критерия Фишера (P), корреляции Спирмена (R_s), логистического регрессионного анализа (β_i). Уровень значимости — p < 0,05.

Результаты и обсуждение

Пациентки, беременность которых осложнилась формированием хронической плацентарной недостаточности, чаще являлись сельскими жителями (31,2 %, P = 0,0121), имели неустойчивое семейное положение (беременность протекала не в браке) (36,7 %, P = 0,0138), в анамнезе при хронической гипоксии плода до предстоящей беременности имели выкабливание слизистой оболочки матки (45,7 %, p = 0,045), а при ЗПП — рождение маловесных детей (14,6 %, P = 0,029) и хроническое воспаление придатков матки (31,3 %, P = 0,028).

Курящие женщины, узнав о беременности, либо бросали курить в I триместре беременности, либо продолжали курить до родов. Пациенток, бросивших курить в I триместре беременности мы относили к некурящим. Беременность на фоне хронической никотиновой

интоксикации протекала у 3 ($9,09 \pm 5,0$ %) женщин контрольной группы и 36 ($33,03 \pm 4,5$ %) пациенток основной группы ($P = 0,007$). Курили на протяжении всей беременности в подгруппе пациенток с хронической гипоксией плода 10 ($21,74 \pm 6,08$ %), в подгруппе пациенток с ЗРП — 24 ($50,0 \pm 7,22$ %), в подгруппе пациенток с антенатальной гибелью плода — 2 ($13,33 \pm 8,78$ %) женщины. Статистически значимо чаще курящими были пациентки II подгруппы — 24 ($50,0 \pm 7,22$ %) женщины ($P = 0,0001$). У 2 ($4,17 \pm 2,88$ %) женщин с ЗРП беременность протекала на фоне периодического приема алкоголя.

Анализ данных комбинаций аллельного полиморфизма *GSTM1*, *GSTT1* и *GSTP1* показал, что у пациенток при хронической ПН статистически чаще выявляются генотипы с делециями *GSTM1* и (или) *GSTT1* ($\chi^2 = 13,36$, $p = 0,0003$), особенно в подгруппе хронической гипоксии плода ($\chi^2 = 26,16$, $p < 0,0001$); аллели *GSTP1 A/C* ($P = 0,0185$) у пациенток с хронической гипоксией плода и аллели *GSTP1 D* ($p = 0,0248$) при СЗРП.

Мы не получили статистически значимых различий у курящих и некурящих женщин при анализе полиморфизма генов *GSTM1*, *GSTT1*, *GSTP1*, видимо, из-за небольшого количества ($n = 3$) курящих женщин в контрольной группе. Однако все они имели функционально активный генотип по исследуемым генам системы детоксикации: *GSTM1 + GSTT1 + GSTP1 A/A*. Выявлены обратная корреляция носительства функционально неполноценных аллелей *GSTP1 D* у курящих родильниц с весом новорожденного ($R_s = -0,75$, $p = 0,0127$) и прямая со степенью гипотрофии у новорожденных при антенатально диагностированной задержке роста плода ($R_s = 0,47$, $p = 0,0215$). Метод логистического регрессионного анализа также позволил определить зависимость развития гипотрофии у новорожденного с факторами курения во время беременности и функционально ослабленным генотипом *GSTP1 D* ($\beta_i = 82,7$, $\chi^2 = 8,7$, $p = 0,013$), а также степени гипотрофии ($\beta_i = 53,2$, $\chi^2 = 6,0$, $p = 0,05$) с данными факторами.

Функционально ослабленный генотип Т/Т по гену *MTHFR* установлен у 10 ($8,26 \pm 2,5$ %) женщин, что статистически значимо реже, чем генотип *MTHFR C/C* — у 62 ($51,24 \pm 4,54$ %) женщин ($\chi^2 = 72,25$, $p < 0,0001$) и генотип *MTHFR T/C* — у 49 ($40,5 \pm 4,46$ %) женщин ($\chi^2 = 48,95$, $p < 0,0001$). Аналогичные результаты с частотой мутаций (генотип Т/Т по гену *MTHFR*) установлены при внутригрупповом анализе как в контрольной ($P < 0,0001$), так и в основной группе ($\chi^2 = 54,32$, $p < 0,0001$), I ($P = 0,0002$) и III ($P_{III} = 0,0034$) подгруппах. У пациенток подгруппы хронической гипоксии плода мутантный аллель 677 Т гена *MTHFR* выявлен статистически чаще — 26 ($63,41 \pm 7,52$ %) случаев ($\chi^2_1 = 4,88$, $p = 0,027$). Методом логистического регрессионного анализа доказана зависимость развития гипотрофии у новорожденного с активным курением матери во время беременности и гетерозиготными или мутантными генотипами (Т/Т или Т/С) по гену *MTHFR* ($\beta_i = 69,45$, $\chi^2 = 10,14$, $p = 0,0063$). У пациенток с аллелем 667 Т гена *MTHFR* статистически чаще беременность осложнялась гестозом — 21 ($35,59 \pm 6,23$ %) случай ($\chi^2 = 4,08$, $p = 0,044$).

Выводы

1. Курение во время беременности способствует формированию хронической плацентарной недостаточности (33 % курящих — $P = 0,007$) и задержки роста плода (50 % курящих — $P = 0,0001$). Особенно неблагоприятно активное курение во время беременности в сочетании с функционально ослабленными генотипами по гену системы детоксикации *GSTP1 D* ($p = 0,013$) и фолатного цикла *MTHFR* ($p = 0,0063$), что приводит к развитию задержки роста плода и гипотрофии новорожденного.

2. Делеции в генах системы детоксикации ксенобиотиков глутатион-S-трансфераз *GSTM1* и (или) *GSTT1* ассоциированы с развитием плацентарной недостаточности ($p = 0,0003$), хронической гипоксии плода ($p < 0,0001$). Полиморфизм гена *GSTP1 A/C* также ассоциирован с гипоксией плода ($P = 0,0185$), а аллели *GSTP1 D* — с задержкой роста плода ($p = 0,0248$).

3. Мутантный аллель 677 Т гена *MTHFR* оказывает влияние на развитие хронической гипоксии плода ($p = 0,027$), гестоза ($p = 0,044$) и не оказывает влияния на потерю плода при беременности после 22 недель ($P = 0,086$).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Малевиц, Ю. К.* Фетоплацентарная недостаточность / Ю. К. Малевиц, В. А. Шостак. — Минск: Беларусь, 2007. — 157 с.
2. Плацентарная недостаточность и полиморфизм генов глутатион-S-трансфераз M1, T1, P1 / О. Н. Беспалова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. — 2006. — Том LV, Вып. 2. — С. 25–31.
3. *Борисенко, Л. В.* Перинатальные аспекты табакокурения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Л. В. Борисенко; Российский университет дружбы народов. — Москва, 2003. — 50 с.
4. *Гулько, Ю. В.* Влияние табакокурения на потомство родителей / Ю. В. Гулько, Н. И. Ахмина, И. В. Игнатенко // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. — 2007. — Т. 6, № 4. — С. 84–89.
5. Risk Factors for Recurrent Small-for-Gestational-Age Birth / Felix A. Okah, [et al.] // Am. J Perinatol. — 2010. — Vol. 27, № 1. — P. 1–7.

УДК 612.3:611.3:612.017

ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК НА ЗДОРОВЬЕ

**Бонаккорси Г., Пеллегрини Э., Пуджелли Ф.,
Балли М., Мартино Дж., Комодо Н.**

**Департамент Здравоохранения
Учреждение образования
«Флорентийский государственный университет»
г. Флоренции, Италия**

За последние два года Европейский союз обновил нормативные требования к пищевым добавкам. В январе 2010 года вступило в силу Положение 1333/08, которое предполагает усиленный государственный контроль продуктов питания и пищевых добавок, входящих в их состав. Новые нормы указывают на необходимость исследования существующих пищевых добавок и их влияния на здоровье человека, основанное на современных научных методах и гарантирующее безопасность потребителей.

Здравоохранение обязано определить безопасность потребителя как абсолютный приоритет в использовании технологий производства и в определении состава продуктов питания. При использовании и определении количества пищевых добавок в продукте питания должно учитываться потребление той или иной пищевой добавки из других источников, а также особенности некоторых групп потребителей (например, тех, у кого наблюдаются аллергические реакции на определенные добавки).

В Положении (ЕС) 1331/2008, опубликованном 31 декабря 2008 г., говорится о том, что необходимо проверять безвредность пищевых продуктов и гарантировать прозрачность процесса производства продуктов перед предоставлением продукции на Европейский рынок, чтобы защитить человеческое здоровье и сохранить доверие потребителей. Тем не менее часто оценка тех или иных пищевых добавок проводилась частично либо с помощью экспериментов над животными, либо исследовались отдельные аспекты влияния на здоровье различных веществ, таким образом, не принимались во внимание последствия кумулятивного или синергического характера.

В общем, говоря о пищевых добавках, можно выделить ряд клинических проблем:

- первые проявления аллергий и (или) непереносимость некоторых продуктов (например, красители тартразин и эритрозин, консерванты бензоат, усилители вкуса глутаминат натрия однозамещенный); производство продуктов с возможными канцерогенными свойствами (консерванты нитраты и нитриты, загустители каррагинан, подсластитель аспартам);
- патологические реакции организма на изменение циркуляторного, гармонального и нейровегетативного гомеостаза (например, синдром китайского ресторана от глутамината натрия однозамещенного, синдром гиперактивности и снижение внимания у детей из-за употребления различных красителей);
- канцерогенное действие некоторых пищевых добавок, которые были запрещены во многих странах (Sudan I–IV).

Нами было исследовано влияние некоторых пищевых добавок на здоровье человека, выбранных на основе уровня их токсичности. Данные пищевые добавки, часто используемые при производстве продуктов питания, были выделены как опасные по европейским нормам в 2008–2009 гг.

Фосфаты изучались в основном через опыты над животными, в меньшей степени были изучены последствия употребления данной пищевой добавки для человека. Начиная с 30-х и до 70-х годов

XX в, данные исследования проводились все реже, и на сегодняшний день они единичны, хотя был обнаружен ущерб здоровью. Также появились новые научные методы изучения данной проблемы.

Последствия увеличения потребления фосфатов изучались преимущественно на крысах, но также на мышах, собаках, морских свинках, хомяках и на кроликах. Последствия потребления фосфатов в больших дозах не отличаются ни в краткосрочных, ни в долгосрочных опытах, в то время как были обнаружены различия по дозе пищевой добавки, наносящей ущерб здоровью. На гистопатологическом уровне сущность вреда здоровью прямо пропорциональна дозе и длительности употребления пищевой добавки. Существует небольшое количество исследований влияния фосфатов на здоровье человека (Лейхзенринг Й. М. и др. (1951), Мальм О. Дж. (1953), Томас У. (1972), Спенсер Г., Крамер Л. и Норрис К. (1975), Белл Р. Р. и др. (1977)). Эти исследования подтверждают значимость фосфатов в балансе кальция, но не обнаруживают последствий для здоровья, за исключением Белла, где у 6 исследуемых из 8 наблюдается диаррея.

В исследовании 2009 года (*American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* «High Dietary Inorganic Phosphate Increases Lung Tumori genesis and Alters Akt Signaling») указывается на то, что большие дозы неорганических фосфатов в рационе способствовали развитию раковых опухолей легких мышей, склонных к онкопатологиям. Однако особого внимания требуют возможные выводы о влиянии фосфатов на здоровье человека, так как опыты на животных имеют ограниченный характер.

Каррагинан до сих пор считался безопасной пищевой добавкой. Комитет JECFA (Объединенный комитет экспертов Международной сельскохозяйственной организации) не вводил никаких ограничений на суточную дозу данной добавки; не было обнаружено никаких побочных последствий для организма, аллергий или непереносимости, хотя потребление больших доз данного вещества приводит к метеоризму и вздутию живота из-за ферментативного брожения в бактериальной флоре. Однако в конце 70-х годов в некоторых исследованиях выдвигалась гипотеза, что применение каррагинана могло способствовать развитию хронической язвенной болезни и в последствии раковой опухоли. Возможные патогенные последствия могут быть вызваны тем, что пищевая добавка при разложении всасывается клетками кишечника и накапливается в лизосомах, нанося ущерб этим структурам, в последствии оставляя многочисленные литические энзимы, что приводит к гибели здоровых клеток. Таким образом, развивается местный воспалительный процесс с язвенными образованиями, похожими на те, которые появляются при хронических заболеваниях кишечника. С течением лет эти повреждения могут способствовать образованию раковой опухоли, в особенности это касается ободочной кишки, а также в целом желудочно-кишечного тракта. В последнее время Комитет JECFA переоценивает влияние каррагинана как пищевой добавки на здоровье человека, обсуждается возможная максимальная доза применения данного вещества в производстве продуктов питания.

Глутамат натрия однозамещенный связан с так называемым «синдромом китайского ресторана», проявляющимся через аллергию и мигрень. На самом деле симптоматология более разнообразна: чувство жжения во всем теле, тошнота и головная боль, состояние тревоги, учащенное сердцебиение, онемение в верхней части тела, жажда, боли в области шеи, усиленное потоотделение, затрудненное дыхание. Симптомологическая картина проявляется по-разному. Обычно какое-либо из проявлений проходит в течение нескольких часов без вмешательства, за исключением некоторых осложнений. Синдром получил такое название, так как обнаруживается у тех, кто питается в китайских ресторанах, где часто прибегают к использованию глутамата натрия однозамещенного. Проявление симптомов зависит напрямую от употребленной организмом дозы пищевой добавки. Однако многие исследования показали, что данный синдром может быть связан с аллергической реакцией у людей с высокой чувствительностью.

Проведенные исследования имеют достаточно противоречивые результаты, указывая на то, что каждый организм реагирует по-разному на частое употребление глутамата натрия однозамещенного. Более того, в некоторых исследованиях утверждают, что попадание в организм глутамата натрия однозамещенного может способствовать улучшению состояния здоровья у пожилых людей, поддерживая секрецию слюнных желез и функции желудочно-кишечного тракта.

Значимой проблемой также является влияние синтетических красителей на развитие синдрома гиперактивности. В 70-х годах Фейнгольд заметил, что на 30–50 % детей с повы-

шенной активностью положительно влияла диета, компоненты которой не содержали красителей и других пищевых добавок. В 1980 г. Суонсон доказал, что синтетический краситель тартразин повлиял негативно на результаты обученности гиперактивных детей. Последующие исследования были проведены в 90-х годах, затем в 2000-х и подтвердили, что существует связь между употреблением в пищу синтетических красителей и развитием синдрома гиперактивности [15].

Пищевые добавки представляют собой область исследования, в которой еще остается большое количество вопросов, требующих изучения, в особенности механизмы совместного действия на организм различных добавок и других составляющих продуктов питания. Научные исследования должны быть направлены на поиск доказательств, которые бы способствовали эффективности государственного контроля и самоконтроля пищевой промышленности. Все большее распространение промышленных товаров предполагает установление и применение новых и более эффективных методов контроля за пищевыми добавками, защищая максимально здоровье потребителя и способствуя обороту безопасных и здоровых продуктов питания, что является фундаментальным условием для внутреннего рынка.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Asero R., Bottazzi G.* Chronic rhinitis with nasal polyposis associated with sodium glutamate intolerance / R. Asero, G. Bottazzi // *Int Arch Allergy Immunol.* — 2007. — Vol. 144. — P. 159–161.
2. Physiological responses of human adults to foods containing phosphate additives / R. R. Bell [et al.] // *J. Nutr.* — 1977. — Vol. 197. — P. 42–50.
3. Carrageenan induces cell cycle arrest in human intestinal epithelial cells in vitro / S. Bhattacharyya [et al.] // *J. Nutr.* — 2008. — Vol. 138. — P. 469–475.
4. Center for science in the public interest — Diet, ADHD and Behavior: A quarter-century review. Scientists' letters to the department of health and human services (online) accessed 17 March, 2001. — <http://www.cspinet.org/new/adhdletters.html>.
5. *Cohen, S. M.* A critical review of the toxicological effects of Carrageenan and Processed Eucheuma Seaweed on the gastrointestinal tract / S. M. Cohen, N. Ito // *Crit. Rev. Toxicol.* — 2002. — Vol. 32. — P. 413–444.
6. Adverse reactions to food additives in children with atopic symptoms / G. Fuglsang [et al.] // *Allergy.* — 1994. — Vol. 49. — P. 31–37.
7. *Malm, O. J.* On phosphates and phosphoric acid as dietary factors in the calcium balance of man / O. J. Malm // *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* — 1953. — Vol. 5. — P. 75–84.
8. *Rowe, K. S.* Synthetic food coloring and behavior: A dose response effect in a double-blind, placebo controlled, repeated-measures study / K. S. Rowe, K. J. Rowe // *J. Pediatr.* — 1994. — Vol. 125. — P. 691–698.
9. *Schab, D. W.* Do artificial food colors promote hyperactivity in children with hyperactive syndromes? A meta-analysis of double-blind placebo-controlled trials / D. W. Schab, N. H. Trinh // *J. Dev. Behav. Pediatr.* — 2004. — Vol. 25. — P. 423–434.
10. *Thomas, W. C.* Effectiveness and mode of action of orthophosphates in patients with calcareous renal calculi / W. C. Thomas // *Trans. Am. Clin. Climatol. Assoc.* — 1972. — Vol. 83. — P. 113–124.
11. *Tobacman, J. K.* Review of harmful gastrointestinal effects of carrageenan in animal experiments. *Environ* / J. K. Tobacman // *Health Perspect.* — 2001. — Vol. 109. — P. 983–994.
12. *Tobacman, J. K.* Carrageenan-induced inclusions in mammary myoepithelial cells / J. K. Tobacman, K. S. Walters // *Cancer Detect. Prev.* — 2001. — Vol. 125. — P. 520–526.
13. UE — Impiego degli additivi, Reg. (CE) N. 1333/2008 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 16.12.08.
14. *Ward, N. I.* Assessment of chemical factors in relation to child hyper-activity / N. I. Ward // *J. Nutr. Environm. Med.* — 1997. — Vol. 7. — P. 333–342.
15. *Ward, N. I.* The Influence of the Chemical additive tartrazine on the zinc status of hyperactive children — A double-blind placebo-controlled study / N. I. Ward // *J. Nutr. Med.* — 1990. — Vol. 1. — P. 51–58.
16. *Williams, A. N.* Monosodium glutamate 'allergy': menace or myth? / A. N. Williams, K. M. Woessner // *Clin. Exp. Allergy.* — 2009. — Vol. 39. — P. 640–646.

УДК 613.6-057.51:613.9(476.2-2Гом)

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ДОЛЖНОСТНЫХ ЛИЦ И РАБОТНИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОРГАНИЗАЦИЙ И ПРЕДПРИЯТИЙ КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЯ

Бортновский В. Н., Зинович В. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

«Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии»

г. Гомель, Республика Беларусь

Показатели заболеваемости и продолжительности жизни населения в нашей стране обуславливают необходимость проведения активных профилактических мероприятий, в

том числе гигиенического обучения должностных лиц и работников, связанных с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов, питьевой воды, коммунальным, бытовым и медицинским обслуживанием, обучением и воспитанием детей и подростков, фармацевтической деятельностью и др. Гигиеническая подготовка и аттестация профессиональных контингентов — потенциальных источников риска для здоровья населения — является одним из важнейших направлений работы центров гигиены и эпидемиологии по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Численность подлежащих ежегодной гигиенической подготовке и аттестации лиц в г. Гомеле превышает 27 тыс. человек. Необходимость активизации подобной работы имеет три основные предпосылки.

Социальная предпосылка обусловлена психологическими факторами — ожиданиями и надеждами населения на возможность предотвращения вреда здоровью вследствие знания должностными лицами и работниками санитарно-гигиенических правил, регламентированных нормативно-правовыми актами.

Экономическая предпосылка предполагает затраты финансовых средств на ликвидацию ущерба, нанесенного действиями (бездействием) персонала по причине незнания или невыполнения ими санитарно-гигиенических нормативов, а также на выплаты штрафов за допущенные нарушения санитарного законодательства.

Современная модель формирования здорового образа жизни профессиональных контингентов в процессе реализации системы гигиенической подготовки и аттестации нами рассматривается с позиций социально-когнитивной теории, с учетом результатов взаимодействия личности, окружающей среды и поведения людей. Основной составляющей подобной системы является информация, универсально влияющая на изменения параметров личности, риск заболеваний и преждевременной смерти. При гигиенической подготовке восполняется недостаток информации по законодательно-нормативному регулированию прав, обязанностей и мер ответственности за санитарные нарушения в процессе профессиональной деятельности. Большое внимание уделяется проблемам личной и коллективной ответственности, обеспечения гражданских прав заинтересованных сторон. Рассматриваются вопросы производственной деятельности и требований санитарно-гигиенических нормативов в части характера, тяжести труда. Сообщается об эпидемиологической ситуации в Гомеле по наиболее социально значимым инфекционным заболеваниям. Излагаются рекомендации по актуальным проблемам питания, труда, отдыха, профилактики неинфекционных заболеваний и пр. Как свидетельствует практика, в процессе гигиенической подготовки должностных лиц и работников последний раздел информационной компоненты реализуется в наименьшей степени, поскольку специалисты санэпидслужбы не уделяют достаточного внимания многим важнейшим вопросам формирования образа жизни.

Составляющей системы гигиенической подготовки является также контроль полноты усвоения информации, осуществляемый в форме тестовых заданий. Нами применяются для различных специальностей и близких по особенностям труда категорий работников бланковые тестовые методики оценки, состоящие из 35 вопросов.

Проводится социологическое анкетирование результатов гигиенической подготовки, что позволяет оперативно и с высокой степенью достоверности оценивать эффективность и достаточность обучения, процесс формирования модели поведения персонала, контролировать результаты работы врачей по информационному, образовательному и воспитательному направлениям. Применяется унифицированная методика самооценки феноменов дефицита гигиенических знаний и личной потребности в его устранении. Исследуются возможности достижения заявленных результатов обучения посредством формализованных показателей достаточности знаний, качества подготовки, полезности обучения, потребности в дальнейшем периодическом воспроизведении знаний. Нами проведены социологические наблюдения на ряде предприятий пищевой отрасли промышленности. Подобные социологические методики рекомендованы для контроля эффективности, своевременности и достаточности санитарно-просветительных мероприятий.

**ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ
С ПРОБЛЕМАМИ ВОЗРАСТНОГО АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Василькова О. Н., Шаршакова Т. М.

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

В последние годы отмечается существенный рост интереса к проблеме гормональных изменений в репродуктивной системе мужчин, связанных с возрастом, что обусловлено целым рядом факторов. Продолжительность жизни в развитых странах возрастает, что, с одной стороны, ведет к эффекту «старения населения», а с другой — требует внедрения методов, способствующих повышению качества жизни пожилых людей, поскольку на «пожилой возраст» уже приходится треть жизни. С проблемой старения населения ассоциирован ряд состояний, значительно ухудшающих качество жизни. Наиболее распространенным хроническим эндокринным заболеванием является сахарный диабет 2 типа. Как показывает практика, возрастным проблемам мужчин уделяется недостаточно внимания, многие врачи считают имеющиеся клинические проявления отражением основного заболевания или начавшегося старения и не связывают их со снижением уровня тестостерона. Ситуация осложняется и тем, что сами пациенты связывают симптомы появившегося гипогонадизма с каким-либо заболеванием и посещают специалистов другого профиля, не обращаясь к эндокринологу и затягивая начало лечения. В современном клиническом мышлении, к сожалению, еще не утвердилось понимание важности изучения мужского здоровья — как репродуктивного, так и соматического. Практически отсутствует информированность населения о проблемах, ассоциированных со старением. Изучение мужского здоровья имеет огромное медико-биологическое и психосоциальное значение. Исторически сложилось так, что детородная функция позволила поставить женщину в центр внимания специалистов, занимающихся репродуктивным здоровьем, в то время как мужским здоровьем занимается меньшее число специалистов. В нашей стране практически отсутствуют центры по изучению репродуктивной и половой системы мужчин, которые были бы ориентированы на последние достижения науки и практики. Стоит лишний раз напомнить, что не только продолжение рода, но и сексуальная функция, оказывающая огромное влияние на все сферы жизнедеятельности человека, является в равной степени важной для представителей обоих полов. Здоровые мужчины не имеют возможности получить консультацию или просто совет по вопросам интимного характера, что, безусловно, отрицательно влияет на качество жизни.

Несмотря на актуальность проблемы и многочисленные публикации, взаимосвязь СД 2 и возрастного андрогенного дефицита изучена мало. Наиболее вероятно, это обусловлено полиэтиологическим характером заболеваний, а также получением новых знаний о патогенетических механизмах формирования нарушений. Поскольку СД 2 развивается преимущественно в пожилом возрасте, сочетание этих двух факторов еще больше повышает риск возникновения гипогонадизма и его распространенность. Гипогонадизм негативно влияет на углеводный и жировой обмен и качество жизни пациентов, приводя в дальнейшем к расстройствам половой функции.

Анализ нормативно-правовой базы, а также сложившейся практики в здравоохранении показал, что определенной системы в оказании медицинской помощи населению с возрастным андрогенным дефицитом до настоящего времени не выработано.

Таким образом, учитывая имеющиеся данные, становится очевидной необходимость существования проблемы гипогонадизма у мужчин с СД 2. Наличие СД 2 диктует необходимость активного выявления гипогонадизма, оценку целесообразности проведения заместительной гормональной терапии, а также разработку и обоснование системы организации медицинской помощи мужчинам с возрастным андрогенным дефицитом с СД 2 типа. Нами предложен клинико-организационный подход, в основе которого разработка единых стандартов обследования и медикаментозной терапии, модели и алгоритма ведения пациентов с указанной патологией, что в конечном итоге будет способствовать улучшению репродуктивного здоровья населения и качества жизни пациентов.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ****Ворожун О. В.****Учреждение образования
«Средняя общеобразовательная школа № 3 им. Д. Н. Пенязькова»
г. Гомель, Республика Беларусь**

В настоящее время национальным приоритетом является здоровый и образованный человек, так как от состояния здоровья современной молодежи зависит будущее нации и государства. Здоровье человека влияет на его успехи в учебной и профессионально-трудовой деятельности, реализацию задатков и способностей.

Одним из наиболее распространенных является определение понятия «здоровье», данное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов» [1]. Согласно определению, приведенному Г. М. Коджаспировой, здоровье — это «естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений; состояние полного телесного, душевного и социального благополучия, наличие у человека достаточного количества энергии, энтузиазма и настроения для выполнения или завершения дела» [2]. В данном определении показана не только сущность понятия «здоровье», но и его значение в жизнедеятельности человека.

Для сохранения и укрепления здоровья важно знать о влияющих на него *факторов*. В научной литературе выделяют четыре группы таких факторов: «наследственность, т. е. предрасположенность к наследственным заболеваниям; социальная среда и образ жизни в ней; экологические и природно-климатические условия; возрастные изменения» [3]. В процентном соотношении влияние каждой группы факторов определяется следующим образом: состоянием окружающей среды — на 20–25 %, условиями и образом жизни — на 50–55 %, генетическими факторами (наследственностью) — на 15–20 %, деятельностью учреждений здравоохранения — на 8–10 %. Причем здоровье только на 20 % не управляемо человеком, а остальные 80 % находятся в его руках: 20 % зависит от воздушной и водной среды; 30 % — от питания и 30 % — от стиля жизни. Отсюда следует вывод: своим здоровьем каждый должен заниматься сам, его образ жизни оказывает решающее влияние на здоровье.

Под образом жизни понимают систему взаимоотношений человека с самим собой и факторами внешней среды, к которым относятся: физические (температура, излучение, атмосферное давление); химические (пища, вода, ядовитые вещества); биологические (животные, микроорганизмы); психологические (воздействующие на эмоциональную сферу через зрение, слух, обоняние, осязание).

Сущность понятия «здоровье» дополняется характеристикой следующих его *видов*: «соматическое, физическое, психическое, нравственное» [3]. Под соматическим здоровьем понимается текущее состояние органов и систем органов в организме человека, основу которого составляет генетическая программа индивидуального развития. Физическое здоровье — это уровень роста и развития органов и систем организма. Психическое здоровье характеризуется как состояние психической сферы, основой которой является общий душевный комфорт, обеспечивающий адекватные поведенческие реакции, характер, тип высшей нервной деятельности.

Стержнем образа жизни является *нравственное здоровье* — система мотивационных ценностей, установок, норм поведения индивидуума в обществе. В частности, на формирование здорового образа жизни человека оказывают влияние мотивы самосохранения, подчинения правилам культуры и быта, получения удовлетворения от самоусовершенствования, возможности для самосовершенствования [1]. К сожалению, в нравственном здоровье

подростков часто наблюдаются отклонения, являющиеся следствием общения в ночных дискотеках, барах, увлечения азартными играми, курения, употребления алкоголя, наркотиков, раннего начала половой жизни, сексуальной распущенности и т. д.

Отклонениями от нормы всех видов здоровья подростка являются отклонения в репродуктивном здоровье. *Репродуктивное здоровье* — это функциональное состояние репродуктивных органов. В настоящее время особую актуальность приобретает решение проблемы распространения заболеваний репродуктивной системы. Как показывают результаты исследования, в сложившейся на территории Беларуси экологической обстановке (длительное воздействие радионуклидов) наблюдается нарушение гормональных процессов, свидетельствующее об угнетении репродуктивной функции. Но это только одна из причин.

Структура заболеваемости репродуктивной сферы молодых людей представлена тремя основными типами. К наиболее распространенному типу отнесены воспалительные заболевания (хронический аднексит и др.). На их долю приходится 21–30 % заболеваний репродуктивной системы. Ко второму типу отнесены дисфункциональные расстройства, возникающие на основе гормональных нарушений (15–18 % заболеваний репродуктивной системы). К третьему типу отнесены воспалительные заболевания мочеполовых органов, возникающие вследствие инфекций, передаваемых половым путем (герпес, уреаплазмоз, хламидиоз и др.).

Обращает на себя внимание никотинизация и алкоголизация подростков и молодежи, пагубно влияющие на функции половых желез. Установлена прямая зависимость состояния функции яичников от объема учебных нагрузок. «Школьные перегрузки отрицательно сказываются на репродуктивном здоровье девушек 15–16 лет» [3]. Данные социологических опросов свидетельствуют о ранних половых контактах (у 5 % девушек и юношей — с 14 лет, у 10 % — с 15 лет, у 35 % — с 16 лет, у 50 % — с 18 лет), предпочтительном использовании гормональной контрацепции, вызывающей нежелательные последствия в репродуктивной и сосудистой системах. Широкое распространение получили заболевания, передаваемые половым путем (гонорея, сифилис, хламидиоз, уреаплазмоз). На молодежь от 15 до 24 лет приходится 70 % таких инфекций. Кроме того, 13 % всех родов — это роды в подростковом возрасте, в то время как среднемировой показатель не превышает 10 %.

Социальным последствием названных заболеваний, а также отклонений физического, психического и нравственного здоровья является *бесплодие*. Медико-социологические исследования свидетельствуют о широком распространении нарушений репродуктивного здоровья среди современных школьниц. Наиболее часто встречаются сбои менструальной функции, несформированность менструального цикла и др. Следует отметить, что особенностью исследований репродуктивного здоровья является то, что они ведутся преимущественно с детьми и подростками женского пола. Однако 40–60 % бесплодных браков имеют причиной заболевания репродуктивного аппарата у мужчин. Корни этой проблемы также находятся в детском и подростковом возрасте. Все это свидетельствует о *неблагополучной ситуации с репродуктивным здоровьем населения в Беларуси*.

Одной из главных задач системы образования на современном этапе является повышение эффективности работы педагога-психолога по сохранению и укреплению здоровья подрастающего поколения, в частности, организации *специальной работы по профилактике в репродуктивном здоровье подростков*. Важнейшим аспектом такой работы является половое воспитание подрастающего поколения, которое рассматривается как часть процесса формирования личности, включается в Программу формирования здорового образа жизни подростков, содержит не только вопросы укрепления здоровья учащихся, но и моральные, правовые, культурные и этические аспекты.

Деятельность педагога-психолога по профилактике отклонений репродуктивном здоровье включает следующие *направления*: формирование у подростков ответственного отношения к своему здоровью, в том числе репродуктивному; повышение информированности подростков по вопросам пола и тех изменений, которые происходят с ними в подростковый период; обучение навыкам общения, взаимопонимания и принятия осознанных решений; формирование у подростков позитивного отношения к здоровому образу жизни,

планированию семьи и ответственному родительству; формирование ответственного сексуального поведения, отрицательного отношения к раннему началу половой жизни. Рассмотренные направления в работе с подростками и молодежью, несомненно, приведут к сохранению физического, психического, нравственного, репродуктивного здоровья молодого поколения, избавлению его от многих проблем и станут залогом счастливой и полноценной семейной жизни в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Мархотецкий, Я. Л.* Валеология : учеб. пособие / Я. Л. Мархотецкий. — Минск: Выш. шк., 2006. — 286 с.
2. *Коджаспирова, Г. М.* Словарь по педагогике / Г. М. Коджаспирова, А. Ю. Коджаспиров. — М.: ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д: ИЦ «МарТ», 2005. — 448 с.
3. *Основы валеологии и школьной гигиены : учеб. пособие / М. П. Дорошкевич [и др.].* — Минск: Выш. шк., 2003. — 238 с.

УДК 613:614

ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ СРЕДСТВАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕАТРА

Воронина Ю. А.

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

Популяризация здорового образа жизни является одним из направлений государственной молодежной политики. Просвещение с целью обеспечения ответственного отношения к здоровью — важный компонент любого образования, равно как и программ общественного здравоохранения.

Отношение к здоровью выступает как один из основных элементов самосохранительного поведения человека и представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующим или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определяющими оценку индивидом своего физического и психического состояния.

Исследование отношения к здоровью студенческой молодежи, проведенное с участием 513 студентов в возрасте 19–23 лет, дает основание утверждать, что здоровье занимает первое место в иерархии их ценностей (74 % студентов оценивают здоровье как безусловно важную ценность). 46 % студентов придают здоровью наибольшее значение для достижения успеха. На предложение продолжить фразу: «Здоровье — это...» студенты давали разнообразные определения, в числе которых были: «физический и психологический комфорт» — 61 %, «хорошее самочувствие и настроение» (47 %) и другие. Анализ ответов позволяет судить о ценности здоровья для студентов и об осознании необходимости бережного и внимательного отношения к своему здоровью. Среди безусловно важных факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья студентов, выделяются как объективные факторы — экологическая обстановка — 47 %, так и субъективные: образ жизни — 46 %, вредные привычки — 41 %, особенности питания — 38 %, недостаточная забота о здоровье — 31 %. Это свидетельствует о том, что студенты в достаточной степени осознают собственную ответственность за состояние своего здоровья.

Однако при ответе на вопрос «Делаете ли вы что-нибудь для поддержания своего здоровья и насколько регулярно?» преобладал ответ «Никогда». Наиболее распространенным способом оздоровления среди студентов является избегание вредных привычек — 58 %. К остальным предложенным способам поддержания здоровья молодые люди прибегают «Очень редко» или «Никогда». Среди возможных причин недостаточной заботы о здоровье студенты чаще всего отмечают отсутствие времени — 18 %, отсутствие силы воли — 12 %, необходимость больших материальных затрат — 12 %.

В случае недомогания студенты поступают следующим образом: самостоятельно принимают меры — 53 %, обращаются к друзьям — 39 %, обращаются к врачу — 32 %, стараются не обращать внимания на недомогание — 16 %. Эти данные свидетельствуют о том, что студенты нерегулярно либо недостаточно активно занимаются поддержанием своего здоровья, а также о недостаточной сформированности культуры самосохранительного поведения.

Таким образом, видно, что при высокой значимости здоровья в индивидуальной иерархии ценностей молодых людей наблюдается низкая степень соответствия их действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни.

Из анализа данных исследования вытекает задача поиска таких форм и методов, которые способствовали бы развитию навыков здорового образа жизни.

В течение 2008/2009 учебного года студенты и старшеклассники принимали участие в проекте «ЭЛЬБРУС», реализуемом благотворительной женской еврейской организацией «Кешер» в партнерстве с «Центром современной психологии» и финансовой поддержке Всемирного Банка Реконструкции и Развития. Оптимальным методом работы с молодежью в данном проекте был выбран Психологический театр. Содержание его работы строится на совместном использовании психотерапевтических методов и театральных приемов.

Схема работы Психологического театра представляет собой цикл, состоящий из этапов, последовательно сменяющих друг друга: социально-психологические тренинги, внутренний спектакль (без участия зрителей), занятия по подготовке внешнего спектакля, внешний спектакль (с участием зрителей), тренинг-анализ (по итогам внешнего спектакля). Затем начинается новый цикл, состоящий из тех же этапов в той же последовательности.

На первом этапе основной метод — социально-психологический тренинг. Тренинги в Психологическом театре решают двойную задачу. С одной стороны, они направлены на развитие личности самих участников (построение отношений, создание группы, работа с проблемами отдельных членов группы и т. д.), с другой — готовят участников к работе во внешнем спектакле (актерские способности, креативность, спонтанность, психологические знания и навыки, призванные помочь работе со зрителями). На этапе постановки внутреннего спектакля используются психодраматические методы работы. В работе над внешним спектаклем (который рассчитан на зрителей) к психодраматическим методам добавляются различные театральные приемы. Во время выступления для общения со зрителями используются интерактивные методы. После завершения спектакля все участники остаются на сцене, и зритель может высказать свое мнение о том, что он увидел, задать любой вопрос участникам, а также имеет возможность выйти на сцену и предложить свой вариант той или иной ситуации.

Тематика занятий Психологического театра определяется возрастными потребностями и желаниями участников. В процессе участия в проекте «ЭЛЬБРУС» основной темой занятий стали различные аспекты здорового образа жизни.

Этапы проекта «ЭЛЬБРУС»:

1. Привлечение участников школьного и студенческого психологических театров к оздоровительным мероприятиям (посещение фитнес-клуба, бассейна, туристические походы).

2. Организация встреч участников проекта со специалистами в области здоровья (фитнес-инструктор, инструктор по йоге, инструктор бассейна, специалист по здоровому питанию, инструктор по туризму).

3. Написание сценариев и подготовка спектаклей на основе переживаний участников проекта, полученных в процессе оздоровительных мероприятий и тренинговых занятий.

4. Выступление в учебных заведениях города со спектаклями, посвященными здоровому образу жизни. Обсуждение данной темы со зрителями. В рамках проекта было организовано 8 выступлений в учреждениях образования.

5. Проведение фестиваля психологических театров «Здоровье ТУТ... ВАУ!!!» (в фестивале принимали участие 3 психологических театра, а также были проведены мастер-классы по вопросам здорового образа жизни).

В процессе реализации проекта было получено подтверждение описанных выше результатов исследования отношения молодых людей к здоровью. Это проявлялось, напри-

мер, в том, что участники проекта, имеющие возможность бесплатно посещать оздоровительные занятия в достаточно престижных оздоровительных учреждениях, находили причины для того, чтобы этого не делать (отсутствие времени, стеснительность, лень и другие).

Возможность обсуждения своих переживаний с другими участниками проекта, а также детального анализа причин недостаточной заботы о своем здоровье в процессе тренинговых занятий стала отправной точкой для изменений в поведении молодых людей.

По окончании проекта участники отмечали позитивные изменения: 35 % ранее куривших отказались от этой привычки, 27 % участников приобрели абонементы для продолжения занятий в оздоровительных учреждениях, 35 % пересмотрели привычки питания. Также получены позитивные отзывы зрителей, участвующих в выступлениях и фестивале психологических театров («Я понял, что есть какая-то другая необычная форма представления о здоровом образе жизни. Это не стандартно и не скучно», «Для меня, честно говоря, было открытием, что здоровый образ жизни — это не только не пить, не курить и заниматься спортом, но и что-то еще. Ведь те люди, с которыми ты общаешься, тоже наполняют тебя некоторым содержанием, также как сигареты и алкоголь. И я поняла, что важно и то, какие ты строишь отношения с другими людьми. Это все здоровье», «Я поняла, что даже о тех темах, которые на первый взгляд очень понятные и простые, можно говорить интересно»).

Можно говорить о том, что Психологический театр является эффективным методом общения молодых людей к здоровому образу жизни. Участие в Психологическом театре предоставляет возможность обсуждения тем, касающихся различных сторон жизни, в том числе и здоровья в неформальной и в тоже время специально организованной психологом обстановке.

УДК 621.039(476):613.9-053.81-02

БЕЛОРУССКАЯ АЭС И ЕЕ БЕЗОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ГЛАЗАМИ МОЛОДЕЖИ

Гапанович-Кайдалов Н. В., Гапанович-Кайдалова Е. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

В Республике Беларусь, наиболее пострадавшей в результате аварии на Чернобыльской АЭС, вопросу экономического и технического обоснования строительства атомной электростанции придается особое значение. Во исполнение Указа Президента Республики Беларусь от 12 ноября 2007 г. № 565 «О некоторых мерах по строительству атомной электростанции» [1] в республике системно осуществляется реализация соответствующих конкретных организационно-правовых, научно-исследовательских и проектно-изыскательских мероприятий.

В обязательном порядке производится оценка ущерба сельскохозяйственному производству при отчуждении земель на строительство АЭС, включая площадь водоемов и участки, находящиеся под транспортными коммуникациями; анализируются вероятность возникновения авиационных катастроф, влияние на окружающую среду, влияние на здоровье населения.

31 января 2008 г. Президент Республики Беларусь подписал постановление Совета Безопасности № 1 «О развитии атомной энергетики в Республике Беларусь». В соответствии с принятым решением в стране будет осуществлено строительство атомной электростанции суммарной электрической мощностью 2 тыс. МВт с вводом в эксплуатацию первого энергетического блока в 2016 году, второго — в 2018 [2].

Однако перспективы развития атомной энергетики в нашей стране зависят не в последнюю очередь от отношения населения, имевшего негативный опыт преодоления последствий Чернобыльской катастрофы. Пострадавшие в результате этой аварии характе-

ризуются повышенным уровнем эмоционального напряжения с преобладанием реагирования по типу избегания, жалобами на состояние здоровья, а также психологическими симптомами (раздражительность, страх за свое здоровье и др.). Поэтому очевидно, что часть населения Беларуси настороженно относится к новым проектам в области атомной энергетики, опасаясь за свое здоровье и здоровье своих близких.

Государство в лице Президента Республики Беларусь приняло на себя ответственность за безопасность новой атомной электростанции. «Гарантирую, что мы выберем такой вариант строительства АЭС, при котором сопутствующие риски сводятся к минимуму и в полной мере обеспечивается экологическая безопасность», — заявил Президент Республики Беларусь А. Г. Лукашенко, обращаясь 29 апреля 2008 г. с ежегодным Посланием к белорусскому народу и Парламенту [3].

Однако преодоление негативного отношения к атомной энергетике вообще и атомным электростанциям в частности требует целенаправленной информационно-аналитической работы. Прежде всего, население должно иметь исчерпывающую информацию о безопасности АЭС для здоровья нынешнего и будущих поколений.

Различные аспекты восприятия радиационной опасности населением после Чернобыльской АЭС рассматривались в целом ряде исследований (Е. М. Бабосов, А. П. Гусев, Е. С. Ергулевич, В. В. Ивчик, А. Н. Кусенков, В. В. Мурашко, А. С. Четкина и др.). Так, Е. С. Ергулевич занимался изучением особенностей восприятия радиационной опасности представителями различных слоев населения [4]. Было выявлено, что главными последствиями Чернобыльской аварии респонденты считают общее ухудшение и ослабление здоровья в совокупности с ростом числа онкологических заболеваний. Обеспокоенность ухудшением экологической ситуации в стране более характерна для юношей и мужчин до 23 лет и женщин 18–23 лет. На относительно менее загрязненных территориях население проявляет тревогу, связанную с радиацией чаще. По данным Е. С. Ергулевича, более половины пострадавших, испытывающих психологическое напряжение в посткатастрофный период, объясняют это ожиданием возникновения заболеваний, вызванных аварией на Чернобыльской АЭС и с безразличием властей к проблемам пострадавшего населения. У пострадавших в результате аварии формируется посттравматический синдром с преобладанием реагирования по типу избегания, симптомами повышенной возбудимости и соматоформными нарушениями, распространена раздражительность, жалобы на расстройства памяти, вегетативные симптомы, снижение общего уровня функционирования, страх за свое здоровье, иждивенческие настроения.

В рамках реализации программы развития атомной энергетики и формирования экологической культуры населения в Республике Беларусь нами было исследовано восприятие молодежью вероятной радиационной опасности для здоровья в связи со строительством и будущей эксплуатацией белорусской АЭС.

В исследовании приняли участие 324 студента факультета психологии и педагогики; 97 студентов экономического факультета; 150 студентов физического факультета; 48 слушателей института повышения квалификации и переподготовки кадров специальностей «Практическая психология» и «Социальная педагогика» УО «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины». Объем выборочной совокупности составил 619 человек. Среди участников опроса было 149 жителей сельской местности и 470 горожан (из них постоянно проживают в г. Гомель 333 человека). При этом 85 респондентов отметили, что их семья переехала на новое место жительства после аварии на ЧАЭС, у 534 семей испытуемых место проживания не изменилось.

Анализ данных исследования позволяет сделать следующие **выводы**:

1) в целом, к развитию атомной энергетики респонденты относятся положительно (40,4 %), только каждый пятый (21,8 %) выразил негативное отношение, остальные (37,8 %) затруднились ответить. Более 1/3 участников опроса считают работу АЭС наиболее эффективным для Беларуси способом получения электроэнергии;

2) однако в сознании большинства респондентов сегодня существует радиационная опасность (82,1 %). По мнению студентов и слушателей ИПК и ПК, так называемая «ра-

диофобия» существует преимущественно в сознании старшего поколения (70,9 %). Чем моложе человек, тем меньше он беспокоится по поводу влияния радиации на здоровье: молодежь — 23,3 %, дети — 6,0 %. Так, слушатели ИПК и ПК психолого-педагогических специальностей по сравнению со студентами специальности «Социальная педагогика. Практическая психология» в целом более негативно относятся к перспективе строительства АЭС в их области, поскольку сомневаются в возможности гарантий безопасности современных технологий строительства и эксплуатации атомных электростанций, выше оценивают опасность для Беларуси возникновения нового «Чернобыля» в связи со строительством атомной электростанции. Очевидно, это объясняется возрастными и статусными различиями. Слушатели уже являются педагогами, у большинства из них свои семьи. Они помнят катастрофу на Чернобыльской АЭС, боятся ее повторения, угрозы для здоровья близких, детей;

3) в ходе проведенного исследования респондентами была дана оценка по 10-балльной системе опасности возникновения нового «Чернобыля» для Беларуси. Среднее значение составило 6,28. Опасения испытуемых связаны с сомнениями в возможности обеспечения приемлемого уровня безопасности эксплуатации АЭС. Именно этим объясняется несогласие более чем двух третей участников (67,5 %) исследования с тем, чтобы атомная электростанция была построена в их области;

4) респондентам было предложено привести свои доводы в пользу строительства АЭС в Беларуси, а также описать возможные последствия ее работы. 59,3 % участников опроса в числе положительных последствий строительства АЭС назвали: развитие экономики страны, появление энергетической независимости, возможность экспорта энергии, появление перспективных рабочих мест, снижение цен на электроэнергию, улучшение экологической ситуации за счет снижения вредных выбросов в атмосферу, развитие науки;

5) 67,0 % респондентов указали на негативные последствия строительства АЭС: возможность повторения аварии на АЭС, трудность обеспечения безопасного использования атомной энергии («человеческий фактор»), проблемы утилизации радиоактивных отходов;

6) почти все опрошенные (84,8 %) уверены, что многие белорусы уже имеют проблемы со здоровьем, связанные с радиацией;

7) студенты физических и экономических специальностей в большей степени, чем психологи, понимают необходимость строительства атомной электростанции в Беларуси, верят в возможность обеспечения приемлемого уровня безопасности современных технологий строительства и эксплуатации атомных электростанций. Будущие физики ниже, чем представители других специальностей оценивают опасность для Беларуси возникновения нового «Чернобыля» в связи со строительством атомной электростанции. Качественные различия в представлениях студентов различных специальностей, на наш взгляд, обусловлены спецификой их профессиональных знаний и интересов, сформировавшейся у них научной картиной мира;

Таким образом, по итогам проведенного исследования можно констатировать, что студенты и слушатели ИПК и ПК имеют противоречивые суждения об использовании атомной энергетики, необходимости строительства АЭС в Беларуси, отмечая очевидные выгоды от строительства атомной электростанции и указывая на возможные серьезные последствия (например, для здоровья людей). Количество респондентов, которые затруднились ответить на вопросы анкеты, варьируется от 10 до 40 % (в среднем — 27,4 %). Следовательно, необходимо проводить комплексную информационно-разъяснительную работу и, прежде всего, среди молодежи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента Республики Беларусь «О некоторых мерах по строительству атомной электростанции» от 12 ноября 2007 г. № 565 (13.11.2007) // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2007 г. № 274. 1/9085.
2. Постановление Совета Безопасности Республики Беларусь «О развитии атомной энергетики в Республике Беларусь» от 31 января 2008 г. № 1 (01.02.2008) // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 30. 7/794.
3. Лукашенко, А. Г. Впереди у Беларуси только развитие: Послание Президента белорусскому народу и Национальному собранию // «Рэспубліка», № 82 (4505) от 30 апреля 2008 года.
4. Ергулевич, Е. С. Особенности понимания белорусского народа последствий аварии на Чернобыльской АЭС / Е. С. Ергулевич // Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф: матер. VIII Междунар. конф. — Минск, 2001. — С. 87.

**СОХРАНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ
КАК ПРЕДПОСЫЛКА РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ**

Гигевич С. В.

Учреждение образования

«Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка»

г. Минск, Республика Беларусь

Семья — это важнейший институт социализации человека, институт психологической поддержки и воспитания его, воссоздания определенного образа жизни и отношений. Именно семья оказывает решающее влияние на развитие личности, закладывает фундамент важнейших человеческих качеств. Поэтому общество заинтересовано в прочной, духовно и нравственно здоровой семье.

Многие западные исследователи считают, что в современном обществе семья утрачивает свои традиционные функции, становясь институтом эмоционального контакта, своеобразным «психологическим убежищем». Отечественные ученые также подчеркивают возрастание роли эмоциональных факторов в функционировании семьи.

Современная семья является важнейшей социальной средой формирования личности и основным институтом психологической поддержки и воспитания, отвечающим не только за социальное воспроизводство населения, но и за воссоздание определенного образа жизни, образа мыслей и отношений. Важнейшей интегральной характеристикой такой семьи является ее психологическое здоровье.

Психологическое здоровье — это состояние душевного психологического благополучия семьи, обеспечивающее адекватную их жизненным условиям регуляцию поведения и деятельности всех членов семьи [5].

Цель психологического здоровья семьи — сохранение, укрепление и развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья всех членов семьи.

Психологическое здоровье семьи как многоуровневое качество ее жизнедеятельности характеризуется адекватностью протекающих в ней социально-психологических процессов, отношений, реакций, ориентации в проблемной ситуации [5].

К основным критериям психологического здоровья семьи В. С. Торохтий относит сходство семейных ценностей, функционально-ролевую согласованность, социально-ролевую адекватность в семье, эмоциональную удовлетворенность, адаптивность в микро-социальных отношениях, устремленность на семейное долголетие. Эти критерии психологического здоровья семьи создают общий психологический портрет современной семьи и характеризуют степень ее благополучия.

Отсутствие психологического здоровья семьи заключается в ее неспособности самостоятельно корректировать дезорганизирующие действия ее членов. В подобной ситуации преобладает внутрисемейный дискомфорт и частичная автономность действий ее членов по удовлетворению сугубо индивидуальных потребностей. Такие признаки относятся к психологически нездоровой семье.

Нарушение семейных отношений и отклонения в воспитании приводят к возникновению и развитию отклонений в психике детей. На сегодняшний день такое явление, как неблагополучная семья, стало весьма распространенным.

Закон Республики Беларусь «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» дает определение неблагополучной семьи. Неблагополучная семья — это семья, где несовершеннолетние члены находятся в социально опасном положении, а также семья, где родители, усыновители, опекуны или попечители несовершеннолетних не исполняют или ненадлежащим образом исполняют свои обязанности по воспитанию, обучению или содержанию несовершеннолетних, либо отрицательно влияют на их поведение, либо жестоко обращаются с ними [2, 1].

По определению В. М. Целуйко, неблагополучная семья это такая семья, в которой нарушена структура, обесцениваются или игнорируются основные семейные функции, имеются явные или скрытые дефекты воспитания, в результате чего появляются «трудные дети» [4, 9].

Всего на 1 января 2008 г. количество детей, признанных находящимися в социально-опасном положении, составило 28 670 из 15 877 семей. На 1 января 2008 г. состояло на учете 2 203 ребенка (из 1053 семей), признанных нуждающимися в государственной защите, из которых 1907 детей изъяты из родительской семьи по решению комиссий по делам несовершеннолетних [3].

К факторам, определяющим семейное неблагополучие и влияющим на рост числа неблагополучных семей, можно отнести: отсутствие или недостаток в семьях эмоционального, доверительного общения, высокий уровень конфликтности в детско-родительских отношениях, неблагоприятный психологический климат в семье, педагогическая некомпетентность родителей.

Как известно, семейные отношения являются той средой, которая детерминирует психическое развитие ребенка. Взаимоотношения в родительской семье, отношение к ребенку со стороны родителей могут формировать эффективную потребностно-мотивационную систему ребенка, позитивный взгляд на мир и на самого себя. В неблагополучных семьях те же самые факторы, но с другим психологическим содержанием могут приводить к заниженной самооценке (28,5 %), недоверию к окружающим (31,5 %) и высокой тревожности (38 %).

Тревожность является одним из наиболее распространенных нарушений поведения у детей и подростков из неблагополучной семьи. Она связана с нарушением семейных взаимоотношений. Неуверенность детей, которых отличает тревожность, приводит к резкому снижению эмоционального фона, к тенденции избегания общения. Общение таких детей носит поверхностный, формальный характер и отличается эмоциональной бедностью. Дети испытывают трудности в раскрытии себя перед другими, что приводит к утрате эмоциональности в отношении со взрослыми и сверстниками, нереализованной потребности в любви и признании, отвержению в семье.

Чем меньше ребенок, тем труднее складывается для него ситуация развития в неблагополучной семье. Она способствует появлению чувства незащитности и неуверенности в себе. В семьях с преобладанием напряжения и тревожной обстановки нарушается нормальное развитие чувств детей. Они не испытывают чувства любви к себе и у них не формируется ощущение собственной значимости, необходимости быть нужным.

Довольно часто дети, отягощенные неблагополучной обстановкой в семье, оказываются объектами нравственно-психологического давления со стороны детей из благополучных семей, что ведет к формированию у них чувства неуверенности, а нередко озлобленности и агрессивности. Они все время ждут насмешки, обмана, унижения, оскорбления со стороны окружающих людей. Защищая себя, они прячутся за стеной недоверия и погружаются в состояние одиночества и изоляции. Такие дети накапливают в себе опыт неуспеха, ошибок, поражений и постепенно начинают чувствовать себя полностью безнадежными. Некоторые подростки спасаются тем, что начинают злоупотреблять алкоголем, принимать наркотики, или как-то иначе стараются уйти от ответственности.

Эти проблемы становятся особенно актуальны в подростковом возрасте, когда в качестве основного возрастного новообразования выступает такая форма проявления самопознания, как чувство взрослости. Фактором, облегчающим этот процесс, является наличие поддержки со стороны семьи и уверенность в ее стабильности и надежности. Если семья дисфункциональна и родители не способны поддержать ребенка в построении собственной идентичности, то процесс социализации ребенка затрудняется, что может приводить к различным отклонениям в поведении [1].

Таким образом, видно, что психологическое здоровье семьи является важнейшей характеристикой межличностных отношений. Отсутствие психологического здоровья семьи приводит к нарушениям психического развития ребенка, снижению его социальной активности, а также к разного рода отклонениям в поведении и в состоянии психического здоровья. Все это оказывает серьезное влияние на дальнейшую личную и общественную жизнь ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возрастная и педагогическая психология: сб. науч. тр.: Вып. 7 / редкол. Н. Т. Ерчак [и др.]; отв. ред. О. В. Белановская. — Минск: БГПУ, 2007. — 346 с.
2. Закон Республики Беларусь «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»: Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2003 г., № 64, 2/949.
3. Положение детей в Республике Беларусь в 2008 году: национальный доклад / Национальная комиссия по правам ребенка, Министерство образования Республики Беларусь. — Минск: НИО, 2009. — 108 с.
4. Психология неблагополучной семьи: книга для педагогов и родителей / В. М. Целуйко. — М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2006. — 271 с.
5. *Мардахаев, Л. В.* Словарь по социальной педагогике: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л. В. Мардахаев. — М.: «Академия», 2002. — 386 с.

УДК 616-053.2(476)

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Глинская Т. Н., Щавелева М. В.

Государственное учреждение

«Научно-исследовательский институт медицинской экспертизы и реабилитации»

Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Дети — наиболее динамичная группа в составе населения. Полная смена когорты детей в возрасте 0–14 лет происходит каждые пятнадцать лет.

Абсолютная численность детского населения и удельный вес лиц детского возраста в популяции начали снижаться еще в конце 70-х годов прошлого века. Если численность населения в возрасте 0–15 лет (младше трудоспособного) в 1970 году составляла 2778087 человек (или 30,9 % в структуре населения), то в 1979 году — уже 2379730 человек (или 24,9 % в структуре населения), а абсолютная убыль составила 398400 человек (уменьшение на 14,3 %).

В период 1990–1995 гг. численность детского населения в возрасте 0–15 лет колебалась в пределах 2495,0–2350,0 тыс. человек, удельный вес в структуре населения составлял 24,5–23,1 %. В дальнейшем до 2008 года наблюдалось снижение численности детского населения, когда среднегодовое население в возрасте 0–15 лет составило 1538014 человек (15,9 % в структуре населения).

Темп прироста доли детского населения в возрастной структуре населения Республики Беларусь за период 1994–2008 гг. составил «минус» 7,74 %. Для сравнения, темп прироста доли населения в возрасте старше трудоспособного — 55(60) лет и старше изменялся менее значительно и составил за аналогичный период $\pm 4,71$ %.

За период 1995–2008 гг. определенные изменения произошли в состоянии показателей общей и первичной заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет. Традиционно регистрируемые уровни заболеваемости детей выше, чем аналогичные показатели взрослого населения (для уровней первичной заболеваемости, соответственно, в 2,5–3,5 раза; для показателей общей заболеваемости — в 1,5–1,8 раза). Данный факт одновременно отражает хорошую организацию профилактической и диспансерной работы среди детского населения, в том числе по проведению профилактических осмотров. По данным статистической отчетности, в 1995 г. показатели общей заболеваемости составили: детского населения — 159484,4 ‰, взрослого населения — 104086,7 ‰. Спустя 14 лет произошел рост заболеваемости во всех возрастных группах, в 2008 году те же показатели выглядели так: заболеваемость детского населения — 201588,2 ‰ (темп прироста +26,4 %); взрослого населения — 127994,2 ‰ (+23,0 %).

В 1995 году ведущими причинами общей заболеваемости у детей 0–14 лет являлись болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные болезни, болезни органов пищеварения, нервной системы и органов чувств. Суммарный вклад данных форм патологии в структуру общей заболеваемости составил 81,72 %. В 2008 году спектр лидирующих клас-

сов болезней изменился. Первую позицию сохранил класс болезней органов дыхания, третью — болезни органов пищеварения. На второе место в рейтинге наиболее значимых форм патологии вышли болезни нервной системы и органов чувств (для возможности сравнения статистических данных за 1995 и 2008 гг., учитывая переход на МКБ-Х, класс болезней нервной системы рассматривался в совокупности с классами болезней глаза и болезнью уха), на четвертое — класс травм. Названные лидирующие классы болезней составили в структуре общей заболеваемости 81,34 %.

Абсолютный прирост уровня общей заболеваемости за счет трех из перечисленных причин с положительным темпом прироста (занимающих первое, второе и четвертое место) составил по отношению к показателю 1995 г. + 43238,2 ‰, что сравнимо со значением абсолютного прироста общей заболеваемости в целом за 14 лет (+ 42103,9 ‰).

Примечательно, что среди лидирующих классов лишь один (класс болезней органов пищеварения) имел отрицательный темп прироста — «минус» 19,8 %. Значимая положительная динамика была также характерна для класса инфекционных и паразитарных болезней (темп прироста — «минус» 46,6 %); болезней эндокринной системы (темп прироста — «минус» 22,3 %), болезни системы кровообращения (темп прироста — «минус» 18,5 %). Суммарный абсолютный прирост за счет классов болезней с отрицательным темпом прироста составил «минус» 9452,2 ‰.

Кроме того, за 14 лет значимо выросли показатели общей заболеваемости для следующих классов болезней: а) психические расстройства; болезни крови; болезни мочеполовой системы; отдельные состояния, возникающие в перинатальный период (в 1,2–1,5 раза); б) новообразования; болезни костно-мышечной системы; врожденные аномалии, симптомы и признаки (в 2,0–2,5 раза). Суммарный абсолютный прирост за счет перечисленных групп классов составил по отношению к уровню 1995 г. +7635,3 ‰.

Для определения вклада в показатели общей заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет первично регистрируемых форм патологии был проведен анализ показателей первичной заболеваемости.

Установлено, что в 1995 г. среди причин первичной заболеваемости у детей в возрасте 0–14 лет лидировали болезни органов дыхания; инфекционные и паразитарные болезни; болезни нервной системы и органов чувств; травмы. Совокупный вклад названных причин в структуре первичной заболеваемости составил 87,16 %.

В 2008 году ведущие причины первичной заболеваемости были те же, изменилась лишь иерархия их расположения: болезни органов дыхания (темп прироста + 39,2 %); болезни нервной системы и органов чувств (темп прироста + 46,1 %); травмы (темп прироста + 34,7 %); инфекционные и паразитарные болезни (темп прироста «минус» 42,7 %). Лидирующие классы болезней составили в 2008 г. 88,05 % в структуре первичной заболеваемости детей. Суммарный абсолютный прирост показателя первичной заболеваемости за счет первых трех лидирующих классов болезней с положительным темпом прироста составил 38984,1 ‰, абсолютный прирост показателя первичной заболеваемости для всех классов болезней – +39397,8 ‰. Таким образом, именно данные причины (болезни органов дыхания; болезни нервной системы и органов чувств; травмы) обуславливают рост первичной и соответственно общей заболеваемости детского населения.

Отрицательный темп прироста имел место для класса болезней эндокринной системы (–55,6 %) и болезней системы кровообращения (–4,0 %), в совокупности с классом инфекционных и паразитарных болезней данные причины дали абсолютный прирост «минус» 5957,6 ‰.

По отношению к уровню 1995 г. в 2008 г. отмечен заметный рост первичной заболеваемости детей: а) психическими расстройствами, болезнями крови, болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезнями мочеполовой системы, отдельными состояниями, возникающими в перинатальный период (в 1,3–1,8 раза); б) в 2,5–2,8 раза выросла заболеваемость новообразованиями, врожденными аномалиями, а также заболеваемость, регистрируемая по классу симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния.

Практически не изменились уровни заболеваемости болезнями кожи, органов пищеварения, болезнями системы кровообращения.

Важно отметить, что влияние первичной заболеваемости на показатели общей заболеваемости детского населения наиболее значимо для таких классов болезней как инфекционные и паразитарные болезни (1995 — 89,6 %; 2008 — 96,2 %); болезни органов дыхания (96,4–96,8 %); травмы (1995 — 98,5 %; 2008 — 99,6 %); отдельные состояния, возникающие в перинатальный период (1995 — 80,5 %; 2008 — 96,5 %); болезни кожи и подкожной клетчатки (82,8–82,2 %); симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния (1995 — 61,8 %; 2008 — 59,6 %); болезни нервной системы и органов чувств (1995 — 60,8 %; 2008 — 63,1 %). Практически одинаковые показатели первичной заболеваемости и заболеваний, зарегистрированных в предыдущие годы, отмечены для следующих классов болезней: новообразования (1995 — 42,9 %; 2008 — 51,2 %); болезни крови (1995 — 44,4 %; 2008 — 52,5 %); болезни эндокринной системы (1995 — 46,7 %; 2008 — 26,7 %); болезни органов пищеварения (1995 — 41,2 %; 2008 — 51,9 %), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (1995 — 53,0 %; 2008 — 45,4 %); болезни мочеполовой системы (1995 — 43,8 %; 2008 — 28,9 %).

Преобладание заболеваний, выявленных в предыдущие годы, и незначительный вклад первично зарегистрированных заболеваний отмечен для следующих классов болезней: психические расстройства (1995— 29,6 %; 2008 — 26,7 %); болезни системы кровообращения (1995 — 29,4 %; 2008 — 34,6 %); врожденные аномалии (1995 — 19,7 %; 2008 — 23,5 %), а также для класса болезни эндокринной системы в 2008 г. (26,7 %). Роль хронической патологии в формировании общей заболеваемости данными классами болезней очевидна.

Таким образом, можно заключить, что по отношению к 1995 г. в 2008 г. на фоне снижения удельного веса детской популяции в возрасте 0–14 лет в структуре населения произошел рост общей и первичной заболеваемости детского населения преимущественно обусловленный впервые выявленными заболеваниями. Основной вклад в формирование уровней общей и первичной заболеваемости вносят болезни органов дыхания, совокупность классов болезней нервной системы и органов чувств, травмы, инфекционные паразитарные болезни, болезни кожи, болезни органов пищеварения. По отношению к 1995 г. произошло снижение регистрируемой заболеваемости (общей и первичной) инфекционными и паразитарными заболеваниями, болезнями эндокринной системы, болезнями системы кровообращения; не имеет существенной динамики заболеваемость болезнями органов пищеварения.

Тем не менее, практически целиком сменившаяся за четырнадцатилетний период популяция детского населения в возрасте 0–14 лет характеризуется более высокими уровнями заболеваемости (и первичной, и общей) по большинству классов болезней (кроме четырех названных выше форм патологии). Заболеваемость населения зависит от большого числа факторов — экологических, медицинских и медико-биологических, психологических, санитарно-эпидемиологических, социальных, экономических. Это, в свою очередь, требует дальнейшего проведения анализа возможных причин и влияющих факторов для принятия управленческих решений, направленных на оптимизацию профилактической работы не только органами здравоохранения, но и другими ведомствами при активном участии родителей и семьи каждого ребенка.

УДК 616.379-008.64:316.6

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Давыдова И. А., Русаленко М. Г.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»**

г. Гомель, Республика Беларусь

Сахарный диабет 1 типа (СД 1) является серьезным заболеванием эндокринной системы организма, связанным с абсолютной недостаточностью инсулина. Следствием хрониче-

ской гипергликемии является декомпенсация заболевания и развитие ряда тяжелых осложнений. Этот факт обуславливает необходимость активного участия самого пациента в процессе лечения для предупреждения этих осложнений. Изменение привычного образа жизни, питания, распорядка дня является сильным стрессогенным фактором, который оказывает непосредственное влияние на качество жизни пациентов, а угроза возникновения тяжелых осложнений заболевания усугубляет действие этого фактора.

Исследование качества жизни помогает определить не только общие закономерности субъективной оценки различных сфер своей жизни пациентом, но и ряд индивидуальных характеристик, которые помогают при разработке программ психологического сопровождения. Качество жизни — субъективная оценка благополучия, основанная на воспринимаемом различии между действительным и желаемым состоянием жизни. Особого рассмотрения заслуживают факторы, которые взаимосвязаны с качеством жизни, могут влиять на него. Исследование психологических особенностей пациентов СД 1 представляет особую важность в организации и реализации медико-психологической помощи в современной диабетологии ввиду актуальности до сих пор вопроса отсутствия целевых уровней компенсации заболевания у данной группы пациентов.

Цель исследования

Изучить уровень КЖ и выраженность депрессивных симптомов у пациентов с СД 1. Было проведено обследование с участием 53 пациентов с СД 1 (27 женщин и 26 мужчин) в возрасте от 20 до 54 лет (средний возраст составил $33,6 \pm 8,7$ лет), находящихся на стационарном лечении в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Группа контроля включала 35 человек (17 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 22 до 50 лет (средний возраст $34,8 \pm 6,5$ лет). Исследование КЖ проводилось при помощи опросника SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health-Survey, автор J. E. Ware, США, 1993), выраженность депрессивных симптомов — при помощи шкалы депрессии Бека.

По итогам диагностики при помощи опросника SF-36 у пациентов с СД 1 в целом были получены следующие данные: GH — 45 %, PF — 82 %, RP — 40 %, RE — 50 %, SF — 49 %, BP — 58 %, VT — 53 %, MH — 58 %. Они наглядно демонстрируют тот факт, что для пациентов с СД 1 характерно снижение следующих показателей КЖ:

- Общего состояния здоровья. Этот показатель основан на субъективном отношении к своему здоровью и готовности приложить собственные усилия для его улучшения.
- Влияния физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).
- Ролевого эмоционального функционирования. Это говорит о наличии определенных проблем в эмоциональной сфере пациентов, неумении управлять своим эмоциональным состоянием.
- Социального функционирования. Как правило, ограничения в социальном функционировании связаны с ощущением собственной неполноценности, недостаточном уровне самопринятия, социальными страхами.

В таблице 1 представлены значения шкал SF-36 пациентов с СД 1 и группы сравнения.

Таблица 1 — Показатели КЖ пациентов с СД 1 и контрольной группы по данным SF-36 (Me (Q₂₅; Q₇₅))

Шкалы	Группа контроля	Пациенты с СД1	p
GH	50,0 (50,0; 75,0)	40,0 (25,0; 77,0)	0,072
PF	95,0 (80,0; 100,0)	82,0 (75,0; 95,0)	0,060
RP	75,0 (25,0; 100,0)	40,0 (0; 75,0)	0,009
RE	67,0 (33,0; 100,0)	50,0 (34,0; 100,0)	0,025
SF	50,0 (38,0; 50,0)	49,0 (38,0; 51,0)	0,101
BP	23,0 (0; 43,0)	58,0 (41,0; 84,0)	0,003
VT	56,0 (50,0; 69,0)	53,0 (45,0; 70,0)	0,077
MH	58,0 (50,0; 65,0)	58,0 (44,0; 76,0)	0,093

Как видно из таблицы 1, у пациентов с СД 1 и группы контроля есть значимые различия отдельных показателей КЖ:

RP — отражает тот факт, что пациенты с СД 1 по сравнению с группой контроля испытывают больше трудностей при выполнении будничной деятельности.

RE — указывает на большую выраженность трудностей в эмоциональной сфере.

BP — свидетельствует о том, что телесная боль во многом лимитирует возможности полноценного функционирования пациентов с СД 1.

Ввиду интереса особенностей изменений КЖ в зависимости от уровня компенсации заболевания проанализированы показатели КЖ обследованных в зависимости от уровня HbA_{1c} (<7 и ≥7 %). Сравнительная характеристика полученных результатов представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Показатели КЖ пациентов с СД 1 в зависимости от уровня компенсации заболевания по данным SF-36 (Me (Q₂₅; Q₇₅))

Показатели шкал %	HbA _{1c} меньше 7 %	HbA _{1c} 7 % и больше	t-знач.	p
GH	52,0 (50,0; 77,0)	30,0 (25,0; 41,0)	1,600	0,130
PF	85,0 (80,0; 95,0)	87,5 (75,0; 92,5)	0,740	0,470
RP	75,0 (50,0; 100,0)	25,0 (0; 37,5)	2,220	0,040
RE	100,0 (67,0; 100,0)	67,0 (34,0; 67,0)	2,270	0,040
SF	50,0 (50,0; 50,0)	50,0 (38,0; 50,0)	0,430	0,670
BP	62,0 (41,0; 84,0)	46,5 (36,5; 77,0)	0,830	0,420
VT	60,0 (50,0; 75,0)	50,0 (42,5; 55,0)	1,250	0,230
MH	76,0 (68,0; 88,0)	50,0 (40,0; 62,0)	2,290	0,040

Как видно из таблицы 2, имеются статистически значимые различия между значениями КЖ пациентов в зависимости от уровня HbA_{1c} по шкалам: RP, RE, MH, что свидетельствует о том, что субъективная оценка КЖ у компенсированных пациентов выше, чем у пациентов не достигших компенсации.

Шкала депрессии Бека включала оценку выраженности депрессивного состояния по нескольким уровням: отсутствие депрессивных симптомов (ОД), легкая депрессия или субдепрессия (ЛД), умеренная депрессия (УД), выраженная депрессия или депрессия средней тяжести (ВД), тяжелая депрессия (ТД). Все полученные данные были систематизированы, и на их основе были определены частоты встречаемости каждого уровня выраженности депрессии. Результаты выраженности депрессивных симптомов в группе контроля распределились следующим образом: ОД — 51 %, ЛД — 34 %, УД — 13 %, ВД — 2 %, ТД — 0 %. По результатам диагностики пациентов с СД 1: ОД — 47 %, ЛД — 9 %, УД — 6 %, ВД — 38 %, ТД — 0 %.

Для 47 % пациентов характерно отсутствие выраженных депрессивных симптомов. 38 % среди обследованных составляют пациенты с симптомами выраженной депрессии. Для данной категории больных СД 1 характерно пессимистическое отношение к будущему, усталость, эмоциональная истощенность.

Следовательно, при работе с данной категорией больных необходимо соблюдать особую тактичность и корректность, предоставлять возможность самовыражаться через творческие виды деятельности, а также использовать в коррекционной работе различные техники улучшения эмоционального состояния пациента. Для лечащего врача представляет особую ценность во взаимоотношении с больными СД 1 аккуратность и доброжелательность при общении, внушение возможностей расширения перспектив по улучшению состояния здоровья и повышению эффективности лечения.

Помимо этого в нашем исследовании была выявлена статистически значимая обратная связь выраженности депрессивных симптомов с общим состоянием здоровья (GH) ($r = -0,54$; $p < 0,03$), что указывает на тот факт, что, чем меньше выраженность депрессивных симптомов у пациентов с СД 1, тем выше уровень их субъективной оценки состояния собственного здоровья и перспектив лечения, и наоборот, чем ниже оценка состояния собственного здоровья, тем чаще проявление депрессивных симптомов. Данная взаимосвязь констатирует важный факт для лечащего врача: чем выше понимание перспективы лечения и проявление желания по улучшению состояния собственного здоровья показывает пациент с СД 1, тем ниже вероятность возникновения у него депрессии.

Посредством регрессионного анализа можно прогнозировать значение показателя GH для пациентов с отсутствием депрессии. В нашем исследовании он равен 50 % ($b = -1,03$; $p < 0,03$), из чего следует, что пациенты с уровнем GH меньше 50 % склонны впасть в депрессивное состояние. При этом их состояние будет тем тяжелее, чем ниже показатель GH, отражающий субъективную оценку состояния собственного здоровья и имеющихся перспектив лечения заболевания.

При анализе выраженности депрессивных симптомов в зависимости от уровня компенсации заболевания были получены следующие результаты: при уровне HbA_{1c} меньше 7 % Me = 11,3 (Q₂₅ = 8,1; Q₇₅ = 11,3), при уровне HbA_{1c} 7 % и больше Me = 21,8 (Q₂₅ = 11,3; Q₇₅ = 45,2). Таким образом, степень выраженности депрессивных симптомов у компенсированных пациентов несколько ниже, чем у пациентов, не достигших компенсации, хотя статистически значимых отличий выявлено не было ($t = -2,053$; $p = 0,057$).

Таким образом, проведенное исследование выявило у пациентов с СД 1 значительное снижение таких показателей КЖ, как общее состояние здоровья, ролевое физическое и эмоциональное функционирование, социальное функционирование. Также были выявлены статистически значимые различия КЖ в зависимости от уровня компенсации заболевания: у компенсированных пациентов выше показатели психического здоровья, ролевого физического и эмоционального функционирования. Симптомы выраженной депрессии были диагностированы у 37,5 % обследованных, это говорит о неблагоприятном эмоциональном состоянии пациентов с СД. Также в ходе исследования выявлена отрицательная корреляция между показателем общего состояния здоровья и выраженностью депрессивных симптомов, что говорит о связи между субъективной оценкой состояния собственного здоровья и перспектив лечения заболевания с уровнем депрессии.

УДК 316.614:37.015.3:159.922.73

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ И МЕТОДЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ ШКОЛЕ

Давыдок А. М., Тарантаева Г. М.

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

Условия организации образовательного процесса в современной школе предполагают срок начала обучения с 6-летнего возраста. Вопросам адаптации 6-летних детей к систематическому обучению в школе посвящено значительное число исследований, однако социально-психологический аспект этой проблемы изучен недостаточно. Не оставляет сомнения, что успешность приспособления 6-летних учащихся к школьной среде зависит от уровня физического и нервно-психического развития детей, условно называемого «школьной зрелостью». Известно, что физиологическая и психологическая незавершенность развития в 6-летнем возрасте лежит в основе многих нарушений адаптации, в том числе и социально-психологической. Кроме того, психические механизмы адаптации не у всех детей формируются в соответствии с хронологическим возрастом [1, 3].

Адаптация к школе — довольно длительный процесс, связанный со значительным напряжением всех систем организма и предъявляющий повышенные требования к центральной нервной системе, которая является ведущей, в процессе обучения и воспитания. В процессе адаптации формируются специфические и неспецифические защитные механизмы, определяющие во многом резистентность организма ребенка к различным неблагоприятным воздействиям окружающей среды. Уровень адаптации во многом обусловлен состоянием здоровья ребенка и, в первую очередь, его нервно-психическим здоровьем.

Отдельные исследователи утверждают, что социально-психологическая дезадаптация проявляется в младшем школьном возрасте в 37 % случаев. Степень дезадаптации различна:

от проблемности до конфликтности и социо-культурной запущенности. Проявления дезадаптации также различны, они могут быть выявлены по объективным и внешне выраженным показателям: социометрическим статусом, нежеланием или неумением общаться, проявлением неуверенного или агрессивного поведения; по субъективным переживаниям: неудовлетворенности, тревожности, враждебности [2, 3].

Настоящие исследования выполнены в условиях естественного физиолого-гигиенического эксперимента. Исследования проводились в 3 параллельных первых классах начальной школы. Под наблюдением в течение учебного года находилось 72 учащихся.

Изучалось состояние здоровья первоклассников, функциональное состояние центральной нервной системы, дневная и недельная динамика умственной работоспособности методом «дозированной работы во времени» при помощи фигурных корректурных таблиц. Определялась биологическая и морфо-функциональная зрелость организма. Программа исследований включала анализ расписания занятий, режима дня школьников, тестирование детей и анкетирование родителей. Изучен и обобщен опыт психолого-педагогической коррекции адаптационного статуса 6-летних первоклассников.

В результате оценки социально-психологической адаптации в конце первой учебной четверти при помощи методики Э. М. Александровской (1983) выявлено, что у 87,5 % школьников показатели социального, психологического, интеллектуального развития соответствовали оптимальной адаптированности к требованиям учебно-воспитательного процесса. Уровень адаптации у 12,5 % школьников (8 мальчиков и 1 девочка) — неблагоприятный, указывал на неполную социально-психологическую адаптацию и дезадаптацию к систематическому обучению в школе. Низкий уровень развития когнитивных функций, неустойчивые формы отношений со сверстниками и взрослыми, эмоциональная неустойчивость, неуверенность в своих действиях осложняли процесс адаптации к требованиям школы. Функциональные физиологические параметры «школьной зрелости» также были на низком уровне. У большинства функционально «незрелых» детей биологический возраст отставал от паспортного, наблюдалась задержка развития мелкой моторики и связанных с ней навыков, были низкие показатели непосредственного объема слуховой и зрительной памяти, трудности в усвоении сенсорного учебного материала на уроках чтения, письма, математики. У всех детей с нарушением адаптации выявлены функциональные и хронические отклонения в состоянии здоровья, представленные гипертрофией небных миндалин, хроническим тонзиллитом, аденоидными вегетациями, нарушением речи, негармоничным физическим развитием.

Алгоритм психолого-педагогического сопровождения дальнейшего процесса адаптации включал: приглашение родителей на консультацию; разработку индивидуальных рекомендаций по организации режима дня школьника с достаточной продолжительностью ночного сна, прогулками на свежем воздухе, организацией совместного с родителями отдыха, созданием доброжелательной обстановки в домашней среде. В школе психологом разработан и проводился коррекционный курс занятий, включающий «адаптационный классный час», развивающие игры, побуждающие развитие познавательного интереса, внимания, памяти, речи. Особое место занимали целенаправленные занятия для развития учебно-познавательной мотивации на фоне сохранения психического здоровья и эмоционального благополучия.

Уровень адаптации учащихся данной выборки не зависел от интенсивности учебной нагрузки, что указывает на возможное влияние других, более значимых факторов, формирующих дезадаптацию. В ходе дальнейших психолого-педагогических коррекционных действий к группе «трудно адаптированных» детей присоединились еще двое школьников с возникшими трудностями адаптации в более поздние сроки обучения и требующие к себе повышенного внимания педагогов и психолога. Цели и реализующие задачи дальнейших психологических занятий по коррекции адаптации были направлены на развитие у детей когнитивных умений и способностей, социальных и коммуникативных умений, необходимых для установления межличностных отношений со сверстниками и соответствующих ролевых отношений с педагогами. Большое значение придавалось формированию устойчивой учебной мотивации на фоне позитивной «Я-концепции», создающей условия и ситуацию положительного эмоционального

принятия сверстников. Использовались методы и приемы: игры-коммуникации, развивающие игры, игры-релаксации, музыка, сказки, рисование, рефлексия.

Длительная целенаправленная коррекция адаптационного статуса первоклассников, поступивших в школу в 6 лет с недостаточным уровнем «школьной зрелости», способствовала интеллектуальному, социальному, эмоциональному развитию школьников и позволила во втором полугодии учебного года в 90,1 % случаев избежать негативных установок к дальнейшему обучению, безболезненно включиться в учебно-воспитательный процесс. Адаптация к учебной деятельности у одного ребенка не имела отчетливой положительной динамики, во время коррекционных занятий преобладала игровая мотивация, в ситуации «преодоление трудностей» возникала депрессивность. Сложность коррекционно-педагогической работы с детьми заключалась в частом пропуске учебных и коррекционных занятий из-за острой заболеваемости и по другим причинам.

Полученные результаты позволяют говорить о том, что благоприятная социально-психологическая адаптация учащихся 6-летнего возраста к учебному процессу предполагает физическую, психологическую, социальную и личностную готовность к обучению. Трудности социально-психологической адаптации школьников 6-летнего возраста связаны с «незрелостью» школьно-значимых функций и состоянием здоровья. Диагностику нервно-психического развития детей и определение степени функциональной и физиологической готовности к систематическому обучению могут проводить педиатры совместно с психологами и социальными педагогами до начала обучения в школе. Индивидуальную программу лечебно-оздоровительных и корригирующих мероприятий рекомендуется начинать за год до поступления в школу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровская, Э. М. Критерии социально-психологической адаптации детей к школе / Э. М. Александровская // Проблемы адаптации в гигиене детей и подростков: сб. науч. тр. — М., 1983. — С. 32–39.
2. Антипенко, А. Я. Интеллектуальная готовность шестилетнего ребенка к школе / А. Я. Антипенко // Пачатковая школа. — 1992. — № 4. — С. 23–29.
3. Александрова, Л. В. Проблемы и пути совершенствования медико-психологической и социальной помощи детям в современных условиях / Л. В. Александрова // Актуальные вопросы психогигиены и охраны психического здоровья детей и подростков: матер. Всерос. науч.-практ. конф. с Международным участием. — М., 2007. — С. 32–33.

УДК 159.922.1:618.2/3

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ И САМООТНОШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Деркачёва Е. В., Короткевич О. А.

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

Проблема материнства и, в частности, такого важного этапа подготовки к материнству, как беременность в научной психологической литературе представлена не достаточно полно. Внимание ей стало уделяться только в последнее десятилетие. Изучение готовности к материнству в последние годы ведется в различных научных направлениях. Социологический аспект связан с изучением позднего материнства и материнства несовершеннолетних; исследованием факторов риска психической патологии ребенка в связи с социальными и психическими аномалиями матерей (В. И. Брутман и др.). Психологический аспект — с исследованием значимых личностных характеристик будущей матери, факторов, влияющих на материнское поведение.

Как указывает С. Ю. Мещерякова, при всем разнообразии подходов при изучении материнства систематического исследования связи готовности к материнству, реального материнского поведения, отношения матери к себе во время беременности и развития ребенка не проводилось [1, 18].

Актуальность изучения психологической готовности к материнству продиктована противоречием между остротой демографических проблем, связанных с падением рождаемости, огромным числом распадающихся семей и увеличением числа детей-сирот при живых родителях, с ростом числа случаев жестокого обращения с детьми и не достаточной разработанностью эффективных методов социальной и психологической помощи семье.

Брутман В. И. рассматривает готовность к материнству как способность матери обеспечивать адекватные условия для развития ребенка, проявляющаяся в определенном типе отношения матери к ребенку. Тип материнского отношения, соответствующий готовности или неготовности к материнству, автор связывает с ценностью ребенка для матери.

На сформированность готовности к материнству может повлиять отношение женщины к самой себе как к будущей матери и в целом как к женщине. Можно предположить, что женщина, которая негативно относится к себе, в будущем и к своему ребенку будет относиться также негативно. Филиппова Г. Г. сделала вывод о том, что неготовность принятия материнской роли ведет к наличию внутреннего конфликта, показателями которого являются конфликтный и тревожный образ будущего ребенка, объектное отношение к ребенку со стороны матери, отсутствие эмоционального принятия себя как матери, недостаточное принятие себя, отсутствие любви к себе и самоуважения [2, 7]. Таким образом, мы можем отметить, что в данном случае речь идет о самоотношении будущей матери. Самоотношение — термин, используемый для обозначения специфики отношения личности к собственному «Я».

Нами было проведено исследование, целью которого являлось выявление и изучение взаимосвязи психологической готовности к материнству и самоотношения у беременных женщин. Выборку составили 32 беременные женщины в возрасте от 20 до 37 лет, проживающие в г. Гомеле. 75 % опрошенных женщин состоят в браке, стаж которого от 1 года до 8 лет. У 72 % испытуемых беременность была запланированной. Подавляющее большинство женщин (83 %) ожидали первого ребенка.

Психологическая готовность к материнству изучалась путем анализа составляющих ее основных компонентов: потребностно-мотивационного блока, включающего потребностно-эмоциональный и ценностно-смысловой компоненты; когнитивно-операционного блока и блока социально-личностной готовности к материнству. В качестве основного исследовательского метода была применена специально разработанная анкета, содержащая три блока вопросов, которые позволили выявить степень ценности ребенка для женщины, тип материнского отношения к ребенку, уровень знаний женщин о развитии и воспитании детей. Для определения особенностей самоотношения была использована «Методика исследования самоотношения» (МИС, Р. С. Пантелеева). Текст опросника позволяет выявить такие аспекты самоотношения, как открытость, самоуверенность, саморуководство, «зеркальное Я», самоценность, самопринятие, самопривязанность, внутренняя конфликтность и самообвинение. При применении корреляционного метода значения шкал МИС определяют три независимых фактора: самоуважение, аутосимпатия, внутренняя неустроенность.

В ходе исследования мы получили данные, свидетельствующие о том, что у опрошенных женщин только социально-личностный компонент характеризуется высоким уровнем готовности к материнству.

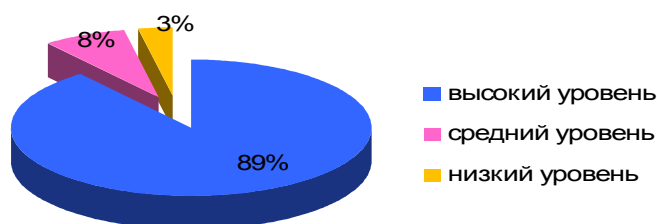


Рисунок 1 — Показатели социально-личностного блока психологической готовности к материнству

Для большинства опрошенных женщин характерен средний уровень развития потребностно-мотивационного блока готовности к материнству (70 %).

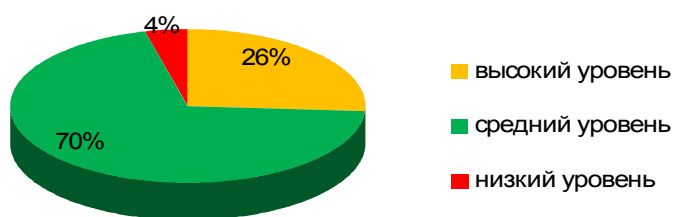


Рисунок 2 — Показатели потребностно-мотивационного блока психологической готовности к материнству.

Показатели развития показателей когнитивно-операционного блока психологической готовности к материнству у большинства беременных находятся на среднем уровне (52 %).

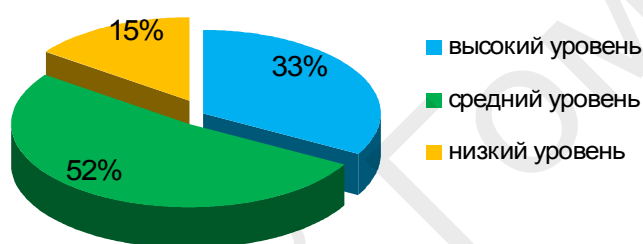


Рисунок 3 — Показатели когнитивно-операционного блока психологической готовности к материнству

Результаты исследования самоотношения свидетельствуют о позитивности самоотношения и адекватности самооценки опрошенных беременных женщин (таблица 1).

Таблица 1 — Сводная таблица данных по МИС

Название шкалы	Показатели, %		
	низкие	средние	высокие
«Внутренняя честность»	3	87,5	9,5
«Самоуверенность»	3	90	7
«Саморуководство»	6	59	35
«Зеркальное Я»	12,5	71,5	16
«Самоценность»	—	62	38
«Самопринятие»	—	78	22
«Самопривязанность»	3	78,5	18,5
«Внутренняя конфликтность»	31,5	65,5	3
«Самообвинение»	41	50	9

Применив метод ранговой корреляции Спирмена, мы доказали наличие взаимосвязи между психологической готовностью к материнству и таким компонентом самоотношения как самоуважение. Причем между потребностно-мотивационным компонентом психологической готовности к материнству и самоуважением выявлена отрицательная корреляция, что означает, что чем выше уровень самоуважения, тем ниже уровень потребностно-мотивационной готовности к материнству, и наоборот, чем выше уровень потребностно-мотивационной готовности к материнству, тем ниже уровень самоуважения. Между когнитивно-операционным компонентом психологической готовности к материнству и самоуважением и между социально-личностным компонентом психологической готовности к материнству и самоуважением выявлена положительная корреляция, а это значит, что при высоком уровне развития когнитивно-операционной готовности к материнству для женщин характерен высокий уровень самоуважения; и чем выше уровень социально-личностной готовности к материнству, тем выше уровень самоуважения.

Изучение самоотношения и психологической готовности к материнству, разработка методов исследования в данной области позволяет выявлять их специфические особенности у беременных женщин. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о необходимости проведения психологического просвещения молодежи с целью подготовки к выполнению в будущем родительских функций, профилактики прерывания беременности, социального сиротства, девиантного материнства. Практическая значимость результатов исследования включает также возможность разработки на их основе психопросветительских и консультативных мероприятий для беременных женщин, оказания им своевременной психологической помощи и осуществления их психологического сопровождения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мещерякова, С. Ю. Психологическая готовность к материнству / С. Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. — 2002. — № 5. — С. 18–27.
2. Филиппова, Г. Г. Ребенок для родителей и родители для ребенка / Г. Г. Филиппова // Семья и школа. — 2003. — № 2. — С. 7–9.

УДК 343.851.5:613.8

ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ КАК ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТЕЙ

Донченко Д. О.

**Учреждение образования
«Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка»
г. Минск, Республика Беларусь**

Наиболее распространенным видом девиации у современных подростков является аддиктивное (зависимое) поведение личности, которое представляет собой серьезную социальную проблему, поскольку в выраженной форме может иметь такие негативные последствия, как, например, конфликты с окружающими, совершение преступлений и таким образом затрагивает область проблем социально-правового характера.

Многие авторы, изучающие причины употребления психоактивных веществ, приходят к выводу о том, что зависимое поведение тесно связано с жизненными стрессовыми событиями.

Современные научные исследования доказывают, что формирование аддиктивного поведения у подростков часто возникает в связи с недостаточным развитием у них личностных и средовых ресурсов, отсутствием активной поведенческой стратегии.

Один из дефектов социализации личности проявляется в отсутствии компетентного подхода при решении проблем социально-правовой направленности. Причина — недостаток положительного опыта в сфере социально-правовых отношений у детей либо негативный опыт в данной области, который приобретает ребенок при взаимодействии с микросоциумом.

Следовательно, одной из задач первичной профилактики аддиктивного поведения является развитие ресурсов подростков: формирование у них социальной компетентности, умения принимать на себя ответственность за свою жизнь.

Создание условий для приобретения несовершеннолетними самостоятельного положительного опыта в сфере социально-правовых отношений возможно в рамках организации образовательного процесса на основе компетентного подхода, который предполагает усиление практической направленности образования, смещение акцента с принципа адаптивности на принцип компетентности.

Компетентность, по мнению ученых, включает в себя опыт самостоятельной деятельности, личную ответственность обучающегося, а также знания, умения и навыки.

Социальная компетентность личности формируется в ходе активной поведенческой стратегии, при которой человек старается использовать все имеющиеся у него личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы.

Профилактика девиаций, связанных с аддиктивным поведением, предполагает формирование у подростков социально-правовой компетентности как одной из разновидностей социальной компетентности.

Социально-правовую компетентность человека можно рассматривать как способность применять правовые знания для решения практических задач в вопросах, в которых он достаточно сведущ, располагает необходимой информацией и практическим опытом.

Общим в подходах к ее определению является то, что социально-правовая компетентность проявляется в способности решать социально-правовые проблемы, знание того, *что и как* делать, наличие опыта в решении правовых задач.

Структура социально-правовой компетентности, по мнению ученых, является совокупностью трех составляющих: правовых знаний (когнитивный компонент), законопослушной позиции (мотивационный компонент) и социально-правового опыта (деятельностный компонент) личности.

Когнитивный компонент предполагает, что одним из направлений по формированию социально-правовой компетентности является усвоение подростками соответствующих знаний о психоактивных веществах, их воздействии на организм и психику человека и механизмах формирования заболеваний, связанных со злоупотреблением химических веществ.

Наличие опыта у учащегося указывает, что он знает, как взаимодействовать с нормами права, умеет с ними взаимодействовать, у него выработалось определенное отношение к данному объекту, с которым протекало взаимодействие, т. е. субъект знает, как к этим социально-правовым нормам относиться.

В то же время успешное преодоление стрессовых ситуаций, недопущение ухода от реальности к зависимым формам поведения, на наш взгляд, невозможно без развития у несовершеннолетних способности осознавать свои истинные намерения, соединять их со схемой поведения в соответствии с правовыми нормами общества и неизбежными последствиями своих поступков. То есть должна быть настроенность не только на решение социально-правовой проблемы, но и на процесс понимания источников проблем.

Другими словами, этапу поиска решений должен предшествовать этап, ориентированный на понимание причин собственного поведения.

Этот этап предполагает изучение конкретной ситуации, которое оказывается более эффективным и действенным, чем применение готовых сценариев. То, что сработало в одной ситуации, может в следующий раз не сработать. Способы разрешения социально-правовых конфликтных ситуаций при столкновении с противоречиями действительности могут варьироваться, но, процесс достижения цели остается одинаковым для каждого случая. Потому процесс достижения цели через изучение причин проблемы помогает понять, почему все обстоит так, а не иначе и что лично нам мешает добиться желаемого результата.

Изучение требует открытого подхода к решению проблемы, а не самозащиты, применения защитных схем, уводящих от решения проблемы, поскольку они направлены на то, чтобы избежать личной ответственности за чувства, поведение и вытекающие из них последствия.

Цель изучения — не поиск решений проблем или обязательство изменить свое поведение, а новое понимание, которое придает поведению уверенность.

Таким образом, воспитательные задачи по первичной профилактике зависимостей предполагают усилия, направленные на формирование социально-правовой компетентности несовершеннолетних, что включает в себя:

1) усвоение подростками соответствующих знаний о психоактивных веществах, их воздействии на организм и психику человека и механизмах формирования заболеваний, связанных со злоупотреблением химических веществ;

2) приобретение несовершеннолетними успешного опыта разрешения социально-правовых проблем;

3) побуждение учащихся к поиску источника, причины проблемы, взятие ответственности за принятие решений, мужества не отгораживаться своим поведением от решения проблем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев, А. А. Воспитание социальной компетентности у детей, оставшихся без попечения родителей, в условиях детского дома: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / А. А. Гусев. — Екатеринбург, 2003. — 152 с.
2. Зарипова, Е. И. Становление социальной компетентности школьника в условиях региональной образовательной среды: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Е. И. Зарипова. — Омск, 2005. — 215 с.
3. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике / Н. А. Сирота [и др.]. — М.: Генезис, 2001. — 216 с.

УДК 316.614:378.178-057.875

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРОЦЕСС АДАПТАЦИИ ПЕРВОКУРСНИКОВ К ВУЗОВСКОЙ СРЕДЕ

Задорожнюк Т. О., Задорожнюк С. А.

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

Введение

В период адаптации первокурсникам приходится сталкиваться с огромным количеством новой информации, новыми требованиями, формировать навыки по выполнению правил внутреннего распорядка вуза, навыки самостоятельной работы [1], а также активно налаживать межличностные отношения с однокурсниками. Это во многом зависит от мотивов поступления в вуз, ценностных ориентаций студентов.

Цель исследования

Изучить мотивацию поступления, ценностные ориентации и ведущие потребности студентов-первокурсников в период адаптации к вузовской среде для возможной оптимизации процесса адаптации.

Материалы и методы исследования

В исследовании участвовали 85 студентов-первокурсников экономического факультета, обучающихся по специальностям: экономика и управление на предприятии, бухгалтерский учет, анализ и аудит в банках, коммерческих и некоммерческих организациях, мировая экономика, в возрасте 16–19 лет. Из них только 14 % респондентов достигли совершеннолетия. 86 % студентов-экономистов — девушки, а 14 % — юноши. Исследование проводилось с помощью опросника.

Результаты и обсуждение

Результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1 —

Вопросы	Экономика и управление на предприятии	Бух. учет, анализ и аудит в банках	Бух. учет, анализ и аудит в коммерческих и некоммерческих организациях	Мировая экономика	Среднее арифметическое
А. Чем вы руководствовались, поступая в наш вуз?					
1) Желанием приобрести избранную профессию	50 %	62 %	35 %	48 %	48 %
2) Престижностью вуза	19 %	29 %	13 %	24 %	21 %
3) Престижностью избранной профессии	19 %	14 %	—	28 %	15 %
4) Желанием родителей	—	5 %	13 %	4 %	6 %
5) Возможностью хорошо зарабатывать после окончания вуза	13%	43 %	9 %	24 %	22 %
6) Возможностью получить знания по экономике и быть успешным в будущем	67 %	29 %	83 %	60 %	60 %
7) Другое (напишите)	Экономическое образование нужно везде				

Окончание таблицы 1

Вопросы	Экономика и управление на предприятии	Бух. учет, анализ и аудит в банках	Бух. учет, анализ и аудит в коммерческих и некоммерческих организациях	Мировая экономика	Среднее арифметическое
Б. В чьем совете, поддержке и помощи вы нуждаетесь в настоящее время?					
1) деканата	—	5 %	4 %	—	2 %
2) преподавателей	31 %	48 %	30 %	36 %	36 %
3) куратора	—	—	—	4 %	1 %
4) однокурсников	19 %	29 %	13 %	32 %	24 %
5) родителей	50 %	52 %	65 %	28 %	48 %
6) друзей	56 %	67 %	48 %	44 %	53 %
7) другое (допишите)	Никого — 25 %	Никого — 10 % Интернета — 5 %		Никого — 16 %	Никого — 12 %
В. В системе человеческих потребностей какие для вас самые важные сейчас?					
1) потребность в знаниях	50 %	57 %	52 %	56 %	54 %
2) потребность в творчестве	25 %	14 %	13 %	36 %	22 %
3) потребность в признании, уважении со стороны окружающих	50 %	24 %	22 %	40 %	33 %
4) потребность в реализации себя как личности	69 %	29 %	87 %	72 %	65 %
5) нравственная потребность (в доброте, сострадании и т. д.)	13 %	14 %	26 %	16 %	18 %
6) другое	Свободное время — 6 %		Отдых — 9 % Еда — 4 %		
Г. Какие из нижеперечисленных ценностей наиболее важны для вас? (не больше 5 вариантов)					
1) интересная работа	44 %	76 %	70 %	52 %	61 %
2) выгодные знакомства, полезные связи	25 %	19 %	4 %	44 %	24 %
3) карьера	38 %	43 %	48 %	60 %	48 %
4) деньги, богатство	13 %	33 %	13 %	36 %	25 %
5) высокий уровень образования	56 %	43 %	48 %	48 %	48 %
6) духовность, самосовершенствование	31 %	10 %	13 %	24 %	19 %
7) интересный досуг, путешествия	25 %	57 %	39 %	48 %	44 %
8) любовь, дружба	88 %	90 %	65 %	72 %	78 %
9) здоровье	56 %	67 %	83 %	52 %	65 %
10) спокойная стабильная жизнь	25 %	24 %	35 %	20 %	26 %
11) развлечения, получение удовольствий	19 %	38 %	35 %	16 %	27 %
12) другое	Творческое развитие — 6 %				
Всего студентов по данной специальности, %	16 100 %	21 100 %	23 100 %	25 100 %	Всего человек 85 100 %

Оказалось, что приобретение высшего образования для большинства первокурсников — это возможность получить знания по экономике и быть успешными в будущем (60 %), а также реализация желания получить профессию экономиста (48 %) и возможность хорошо зарабатывать (22 %). Для 21 % респондентов поступление в ГГУ обусловлено престижностью вуза, и для 15 % — престижностью профессии.

В системе ценностей наиболее важными для студентов-первокурсников являются дружба и любовь (особенность юношеского возраста). Это отметили 78 % опрошенных. Здоровье — 65 %, интересная работа — 61 %, карьера — 48 %, интересный досуг и путешествия — 44 %. Для 27 % также важны развлечения и получение удовольствия, для 26 % — спокойная стабильная жизнь.

В иерархии потребностей самыми важными оказались: потребность в реализации себя как личности (65 %), потребность в знаниях (54 %), потребность в признании, уважении со стороны окружающих (33 %), в творчестве (22 %).

Вывод

Большинство студентов мотивированы на получение знаний и приобретение профессии. В иерархии потребностей самые важные для них сейчас — потребность в реализации себя как личности и потребность в знаниях. В системе ценностей в числе значимых у большинства — интересная работа. Эти факторы будут способствовать процессу адаптации к новым условиям вуза. Однако большинство опрошенных первокурсников еще дети. Только 14 % респондентов достигли совершеннолетия. Они нуждаются в поддержке и помощи друзей и одноклассников, родителей и преподавателей. Необходимо также обратить внимание на студентов, которые поступили в вуз по желанию родителей и ради престижа для развития у них достаточно высокой учебной мотивации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сереброва, Т. Е. Психолого-педагогические особенности воспитания студенческой молодежи / Т. Е. Сереброва, С. А. Задорожнюк. — Гомель: ГГМУ, 2008. — 48 с.

УДК 378.187:378.172-057.875-055.2:378.661

ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Карташева Н. В., Мамчиц Л. П., Дорофеева С. М.

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

Профессиональное обучение в медицинском вузе сопровождается сенсорными нагрузками, дефицитом времени, это требует от молодого организма хорошего здоровья. Результаты социологических опросов свидетельствуют о наличии у студентов психоэмоциональной напряженности. Состояния тревожности по дефициту времени являются факторами риска нарушения здоровья. Движения и упражнения студенты рассматривают как возможность укрепить свое здоровье, снять напряжение. Двигательная активность, физическое развитие рассматриваются как основа накопления резерва здоровья. Физическое и соматическое здоровье генетически взаимообусловлены. Изучение, анализ образа жизни студенческой молодежи необходимы для эффективной коррекции потенциала здоровья. Диспансеризация как комплекс профилактических мер является приоритетным направлением в Республике Беларусь. Основной целитель — здоровый образ жизни. Актуальность и значимость проблемы была обозначена в государственной программе по формированию здоровья и образа жизни населения Беларуси. Молодежь создает свою модель здоровья, формирует личностные качества, поведенческие реакции и поступки [1, 2, 3].

Методы исследования включали: анализ научно-методической литературы по изучаемому вопросу; анкетирование; соматометрию; физиометрию; статистическую обработку результатов исследований.

Результаты исследования

В исследовании приняли участие студентки медицинского профиля обучения, одной поло-возрастной группы — 150 девушек 19–20 лет. Анализ данных анкетирования выявил незначительное количество курящих и употребляющих алкоголь студенток, более распространенной вредной привычкой оказалось постоянное употребление жвачек. Из навыков личной гигиены можно отметить правильный уход за полостью рта большинством студенток — 115 человек постоянно чистят зубы 2 раза в день; 80 человек saniруют полость рта после еды. Большинство студенток — 100 человек спят 6–8 часов, 80 них засыпают быстро, что, несомненно, является положительным качеством в образе жизни. Однако долго не могут уснуть 40 студенток, засыпают под утро 30 респондентов, что косвенно свидетельствует о переутомлении их в течение учебного дня. Личностная оценка самочувствия подтвержда-

ет этот тезис, переутомление испытывают 35 студенток, или 23 % отмечают у себя физиологическое утомление 95 студенток. При анализе двигательной активности (посещение спортивных секций, уроков физической культуры) можно констатировать факт дефицита движений. Занимаются в спортивных секциях три раза в неделю только 30 студенток, или 20 % среди всех опрошенных. Большинство же ограничиваются уроками физической культуры по расписанию — 102 человека. В специальные медицинские группы — СМГ и лечебной физической культуры распределены 18 человек, или 12 % от всех участвующих в анкетировании. Считают себя практически здоровыми 135 студенток, больными — 15 человек из опрошенных. Студентки были оптимистичны в своих ответах при анкетировании, понимали важность здорового образа жизни (ЗОЖ) в их здоровье, успехах в учебе.

Соматометрические и физиометрические индексы — общепризнанные критерии оценки развития, здоровья, статуса питания. Систематический медико-экологический контроль по относительным показателям-индексам является одним из неперенных условий управления здоровьем студенческой молодежи. Гигиеническая оценка фактических показателей с нормативными величинами, их статистическая обработка в сигмальных отклонениях, в индексах позволяет своевременно корректировать выявленные нарушения и отклонения. Обработанные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Индексы развития и питания студенток (девушек)

Показатели	Фактические показатели (Ф)	Статистически-нормативные показатели (М ± δ)	Разность показателей (Ф и М в ± δ)
ИМТ (индекс массо-ростовой), кг/м ²	20,3	21,78 ± 2,8	-0,13
Индекс пропорциональности телосложения, %	53	52,0 ± 2,33	+0,43
Жизненный индекс, мл/кг	56	60-55	±0
Силовой индекс, %	50	50-55	±0

У обследованных студенток ИМТ в среднем составил 20,3 кг/м² при нормативной величине в 21,78 ± 2,8 δ. Сигмальное отклонение в — 0,13 δ свидетельствует о некоторой тенденции снижения массы по отношению к длине тела.

Индекс пропорциональности телосложения в сигмальных отклонениях свидетельствует о правильном соотношении длины тела и нижних конечностей +0,43 δ. Тип телосложения определен как нормостенический.

Жизненный индекс у обследованных студенток также находится в пределах нормативных величин. Он косвенно отображает обеспеченность организма кислородом, условия протекания окислительно-восстановительных процессов. У студенток медицинского университета выявлен оптимальный вариант обеспечения организма кислородом.

Силовой индекс, мышечная сила кисти у студенток составила 50 %, что не выходит за пределы нормативных цифр и отображает мышечную массу. Однако силовой индекс находится на нижней границе нормы. В образе жизни имеется достаточный компонент нагрузки на опорно-двигательный аппарат. Студентки посещают уроки физической культуры, спортивные секции и передвигаются в течение учебного дня, к местам проведения занятий, которые находятся на расстоянии до 3–5 км.

Выводы

1. Студентки медицинского университета понимают значимость ЗОЖ, 78 % опрошенных не имеют вредных привычек, таких как курение и употребление алкоголя.

2. Учебные умственные нагрузки, по оценкам студенток, способствуют переутомлению сенсорных систем, нарушению качества сна у 46,6 % опрошенных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильков, Н. А. Выполнение мероприятий государственной программы по формированию здорового образа жизни населения Республики Беларусь на 2002–2006 гг. в Гомельской области / Н. А. Васильков // Актуальные проблемы гигиены, эпидемиологии и профилактической медицины. — Гомель, 2007. — Вып. 3. — С. 14–19.

2. Стасевич, Е. И. Сравнительный анализ тревожности и депрессивности у студентов 1–2 курсов вузов г. Гомеля / Е. И. Стасевич // Проблемы и перспективы развития медицины в постчернобыльский период. — Гомель, 2007 — Т. 2, Вып. 7. — С. 143–145.

3. Бегер, Т. А. Изменение отношения к здоровью и жизненным ценностям у студентов лечебного факультета в процессе обучения в медицинском вузе / Т. А. Бегер. — Проблемы и перспективы развития медицины в постчернобыльский период. — Гомель, 2007. — Т. 1, Вып. 7. — С. 24–27.

УДК 613.9-057.876:376:796.011.3

**ОСОБЕННОСТИ ТЕОРЕТИКО-АКСИОЛОГИЧЕСКОГО ЭТАПА
ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КУРСОВ УЧИЛИЩ ОЛИМПЕЙСКОГО РЕЗЕРВА**

Клинов В. В.

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

На протяжении многих лет культивировалось мнение, что спорт и здоровье являются синонимами. Долгое время были непопулярны рассуждения о каких-либо патологических изменениях в состоянии здоровья спортсменов, развивающихся в результате спортивной деятельности. Между тем заболеваемость спортсменов, травматизм и инвалидизация давно и прочно являются предметом повышенной тревоги специалистов [1, 2].

В училищах олимпийского резерва (УОР) проблема качества здоровья еще более обострена, так как в них параллельно и одинаково эффективно должны решаться две важные для общества и государства задачи: подготовка из юных спортсменов высококвалифицированных членов сборных команд Беларуси и подготовка из этой будущей спортивной элиты педагогов по физической культуре и спорту. Поэтому среди комплекса задач спортивного воспитания учащихся старших курсов УОР важное место занимает формирование у них культуры здорового образа жизни (ЗОЖ).

В содержательном отношении процесс формирования культуры ЗОЖ представляется нам состоящим из пяти функциональных этапов, которые отражают план преобразующей деятельности: диагностический, побудительно-ориентировочный, теоретико-аксиологический, деятельностно-практический, рефлексивно-итоговый.

Важным направлением, определяющим становление личности школьников владеющих высоким уровнем культуры ЗОЖ, является формирование системы знаний о здоровом образе жизни (ЗОЖ). Данный процесс должен быть основан на ценностных ориентациях к здоровому образу жизни и необходимых для этого психолого-педагогических условиях. Поэтому одним из основных является теоретико-аксиологический этап технологии формирования культуры ЗОЖ учащихся старших курсов УОР.

Цель данного этапа: формирование у учащихся старших курсов системы знаний о сущности здоровья и культуре ЗОЖ, условиях его поддержания, методах и средствах укрепления здоровья и выработка на этой основе ценностей культуры ЗОЖ, применение ее норм и критериев деятельности.

Овладение знаниями не сводится к одноразовому познавательному акту, а требует многократного познавательного отношения, серьезной умственной и практической деятельности по более глубокому их усвоению. На данном этапе необходимо реализовать субъект-субъектные отношения. Широко используются методы активного обучения (МАО) и интерактивные методы. С этой целью нами разработаны различные проблемные ситуации, мини-игры, творческие задания, касающиеся основных компонентов культуры ЗОЖ.

Для обогащения учащихся знаниями на данном этапе реализуется практико-ориентированная программа факультатива «Основы культуры ЗОЖ». Программа факультативного курса содержит теоретические сведения об основах здорового образа жизни; правильном питании; профилактике вредных привычек; культуре межличностных взаимоотношений; двигательной активности учащихся; профилактике СПИДа; средствах оздоровительной физической культуры; профилактике заболеваний; экологическом воспитании; психологических основах здоровья. Содержание про-

граммы обеспечивает учащихся знаниями культурно-оздоровительного содержания, необходимых в жизнедеятельности. Лекционные занятия направлены на осознание учащимися значимости культуры здоровья как личностной ценности. Они содержат материалы, позволяющие понять сущность культурно-оздоровительного образования и выделить его основные проблемы; выделить биологические, социальные и психологические аспекты здоровья; рассмотреть взаимосвязь образа жизни и здоровья человека.

На практических занятиях кроме воспроизведения изучаемого материала (в докладах, выступлениях) учащихся старших курсов должны учиться активно отстаивать свою точку зрения, аргументировано возражать, опровергать ошибочную позицию сверстников. Необходимым условием развертывания продуктивной дискуссии является личная теоретическая подготовка, которая приобретает учащимися на лекциях и в процессе самостоятельной работы, а также умелая организация занятия с использованием методов активного обучения и интерактивных методов.

Использование метода «мозгового штурма» развивает способность к самоорганизации (самоконтролю, саморегулированию и т. п.), умение работать в коллективе и др. «Мозговая атака» призвана высвободить творческую энергию учащихся, сдерживаемую в обычных условиях «шлюзами» консервативного обучения. Основным принципом данного метода — не мешать выдвижению любой гипотезы, даже самой абсурдной. Этот принцип обязателен на этапе генерирования идей. Остальные учащиеся имеют право подвергать сомнению гипотезы, проверяя их на жизнеспособность и рациональность. В результате обсуждения вырабатываются самые оптимальные решения поставленной задачи.

Для актуализации самостоятельно-поисковой и мыслительной деятельности учащихся используются ситуации усвоения здоровьесберегающих знаний и умений. Данные ситуации должны включать в себя комплекс дополнительных педагогических средств: личный пример учителя, его взгляды, убеждения, личностные смыслы, опыт здоровьесбережения, четкую позицию по обсуждаемым проблемам; создание на занятии положительного психологического климата, поощрение, поддержку, диалог.

Логика процесса приобщения учащихся к ценностям культуры ЗОЖ осуществляется через возникновение у них ценностных ориентации. Только включенность в деятельность обеспечивает возможность новообразования и совершенствования личностных качеств [3]. Согласно данной теории, внутренняя психическая деятельность человека проистекает из внешней, практической посредством механизма интериоризации. Таким образом, успешность формирования ценностей культуры ЗОЖ учащихся зависит от активности вовлечения их в практическую деятельность, преобразующуюся затем во внутреннюю (восприятие ценностей, норм, идеалов культуры ЗОЖ; развитие на этой основе творческого мышления, воображения и др.). Так, с позиции деятельностного освоения культуры ЗОЖ присвоение ценностей здоровья представляет собой взаимосвязь противоположно направленных относительно личности процессов: интериоризации — трансформации ценностей культуры ЗОЖ в личностные смыслы и экстериоризации — воплощения ценностного ряда культуры ЗОЖ (обогащенного личностным смыслом и отношением) во внешней деятельности субъекта. В свою очередь, активность и направленность усилий человека зависят от степени ее актуальности. Следовательно, необходима определенная совмещенность целей педагогической деятельности с желаниями и устремлениями самих учащихся.

Используя идею Л. И. Рувинского о поэтапной интериоризации деятельности учащихся, направленной на формирование социально адекватного образа морального поведения, мы рассматриваем процесс усвоения ценностей культуры ЗОЖ и перехода их в личностный план как многоэтапный. На каждом этапе у учащихся вырабатываются конкретные представления о существенных ценностях здоровьесберегающей деятельности, практической значимости их для себя и спортивных результатов.

На первом этапе первичного восприятия ценностной идеи она выступает для учащихся в качестве нейтральной (знание-образец). Усвоение идеи культуры ЗОЖ (понятия-ценности) происходит на уровне интеллекта.

Второй этап усвоения идеи-ценности связан с обеспечением понимания учащимися ее социальной значимости (знание-ориентир). Знание-ориентир становится основой для сознательного регулирования учащимися своих действий и поведения в области здоровьесбережения. Однако этим не всегда обеспечивается устойчивое следование усвоенной норме в реальных действиях.

Третий этап усвоения идеи-ценности основан на осознании учащимися значения культуры ЗОЖ для собственной жизни (знание-идеал). На данном уровне ценность здоровья не только лично значима для воспитуемого, но и в связи с этим становится образцом самовоспитания.

В построении программы формирования ценностных ориентации учащихся необходимо исходить из положения о том, что главным условием является осознание и осмысление категорий здоровья ценности вообще и ценности здоровья, в частности, поэтому при формировании ценностных ориентаций следует придерживаться следующей схемы:

— выявить общественно значимые ценности;

— создать условия, в которых здоровьесберегающие ценности осознаются учащимися как лично значимые. Эти условия предполагают создание ситуаций, где деятельность, в которую включен учащийся, способствует самовыражению и самоутверждению личности и сопровождается эмоциональными переживаниями;

— организовать активную деятельность учащихся таким образом, чтобы они субъективно воспринимали свою деятельность через реализацию ее оздоровительной направленности.

При активизации ценностных ориентации учащихся в области сохранения и укрепления здоровья целесообразно использовать следующие методы и приемы работы:

- эмоционально-личностное стимулирование;
- побуждение к рефлексии в учебной деятельности;
- исследовательские задания — поиск ответов на смысложизненные вопросы: сочинения-размышления по проблемам здоровья населения;
- критический анализ трактовок природы человека, смысла жизни;
- создание лично ориентирующих ситуаций эмоционально-нравственного содержания, способствующих осмыслению учащимися своего и чужого отношения к ценностям здоровья;
- побуждение учащихся к выражению лично отношения к проблемам здоровья и образа жизни;
- сочинение-самоанализ «Письмо себе — Мое здоровье»;
- создание ситуации, взаимного обмена мнениями, побуждающих учащихся отстаивать свою позицию, высказывать свою точку зрения по поводу сохранения и укрепления здоровья, требующую теоретического объяснения.

Перечисленные методы и приемы, успешно используемые при формировании ценностей культуры ЗОЖ, позволяют сделать каждого активным участником происходящего на уроке, создавая тем самым предпосылки для эффективного решения проблемы становления учащихся, владеющих ценностями культуры ЗОЖ.

В результате проведенной на теоретико-аксиологическом этапе работы у учащихся появляются знания о ЗОЖ, они осознают и понимают важность и ценности культуры ЗОЖ в своей жизнедеятельности и у них появляется желание вести здоровый образ жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медик, В. А. Состояние здоровья, условия и образ жизни современных спортсменов / В. А. Медик. — М.: Медицина, 2001. — 144 с.
2. Коваленко, Ю. А. Проблемы травматологии в современном спорте / Ю.А. Коваленко // Теория и практика физической культуры. — 2006. — № 5. — С. 22–29.
3. Каган, М. С. Человеческая деятельность (Опыт системного анализа) / М. С. Каган. — М.: Политиздат, 1974. — 328 с.

УДК 316.34:351.77:614.2

СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Николо Комодо

Департамент Здравоохранения

Учреждение образования

«Флорентийский государственный университет»

г. Флоренция, Италия

При исследовании состояния здоровья различных наций были выявлены существенные различия. Таким образом, возник ряд вопросов:

- Почему в Японии средняя продолжительность жизни на 48 лет больше, чем в Сьерра-Леоне?
- Почему каждый год умирает 11 миллионов детей, не достигших 5 лет, в своем большинстве родившихся в слаборазвитых странах?
- Почему в Англии среднестатистический чернорабочий живет на 7 лет меньше, чем профессионал?
- Почему в Италии люди с более высоким уровнем образования имеют вдвойне большие шансы на пересадку почек, чем те, у кого низкий уровень образования?

Социальное неравенство является фактором, влияющим на состояние здоровья, среди разных групп населения, а также в зависимости от географического положения страны. Во многих случаях состояние здоровья зависит от факторов, не связанных с социальным неравенством, таких как генетическое наследие, возраст, половая принадлежность или контакт с возбудителем заболевания. Данные факторы являются неизбежными, но социальное неравенство является тем фактором, влияние которого можно предотвратить, следовательно, речь идет о несправедливости, связанной с моральными и этическими нормами.

В обществе этическими нормами не принимается неравенство, обусловленное нездоровым образом жизни, болезнью или инвалидностью, экономическим, социальным и культурным факторами, которые ограничивают доступ к социальным службам и к системе здравоохранения.

Чтобы распознать, насколько та или иная ситуация неравенства, связанная с состоянием здоровья, принимается или не принимается по этическим нормам, необходимо ответить на вопрос: «Ситуация (социальная, культурная, экономическая, экологическая и т. д.), связанная с потерей здоровья/благополучия, была сознательно выбрана?» Если выбор условий жизни или работы ограничен или его нет, то неравенство в состоянии здоровья обусловлено социальной несправедливостью. Кроме того, чувство несправедливости усиливается в группах населения, где совмещается несколько неблагоприятных факторов, что делает данные группы особо уязвимыми.

Равенство в состоянии здоровья предполагает, что каждый человек имеет равные возможности достижения оптимального состояния здоровья и благополучия. Цель политики здравоохранения по достижению равенства не заключается в устранении всех различий в состоянии здоровья населения, но в снижении влияния и устранении тех факторов, которые обусловлены социальной несправедливостью.

Равенство в состоянии здоровья населения предполагает создание равных возможностей для поддержания здоровья и уменьшения различий в состоянии здоровья населения.

Различия в состоянии здоровья, обусловленные социальными факторами, представляют собой одну из основных проблем нашего общества, так как зачастую социальное неравенство приводит к уменьшению продолжительности жизни и к большей подверженности различным заболеваниям, что требует большей эффективности работы служб здравоохранения. В данном случае должны участвовать также социальные службы, распространяя информацию о факторах риска, о последствиях нездорового образа жизни. Представляется необходимым осуществлять обучение здоровому образу жизни при участии государственных органов власти, таким образом, способствуя улучшению социальных условий.

Воздействие на социальные факторы, влияющие на состояние здоровья населения, необходимо не только для улучшения здоровья, но также для принятия правильной социальной политики, направленной на удовлетворение потребностей людей. В обществе, в котором заботятся о социальном положении каждого его члена, наряду с материальным благосостоянием, обнаруживается более высокий уровень общего благополучия, чем в обществе, где имеют место лишения, изоляция и депривация.

Следует идентифицировать и устранить все политические и социальные факторы, которые наносят ущерб человеческому здоровью, дать оценку их негативным последствиям. Перспектива развития глобализации и рыночных отношений может оцениваться позитивно или негативно в зависимости от позитивного или негативного характера их влияние на здоровье и благополучие граждан.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Whitehaed, M.* The concepts and principles of equity and health / M. Whitehaed // WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.
2. Organizzazione Mondiale della Sanità -Regione Europea Health 21 — 1999.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН,
ПОТЕРПЕВШИХ ОТ ТОРГОВЛИ ЛЮДЬМИ**

Король Д. И.

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

Несмотря на то, что рабство как социальный институт было упразднено более двухсот лет назад, практика современной действительности возродила его как криминальный способ извлечения сверхдоходов.

По оценкам международных организаций, ежегодно в мире от 700 тыс. до 4 млн. человек покупаются, продаются или удерживаются в неволе. По оценке центра ООН по предотвращению международных преступлений, ежегодно из стран СНГ вывозится более 500 тыс. женщин и подростков, которых заставляют заниматься проституцией и принуждают к рабскому труду [1, 5].

Республика Беларусь, географически расположенная в центре Европы, обретая независимость и находясь на пути становления своей государственности и экономического развития, не могла остаться в стороне от мировых процессов, носящих не только позитивный, но и негативный характер. На сегодняшний день приходится констатировать вовлечённость в сферу торговли людьми с целью сексуальной эксплуатации наряду со многими другими странами и нашей республики [2, 3].

Таким образом, необходимость теоретических разработок проблемы борьбы с торговлей людьми и использования рабского труда необходима в целях эффективного оказания помощи потерпевшим от торговли людьми, улучшения качества их жизни, профилактики рабства и нелегальной миграции.

Эксперты считают, что причины распространения торговли женщинами на постсоветском пространстве одинаковые, и выделяют внешние и внутренние факторы [4, 6]. Торговля людьми в значительной степени обусловлена разницей в социальном положении различных слоев населения и в уровне доходов между различными регионами. В поисках лучшей жизни и просто работы люди вынуждены покидать постоянное место жительства, выезжать за пределы своего региона и даже страны.

В Беларуси возникло множество объективных причин существования торговли людьми:

- открытие границ;
- упрощение возможности для белорусских граждан путешествовать по миру в поисках как развлечений, так и работы;
- интернационализация теневой экономики, образование международных криминальных групп, коррумпированность работников государственных органов;
- все увеличивающийся разрыв в экономическом и человеческом развитии между «богатыми» и «бедными», «развитыми» и «развивающимися» странами;
- лояльность законодательства к занятиям проституцией во многих западных странах мира;
- прибыльность торговли людьми, которая занимает третье место после торговли оружием и наркотиками;
- трудности трудоустройства в собственной стране;
- иллюзорные представления о жизни за границей.

К субъективным причинам можно отнести: семейное неблагополучие; неудовлетворительное материальное положение; неспособность найти работу; авантюризм как характерологическая особенность; инфантилизм; низкая самооценка; личностная незрелость [3].

Преступлениям в сфере торговли людьми оказываются подвержены представительницы достаточно разных возрастных, социальных и демографических кругов женского населения Беларуси [2].

Последствия торговли людьми оказываются весьма тяжелыми для пострадавших. Пребывание в рабстве оборачивается физическим, репродуктивным и психическим нездоровьем. Полученная травма может привести к формированию отрицательных стереотипов поведения — злоупотреблению алкоголем и наркотиками. Некоторые торговцы людьми используют наркотики, чтобы сломить волю женщин и добиться послушания.

Торговля женщинами создает серьезную угрозу для их репродуктивного здоровья, так как доступ к средствам контрацепции у них обычно крайне ограничен. Это является одной из главных причин распространения ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем.

Некоторые угрозы здоровью женщин, ставших объектом торговли, сходны с теми, которым подвергаются все жертвы жесткого обращения, к ним, в частности, относятся такие распространенные гинекологические расстройства, как хронические боли в области малого таза, возникающие в результате сексуального и физического насилия [7].

Торговля женщинами подрывает и психическое здоровье. Жертвы чувствуют себя обиженными, ведут себя агрессивно, испытывают страх, находятся в депрессии и сталкиваются с последствиями посттравматического стресса. Они длительное время жили в атмосфере обмана и разочарований; им сообщали ложную информацию, чтобы они не могли сбежать и обратиться в правоохранительные органы. В результате этого женщины теряют ощущение индивидуальности и веру в собственные силы, а их способность адекватно реагировать чрезвычайно снижена. Из-за сложных обстоятельств, через которые жертвы проходят при возвращении на родину, они проявляют высокую степень недоверия, которое провоцирует импульсивные решения. Часто жертвы относятся с подозрением к оказываемой помощи и к тем, кто пытается оказать им поддержку [5].

Жертвы торговли людьми испытывают сильный страх перед стигматизацией и социальной изоляцией. Огласка крайне затрудняет реабилитацию и социальную интеграцию. Кроме того, женщины, потерпевшие от торговли людьми, часто осуждаются и обвиняются обществом, в результате чего страдают и от самообвинения, что также затрудняет процесс реабилитации [5].

Большинство лиц, пострадавших от торговли людьми прошли через экстремальные ситуации, они подвергались физическому и эмоциональному насилию. Все это разрушает базовое чувство уверенности, необходимое для нормальной жизнедеятельности человека [5].

Ярко выраженные изменения происходят в индивидуальности жертвы. Все фундаментальные структуры личности: отношение к собственному «Я», внутреннее восприятие других людей, ценности, убеждения и идеалы, которые придают смысл существованию, — все это оказывается разрушенным в случае попадания в рабство [6, 40].

Немало времени проходит, прежде чем жертвы восстанавливают свою личность и веру в себя, веру в других людей, учатся принимать самостоятельные решения, выражать собственное мнение, что существенно снижает качество их жизни. Вновь приобретенная независимость тесно связана с возможностью выбрать свое будущее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбунова, О. Г. Предотвращение торговли людьми: учеб.-метод. пособие / О. Г. Горбунова, Е. Б. Левченко, Б. В. Лизогуб. — Харьков, 2001. — 234 с.
2. Шруб, М. П. Криминалистическая характеристика преступлений в сфере торговли людьми с целью сексуальной эксплуатации / М. П. Шруб. — Минск: ОДО «Друк-С», 2007. — 130 с.
3. Предупреждение торговли людьми в Республике Беларусь: практ. рук. для проведения информ.-образов. работы / И. А. Альховка [и др.]; под общ. ред. Е. Г. Нестерук. — Минск: Альгиора — Живые краски, 2005. — 128 с.
4. Помощь пострадавшим от торговли людьми: социальные и психологические аспекты: сборник материалов для специалистов по социальной работе и психологов / авт.-сост. И. А. Альховка, Е. Г. Нестерук. — Минск: Простые леки, 2007 — 98 с.
5. Социальная помощь жертвам торговли людьми, особенно женщинам: практ. рук-во для социальных работников и психологов. — Кишенев, 2005. — 156 с.
6. Пергаменчик, Л. А. Кризисная психология / Л. А. Пергаменчик. — Мн., 2004. — С. 40.
7. Мирзоева, Г. М. Современные формы рабства: рук-во и программа обучения НПО и правоохранительных органов НПО / Г. М. Мирзоева, А. Г. Кадырова. — М., 2005. — 100 с.

УДК 159.922.37:159.9.018(438)

**МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ВЗРОСЛЫМ ДЕТЯМ АЛКОГОЛИКОВ НА ПРИМЕРЕ ПОЛЬШИ**

Короткевич О. А., Бартник А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Ассоциация «Образование и наука»

г. Варшава, Польша

Здоровье молодежи рассматривается как общественное достояние, одна из важных предпосылок благополучного развития нации и залог государственной безопасности в будущем. Однако в образе жизни современной молодежи все чаще прослеживается ряд негативных тенденций, из которых наиболее значительный урон здоровью наносит злоупотребление алкоголем и его последствия.

Статистические данные рапорта «Алкогольные проблемы в семье», разработанного EURO CARE и Союзом ассоциации по делам семьи в Европейском союзе, свидетельствуют, что 14 % мужчин и 4 % женщин государств ЕС признаются, что злоупотребляют алкоголем или страдают алкоголизмом в Республике Беларусь 180 тысяч хронических алкоголиков, из них 33 тыс. — женщины. В течение 2009 года взято на учет 36477 больных с впервые в жизни установленным диагнозом наркологических расстройств (в 2008 году — 32232), в том числе с алкоголизмом и алкогольным психозом — 34578 человек (в 2008 году — 30869).

Следует учитывать, что каждый злоупотребляющий алкоголем оказывает влияние на жизнь как минимум одного непьющего человека, который является созависимым. У людей с алкогольной проблемой развивается психо-физическая деградация, что лишает их способности полноценно выполнять общественные, трудовые, а также воспитательные обязанности. Семьи, где есть больной алкоголизмом, являются дисфункциональными: родители не уделяют внимания детям, которые находятся в состоянии перманентного стресса, так как вся жизнь семьи характеризуется непостоянством и непредсказуемостью, возможностью применения агрессии и насилия, а часто и низким материальным уровнем.

Для детей, чьи родители злоупотребляют алкоголем, этот опыт не проходит бесследно. Как утверждает М. Кисель (Польша), созависимость формирует такие непродуктивные формы приспособления, как сверхответственность и сверхконтроль, что приводит этих людей к иллюзии управления будущим. Психологические исследования доказывают, что в результате у детей формируется неуверенность в себе, низкий уровень самооценки, отсутствие веры в собственные силы, беспомощность, необоснованные страхи, тревожность, склонность к депрессии, часто раздражительность, позиция «мученика», недоверчивость, скрытность, чувство одиночества, никчемность, ненужность, низкий уровень личностной автономии и трудности в выстраивании межличностных отношений. Взрослые дети алкоголиков испытывают трудности при выстраивании близких отношений, они зависимы от любви и достаточно часто выбирают себе партнера, также имеющего зависимость, реализуя родительский сценарий. У молодых людей, выросших в семьях, где злоупотребляли алкоголем, проявляются проблемы определения своих потребностей и переживаний, они редко ставят и достигают высоких целей, имеют сложности при трудоустройстве и нередко страдают «трудоголизмом».

Третья часть взрослых детей алкоголиков становится зависимыми, как и их родители, причем для мужчин риск алкоголизации в будущем в случае проживания с зависимым родителем в 7–8 раз выше. Другая треть — уже с юности страдает теми или иными психосоматическими заболеваниями, невротическими расстройствами вследствие такого «тяжелого» детства. По оценке немецких и польских исследователей, только одной трети взрослых детей алкоголиков удается выйти из этой ситуации более или менее сохранными.

Учитывая актуальность алкогольной проблемы для Республики Беларусь, сотрудники кафедры социальной и педагогической психологии Гомельского государственного универ-

ситета им. Ф. Скорины приняли участие в международном симпозиуме «Компетентная помощь созависимым — обмен опытом специалистов из Беларуси, Германии и Польши», который состоялся летом 2010 г. в Варшаве. Симпозиум был проведен в рамках проекта «Организация психологической и психотерапевтической помощи созависимым взрослым детям алкоголиков (ВДА)», одного из проектов программ трансграничного сотрудничества. Обмен опытом предполагал знакомство с основными моделями оказания психологической помощи взрослым детям алкоголиков, реализуемыми в центрах Варшавы и Кракова.

Молодежный центр профилактики и терапии «Без иллюзий» работает в Варшаве с 2003 года. Контингент центра составляют молодые люди с проблемой зависимости (алкогольной, наркотической, табачной, компьютерной) в возрасте от 14 до 20 лет, а также взрослые дети алкоголиков (ВДА) в возрасте от 18 до 25 лет. После обследования для дифференциации проблемы и постановки диагноза сотрудники центра рекомендуют клиенту ту или иную профилактико-терапевтическую программу: индивидуальные и групповые консультации психолога, психотерапевта, юриста, тренинги психологической компетентности (ассертивности, эффективного взаимодействия, атистрессовых навыков). В центре есть возможность прохождения семейной психотерапии в трех группах: развивающей — для молодежи до 18 лет; группы взрослых детей алкоголиков старше 18 лет и группы для родителей.

Краковский реабилитационный центр зависимостей существует с 2000 года. Он работает на контрактной основе, то есть государство выделяет средства и определяет сроки проведения терапии, а центр разрабатывает собственные программы и направления оказания психотерапевтической помощи. Целевыми группами в работе центра являются три категории: взрослые, страдающие той или иной зависимостью (алкогольной, наркотической, табачной, игровой); созависимые, среди которых подавляющее большинство составляют жены и матери зависимых пациентов; жертвы, потерпевшие от насилия в ситуации проживания с зависимым человеком. Этапы и программы психотерапевтической помощи определяются запросом клиента и глубиной проблемы. С 2008 года Краковским реабилитационным центром зависимостей оказывается психотерапевтическая помощь людям с синдромом взрослого ребенка алкоголика (ВРА) в возрасте 21–35 лет. На первом этапе осуществляется диагностика и постановка дифференциального диагноза двумя специалистами: психиатром и психологом. Выявляются ожидания и мотивация обращения клиента с ВРА, собирается широкая информация с помощью психодиагностических методик и тестов физиологического состояния. Следующий этап — прохождение индивидуальной или групповой психотерапии, однако нередко для клиентов с синдромом ВРА программа включает на первом этапе индивидуальную форму работы, которая позволяет разрешить текущие психоэмоциональные проблемы и проблемы детства, а затем и групповую. Групповая психотерапия реализуется в двух формах: амбулаторной (длительность 9 месяцев по 2 раза в неделю по 3 часа, группа состоит из 10 человек и двух психотерапевтов и является закрытой) и выездной (4 выезда в загородный дом длительностью 6 дней, группа состоит из 7–9 клиентов и двух психотерапевтов). Групповая психотерапия позволяет проработать проблемы семейных взаимоотношений, сексуальные травмы, защитные механизмы, провести психотерапию чувств. Дополнительное предложение центра включает прохождение программы психологического образования в области синдрома взрослого ребенка алкоголика, где прорабатываются проблемы, связанные с алкоголем, семейные взаимоотношения и проблемы созависимости, а также тренинги компетентности, прохождение которых позволяет клиентам с ВРА научиться дифференцировать и адекватно выражать разнообразные чувства, успешно преодолевать стрессовые ситуации.

Уникальный опыт работы представили руководители Ассоциации «ОТ – ДО» А. М. Северинска и Ц. Бернацки. Ассоциация начала свою деятельность в конце 90-х годов. В настоящее время центр реализует Двухлетнюю программу ресоциализации для молодых взрослых детей алкоголиков под лозунгом «Из далекого путешествия к собственному дому». Прохождение программы для клиентов с синдромом взрослого ребенка алкоголика предлагается бесплатно, так как ассоциация сотрудничает с Центром содействия молодежи в поиске работы. Ассоциация «ОТ – ДО» предлагает свою помощь молодым людям в возрасте от 18 до 26 лет, которые выросли в семьях, где родители страдали тем или иным видом зависимости.

Программа психотерапевтической помощи реализуется в два этапа: на первом происходит формирование и развитие интерперсональных компетенций, чему посвящается первый год занятий; на втором (второй год занятий) — осуществляется обучение способам борьбы и преодоления проблем. На протяжении двух лет используются различные формы психотерапии: 1 раз в неделю 3 часа групповая психотерапия, 1 раз в неделю 1 час индивидуальная психотерапия, 1 раз в квартал использование техники «марафон» и 2 раза (в конце первого и второго года терапии) 4-дневные выездные «марафоны».

В терапии участвуют два психотерапевта, роли которых на протяжении всей программы также меняются. На первом этапе ресоциализации клиенту необходимо осознать суть проблемы жизни и взросления в семье, имеющей проблему зависимости и являющейся, таким образом, дисфункциональной семьей, так как роли и функции между детьми и родителями в ней распределялись неправильно, не давая возможность ребенку почувствовать себя защищенным и уверенным в завтрашнем дне. Терапия — это осознание вреда, который был нанесен в такой дисфункциональной семье. На этом этапе наиболее часто возникает сопротивление процессу психотерапии, так как взрослые дети алкоголиков не хотят верить, что причина их сегодняшних проблем кроется в родительской семье. Для осознания глубинных семейных проблем используется техника «лифта», которая позволяет символически «спускаться» к возрасту пяти лет и далее «подниматься» выше, рефлексирова события, происходящие с собой, с родителями и в детско-родительских отношениях. В этот период клиент нуждается в поддержке и безусловном одобрении, функцию оказания которых берут на себя психотерапевты, выполняя роли родителей, они демонстрируют эталонную модель выражения чувств и могут указать на неприемлемые способы поведения клиента. Особую важность здесь приобретает работа на переносе, так как клиент не осознает, что переживаемые им чувства обращены не к психотерапевтам, а к настоящим родителям.

По мере прохождения клиентами курса образования, где формируется ответственность, осознание (принятие) своей проблемы и осуществляется поддержка процесса развития, меняется тип взаимоотношений между психотерапевтом и клиентами, они переходят с уровня «родитель – ребенок» на уровень «взрослый – взрослый». Этот переход, как и в случае нормальной социализации, осуществляется через бунт и сопротивление и приводит к автономности, построению собственной системы ценностей, умению самостоятельно принимать решения и нести ответственность за их реализацию. Таким образом, терапевт является и педагогом, и родителем.

Результаты работы ассоциации «ОТ – ДО» отслеживаются на конференциях и методом опроса клиентов, завершивших программу. Эффективность работы состоит в том, что более 70 % клиентов после прохождения курса психотерапии находят работу и создают собственные полноценно функционирующие семьи.

Знакомство с международным опытом оказания психологической помощи людям с синдромом ВДА позволит усовершенствовать и освоить новые модели помощи людям, столкнувшимся с алкогольной проблемой, в Беларуси.

УДК 316.613.4-055.2:618.177

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ СИСТЕМА ЦЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН,
СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ**

Короткевич О. А., Ворожун О. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

Государственное учреждение образования

«Средняя общеобразовательная школа № 3 им. Д. Н. Пенязькова»

г. Гомель, Республика Беларусь

Изучение причин и возможностей преодоления бесплодия является одной из актуальных современных проблем. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота

бесплодных браков колеблется в широких пределах и не имеет тенденции к снижению во всех странах мира. Бесплодный брак значительно влияет на демографические показатели, в связи с чем данная проблема приобретает не только медико-биологическое, но и важное социально-психологическое значение. Бесплодие в браке — это не только демографическое, это еще и физическое, психологическое и социальное неблагополучие, приводящее к семейным конфликтам, росту числа разводов и приносящее экономический ущерб.

Официальный диагноз «Бесплодие» в Беларуси в 2009 году установлен 9649 женщинам и 1799 мужчинам, для сравнения: в 2006 году в Беларуси зарегистрировано 9 050 случаев женского бесплодия и 1 560 — мужского бесплодия [1]. По определению ВОЗ, бесплодным браком считается тот, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь без применения противозачаточных средств, у жены не возникает беременности в течение одного года при условии, что супруги находятся в детородном возрасте [2].

В. В. Васильева отмечает, что «бесплодие женщин относится к числу тех патологических состояний, которые могут существенно влиять на психо-эмоциональный статус, вызывая состояние хронического стресса» [3]. Нередко дополнительными травмирующими факторами являются семейные, бытовые, служебные трудности, поскольку, как правило, они связаны с затратами большого количества времени на посещение лечебных учреждений, с противоречивым диагнозом, с немалыми финансовыми расходами. Болезненная фиксация на собственном бесплодии, порой одержимость идеей материнства формирует так называемый синдром репродуктивной неполноценности, возникают расстройства психо-эмоциональной и сексуальной сфер.

В ответ на длительную психогению возникает множество психо-соматических заболеваний с вовлечением других органов и систем. Тревожное ожидание и разочарование при начале очередной менструации приводит к нарушению менструального цикла, возникновению синдрома ложной беременности [3].

Данные изменения приводят к трансформации и в ценностно-мотивационной системе, что следует учитывать при оказании медицинской и психологической помощи бесплодным женщинам.

Нами было проведено исследование мотивационно-ценностной структуры личности женщин, страдающих бесплодием. В нем приняли участие 88 женщин в возрасте от 21 до 43 лет, из них 33 женщины, проходящие курс лечения с диагнозом «бесплодие», и 35 женщин, имеющих детей. Исследование проводилось на базе Учреждения «Гомельская областная клиническая больница», Учреждения здравоохранения «Гомельский областной медико-генетический центр с консультацией «Брак и семья», Государственного учреждения здравоохранения «Филиал № 11 Центральной Гомельской городской поликлиники» (женская консультация) и Государственного учреждения образования «Средняя общеобразовательная школа № 3 им. Д. Н. Пенязькова».

Анализ результатов анкеты, предназначенной для сбора социологических данных, показал различия в семейном положении женщин: все (100 %) бесплодные женщины состоят в браке, женщины-матери — в 68,6 % замужем, 20 % — в разводе, 11,4 % — никогда не состояли в браке. Все (100 %) бесплодные женщины имеют высшее образование, среди женщин-матерей, составляющих вторую выборку, имеют высшее образование 51,4 %, остальные 48,6 % имеют средне-специальное образование.

При оценке успешности своих семейных отношений и бесплодные женщины оценивали свои супружеские отношения как успешные или скорее успешные, чем не успешные, а среди женщин, имеющих детей, 8,6 % ответили, что их отношения в семье скорее неуспешные. Главная задача в жизни женщины для 54,5 % бесплодных женщин состоит в создании «семейного очага», а 55,5 % — главным в своей жизни считают личностное саморазвитие и профессиональную деятельность. В свою очередь, 77,2 % женщин-матерей главным в жизни для себя считают воспитание детей и только 22,8 % женщин-матерей главным для себя определяют создание «семейного очага». Также были выявлены различия и во мнениях женщин о значимости детей в их жизни. Для бесплодных женщин рождение детей — это смысл жизни (78,8 %), реализация материнского инстинкта (6 %) и ощущение, что жизнь прожита полноценно (15,2 %). Для женщин-матерей рождение детей — это обеспечение поддержки в старости (17,2 %), укрепление семейного положения (54,2 %), реализация материнского инстинкта (14,3%), смысл жизни (14,3 %).

Было проведено исследование мотивационно-ценностной структуры личности женщин с помощью методики «Морфологический тест жизненных ценностей» Сопова В. Ф. и Карпушиной Л. В. (МТЦЖ).

Анализ основных терминальных ценностей испытуемых обеих групп (отношение субъекта к явлению, жизненному факту, объекту и субъекту и признание его как важного, имеющего жизненную важность) показал, что у женщин, страдающих бесплодием, имеют наибольшее значение такие ценности, как «развитие себя», «духовное удовлетворение». Женщины стремятся получать объективную информацию об особенностях своего характера, способностях, неких других характеристиках личности. Они стремятся к самосовершенствованию, считая при этом, что потенциальные возможности человека почти неограниченны и что, в первую очередь, в жизни необходимо добиться наиболее полной их реализации, стремятся к получению морального удовлетворения во всех сферах жизни.

Такие ценности, как «креативность» и «достижения» также более характерны для бесплодных женщин, их отличает изобретательность и увлеченность в самых обыденных ситуациях, стремление к реализации своих творческих возможностей, внесению различных изменений во все сферы своей жизни, они избегают стереотипов и стремятся разнообразить свою жизнь.

Значимость ценности «активные социальные контакты» более свойственны для женщин, проходящих курс лечения, с диагнозом «Бесплодие», что характеризует их как дружелюбных, общительных, непринужденных в общении, эмпатичных, социально активных, стремящихся к установлению благоприятных взаимоотношений с другими людьми.

Ценности «собственный престиж» и «сохранение собственной индивидуальности» в меньшей степени характерны для женщин с бесплодием. Они уступчивы, избегают неудач, конфликтов, лишены притязаний на статус лидера.

Ценности по шкале «высокое материальное положение», т. е. обращение к факторам материального благополучия как главному смыслу существования, оказались достаточно высоко и одинаково выражены как у бесплодных женщин, так и женщин-матерей. Это свидетельствует о том, что они стремятся к возможно более высокому уровню своего материального благосостояния, убеждены в том, что материальный достаток является главным условием жизненного благополучия.

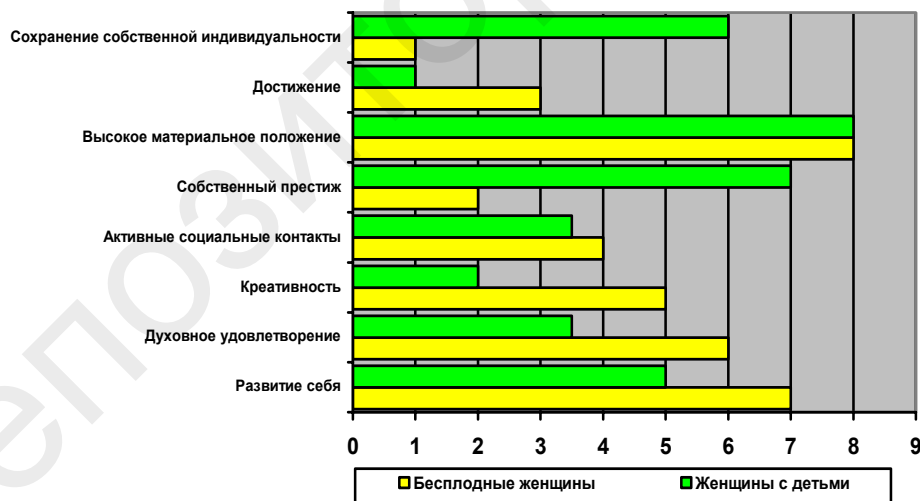


Рисунок 1 — Данные по шкалам терминальных ценностей

Анализируя данные, можно определить направленность женщин первой и второй выборки. Так, для бесплодных женщин оказалась характерной эгоистически-престижная, прагматическая направленность личности, в противоположность женщинам с детьми, у которых была выявлена духовно-нравственная, гуманистическая направленность личности. Следовательно, ребенок для бесплодной женщины может восприниматься как помеха для достижения определенных целей. Эго-направленность бесплодных женщин свидетельствует о их самодостаточности, стремлении к эмансипации.

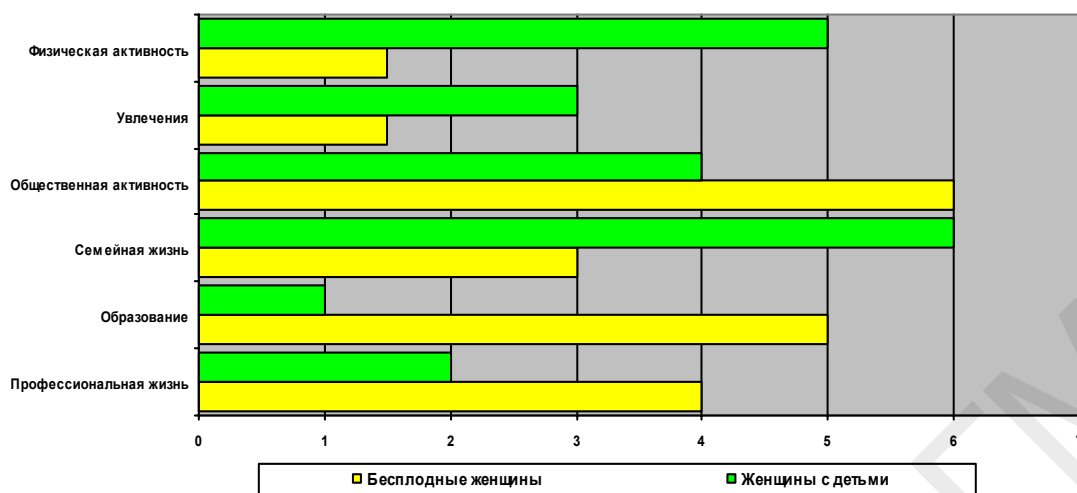


Рисунок 2 — Данные по шкалам жизненных сфер

Анализ основных жизненных (социальных) сфер, где осуществляется деятельность человека, показал, что для женщин, страдающих бесплодием, наиболее значимыми являются такие области как профессиональная жизнь, обучения и образовании, общественная активность. Можно предположить, что бесплодные женщины компенсируют отсутствие детей уходом в работу, общением с друзьями и родственниками, повышением своего уровня образования, саморазвитием. Для женщин, имеющих детей, важнее оказались сферы семейной жизни, увлечений и физической активности.

Знание личностных особенностей индивидуальной системы ценностей бесплодных женщин может быть использовано для создания тренингов, направленных на адаптацию этих женщин к своему состоянию, изменению локуса контроля, повышению уровня самоуважения и самопринятия, а также коррекции Я-концепции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наши семейные ценности / М. Кузнецова. [Электронный вариант]. — 2010. — Режим доступа: <http://www.probyjdenie.ru/index.php?useaction=article&ag=6&a=9>. — Дата доступа: 17.04.10.
2. Пшеничникова, Т. Я. Бесплодие в браке / Т. Я. Пшеничникова. — М.: Медицина, 1991. — 320 с.
3. Психологические особенности женщин с бесплодием / В. В. Васильева [и др.] // Вопросы психологии. — 2003. — № 6. — С. 93–98.

УДК 316.642.3:378-057.875

УВЕРЕННОСТЬ В СЕБЕ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ УСПЕШНОСТИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА

Кротенкова А. В., Маркевич О. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Важнейшей ценностью человека, повышающей качество его жизни, является социальная успешность. В настоящее время в психологической науке не разработаны, в достаточной мере, критерии оценки и факторы социальной успешности личности студента. Успех определяется как положительный результат деятельности субъекта по достижению значимых для него целей, отражающих социальные ориентиры общества. Социальная успешность обеспечивает саморазвитие студента и предполагает одобрение или признание его со стороны общества, что влияет на качество жизни, т. е. общее благополучие человека. Достижение успеха — сложный процесс самореализации и самоутверждения личности в целом и студента в частности. Актуальность изучения этой темы определяется постоянно изменяющимися социальными усло-

виями в современном обществе, поэтому существует необходимость поиска решения проблемы, выявления факторов, формирующих образ социально успешной личности студента.

Социальная успешность деятельности определяется следующими показателями: силой мотивации (стремлением к успеху), наличием в ценностной системе человека ценностей достижения, учитывая уровень уверенности в себе, а также освоением необходимых навыков и умений. Цельность студента как личности, его индивидуальное своеобразие интегрированы в понятие успешности. Стремление к достижению социального успеха, получению социального одобрения является одним из ведущих мотивов самопрезентационного поведения. В качестве факторов и приемлемых показателей успешности у студентов вуза могут выступать объективные и субъективные факторы.

Первые обуславливают успеваемость в профессионально-ориентированных предметах, высокий статус в межличностных отношениях, имидж (презентабельный внешний вид), положительные отношения в коллективе, общественное признание, одобрение (принятие). Вторая группа факторов определяет активное отношение к деятельности, уверенность в себе, удовлетворенность социальным статусом, реализация значимых ценностей, творческая адаптивность (готовность смело и открыто встречать жизненные проблемы и справляться с ними).

Для современного студента важна не только внешняя оценка его успешности, но и его внутренняя оценка. Чем более уверен в себе человек, тем проще ему выстраивать отношения с окружающими, быть социально успешной личностью. То есть большое значение приобретает уверенность в себе, которая выступает фактором социальной успешности личности современного студента.

Таким образом, можно отметить, что уверенность в себе непосредственно влияет на качество жизни студента, на его психическое и физическое здоровье.

Успех личности в контексте жизнедеятельности может выступать формой самореализации, что приводит к субъективной удовлетворенности процессом и качеством жизни. Уверенность в себе влияет на протекание личностного и профессионального самоопределения, способствующего реализации собственного потенциала, т. е. становления своей социальной успешности в студенческом обществе. Уверенность как качество делает людей счастливыми, способствует всестороннему развитию, повышает эффективность общения и качество жизни.

В качестве психологического феномена «уверенность» занимает внимание психологов уже больше половины столетия, однако выраженного подхода, определенной школы в изучении уверенности в себе, а также четкого и всеми принятого понятия уверенности на сегодняшний день как в отечественной, так и в зарубежной психологии не сложилось. Проблему уверенности в себе разрабатывали отечественные психологи Е. В. Серебрякова, В. Г. Ромек, Б. Г. Ананьев, И. В. Дубровина, зарубежные психологи: А. Адлер, Э. Эриксон, Э. Берн, К. Хорни. Изучением данного вопроса занимались психоаналитики — З. Фрейд, А. Фрейд и др., бихевиористы — Р. Альберти, Дж. Вольпе, Г. Макмахон Дж. Смит, М. Эммонс и др.

Наше исследование было посвящено изучению уверенности в себе как фактора социальной успешности студента и выявлению взаимосвязи этих понятий. Нами был использован опросник А. А. Реана «Мотивация успеха и боязнь неудачи». В данном опроснике очерчены контуры двух важных типов мотивации: мотивации успеха и мотивации боязни неудачи. Одним из основных условий социальной успешности студента следует считать сформированность мотивов достижения успеха или избегания неудачи. Толчком к социальной активности, к деятельности, к учебе может стать желание достичь успеха. Итак, мотивация успеха, несомненно, носит положительный характер. При такой мотивации действия человека направлены на то, чтобы достичь конструктивных, положительных результатов как в деятельности, так и в коммуникации с людьми. Личностная активность здесь зависит от потребности в достижении успеха.

В свою очередь, мотивация боязни неудачи относится к негативной сфере: человек стремится, прежде всего, избежать порицания, наказания. Студенты с такой мотивацией малоинициативны в общении. Ожидание неприятных последствий — вот что определяет их деятельность, общение и непосредственным образом влияет на качество жизни. Еще ничего не сделал или же не вступив в коммуникацию, человек уже боится возможного провала и думает, как его избежать, а не как добиться успеха в общении.

Также при изучении данной проблемы нами использовался тест уверенности в себе В. Г. Ромека. Автор теста предполагает, что «уверенность в себе» — достаточно стабильная психологическая характеристика, которая может быть измерена как обобщенное позитивное когнитивно-эмоциональное отношение к собственным навыкам. Когнитивный компонент уверенности близок по смыслу к концепту самооффективности А. Бандуры; эмоциональный компонент обозначен как застенчивость-инициатива в социальных контактах.

Нами были опрошены 65 студентов различных вузов (ГГТУ им. П. О. Сухого, ГГУ им. Ф. Скорины, БелГУТ), среди которых была выделена группа респондентов с выраженной мотивацией успеха. У них по трем шкалам (уверенность в себе — неуверенность в себе; социальная смелость — робость, застенчивость; инициатива в социальных контактах — пассивность) показатели имеют значения выше среднего. Таким образом, можно утверждать, что они уверены в себе, инициативны в социальных контактах и обладают социальной смелостью, что непосредственным образом влияет на качество жизни и здоровье личности.

Результаты можно представить наглядно на рисунке 1.

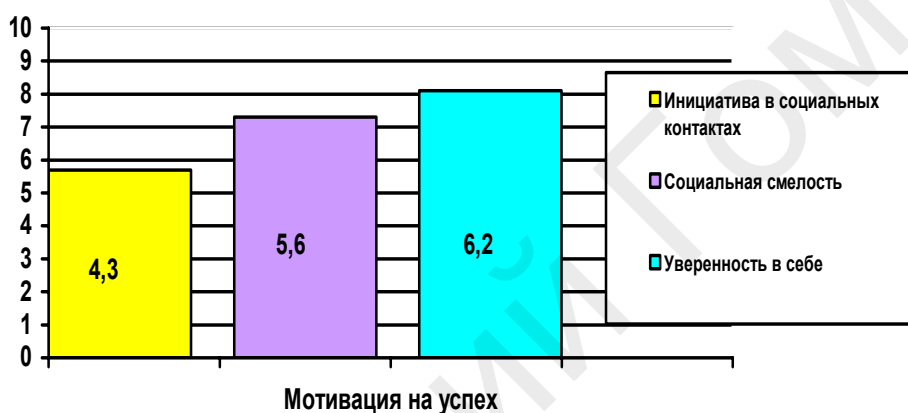


Рисунок 1 — Взаимосвязь средних показателей теста В. Г. Ромека и показателей у испытуемых с мотивацией на успех

Таким образом, в основе активности студента, мотивированного на успех, лежит его потребность в самом достижении успеха. Такие студенты обычно уверены в себе, в своих силах, ответственны, инициативны в социальных контактах и активны. Их отличает настойчивость в достижении цели, целеустремленность. При этом стремление к достижению успеха, доминирующее в сознании студента, можно рассматривать как важную составляющую процесса самореализации личности и ее самоутверждения в социуме.

Доказательство того, что уверенность в себе является одним из основных факторов социальной успешности студента можно представить в виде рисунка, который отражает взаимосвязь мотивации и уверенности в себе.

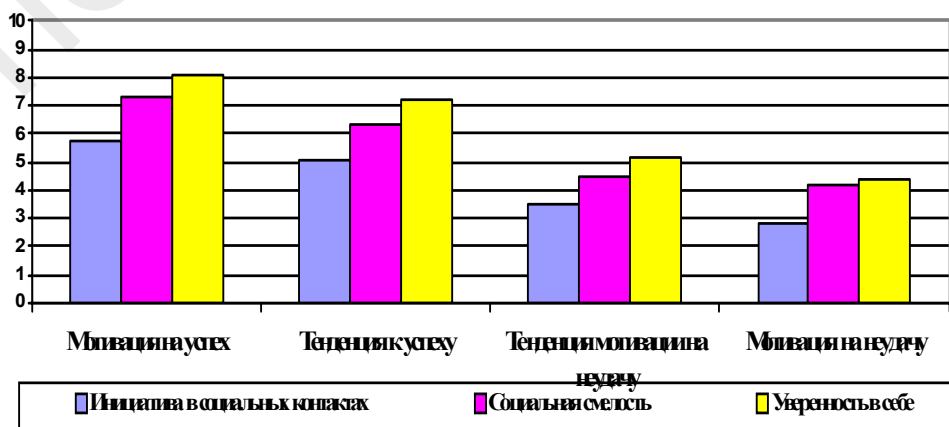


Рисунок 2 — Взаимосвязь уверенности в себе и социальной успешности у студентов

Одним из основных условий социальной успешности студента следует считать сформированность мотивов достижения успеха или избегания неудачи. По результатам проведенного исследования можно утверждать, что социально успешные студенты более уверены в себе, инициативны в социальных контактах, обладают наиболее выраженной социальной смелостью, которая в основном касается и эмоциональных процессов.

Изучение представлений о социальной успешности личности необходимо для выработки путей и способов ее реализации, раскрытия потенциала, формирования конструктивного отношения к действительности, позитивного подхода к решению стоящих перед личностью задач.

Таким образом, можно говорить о том, что фактор социальной успешности как уверенность в себе непосредственно влияет на качество жизни и здоровье личности студента. То есть можно утверждать, что социально успешные студенты более уверены в себе и в то же время имеют более высокое качество жизни и лучшее состояние здоровья.

УДК 614.2:338.24:338.518

МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Лихтарович Е. Е., Ключ Т. А.

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

Современные концепции менеджмента качества в здравоохранении определяют качество как необходимое условие обеспечения конкурентоспособности и эффективности деятельности учреждений и организаций.

В соответствии с концепцией, качество медицинской помощи (КМП) — есть «степень соответствия медицинской помощи современному уровню медицинской науки, стандартам медицинских технологий, а также потребностям пациента» [1, 3].

Выделяют 8 основных принципов системы менеджмента качества (СМК): ориентация на потребителя; лидерство руководителя; вовлечение работников в процесс повышения КМП; процессный подход; системный подход; постоянное улучшение; принятие решений, основанное на фактах; взаимовыгодные отношения с поставщиками [2].

Применительно к здравоохранению принципы системы управления качеством заключаются в следующем:

1. Работу системы здравоохранения формируют нужды пациентов.
2. Обеспечение качества является приоритетной задачей деятельности системы здравоохранения.
3. Качество медицинской помощи обеспечивается качеством системы организации помощи, качеством технологических процессов и качеством ресурсов.
4. Для достижения высокого качества необходимо изменение системы организации и руководства в здравоохранении.

В структуре управления качеством важным элементом являются потребности потребителя. Непрерывное выявление потребностей потребителя медицинских услуг является непременным условием успешного управления качеством в деятельности любой медицинской организации (рисунок 1).

Приведенная на рисунке 1 модель показывает, что потребители играют существенную роль при определении качества и являются ключевым фактором в его оценке. Потребитель определяет качество как на входе, предъявляя соответствующие требования, так и на выходе процесса оказания медицинской помощи, выражая определенный уровень удовлетворенности от оказанной услуги. Без удовлетворения потребностей потребителя медицинских услуг вообще теряется смысл функционирования системы здравоохранения как таковой. Следовательно, стандарты СМК направлены на удовлетворение не только конечного потребителя медуслуг, но и всех заинтересованных сторон и общества в целом.

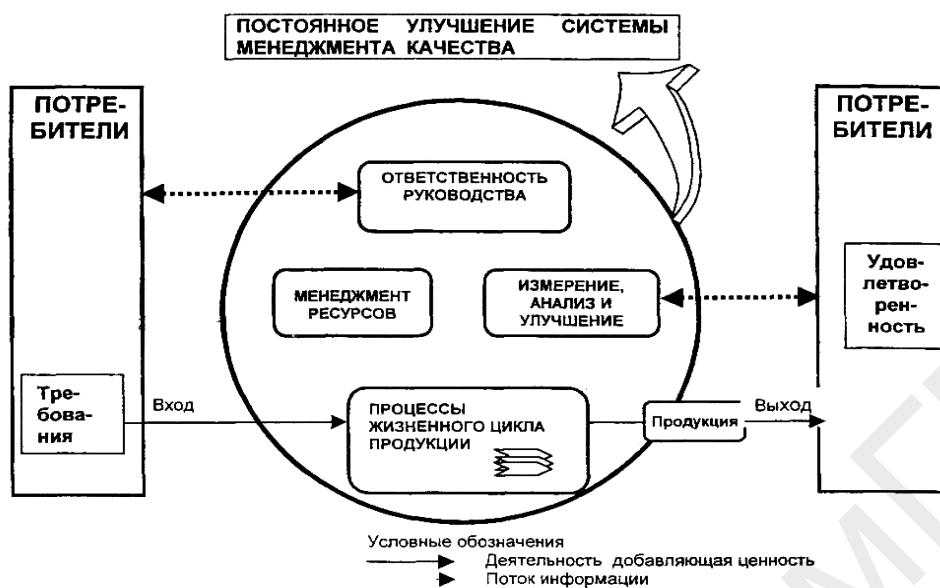


Рисунок 1 — Модель системы менеджмента качества, основанной на процессном подходе (СТБ ИСО 9001-2001)

Для выявления потребностей потребителя нам необходимо изучить:

- рынок медицинских услуг (на определенной территории, для определенных групп населения);
- спрос на тот или иной вид медицинских услуг;
- необходимые экономические затраты на реализацию медицинских услуг;
- преимущества предлагаемых услуг по сравнению с уже имеющимися на рынке;
- возможные условия воздействия на потребителя (медицинские, маркетинговые, психологические и рекламные).

В процессе оказания медицинской помощи важно не только то, что может получить пациент, но и как он это получит. То есть на качество оказываемых медицинских услуг влияют технические (что) и функциональные (как) факторы.

Технические факторы зависят от возможностей организации здравоохранения и включают в себя: профилактические, лечебные, диагностические и прочие мероприятия.

Функциональные факторы определяют то, как пациент получает медицинскую услугу, и оцениваются следующими критериями: материальность, надежность, отзывчивость, убежденность, сочувствие.

Ориентируясь на потребителя, руководство организации здравоохранения должно обеспечивать не только определение, но и выполнение его требований, осуществлять эффективные меры по поддержанию связи с потребителями, касающиеся:

- информации об услуге;
- возможности заказа услуги;
- возможности написания отзыва потребителем на оказанную услугу (книга жалоб и предложений).

Система менеджмента качества, построенная на основе стандарта СТБ ИСО 9001–2001 (рисунок 1) предусматривает оценку (анализ, измерение) субъективных мнений пациентов и может проводиться на основе следующих показателей:

- удобный режим работы организаций здравоохранения (ОЗ);
- чистота в ОЗ;
- информативность;
- простота процесса записи на прием;
- продолжительность ожидания, чтобы попасть на прием к врачу;
- качество и количество медицинского оборудования;

- объем предоставляемых услуг;
- вежливость медицинского персонала;
- неразглашение личной информации пациента медицинским персоналом;
- выбор врача.

По результатам такого анализа руководство организации здравоохранения сможет принять как оперативные, так и стратегические управленческие решения по улучшению медицинского обслуживания с учетом пожеланий и замечаний каждого потребителя.

Главным критерием в здравоохранении является здоровье людей, поэтому система менеджмента качества в применении к медицинской помощи должна строиться в соответствии с нуждами и ожиданиями пациентов — ключевой фигурой как на рынке медицинских услуг.

Менеджмент качества в здравоохранении — это комплексная деятельность специалистов по организации процесса оказания медицинской помощи, реализации услуг, ориентированная на удовлетворение потребностей населения с учетом выявленного ранее спроса.

Система менеджмента качества, основанная на стандартах ИСО 9000, сегодня в большинстве стран является эталоном управления качеством в медицине. Внедрение этой системы в здравоохранение Республики Беларусь позволило увеличить продолжительность жизни населения, существенно снизить заболеваемость и смертность, улучшить результаты лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Концепция развития в 2007–2010 годах высокотехнологичных видов медицинской помощи в здравоохранении Республики Беларусь: Приказ Минздрава от 24.01.2007.
2. Основы менеджмента качества: учеб. пособие. — М.: Дело и сервис, 2003. — 304 с.
3. Системы менеджмента качества. Требования. Государственный стандарт СТБ ИСО 9001–2001 Республики Беларусь: Постановление Госкомитета по стандартизации Республики Беларусь от 20.02.2009 № 8.

УДК 159.946.2:793:159.922.76-056.26

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХО-ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Наркевич Т. Ю.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Воспитанники интернатных учреждений живут в замкнутой системе социальных связей с ограниченным кругом общения. В условиях отстранения ребенка от общества и его культуры оказывается затруднена передача социокультурного опыта, недостаток которого остается невосполненным и во взрослой жизни. По данным Красницкой Г.С., 80 % воспитанников оказываются в таких учреждениях сразу после рождения, причем, в 60 % случаев родители отказываются от ребенка из-за болезни. Эти дети составляют особую группу воспитанников в силу особенностей психо-физического развития (ОПФР). Детям недостает разнопланового общения со сверстниками, они остро нуждаются во внимании и понимании со стороны окружающих. Однако часто они не умеют устанавливать и развивать эффективное общение со сверстниками и взрослыми, не знают, как взаимодействовать в конфликтной ситуации. Ребенок одновременно стремится получить внимание другого и в то же время отвергает его, переходя к конфликтному поведению или агрессии. Нуждаясь в любви и внимании, он не умеет вести себя таким образом, чтобы с ним общались в соответствии с этой потребностью.

Неправильно формирующийся опыт общения приводит к тому, что ребенок занимает по отношению к другим неуспешную позицию. Дети с ОПФР не умеют самостоятельно планировать и контролировать свои действия, то есть вместо развития произвольного поведения происходит ориентация на внешний контроль. При планировании своего будущего у детей доминируют желания, непосредственно связанные с повседневной жизнью, учением, выполнением ре-

жимных моментов, правил поведения. Перечисленные особенности поведения не позволяют детям с ОПФР, воспитывающимся в интернатных учреждениях, успешно адаптироваться к обществу, активно с ним взаимодействовать, обогащаться опытом и реализовывать себя как личность.

Наиболее распространенной является коррекция посредством творческого выражения личности, не только снимающая посттравматический синдром, но и способствующая раскрепощению, духовному становлению личности, более активному включению в социальные связи, так как является языком невербальной коммуникации. Одним из видов творческого выражения личности является метод танцевально-двигательной терапии. Он основывается на стимуляции тактильного, сенсорного, аудиального и кинестетического восприятия, что позволяет формировать компенсаторные замещающие, выравнивающие процессы в развитии ребенка.

Дети с ОПФР наиболее трудная группа детей, так как с ними очень сложно установить контакт и проводить коррекционную работу. Танцевально-двигательная терапия помогает избежать многих трудностей. Она наиболее оптимальна для детей с ОПФР, так как в ней объединены элементы сказкотерапии, работы с метафорой, арт-терапии, игры и т. д.

Танцевально-двигательная психотерапия непосредственно исследует качество движения и ощущения и эмоции, стоящие за ним. Существует 3 основных области работы в танцевально-двигательной психотерапии: это тело и его движения, межличностные отношения и самосознание. И целями, соответственно, первой области являются активация тела и развитие его возможностей, второй области — установление базового уровня коммуникации через использование ритма и прямого физического взаимодействия, третьей — развитие Я-концепции и повышение самооценки через осознание собственного телесного опыта в движении. Через проективные механизмы человек, таким образом, обретает контакт с собственным телом, обучается проявлять и контролировать собственные эмоции, осознавать неосознаваемое и получать доступ к вытесненным аспектам жизни.

Сфера межличностных отношений, имеющая большое значение как для личностной динамики, так и, в широком смысле, для состояния социума в условиях танцевально-двигательной терапии подвергается воздействию через систему социальной коммуникации, а именно — ее эмоциональное наполнение.

Исследования показывают, что танцевально-двигательная терапия помогает установить или восстановить межличностную коммуникацию. Например, исследования Кендона по синхронности движения основываются на той предпосылке, что существует некая нейрофизиологическая связь организации речи и телодвижений в человеческой коммуникации.

Танцевально-двигательная терапия может помочь развитию этого базисного уровня коммуникации, так как она непосредственно использует ритм и кинестетические паттерны. Переутверждение «Я» в «Я» в отношении с другими происходит естественным образом, благодаря работе в группе.

Работа в группе с использованием танцевально-двигательной терапии способствует развитию доверия, осознания личностных границ. С помощью обратной связи (вербальной и невербальной) устанавливаются благоприятные межличностные отношения. Группа по танцевально-двигательной терапии — это микрокосм различных социальных ситуаций, благодаря чему ее участники учатся более адекватно воспринимать себя и других и расширять спектр поведенческих возможностей.

УДК 378-057.875:316.622

ОСОБЕННОСТИ РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ

Непечелович О. В.

Учреждение образования

«Белорусский государственный университет»

г. Минск, Республика Беларусь

В психологической литературе сложились два подхода к пониманию риска. При первом подходе риск расценивается как направленность на особо привлекательную цель, достижение которой связано с физической опасностью, при втором — риск означает осуществление альтернативного

выбора в ситуации неопределенности, где успех — неуспех зависит от случая (азартный процесс принятия решения) [1]. Выбор варианта поведения в условиях опасности обычно определяется следующими соображениями: выигрышем, опасностью, шансами на успех, степенью необходимости осуществления выбора. Таким образом, рискованное поведение определяется, с одной стороны, объективно действующими ситуативными факторами, а с другой — индивидуальными качествами субъекта. Человек идет на риск не по тому, что риск имеет для него положительную ценность, а потому, что он рассчитывает на высокий выигрыш [2]. Более того, реализуя рискованное поведение, человек зачастую осознает опасность, которой он подвергается при вовлечении во вредные для здоровья виды активности. Именно рискованное поведение в юношеском возрасте является непосредственной причиной возникновения тяжелых заболеваний в период взрослости. В свою очередь, особенности рискованного поведения часто детерминируются личностными свойствами и склонностью к риску в целом. Нередко у молодых людей возникает иллюзия неуязвимости по отношению к различным заболеваниям, которая сопровождается возникновением неоправданного оптимизма. Более того, эмоциональная неустойчивость, импульсивность, экстравертированность и высокая склонность к риску зачастую могут приводить к стремлению активно реализовать рискованное поведение во многих сферах жизни. Ввиду того, что до сих пор вопрос о факторах рискованного поведения остается малоизученным в психологии здоровья, становится очевидной необходимость более глубокого и детального изучения этой области.

Наше эмпирическое исследование было посвящено определению особенностей рискованного поведения у студентов.

Для сбора данных использовались методы анкетирования и опроса. Посредством анкетирования были изучены особенности рискованного поведения студентов (курение, малая физическая активность, частое употребление жареной пищи, нарушение ПДД в качестве пешехода либо водителя, отрицание безопасного секса, употребление алкоголя, следование диетам и употреблении наркотических веществ), а с помощью опросника МакКрае — Коста «Большая пятерка» мы смогли определить личностные качества испытуемых. Данные, полученные в результате опроса, позволили сделать выводы о детерминантах рискованного поведения студентов.

В исследовании принимали участие 80 человек (50 % юношей и 50 % девушек), чей возраст составил от 19 до 23 лет (средний возраст — 21 год). Все испытуемые являются представителями студенческой молодежи 3–5 курсов разных университетов: БГУ, БГЭУ и БГЛУ. Нами были использованы следующие методы статистического анализа: частотный, корреляционный и регрессионный.

Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о следующих закономерностях:

1. При анализе выраженности всех исследуемых видов рискованного поведения (курение, малая физическая активность, частое употребление жареной пищи, нарушение ПДД в качестве пешехода либо водителя, отрицание безопасного секса, употребление алкоголя, следование диетам и употреблении наркотических веществ) была обнаружена тенденция увеличения реализации рискованного поведения девушками, в то время как юноши в большей степени стараются следить за своим здоровьем и предпочитают выбирать безопасное поведение. Таким образом, курение, отрицание безопасного секса, недостаточная физическая активность и следование диетам представляют собой наиболее предпочтительные виды рискованного поведения для большинства девушек. Для юношей, в свою очередь, наиболее привлекательными оказываются частое употребление алкоголя, жареной пищи и наркотических веществ. Самым распространенным среди всей молодежи видом рискованного поведения является нарушение правил ПДД как в качестве пешехода, так и в качестве водителя.

2. Склонность к риску как величина, опосредующая взаимосвязь некоторых личностных качеств и рискованного поведения, имеет различные вариации в двух гендерных группах. Таким образом, анализ продемонстрировал нам более высокий уровень склонности к риску у юношей и существенно более низкий уровень склонности к риску у девушек, несмотря на то, что студентам характерно рискованное поведение в большей мере. Такая закономерность может быть объяснена с позиции того, что высокая склонность к риску формирует только намерение реализовать рискованное поведение, а не обязательно приводит к реализации рисков. Низкая склонность

к риску, наоборот, может свидетельствовать об уже реализуемых рисках и отсутствии потребности в освоении дополнительных видов рискованного поведения.

3. На переменную «Склонность к риску», в свою очередь, оказывают влияние такие переменные как «вера» и «пол» (студенты мужского пола с большей вероятностью будут иметь высокую склонность к риску, нежели девушки: $r = -0,035$, $p < 0,01$; неверующие студенты также имеют высокие показатели по данной шкале: $r = -0,253$, $p < 0,01$)

4. В психологическом портрете личности с высокой склонностью к риску и реализации рискованного поведения присутствуют такие личностные качества, как ярко выраженная экстраверсия, заставляющая тяготеть к острым, возбуждающим впечатлениям, частым рискам, импульсивным и необдуманным действиям по первому побуждению; в значительной мере импульсивность либо невысокий уровень самоконтроля (свойственен людям, которые редко проявляют в своей жизни волевые качества, живут, стараясь не усложнять свою жизнь, могут презрительно относиться к моральным ценностям). Эмоциональная неустойчивость не является детерминантой уровня склонности к риску.

5. На особенности рискованного поведения студентов оказывают непосредственное влияние низкий уровень самоконтроля, уровень дохода в семье, состав семьи, возраст, а также оценка своего здоровья по сравнению со здоровьем родителей. Например, позитивная взаимосвязь была установлена между семейным доходом и небезопасным поведением студентов ($r = 0,252$, $p < 0,05$). Студенты с высоким семейным доходом проявляют большую инициативу реализации рискованного для своего здоровья поведения, что может быть обусловлено способностью респондентов нести материальные затраты на реализацию тех или иных видов рискованного поведения (курить часто дорогие марки сигарет, например). С другой стороны, положительная корреляция существует также между составом семьи и небезопасным поведением ($r = 0,666$, $p < 0,05$). Следовательно, студенческая молодежь из неполных семей скорее станет пренебрегать безопасным поведением во имя реализации рискованного поведения. Это находит свое объяснение с социальной позиции, когда наличие одного из родителей, возможно, не обеспечивает полноценного воспитания и развития в индивиде стремления заботиться о своем здоровье. Склонность к риску является фактором, опосредующим рискованное поведение студентов.

6. Вера студентов в мифы о здоровье не находит прямой взаимосвязи ни со склонностью к рискам, ни с собственно рискованным поведением. Однако высокий уровень наивности студенческой молодежи все же показывает недостаток их информированности о небезопасных видах активности и свидетельствует о необходимости развенчивания всех подобных заблуждений о здоровье.

К сожалению, современная студенческая молодежь отдает предпочтение привлекательным формам рискованного поведения, нежели выбирает для себя безопасное поведение как гарант здорового образа жизни. На выбор студентов в данной ситуации оказывают влияние как личностные, так и социальные факторы. Более того, существует огромный спектр других детерминант реализации рисков. Необходимым, во-первых, является дальнейшее изучение особенностей рискованного поведения наших студентов и факторов, опосредующих данное поведение. Во-вторых, важно качественное информирование — ведь только обладание достоверной информацией обо всех видах рискованного и безопасного поведения будет способствовать более рационалистическому отношению студентов к своему здоровью (никаких привлекательных форм поведения, которые являются потенциально вредными для здоровья, а только осуществление выбора в пользу реализации благоприятных для здоровья форм поведения). Для достижения данных целей нам нужно обратить внимание на необходимость тщательной сортировки преподносимой масс-медиа информации, которая, в свою очередь, должна обладать высоким уровнем качества, а не превалировать количеством. Кроме того, необходимо увеличить эффективность пропаганды здорового образа жизни студентов, учитывая индивидуально-личностную и социально-экономическую специфику рискованного поведения студенческой молодежи. Эти меры могут способствовать формированию потребности у студентов в личном здоровье, мотивов востребованности здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козелецкий, Ю. Психологическая теория решений / Ю. Козелецкий. — М.: Прогресс, 1979. — 504 с.
2. Котик, М. А. Психология и безопасность / М. А. Котик. — Таллин: Валгус, 1989. — 448 с.

ИЗУЧЕНИЕ СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ СЕМЕЙНЫХ КРИЗИСОВ

Новак Н. Г.

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

Ключевым компонентом процесса переживания личностью кризисного события являются стратегии *преодоления*, которые представляют собой индивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее собственной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями. Причем человек, выбирая определенный способ реагирования, отталкивается не столько от ситуации как таковой, а в большей степени основывается на ее восприятии, понимании и истолковании.

С целью изучения опыта переживания семейных кризисов было использовано полуструктурированное интервью, поскольку этот метод позволяет исследовать и трансформировать опыт переживания личностью проблемных ситуаций.

В общей сложности в эмпирическом исследовании приняли участие 415 студентов высших учебных заведений г. Гомеля (141 юноша и 274 девушки). Из них 188 студентов (юноши — 72, девушки — 116) имели опыт переживания семейных кризисов. Отбор испытуемых в выборку исследования осуществлялся методом анкетирования. На основе анкетных данных были получены общие социально-демографические показатели испытуемых (ФИО, пол, возраст, состав семьи, место жительства родительской семьи и т. д.), а также выявлены юноши и девушки, столкнувшиеся с семейным кризисом. В работе описаны результаты исследования респондентов, имеющих опыт переживания семейных кризисов, наиболее часто встречающихся в выборке исследования (n=120): смерть близкого родственника (47,5 %), развод родителей (44 %), совместное проживание с пьющим родителем, т. е. «совместное бытие» с больным членом семьи, имеющее затяжной, хронический характер (61 %). В некоторых случаях имело место сочетание семейных кризисов.

Сравнительный анализ используемых стратегий преодоления с учетом типа семейного кризиса позволяет выделить следующие особенности. Общими способами преодоления в ситуации семейного кризиса являются: «Дистанцирование», «Секрет», «Позитивная переоценка», «Самоконтроль», «Забота о других», «Переключение», «Игнорирование», «Негативные эмоции», «Уход в себя», «Поддержка». Для переживания ситуации потери близкого характерны копинг-стратегии «Смирение» и «Застревание». При разводе родителей дети не применяют характерную для двух других типов кризиса стратегию «Борьба». В ситуации алкоголизма родителя детьми не используются характерные для двух других типов кризиса стратегии «Вытеснение», «Замещающая фигура» и «Решение проблемы».

Из-за большого количества выделенных стратегий совладания для дальнейшего анализа опыта переживания мы объединили их в несколько стилей преодоления, а именно:

- 1) механизмы психологической защиты: дистанцирование; игнорирование; вытеснение; уход в себя; «секрет»;
- 2) эмоциональный копинг: негативные эмоции; безусловная любовь; застревание;
- 3) когнитивно-поведенческий копинг: позитивная переоценка; оптимизм; самоконтроль; смирение; борьба; решение проблемы; переключение; забота о других;
- 4) социальный копинг: поддержка; замещающая фигура.

Далее рассмотрим, какой стиль преодоления является доминирующим в ситуации переживания семейного кризиса (рисунок 1).

Как показали результаты исследования, в процессе переживания семейных кризисов чаще используются стратегии психологического преодоления, представляющие собой *когнитивно-поведенческий копинг* (позитивная переоценка; оптимизм; самоконтроль; смире-

ние; борьба; решение проблемы; активное сотрудничество; переключение; забота о других). На втором месте по частоте использования находятся «механизмы психологической защиты» (дистанцирование; игнорирование; вытеснение; уход в себя; «секрет»). Далее по частоте встречаемости следуют стратегии психологического преодоления, характеризующие эмоциональный копинг (негативные эмоции; безусловная любовь; застревание). Реже других в ситуации семейного кризиса ребенком используются ресурсы социальной сети, т.е. социальный копинг (поддержка; замещающая фигура).

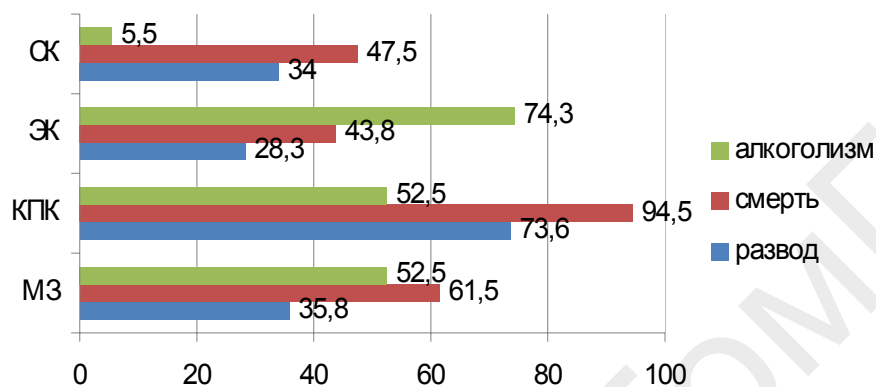


Рисунок 1 — Результаты сравнительного анализа частоты встречаемости различных стилей совладающего поведения

Сравним выраженность различных стратегий преодоления, объединив их в соответствующие стили с учетом типа семейного кризиса (рисунок 2).

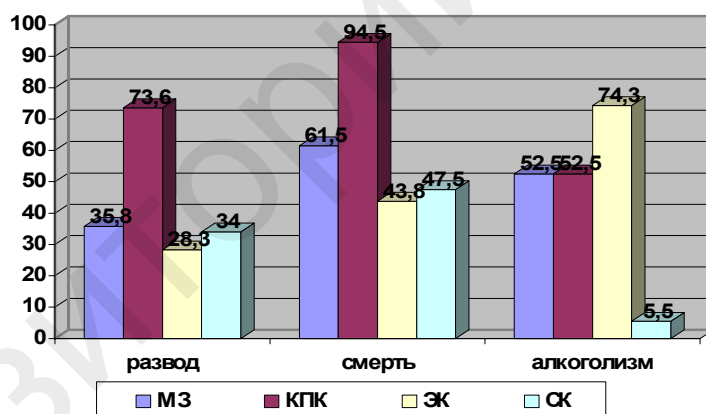


Рисунок 2 — Сравнение выраженности стилей преодоления с учетом типа семейного кризиса

В зависимости от типа семейного кризиса были выделены следующие особенности: в ситуации развода родителей ребенок чаще использует стратегии преодоления, соответствующие когнитивно-поведенческому копинг-стилю; в случае потери близкого родственника в процессе переживания ребенка также доминируют стратегии совладания, отражающие когнитивно-поведенческий копинг; если кто-то из родителей злоупотребляет алкоголем и в состоянии алкогольного опьянения наносит вред своему здоровью и здоровью своих близких, ребенок использует эмоциональные формы реагирования (эмоциональный копинг).

Можно предположить, что семейные кризисы «смерть» и «развод» сопровождаются необратимыми и часто кардинальными изменениями семейной ситуации, связанными с «уходом» родителя из семьи. Это требует от ребенка преобразования системы отношений, способствует усвоению новых форм поведения и ролевых функций. В случае проживания с пьющим родителем семейная ситуация не изменяется, а только приобретает хронический характер, наблюдается постоянное воздействие стрессора, что приводит к чувству безысходности и беспомощности, бессмысленности, доминированию аффективных реакций.

Анализ материалов интервью позволил также утверждать, что использование механизмов психологической защиты чаще всего связано с потребностью ребенка поддержать иллюзию «ничего не случилось, все хорошо». Если на начальных этапах процесса переживания они могут временно совладать с ситуацией для поиска более эффективных способов психологического преодоления, то их доминирование требует от человека значительных душевных и физических сил. Кроме того, игнорирование проблемы или желание «скрыть» ее от других не только не разрешают ситуацию, но и лишают возможности использовать ресурсы социальной сети. В случае неэффективности и незавершенности процесса переживания кризиса перенесенная травма продолжает оказывать негативное влияние на развитие личности. Со временем человеку все тяжелее контролировать непроработанный травматический опыт. Спустя годы после кризисного события юноши и девушки отмечают, что «не могут улыбаться, как другие» и не понимают, почему не позволяют себе радоваться жизни и быть счастливыми.

Следует отметить, что уровень эмоциональности в процессе повествования и подробность воспоминаний не могут рассматриваться в качестве абсолютного критерия эффективности переживания человеком кризисного события. С одной стороны, если человек способен говорить об умершем без сильной боли (остается печаль спокойная, светлая), то работу горя можно считать завершенной, а процесс переживания — продуктивным. Если пережитый опыт стал частью жизненной истории, можно говорить о восстановлении психологического благополучия и «посттравматическом росте». С другой стороны, неэмоциональное, нейтральное отношение к событию может быть итогом вытеснения травмы, ее игнорирования, подавления связанных с ней эмоций, а, следовательно, неэффективности и непродуктивности процесса переживания кризиса. Более надежными показателями в этом плане являются принятие ответственности и активность при реализации жизненных замыслов и целей, внутренняя работа по перестройке ценностно-смысловой сферы, реальное преобразование жизненной ситуации. Таким образом, об эффективности переживания семейного кризиса свидетельствует целостность, полнота и глубина (а не подробность) описания респондентами своего состояния в ситуации кризиса и способность к рефлексии стратегий выхода из кризиса, что указывает на трансформацию травматического опыта в общую картину жизненного пути.

УДК 613.9-053.81-02:316.654

ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ К ЗДОРОВЬЮ И ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Павлов Б. Б.

Учреждение

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

Эффективность профилактической деятельности, направленной на формирование здорового образа жизни, значительно возрастает при условии ее начала на ранних этапах развития личности. Тогда мы можем говорить об обучении и формировании, а в более зрелые годы речь уже идет о ломке привычных стереотипов поведения, что представляется значительно более трудоемким процессом, что требует больших финансовых вложений.

Исходя из этого, работа с молодежью является одним из основных направлений деятельности по формированию здорового образа жизни.

Для оценки эффективности профилактической деятельности, что является одним из важных направлений работы центров гигиены, эпидемиологии, было изучено отношение учащейся молодежи к здоровью и вредным привычкам.

Изучение отношения учащейся молодежи к здоровью включало в себя следующие аспекты: самооценка здоровья учащейся молодежи; ценность «здоровья» в иерархии ценностей учащейся молодежи; отношение учащейся молодежи к курению и употреблению алкогольных напитков; уровень заинтересованности в информации о сохранении и

укреплении здоровья; основные причины, негативно влияющие на состояние здоровья учащейся молодежи.

Анализ данных, полученных в рамках социологических исследований, начнем с рассмотрения особенностей субъективных оценок здоровья учащейся молодежи (16–20 лет).

Состояние своего здоровья 42,8 % опрошенных молодых людей оценивают как хорошее и скорее хорошее. Доля позитивных самооценок состояния здоровья в группе девушек выше, чем в группе юношей.

За последние 2 года у значительной части учащейся молодежи (62 % опрошенных) состояние здоровья не изменилось, 12,5 % отметили улучшение. Юноши в 2,5 раза чаще, чем девушки отмечают улучшение состояния своего здоровья.

Результаты исследований показали, что субъективные оценки состояния здоровья в целом лучше среди учащейся молодежи, чем по всей выборочной совокупности.

Данные социологических исследований показывают, что в Республике Беларусь происходит повышение индивидуальной значимости здоровья. Здоровье становится все более востребованным индивидами, начинает осознаваться как капитал, защищающий статус, повышающий шансы социальной мобильности и обеспечивающий успешную адаптацию к социально-экономическим изменениям в обществе. Это характерно как для всего населения, так и для учащейся молодежи.

Рейтинг здоровья является самым высоким среди 22 жизненных ценностей. 83,5 % респондентов отметили его в числе пяти наиболее важных. Для учащейся молодежи, по сравнению с более старшими возрастными группами, другими наиболее значимыми ценностями являются любовь (56 %), дружба (45,5 %), материально обеспеченная жизнь (40,1 %) и дети (25,3 %).

Одной из главных целей деятельности по формированию здорового образа жизни является формирование общественного сознания на позитивное и ответственное отношение к своему здоровью. За последние 2 года 39,9 % опрошенных молодых людей стали более внимательны и заботливы по отношению к своему здоровью и только 4,2 % — более халатны.

Существуют различия в отношении к своему здоровью в зависимости от пола. Девушки более внимательны и заботливы в отношении к своему здоровью, нежели юноши. Доля юношей, чье поведение стало более халатным и безразличным в 4 раза больше, чем среди девушек.

В проявлениях активности, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, выявлены различия, связанные с полом опрошенных. Девушки чаще юношей соблюдают умеренность в потреблении продуктов питания, алкоголя, больше внимания уделяют своему сну, в 2 раза чаще обращаются к врачу при первых признаках заболевания, в 2 раза чаще следят за своим весом, в 1,5 раза чаще принимают витамины и биодобавки. Юношей же в свою очередь больше интересует физическая составляющая здорового образа жизни, они в 3 раза чаще, нежели девушки делают физическую зарядку и активно занимаются спортом.

Учащаяся молодежь по сравнению с другими возрастными группами наиболее активна в отказе от курения и увеличении своей физической активности. Доля пытавшихся отказаться от курения и увеличить физическую активность в целом в 2 раза выше, чем среди других возрастных групп.

Значительная часть учащейся молодежи (43,9 % опрошенных) осознает недостаточный уровень активности, направленный на сохранение и укрепление здоровья.

Главными причинами недостаточной заботы о своем здоровье для учащейся молодежи являются «недостаток силы воли» (53,5 %), «недостаток материальных средств» (53 %) и «дефицит времени» (52,7 %).

Формирование у молодежи мотивации к здоровому образу жизни во многом определяется развитием когнитивной составляющей отношения к здоровью, которая ассоциируется с познавательной деятельностью индивидов. В данной связи нас интересовали источники и способы получения знаний и информации по вопросам сохранения и укрепления здоровья, а также основные направления востребованной информации.

Наиболее важным источником получения информации о здоровье представители данной возрастной группы назвали средства массовой информации (59,1 %). Не менее автори-

тетными и часто используемыми источниками получения информации о здоровье являются родители и преподаватели учебных заведений. Несомненно, основы отрицательного отношения к вредным привычкам, позитивного отношения к своему здоровью закладываются именно в процессе воспитания в семье и обучения в учебных заведениях. Поэтому необходимо предоставлять родителям и преподавателям информацию, которая позволит расширить их знания по проблеме сохранения и укрепления здоровья, тем самым повысить уровень информированности учащейся молодежи.

По результатам проведенных исследований показатели распространенности курения среди учащейся молодежи выглядят следующим образом: никогда не пробовал — 43,3 %, курил, но бросил — 11,2 %, курю от случая к случаю — 23,8 %, курю постоянно — 21,7 %.

Данные, полученные в ходе исследований, подтверждают известный факт: среди юношей курение более распространено, чем среди девушек. Доля тех, кто курит постоянно, в группе юношей в 2 раза выше, чем в группе девушек. Доля тех, кто курит от случая к случаю, в группе юношей в 1,3 раза больше, чем в группе девушек.

Принято считать главным социальным злом последних лет приобщение подростков к наркотикам, отодвигая на второй план проблему алкоголизма. Однако именно в связи с недостаточным вниманием общества к этому асоциальному явлению подростковый алкоголизм закрепляется и приобретает наиболее тяжелые формы. Если рассматривать все население с точки зрения его уязвимости по отношению к алкоголю, то отчетливо выделяется категория подрастающего поколения, ведь она играет важную роль в формировании здоровья общества. Состояние здоровья подростка предопределяет будущие возможности взрослого человека. Алкоголизм взрослых людей, как правило, основывается на частом употреблении спиртных напитков в подростковом возрасте. Таким образом, подростковый алкоголизм является сегодня одной из серьезнейших проблем.

По данным Всемирной организации здравоохранения, проблемы, связанные с употреблением алкоголя, перестали быть сегодня медицинскими или моральными проблемами только отдельных лиц, они затрагивают здоровье, благополучие и безопасность всего населения, более того, влияют на национальное развитие.

С целью изучения проблемы употребления алкоголя среди учащейся молодежи респондентам был задан вопрос о частоте употребления алкогольных напитков. И как выяснилось, большинство молодых людей регулярно или эпизодически распивают алкогольные напитки. Самым популярным спиртным напитком среди учащейся молодежи является пиво. Частота его ежедневного потребления значительно выше, нежели других спиртных напитков. Таким образом, меняется природа подросткового алкоголизма серьезной социальной проблемой становится пивной алкоголизм.

Выявлены различия в употреблении алкогольных напитков в зависимости от пола. Частота ежедневного употребления алкоголя значительно выше в группе парней по сравнению с девушками.

16,3 % учащейся молодежи, употребляющей спиртные напитки, осознают вредное влияние на состояние здоровья алкоголя и пытаются уменьшить его употребление. Смогли достичь положительного результата 15,6 %.

По результатам проведенных исследований можно сформулировать следующие выводы:

- среди учащейся молодежи наблюдаются самые высокие положительные оценки здоровья и наибольший уровень активности, направленный на сохранение и укрепление здоровья;
- большая часть учащейся молодежи предпринимает попытки отказаться от курения, уменьшить употребление алкоголя;
- на современном этапе следует уделять особое внимание профилактике потребления слабоалкогольных напитков, включая пиво, в молодежной среде;
- в профилактической работе одной из основных трудностей является преодоление мифов и поведенческих стереотипов об относительной безопасности и определенной престижности употребления слабоалкогольных напитков, бытующих в молодежной среде.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ МАТЕРЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Певнева А. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

В г. Гомеле и Гомельской области наблюдается рост числа детей с особенностями психо-физического развития [1]. При анализе детской инвалидности обращает на себя внимание рост инвалидности от врожденных пороков развития. Так, число детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата от общего числа инвалидов составляет 22,53 %. В сложившейся ситуации остро встает вопрос о качестве жизни семей, в которых воспитываются дети с детским церебральным параличом (ДЦП), так как болезнь ребенка оказывает патологическое влияние не только на жизнь, но и на его ближайшее окружение. Для ребенка-инвалида этим окружением являются его родители или другие лица, осуществляющие непосредственный уход. Показано, что установление инвалидности ребенка является для родителей чрезвычайно сильным и значимым психотравмирующим фактором. [2]. По степени тяжести стресса рождение неполноценного ребенка приравнивается к переживаниям утраты супруга, тюремному наказанию [3].

По мере роста и развития ребенка-инвалида в семье возникают новые стрессовые ситуации, новые проблемы, к решению которых родители бывают совершенно не подготовлены. В этот момент жизни нарушаются семейные отношения, особенно между родителями и детьми. Искаженное поведение родителей в связи с переживаемым стрессом приводит к нарушению взаимодействия с социумом, расстройству супружеских отношений, нарушению репродуктивного поведения (при небольшом риске отказываются зачать, а при большом — страстно желают это сделать) [3].

К настоящему времени имеются лишь единичные исследования, отражающие состояние родителей, воспитывающих детей с проблемами в развитии (Е. Н. Ермакова (2005), М. Н. Гулова, Т. К. Стуре (2003), Е. А. Савина, О. Б. Чарова (2000), М. М. Семаго (1992), В. В. Ткачева (2009), Р. Ф. Майроян (1976), И. В. Рыженко, М. С. Карданова (2007), Исаев (2003) и др.). Результаты исследований указывают на наличие серьезных нарушений во всех сферах жизнедеятельности человека (эмоциональная сфера, проблемы общения с социумом, соматические нарушения), весь этот комплекс нарушений авторы определяют как родительский кризис.

Самостоятельно изменить сложившуюся ситуацию эти семьи, как правило, не способны. В большинстве случаев взаимоотношения в таких семьях приобретают нелогичный, неадекватный ситуации характер, родители затрудняются определить свою роль в новой сложной жизненной ситуации [4].

В то же время напряжение, возникающее в процессе воспитания тяжелобольного ребенка, приводит к неудовлетворенности родителей выполнением своих функций, что в свою очередь, является причиной конфликтов в семьях, внутриличностных конфликтов самих родителей, нарушения взаимодействия с социумом и распада семьи. В результате один из родителей (чаще мать) несет на себе психологический и физический груз сложившейся ситуации [4].

Таким образом, семья перестает быть институтом социализации ребенка с особенностями психо-физического развития, растет социальное сиротство. Задачи воспитания подрастающего поколения (гуманизации), стоящие перед современным обществом, актуализируют вопросы улучшения качества жизни родителей, воспитывающих детей с особенностями психо-физического развития.

Заболевание ребенка с двигательными нарушениями влияет на параметры качества жизни не только самого больного ребенка, но и его родителей. Данное заключение было подтверждено результатами нашего исследования, в котором были выявлены значительные различия в показателях между параметрами качества жизни матерей, воспитывающих детей

с нормой в развитии, и матерей детей с двигательными нарушениями. Наиболее низкие параметры качества жизни были выявлены в группе матерей, дети которых имеют двигательные нарушения, по сравнению с матерями детей с нормой в развитии.

Матери, воспитывающие детей с нормой в развитии, обладают высокой физической активностью, которая приближается к максимально возможным значениям. Достаточно высоким был показатель ролевого физического функционирования, свидетельствующий о несущественных ограничениях в жизнедеятельности из-за физических проблем. Отмечается высокий уровень социальной активности, т. е. достаточная эмоциональная и физическая способность к общению с другими людьми. Выявлены высокие показатели общего здоровья и ролевого функционирования, жизнеспособности и психического здоровья. Качество жизни матерей детей с двигательными нарушениями существенно снижены по всем показателям опросника SF-36. Это свидетельствует о том, что повседневные заботы о больном ребенке отражаются на качестве жизни матери, т.е. влияют на основные составляющие жизни — на психическое и физическое состояние, психоэмоциональный фон и социальную активность.

Матери детей с двигательными нарушениями в силу традиционного распределения обязанностей между мужем и женой оказываются под влиянием стрессогенной ситуации значительно более длительное время. Последствия данной ситуации ведут к нарушению у них психического состояния. Данный вывод был подтвержден результатами нашего исследования, в котором проводился сравнительный анализ показателей психического состояния у матерей детей с детским церебральным параличом и матерей детей с нормой в развитии.

В результате корреляционного анализа была выявлена взаимосвязь между параметрами качества жизни и психическим состоянием матерей детей с двигательными нарушениями. Так, показатель общего состояния здоровья взаимосвязан с показателем тревоги ($r = 0,58$), невротической депрессии ($r = 0,53$), астении ($r = 0,48$), истерического типа реагирования ($r = 0,58$), обсессивно-фобических и вегетативных нарушений ($r = 0,52$; $r = 0,43$). Это означает, что с ухудшением психического состояния снижается состояние здоровья в целом.

С показателями тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений был связан показатель физического функционирования ($r = 0,58$; $r = 0,51$; $r = 0,50$; $r = 0,58$; $r = 0,42$; $r = 0,35$ соответственно).

Показатель влияния физического состояния на ролевое функционирование был связан с показателем тревоги ($r = 0,37$), невротической депрессии ($r = 0,44$), астении ($r = 0,38$), истерического типа реагирования ($r = 0,61$), обсессивно-фобических и вегетативных нарушений ($r = 0,41$ и $r = 0,62$ соответственно).

У испытуемых показатель влияния эмоционального функционирования на ролевое функционирование был взаимосвязан только с показателем шкал истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений ($r = 0,46$; $r = 0,49$ и $r = 0,42$ соответственно). По-видимому, отсутствие связи данного показателя с показателями тревоги, невротической депрессии и астении свидетельствует о том, что матери, испытывая тревогу, невротическую депрессию и астению, продолжают выполнять повседневные обязанности по уходу за ребенком-инвалидом.

У обследуемых лиц социальное функционирование тесно взаимосвязано с показателями тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений ($r = 0,60$; $r = 0,50$; $r = 0,43$; $r = 0,50$; $r = 0,58$; $r = 0,34$ соответственно).

С показателями тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений связан показатель интенсивность боли и ее влияния на способность заниматься повседневной деятельностью и жизнеспособность ($r = 0,58$ и $r = 0,56$; $r = 0,50$ и $r = 0,57$; $r = 0,51$ и $r = 0,44$; $r = 0,61$ и $r = 0,55$; $r = 0,43$ и $r = 0,44$; $r = 0,51$ и $r = 0,44$ соответственно).

Психологический компонент здоровья и самооценка психического здоровья тесно взаимосвязаны со шкалой тревоги ($r = 0,47$; $r = 0,58$), невротической депрессии ($r = 0,47$; $r = 0,562$),

астении ($r = 0,30$; $r = 0,45$), истерического типа реагирования ($r = 0,46$; $r = 0,53$), обсессивно-фобических и вегетативных нарушений ($r = 0,57$; $r = 0,51$ и $r = 0,35$; $r = 0,34$ соответственно).

Постоянный уход за ребенком с двигательными нарушениями, забота о нем влечет за собой повышенную физическую нагрузку и постоянное напряжение, что вызывает чрезмерное переутомление и ведет к нарушению психического состояния, психологического здоровья в целом и снижению качества жизни.

Чрезмерные физические нагрузки вызывают болевые ощущения, влияющие на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Обессиленность, недостаток сил и энергии, отсутствие положительных эмоций ведет к нарушению психического здоровья, к появлению астении, тревоги, депрессии, нервным срывам. При ухудшении состояния появляется повышенная слезливость. Жизненная ситуация матерей характеризуется малым количеством стимулов для эмоционально положительных реакций. Все это в свою очередь приводит к ухудшению качества жизни матерей детей с двигательными нарушениями.

Таким образом, у матерей, чьи дети имеют двигательные нарушения, наблюдается низкий уровень качества жизни и нарушение психического состояния (тревожность, астения и истерические реакции, невротическая депрессия, обсессивно-фобические и вегетативные нарушения). Наличие корреляционной связи указывает на взаимосвязь показателей качества жизни и психического состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Певнева, А. Н. Качество жизни матерей детей с детским церебральным параличом при низком уровне осмысленности жизни и нарушении психического состояния / А. Н. Певнева // Психотерапия и клиническая психология. — 2010. — № 1. — С. 104–110.
2. Рыженко, И. В. Особенности реагирования родителей на присутствие в семье ребенка-инвалида. Вероятностные пути психологической помощи / И. В. Рыженко, М. С. Карданова // Мир психологии. — 2000. — № 3. — С. 242–245.
3. Исаев, Д. Н. Умственная отсталость детей и подростков / Д. Н. Исаев. — СПб.: Речь, 2003. — 389 с.
4. Бурмистрова, Е. В. Семья с «особым ребенком»: психологическая и социальная помощь / Е. В. Бурмистрова // Вестник практической психологии образования. — 2008. — № 4. — С. 81–86.
5. Ермакова, Е. Н. Психотерапия родителей тяжелобольного ребенка как поиск смысла / Е. Н. Ермакова // Проблема смысла в науках о человеке: матер. Междунар. конф. — М., 2005. — С. 240–242.

УДК 612.3:611.3:612.017.1

РОЛЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ФОРМИРОВАНИИ, СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ИММУНИТЕТА

Платошкин Э. Н., Платошкин Н. Э.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Особенностью пищеварительной системы человека является ее открытая связь с внешней средой. В то же время на уровне тонкой кишки, где происходят активные процессы пищеварения (внутриполостного, пристеночного, внутриклеточного), должен поддерживаться гомеостаз (физическое, химическое, биологическое, в том числе и генетическое постоянство внутренней среды) с целью сохранения целостности и индивидуальности макроорганизма. Защита пищеварительной системы человека обеспечивается кислой средой в желудке и активным пепсином, которые губительны для большинства инфекционных агентов; автономной (вегетативной) иннервацией органов; двигательной активностью (перистальтикой) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ); работой сфинктерного и клапанного аппарата; выделением секретов пищеварительных желез в просвет кишечной трубки (в первую очередь — желчи и панкреатического сока); секреция гастроинтестинальных гормонов, иммуноглобулинов. Защитную функцию ЖКТ также обеспечивают собственная лимфоидная ткань и микробиота (кишечная микрофлора). Одним из наиболее важных участков взаимодействия чужеродных антигенов, поступающих с пищей, и иммунной системы человека является поверхность слизистой оболочки ЖКТ. Иммунная система ЖКТ является частью лимфоидной ткани, связанной со слизистыми — MALT-системы (mucosa associated lymphoid tissues).

Формирование органов пищеварения плода во внутриутробном развитии зависит от состояния здоровья и питания матери. Для новорожденных и детей раннего возраста незрелость факторов неспецифической защиты, клеточного и гуморального иммунитета на первых месяцах жизни обеспечиваются попавшими трансплацентарно в их организм компонентами иммунной системы матери. Кормление грудью обеспечивает иммунологическую защиту ребенка за счет поступающих в его организм с материнским молоком иммуноглобулинов и других защитных факторов. Для детей на искусственном вскармливании характерна повышенная восприимчивость к инфекциям различного генеза.

Нарушения иммунитета врожденного характера (первичные иммунодефициты), а также возникающие в результате воздействия различных неблагоприятных для организма факторов (вторичные иммунодефициты), приводят к несостоятельности иммунной защиты и развитию болезни.

Первичные иммунодефициты чаще манифестируют в раннем детском возрасте и могут заканчиваться летально в случае тяжелого иммунного дефекта или поздней диагностики и начала лечения [1, 2]. Часто в основе тяжелого иммунодефицита лежит генетический дефект, распознавание которого и семейный анамнез позволяют уточнить характер иммунодефицита. Успехи в лечении этой категории пациентов связаны с использованием трансплантации костного мозга, внутривенного введения иммуноглобулина и антибактериальной терапией [2, 3].

Одной из причин развития вторичного (приобретенного) иммунодефицита являются нарушения питания, такие как: истощение, белково-энергетическая недостаточность, дефицит микроэлементов (цинка, селена и др.), витаминов (А, С, Е, фолиевой кислоты и др.), избыток в пище жиров, углеводов, приводящий к ожирению и так называемому «метаболическому синдрому».

При ожирении избыток липидов влияет на пролиферацию, синтез цитокинов, активность клеток «натуральных киллеров», фагоцитоз. Связано это с изменением текучести мембран, образованием пероксидов липидов, эйкозаноидов, изменением экспрессии генов. При гиперлипидемии снижается фагоцитарная активность макрофагов, хемотаксис нейтрофилов, активность лимфоцитов в реакции бласттрансформации на митогены.

При белково-энергетической недостаточности в первую очередь страдают клеточно-опосредованные иммунные реакции: уменьшение количества $CD3^+$ Т-лимфоцитов; снижение пролиферативного ответа лимфоцитов на Т-клеточные митогены; угнетение синтеза цитокинов (интерлейкинов-1, 2 и др.); снижение киллинга микробов фагоцитами.

Витамины (особенно — жирорастворимые) оказывают выраженное влияние на иммунитет. Дефицит водорастворимых витаминов приводит к ослаблению клеточного иммунитета, но увеличение их потребления лишь незначительно стимулирует его. Витамин С активизирует функцию нейтрофилов и клеток «натуральных киллеров», стимулирует гуморальный ответ. Витамин А активизирует специфический иммунный ответ при инфекциях, синтеза иммуноглобулинов G и A, стимулирует фагоцитоз, усиливает продукцию макрофагами интерлейкина-10, снижает уровень фактора некроза опухолей. Витамин Е увеличивает фагоцитарную активность, стимулирует продукцию интерлейкина-2; снижает пролиферативную активность лимфоцитов.

Цинк — антиоксидант и регулятор функции иммунной системы. При его дефиците снижается количество тимоцитов (клеток тимуса — центрального органа иммунной системы в детском и подростковом возрасте), уровень гормонов тимуса, активность клеток «натуральных киллеров», Т-хелперов, нейтрофилов, продукция антител.

Селен — антиоксидант, регулирует уровень и функцию клеток «натуральных киллеров». При его дефиците нарушается фагоцитоз, цитотоксическая активность клеток «натуральных киллеров», уменьшается содержание $CD4^+$ Т-лимфоцитов, угнетается гуморальный иммунный ответ.

Тем не менее нерациональное и бесконтрольное применение витаминов (особенно — жирорастворимых, способных кумулироваться в организме), антиоксидантов (блокирующих перикисное окисление липидов — механизм, используемый клетками иммунной системы для повреждения антигенных структур микроорганизмов) может привести к неблагоприятным последствиям для организма.

«Естественные» проходящие иммунодефициты могут иметь место как в раннем детском, так и в пожилом, старческом возрасте. Они могут возникать у беременных женщин, а также носить сезонный характер (такие кратковременные иммунодефициты чаще встреча-

ются зимой и ранней весной). Основная их особенность состоит в том, что организм самостоятельно способен восстановить возникшие нарушения без развития тяжелых осложнений. Нарушение эубиоты (дисбиоз ЖКТ) — часто встречающийся клинический синдром, связанный с избыточным ростом условно патогенной микрофлоры [4, 3].

Более тяжелые иммунодефициты (связанные с онкопатологией, ВИЧ-инфекцией, иммуносупрессивной терапией и т. д.), как правило, сопровождаются оппортунистическими инфекциями, не свойственными человеку с нормальным иммунитетом [5, 3]. Последние являются «маркерами» таких тяжелых иммунодефицитов.

Во всех перечисленных случаях поддержание как нормального функционального состояния органов пищеварения, так и состава кишечной микрофлоры являются протективными факторами для поддержания гомеостатической функции ЖКТ и нормального функционирования иммунной системы человека. Диетические рекомендации основываются на соблюдении такого рациона питания, который обеспечивал бы не только нормальное функционирование организма в обычных условиях, но и «запас прочности» в случае неблагоприятного воздействия на организм тех или иных факторов окружающей среды. Ориентироваться необходимо как на адекватное соотношение роста и массы тела, поступление энергии с пищей (калорийностью рациона) с энерготратами организма, так и на состав и показатели общего и биохимического анализа крови, морфометрию клеток крови, показатели кислотно-основного состояния биологических жидкостей, иммунограмму, электрокардиограмму, определять толерантность к физической нагрузке и ряд других физиологических показателей, а также оценивать самочувствие человека. Современная пищевая и фармацевтическая промышленность позволяют проводить нутритивную и фармакологическую коррекцию функциональных отклонений в деятельности пищеварительной системы с позиций эффективного и безопасного вмешательства в формирование, сохранение и укрепление иммунной системы человека. Но, несмотря на значительный прогресс в разработке и применении иммунокорректирующих препаратов и биологически активных добавок, многие факты пока еще не достаточно понятны и требуют дальнейших исследований и оценки с позиций «доказательной медицины».

ЛИТЕРАТУРА

1. Systematic evidence review of newborn screening and treatment of severe combined immunodeficiency / E. A. Lipstein [et al.] // *Pediatrics*. — 2010. — Vol. 125. — P. 1226.
2. Improving cellular therapy for primary immune deficiency diseases: recognition, diagnosis, and management / L. M. Griffith [et al.] // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 2009. — Vol. 124. — P. 1152.
3. Long-term survival and transplantation of haemopoietic stem cells for immunodeficiencies: Report of the European experience 1968–1999 / C. Antoine [et al.] // *Lancet*. — 2003. — Vol. 361. — P. 553.
4. Alterations in intestinal barrier function do not predispose to translocation of enteric bacteria in gastroenterologic patients / C. J. O'Boyle [et al.] // *J. Nutrition*. — 1998. — Vol. 14, № 4. — P. 35862.
5. Zaremba, M. L. The essence of infection by opportunistic microorganisms / M. L. Zaremba // *Przegl Epidemiol.* — 2001. — Vol. 55, Sup. 3. — P. 919.

УДК 616.71-053.6

НАРУШЕНИЯ КОСТНОГО ФОРМИРОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Почкайло А. С., Жерносек В. Ф., Юшко В. Д.,
Рубан А. П., Попова О. В.

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

Рациональное питание, адекватная возрасту физическая нагрузка, благоприятное экологическое окружение — важнейшие факторы, определяющие здоровье ребенка, его рост и развитие. Костная ткань растущего организма является одной из наиболее активно развивающихся, а значит — наиболее уязвимых к неблагоприятным экзогенным и эндогенным воздействиям. С момента рождения ребенка до 20–30 лет жизни происходит процесс накопления пи-

ковой костной массы (ПКМ) — того генетически детерминированного максимального уровня минеральной плотности костной ткани, который будет обеспечивать прочность костной ткани на протяжении последующей жизни. Содержание кальция в костной ткани за этот период увеличивается с 25 г у новорожденного до 1,5 кг у взрослого человека. Более высокий достигнутый ребенком уровень ПКМ предполагает более низкий риск развития остеопороза и связанных с ним переломов в пожилом возрасте. Ведущую роль в обеспечении полноценного и своевременного костного формирования играет потребление ребенком с пищей достаточного количества минералов (в первую очередь — кальция), витаминов, белка, приверженность его принципам рационального питания. Адекватная физическая нагрузка не менее важна, поскольку именно в условиях постоянной механической стимуляции, интенсивного кровоснабжения создаются оптимальные условия для костного ремоделирования. Научными исследованиями установлено, что значительная часть современных детей питаются нерационально: получают с пищей недостаточное количество кальция, подвергаются негативному воздействию гиподинамии либо чрезмерных физических нагрузок (например, в условиях профессионального спорта).

Замедление накопления ПКМ, снижение ранее достигнутого ее уровня под воздействием различных факторов риска либо комбинация обоих механизмов лежат в основе развития дефицита костной массы и остеопороза у детей. Все факторы риска условно можно разделить на эндогенные (в большинстве случаев — немодифицируемые) и экзогенные (среди них преобладают модифицируемые, на которые можно оказывать влияние). К первой группе относят генетические особенности, пол, возраст, особенности гормонального обмена. Вторую группу составляют особенности образа жизни ребенка — его питание, физическая активность, наличие вредных привычек, экологическое окружение. Следует отметить, что преобладающей формой дефицита костной массы и остеопороза у детей, в отличие от взрослых, является вторичная, развивающаяся на фоне наличия у ребенка определенных заболеваний и (или) приема определенных лекарственных средств. Наиболее критичным возрастом для нарушения костного формирования являются периоды интенсивного роста — ранний возраст, период полуростового скачка и особенно — период пубертата [1, 2, 3].

Возрастающее внимание педиатров к проблеме дефицита костной массы обусловлено достаточно высокой его распространенностью, доказанным детерминирующим влиянием на развитие остеопороза во взрослой популяции, современными диагностическими возможностями, связанными с внедрением в педиатрическую практику новых лабораторно-инструментальных методов диагностики [1]. К настоящему моменту не опубликовано данных о частоте встречаемости дефицита костной массы в детской популяции Беларуси. Российские научные источники свидетельствуют о его наличии у 5–59 % обследованных детей в зависимости от возраста и применяемого метода диагностики. Клиническая значимость подобных нарушений у детей определяется в полной мере доказанным негативным эффектом на состояние костной ткани у взрослых. Повышение риска переломов костей у самого ребенка с дефицитом костной плотности остается предметом научной дискуссии [4]. Во многих публикациях подтверждается наличие такого риска, равно как и тесная связь остеопении с развитием сколиотической болезни, нарушениями осанки, деформациями костной системы, рахитом, отклонениями в физическом и половом развитии.

Внедрение в практику методов рентгеновской остеоденситометрии и оценки биохимических маркеров костного метаболизма у детей позволило верифицировать на современном уровне нарушения костного формирования. Двойная рентгеновская абсорбциометрия (ДРА), по мнению ВОЗ, является «золотым» диагностическим стандартом снижения костной массы и плотности у взрослых и детей. Опубликована Официальная позиция в педиатрии Международного общества клинической денситометрии (2007), регламентирующая применение метода в педиатрии [5]. Исследование биохимических маркеров позволяет оценить активность и баланс процессов костного формирования и резорбции у конкретного ребёнка, хотя, как и в интерпретации результатов ДРА, адекватная оценка полученных данных у детей в силу ряда причин затруднительна.

На кафедре поликлинической педиатрии БелМАПО проведено исследование состояния костной ткани у здоровых детей и детей с хроническими аллергическими заболеваниями

ми (бронхиальной астмой и атопическим дерматитом). Обследовано 127 подростков, включая 51 ребенка I–II групп здоровья и 76 детей с хроническими аллергическими заболеваниями (ХАЗ) различной степени тяжести и длительности. Возраст мальчиков составил 12–15 лет, девочек — 12–17 лет. Детям проведена комплексная оценка состояния здоровья, оценка питания и физической активности по разработанным анкетам. Выполнена ДРА поясничного отдела позвоночника, исследованы уровни маркеров костного формирования (остеокальцина и общей щелочной фосфатазы), маркера костной резорбции (кальций-креатининовый коэффициент утренней мочи). К снижению минеральной плотности костной ткани относили значения Z-критерия ниже — 2 стандартных отклонений от возрастной нормы по данным ДРА.

Дефицит костной массы выявлен нами у 10,5 % (8/76) детей с ХАЗ (3 девочки, 5 мальчиков) и у 9,8 % (5/51) здоровых подростков (1 мальчик, 4 девочки), то есть практически у каждого десятого обследованного подростка. Установлено, что пациенты с дефицитом костной массы и плотности демонстрировали значимо ($p < 0,05$) более высокие уровни маркеров костного формирования и резорбции в сравнении с подростками, имеющими соответствующую возрастную норму костную плотность. Это свидетельствует о напряженности костного метаболизма у детей с дефицитом костной массы и имеет важное значение для диагностики этой патологии.

При корреляционном анализе нами не установлено статистически значимых связей между анализируемыми диетическими параметрами и состоянием костной ткани, хотя полученные при анкетировании ответы выявили низкую приверженность большинства подростков принципам рационального питания. Отмечалась недостаточная кратность приема пищи, отсутствие в ежедневном рационе либо полное исключение (зачастую — по желанию, а не вследствие диетических ограничений) мяса, молочных продуктов, фруктов, зелени, злоупотребление кофе, редкость профилактического применения витаминно-минеральных комплексов при явном наличии факторов риска. По-видимому, следует продолжить исследование этого вопроса при более глубоком анализе питания, основанном не на субъективных результатах самоанкетирования детей, поскольку согласно современным представлениям роль питания в нарушении костного формирования очевидна.

Анализ параметров физической активности и состояния костной ткани подтвердил наличие клинически и статистически значимых корреляций между ними у обследованных подростков: более активные пациенты имели тенденцию к более высоким показателям костной массы, плотности и активности костного формирования, в то время как пациенты с низкой физической активностью демонстрировали снижение денситометрических показателей, активности костного формирования и интенсификацию костной резорбции. Полученный результат свидетельствует о важной роли уровня физической активности как в возникновении дефицита костной массы, так и в его коррекции и профилактике.

Детям с ХАЗ, у которых нами был выявлен дефицит костной массы, на протяжении 6 месяцев назначался в возрастной дозе витаминно-минеральный комплекс белорусского производства, содержащий кальций и витамин Д. В совокупности с медикаментозной коррекцией проводилась коррекция выявленных факторов риска: обеспечивался адекватный контроль над имеющимся аллергическим заболеванием, давались рекомендации по рациональному питанию, обогащению рациона продуктами, содержащими кальций и витамин Д, увеличению физической активности пациента. Комплекс указанных мероприятий привел к статистически значимому приросту минеральной плотности костной ткани у всех пациентов к окончанию срока коррекции. Полученный результат свидетельствует о целесообразности включения препаратов кальция и витамина Д в программы коррекции дефицита костной массы у подростков.

Таким образом, дефицит костной массы является достаточно распространенным состоянием у детей подросткового возраста, нуждается в своевременном выявлении, коррекции и профилактике. Одним из наиболее значимых аспектов в профилактике и коррекции этой патологии признано следование принципам здорового образа жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Bianchi, M. L.* Osteoporosis in children and adolescents / M. L. Bianchi // Bone. — 2007. — Vol. 41. — P. 486–495.
2. *Коровина, Н. А.* Профилактика остеопении у детей и подростков с риском развития остеопороза / Н. А. Коровина, Т. Н. Творогова // Лечащий врач. — 2006. — № 7. — С. 83–85.

3. Osteoporosis in childhood and adolescence / L. M. A. Campos [et al.] // J. Pediatr. (Rio J.). — 2003. — Vol. 79, № 6. — P. 481–488.
4. Проблемы остеопороза и остеопении в детской травматологии / В.Н. Меркулов [и др.] // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. — 2008. — № 2. — С. 24–28.
5. Official Positions and Pediatric Official Positions of the International Society for Clinical Densitometry, 2007 [Electronic resource]. — Mode of access: <http://www.iscd.org/Visitors/positions/OfficialPositionsText.cfm>. — Date of access: 01.06.2009.

УДК 616.053.37:616.003.9

АКТУАЛЬНОСТЬ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Ритчик В. И., Тиунчик Г. В.

**Государственное учреждение
«Центр медицинской реабилитации для детей
с психоневрологическими заболеваниями «Рефлекс»»
г. Барановичи, Республика Беларусь**

Состояние здоровья населения в Беларуси за последние годы продолжает неуклонно ухудшаться. Наблюдается тенденция к росту преждевременных родов, резкому уменьшению доли здоровых детей при рождении, росту детской инвалидности. Общеизвестно, что 60–70 % детской инвалидности связана с перинатальным периодом, то есть с осложнениями беременности, родов, особенностей адаптации ребенка в течение первого месяца жизни. А в структуре детской инвалидности второе и третье места стабильно удерживают нервные и психические заболевания.

В связи с этим стал актуальным вопрос о ранней комплексной помощи детям на первом году жизни. Ранняя комплексная помощь включает мероприятия, направленные на компенсацию нарушенных структур и функций организма, предотвращение и устранение ограничений подвижности, а также развитие, обучение детей и оказание специальной помощи таким детям в условиях семьи. Основная цель раннего вмешательства — интеграция ребенка в общество.

У детей до 2–3 лет большая пластичность и компенсаторная способность головного мозга. Чем раньше поступает ребенок на реабилитацию, тем больше возможностей у медиков помочь ему и его семье. Реабилитация должна быть комплексной, медики и педагоги должны работать одной командой. Очень важно подключить к этой команде родителей. Реабилитация длится 24 часа в сутки, и успех реабилитационных мероприятий на 50 % зависит от родителей.

Барановичский Центр медицинской реабилитации для детей с психоневрологическими заболеваниями проводит реабилитацию не только детей психоневрологического профиля с двигательными нарушениями, но и активно занимается ранним вмешательством. На реабилитацию попадают дети с первых месяцев жизни по направлению врача-невролога или педиатра. За последние 10 лет количество детей первого года жизни, проходящих курсы реабилитации в ЦМР, увеличилось на 30 %. В 2009 году дети первого года жизни, получившие комплексную реабилитацию, составили 44 % от всех детей, посещающих центр. Дети первых трех лет жизни — 68 %, что говорит о приоритете раннего вмешательства.

Этапы медицинской реабилитации включают:

- определение потребности в реабилитации;
- определение объема реабилитационных мероприятий;
- организация и проведение реабилитационных мероприятий;
- оценка эффективности.

Всегда должны ставиться реально достижимые цели на каждый курс, чтобы родители видели эффективность и были заинтересованы в продолжении реабилитации. Родителям дается «домашнее задание» специалистами по закреплению и дальнейшему развитию навыков, полученных в Центре. Кроме этого родители получают квалифицированную помощь психолога по формированию адекватных родительско-детских отношений, коррекции внутреннего психологического состояния семьи, формирования у членов семьи специальных воспитательных навыков и приемов, необходимых для развития личности.

Обязательной реабилитации подлежат дети:

- с выраженными неврологическими нарушениями при нормальном акушерском анамнезе;
- переведенные из роддома в отделение патологии новорожденных;
- с выраженными изменениями на УЗИ головного мозга;
- с нарушением интеракции.

Неврологические отклонения и нарушения психологической адаптации в 3 раза чаще встречается в группе детей, родившихся преждевременно. У недоношенных детей чаще поражается головной мозг. Внедрение новейших перинатальных технологий, введение сурфактанта детям с РДС позволило уменьшить гипоксию мозга. Но несмотря на это проблема невынашивания остается актуальной. Из всех детей первого года жизни, проходивших курсы реабилитации в ЦМР в 2009 году, 41,5 % родились с разной степенью недоношенности, 7,9 % — родились маловесными. Например, в 2009 году на реабилитации в ЦМР детей находился ребенок, родившийся с массой тела 670,0 г. Причиной рождения таких детей являются тяжелые экстрагенитальные заболевания женщин, гестозы, нарушения обмена в виде дефицита массы тела, никотиновой зависимости, которые в последнее время возросли. Так, в 2009 году экстрагенитальная патология отмечалась у 54,5 % матерей. Чаще — это заболевания эндокринной системы, болезни обмена веществ, системы кровообращения, желудочно-кишечного тракта.

В последнее время наблюдается рост частоты внутриутробных инфекций, что обусловлено в свою очередь возрастанием инфицированности женщин возбудителями, способными поражать плод: ЦМВ, вирус герпеса, хламидии, микоплазмы, вирусные гепатиты В и С, ВИЧ. У 34,8 % женщин имелась единичная или смешанная инфекция. 35,7 % женщин во время беременности болели ОРВИ с повышением температуры тела и принимали антибиотики. Неврологические проблемы возникают у 44 % детей, которые перенесли внутриутробную инфекцию. Если вовремя не проводить коррекцию психических и неврологических отклонений, то в будущем дети имеют психосоматическую патологию.

За последние годы произошло резкое увеличение количества анемий у женщин. Это создает предпосылки для развития биохимической травмы у новорожденных, так как на этом фоне развивается гипоксия. А среди всех повреждений нервной системы, приводящих в последующем к развитию невропсихических осложнений, являются именно гипоксические повреждения.

Несмотря на столь неутешительную статистику, высокая пластичность и большой компенсаторный потенциал мозга ребенка при условии ранней диагностики, адекватной терапии неврологических расстройств, внедрения программы раннего вмешательства на основе мультидисциплинарного подхода позволяет уменьшить степень проявления двигательных нарушений, психо-соматической и другой системной патологии у детей старшего возраста, а также снизить выход на инвалидность и интегрировать ребенка в общество. Важным моментом в реабилитации детей с перинатальной патологией является непрерывность, этапность, преемственность. Кабинет раннего вмешательства является связующим звеном между медицинскими учреждениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданович, Л. Н. Мультидисциплинарный подход в реабилитации детей первого года жизни с церебральными нарушениями: материалы международной научно-практической конференции: «Ранняя помощь детям с особенностями психо-физического развития» / Л. Н. Богданович. — Брест, 2007. — С. 3–5.
2. Страковская, В. Л. Лечебная физкультура в реабилитации больных детей группы риска первого года жизни / В. Л. Страковская. — Л.: Медицина, 1991. — 160 с.

УДК 316.6-053.6:616-006:612.1

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПОДРОСТКОВ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ромашевская И. П., Хоухлянцева В. Ю., Малахова Е. В., Карнаушенко О. Л.

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь

В последние десятилетия наблюдается существенный рост исследований в области качества жизни (КЖ), и это не удивительно, поскольку исследование КЖ в медицине позво-

ляет принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного. С помощью исследования КЖ появляется возможность оценивать комплексное влияние болезни на жизнь пациента, сравнивать эффективность различных вмешательств, прогнозировать течение заболевания [1].

КЖ дает представление о том, как больной переносит свое заболевание. Очевидно, что традиционное медицинское заключение, сделанное врачом, нельзя считать полной и объективной характеристикой влияния болезни на состояние пациента и другие аспекты его жизни, в первую очередь, психологическую, эмоциональную и социальную сферы. КЖ — интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии. КЖ определяется степенью комфортности человека внутри себя и в рамках общества, в котором он живет [2].

В современной медицине широко используется термин «КЖ, связанное со здоровьем». Оно определяется удовлетворенностью теми сторонами жизни, на которые влияют болезни и их лечение, наступающие в результате болезни ограничения.

В определении КЖ есть важный для индивидуума аспект — это субъективность показателей со стороны взрослого или ребенка. В диаде «здоровье-нездоровье» личность может занимать активную или пассивную позицию и регулировать восприятие КЖ. Для ребенка дело обстоит значительно сложнее, так как он еще сильно зависим от средовых и семейных факторов, не в состоянии регулировать многие процессы, в том числе социальные и психологические. Поэтому субъективное восприятие ребенком особенностей своего функционирования, здоровья и КЖ является серьезным моментом для выявления особенностей его медико-биологической и социальной адаптации [3].

С повышением эффективности программного лечения злокачественного заболевания крови значительно увеличивается число пациентов практически выздоровевших от этого ранее смертельного заболевания. В связи с этим влияние последствий химиолучевой терапии на здоровье, и в частности, на КЖ детей является одной из важнейших проблем современной педиатрии [4].

В настоящее время во всем мире увеличивается процент взрослого работоспособного населения, состоящего из людей, излеченных в детстве от различных онкогематологических заболеваний (ОГЗ). Увеличивается число подростков, которые нуждаются в социальной адаптации во время и после длительного изнуряющего лечения. Это, в свою очередь, требует детального исследования психологических особенностей таких детей для выработки адекватных программ психологической помощи [3].

Анализ КЖ при планировании программы лечения онкогематологических больных представляется важным не только с позиций необходимости учета индивидуальных черт больного, но и в связи с данными о высокой корреляции уровня КЖ с показателями выживаемости при злокачественных заболеваниях крови [4].

Онкологические заболевания у детей занимают центральное место среди проблем клинической медицины. ОГЗ являются одним из определяющих факторов инвалидизации детского населения, что влечет за собой необходимость решения обществом сложных медицинских, медико-психологических, медико-социальных и экономических вопросов, обусловленных тяжестью и длительностью течения заболевания.

Уровень КЖ детей с ОГЗ определяется не только тяжестью основного заболевания, но и психологическим состоянием, возможными психическими нарушениями как у самого больного, так и у членов его семьи [5].

У подростков, страдающих ОГЗ, как правило, в период манифестации болезни резко выражены проявления физической астении: даже после незначительных нагрузок они чувствуют выраженную усталость, которая сохраняется длительное время. В более благоприятные периоды болезни на первый план выступают проявления психической астении: быстрое утомление возникает после непродолжительного чтения, игр, общения с окружающими. На фоне психической и физической астении отмечаются выраженные нарушения концентрации внимания, запоминания, плаксивость и раздражительная слабость. Нарушения

сна в структуре синдрома выражаются в виде трудного засыпания вечером. Вегетативные нарушения чаще проявляются в стойком общем или дистальном гипергидрозе. Жалобы на головные боли встречаются реже. Из особенностей поведения больных с астеническим синдромом обращает на себя внимание медлительность. Большинство подростков активно участвуют в лечении, стойко переносят все процедуры [3].

Основными аспектами тяжело хронически больных подростков являются психические расстройства, связанные с длительным и тяжелым течением соматической болезни; влияние болезни на психическое развитие ребенка; влияние стрессов и психотерапии на развитие заболевания; влияние семьи на состояние больного ребенка и влияние хронически больного ребенка на психологический климат в семье [5].

Обследуемые подростки с онкогематологической патологией характеризуются повышенной чувствительностью к стрессовым ситуациям за счет неадекватно сильных реакций по отношению к вызывающим их стимулам, легкостью развития состояний нервно-психической дезадаптации, высокой эмоциональной нестабильностью, преимущественной направленностью личности на мир внешних объектов, слабым контролем над эмоциями и чувствами, импульсивностью, общительностью.

Актуальна оценка параметров КЖ у детей, страдающих острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ), который является наиболее часто встречающимся видом онкологической патологии у детей [5].

Теоретическим основанием для исследования стал подход к болезни как к особой ситуации развития ребенка, которая изменяет смысл, стиль жизни больного подростка и его отношения к здоровью. Таким образом, исследование качества жизни подростков с ОГЗ является весьма актуальным, т. к. позволяет оценить как физический, так и психологический компонент здоровья.

Цель

Исследование качества жизни подростков с онкогематологическими заболеваниями.

Материалы и методы

В данном исследовании приняли участие 72 человека. Исследование проведено на базе гематологического отделения для детей, основную выборку составили подростки 13–17 лет с онкогематологическими заболеваниями (15 мальчиков и 21 девочка), длительное время находящиеся на стационарном лечении. Контрольную выборку составили 36 здоровых подростков 14–17 лет (22 мальчика и 14 девочек), учащихся Гомельского городского лицея № 1.

Исследование проведено с помощью опросника «SF-36» Health Status Survey (русскоязычная версия для исследования качества жизни детей) (автор J. E. Ware, 1992). Опросник имеет следующие шкалы: Физическое функционирование (ФФ), Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФ), Интенсивность боли (Б), Общее состояние здоровье (ОЗ), Жизнеспособность (ЖА), Социальное функционирование (СФ), Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭ) и Психологическое здоровье (ПЗ).

Результаты

Проводился сравнительный анализ показателей качества жизни по его основным критериям между группами здоровых и больных подростков. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Сравнительный анализ показателей качества жизни в выборках здоровых и больных подростков

Шкалы	Наличие «эффекта» — преобладания низких показателей признака, %	
	группа подростков с ОГЗ	группа здоровых подростков
ФФ	86,1*	27,7*
РФ	94,4*	41,6*
Б	72,2*	27,7*
ОЗ	94,4*	47,2*
ЖА	97,2*	41,6*
СФ	55,5	38,8
РЭ	94,4*	61,1*
ПЗ	75*	25*

* различия достоверны между сравниваемыми выборками

Наличие статистически значимых различий по шкале «Физическое функционирование» обусловлено физическими ограничениями, накладываемыми болезнью на подростка. Тяжелое и болезненное лечение, необходимость соблюдать режим, а также ограничение выполнения физических нагрузок, и как следствие — существенное ограничение физической активности.

Показатели «Ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием» также статистически значимо различны. Безусловно, особенности физического состояния подростка с ОГЗ негативно влияют на его повседневную ролевую деятельность, т. е. на учебу, выполнение различных повседневных обязанностей.

Различия по шкале «Интенсивность боли» объясняются тяжестью и болезненностью переносимого лечения, а также действием самой болезни на организм. Вследствие действия этих факторов ограничивается активность подростка.

Различия по шкале «Общее состояние здоровья» неизбежны из-за наличия заболевания. Тяжелое протекание и лечение болезни негативным образом сказывается на общем состоянии здоровья.

Закономерно, что показатели по шкале «Жизненная активность» у больных подростков также статистически значимо ниже, чем у здоровых. Изматывающее действие самой болезни и ее лечения приводят к тому, что больные подростки чувствуют себя обессиленными и утомленными.

Показатели по шкале «Социальное функционирование» у подростков с заболеваниями крови ниже, чем у здоровых подростков. Причина тому — внутреннее переживание подростком отрыва от школы и сверстников, снижение социальных контактов, усугубляющееся ухудшением физического состояния. Однако показатели по данной шкале не имеют статистически значимых различий. Это можно объяснить тем, что подростки, объединенные наличием похожих физических недугов, не чувствуют себя одинокими среди себе подобных; кроме того, в отделении хорошо налажена работа психологической службы, направленная прежде всего на снижение эмоционального напряжения и нормализацию социального функционирования больных подростков.

Статистически значимые различия наблюдались по шкале «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием». У подростков с заболеваниями крови ухудшается эмоциональное состояние вследствие действия широкого круга факторов. Изменения в отношениях с родителями и сверстниками, физические страдания, обусловленные болезнью, тяжелые и болезненные процедуры вызывают различные эмоциональные реакции. Спектр этих реакций довольно широк, однако все они носят негативный характер, что не может не сказываться на выполнении повседневной деятельности. Например, это проявляется в ухудшении учебных показателей.

Статистически значимые различия по шкале «Психическое здоровье» обусловлены наличием депрессивных, тревожных переживаний у подростков с ОГЗ, вызванных множеством причин: осложнение отношений с родителями и сверстниками, отрыв от семьи, реакция на госпитализацию, осознание тяжести своего заболевания, болезненные процедуры лечения, ограничение собственных физических возможностей.

Заключение

Таким образом, опираясь на достоверные статистические данные, можно говорить о том, что КЖ подростков с ОГЗ значительно отличается от КЖ здоровых детей. Несомненно, КЖ влияет на психологическое благополучие подростка, что предполагает необходимость создания реабилитационных программ, направленных на повышение КЖ детей с онкогематологическими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новик, А. А. Проблемы исследования качества жизни, связанного со здоровьем / А. А. Новик // Медицина и качество жизни. — 2005. — № 2. — С. 31–39.
2. Новик, А. А. Современные подходы к исследованию качества жизни в онкологии и гематологии // Проблемы гематологии и переливания крови. — 1999. — № 2. — С. 19–27.
3. Завьялов, А. А. О путях вовлечения психологии в практическую медицину / А. А. Завьялов // Психологический журнал. — 1996. — № 4. — С. 15–19.
4. Хондкарян, Г. Ш. Качество жизни детей с острым лимфобластным лейкозом / Г. Ш. Хондкарян // Вопросы гематологии онкологии и иммунопатологии в педиатрии. — 2003. — Т. 2, № 2. — С. 67–69.
5. Ткаченко, И. В. Оценка влияния заболевания на качество жизни с онкогематологическими заболеваниями / И. В. Ткаченко // Гематология и онкология детского возраста. — 2008. — № 4. — С. 155–156.

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА**

Русаленко М. Г., Мохорт Т. В., Шаршакова Т. М.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины экологии человека»
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь
Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Сахарный диабет 1 типа (СД1) — актуальная проблема здравоохранения, так как требует пожизненной заместительной инсулинотерапии, медицинского мониторинга и приводит к ограничениям жизнедеятельности и преждевременной смертности. Основной причиной развития осложнений является неадекватная компенсация углеводного обмена, поэтому именно обеспечение компенсации является основной целью в ведении этих категорий больных.

Нами обследовано 770 пациентов с СД 1 различной длительности заболевания старше 18 лет, состоящих под диспансерным наблюдением и прошедших обучение в школах диабета (6 % пациентов вели дневник диабета; 24 % не были способны самостоятельно корректировать дозы инсулина). Идеальный контроль гликемии (HbA_{1c} 6–6,9 %) отмечен в 14,5 %, приемлемый (HbA_{1c} 7–7,9 %) — в 21,0 %, неудовлетворительный (HbA_{1c} 8–8,9 %) — в 18,1 %, высокий риск поздних диабетических осложнений ($HbA_{1c} > 9$ %) — в 42,4 %, высокий риск тяжелых гипогликемий ($HbA_{1c} < 6$ %) — в 4,0 % случаев соответственно. При этом максимальное количество исследуемых (42,4 %) оказалось в категории высокого риска диабетических осложнений ($HbA_{1c} > 9$ %), минимальное (4,0 %) — в категории высокого риска тяжелых гипогликемий ($HbA_{1c} < 6$ %) ($\chi^2 = 323,74$; $p = 0,001$) независимо от пола (у мужчин — $\chi^2 = 173,59$; $p = 0,001$, у женщин — $\chi^2 = 150,82$; $p = 0,001$). С увеличением возраста дебюта заболевания было получено линейное улучшение состояния компенсации: при манифестации в детстве (до 14 лет) уровень HbA_{1c} 9,3 (7,9; 11,2), в подростковом возрасте — 8,6 (7,6; 10,5); $p < 0,01$, в возрасте 18 лет и старше — 8,3 (7,1; 10,0); $p < 0,01$. При оценке частоты самоконтроля минимальные значения HbA_{1c} отмечены у пациентов, измеряющих уровень гликемии более 90 раз в месяц.

Избыточная масса тела или ожирение выявлены у 47 % обследованных (28 % ИМТ 25–29,9; 13 % — 30–34,9; 5 % — 35–39,9; 1 % — ≥ 40 кг/м²). Отмечено, что при ИМТ ≥ 25 кг/м² и СД 1 регистрировался повышенный уровень АД, атерогенные сдвиги в липидном спектре крови (повышение уровней общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов низкой плотности), что увеличивает риск возникновения макрососудистых осложнений.

Таким образом, существующие системы диспансеризации и обучения пациентов не обеспечивают целевые уровни компенсации СД 1, что диктует необходимость их оптимизации. В качестве одного из критериев, определяющих отсутствие компенсации СД1, было высказано предположение о нарушении КЖ.

При оценке КЖ (SF-36, DSC-R, DMS, шкала психологического благополучия) определена связь различных компонентов качества жизни с метаболическим контролем. Снижение КЖ у взрослых ассоциировано с увеличением возраста, женским полом, длительностью заболевания, отсутствием самоконтроля, наличием гипогликемий и поздних диабетических осложнений.

Таким образом, существующая система диспансеризации не обеспечивает целевые уровни компенсации СД1 и КЖ, что диктует необходимость ее оптимизации с включением мероприятий, направленных на коррекцию отношения пациента к своему заболеванию (посредством оптимизации обучения).

Нами предложена дифференцированная программа медико-психологической коррекции, включающая медицинский, психологический и информационный блоки, которая позволяет улучшить мотивацию для самоконтроля, повысить уровень компенсации СД1 и КЖ за счет повышения информированности по вопросам жизни с СД, психологической адаптации к болезни, и организационная модель, основанная на работе мультидисциплинарной команды и дифференцированном подходе к ведению пациентов в зависимости от возраста, уровня компенсации углеводного обмена и исходных знаний, которая позволяет повысить эффективность лечения и улучшить качество медицинской помощи.

УДК 81'276.5:378.091.8:613.9

РЕЧЬ СОВРЕМЕННОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ СО ЗДОРОВЬЕМ

Савко Э. И., Расолько А. И.

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

Самое дорогое у человека — это жизнь, самое драгоценное в жизни — его здоровье. От качества жизни, речи и образа жизни зависит здоровье человека. «Здоровье это еще не все, но все без здоровья — ничто» (Сократ). Когда человек здоров — он внешне производит впечатление гармонически развитого индивидуума, где физическое и духовное созвучно друг с другом. Здоровье является самым важным в эпоху экономических преобразований, реформистских перестроек, когда меняются ценностные ориентиры. В Беларуси здоровыми можно считать не более 15 % выпускников школ и 20 % студентов. Но давайте посмотрим, как речь влияет на здоровье молодежи. Специалист будущего должен быть культурным человеком, гармонически сочетая в себе моральную чистоту, духовное богатство и физическое совершенство. Какова моральная чистота современной молодежи, такова и ее речь. Основы здоровья и культуру речи, поведения генетически передается родителями, продолжается в детстве, школе и в период учебы в вузе. Главное внимание школа уделяет правильности речи с точки зрения ее соответствия литературной языковой норме. Но какую «литературную» речь мы слышим вокруг: на улице, в вузе, в квартире? Сквернословие стало «нормой» для современного молодого человека.

Приведем некоторые статистические данные о том, как молодые люди относятся к проблеме сквернословия. Мы поставили перед собой задачу: выявить, каков процент студентов, употребляющих нецензурные слова в своей речи? Было проведено анкетирование студентов первого курса БГУ. Результаты анкетного опроса представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели ненормативной лексики студентов

Критерии	% от общего числа опрошенных	
	юноши	девушки
Постоянно употребляют нецензурные слова	12	4
Периодически сквернословят	43	26
Изредка сквернословят в определенных ситуациях	19	50
Не сквернословят вовсе	26	20

В результате анкетного опроса выявлено, только 26 % юношей и 20 % девушек не употребляют ненормативную лексику, т. е. только 23 % студенческой молодежи не сквернословят. Однако Фонд «Общественное мнение» информирует, что сегодня около 29 % населения ее никогда не употребляют. Значит, сквернословие среди студенческой молодежи можно встретить чаще, чем среди обычного населения. В определенных ситуациях у 19 % юношей и 50 % девушек проскакивает ненормативная лексика. Можно отметить, что более 50 % юношей и 30 % девушек применяют ее в своей речи. Это уже говорит о культуре речи молодежи, особенно девушек. А ведь они продолжательницы человеческого рода. Какое потомство можно ждать от такой молодежи? Ведь не зря говорят: «Что посеешь, то и пожнешь!»

Подсознание наших студентов «захламлено» энграммами ненормативной лексики. Речь человека, зараженного недугом сквернословия, до крайности бедна и свидетельствует о душевной неразвитости. Привычный мат — это высшее проявление бескультурья. Основная среда формирования привычного сквернословия — семья, основная причина — культурный вакуум, царящий в ней. Поэтому сквернословие так устойчиво: ребенок, который ежедневно слышит, как его родители «ласкают» друг друга «забористым» словом, почти наверняка вырастет «матерноговорящим» и передаст эту привычку своим детям. Бранное, скверное слово потому и называется скверным, что оно оскверняет произносящего его человека. Сквернословие, скверные слова — так издавна в народе именовали матерщинщину. Корень идет от слова «скверна».

В словаре великорусского языка Даля сказано: «Скверна — мерзость, гадость, пакость, все гнусное, противное, отвратительное, непотребное, что мерзит плотски и духовно, нечистота, грязь и гниль, тление, мертвечина, извержения, кал; смрад, вонь; непотребство, разврат, нравственное растление; все богопротивное» [1]. Исчерпывающая характеристика. Даже по этому лингвистическому определению ясно, что сквернословие и «непотребство, разврат, нравственное растление, все богопротивное» есть грех.

Мат, обидные, колючие замечания глубоко ранят человека. Обида приводит к стрессам, стресс — к нервным расстройствам, а последние — к совершенно конкретным болезням: экземе, болезни сердечно-сосудистой системы, язве желудка, а также к инфаркту и инсульту. Сквернословие наносит вред здоровью самого матерщинника. Доказательством этому служат исследование ученых о влиянии сквернословия на здоровье человека.

Одним из первых ученых, попытавшихся не только открыто сказать об этом, но даже защитить научную диссертацию на эту тему, был Иван Белявский. Он выдвинул данное предположение и обосновал его на примере многолетнего обследования нескольких групп людей. По мнению ученого, каждое произнесенное или услышанное человеком слово несет в себе энергетический заряд, воздействующий на его гены. В течение ряда лет ученый и несколько его единомышленников вели наблюдение за двумя группами. Первая из них состояла из людей, в разговоре не обходившихся без матерщины, вторая — принципиально не использующих в обиходе «крепких словечек». Многолетние наблюдения показали, что у «матерщинников» очень быстро появлялись возрастные изменения на клеточном уровне и различные хронические заболевания. Во второй группе, наоборот, общее состояние организма было на 5, 10, а порой и 15 лет моложе их «официального» возраста.

Аналогичные результаты были получены на другой стороне земного шара. Американская ассоциация психотерапевтов опубликовала данные многолетних исследований здоровья тысяч верующих и атеистов. Медики пришли к выводу, что в среднем человек, регулярно посещающий церковь и молящийся в ней, живет дольше, чем отвергающий религию. При этом верующие гораздо реже болеют так называемыми болезнями века: раком, гипертонией, диабетом.

К такому же выводу пришли ученые из Красноярского центра медицинских технологий при Сибирском отделении наук. Их исследования подтвердили влияние словесной информации на иммунную систему человека. «Добрая лексика», которую стали применять красноярские медики на своих психотерапевтических сеансах, не только поднимала настроение больных, она еще и реально меняла состав их крови: повышала ее энергетическую емкость, клеточный иммунитет. Происходили изменения и в структуре ДНК. У больных, приходивших в Красноярский центр, с помощью «словотерапии» стали быстрее зарубцовываться гнойные абсцессы. Люди выздоравливали на 5–7 дней раньше, чем при-

нимавшие лекарства. Особенно сильное воздействие оказывали на людей такие слова, как «любовь», «надежда», «вера», «доброта».

Содержание матерных слов таково, что воздействует на сознание и даже подсознание человека во время частичной или полной бессознательности. В подсознание записывается вся речь, каждое слово, поступок.

Сквернословие наносит вред не только духовному, но и физическому здоровью человека. Ученые Российской Академии наук под руководством Петра Горяева пришли к ошеломляющему выводу о том, что при помощи словесных мыслеобразов человек созидает или разрушает свой наследственный аппарат. Оказывается, ДНК способна воспринимать человеческую речь и читаемый текст по электромагнитным каналам. Одни сообщения оздоравливают гены, другие травмируют, подобно радиации. Например, добрые слова молитвы пробуждают резервные возможности генетического аппарата, а проклятия, матерщина вызывают мутации, ведущие к вырождению. Причем ДНК не разбирается, общаемся ли мы с живым человеком или с героем телеэкрана. Любое произнесенное слово ни что иное, как волновая генетическая программа, влияющая на нашу жизнь и жизнь наших потомков. Содержание матерных слов таково, что воздействует на сознание и даже подсознание человека и особенно детей. Всякое слово, — и хорошее и дурное, — обладает весом и силой. Дурное слово наводит на дурные мысли, сеет зло, пусть и бессознательно. Вот и скапливаются ругательные слова над нами черной аурой, принося беды и самому матерщиннику, и тем, кто его окружает. Сквернословие, несомненно, влияет на формирование нравственного стержня в человеке. Особенно страшно, когда в среде матерщинников воспитываются дети. Через уши в душу попадают богомерзкие слова и закладывают в человеке нравственную грязь.

Многие люди не подозревают, какая огромная сила скрывается в тех словах, которые произносятся вслух и даже про себя. Не задумываются над выбором слов. Но то, что облекается в форму слова, затем возвращается (бумерангом) в виде соответствующего жизненного опыта.

Исследования, проведенные японскими учеными над водой, показали, что если над ней говорить хорошие слова или читать молитву, то структура воды красивая, правильной формы и сияет цветами радуги. Если ее ругать, то структура воды становится непонятной формы, а цвет мутный. Одна из гипотез — это представление об информационных свойствах воды. Под действием звука, в том числе и человеческой речи молекулы воды (а наши тела примерно на 70 % состоят из нее) начинают выстраиваться в сложные структуры. И в зависимости от ритма эти структуры могут лечить или, наоборот, отравлять организм.

Нужно знать, что язык человека не является чем-то случайным, это его выбор (сознательный или бессознательный), отражающий состояние души. И каков человек, таковы и его слова. В народе говорят: «Слово не птица — вылетело и не поймаешь». Нельзя забывать, что слово — это уже совершенно конкретный поступок. Если человек циничен, то циничны его слова, поступки и вся жизнь. Русская пословица гласит: «От гнилого сердца и гнилые слова». По речи человека можно определить систему его ценностей и образ жизни. Слова как проявление мыслей играют роль катализатора души. Если мысли, слова и поступки человека направлены на добро, то сам человек считается добрым и здоровым. Если мысли, слова и поступки человека направлены на зло, то и сам человек — зол. Злоупотребление матом, то, что мы наблюдаем сегодня, медленно, но верно ведет к гормональным нарушениям, особенно у женщин, которые со временем теряют женственность как в душе, так и во внешности.

Основная мотивация студентов, которые употребляют ненормативную лексику следующая: не могут найти подходящих слов; так выражают свои чувства; просто привычка; считают мат неотъемлемой частью речи. Таким образом, видим, насколько подсознание наших студентов «захлавлено» энграммами болезненных эмоций. Это еще раз подтверждает, что речь молодого человека, зараженного недугом сквернословия, до крайности бедна и свидетельствует о душевной неразвитости и состоянии его здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даль, В. Толковый словарь живого великорусского языка / В. Даль. — М.: Русский язык, 1981. — № 1. — 699 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТИ

Селезнёв А. А., Селезнёва Л. Е.

Учреждение образования

«Барановичский государственный университет»

Учреждение

«Барановичский зональный центр гигиены и эпидемиологии»

г. Барановичи, Республика Беларусь

«Здоровье — главная ценность», утверждает народная мудрость. Слова Сократа «нельзя лечить тело, не лечя душу» сегодня актуальны, как никогда ранее. Необходимо усилить роль психологического образования в сохранении и укреплении здоровья человека, выявить психологическую составляющую здоровья, так как от психологического здоровья человека зависит психологическое здоровье общества в целом. Существующие различные определения понятия «здоровье» часто являются предметом острых дискуссий в научной литературе. Категория «психическое здоровье» определяет состояние душевного благополучия, характеризующееся нормальностью психических процессов, отсутствием нарушений сознания, познавательной, эмоциональной, двигательной-волевой сфер психической деятельности человека, синдромов психических расстройств и заболеваний, что является основой медицинского аспекта психического здоровья. Наряду с медицинскими критериями сюда включаются и психологические критерии: адекватный возрасту уровень зрелости личностных эмоционально-волевой и познавательной сфер, адаптивность в микросоциальных отношениях. В «Большом толковом психологическом словаре» А. Ребера о недостаточной разработке понятия «психическое здоровье» сказано следующее: «Хотя фокус этого термина несколько более жизнерадостный, чем противоположного ему термина — психическая болезнь, в его использовании возникают те же самые медицинские, логические и эмпирические проблемы. Несмотря на эти проблемы, термин, возможно, сохранится, потому что он часто используется для обозначения того, кто функционирует на высоком уровне поведенческого и эмоционального регулирования и адаптивности, а не того, кто просто не является психически больным» [1]. Необходимо отметить, что использование психологами и педагогами понятия «психическое здоровье» вызывает настороженность у населения, родителей учащихся, самих учащихся, что объясняется боязнью обнаружить у себя психические нарушения. Недостатком существующего понятия «психическое здоровье» является также то, что оно, предусматривая нормальность психического состояния человека, не характеризует качественную сторону его субъективного благополучия, удовлетворенность желаний, метапотребностей в интеграции, справедливости, честности, благородстве, доброте, радости, истине, чести, независимости и др.

Психологическая модель здоровья отличается от модели психического здоровья, прежде всего, философским смыслом: в первом случае — это наиболее полное выявление и развитие личностного потенциала человека, модель психологического ресурса развития; в другом — адаптация, модель условной психической «нормы». Категория «психологическое здоровье» характеризует личность в целом, рассматривается в контексте развития личности. По мнению К. Г. Юнга, «нельзя, так сказать, захотеть быть духовным» [2]. Человек появляется на свет со сложной, бессознательной по своей природе, духовной предрасположенностью, которая представляет собой гигантское духовное наследие, «возрожденное» в индивидуальной структуре мозга, и играет свою неоднозначную роль в формировании автономных установок личности. Существует огромное количество мотиваторов, предшествующих и передающих психологических факторов здоровья, тесно взаимосвязанных с различными факторами физической, химической и биологической природы, социальной среды.

Необходимо признать, что не каждый психически здоровый человек становится на путь становления психологического здоровья. Тем не менее, К. Г. Юнг выделил стадию индивидуации (индивидуализации), которую каждый человек может достичь в процессе духовного роста, своей осмысленной самореализации. Данный процесс актуализации личностного потен-

циала, творческой силы самости рассматривается также в экзистенциально-гуманистических теориях личности как основа ее гармонии и здоровья. Важно, чтобы стремление к самоактуализации не привело к отчуждению человека от общества и общественных интересов, к развитию эгоцентризма, лишая тем самым его возможности самоактуализироваться. Популярная в середине XX века тема самоактуализации в контексте гуманистической психологии и, определяемая ею идеология уместны не во всякой культуре, учитывая то, что самосознание и самовыражение у разных людей могут иметь разные проявления [3].

Современное понимание самоактуализации личности включает в себя *стремление* человека к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей. В трудах отечественных психологов идеи самоактуализации личности нашли продолжение в области проблемы смысла жизни, достижения человеком вершины в своем развитии как индивида, личности, субъекта. Таким образом, если психическое здоровье человека определяется отсутствием симптомов психических заболеваний, нарушений познавательной, эмоциональной, двигательной-волевой сфер психической деятельности, то психологическое здоровье человека рассматривается в контексте развития личности, во многом определяется актуализацией здоровьесозидающей деятельности человека, выступающей в качестве важнейшего условия самореализации человека. Механизм самоактуализации недостаточно изучен, требует отдельного исследования. Возможно, основой самоактуализации является непознанная энергетическая реальность либо другое самодостаточное начало, которое обуславливает саму жизнь и самоорганизацию психической деятельности.

Психологическое здоровье может выступать в качестве динамического состояния полноценно функционирующей личности, обобщенным критерием которого является сформированность самоактуализационных характеристик личности, отражающих заложенное в самой природе человека стремление к наиболее полному выявлению и развитию своих личностных возможностей. Сформированность самоактуализационных характеристик личности отражает не только самоактуализацию, но и самореализацию как процесс выстраивания личностью своей жизненной программы, реализации собственного личностного потенциала, плана, намерения; осуществления личностно и социально значимой деятельности, достижения человеком поставленных перед собой рубежей. Альтернативой психологическому здоровью является психологическое нездоровье, которое можно охарактеризовать как нарушение развития личности, вызванное отсутствием стремления, желания человека к саморазвитию, что может быть обусловлено различными психологическими факторами либо отсутствием условий для саморазвития и самореализации.

Термин «психологическое здоровье личности», на наш взгляд, требует выделения и определения психологических критериев здоровья, является исходным понятием для формирования психологической концепции здоровья с целью конкретизации целей и задач профилактической психолого-педагогической деятельности, определения условий и средств, направленных на развитие психологической культуры учащегося.

Выделение понятия «психологическое здоровье личности» позволяет избежать противопоставления здорового психически человека и больного, так как болезнь объективна, а самочувствие человека, развитие личности субъективно. Человек даже при наличии невротических расстройств, проявляющих себя повышенной утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью и раздражительностью, при наличии подтвержденного диагноза психического заболевания (эпилепсии, алкоголизма и др.) может при собственном желании и соответствующей психологической поддержке со стороны окружающих найти в себе дополнительные силы, помогающие ему управлять своим поведением и деятельностью. Каждый человек имеет право на свое субъективное определение своего состояния здоровья. Принцип относительности, релятивизма дает возможность самовыражения каждому, и, следовательно, каждому утвердить свое душевное состояние умиротворенности, а стало быть, здоровье. Важно отметить, что наличие психоневротических нарушений не исключает развития личности. Тем важнее то, что развитие личности должно выполнять психопрофилактическую роль в отношении психо-соматических заболеваний. Можно сделать вывод, что психологическое здоровье проявляет себя через присутствие

определенного ряда достоинств в структуре личности и формирует новый тип строения личности и, соответственно, ее деятельности. Это определяет весь ход дальнейшего развития, что находит свое отражение в следующих функциях психологического здоровья личности как психологического средства: рефлексивно-гармонизирующей (обеспечение гармонии собственного мира индивидуума — субъективного мира самосознания, уравновешенности и духовной автономии); коммуникативно-гармонизирующей (обеспечение гармонии мира общения — социального мира, гуманизация межличностных, профессиональных отношений, социализация личности); психо-физиологической (обеспечение гармонии с миром природы); актуализирующей (самопознание, самоактуализация, самореализация творческого, духовно-нравственного потенциала, смысла жизни); психокорректирующей (управление психической деятельностью в условиях стресса); психосинтезирующей (создание личностной целостности на базе формирования более широкой структуры отношений в психике человека, сохранение чувства индивидуальности на уровне всеобщности, где личные планы и интересы перекрываются более широким взглядом на целое, реализация трансперсонального Я). Очевидно, что психологическое здоровье конкретного человека может иметь особенности, вызванные наличием либо отсутствием тех или иных личностных образований. Психологическое здоровье личности может выступать в качестве центрального понятия в профессиональной психолого-педагогической деятельности.

Внедрение социально-медико-психологического мониторинга в учреждениях образования, здоровьесберегающих педагогических технологий и соответствующих учебных программ обеспечит внедрение на практике здоровьесберегающего подхода к оценке качества образования, взаимосвязь психологической культуры и психологического здоровья учащейся молодежи. Решение данной проблемы способствует утверждению в отечественной психологии новой области научного знания — педагогической психологии здоровья, формирующейся на стыке педагогической психологии и психологии здоровья. Предметом педагогической психологии здоровья должны стать механизмы и закономерности влияния психологической культуры на психологическое здоровье личности в условиях образовательного процесса [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Большой толковый психологический словарь / А. Ребер. — Т. 2 (П–Я). — М.: ООО АСТ; Вече, 2001. — 560 с.
2. Юнг, К. Г. Дух в человеке, искусстве и литературе / К. Г. Юнг. — Минск: Харвест, 2003. — 384 с.
3. Психология и культура / Д. Мацумото [и др.]; под ред. Д. Мацумото. — СПб.: Питер, 2003. — 718 с.
4. Селезнёв, А. А. Педагогическая психология здоровья в системе профессионального образования: монография / А. А. Селезнёв; науч. ред. Я. Л. Коломинский. — Барановичи: РИО БарГУ, 2008. — 158 с.

УДК 615.8:612

ФИЗКУЛЬТУРНАЯ ИМИТАЦИЯ КАК МЕТОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Сенин И. П.

Учреждение образования
«Гродненский государственный университет им. Я. Купалы»
г. Гродно, Республика Беларусь

В последние годы на кафедре спортивной медицины и лечебной физической культуры Гродненского университета ведется научно-исследовательская работа по обоснованию естественнородовых методов физической тренировки.

Если рассматривать исследование этой проблемы с позиций онтологического методологического подхода — позиция «причины», то следует отметить, что необходимость самой физкультурной тренировки определяется, прежде всего, оптимизацией функциональных состояний здоровья, работоспособности и творческого долголетия населения [1]. Аналогичное обоснование обосновывает применение и естественнородового метода воздействия. С целью актуализации особенностей и возможностей такой методики проследим эволюцию одной физкультурной лечебно-оздоровительной тренировки дыхания. Ее появление было обусловлено поиском способа противодействия основной причины старения и возникновения болезней человека — тка-

невой гипоксии. Она приводит к невыполнению клетками их рабочей функции, повреждению и даже гибели. Именно гипоксия, по мнению академика Н. А. Агаджаняна, «является основой, по сути первопричиной, многих хронических заболеваний, воспринимаемых как неизбежные болезни возраста» [2]. При острой гипоксии, возникающей вследствие череды стрессов на фоне гиподинамии, появляются симптомы заболеваний органа. Если задеты структуры головного мозга, сердца, при острой гипоксии может наступить и мгновенная смерть.

Человечеству давно известен способ предотвращения и ликвидации тканевой гипоксии. Индийские йоги на протяжении пяти тысяч лет эффективно используют тренировочный метод произвольного управления внешним дыханием, добиваясь в идеале минимально возможного минутного объема дыхания (МОД). Но только в XX веке, опираясь на научные открытия российских физиологов Б. Ф. Вериги и Н. М. Альбицкого о фундаментальной роли углекислого газа (CO_2) в регуляции механизма усвоения кислорода (O_2) организмом человека, врач К. П. Бутейко раскрыл секрет йогов, объяснив лечебно-оздоровительный эффект снижения легочной вентиляции в состоянии покоя. В результате им была разработана и доведена до практического применения первая в мире научно-обоснованная технология гиперкапнической (с повышенным содержанием CO_2 в крови) дыхательной тренировки. Став широко известным как «Метод волевой ликвидации глубокого дыхания» (МВЛГД), он был основан как и упражнения йогов на произвольном управлении внешним дыханием посредством задержек дыхания после выдоха и увеличении продолжительности самого выдоха. В результате объем дыхания снижался до необходимого минимума, восстанавливающего физиологическую норму концентрации CO_2 в крови. Как следствие, ликвидировался гипоксический синдром и человек выздоравливал. Однако, несмотря на официальные признания и многолетнюю активную пропаганду, метод Бутейко не получил широкого распространения, поскольку, основываясь на методе упражнения, требует от человека больших волевых усилий и много времени. Тем не менее, принципиальная возможность ликвидации первопричины нарушения здоровья — тканевой гипоксии способом нормализации газового состава крови, предложенная К. П. Бутейко, содействовала поиску новых средств обеспечения этого процесса в организме человека.

В 1994 году инженер В. Ф. Фролов предложил аппаратный метод ликвидации глубокого дыхания, основанный на применении тренажера, облегчающего процесс урежения дыхания с одновременным уменьшением продолжительности тренировки. Фактически это был классический пример тренировки на тренажере, где регулируемое внешнее сопротивление дыханию выступает в роли внешней нагрузки, оптимизирующей тренировочный процесс. Необходимость достижения гиперкапнического эффекта вынудило автора подключить к методике регуляции внешнего дыхания компоненты произвольного управления этими процессами самим индивидуумом. По замыслу автора, такая дыхательная гимнастика на тренажере должна была способствовать переходу на так называемое «эндогенное дыхание». К сожалению, предлагаемые в ней манипуляции с диафрагмальным дыханием выполнить было еще сложнее, чем волевые задержки дыхания по Бутейко, что отнюдь не способствовало освоению этой технологии особенно пожилыми людьми.

К концу XX века человек знал:

- 1) физиологическую причину возникновения многих функциональных заболеваний — хроническую гипоксию тканей;
- 2) способ предотвращения и ликвидации этой причины — уменьшение объема внешнего дыхания;
- 3) несколько методов дыхательных упражнений с тренажером и без, снижающих этот объем, но (!) не применял их повсеместно по причине сложности и небезопасности (деадаптационный синдром) освоения.

Известно выражение: «цепь не прочнее самого слабого ее звена». В нашей «цепи» от причины возникновения заболевания до метода его устранения «слабым звеном» оказался метод тренировки, средством которого, то есть видом действия, было дыхательное упражнение. Переход на метод имитационной тренировки, где средством — видом действия является внешняя среда, в нашем случае воздушная среда, решил все проблемы.

В имитационном методе дыхательной тренировки не допускается сама возможность произвольного управления индивидуумом процессом внешнего дыхания. Весь процесс нормализации дыхания впервые протекает без участия воли человека. Этот качественный скачок в сфере нор-

мализации дыхания был осуществлен в самом конце прошлого века учеными физиологами Самарского аэрокосмического университета. Созданный ими под руководством академика Н. А. Агаджаняна физкультурный имитатор — капникатор ни что иное как устройство для формирования активной дыхательной среды, отличающейся от атмосферы немного пониженным содержанием кислорода O_2 и повышенным (регулируемым) содержанием CO_2 [3]. Такая гиперкапническая газовая смесь, формируясь в капникаторе, постепенно в процессе естественного (спокойного, без задержек и волевых усилий) дыхания человека дает необходимый ему результат — снижает объем внешнего дыхания и увеличивает содержание в крови CO_2 .

Увеличенное содержание в крови CO_2 во время сеанса, сохраняющееся несколько часов и после его окончания как следствие интенсификации обмена веществ является фактором, оказывающим тренирующее воздействие на дыхательный центр. Такая гиперкапническая тренировка в течение нескольких месяцев приводит к тому, что постепенно дыхание становится менее глубоким, более поверхностным, вентиляция легких уменьшается, устраняя излишнее вымывание из организма CO_2 . Его содержание в альвеолярном воздухе увеличивается до нормы. Соответственно, раскрывается сеть капилляров, деоксигенация оксигемоглобина увеличивается, кислородное голодание клеток постепенно устраняется. Обменные процессы нормализуются. Исчезают симптомы многих заболеваний.

Более того, клетки приобретают резерв по кислородообеспечению, и им с какого-то момента уже не страшны экстремальные физические и психические нагрузки, что делает невозможным, например, инфаркт миокарда.

Результаты проведенных в последние годы исследований, на наш взгляд, убедительно показали не только высокую лечебно-оздоровительную эффективность применения методики гиперкапнической тренировки, но и ее большую социальную значимость. Использование доступных и безопасных имитационных методик оптимизирует процесс перехода к здоровому образу жизни каждым индивидуумом и обеспечивает социальную реабилитацию людей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наталов, Г. Г. Эволюция научных представлений об объекте и кризис общей теории физической культуры / Г. Г. Наталов // Теория и практика физической культуры. — 1998. — № 9. — С. 40–42.
2. Агаджанян, Н. А. Экология человека и нормализация дыхания / Н. А. Агаджанян // Аргументы и факты. Здоровье. — 1999. — № 19. — С. 5.
3. Мишустин, Ю. Н. Выход из тупика. Ошибки медицины исправляет физиология / Ю. Н. Мишустин. — Самара: Самарский Дом печати, 2003. — 80 с.

УДК 614.1:314.144

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ

Смолякова Н. Г., Приходько А. П., Евдочкова Т. И., Тимощенко А. А.

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»

Учреждение образования

«Гомельское государственное профессионально-техническое училище № 35
железнодорожного транспорта им. М. Т. Лынькова»

г. Гомель, Республика Беларусь

В настоящее время для оценки уровня общественного развития наряду с экономическими показателями широко используются данные о человеческом потенциале и качестве жизни. С этой целью разработан индекс человеческого развития. Он представляет собой среднее арифметическое трех наиболее наглядных показателей: уровня образования, величины реального валового внутреннего продукта на душу населения и ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни является интегральным и одним из наиболее информативных показателей общественного здоровья. Отсюда вытекает необходимость развития как профилактической и реабилитационной медицины, так и технологий оздоровления, а эффективность мероприятий должна оцениваться на основании «качества прожитых и предстоящих лет жизни».

Условием и залогом устойчивого развития общества является непрерывное воспроизводство количества и качества населения. Известны три типа воспроизводства населения: расширенное (поколение детей превышает поколение родителей), простое (поколение детей равно поколению родителей) и суженное (поколение детей меньше поколения родителей). Здесь следует подчеркнуть, что демографические тенденции имеют долговременный характер. В отличие от политических кризисов, которые чаще имеют краткосрочный характер, и экономических (среднесрочный характер) последствия демографических кризисов сказываются спустя определенные периоды на других поколениях. Это необходимо учитывать при проведении прогнозных оценок медико-демографической ситуации на ближайшую и отдаленную перспективу.

Другой долговременной закономерностью является изменение демографической тенденции на определенном этапе развития общества, получившей название *демографического перехода*. В XX веке этот процесс заключался в переходе от высокой рождаемости и высокой смертности через снижение смертности и рождаемости к предельно стабильному населению с низкой рождаемостью и высокой продолжительностью жизни [1]. Современный способ воспроизводства населения представляет собой саморегулирование популяцией своей численности и состава населения на основе последовательного сближения рождаемости и смертности до их динамического равновесия или простого воспроизводства [3]. Отмеченная тенденция наблюдается в большинстве стран и сопровождается изменением качественного состава популяции в сторону ее постарения. В целом межвозрастное распределение постепенно приобретает более сглаженный характер, причем растет численность нетрудоспособного населения. Увеличивается возраст среднестатистического жителя.

Кризисные явления в политике, экономике и экологии стали причиной негативных медико-демографических тенденций в 90-е годы. В первую очередь следует отметить изменение процессов воспроизводства населения, вызванное снижением рождаемости и ростом смертности. Снижение темпов прироста начало отмечаться в 80-е годы, а с 1994 г. ежегодно регистрируется убыль абсолютной численности населения. К 2001 г. население Беларуси составило менее 10 млн человек. Это один из самых значительных и продолжительных демографических кризисов в истории страны, который возник в результате процессов естественного движения населения. Следствием произошедших событий (перестройка экономической и политической жизни общества, последствия катастрофы на ЧАЭС, распад СССР) стал и высокий уровень миграционных процессов в Беларуси во второй половине 80-х и в начале 90-х годов. В первые 10 лет после Чернобыльской катастрофы в миграцию было вовлечено свыше 800 тыс. жителей республики, причем более половины эмигрировали за пределы Беларуси. С 1996 по 2000 г. в другие страны выехало 79,5 тыс. человек, в том числе в страны дальнего зарубежья (получили разрешение на выезд) — более 47 тыс., прибыли в страну 153,3 тыс. человек [2].

Современные закономерности миграционных потоков определяются в основном внутренними перемещениями, на их долю приходится в среднем до 90 % от общего объема миграции. Миграция из сельских населенных пунктов в города превышает таковую в обратном направлении. В силу этого численность сельского населения с 1986 г. уменьшилась на 22,6 %. Наиболее мобильным является население в трудоспособном возрасте, на его долю приходится почти 70 % всех мигрантов. Прибывшие из других стран в Беларусь составили 1 млн. 276 тыс. человек, или 27,8 % от всего населения [2]. На начало 2002 г. 17,3 % общей численности населения Беларуси составляли лица, пострадавшие вследствие катастрофы на ЧАЭС, из них около 23 тыс. были мигрантами из загрязненных (выше 15 Ки/км² по цезию-137) районов Гомельской и Могилевской областей в другие регионы. Перемена места жительства и изменение привычного уклада жизни стали сильным стрессовым фактором для этой категории населения.

При сложившихся уровнях рождаемости и смертности численность населения в Беларуси к 2020 г. составит не более 9 млн. человек. Наряду с убылью численности деформируется структура населения, что наглядно демонстрирует возрастно-половая пирамида. Население Беларуси «стареет». Темп снижения численности детского населения значительно выше, чем населения в целом: с 1989 г. число детей уменьшилось более чем на 660 тыс.

Удельный вес лиц старше 60 лет за это время увеличился с 13,2 до 19,2 %. В ближайшие годы старение населения будет продолжаться, об этом свидетельствует снижение доли населения в возрасте 15–29 лет и увеличение групп более старших возрастных категорий [4]. Наиболее остро эта проблема стоит в сельской местности. В ряде районов в сельскохозяйственном производстве ощущается значительная нехватка рабочей силы. Состав населения оказывает влияние на формирование трудовых ресурсов государства, которые характеризуются коэффициентом демографической нагрузки. Пока еще в Беларуси отмечается небольшой прирост абсолютной численности трудоспособного населения. Однако число детей в его структуре уменьшилось, а число пенсионеров выросло. В ближайшее время в трудовой возраст начнет вступать поколение, рожденное в период, когда рождаемость стала снижаться. Демографическая нагрузка на общество будет постоянно возрастать. Наряду с изменением возрастной структуры меняется и половой состав населения. Причем если в связи со значительным снижением младенческой смертности и смертности детей и подростков в целом увеличивается доля мальчиков и юношей (уже имеется «дефицит невест»), то в результате более высокой смертности мужчин старших возрастов (особенно в трудоспособном возрасте) это отношение быстро меняется в обратном направлении. В возрасте до 18 лет мальчики составляют 51 %, девочки — 49 %. Соотношение мужчин и женщин старше 60 лет — 1 к 2. Современный уровень рождаемости в Беларуси не обеспечивает даже простого воспроизводства населения: суммарный коэффициент рождаемости составляет менее 1,3 ребенка на одну женщину. В настоящее время число женщин фертильного возраста (15–49 лет) на 200 тыс. больше, чем в 1989 г., однако их число в наиболее активном репродуктивном возрасте (15–29 лет) меньше на 0,8 %, а в возрасте 25–29 лет — на 18,4 %. Происходит смена модели рождаемости: снижается суммарный коэффициент рождаемости, (наибольшее снижение произошло в самых благополучных с репродуктивной точки зрения возрастных группах женщин — 20–24 и 25–29 лет). В лидирующую репродуктивную группу постепенно переходят женщины старше 24 лет, снижается рождаемость у женщин до 20 лет. Рождение вторых и третьих детей многими семьями сегодня даже не планируется. Учитывая современную возрастную-половую структуру населения, через 10–15 лет следует ожидать новый демографический кризис. К этому времени в активный репродуктивный возраст вступит поколение, рожденное в конце 80-х годов [2].

Основными причинами смерти являются болезни системы кровообращения; новообразования; несчастные случаи, травмы и отравления; симптомы и неточно обозначенные состояния. Из всех случаев смерти 1 % приходится на детский возраст, на трудоспособный возраст — 23,1 % (из них 80,9 % составляют мужчины и 19,1 % — женщины) и на возраст старше 80 лет — 22,3 %. Однако если раньше главными факторами роста смертности были старение населения и младенческая смертность, то в последние годы отмечается увеличение смертности во всех возрастных группах старше 18 лет и особенно мужчин трудоспособного возраста. В трудоспособном возрасте наибольший экономический ущерб наносят несчастные случаи и травмы. На этот класс приходится 37 % всех случаев смерти в трудоспособном возрасте [2].

Интегральной оценкой общественного здоровья служит показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении. В течение 90-х годов в Беларуси происходило снижение этого показателя: с 71,1 до 68,5 года. С точки зрения демографической безопасности особого внимания заслуживают вопросы охраны материнства и детства, а также репродуктивного здоровья. В сравнении с развитыми странами в Беларуси регистрируется высокий показатель проводимых аборт: их число превышает число родившихся детей. Отмечается высокая заболеваемость беременных и новорожденных, растет уровень бесплодия. Большую угрозу репродуктивному здоровью представляют урогенитальные воспалительные заболевания и болезни, передающиеся в основном половым путем, уровень которых постоянно растет.

Об ухудшении здоровья населения свидетельствует рост заболеваемости и высокий уровень инвалидности. Последствия заболеваний ведут к ограничению жизнедеятельности и к социальной недостаточности человека. Ежегодно более 50 тыс. человек становятся ин-

валидами. Социальная значимость этой проблемы требует дальнейшего развития и совершенствования системы реабилитации, включающей четыре стадии единого процесса: медицинскую, медико-профессиональную, профессиональную и социальную реабилитацию. В республике сохраняются высокие уровни заболеваемости социально обусловленными болезнями: туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией, инфекциями, передающимися половым путем, а также болезнями системы кровообращения, новообразованиями, травматизмом и др. Следует отметить, что в настоящее время смертность населения от причин, напрямую не зависящих от системы здравоохранения (ДТП, потребление алкоголя и наркотиков, самоубийства), в несколько раз выше, чем госпитальная и послеоперационная летальность [2]. В связи с этим больше внимания следует уделять социальным и нравственным проблемам, воспитанию подрастающего поколения, формированию культуры здоровья и здорового образа жизни.

Одной из важнейших составляющих здоровья является состояние психического и духовного здоровья. Пьянство, алкоголизм и наркомания — одни из самых социально тревожных и злободневных проблем. Они причиняют обществу огромный материальный, социальный и нравственный ущерб. В Беларуси ежегодно увеличивается смертность от причин, связанных с потреблением алкоголя. Одной из характеристик психического здоровья нации является суицидальное поведение. В стране отмечается рост числа самоубийств. Демографическая ситуация в Беларуси к концу XX века стала настолько острой, что рассматривается Правительством и Президентом как вопрос государственной важности. Принят Закон «О демографической безопасности Республики Беларусь» (4.01.2002 г.).

К первоочередным задачам по предупреждению и нейтрализации демографических угроз следует отнести улучшение социально-экономических условий жизнедеятельности населения, формирование высоких духовно-нравственных ценностей, в том числе в области семейных отношений, обеспечение репродуктивных прав граждан и содействие формированию высоких репродуктивных установок у населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукашев, А. М. Реформирование здравоохранения и медико-демографический прогноз / А. М. Лукашев, А. С. Акопян, Ю. В. Шиленко. — М.: Оверлей, 2001. — С. 34–96.
2. Миграция населения Республики Беларусь. Итоги переписи населения Республики Беларусь, 1999 г. (Статистический сборник). — Минск: Министерство статистики и анализа РБ, 2002. — С. 179–253.
3. Вялков, А. И. Анализ и оценка деятельности лечебно-профилактических учреждений федерального подчинения / А. И. Вялков, В. О. Щепин, Е. А. Тишук. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. — С. 147–341.
4. Снытко, Н. И. Социальные проблемы демографического старения / Н. И. Снытко. — Мн.: ИООО «Право и экономика», 2001. — С. 14–205.

УДК 613.955(476.2)

ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ Г. ГОМЕЛЯ

Соболева Л. Г.

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

Введение

Наличие причинно-следственной зависимости в системе «здоровье детей — среда образовательного учреждения» сегодня приобретает особую актуальность, во-первых, в связи со стойкой тенденцией ухудшения состояния здоровья детей и подростков в Беларуси за последние десятилетия, а во-вторых, с теми инновационными процессами, которые сегодня происходят в образовании.

Большая учебная нагрузка создает серьезные препятствия для реализации возрастных биологических потребностей детского организма во сне, двигательной активности, пребывании на воздухе.

В развитии и формировании организма ребенка огромную роль играет организация режима дня и внешкольных занятий. Простая истина о том, что гигиенический рациональный режим сна, учебной и трудовой деятельности, спортивных и развивающих занятий является залогом здоровья и успехов в учебе, к сожалению, утрачивает свою актуальность в повседневной жизни. Родители современных школьников уделяют мало внимания этому аспекту жизнедеятельности ребенка.

У 90 % школьников наблюдается недостаточная длительность ночного сна. Выспавшимися и отдохнувшими чувствуют себя утром только 28 % детей, 5 % чувствуют себя хронически усталыми [2]. Причем 6 % детей хотят спать днем. При дефиците сна отмечаются резкие колебания вегетативной реактивности, значительно снижается работоспособность. Однако, как правило, эти нарушения вначале носят обратимый характер и исчезают при установлении правильного режима сна. Длительное недосыпание может привести к переутомлению и невротическим расстройствам [3].

За домашним заданием проводят больше времени, чем положено, 57 % учащихся [5].

Обычно в школьный день 2–3 часа на воздухе бывают лишь 20 % детей, менее часа — 32 % детей. При этом необходимо подчеркнуть, что времяпровождение детей на улице крайне плохо организовано практически во всех семьях: дети не занимаются играми, а просто гуляют, при этом, как правило, без какого-либо контроля со стороны взрослых, зачастую проводят время в подъезде. Только 11 % родителей информированы о том, с кем и как проводит время их ребенок, находясь на улице. Все это представляет собой одно из проявлений детской безнадзорности и может являться причиной детского травматизма, способствовать вовлечению детей в противоправную деятельность, потреблению ими табака, алкоголя, наркотиков [1, 5].

Таким образом, режимные моменты в жизни детей в большинстве случаев не выполняются. Более того, родители недопустимо мало уделяют внимания данной проблеме. Это обусловлено тем, что значительная часть родителей не имеют должных гигиенических знаний, необходимых для организации режима дня ребенка, который способствует сохранению и укреплению его здоровья. А гигиенические нарушения в условиях жизнедеятельности детей школьного возраста в семье могут способствовать формированию неблагоприятных изменений в состоянии их здоровья [1, 4].

Материалы и метод

Исследование проводилось в 1–4 классах школ г. Гомеля. Всего в исследовании участвовало 852 учащихся (395 девочки и 457 мальчика) в возрасте от 6 до 10 лет. Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS-16 с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков.

Результаты и обсуждение

На основании санитарных правил и норм 2.4.2.16-33-2006 домашнее задание в первом классе не задается. Однако это требование не выполняется, выяснилось, что 46,3 % первоклассников тратят на выполнение домашнего задания до 2 часов, 14,8 % — более 2 часов.

Продолжительность сна у детей 7–10 лет должна составлять 10–11 часов. Однако, как выяснилось, 29,6 % первоклассников спят меньше 10 часов, во втором классе таких детей — 49,7 %. В третьем классе спят меньше 10 часов в сутки 32,3 % школьников, в четвертом классе — 48,6 % учеников.

Ложатся спать в одно и то же время — 57,4 % первоклассников. Во втором классе этот показатель — 64 %, в третьем классе — 51,1 %, в четвертом классе — 53,5 %.

Наиболее благоприятное влияние на сон оказывает свежий воздух. Общая продолжительность пребывания на свежем воздухе должна составлять не менее 3,5 часа в день. Однако 63 % учащихся первых и 68,3 % вторых классов на свежем воздухе проводят меньше 3 часов. В третьем классе на свежем воздухе меньше 3 часов бывает 56,4 % учащихся, в четвертом — 48,6 % учащихся.

Свободное время учащиеся начальных классов уделяют просмотру телевизионных передач более 2 часов в день и компьютерным играм. Уменьшается число школьников, которые отдыхают после занятий.

Наблюдаются нарушения в питании. Завтракает только 55,6 % первоклассников. Уменьшается количество школьников, которые принимают пищу в одно и то же время. За период обучения в начальном звене уменьшается число детей, которые употребляют пищу более 3 раз в день. Растет число детей, питающихся по принципу «как придется».

В настоящее время возросло число учащихся с асоциальными формами поведения. Распространенность таких факторов, как курение и употребление алкоголя влияет не только на состояние здоровья школьника, но и на характер и стереотипы поведения. Впервые употребили спиртные напитки в первом классе 29,6% опрошенных, во втором классе — 18 %, в третьем классе — 18,8 %, в четвертом классе — 30,9 %.

Отмечается значительное омоложение первого опыта приема спиртного (таблица 1).

Таблица 1 — Возраст детей, впервые употребивших спиртные напитки

Возраст	1 класс	2 класс	3 класс	4 класс
Не употребляли	39	155	229	227
	72,2 %	82,0 %	81,2 %	69,4 %
5 лет	4	3	4	14
	7,4 %	1,6 %	1,4 %	4,3 %
6 лет	8	11	15	14
	14,8 %	5,8 %	5,3 %	4,3 %
7 лет	3	10	14	21
	5,6 %	5,3 %	5,0 %	6,4 %
8 лет	0	10	15	24
	0 %	5,3 %	5,3 %	7,3 %
9 лет	0	0	5	19
	0 %	0 %	1,8 %	5,8 %
10 лет	0	0	0	8
	0 %	0 %	0 %	2,4 %
Всего	54	189	282	327
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Летний отдых учащиеся начальных классов предпочитают проводить на даче, в деревне, в санаториях и лагерях, ездить с родителями в туристические поездки, навещать родственников. Однако растет число детей, которые проводят летние каникулы дома.

Во втором классе, согласно санитарным правилам и нормам 2.4.2.16-33-2006, на домашнее задание отводится до 1,2 часа, в третьем и четвертом классе 1,5 часа. Однако время, которое ученики затрачивают на выполнение домашних заданий, доходит до 2 и более часов с характерным увеличением.

Заключение

В соответствии с нормативными требованиями, первоклассникам запрещается давать домашние задания. Однако 46,3 % первоклассников тратят на выполнение домашнего задания до 2 часов, 14,8 % — более 2 часов. Во 2–4 классах растет число детей, затрачивающих на выполнение домашних заданий более 2 часов.

За период обучения в начальных классах увеличивается процент детей, ночной сон которых составляет меньше 10 часов в сутки. Уменьшается процент детей, которые ложатся спать в одно и то же время.

Уменьшается процент пребывания детей на свежем воздухе (по норме — более 3 часов).

Свободное время учащимся начальных классов уделяется просмотру телевизионных передач (более 2 часов в день) и компьютерным играм. Уменьшается % детей, отдыхающих после занятий.

Наблюдаются нарушения в питании. Увеличивается число детей, употребляющих спиртные напитки. Отмечается значительное омоложение первого опыта приема спиртного.

Таким образом, модели поведения школьников отсутствуют важнейшие элементы, обеспечивающие сохранение и укрепление здоровья: правильный режим дня, умение чередовать умственную и физическую нагрузки, регулярное и рациональное питание, соответствующая возрасту двигательная активность, достаточный сон, пребывание на свежем воздухе, навыки личной гигиены. В связи с этим системе образования следует пересмотреть не только методические подходы к формированию целесообразного гигиенического поведения школьников, но и организацию всего процесса обучения и воспитания в школе.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ахмерова, С. Г.* Здоровый образ жизни и его формирование в процессе обучения / С. Г. Ахмерова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Сер. мед. наук. — 2001. — № 2. — С. 37–40.
2. *Кучма, В. Р.* О проблемах сохранения здоровья школьников / В. Р. Кучма // НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН [Электронный ресурс]. — 2009. — Режим доступа: http://www.school-city.by/index.php?option=com_content&task=view&id=11194&Itemid=3. — Дата доступа: 21.12.09.
3. *Онищенко, Г. Г.* Проблема улучшения здоровья учащихся и состояние общеобразовательных учреждений / Г. Г. Онищенко // Гигиена и санитария. Сер. Мед. наук. — 2005. — № 3. — С. 40–43.
4. Проблемы школьного здравоохранения: общеобразовательная школа как основное звено формирования здоровья подрастающего поколения / Е. Л. Вишневецкая [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Сер. мед. наук. — 1999. — № 1. — С. 15–18.
5. *Рубцов, В.* Возрастной подход к обучению и воспитанию как условие создания и использования здоровьесберегающих технологий / В. Рубцов // Московский городской психолого-педагогический институт [Электронный ресурс]. — 2007. — Режим доступа: http://www.school-city.by/index.php?option=com_content&task=view&id=9040&Itemid=3. — Дата доступа: 21.12.09.

УДК 614.2(476.2)

ОПЫТ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Солонец Г. В.

Учреждение

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

В работе по формированию здорового образа жизни населения одной из основных форм обучения являются школы здоровья. Организации таких школ — одна из перспективных интегрированных технологий профилактической помощи населению. Школы здоровья включают в себя совокупность средств, методов и форм информационной работы, направленных на повышение уровня знаний, информированности населения по вопросам здорового образа жизни, профилактики основных социально значимых заболеваний, а в итоге — повышения качества жизни.

Деятельность школ здоровья направлена на решение проблем, наиболее важных для конкретной территории, контингента и предусматривает достижение видимого результата, что дает стимул для дальнейшего развития медико-социальной активности населения.

В целом школы здоровья могут рассматриваться как эталон качества профилактической помощи населению.

Отделом общественного здоровья ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» эта работа проводится в двух направлениях:

- 1) создание школы общественного здоровья;
- 2) создание школ здоровья для населения.

1. Школа общественного здоровья.

Цель: создание постоянно действующей многоуровневой системы образования специалистов различного профиля в области общественного здоровья.

Школа общественного здоровья была создана в соответствии с приказом управления здравоохранения Гомельского облисполкома от 16.10.03 г. № 600 на базе отдела общественного здоровья.

Основные задачи школы:

- обеспечение многоуровневого обучения специалистов различного профиля и, в первую очередь, лечебно-профилактических организаций, центров гигиены и эпидемиологии;

- ориентация специалистов вышеназванных учреждений на активные действия по созданию системы информирования населения обслуживаемого региона по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактике заболеваний с учетом медико-демографических показателей;
- внедрение в практику работы учреждений новых форм и методов работы, способствующих повышению уровня медико-социальной активности населения;
- ориентация на стабилизацию показателей здоровья населения регионов путем реализации первоочередных мер, направленных на изменение образа жизни населения;
- организация мероприятий по формированию здорового образа жизни в рамках реализуемых государственных и региональных программ;
- организация мероприятий по внедрению «Системы работы органов государственного санитарного надзора Республики Беларусь» в рамках выполнения Постановления Главного Государственного санитарного врача Республики Беларусь от 28.03.2003 г. № 28.

Школа общественного здоровья предусматривает проведение циклов обучающих семинаров для специалистов-валеологов (врачей, фельдшеров/инструкторов и ответственных лиц) территориальных ЦГЭ, а также лечебно-профилактических учреждений всех уровней, специалистов заинтересованных ведомств.

Помимо этого предусмотрено обучение руководителей лечебно-профилактических учреждений всех уровней.

Планируется проведение обучающих семинаров (курс здорового образа жизни) для руководящего состава районных (городских), сельских (поселковых) исполнительных комитетов, администраций районов г. Гомеля на курсах повышения квалификации при главном управлении организационно-кадровой работы при Гомельском облисполкоме.

В 2008–2009 гг. были обучены:

- кадровый резерв руководителей структурных подразделений Гомельского облисполкома;
- председатели, заместители председателей сельских (поселковых) исполнительных комитетов;
- специалисты управлений по сельскому хозяйству и продовольствию районных исполнительных комитетов;
- специалисты управлений по труду, занятости и социальной защите районных (городских) исполнительных комитетов, администраций районов г. Гомеля.
- специалисты отделов идеологической работы районных (городских) исполнительных комитетов, административных районов г. Гомеля;
- экономисты отделов районных (городских) исполнительных комитетов, администраций районов г. Гомеля;
- специалисты ЖКХ районных (городских) исполнительных комитетов, администраций районов г. Гомеля;
- специалисты заинтересованных ведомств (работники культуры, образования, БРСМ и других общественных организаций) и др.

2. Школы здоровья для населения.

Было предусмотрено создание школ здоровья следующей тематики:

1. Школы здоровья для здорового населения.
2. Школы здоровья для лиц, имеющих факторы риска, но еще не страдающих хроническими заболеваниями.
3. Школы здоровья для лиц, имеющих хронические заболевания (профильные и многопрофильные).

В Гомельской области функционируют 763 школы здоровья, в т. ч. 233 школы для здорового населения (35 %).

На базе ЛПУ всех уровней Гомельской области организованы и работают профильные школы здоровья: бронхиальной астмы, сахарного диабета, артериальной гипертензии и др. В программы включены вопросы по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний.

По итогам проведенного анализа эффективности работы школ здоровья было принято решение о создании школ для здоровых и имеющих факторы риска, многопрофильных школ здоровья в ЛПУ всех уровней, школ здоровья для сельского населения.

Издан приказ Управления здравоохранения Гомельского облисполкома «Об организации школ здоровья в ЛПУ всех уровней» от 01.12.2009 г. № 983.

Предусмотрено:

— обеспечить организацию профильных и многопрофильных школ здоровья на базе всех стационарных отделений ЦРБ, ЛПУ, отделений и филиалов ЦГП, амбулаторно-поликлинических учреждений (в том числе ФАПах, СВА, АВОП);

— создать школы здоровья для здоровых и имеющих факторы риска на базе ЦГП, их филиалов, амбулаторно-поликлинических учреждений;

— проводить оценку эффективности работы школ здоровья методом анкетирования в соответствии с Регламентом работы многопрофильных школ, утвержденным главным врачом ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» от 31.05.2006 г. № 18/27;

— инициировать создание школ здоровья для здоровых и имеющих факторы риска на базе МСЧ, здравпунктов промышленных предприятий и организаций, санаторно-курортных и реабилитационно-оздоровительных учреждений всех форм собственности на административных территориях.

Определен прогнозируемый уровень обученных в школах здоровья:

— для ЦРБ — не менее 85 % обслуживаемого населения;

— для ЛПУ, имеющих стационары, — не менее 80 % от пролеченных;

— для амбулаторно-поликлинических учреждений — не менее 95 % обслуживаемого населения;

— для санаторно-курортных и реабилитационно-оздоровительных учреждений всех форм собственности — не менее 95 % от пролеченных.

Разработана примерная тематика профильных школ здоровья:

1. Охрана здоровья матери и ребенка (школы «Молодой матери», «Будущей матери», «Грудного вскармливания», «Безопасность ребенка» и др.).

2. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (школы «Артериальная гипертензия», «Ишемическая болезнь сердца», «ОНМК» и др.).

3. Профилактика онкологических заболеваний (школа «Онкопатологии», «Самообследование молочной железы», «Здоровая кожа» и др.).

4. Профилактика эндокринных заболеваний (школа «Сахарный диабет» и др.).

5. Профилактика заболеваний органов дыхания (школа «Бронхиальная астма» и др.).

6. Профилактика инфекционных заболеваний (школа «Туберкулез», «Гепатит» и др.).

7. Профилактика стоматологических заболеваний (школа «Здоровая улыбка» и др.).

8. Профилактика неврологических заболеваний (школа «Здоровая спина», «Остеохондроз» и др.).

9. Школа III возраста и др.

Рекомендовано в тематику профильных школ здоровья, организованных на базе стационарных отделений, обязательно включать темы занятий многопрофильной школы и школы для здоровых и имеющих факторы риска.

Примерная тематика занятий в многопрофильной школе, школе для здоровых и имеющих факторы риска (школы «Я выбираю здоровье», «Человек. Образ жизни. Здоровье» и др.):

1. Основы здорового образа жизни.

2. Личная и общественная гигиена.

3. Принципы рационального питания.

4. Двигательная активность и закаливание.

5. Профилактика социально значимых заболеваний.

6. Психогигиена и психопрофилактика.

7. Профилактика зависимостей (алкоголизм, табакокурение, наркомания).

8. Профилактика ИППП, ВИЧ/СПИД.

9. Самолечение и его негативные последствия и др.

В соответствии с Регламентом работы многопрофильных школ, утвержденным главным врачом ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» от 31.05.2006 г. № 18/27, проводится работа по оценке эффективности: опросы и анкетирование до и после занятий, анализ посещаемости и удовлетворенности полученными знаниями и навыками. Используется опыт работы Мозырского зонального центра гигиены и эпидемиологии по организации школ здоровья для здоровых «Человек, здоровье, образ жизни», которые созданы на базе всех ФАПов, СУБ, СВА, БСУ, здравпунктах промышленных предприятий, учебных заведений.

УДК 614.1(476.7):613.9

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ НАСЕЛЕНИЯ БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ

Стасевич Г. С.

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

Из всего комплекса мер, направленных на охрану здоровья населения, одной из приоритетных является формирование у людей навыков здорового образа жизни (ЗОЖ), повышение уровня медицинской культуры, что не требует значительных финансовых затрат, но может дать ощутимый социально-экономический эффект.

Поддержание здорового образа жизни населения требует совместных усилий государственных и общественных организаций, медицинских учреждений, активности самого населения.

Потенциальными партнерами для межсекторальной работы в сфере формирования здорового образа жизни могут быть: исполнительные органы власти, средства массовой информации, учреждения здравоохранения, образовательные учреждения, трудовые организации, общественные и негосударственные организации, группы самопомощи.

Несмотря на то, что до сих пор эксперты не пришли к единому мнению о том, какие профилактические стратегии наиболее эффективны, считаем, что удачным и обещающим подходом к укреплению здоровья населения являются популяционно-ориентированные технологии. Среди таких технологий, позволяющих повлиять на социальные нормы более широкого окружения, в котором человек живет и работает, приоритетными для Брестской области стали фестивали здоровья, выставки-ярмарки «Содействие здоровому образу жизни», олимпиады по здоровому образу жизни.

Два года подряд на основании разработанного ГУ «Брестский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» положения, утвержденного управлением здравоохранения облисполкома, управлением образования облисполкома, областным объединением профсоюзов, Представительством Национального Олимпийского комитета Республики Беларусь в Брестской области, проводился Фестиваль здоровья.

В 2009–2010 гг. Брестским облисполкомом принято решение «О проведении в Брестской области Фестиваля здоровья».

Основными задачами Фестиваля здоровья являются:

— проведение информационно-образовательных, консультативных, оздоровительных, спортивных мероприятий, содействующих мотивации населения к здоровому образу жизни, изменению стереотипов поведения, и совершенствование деятельности учреждений общеобразовательных и профессионально-технического образования (УПТО), здравоохранения, трудовых коллективов, профсоюзных организаций по охране и укреплению здоровья.

Наш опыт показывает, что использование соревновательно-игровых форм профилактики предпочтительнее. Поэтому в рамках Фестиваля здоровья организуются смотры-конкурсы: «Самое здоровое учреждение общеобразовательное и профессионально-технического образова-

ния», «Лучшее учреждение здравоохранения по формированию здорового образа жизни», «Самый здоровый коллектив (предприятия или организации)», «Лучшая профсоюзная организация в сфере формирования здорового образа жизни».

Для оценки деятельности учреждений общеобразовательных и профессионально-технического образования (УПТО), здравоохранения, трудовых коллективов, профсоюзных организаций разработаны критерии конкурсов по обозначенным номинациям.

Например, критериями оценки конкурса «Самое здоровое учреждение образования» определены: уровень заболеваемости в учебном заведении в динамике за последние три года (количество дней, пропущенных по болезни на 100 детей); распределение учащихся по группам здоровья; наличие (количество) или отсутствие курящих учащихся, а также состоящих на учете по поводу употребления алкоголя и наркотиков; проведение мероприятий, направленных на профилактику употребления психоактивных веществ; организация и постановка физкультурно-оздоровительной и спортивной работы (осуществление плавательного всеобуча, охват детей спортивно-массовыми туристическими мероприятиями); организация работы по развитию Олимпийского движения; организация питания учащихся; достаточность искусственной освещенности рабочих мест; наличие в классе офтальмотренажеров; наличие программ по формированию здорового образа жизни, их эффективность; количество и перечень мероприятий по пропаганде здорового образа жизни с участием учеников; наличие и качество оформления информационных стендов по пропаганде здорового образа жизни; организация групповой работы с детьми по сохранению психического здоровья (снятие стрессов, тревожности, разрешение конфликтной ситуации); организационно-методическое обеспечение деятельности по формированию здорового образа жизни.

В Фестивале здоровья в 2007 году соревновались на областном уровне 65 организаций и учреждений, в 2008 году — 85, в 2009 году — 139.

Организованный с 2007 года Фестиваль здоровья в Брестской области несомненно способствует проведению широкого комплекса мер, направленных на формирование ответственного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья.

Проведение выставки-ярмарки «Содействие здоровому образу жизни», начиная с 2005 года, стало традиционным и значимым мероприятием в осуществлении государственной политики в сфере формирования здорового образа жизни.

Главной целью данного популяционно-ориентированного мероприятия является:

— информирование населения об усилиях государственных органов, медицинских организаций, а также других ведомств и негосударственных организаций, направленных на сохранение и укрепление здоровья;

— проведение мероприятий, способствующих коллегиальному решению актуальных проблем формирования здорового образа жизни, а также привлечению внимания общественности к проблемам формирования здорового образа жизни;

— проведение мероприятий по рекламированию услуг и товаров, содействующих укреплению здоровья, ведению здорового образа жизни.

Об эффективности использования данной технологии свидетельствуют возросшее количество участников (с 50 в 2005 г. до 130 в 2010 г.) и посетителей выставки (2005 г. — 7 тыс. чел., 2009 г. — 15 тыс. чел., 2010 г. — 15 тыс.), а также результаты последнего социологического опроса посетителей выставки-ярмарки (96,3 % посетителей оценили данное мероприятие на «отлично» и «хорошо»). Информационно-образовательные мероприятия и консультации оказали положительное влияние на отношение респондентов к своему здоровью: 35,4 % из них захотели больше внимания уделять сохранению и укреплению здоровья, у 47,2 % появилось желание изменить свой образ жизни.

Ежегодно с 1996 года используется не менее значимая по результативности своей соревновательно-игровая форма обучения навыкам здорового образа жизни — олимпиада учащихся общеобразовательных школ и УПТО по вопросам здорового образа жизни.

В процессе подготовки данного мероприятия издается совместный приказ управления здравоохранения облисполкома и управления образования облисполкома, утверждающий положение, состав оргкомитета и жюри из числа специалистов здравоохранения и образования.

Основная цель олимпиады — развитие у учащихся общеобразовательных школ и УПТО здоровьесформирующих установок в существующих общественно-экономических условиях с учетом их психо-физиологических особенностей

Участниками олимпиады являются учащиеся 9 классов общеобразовательных школ — победители и призеры районных (городских) олимпиад, а также победители олимпиад, проводимых УПТО.

Областной олимпиаде предшествуют школьные и районные (городские) олимпиады учащихся.

Конкретные вопросы и задания, программы их проведения разрабатываются местными оргкомитетами по проведению олимпиады на основе перечня тем, разработанных областным оргкомитетом.

Приоритетные направления при разработке заданий: профилактика употребления наркотических веществ, алкоголя, табакокурения, ВИЧ/СПИДа, ИППП и других видов асоциального поведения; вопросы рационального питания, репродуктивного здоровья, соблюдения режима учебы и отдыха, профилактики заболеваний др.

Результаты опроса участников олимпиады указывают на то, что для 93,0 % респондентов олимпиада является интересным, полезным и важным мероприятием, повышающим уровень знаний по вопросам здорового образа жизни.

В заключение отметим, что многоуровневый подход к организации популяционно-ориентированных технологий, активное вовлечение многих секторов социальной жизни (школ, рабочих мест, местных органов управления, органов здравоохранения и общественных организаций) повышает возможность совершения бесповоротных изменений поведения и обретения преимуществ для здоровья.

Профилактика на популяционном уровне — это результативный и финансово доступный вариант проведения профилактических мероприятий, содействующих улучшению здоровья.

УДК 613.83-053.6:159.922.26

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ НА ПРОЦЕСС ПРИОБЩЕНИЯ ПОДРОСТКОВ К ПОТРЕБЛЕНИЮ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Тищенко Е. М., Сурмач М. Ю.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Проблема здоровья подростков и молодежи остро актуальна для Республики Беларусь. Сохраняется демографический кризис, особенно выраженный в сельских поселениях. Изменяются и социальные стереотипы, бытующие в молодежной среде. Курение, употребление пива и слабоалкогольных напитков стали атрибутом молодежи. В то же время, в подростковом возрасте формируются пожизненные социальные навыки, включая навыки здоровьесбережения. Потому исследования, позволяющие выявить механизм приобщения молодежи к потреблению психоактивных веществ и установить, какие факторы оказывают влияние на этот процесс, востребованы с научной и практической точек зрения.

Согласно некоторым данным, подростки, проживающие в сельской местности, находятся в относительно неблагоприятном положении по сравнению с жителями городских поселений (в частности, по отношению к курению) [1]. Результаты исследований, проведенных в России, показали, что на процесс приобщения подростков к психоактивным веществам (ПАВ) влияет скорее не тип поселения, а удовлетворенность материальным положением в семье, социально-экономический статус [2]. Эти данные подтверждаются тем, что подростки из малообеспеченных семей с большей вероятностью воспринимают курение в качестве легкого способа справиться с психоэмоциональным напряжением [3], реклама алкоголя и сигарет оказывает на них наиболее сильное воздействие, так как ассоциирует курение и употребление пива (алкоголя) с финансовым успехом [4].

В 2009 году было опрошено 577 студентов первого курса лечебного факультета ГрГМУ, из которых 421 человек (73 %) проживает в городах, а 156 человек (27 %) — в сельской местности. Анкета разработана на основе опросника кафедры медицины общественной Университета Медицинского им. К. Марцинковского в Познани «Kwestionariusz

ankiety dotyczące konsumpcji napojów alkoholowych i aktywności fizycznej» (2006). Основная доля первокурсников — 58 % была в момент опроса в возрасте 17 лет, 33 % — 18 лет.

Анализ результатов анкетирования показал, что значительная часть первокурсников проживает в семьях, где родители получили высшее образование (50 % семей, проживающих в городах, и 37 % родителей студентов, проживающих в сельской местности). Материальное положение своей семьи как очень хорошее расценили по 11 % студентов обеих групп, как среднее — 47 % сельских и 39 % городских студентов, ниже среднего — 40 % студентов из села и 47 % студентов из семей, проживающих в городе, как трудное — 2 % студентов из села и 3 % студентов из городов.

Подавляющее большинство студентов как из городов (98 %), так и из сельской местности (96 %) имели опыт употребления алкогольных напитков, причем средний возраст первого употребления спиртного для студентов обеих групп составил 14,7 лет.

Для каждого второго респондента первым алкогольным напитком стало шампанское, каждого третьего — вино или пиво, а 10 % студентов, проживающих в сельской местности, и 6 % проживающих в городах, начали употребление спиртных напитков с водки ($\chi^2 = 3,22, p = 0,07$).

Почти 26 % первокурсников, проживающих в городах, и 17 % — из сельской местности указали, что среди тех, кто предложил будущему студенту алкоголь в первый раз, были родители. Другие родственники впервые предложили алкоголь каждому десятому подростку из города и 14 % из села, друзья — 21,7 % городских студентов и 14 % студентов, проживающих в сельской местности. Попробовали спиртное самостоятельно, по собственной инициативе 53 % первокурсника из села и 43 % — из города.

Чаще всего студенты впервые попробовали спиртные напитки дома (31 % студентов, проживающих в городах и 36 % — в сельской местности), на Новый год (городские — 26 %, сельские — 23 %). Первое распитие алкогольных напитков у 9 % первокурсников, проживающих в сельской местности, и 8 % студентов, проживающих в городах, происходило на дискотеке, у 19 % сельских и 17 % городских — на торжестве у друга или подруги, а у 64 % первокурсников, приехавших из сельской местности, и 60 % городских — на семейном торжестве ($\chi^2 = 0,86, p = 0,3$). Наименьшая доля первокурсников впервые попробовали спиртное на улице, во дворе — 7 % — городских и 6 % — сельских.

Первое употребление алкогольных напитков у подавляющего большинства опрошенных не привело к каким-либо неприятным последствиям, однако у 6 % студентов, проживающих в городах, наблюдалось головокружение, у 4 % — ссора с родителями, у 3 % — тошнота и головная боль, у 1 % — рвота и кратковременная потеря памяти. У 5% проживающих в сельской местности после первого употребления алкоголя возникли тошнота и головокружение, головная боль — у 6 %, рвота — у 1,3 %, а у 5 % опрошенных данной группы первое употребление спиртных напитков привело к ссоре с родителями. В связи с этим 11 % городских и 10 % первокурсников из сельской местности сожалели о том, что употребляли алкогольные напитки в первый раз.

На протяжении последнего месяца алкогольные напитки употребляли 55 % студентов, проживающих в сельской местности, и 59 % — в городах (рисунок 1).

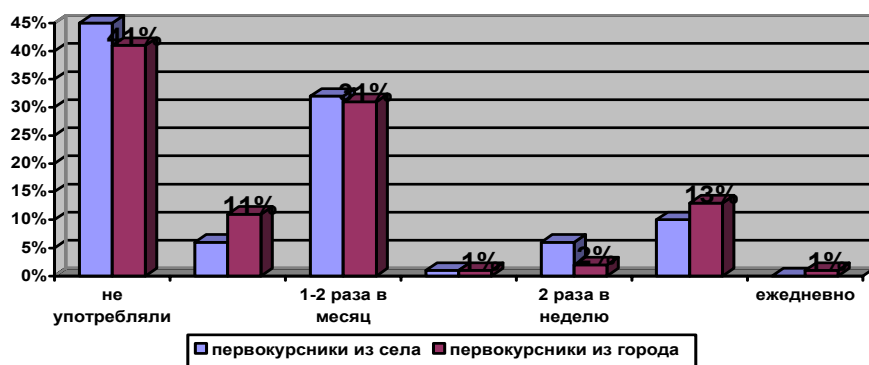


Рисунок 1 — Частота употребления алкогольных напитков в зависимости от проживания до поступления в университет

Вид употребляемого на протяжении последнего месяца спиртного напитка также различался для студентов из города и села (рисунок 2).

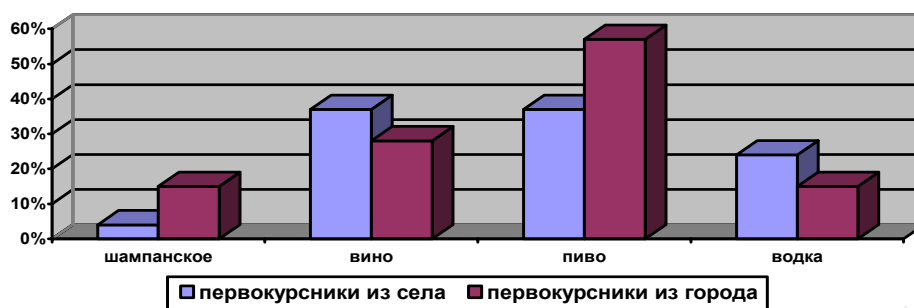


Рисунок 2 — Вид алкогольного напитка, употребляемого в последний месяц, в зависимости от проживания до поступления в университет

На вопрос «Почему ты употребляешь алкоголь?» первокурсники преимущественно отвечали «Из-за семейных праздников» либо «Чтобы расслабиться» (таблица 1).

Таблица 1 — Причина употребления алкоголя в зависимости от проживания первокурсника до поступления в университет (возможен выбор нескольких вариантов ответа)

Причина употребления алкоголя	Проживание первокурсника до поступления в университет	
	город	село
Чтобы расслабиться	33 %	15 %
Для компании	21 %	23 %
Из-за семейных праздников	27 %	38 %
Мне так нравится	10 %	12 %
Для поддержки хорошего гостя	9 %	17 %
Для большего развлечения	8,6 %	—
Для здоровья	7 %	—
Люблю алкоголь	—	3 %
Из-за неудач в университете	—	3 %

Употребление алкоголя привело к целому ряду необдуманных последствий: к пробе курения — 11 % студентов, проживающих в городах, и 12 % студентов, проживающих в сельской местности, к сексуальному контакту — 6 % городских и 1,3 % сельских ($\chi^2 = 5,53$, $p = 0,02$), провалы в памяти были у 8,2 % жителей городов и 12 % первокурсников, проживающих в селах ($\chi^2 = 2,3$, $p = 0,13$), к действиям, о которых позже сожалели, чрезмерное употребление алкоголя привело 14 % студентов обеих групп, а 2,3 % городских ребят — к проблемам с правоохранительными органами. Сожалели о том, что употребляли алкоголь, 46 % сельских студентов и 40 % городских ($\chi^2 = 1,83$, $p = 0,17$), стали ограничивать употребление алкоголя 33 % студентов обеих групп, перестали пить вообще 22 % сельских и 20 % городских ребят.

С проблемой чрезмерного употребления алкоголя в семье столкнулись около 10 % опрошенных первокурсников. У каждого десятого употребление алкоголя одним из членов семьи привело к ссоре или скандалу, а 1 % студентов, проживающих в городах, по причине насилия в семье, спровоцированного алкоголем, убежали из дома. Насилию со стороны пьяного человека подверглись 8 % сельских студентов и 3,6 % городских ($\chi^2 = 4,2$, $p = 0,04$); 10 % студентов, проживающих в городах, и 6 % опрошенных, проживающих в селах, ехали в автомобиле, управляемом пьяным водителем ($\chi^2 = 2,5$, $p = 0,11$), 1,3 % студентов из сел и 2,5 % городских сами управляли автомобилем в нетрезвом состоянии, 5 % сельских и 1,4 % городских студентов вели в нетрезвом состоянии мотоцикл; еще 1,8 % студентов попали в дорожную аварию, причиной которой был алкоголь.

Таким образом, несмотря на то, что большая часть опрошенных первокурсников — выходцы из семей, в которых родители имеют высшее образование, примерно равные доли студентов оценили материальное состояние своих семей как среднее и ниже среднего.

Средний возраст первого употребления спиртного для студентов как из города, так и из села составил 14,7 лет. Для наибольшей доли респондентов, независимо от проживания до поступления, первым в жизни алкогольным напитком стало шампанское. Первокурсникам из городов впервые предлагали алкоголь чаще родители или друзья, студенты из сельской местности чаще пробовали алкоголь впервые по собственной инициативе, дома. Более половины опрошенных (несколько чаще — жители города) употребляли алкогольные напитки в течение последнего месяца, причем городские ребята предпочитали пиво («чтобы расслабиться», «для большего развлечения», «для здоровья»), студенты из села — водку («из-за семейных праздников», «для поддержки хорошего тоста»). Небольшая часть первокурсников (3 %, все — жители села) ответили, что употребляют алкоголь из-за неудач в университете.

Последствия употребления алкоголя, согласно ответам первокурсников, статистически значимо не отличались у проживающих до поступления в городе и в селе, за исключением такого, как сексуальный контакт, чаще указываемый студентами из города (6 % городских студентов и 1,3 % первокурсников из села, $\chi^2 = 5,53$, $p = 0,02$). В то же время студенты из села чаще подвергались насилию со стороны пьяного человека (8 % сельских студентов и 3,6 % городских, $\chi^2 = 4,2$, $p = 0,04$).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ferguson, G. M.* Self-esteem among Jamaican children: exploring the impact of skin color and rural/urban residence / G. M. Ferguson, P. Cramer // *Journal of Applied Developmental Psychopathology*. — 2007. — № 28. — P. 345–359.
2. *Кислицына, О. А.* Социально-экономические факторы, детерминирующие приобщение российских подростков к потреблению психоактивных веществ / О. А. Кислицына // Интернет-конференция «Дети и молодежь» / Федеральный образовательный портал «Экономика. Социология. Менеджмент», Государственный университет — Высшая школа экономики, лаборатория гендерных проблем Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, Исследовательский комитет «Социология здоровья и здравоохранения» Российского общества социологов (РОС), Институт социологии РАН, Москва, 01.03. – 04.04.2010. — [Электронный ресурс]. — 2010. — Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/334891.html>. — Дата доступа: 01.04. 2010.
3. *Wills, T. A.* Stress and smoking in adolescents: a test of directional hypotheses / T. A. Wills, J. M. Sandy, A. M. Yaeger // *Health Psychology*. — 2002. — № 21. — P. 122–130.
4. *Social image factors as motivators of smoking initiation in early and middle adolescence / J. Barton [et al.] // Child development*. — 1982. — № 53. — P. 1499–1511.

УДК 613.96:316.356.2

МЕДИЦИНСКАЯ И ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ КАК ИНДИКАТОР МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ ПОДРОСТКА

Тищенко Е. М., Сурмач М. Ю.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Здоровье детей и подростков — актуальная медико-социальная проблема для Беларуси. Известно, что ранняя выявляемость заболеваний у детей во многом зависит от своевременного обращения к врачам-специалистам. По данным опроса российских школьников [1], 78 % родителей с высшим образованием (в сравнении с 60 % родителей с незаконченным средним образованием) всегда обращаются к врачам в случае острых заболеваний либо обострения хронических заболеваний у ребенка, своевременно и полностью выполняют его рекомендации. В целом же медицинская активность родителей по мере взросления ребенка падает. Так, если 84 % родителей 7-летних детей в России всегда обращаются к врачам при острых заболеваниях ребенка и обострениях хронических заболеваний, то к 13 годам число таких родителей снижается до 69 % [1].

По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья, в ходе которого была получена информация о состоянии здоровья, образе и условиях жизни 815 детей в возрасте 14–17 лет [2], было установлено, что физически активные подростки (особенно мальчики) с меньшей вероятностью курят и потребляют алкоголь. Такая связь может быть

объяснена тем, что подростки, занимающиеся физическими упражнениями, имеют тенденцию следовать и другим полезным для здоровья привычкам [3]. Еще одна гипотеза, связывающая физическую активность и отказ от потребления ПАВ, заключается в том, что время, проведенное за занятием спортом, не оставляет времени для привычек, негативно сказывающихся на здоровье [4]. Эта проблема особенно актуальна в России, где в связи с резким уменьшением числа внешкольных детских и юношеских учреждений, завышенной платой за дополнительные образовательные услуги большинство подростков испытывает избыток свободного времени [5]. Проведение досуга без особых занятий, по данным российских авторов, является основным времяпровождением современной молодежи: многие подростки затруднились сказать, чем занимаются в свободное время; среди ответов преобладали такие, как «гуляю», «сиду дома», «ничего не делаю» [6].

На основании материалов, полученных при анкетировании школьников 10–11 классов общеобразовательных школ г. Гродно, проанализированы особенности медицинской и физической активности и характера досуга учащихся. Опрошено 172 девочки и 128 мальчиков 16–18 лет. Опросник разработан на основании анкеты «Ankieta dot. zachowan zdrowotnych mlodziezy szkolnej, Uniwersytet Szczecinski, Zaklad Wychowania Zdrowotnego».

Данные опроса показали, что в течение последнего года 26 % опрошенных девочек не были у врача, а 2 % получали лечение в условиях стационара. Половина мальчиков ни разу в течение последнего года не были у врача. Среди причин обращения к врачу большинство (каждый четвертый) отмечали вирусные респираторные инфекции, 6 % школьников называли хронические заболевания. Большая часть девочек (76 %) в случае заболевания всегда обращается к врачу, 17 % — лечатся сами, 4 % — просто не идут в школу, 3 % опрошенных девочек считают, что болезнь пройдет сама. 56 % мальчиков при плохом самочувствии обращаются к врачу, 38 % — лечатся сами, 6 % — просто не идут в школу.

Каждая пятая опрошенная девочка в течение последнего года единожды обращалась к стоматологу, каждая шестая — дважды, а 4,5 % девочек обращались за стоматологической помощью более четырех раз. При этом 21 % опрошенных девочек обращались за помощью к стоматологу, когда у них болел зуб, а 55 % опрошенных — профилактически. Треть учащихся мальчиков посещает стоматолога менее 1 года раз в год. Каждый второй посещает стоматолога с профилактической целью. Двое из трех девочек-респондентов чистят зубы два раза в день, каждая шестая чистит зубы только один раз в день, а 4 девочки — всегда после еды. Трое из четырех опрошенных мальчиков чистят зубы 2 и более раз в день, оставшаяся $\frac{1}{4}$ часть чистит зубы один раз в день.

Активный отдых выбирают лишь 41 % школьников, а 59 % школьников предпочитают пассивный отдых. Более половины (55 %) мальчиков предпочитают активный отдых, 45 % — пассивный. Активный отдых выбирают лишь 30 % девочек, а остальные 70 % предпочитают пассивный отдых. Каждая четвертая считает себя физически неактивной. Остальные считают себя физически активными. Из них 6 % респондентов плавают, 9 % — занимаются аэробикой, 5 % — бегают, 1,1 % — занимаются йогой, 14 % — ездят на велосипеде, 23 % предпочитают пешие прогулки, а 42 % девочек считают себя активными, так как занимаются по дому. Почти 88 % мальчиков считают себя физически активными. Из различных видов физической активности большая часть выбирает бег 30 %, пешие прогулки 30 %, езду на велосипеде 28 %, плавание — 19 %.

Таким образом, как медицинская, так и физическая активность школьников не соответствует уровню, необходимому для поддержания и укрепления здоровья. Причем медицинская активность девочек выше, чем мальчиков, физическая — ниже. Так, каждая четвертая девочка и каждый третий-второй мальчик прибегают к самолечению. Каждая шестая девочка и четверть мальчиков чистят зубы только один раз в день. Почти две трети старшеклассников выбирают пассивный отдых, чаще девочки.

Следовательно, необходимы меры, направленные на изменение поведения старшеклассников по отношению к здоровьесбережению, в том числе на повышение их медицинской и физической активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Health, P.* Association between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents / P. Health // *American Journal of Public Health.* — 1996. — № 11. — Vol. 86. — P. 37–42.
2. Physical fitness effects on substance abuse risk factors and use patterns / T. R. Collingwood [et al.] // *J. Drug Educ.* — 1991. — № 21. — P. 178–208.
3. *Кислицина, О. А.* Социально-экономические факторы, детерминирующие приобщение российских подростков к потреблению психоактивных веществ / О. А. Кислицина // Интернет-конференция «Дети и молодежь» / Федеральный образовательный портал «Экономика. Социология. Менеджмент», Государственный университет — Высшая школа экономики, лаборатория гендерных проблем Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, Исследовательский комитет «Социология здоровья и здравоохранения» Российского общества социологов (РОС), Институт социологии РАН, Москва, 01.03. — 04.04.2010. — [Электронный ресурс]. — 2010. — Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru>. — Дата доступа: 01.04.2010.

УДК 613.953

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Толстая Е. В.

Учреждение образования

«Международный государственный экологический университет им. А. Д. Сахарова»
г. Минск, Республика Беларусь

На состояние здоровья ребенка (а впоследствии и взрослого) влияют состояние здоровья родителей до зачатия (у больных родителей не могут родиться здоровые дети); воздействия на яйцеклетку или сперматозоид (например, алкоголь, радиационное или химическое воздействие); течение беременности у матери; течение родов (преждевременные или запоздалые и т. д.). Возраст матери до 18 лет и старше 35 лет считается неблагоприятным для рождения здорового ребенка [1].

Формирование здоровья в раннем детском возрасте начинается во внутриутробном периоде. Негативное влияние на него оказывают патологические состояния и болезни матери во время беременности: анемия, наличие и обострение хронической патологии, наличие инфекционных (паразитарных) заболеваний, токсикоз первой и (или) второй половины беременности, угроза ее прерывания, многоплодие, фетоплацентарная недостаточность с развитием кислородного голодания, изменения в структуре плаценты (например, кальциноз) и т. д. [1, 2].

В последнее время постоянно увеличивается количество экологических факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на внутриутробное развитие плода. К ним относятся загрязнение воздуха как атмосферы, так и жилых помещений (рабочих мест). Отрицательное воздействие оказывают водные поллютанты, а также хлорирование воды. Известно, что дифференцировка органов и систем запускается и регулируется гормонами. Присутствие же ксенобиотиков-эффекторов эндокринной системы (лекарственные эстрагены, хлороуглеродные пестициды, полихлорированные бифенилы, диоксины и фураны, алкилфенолы) может изменять процесс дифференцировки и нарушить формирование репродуктивной системы. Тяжелые металлы (например, свинец и метилртуть) вызывают токсическое повреждение головного мозга. К внутриутробному повреждению головного мозга ведет и употребление в больших дозах спиртного во время беременности (этанол тормозит миграцию клеток ЦНС с последующим недоразвитием головного мозга), а также курение (в табачном дыме имеются такие липофильные соединения, как ароматические углеводороды) [1, 2].

Сложность процесса развития от момента зачатия до взрослого состояния предполагает существование уязвимых (критических) периодов повышенной чувствительности к факторам окружающей среды. Воздействия в критические периоды развития ребенка могут вести к постоянному и необратимому повреждению органов и систем организма: неправильное эмбриональное развитие с формированием врожденных пороков, торможение роста, снижение коэффициента интеллектуального развития (IQ), ранняя половая зрелость, уменьшение ЖЕЛ и т. д.

Критические периоды бывают как во время внутриутробного периода, так и в онтогенезе после рождения. Негативные воздействия в критические периоды внутриутробного

развития ведут к формированию врожденных пороков развития (3–13 неделя). Воздействие повреждающего фактора (или комплекса факторов) с 14 недели беременности и до родов может вызвать формирование внутриутробной гипотрофии и нарушение функций различных органов и систем [2].

Воздействие отрицательных факторов во время беременности способствует формированию аномалий конституции (диатезов), характеризующихся неадекватными реакциями на воздействие обычных раздражителей, а также склонностью к формированию определенных заболеваний и к их более тяжелому течению. Причины развития диатезов: мутации, наследственная предрасположенность, негативное влияние экологических факторов в антенатальном и интранатальном периодах [3].

Существует взгляд на диатезы как на пограничное состояние. Действие неблагоприятных средовых факторов может привести к реализации наследственной предрасположенности и трансформации скрытых признаков в явные с развитием определенного мультифакторного заболевания. При благоприятных же условиях внешней среды роль генетических факторов значительно ослабевает и предрасположенность к болезням не реализуется.

Реализации наследственной предрасположенности к экссудативно-катаральному и атопическому диатезам (семьи с наследственной предрасположенностью к аллергическим заболеваниям, патологии желудочно-кишечного тракта, хроническим воспалительным процессам) будет способствовать употребление матерью во время беременности или лактации аллергенных продуктов, работа во вредных условиях труда и (или) проживание в экологически неблагоприятной обстановке, усиленная витаминотерапия (особенно В1), а также антибиотики и сульфаниламиды. Формирование аллергического диатеза возможно у детей и без наследственной предрасположенности, лишь под влиянием неблагоприятных факторов окружающей среды [3].

В раннем детском возрасте наиболее частым видом сенсibilизации является пищевая. Наиболее аллергенными продуктами являются коровье молоко (СД), рыба, злаковые (при наличии целиакии), яйца. К факторам окружающей среды, способствующим формированию аллергического диатеза относятся интенсивная вакцинация, избыточная фармакотерапия, в первую очередь антибиотикотерапия, интенсивное использование различных детергентов в быту и на производстве, использование пестицидов.

Лимфатико-гипопластический диатез (ЛГД) характеризуется врожденной склонностью к иммунной и эндокринной недостаточности, которая проявляется нарушением адаптации к внешней среде. Реализации наследственной предрасположенности к ЛГД (отягощенная наследственность по аллергии, сахарному диабету, ожирению, хроническому тонзиллиту, рецидивирующим гнойно-воспалительным, онкологическим и нервно-психическим заболеваниям), будет способствовать тяжелый токсикоз беременности, инфекционные заболевания во 2 половине беременности, обострением соматических заболеваний матери, экологически неблагоприятная обстановка (химическое и физическое загрязнение среды), курение и нерациональное питание с избыточным количеством белков, углеводов, жиров, соли. Наибольший риск развития ЛГД при его антенатальном формировании имеет место у женщин старше 35 лет, с обменной и эндокринной патологией и тяжелым гестозом (нефропатия, водянка). К факторам, способствующим развитию ЛД, относят проживание в промышленном городе, вредные факторы производства накануне и во время беременности, повторные инфекционные (вирусные, бактериальные) заболевания с первых месяцев жизни, позднее прикладывание к груди, раннее искусственное вскармливание, несбалансированное питание [3].

Важным элементом здоровья как детей, так и взрослых является нормальный микробиоценоз организма, в первую очередь, кишечника. Микробное заселение организма новорожденного происходит в родовых путях матери, где в норме преобладают лактобактерии, присутствуют бифидобактерии и энтерококки. При рождении путем кесарева сечения процесс формирования нормального биоценоза нарушен. Заселение кишечника происходит за счет микроорганизмов, поступающих извне (кокки, дрожжи, энтеробактерии). Основой формирования нормальной микрофлоры является раннее прикладывание новорожденного к груди матери (первые минуты, часы), естественное вскармливание и нормальный микробиоценоз у матери [4].

К причинам и условиям развития дисбактериоза относятся: позднее прикладывание к груди, ранний перевод на искусственное вскармливание; нерациональное питание; инфекционные заболевания ЖКТ с нарушением кишечного пищеварения, моторики, нарушением слизистой оболочки (паразиты, целиакия, пищевая аллергия) и местного иммунитета (дефицит Ig A, в том числе возрастной и т.д.); нарушения системного иммунитета; неблагоприятные экологические факторы, гипо/авитаминозы, нерациональное применение антибиотиков, антацидов и других лекарственных средств [4].

Хотя детский организм имеет повышенную чувствительность к негативным влияниям, у него по сравнению со взрослым имеется больший потенциал к регенерации. Поэтому даже при наличии наследственной предрасположенности к определенному заболеванию и имеющимся в анамнезе негативным экологическим воздействиям создание благоприятных условий поможет сформировать здоровье и предупредить развитие патологии [3].

Важное значение в формировании здоровья во внутриутробном периоде, а также грудном и дошкольном возрасте имеют сбалансированное адекватное питание, режим дня, занятия физкультурой, закаливание. Обязательным является благоприятный микроклимат в семье. Дисгармоничные семейные отношения провоцируют усиление проявлений диатеза у детей, а также развитие психосоматических заболеваний (нейродермит, бронхиальная астма, патология желудочно-кишечного тракта и т. д.). Отлучение ребенка от матери до трех лет ведет к развитию психологического стресса, оказывающего негативное воздействие на всю последующую жизнь [5].

Таким образом, для формирования здоровья в раннем детском возрасте важными условиями являются здоровье родителей до зачатия ребенка, нормальное протекание беременности, устранение/уменьшение факторов, способствующих развитию того или иного вида аномалии конституции и пороков развития, раннее прикладывание к груди, мероприятия, способствующие формированию нормального микробиоциноза кишечника и препятствующие развитию дисбактериоза. Для развития здорового ребенка необходима чистая окружающая среда как в населенном пункте, так и в домашних условиях, рациональное питание с использованием чистых продуктов (в том числе без пищевых добавок) и воды, доброжелательные отношения в семье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стожаров, А. Н. Экологическая медицина: учеб. пособие / А. Н. Стожаров. — Минск: БГМУ, 2002. — 198 с.
2. Сверлова, Л. И. Загрязнение природной среды и экологическая патология человека / Л. И. Сверлова, Н. В. Воронин. — Хабаровск, 2001. — 215 с.
3. Ахмина, Н. И. Диатезы у детей: учеб. пособие / Н. И. Ахмина. — М.: ЦОЛИУВ, 1989. — 30 с.
4. Ткаченко, Е. И. Питание, микробиоциноз и интеллект человека / Е. И. Ткаченко, Ю. П. Успенский. — СПб.: СпецЛит, 2006. — 590 с.
5. Исаев, Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д. Н. Исаев. — СПб.: Специальная литература, 1996. — 454 с.

УДК 613.2:616.31:378.172

ФОРМИРОВАНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ О ВЛИЯНИИ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Тристенъ К. С.

Учреждение образования
«Барановичский государственный университет»
г. Барановичи, Республика Беларусь

В настоящее время учеными установлено, что состояние здоровья человека и продолжительность его жизни зависят от его мотивации на здоровый образ жизни. Изучение вопросов сохранения и укрепления здоровья молодежи — важная и актуальная задача. А. М. Давыдок (2008) приводит пять основных поведенческих факторов риска для здоровья. Это нерациональное питание, низкая физическая активность, курение, злоупотребление алкоголем и неумение управлять собой при психологических стрессах [1]. Особое значение имеют исследования закономерностей отношения к здоровью и здоровому образу жизни в студенческой среде.

В «Концепции воспитания детей и учащейся молодежи в Республике Беларусь» сформулирована цель образования, как «формирование социально, физически, духовно и мо-

рально зрелой творческой личности». Разработка основных позиций и факторов здорового образа жизни и методология их внедрения должны стать первостепенной задачей системы образования в вузе. Особенно актуально это на педагогическом факультете. Учить детей сохранению и укреплению своего здоровья может только компетентный в вопросах профилактики заболеваний педагог. Государственная система охраны здоровья населения Республики Беларусь открывает человеку возможности для сохранения здоровья, однако население не в полной мере использует методы профилактики заболеваний из-за недостаточной информированности о методах профилактики или отсутствия мотивации к их применению.

Качество жизни человека в немалой мере зависит от состояния зубов и тканей полости рта. По данным медико-социологических исследований, проведенных в 2005 году Л. Г. Борисенко, более 73 % населения в возрасте 60 лет и старше не могут полноценно жевать, 27 % стараются не улыбаться, стесняясь некрасивых зубов. 36 % анкетированных испытывают проблемы в общении с окружающими из-за неприятного запаха изо рта или плохих протезов [2]. При осложненном кариесе, когда у верхушек корней зубов образуются гнойные очаги, инфекция и токсины из этих очагов током крови и лимфы разносятся по всему организму, поражая печень, почки, суставы, органы мочеполовой системы, поэтому невозможно переоценить меры профилактики стоматологических заболеваний для сохранения и укрепления здоровья человека. В Национальной программе профилактики кариеса зубов и болезней пародонта определены три основные причины стоматологических заболеваний:

- неудовлетворительная гигиена полости рта;
- нерациональное питание с избытком рафинированных углеводов, недостатком полноценных белков, витаминов, минеральных компонентов;
- использование соединений фтора местно при чистке зубов фторсодержащими зубными пастами и внутрь в виде фторированной соли, используемой при приготовлении пищи [3].

С целью изучения осведомленности студентов педагогического факультета о влиянии характера питания на сохранение здоровыми зубов нами проведено анкетирование 120 студентов. 18,33 % анкетированных указали, что с поступлением в университет характер их питания существенно не изменился, 44,17 % респондентов чаще всего игнорируют полные обеды, ограничиваясь в основном вторым блюдом. Иногда готовят для себя первое и второе блюдо 17,5 % студентов, никогда первое блюдо не употребляют — 11,66 % респондентов. Услугами столовой постоянно пользуются только 13,33 % анкетированных студентов. На вопрос о привычке «перекусывать» в промежутках между основными приемами пищи положительно ответили 75,83 %. В основном это — бутерброды, чипсы, кондитерские изделия, мороженое, иногда фрукты. Газированные сладкие напитки постоянно употребляет большинство студентов (82,5 %). Даже в столовой 9,18 % студентов ограничиваются булочкой и чаем или соком из пакетов, т. е. не натуральным, а с добавлением консервантов, корректоров вкуса и запаха. 36,6 % анкетированных не любят пищи, требующей энергичного жевания. Абсолютное большинство студентов (93,87 %) знают о неблагоприятном влиянии сладостей на зубы, однако у них нет мотивации на отказ от сладких напитков. На вопрос о необычных привычках при приеме пищи 16,66 % указали привычку запивать пищу жидкостью для улучшения проглатывания, 7,69 % — любят употреблять печенье, бутерброды при просмотре телепередач, за чтением журналов и даже при подготовке к занятиям.

91,7 % респондентов не знали о влиянии вялого жевания на слюноотделение и, как следствие, на нарушение начального этапа переваривания пищи, которое осуществляется с участием слюны. А 49,17 % студентов указали, что часто принимают пищу «на ходу» из-за боязни опоздать, не зная, что торопливая еда так же неблагоприятно сказывается на процессе пищеварения, как и задерживание пищи подолгу во рту, без пережевывания. Большинство анкетированных (92,5 %) не знают, что каждый прием пищи (если после него не удалены остатки пищи и зубной налет) является фактором риска развития кариеса зубов. Углеводы остатков пищи ферментируются непосредственно во рту до органических кислот, способных повреждать поверхностные слои эмали зубов с образованием дефекта (кариес). Рекомендуется после завтрака и ужина чистить зубы, а после других приемов пищи полоскать рот. Желательно принимать пищу не чаще 4–5 раз в день, причем помнить, что «перекусы» одной конфетой, печеньем или сладкое питье способствуют накоплению сладкого налета на

зубах. Компетентными оказались 31,7 % респондентов, указавших на влияние качества пищи и характера питания на развитие стоматологических заболеваний.

Таким образом, только пятая часть студентов питается полноценно, половина анкетированных игнорируют первые блюда, салаты, фрукты. Отсутствие контроля со стороны родителей за качеством питания студентов, особенно на первых курсах их обучения, приводит со временем к функциональным, а затем и к хроническим заболеваниям желудочно-кишечного тракта. По данным здравпункта педагогического факультета Барановичского университета, к окончанию учебы в университете 45,2 % студентов имеют хронический гастрит или другие заболевания желудочно-кишечного тракта, функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы составляют 31,5 %, часто респираторными заболеваниями болеют около 40 % выпускников факультета. Вялое жевание ведет к гипофункции слюнных желез, что является основной причиной заболеваний слизистой оболочки полости рта и кариеса зубов [4]. Неконтролируемое употребление сладостей в промежутках между основными приемами пищи создает кариесогенную ситуацию в полости рта.

Достигнуть результативности при реализации методов профилактики стоматологических заболеваний, рекомендуемых Национальной программой профилактики кариеса зубов и болезней пародонта среди населения Республики Беларусь, возможно только совместными усилиями родителей, воспитателей дошкольных учреждений, учителей школ, врачей-педиатров, стоматологов. Первым из девяти пунктов «Ливерпульской Декларации Всемирной организации здравоохранения по дальнейшему развитию стоматологической помощи в странах на период до 2020 года» обозначена безопасная для зубов пища и отмечена важнейшая роль характера питания для сохранения стоматологического здоровья, которая рекомендована государствам-членам ВОЗ для исполнения. Республика Беларусь имеет не только свою солидную законодательную базу по сохранению и укреплению здоровья нации, но и международную поддержку, являясь государством-членом Всемирной организации здравоохранения.

Для повышения мотивации студентов к сохранению и укреплению своего здоровья используется воспитательно-образовательный потенциал медико-биологических дисциплин. Студенты педагогического факультета получают знания о роли рационального питания в сохранении стоматологического и общего здоровья на занятиях при изучении темы «Профилактика стоматологических заболеваний» дисциплины «Основы медицинских знаний», а также спецкурса «Стоматологические аспекты здоровья детей дошкольного возраста». Они углубляют свои знания при подготовке рефератов, сообщений, портфолио, курсовых и дипломных работ по здоровому образу жизни. При прохождении педагогической практики студенты используют теоретические знания, формируя у детей здоровые привычки. Студенты осваивают методы профилактики заболеваний, участвуют в родительских собраниях, готовят дидактический материал для игровой деятельности детей на темы формирования их здоровья, в том числе и стоматологического.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдок, А. М. Валеологический подход к формированию здорового образа жизни в учреждениях, обеспечивающих получение дошкольного образования: тезисы Республиканской научно-практической конференции, 31 окт. 2008 г. / А. М. Давыдок. — Минск: БГПУ, 2008. — С. 19–20.
2. Леус, П. А. Стоматология Беларуси XXI век (Доклад на IV Международной науч.-практ. конф., 1 нояб. 2005 г., г. Минск) / П. А. Леус // Стоматологический журнал. — 2005. — № 4. — С. 2–6.
3. Тристеня, К. С. Формирование мотивации к здоровому образу жизни у студентов педагогического факультета при изучении медико-биологических дисциплин: тезисы Республиканской науч.-практ. конф., 31 окт. 2008 г. / К. С. Тристеня. — Минск: БГПУ, 2008. — С. 55–56.

УДК 616-084

ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ОБЛАСТИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

Тюхлова И. Н.

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

Повышение эффективности гигиенического воспитания населения — одно из направлений развития практического здравоохранения. Возрастающая роль профилактической ме-

дицины постепенно способствует переориентации различных служб Министерства здравоохранения на разработку мероприятий по сохранению и укреплению здоровья. Одними из таких мероприятий является переход от традиционных форм и методов работы по гигиеническому воспитанию населения к технологиям гигиенического воспитания.

Технологии гигиенического воспитания обладают рядом преимуществ, позволяющих говорить об их предпочтении по сравнению с другими формами работы [1]. Вместе с тем они еще не нашли широкого применения в практической деятельности медицинских работников. Исходя из этого в работе ставилась задача разработать методические рекомендации к технологиям медико-социальной профилактики для использования медицинскими работниками в области гигиенического воспитания.

Технологии медико-социальной профилактики в соответствии с классификацией технологий гигиенического воспитания можно отнести к производственным (репродуктивным) макротехнологиям [1]. Это позволяет формировать единые подходы к их разработке и применению.

Основными характеристиками технологий медико-социальной профилактики в области гигиенического воспитания являются: охват большого количества людей, на которых направлен процесс; экономия ресурсных затрат по сравнению с технологиями индивидуальной и групповой профилактики; возможность привлечь внимание к проблеме и сформировать общественное мнение. Используя данные положения, можно определить цели технологий от которых будет зависеть выбор методов, приемов, действий технологии [2, 3].

При разработке технологий медико-социальной профилактики в области гигиенического воспитания следует учитывать следующие принципы: понимание; потребностей людей; использование научных исследований для принятия решений; определение конкретных целей, которые должны быть достигнуты через изменение поведения; создание системы, которая обеспечит поддержку изменений; использование множества каналов и методов достижения целей; обеспечение равновесия между спросом на информацию медицинского характера и ее предложением.

Достижение любой цели предполагает поэтапное решение задач, что определяет выделение трех основных этапов: подготовительного, основного и заключительного. Разработка алгоритма и последовательности действий на каждом этапе и будет определять эффективность технологий медико-социальной профилактики.

Первым в данном алгоритме действий является подготовительный этап. Он нацелен на разработку основных направлений; решение организационных вопросов; подготовку кадров и средств, необходимых для реализации технологии. Для этого необходимо придерживаться следующей последовательности:

- 1) предварительный анализ;
- 2) разработка концепции;
- 3) расчет финансовых затрат, необходимых для реализации программы;
- 4) планирование основных мероприятий.

Предварительный анализ как процесс, включает анализ показателей здоровья и образа жизни населения региона, анализ условий жизни населения региона, анализ инфраструктуры региона, анализ партнеров для реализации технологии. На основании предварительного анализа происходит выбор проблемы и контингента, который планируется вовлечь в реализацию технологии.

Разработка концепции представлена совокупностью действий по постановке цели, задач, разработке стратегии и тактики.

Цель представляет собой ожидаемый конечный результат, который предполагается иметь в итоге реализации технологии медико-социальной профилактики. При ее формулировке необходимо ответить на вопросы: что или кто, когда и насколько изменится. Цель должна быть конкретной, измеряемой, достижимой, иметь временные рамки.

Задачи — это пути достижения цели. Каждая решенная задача ведет к достижению цели. Задачи также, как и цель должны соответствовать определенным требованиям: быть конкретными и решаемыми. Небольшое количество (3–5) задач позволяет более точно их формулировать.

Подготовка стратегии и тактики завершают разработку концепции. Стратегия определяет основные направления деятельности, подходы к запланированному достижению цели, а тактика — формы работы, применяемые для реализации стратегии.

Расчет финансовых затрат, необходимых для реализации технологии, один из значимых разделов любых профилактических программ. Подготовка бюджетной стратегии включает составление списка потребностей, списка имеющихся ресурсов, выбор источника финансирования, определение необходимых финансовых средств.

Планирование основных мероприятий завершает подготовительный этап медико-социальной технологии, создание организационного комитета, составление плана действий с персональной ответственностью за каждое действие, разработку механизма ответственности за результат, согласование с заинтересованными ведомствами, организациями, подготовку директивного документа, подготовку конкретного персонала и ресурсов.

Следующим этапом технологии медико-социальной профилактики является основной этап, который направлен на реализацию плана действий, создание банка данных о проводимых мероприятиях, учет проводимых мероприятий, контроль за выполнением плана, промежуточный мониторинг.

Основной этап является продолжением подготовительного этапа и ошибки, допущенные на подготовительном этапе, будут снижать эффективность как основного этапа, так и технологии в целом.

Промежуточный мониторинг основного этапа представляет анализ информации по следующим вопросам: реализуется ли программа по первоначальному плану, собираются ли все данные в ходе реализации программы, могут ли задачи и цель программы при необходимости быть скорректированы, используются ли ресурсы так, как запланировано, каково мнение участников и общественности о профилактической программе. Полученные данные позволяют принимать управленческие решения уже в ходе реализации технологии.

Заключительный этап — это составление отчета, оценка результатов деятельности, оценка эффективности профилактической программы, заключительный анализ, отдаленный мониторинг.

На заключительном этапе подводятся итоги примененной технологии, результатом которых является определение эффективности работы организаторов профилактической программы, отчет перед вышестоящими инстанциями и финансовыми органами, предоставившими средства для реализации программы, анализ технологии по достижению цели гигиенического воспитания, разработка новых технологий.

Таким образом, рассмотренные концептуальные подходы к разработке и реализации технологий медико-социальной профилактики в области гигиенического воспитания формируют логическую последовательность действий, объединенных в алгоритм, реализация которого гарантирует достижение результата.

Применение алгоритма возможно врачами различных специальностей и на различных территориях, и если при этом не нарушается последовательность действий, то эффективность технологии медико-социальной профилактики в области гигиенического воспитания значительно увеличится.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тюхлова, И. Н. Применение методов гигиенического воспитания в практике центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья / И. Н. Тюхлова // Сборник научных трудов «Здоровье и окружающая среда». — Минск: БелСАНИнформ, Смэлток, 2009. — Вып. 13. — С. 214–217.
2. Кошелев, С. С. Современные технологии педагогического процесса / С. С. Кошелев. — Минск, 2001. — 94 с.
3. Тюхлова, И. Н. Технологии групповой профилактики в системе гигиенического воспитания населения / И. Н. Тюхлова // Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции «Анализ и оценка эффективности управленческих решений в современном здравоохранении Республики Беларусь». — Минск: БелМАПО, 2009. — С. 90–92.

УДК 616-053.32:616-006

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ НА УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-8 И ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

**Устинович Ю. А., Крастелева И. М., Шишко Г. А.,
Акалович С. Т., Сапотницкий А. В.**

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

Подавляющее большинство недоношенных детей рождается с оценкой по шкале Апгар на первой минуте жизни менее 8 баллов, то есть в состоянии асфиксии. Гипоксия явля-

ется универсальным повреждающим фактором, индуцирующим каскад патофизиологических изменений в организме, приводя к развитию мультисистемной дисфункции. Состояние сопровождается нарушениями нормальных процессов жизнедеятельности со стороны практически всех органов и систем. Страдают функции легких, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, почек и печени, системы гемостаза, иммунной системы и других. На этом фоне контакт ребенка с обычным микробным пейзажем окружающего мира может оказаться непосильной задачей и проявиться инфекционно-воспалительным процессом. Однако следует учитывать, что большинство преждевременно рожденных младенцев изначально расцениваются как внутриутробно инфицированные. По результатам работы отделения реанимации новорожденных ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» на основании клинических и анамнестических данных изначально инфекционный диагноз имеют более 90 % поступающих из родильного зала недоношенных детей.

Универсальной реакцией организма на повреждение является воспаление, призванное выполнять защитную функцию. Если повреждение носит не локальный, а генерализованный характер, что имеет место при перинатальной гипоксии, организм отвечает на него синдромом системного воспалительного ответа.

Системное воспаление включает ряд последовательных, каскадно протекающих реакций, вовлекающих в патологический процесс практически все органы и системы ребенка со специфическим ответом иммунной системы, степень выраженности которого во многом зависит от функциональных возможностей организма. Синдром полиорганной дисфункции часто не позволяет адекватно оценить реакцию новорожденного ребенка на патологический процесс. В условиях инфицирования организма тканевые макрофаги и другие компоненты моноцитарно-макрофагальной системы, активированные микробными антигенами, начинают продуцировать ряд цитокинов. Этот триггерный механизм в большинстве случаев носит универсальный характер. В то же время при выраженной полиорганной недостаточности нет гарантии, что способность ребенка продуцировать те или иные биологически активные вещества, в том числе цитокины сохранена в достаточной мере.

В последние годы среди большого числа изучаемых маркеров воспалительного ответа внимание исследователей сконцентрировано на интерлейкинах (ИЛ), в частности ИЛ-6, ИЛ-8 и факторе некроза опухолей- α (ФНО- α) [1]. Существенных различий в чувствительности и специфичности методов диагностики инфекций у новорожденных путем определения концентраций, ИЛ-6 и ИЛ-8 не выявлено, но исследование уровня ИЛ-8 более предпочтительно в связи с тем, что оно выполняется быстрее и требует меньшего объема крови [2]. Однако забор даже 1 мл крови у недоношенного ребенка с массой тела менее 1500 грамм лишает его не менее 1 % всего объема циркулирующей крови. Серия анализов приводит к анемии и необходимости трансфузий донорской крови. Поиск альтернативных диагностических технологий привел к тому, что в работах Bentlin M. R. с коллегами установлено, что определение ИЛ-8 в моче является точным и легко выполнимым методом диагностики инфекций у новорожденных [3].

Ранняя диагностика повышенного уровня ИЛ-8 призвана определить прогноз течения периода постнатальной адаптации и своевременно выбрать оптимальную тактику лечения, призванную сократить его длительность, улучшить исход, снизив частоту развития стойких негативных отдаленных последствий. Так, например, в результате мультицентровых исследований было установлено, что у недоношенных новорожденных, у которых впоследствии развилась БЛД или неонатальный период закончился летальным исходом, в динамике неонатального периода выявлялись повышенные уровни ИЛ-8 [4].

Нами проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 54 новорожденных детей, родившихся в сроке гестации 28–36 недель с массой тела при рождении от 890 до 2610 граммов с оценкой по шкале Апгар на первой минуте от 3 до 8 баллов. Все дети были внутриутробно инфицированными. Это подтверждалось совокупностью данных, таких как материнский анамнез, результаты клиничко-лабораторных обследований в динамике раннего неонатального периода в объеме, определенном «Отраслевыми стандартами обследования и лечения детей с патологией неонатального периода в стационарных условиях» (Приказ МЗ РБ от 30.09.2003 г. № 156).

У всех детей концентрацию ИЛ-8 определяли в моче методом иммуноферментного анализа (ИФА) на основе моноклональных антител, поскольку этот метод является неинвазивным и полностью отражает содержание изучаемых факторов в плазме крови новорожденного [5]. Образцы мочи для исследования забирались мочеприемниками или посредством катетеризации мочевого пузыря в первые 24 часа после рождения.

Установлено неоднозначное влияние гипоксии на способность недоношенных детей продуцировать ИЛ-8. Так, если умеренная асфиксия при рождении сопровождалась значительным повышением уровня ИЛ-8 в моче (по сравнению с детьми, родившимися без асфиксии), то в случае тяжелой асфиксии у недоношенных новорожденных его уровень был снижен. Полученные данные демонстрируют, что тяжелая асфиксия при рождении недоношенного ребенка с внутриутробным инфицированием в значительной степени снижает его способность реагировать на инфекционно-воспалительный процесс должным иммунным ответом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ng, P. C. Diagnostic markers of infection in neonates / P. C. Ng // Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. — 2004. — Vol. 89. — P. 229–233.
2. Weitekamp, J.-H. Interleukin-8 (IL-8) Preferable to IL-6 as a Marker for Clinical Infection / J.-H. Weitekamp, J.Reinsberg, P. Bartmann // Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology. — 2002. — P. 1401.
3. Is Urine Interleukin-8 Level a Reliable Laboratory Test for Diagnosing Late Onset Sepsis in Premature Infants? / M. R. Bentlin [et al.] // J. Trop. Pediatr. — 2007. — Vol. 53. — P. 403–408.
4. Cytokines associated with bronchopulmonary dysplasia or death in extremely low birth weight infants / N. Ambalavanan [et al.] // Pediatrics. — 2009. — Vol. 123, № 4. — P. 1132–1141.
5. A monoclonal antibody and an enzyme immunoassay for human Ala-IL-877 / N. N. Nashkevich [et al.] // J. Immunol. Methods. — 2002. — Vol. 270. — P. 37–51.

УДК 613:614

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: ПРОБЛЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Фролова Ю. Г.

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

Понятие здорового образа жизни активно используется в научной литературе начиная с 1970-х годов, однако его теоретическое осмысление явно недостаточно. В связи с этим возникает ряд существенных вопросов:

1. Что понимать под здоровым образом жизни? Образ жизни впервые начали изучать в социологии (Э. Гидденс, Б. Берген и др.), а сегодня он входит в сферу интересов многих научных дисциплин, в том числе и психологии. Это некий устойчивый, специфичный для представителей определенного общества способ жизнедеятельности, проявляющийся в различных сферах человеческого существования. Как указывает М. Мартинковский, по крайней мере, частично образ жизни зависит от принимаемых индивидом решений, причем не только о том, что делать, но и о том, кем быть. К компонентам образа жизни относятся распределение времени, характер труда и потребления материальных благ, поведение, связанное со здоровьем, активность в сфере культуры и просвещения, политическая активность, отношение к общественным проблемам, религиозная принадлежность, формы общения людей, способы самоидентификации [2].

Понятие здорового образа жизни отличается меньшей определенностью. Чтобы понять, какие компоненты образа жизни способствуют здоровью, необходимо соотнести поведенческие показатели образа жизни с биологическими особенностями человека, а также с особенностями социальной среды. Вариантов здорового образа жизни может быть столько, сколько существует условий жизни (экологических, социально-экономических и пр.) [3]. Соответственно, большинство авторов определяют здоровый образ жизни как совокупность внутренних и внешних условий жизнедеятельности, обеспечивающих сохранение здоровья и трудоспособности, а также гармоничное развитие личности. Все приведенные выше сооб-

ражения позволяют сделать вывод о том, что здоровый образ жизни — это лишь одна из характеристик целостного существования человека, причем не обязательно стабильная и гомогенная. Еще одно важное заключение касается роли индивида в осуществлении здорового образа жизни, которая, как оказывается, ограничена условиями среды. В целом приходится признать, что любые поступки человека могут повлиять на его здоровье, что делает понятие здорового образа жизни чрезмерно обширным. Отметим некоторое несоответствие в определениях образа жизни в целом и здорового образа жизни. Например, в текстах не всегда уточняется, какое отношение к здоровому образу жизни имеют характер потребления материальных благ, религиозность, отношение к общественным проблемам, характерные для того или иного человека способы самоидентификации. Несмотря на приведенные выше замечания о значительной роли среды в осуществлении поведения, акцент чаще всего делается на сознательных поступках человека, которые он совершает независимо от социальных воздействий.

2. Является ли здоровый образ жизни гомогенным теоретическим конструктом?

Перечисление компонентов здорового образа жизни, представленное в различных работах, свидетельствует об их разнородности. Так, М. Мартинковский приводит следующий список: знать самого себя; поддерживать силы организма в постоянной готовности; правильно употреблять лекарственные средства; всесторонняя физическая активность; правильное питание; закаливание; наличие навыков борьбы со стрессом; избавление от вредных привычек; проявление доброжелательности к людям [2]. Очевидно, что закаливание или правильное питание и наличие навыков борьбы со стрессом — индикаторы разного порядка. И. Н. Гурвич, обобщивший в своей работе результаты социологических опросов за несколько десятилетий, отмечает отсутствие согласованности между отдельными компонентами образа жизни, что, как он считает, ставит под сомнение целесообразность использования данного понятия. Наиболее значимые связи были выявлены между отказом от курения, контролем питания и снижением количества употребляемого алкоголя [1]. В проведенном под нашим руководством в 2005–2009 гг. исследовании по выборочной совокупности 493 школьников и студентов были обнаружены значимые (но не слишком высокие — от 0,2 до 0,3) корреляции между ранним началом сексуальной жизни, употреблением алкоголя и наркотиков. В то же время связь между такими компонентами образа жизни, как регулярные физические нагрузки, обследования у врача и контроль питания отсутствовала.

3. Какие методы наиболее адекватны для изучения здорового образа жизни?

Здесь следует заметить, что исходя из указанной выше специфики понятия «образ жизни», необходимо использовать в качестве индикаторов лишь те показатели, которые, по крайней мере, носят устойчивый характер. Следует также учитывать не только поведенческие компоненты образа жизни, но и социальные и биологические факторы, которые могут быть с ними связаны. Наконец, при анализе связанного со здоровьем поведения целесообразно принимать во внимание, что различные его виды существенно отличаются друг от друга, например, по таким критериям, как степень произвольности, скорость и длительность влияния на состояние человека, характер такого влияния. Одни виды здорового поведения осуществляются людьми спонтанно, без долгих размышлений, другие являются результатом сознательно принятого решения, третьи иницируются в результате систематического давления со стороны социального окружения. Можно указать еще на одно значимое различие — между единичными действиями и длительной, требующей постоянных усилий активностью.

Одним из самых типичных методов исследования здорового образа жизни является анкетный опрос. Он позволяет достаточно быстро собрать данные на уровне целой популяции. Хотя некоторые авторы указывают на ненадежность открытых вопросов для сбора информации о поведении, реальной альтернативы этому методу нет, поскольку наблюдение или данные, полученные от третьих лиц (врачей, педагогов и пр.) также могут быть недостоверными.

Вместе с тем часто респондентам задают чрезмерно общие вопросы, например, стараются ли они заботиться о своем здоровье. При этом игнорируется тот факт, что одинаковые ответы могут дать респонденты с различными характеристиками образа жизни, например, один человек считает самым главным компонентом здорового образа жизни физические нагрузки, а другой — употребление в пищу большого количества овощей и фруктов. Большая часть анкетных опросов происходит в ходе срезовых, а не лонгитюдных исследований, что позволяет усомниться в устойчивости выявляемых таким образом показателей.

4. Следует ли отказаться от использования понятия здорового образа жизни, заменив его понятиями безопасного или здорового поведения? На наш взгляд, наиболее полезным для развития психологии здоровья будет третий путь: изучение имеющего отношение к здоровью поведения, а также отношения к здоровью в контексте социальной ситуации. С точки зрения данного подхода наиболее актуальными являются вопросы о том, каким образом условия жизни человека связаны с его поведением, как принятие решений в сфере здоровья отражает представления индивида о себе и о полноценной жизни. Решение этих вопросов будет способствовать разработке профилактических программ, адекватных актуальной ситуации в сфере общественного здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурвич, И. Н. Социальная психология здоровья / И. Н. Гурвич. — СПб.: Изд-во Санкт-Петерб. ун-та, 1999. — 1023 с.
2. Мартинковский, М. Здоровье и здоровый образ жизни в ценностных ориентациях молодежи / М. Мартинковский. — Минск: Технопринт, 2003. — 275 с.
3. Царегородцев, Г. И. Социально-медицинская профилактика / Г. И. Царегородцев, И. А. Гундаров // Вестник Академии медицинских наук СССР. — 1990. — № 4. — С. 9–16.
4. Carmody, T. P. Health-related behaviours: common factors / T. P. Carmody // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. — Cambridge: Cambridge University Press, 1997. — P. 117–120.

УДК 616.127-005.8:316:331.101.264.22(476)

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАРУСИ

Шаршакова Т. М., Гатальская Г. В., Лопатина А. Л., Васькова Т. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

Учреждение

«Гомельский областной клинический кардиологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

В современных условиях жизни увеличивается нагрузка на эмоциональную сферу человека, и как следствие, приобретают все большее распространение сердечно-сосудистые расстройства, вызываемые систематическими эмоциональными перегрузками. Среди этих расстройств одно из первых мест занимает ишемическая болезнь сердца.

В настоящее время сохраняется негативная тенденция увеличения заболеваемости и смертности от ишемической болезни сердца в Республике Беларусь. Это диктует необходимость активизации совместных усилий кардиологов и психологов в изучении психологических факторов, обуславливающих развитие ишемической болезни сердца. Обращаясь к их рассмотрению, можно выделить внутренние (личностные) и внешние (информационные) факторы. К внутренним относят особенности организации нервно-психических процессов, характер отношения к окружающему миру и личностные особенности в целом. К внешним — стрессовые неблагоприятные воздействия на человека физических условий среды, неблагоприятных семейных, производственных и других ситуаций, а также большого объема перерабатываемой современным человеком информации. Последнее часто называют информационным неврозом, который рассматривают как одну из важных причин развития гипертонической и ишемической болезни сердца. С другой стороны, устойчивость к влиянию информационных факторов определяется внутренней психологической структурой человека, то есть воздействие оказывают не информационные перегрузки, а отношение человека к складывающимся ситуациям. По мнению многих исследователей, это специфическое отношение обусловлено акцентуацией, деформацией личностной структуры, которая определяет затаенной гипертрофированный или деструктивный тип реагирования на жизненную обстановку.

С целью изучения психологических факторов риска развития ишемической болезни сердца у населения трудоспособного возраста Гомельского региона РБ нами было проведено исследование на базе учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический диспансер».

ский диспансер». При этом мы опирались на следующие психодиагностические методы: опросник Мини-мульти (сокращенный вариант Миннесотского многоаспектного личностного опросника MMPI) для выявления в структуре личности психопатологических синдромов (ипохондрии, истерии, психастении, психопатии, шизоидности, паранойяльности, депрессии, гипомании); опросник УСК Дж. Роттера для выявления уровня субъективного контроля; методика диагностики типа поведенческой активности Л. И. Вассермана, Н. В. Гуменюк; опросник Спилбергера-Ханина для определения уровня личностной и ситуативной тревожности; опросник Леонгарда-Шмишека для диагностики типов акцентуации характера; методика выявления уровня подверженности стрессу.

Выборочную совокупность составили 118 пациентов: 67 мужчин и 51 женщина в возрасте 30–55 лет. Вся выборка была разделена на 3 группы, из которых две группы экспериментальные и одна контрольная. Первую группу составили мужчины и женщины со стабильной – нестабильной стенокардией (начальная стадия ишемической болезни сердца) в количестве 30 человек; вторую — мужчины и женщины, перенесшие инфаркт миокарда с хирургическим и без хирургического вмешательства, в количестве 43 человек; третью (контрольную) — мужчины и женщины без признаков ишемической болезни сердца, в количестве 45 человек.

Результаты проведенного исследования позволяют выделить психологические факторы, обуславливающие развитие ишемической болезни сердца у мужчин и женщин трудоспособного возраста: объективные — воздействие высокого и выше среднего уровня стресса; субъективные — доминирование внутреннего локуса контроля; а также высокой личностной тревожности и типа А поведенческой активности. Что же касается акцентуаций характера и психопатологических изменений, то в их отношении неправомерно говорить о том, что они являются непосредственными факторами ишемической болезни сердца, а скорее будут ее результатом.

Нами был осуществлен факторный анализ с помощью программы «Statistika» 6,0. Были выделены и проранжированы факторы риска возникновения и развития ишемической болезни сердца у людей трудоспособного возраста. Его результаты имеют следующий вид: первое место занимает внутренний фактор — высокий уровень личностной и ситуативной тревожности; второе место — внешний фактор, сопряженный с воздействием высокого уровня стресса в жизни; третье — доминирование внутреннего локуса контроля; четвертое — склонность к ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, психастении и шизоидности.

На полученные результаты можно опираться при создании программ психологической профилактики и психологической коррекции для пациентов с ишемической болезнью сердца. При этом в коррекционной работе усилия необходимо направлять, с одной стороны, на изменение психологических реакций (на стресс, внутреннюю картину болезни), стиля жизни, отношений в семье и т. п.; с другой — на устранение факторов, способствующих прогрессированию ишемической болезни сердца (избыточная масса тела, курение, низкая физическая активность и т. д.).

УДК 613.98:614.39:614.2

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПОСТРОЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МОДЕЛИ

Шаршакова Т. М., Подоляко В. А., Лопатина А. Л.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

«Гомельский областной клинический кардиологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Сложившаяся в последние годы в Беларуси медико-демографическая ситуация требует от практического здравоохранения решения вопросов оптимизации оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста. В последние десятилетия в Республике Беларусь, как и во всем мире, идет активный процесс старения населения — в настоящее время в стране проживает более 2 млн. 176 тыс. человек 60 лет и старше. Характерной

особенностью процесса является значительное увеличение среди пожилого населения числа лиц старческого возраста; сегодня каждый четвертый пожилой человек уже перешагнул 75-летний рубеж. Удельный вес населения старше 60 лет в сельской местности составляет 29,9 %, в городах — 12,7 %. Современные тенденции старения населения носят устойчивый характер. Это предполагает значительное увеличение доли пожилых людей в структуре населения Беларуси в XXI веке. Множественные хронически протекающие заболевания, взаимно отягощающие друг друга, появление в связи с этим многочисленных социально-бытовых проблем, значительно снижают качество жизни пожилых людей. Это выдвигает новые требования к системе оказания медицинской и социальной помощи населению.

В большинстве развитых стран мира в настоящее время медицинские и социальные службы предпочитают оказывать необходимый объем помощи и услуг лицам пожилого и старческого возраста, не изменяя привычной для них домашней обстановки. Это положение является очень важным для повышения психологического и социального комфорта пожилого человека.

В Беларуси помощь пожилому населению на дому осуществляется медицинскими и социальными службами, не взаимодействующими между собой, что заметно снижает качество помощи. Кроме того, в стране получила развитие форма оказания медицинских, социальных и бытовых услуг на базе Центров медико-социальной помощи Белорусского Общества Красного Креста и Центров социальной помощи Министерства труда и социальной защиты населения. Однако не разработана организационная модель межпрофессионального взаимодействия медицинской, социальной служб и службы милосердия Красного Креста в оказании помощи пожилым людям на дому и в ЦМСП и ЦСП. Развитие данной сети идет без учета потребностей практического здравоохранения, не согласовывается на уровне ведомств и организаций.

Опыт других стран показывает, что данный вопрос не может быть решен без специальной курации как на уровне области, так и на уровне сельских административных учреждений. Во всех районах должны быть должности гериатров, кабинеты (отделения) восстановительного лечения, медико-социальной реабилитации, отделения сестринского ухода, хосписы, центры медико-социальной помощи, максимально приближенные к месту жительства населения. Медицинские и социальные работники должны работать под руководством врачей-гериатров. В основные обязанности ЦМСП входят: консультативный прием пожилых людей, отбор пациентов на стационарное лечение, мониторинг состояния здоровья группы немобильных больных, оказание нуждающимся медико-социальных услуг на дому, диспансерное наблюдение за лицами с признаками преждевременного старения. Но самое важное, должны быть разработаны механизмы взаимодействия между ведомствами.

Проведенные нами исследования позволяют сделать вывод, что наряду с экономической защищенностью, психосоциальное благополучие и чувство удовлетворенности состоянием своего здоровья — наиболее важные для каждого человека ценности. Для их достижения необходимо взаимодействие тех ведомств и организаций, которые занимаются проблемами пожилых людей.

УДК 316.6-055.1:612.61

ИССЛЕДОВАНИЕ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МУЖЧИН С АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ

Шаршакова Т. М., Гатальская Г. В., Василькова О. Н., Токарчук Л. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

В настоящее время все большее значение приобретает проблема старения населения. По данным ООН, средняя продолжительность жизни в развитых странах неуклонно растет,

в прошлом веке она увеличилась с 49 до 79 лет, в настоящее время практически достигла 85 лет. В развитых странах доля населения в возрасте 60 лет и старше в настоящее время составляет примерно 20 %, а к 2050 году она будет составлять 33 % [1].

Согласно критериям ВОЗ, пожилым считается человек в возрасте старше 65 лет. К сожалению, в Республике Беларусь значительная часть мужского населения не доживает до пожилого возраста.

Высокая социальная значимость заболеваний, характерных для пожилого возраста, обуславливает необходимость изучения возрастных изменений в мужской половой системе. Однако, за последние годы о мужском переходном периоде известно столько же, сколько было известно о женском 30 лет назад.

Оценка изменения качества жизни мужчин, связанная с возрастными факторами в 21 веке приобретает большую актуальность.

Ситуация осложняется тем, что сами пациенты относятся к этой проблеме пассивно и многие проявления приписывают нормальному процессу старения или связывают имеющиеся симптомы с каким-либо заболеванием и упорно посещают терапевтов, кардиологов, неврологов и др. специалистов. В свою очередь многие врачи, как правило, считают имеющиеся у пациентов симптомы проявлением основного заболевания или начавшегося старения и не связывают их со снижением уровня тестостерона.

Основные симптомы возрастного андрогенного дефицита сгруппированы по категориям и представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Симптомы андрогенного дефицита

Мочеполовые расстройства	Снижение либидо, эректильная дисфункция, расстройства оргазма, снижение фертильности эякулята, уменьшение яркости оргазма; уменьшение объема и плотности яичек.
Вегето-сосудистые нарушения	Внезапная гиперемия лица, шеи, верхней части туловища, чувство жара («приливы»), колебания уровня артериального давления, кардиалгии, головокружение, чувство нехватки воздуха, кардиалгии — колющие, ноющие и другие боли в области сердца;
Психоэмоциональные расстройства	Повышенная раздражительность, быстрая утомляемость, ослабление памяти и внимания, бессонница, депрессивные и стрессовые состояния, снижение общего самочувствия, работоспособности, творческой продуктивности, упадок сил.
Соматические расстройства	Уменьшение количества мышечной массы и силы, снижение плотности костной ткани, гинекомастия, появление или нарастание выраженности висцерального ожирения, уменьшение количества андрогензависимых волос, истончение и атрофия кожи.
Эндокринные нарушения	Ожирение, увеличение грудных желез, уменьшение оволосения на лице.
Лабораторные сдвиги	Снижение уровня общего и биодоступного тестостерона, повышение уровней эстрадиола ГСПС, анемия различной степени выраженности, повышение уровня липопротеинов низкой (ЛПНП) и очень низкой (ЛПОНП) плотности.

Весьма важным является то обстоятельство, что зачастую врачи и психологи отождествляют андропаузу и кризис среднего возраста. Необходимо четко дифференцировать эти понятия. Принципиальным является тот факт, что кризис среднего возраста является чисто психологической проблемой и наступает в возрасте 35–45 лет, при этом он не связан с изменением уровня тестостерона в крови.

Также важно дифференцировать андропаузу и депрессию, зачастую сопровождающуюся нарушениями в сексуальной сфере. При кажущейся общности проявлений (дисфория, усталость, затруднение концентрации мысли, ухудшение памяти, снижение продуктивности при выполнении какого-либо задания, снижение мотивации, ухудшение общего самочувствия, пониженная самооценка, состояние тревожности) эти состояния имеют ряд отличий. Для депрессии не характерны вазомоторные симптомы, снижение мышечной силы, выносливости, дерматологические проявления, расстройства эякуляции, снижение удовольствия от половой близости.

Таким образом, проблема возрастного андрогенного дефицита имеет достаточную значимость и распространенность, что диктует необходимость организации андрологической службы, в задачи которой должны быть включены вопросы обеспечения ранней диагностики нарушений половой функции у мужчин, в том числе при возрастном андрогенном дефиците. В идеале андролог должен быть также доступен для мужчины, как гинеколог для женщины.

С целью изучения качества жизни мужчин с возрастным андрогенным дефицитом нами было проведено исследование с использованием следующих психодиагностических методик:

- 1) опросник SF-36 («SF-36 Health Status Survey») — качество жизни;
- 2) методика «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф;
- 3) методика Маришук В. Л. «Комплексная оценка проявлений стресса»;
- 4) методика Вассермана (для оценки уровня раздражительности и профессиональной диагностики невротизации).

Исследование проводилось на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (РНПЦ РМ и ЭЧ). В процессе формирования выборки было проведено сплошное обследование пациентов мужского пола с сахарным диабетом 2 типа, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении и состоящих на диспансерном учете.

Выборочную совокупность составили 75 мужчин в возрасте от 47 до 65 лет с возрастным андрогенным дефицитом (средний возраст составил $56,5 \pm 9,8$ лет). Контрольную группу составили мужчины без признаков андрогенного дефицита, которые по балльной шкале с использованием стандартной международной анкеты «Опросник симптомов старения мужчины» (AMS — Aging Males' Symptoms) набрали не более 27 баллов (в количестве 75 человек). Обе группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст $52,4 \pm 6,7$ лет).

Исследование андрогенного статуса включало выявление клинических признаков дефицита андрогенов по балльной шкале с использованием стандартной международной анкеты «Опросник симптомов старения мужчины» (AMS — Aging Male Screening) и лабораторное обследование с определением уровней в сыворотке крови свободного и общего тестостерона. Для анализа использовалась проба крови, взятая в 9–11 ч утра (время пика секреции половых гормонов).

Вопросы анкеты (AMS — Aging Males' Symptoms) позволяют выявить психологические, соматические и сексуальные проблемы пациента в зависимости от оценки выраженности их самим пациентом в баллах (от 1 до 5). Они касаются ухудшения общего самочувствия, болей в суставах и мышцах, повышенной потливости, проблем со сном, раздражительности, нервозности, физического истощения, снижения частоты и способности сексуальных отношений, либидо, количества утренних эрекций и других показателей.

Выводы

По результатам анализа стандартной шкалы SF-36 по экспериментальной группе было выявлено, что физический и психический компоненты здоровья значительно снижены и составляют в среднем 46,7 и 39,5 баллов соответственно. При этом у мужчин без андрогенного дефицита эти показатели были почти в два раза выше, составив 83,4 и 68,3 балла соответственно.

Качество жизни мужчин с дефицитом андрогенов по сравнению со здоровыми лицами оказалось значительно сниженным по всем шкалам опросника SF-36. Показатель физической активности был в 2 раза ниже (47,7 и 84,8). А показатели RP (Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием) и RE (Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) ниже в 2,5 раза (26,7 и 78,3; 28,1 и 78,3 соответственно). На этом фоне отмечалось выраженное снижение показателей общей оценки здоровья (GH-29,6), энергичности, настроения и жизненной активности (VT-32,8), психического здоровья (MH-30,3) (таблица 2).

Таким образом, качество жизни мужчин с андрогенодефицитом оказалось существенно ниже по всем шкалам опросника SF-36.

Что касается психологического благополучия, то низкий уровень в экспериментальной группе был выявлен у 84 % мужчин, в то время как в контрольной — всего лишь у 6,6 %. У 16 % мужчин из контрольной группы был обнаружен высокий уровень психологического благополучия, в то время как в экспериментальной группе мужчин — 0 %. У большинства мужчин контрольной группы (77,3 %) преобладает средний уровень психологического благополучия, в экспериментальной — только 16 % (различия являются статистически значимыми ($P \leq 0,01$ в соответствии с критерием Фишера)).

Таблица 2 — Средние значения по каждой из шкал методики SF-36

Шкалы	Мужчины с андрогенным дефицитом (средние показатели)	Контрольная группа	Уровень значимости в достоверности различий
Физический компонент здоровья	46,7	83,4	P < 0,001
Психический компонент здоровья	39,5	61,96	P < 0,001
Жизнеспособность (VT)	32,8	68,7	P < 0,001
Общее восприятие здоровья (GH)	29,6	68,9	P < 0,001
Физическая активность (PF)	47,7	84,8	P < 0,001
Интенсивность боли (BP)	44,9	87,5	P < 0,001
Социальная активность (SF)	42,5	82,6	P < 0,001
Психическое здоровье (MH)	30,3	62,4	P < 0,001
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (RE)	28,1	79,3	P < 0,001
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (RP)	26,7	78,3	P < 0,001

Психологический портрет человека, получившего низкий балл по данным шкалам, будет выглядеть следующим образом: ограниченное количество доверительных отношений с окружающими: сложно быть открытым, проявлять теплоту, заботиться о других. В межличностных отношениях, как правило, изолирован и фрустрирован, не желает идти на компромиссы для поддержания важных связей с окружающими. Испытывает сложности в организации повседневной деятельности, чувствует себя неспособным изменить или улучшить складывающиеся обстоятельства, ощущает потерю чувства контроля над происходящим вокруг. Уменьшается количество целей и намерений, перспектив, определяющих смысл жизни. Не доволен собой, разочарован событиями своего прошлого, испытывает беспокойство по поводу некоторых личностных качеств, желает быть не тем, кем является.

У 68 % мужчин с возрастным андрогенным дефицитом выявлен повышенный уровень раздражительности и лишь у 10,7 % этот уровень находится в норме, тогда как в контрольной группе у 72 % мужчин (результаты являются статистически значимыми в соответствии с критерием Фишера (доверительная вероятность 99 %)).

В группе мужчин с возрастным андрогенным дефицитом выраженное стрессовое напряжение и сильный стресс испытывают 68 и 13,3 % мужчин соответственно. В контрольной группе 4 и 0 %. Здесь большинство мужчин (61,3 %) испытывают умеренный стресс, у 32 % мужчин признаки стресса не наблюдались.

На полученные результаты мы опирались при разработке программы психологической коррекции для пациентов с андрогенным дефицитом. В программе приняли участие 25 мужчин с диагнозом возрастного андрогенного дефицита. По окончании ее проведения с целью выявления эффективности была проведена повторная психодиагностика.

Полученные данные по результатам проведения психокоррекционной программы следующие:

Положительная динамика показателей КЖ после проведения психокоррекционной программы явилась достоверной по шкалам ЖА, n = 16; (p < 0,01), СФ, n = 18; (p < 0,01), ПЗ, n = 17; (p < 0,01), РФОЭ, n = 16, т. е. по сумме пяти шкал, составляющих психологический компонент здоровья.

Прирост по психическому компоненту здоровья составил 11,2 балла. Полученные данные указывают на позитивное влияние психокоррекционной программы на эмоциональные и социальные составляющие КЖ мужчин с возрастным андрогенным дефицитом.

При анализе данных шкалы психологического благополучия получены достоверно улучшенные показатели шкал ПО, n = 18; (p < 0,01), ЛР, n = 17; (p < 0,01), ЦЖ, n = 19; (p < 0,01), СП, n = 22; (p < 0,01) а также по сумме всех шкал (p < 0,01). Значимые изменения зафиксированы и в общем уровне психологического благополучия. Если ранее усредненный показатель был равен 303,8 баллам (что соответствует низкому уровню), то после психокоррекции — 359,8 (средний уровень).

Также отмечается снижение уровня стресса (n = 19, p < 0,01) и уровня раздражительности (n = 17, p < 0,01).

Таблица 3 — Средние значения компонентов качества жизни до и после проведения психокоррекционной программы

Мужчины с андрогенным дефицитом (средние показатели)	До (25)	После (25)
Физический компонент здоровья	43,6	44,1
Психический компонент здоровья	39,1	51,3
Жизнеспособность VT	31,7	47,9
Общее восприятие здоровья GH	32,3	34,1
Физическая активность PF	45,9	48,8
Физическая боль BP	44,7	44,2
Социальная активность SF	40,5	54,1
Психическое здоровье MH	33,2	42,9
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности RE	30,2	39,9
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности RP	29,1	32,3

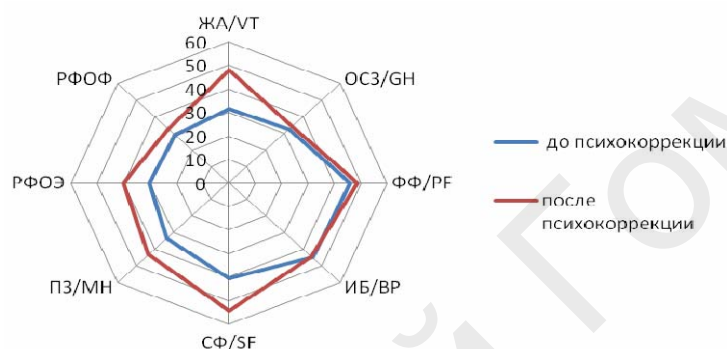


Рисунок 1 — Профиль качества жизни мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до и после проведения психокоррекционной программы

Таблица 4 — Средние значения шкал психологического благополучия до и после проведения психокоррекционной программы

Мужчины с андрогенным дефицитом (средние показатели)	До (25)	После (25)
1 (положительное отношение)	46,8	57,5
2 (автономия)	52,7	56,8
3 (управление окружением)	46,8	51,2
4 (личностный рост)	51,9	63,7
5 (цель в жизни)	52,2	60,7
6 (самопринятие)	52,2	66,7
Общий балл	303,8	359,8

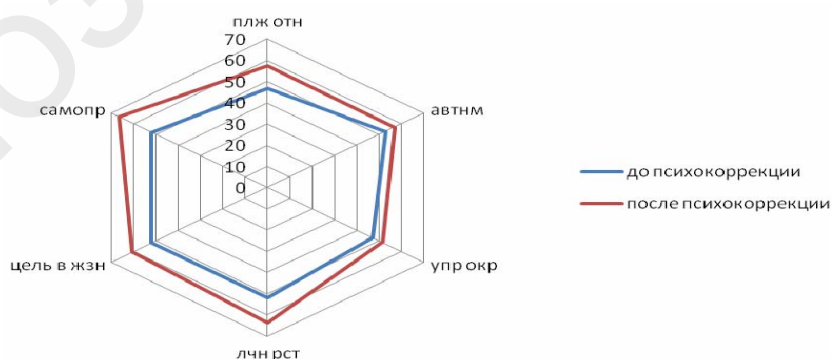


Рисунок 2 — Профиль психологического благополучия мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до и после проведения психокоррекционной программы

По результатам анализа психодиагностики мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до и после проведения психокоррекционной программы можно достоверно утверждать о положительном влиянии данной методики на показатели КЖ, ПБ, уровня стресса и раздражительности данной категории лиц.

Кроме 2 групп, принимавших участие в психокоррекционной программе, была отобрана еще одна группа с целью оценить изучаемые показатели (КЖ, ПБ, уровень стресса и раздражительности) с использованием заместительной терапии препаратом андрогель. Данная терапия была назначена 25 пациентам из основной группы.

Полученные данные по результатам проведения заместительной терапии тестостероном:

Оценка качества жизни через 12 недель терапии тестостероном продемонстрировала существенную положительную динамику по всем компонентам анкеты SF-36. Компонент GH, отражающий оценку больным своего здоровья в настоящий момент, увеличился на 16,2 баллов. Компоненты социального функционирования (SF) и психического здоровья (MH) претерпели значимую положительную динамику: на 17,2 и 12,7 баллов соответственно ($p < 0,05$). В целом после 12-недельной терапии тестостероном отмечены положительные изменения по физическому и психическому компоненту здоровья, прирост составил 16,6 и 14,7 балла соответственно.

После терапии тестостероном по некоторым шкалам опросника психологического благополучия Рифф (положительные отношения, автономия, личностный рост, самопринятие) были зафиксированы значимые позитивные изменения, а также рост общего уровня психологического благополучия (рисунок 3). Если ранее усредненный показатель был равен 305,1 балла (что соответствует низкому уровню), то после терапии андрогелем — 365,1 (средний уровень). Также наблюдалось снижение уровня раздражительности и стресса (рисунок 4).

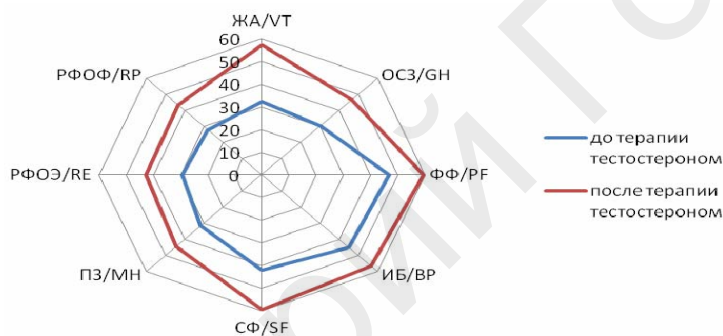


Рисунок 3 — Профиль качества жизни мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до начала терапии андрогелем и через 12 недель применения препарата

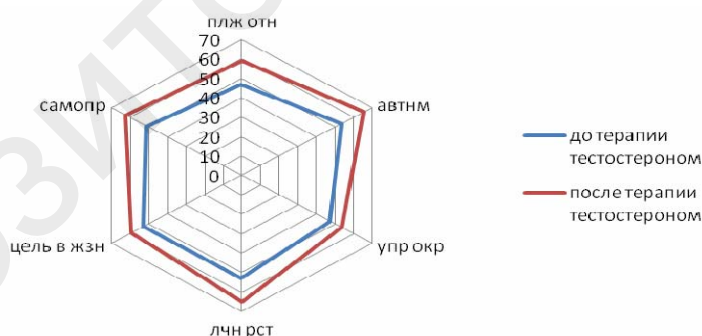


Рисунок 4 — Профиль психологического благополучия мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до начала терапии андрогелем и через 12 недель применения препарата

Результаты данного исследования позволяют сформулировать следующие **выводы**:

1. У мужчин возрастной андрогенный дефицит способствует снижению физического и психического компонентов, составляющих качество жизни и психологическое благополучие.
2. Возрастной андрогенный дефицит определяет психологические (характерные) изменения, происходящие с личностью.
3. На фоне возрастного андрогенного дефицита снижается устойчивость к стрессам, повышается уровень раздражительности.
4. Реализация психокоррекционной программы и заместительной терапии тестостероном способствует улучшению качества жизни, повышению психологического благополучия, снижению уровня раздражительности и стресса у мужчин с возрастным андрогенным дефицитом.

Проведенная работа доказывает необходимость разработки новых комплексных лечебно-реабилитационных программ с использованием медико-психологического консультирования для более полной и разносторонней помощи данной категории пациентов.

Результаты исследований могут быть применены в качестве рекомендаций практическим психологам, практическим врачам при реабилитации пациентов, а также с целью улучшения репродуктивного здоровья мужского населения

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://www.un.org/russian/E/CN.9/2001/4>. Мировые демографические тенденции. Доклад Генерального секретаря ООН.
2. Шахотько, Л. П. Комплексная оценка демографической ситуации в РБ с позиции обеспечения устойчивого экономического роста / Л. П. Шахотько // Социология. — 2007. — № 3. — С. 31.
3. «Население и общество» Евразийская панорама, 18 января 2009. — № 359. — С. 360.
4. Шахотько, Л. П. Тенденции заболеваемости, смертности и продолжительности жизни населения Республики Беларусь / Л. П. Шахотько // Население и общество. — 2004. — № 153. — С. 154.
5. Василькова, О. Н. Состояние проблемы и организация медицинской помощи при возрастном андрогеном дефиците: метод. пособие для студентов / О. Н. Василькова, Т. М. Шаршакова, Т. В. Мохорт. — Гомель: ГГМУ, 2008. — 24 с.
6. Калинченко, С. Ю. Возрастной андрогенный дефицит (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С. Ю. Калинченко. — М., 2006. — 47 с.

УДК 37:613.9:314

ОБРАЗОВАНИЕ ЧЕРЕЗ ОБУЧЕНИЕ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ КАК ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ УЛУЧШЕНИЮ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Шаршакова Т. М., Лызиков А. Н.

Учреждение образование

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

На современном этапе развития нашего общества проблема сохранения здоровья становится все более актуальной. Составляющая проблемы здоровья — целенаправленное и последовательное обучение человека вопросам сохранения и укрепления здоровья, начиная с раннего детства. Казалось бы, вопрос этот достаточно разработан, имеется немало программ по обучению здоровому образу жизни, однако слабость их в том, что очень мало имеется исследований по их эффективности. Неумение оценить величину индивидуального риска приводит к тому, что приходится ограничиваться «казарменной» моделью здорового образа жизни, когда всем рекомендуется одинаковое поведение. Однако практика доказывает, что содержание понятия «здоровое поведение» для различных людей может существенно различаться. Так, например, проведенное нами социологическое исследование выявило различия профессиональных групп населения. Итоги самооценки респондентами своего здоровья выглядят таким образом: рабочие оценивают свое здоровье как хорошее в 25,8 % случаев, ИТР — в 15,9 %, научные работники — 22,9 %, медицинские работники — в 18,6 %, педагоги — в 9,2 %. Также различны их усилия по сохранению здоровья. Оказалось, что регулярно делают утреннюю гимнастику лишь 11,6 % медицинских работников, ИТР — 8,0 %, рабочие — 9,1 %, педагоги — 4,5 %. Уже из этих ответов видно, что гигиеническое поведение даже медицинских работников неудовлетворительное.

В современных условиях встает многотрудная задача: не только довести знания о пользе здорового образа жизни до всех слоев населения, выработать у них мотивацию на здоровье, но и самим активным образом участвовать в переводе знаний на практические рельсы. Нам необходимо наряду с обеспечением доступности и высокого качества медицинской помощи, возродить профилактику заболеваний.

Обучение здоровому образу жизни основывается как на общих образовательных принципах, так и на психологическом подкреплении поведения, способствующего сохранению здоровья. Ранее считалось, что информации о последствиях для здоровья определенного стиля поведения будет достаточно, чтобы сформировать соответствующее отношение к негативным факторам и, таким образом, изменить поведение в желательную сторону. Этот подход, однако, не учитывал многих социальных и психологических факторов, в которых живет человек.

Сложившаяся неблагоприятная демографическая ситуация требует в настоящее время решения ряда проблем в области организации и практического осуществления профилактики. Проблемы эти следующие: согласие о задачах и методах профилактики — политика и стратегия профилактики; определение приоритетных проблем здоровья населения, которые особенно требуют решений в области профилактики; уточнение роли различных служб системы здравоохранения в профилактике; разработка модельных региональных программ профилактики, которые могут быть потом воспроизведены и реализованы по всей стране; более активное использование научных и практических достижений отечественного и мирового опыта при осуществлении профилактики в нашей стране; развитие потенциала здоровья населения. Реформирование системы здравоохранения на современном этапе учитывает персональную роль медицинского работника в укреплении здоровья, снижении и профилактике заболеваемости населения. Это качественно новая практика, не сводимая к уже имеющимся лечебно-диагностическим процедурам: не лечение как таковое, а обучение человека быть здоровым. Возникает необходимость совершенствования медицинского образования, позволяющего на практике реализовать концепцию здорового образа жизни и принципы профилактической медицины, что возможно лишь при соответствующей организации обучающего процесса в медицинских образовательных учреждениях. В связи с этим требуется обучение специалистов разного уровня современным технологиям профилактики, новым формам профилактической работы с населением, основам менеджмента профилактической деятельности.

УДК 613:614:070(476.2)

РОЛЬ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Шаршакова Т. М., Лызиков А. Н., Чешик И. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

В современном обществе эффективная работа по укреплению здоровья и профилактике заболеваний немислима без вклада со стороны СМИ. Как показали социологические исследования, проведенные кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Гомельского государственного медицинского университета, основным источником информации по вопросам здоровья для населения являются СМИ. За последние два десятилетия передача информации стала играть все более важную роль в способствовании укреплению здоровья населения. Однако сами по себе СМИ, как показывают наши исследования, оказывают крайне ограниченное воздействие на поведение и ценностные ориентации людей.

В медицинском университете имеется большой опыт работы с областными средствами массовой информации. Совершенно очевидно, что информация «транслируемая» через этот источник должна быть адаптирована с учетом, с одной стороны, запросов населения, с другой — соответствовать уровню подготовки потребителя для ее восприятия. Этих двух условий и придерживаются специалисты в работе со средствами массовой информации.

«Личный» выбор, или модель поведения может быть основополагающей причиной заболеваний, связанных с образом жизни. Модели поведения личности в отношении своего здоровья находятся под сильнейшим формирующим воздействием общественных групп, семьи, социальной среды и культуры общества. И очень важно находить возможные подходы, как использовать информацию о здоровье для того, чтобы воздействовать на рискованное поведение населения.

В современных условиях доступность тех или иных источников информации для различных групп населения строго дифференцирована. Радио и телевидение более доступны и массовы, чем печатные издания. Естественно, что в гомельском регионе существует и свой рейтинг телевизионных каналов и газет, в том числе и среди различных социальных групп. Все эти факты учитываются в работе со средствами массовой информации.

Медицинская информация, «транслируемая» средствами массовой информации, очень неоднородна и, пожалуй, как никакая другая нуждается в присутствии психологического

компонента. Например, такие проблемы как профилактика инфекций, передающихся половым путем, СПИД, профилактика зависимостей (курение, алкоголизм, наркомания) не лишена некоторой навязчивости и давления на человека, присутствует в телевизионном и радио-эфире, на страницах газет чаще, что вполне оправдано ее актуальностью. Информация об онкологических и радиоэкологических проблемах должна тщательно продумываться, чтобы не дать основания для возникновения радио- и канцерофобий.

Специалистами университета учитывается и сезонность интереса у населения к тем или иным проблемам. Существуют также проблемы, которые актуальны вне зависимости от времени года — сердечно-сосудистые заболевания, здоровье детей, эндокринные проблемы, экологические вопросы и т.д.

В наших исследованиях показано, что СМИ сами по себе в краткосрочной перспективе оказывают крайне ограниченное воздействие на поведение и ценностные ориентации людей. Информация через СМИ предоставляется в больших количествах, при этом не учитывается, отвечает ли она или нет на вопросы населения. Первичная помощь сфокусирована на взаимодействии и информации. Хороший эффект достигается при индивидуальных консультациях по проблемам здоровья. Средства массовой информации используются для привлечения внимания населения к проблемам здоровья и проведения профилактических кампаний. Эти две формы воздействия на поведение людей взаимодополняют друг друга и, несомненно, будут давать суммарный эффект.

Для более эффективного воздействия на сознание человека поток информации по медицинским проблемам должен носить регулярный характер.

Анализ медицинских программ и публикаций показывает, что форма обратной связи со специалистами, принимающими участие в средствах массовой информации, очень популярна у населения.

При едином мнении со стороны медицинского университета сохраняется право определения стратегии программ, тематики и подбора информации, определения круга выступающих. А за СМИ — предоставление эфирного времени, формы подачи материалов.

По данным социологических исследований, больше доверия у населения вызывает информация, которую предоставляют специалисты в конкретной области медицинской науки, поэтому в средствах массовой информации чаще востребованы специалисты Гомельского государственного медицинского университета, главные специалисты управления здравоохранения.

Таким образом, воздействие СМИ на поведение людей в сфере здоровья может быть эффективным в том случае, если они:

- поддерживают индивидуальные усилия, направленные на изменение поведенческих аспектов;
- предоставляют позитивную информацию, а не запугивающую;
- предоставляют информацию, которая будет востребована населением и приводить к конкретным практическим действиям;
- будут нацелены на долгосрочную перспективу.

УДК 616-053.32:612.121.2

**ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ
В ПЕРВЫЙ ЧАС ЖИЗНИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ
С РАЗЛИЧНЫМИ ОЦЕНКАМИ ПО ШКАЛЕ АПГАР**

**Шишко Г. А., Сапотницкий А. В., Устинович Ю. А.,
Артюшевская М. В., Горетая С. П.**

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

Шкала Апгар была предложена в 1953 году для оценки статуса ребенка после рождения и его реакции на интенсивную терапию. Ее использование рекомендовано Всемирной организацией здравоохранения. Однако данная шкала имеет ряд ограничений, что говорит о

недостаточной информативности ее использования при установлении диагноза асфиксии у недоношенных новорожденных [1].

До настоящего времени нет единого мнения по поводу пригодности этой шкалы для оценки состояния недоношенных детей. Еще в 1996 году было высказано мнение о том, что шкала Апгар не может использоваться как единственное подтверждение гипоксии [2]. Поэтому в клинической практике для диагностики асфиксии важно учитывать и ряд других факторов: уровень рН крови при рождении, гестационный возраст ребенка, применение обезболивающих и наркотических средств матерью во время родов и другие [3]. Однако четких взаимосвязей между оценкой по шкале Апгар и, например, рН артериальной крови, по данным мультицентровых исследований, не установлено [4]. Результаты исследования в современной неонатологии параметров кислотно-основного состояния крови (КОС) являются во многом определяющими объем интенсивной терапии для новорожденного. Поэтому задачей данного исследования стало изучение показателей КОС в зависимости от оценки шкалы Апгар.

КОС является важнейшим показателем, характеризующим состояние витальных функций организма, особенности течения ряда процессов адаптации и обмена веществ. Показатели КОС можно во многом расценивать как интегральную характеристику мультисистемного взаимодействия на уровне целого организма. Нами были проанализированы показатели КОС у недоношенных новорожденных в первый час жизни, когда процессы постнатальной адаптации протекают наиболее интенсивно и напряженно. После проведения всех необходимых реанимационных мероприятий у всех обследованных детей был проведен анализ КОС и газового состава крови.

В первую группу вошли 11 недоношенных детей, родившихся в гестационном возрасте от 28 до 36 недель с массой тела от 1100 г до 2800 г, оценка по Апгар у которых на первой минуте жизни составила 8 баллов, что указывает на отсутствие асфиксии, согласно МКБ-10.

Во вторую группу были включены 22 недоношенных ребенка, родившихся в гестационном возрасте от 29 до 35 недель с массой тела от 1120 до 2240 г, с оценками по шкале Апгар на первой минуте жизни от 4 до 6 баллов, что соответствует диагнозу «Асфиксия умеренной степени», согласно МКБ-10.

Третью группу составили 13 недоношенных детей родившихся в гестационном возрасте от 27 до 33 недель с массой тела от 990 г до 2170 г с оценками по шкале Апгар на первой минуте жизни от 1 до 3 баллов, что соответствует асфиксии тяжелой степени, согласно МКБ-10.

Недоношенные дети трех групп обследования не имели различий в средних показателях гестационного возраста и массы тела при рождении.

При анализе параметров кислотно-основного равновесия выявлено, что с рН менее 7,25 родилось 2 недоношенных ребенка в группе 1 (18,1 %), 4 ребенка (18,2 %) — в группе 2 и 1 ребенок — в группе 3 (7,7 %). У остальных детей в момент рождения уровень рН был выше 7,25.

Средние показатели рН, парциального напряжения углекислого газа, SBC (концентрация стандартных бикарбонатов) и BE (актуальный избыток оснований) представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели кислотно-основного состояния и газового состава крови в первый час жизни у недоношенных детей обследованных групп BE (P25 %–P75 %)

Показатели	Группа 1	Группа 2	Группа 3	P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
рН	7,34 (7,25–7,41)	7,33 (7,25 – 7,39)	7,34 (7,27 – 7,36)	—	—	—
BE, ммоль/л	-3,6 (-6,0 – -1,1)	-5,3 (-7,2 – -4,2)	-9,2 (-10,3 – -5,4)	—	< 0,05	—
pCO ₂ , мм рт. ст.	41,1 (33,9 – 49,5)	35,0 (30,6 – 44,4)	33,3 (28,5 – 38,9)	—	—	—
SBC, ммоль/л	21,0 (19,1 – 23,7)	19,0 (17,8 – 20,9)	18,0 (16,1 – 20,1)	—	< 0,05	—

В первый час жизни уровень показателя BE наиболее низкий у недоношенных новорожденных с оценками по шкале Апгар при рождении от 1 до 3 баллов — медиана состави-

ла -9,2 (-10,3 – -5,4) ммоль/л, что достоверно ниже аналогичных показателей у недоношенных новорожденных первой группы с оценкой по шкале Апгар при рождении, равной 8 баллам — 1–3,6 (-6,0 – -1,1) ммоль/л ($P < 0,05$).

Следует учитывать, что дети, родившиеся в асфиксии умеренной и тяжелой степени, ко времени забора анализов уже получали необходимую терапию, которая в большинстве случаев позволила достигнуть компенсации средних параметров рН. При межгрупповом сравнении они не имели достоверных различий. Однако величина ВЕ отражает тяжесть метаболических расстройств как следствия перенесенной интранатальной гипоксии и тесно взаимосвязана с оценкой по шкале Апгар при рождении: чем ниже оценка, тем меньше ВЕ.

В условиях гипоксии метаболизм переключается на анаэробный путь получения энергии, что сопровождается быстрым накоплением кислых продуктов обмена веществ. При восстановлении оксигенации дефицит буферных оснований сохраняется еще несколько часов. Анализ данных таблицы 1 позволяет сделать вывод, что быстрая компенсация величины рН достигнута за счет элиминации из организма углекислого газа. Это достигалось в процессе ИВЛ, сопровождавшейся умеренной гипокапнией.

Медианы парциального напряжения углекислого газа крови составили 41,1 (33,9–49,5), 35,0 (30,6–44,4) и 33,3 (28,5–38,9) мм рт. ст. соответственно у недоношенных детей без асфиксии, с асфиксией умеренной степени при рождении и с асфиксией тяжелой степени при рождении. Статистически достоверных различий между группами по уровню pCO_2 не выявлено.

Прослеживается четкая тенденция снижения парциального напряжения углекислого газа при более низких величинах ВЕ, что необходимо для компенсации рН (коэффициент корреляции $r = 0,52$, $p < 0,01$).

Медиана SBC плазмы крови у недоношенных новорожденных с оценками по шкале Апгар при рождении 8 баллов составила 21,0 (19,1–23,7) ммоль/л, что достоверно выше аналогичных показателей у недоношенных с оценками по Апгар 1–3 балла: 18,0 (16,1–20,1). Также есть тенденция к повышению по сравнению с показателями детей с оценками по Апгар 4–6 баллов: 19,0 (17,8–20,9) ммоль/л. Достоверных различий между показателями у недоношенных, родившихся с оценками по шкале Апгар 4–6 и 1–3 баллов, выявлено не было.

Таким образом, анализ показателей КОС и газового состава крови в первый час жизни у недоношенных новорожденных обследованных групп выявляет длительное негативное влияние перенесенной асфиксии на метаболизм, что проявляется достоверно большим уровнем кислых метаболитов у детей, родившихся в асфиксии.

Прослеживается взаимосвязь между более низкой оценкой по шкале Апгар на первой минуте жизни и более низкими величинами ВЕ. Эта взаимосвязь сохраняется и на протяжении первых суток жизни детей.

Вместе с тем не выявлено достоверных различий в величине рН в первый час жизни в группах детей с разной оценкой по шкале Апгар. Также не обнаружено достоверных различий в средних величинах парциального напряжения углекислого газа в крови.

Выявлено достоверное снижение показателей ВЕ в первый час жизни в группе с оценкой по шкале Апгар 1–3 балла и тенденция к снижению в группе с оценками 4–6 баллов в сравнении с аналогичными показателями недоношенных новорожденных с оценкой по шкале Апгар в 8 баллов. К окончанию первых суток жизни показатель ВЕ был достоверно ниже в группах 2 и 3 по сравнению с группой 1.

ЛИТЕРАТУРА

1. The Apgar score / American Academy of Pediatrics // Pediatrics. — 2006. — Vol. 117, № 4. — P. 1444–1447.
2. Use and abuse of the Apgar score / American Academy of Pediatrics // Pediatrics. — 1996. — Vol. 98. — P. 141–142.
3. Качан, Г. Л. Клиническое значение шкалы Апгар / Г. Л. Качан, С. Э. Качан // Мед. панорама. — 2005. — № 2. — С. 18–19.
4. Predictive value of umbilical artery pH in preterm infants / P. J. Beeby [et al.] // Arch. Dis. Child. — 1994. — Vol. 71, № 2. — P. 93–96.

**РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
ПРИБОЩЕНИЯ МОЛОДЕЖИ К ПОТРЕБЛЕНИЮ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Шпаков А. А.

**Учреждение образования
«Гродненский государственный университет им. Янки Купалы»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Эпидемиологические и социологические исследования, проведенные за последние годы в Беларуси, свидетельствуют о скрытом и явном росте потребления психоактивных веществ (ПАВ) в молодежной среде. Несмотря на то, что ранее выполненные наблюдения были направлены на определение распространения и отношения молодежи к потреблению психоактивных веществ, доступности наркотиков и информированности подростков о последствиях их потребления, отсутствуют систематизированные данные об основных социальных, психологических факторах риска, способствующих началу потребления наркотиков. Все это обуславливает проведение углубленных социологических исследований среди молодежи не только для оценки распространения потребления наркотиков, что весьма важно, но и для выявления причин и факторов, способствующих наркотизации молодежи в современных условиях.

Научная идея исследования заключалась в изучении и структурированном анализе причин роста потребления ПАВ и формирования наркозависимости в молодежной среде с определением степени значимости комплекса социально-психологических факторов, способствующих распространению, доступности и приобщению к наркотикам.

Работа выполнялась в рамках студенческого научно-исследовательского проекта «Изучение социально-психологических и биологических факторов риска, обуславливающих приобщение к потреблению психоактивных веществ, и разработка информационно-образовательных подходов формирования здорового образа жизни учащейся молодежи», поддержанного грантом Министерства образования Республики Беларусь.

Материал и методы

Обследуемая группа студенческой молодежи представлена 1076 респондентами (студентки 1–3 курсов двух университетов Гродно), средний возраст которых составил $19,1 \pm 1,49$ лет. В данной когорте была выделена группа, состоящая из 91 респондента, признавшего в одноразовом или многократном применении наркотических веществ.

Для разработки социологического инструментария (авторская анкета «ПАВ-10») преимущественно использованы результаты работы группы медико-биологических проблем наркологии ЦНИЛ Гродненского государственного медицинского университета [1, 2], достижения российских ученых из НИЦ наркологии МЗ Российской Федерации [3], рекомендации международных организаций (ESPAD, EMCDDA) [4].

Основные вопросы анкеты для всех респондентов касались употребления ПАВ. Так, 34,6 % анкетированных отметили, что на протяжении последнего месяца хотя бы 1 раз пробовали алкоголь, дважды и более — 33,0 %, не употребляли спиртные напитки в течение последних 4 недель 23,9 % студенток, в то же время 8,6 % анкетированных на вопрос не ответили.

Предпочитаемые алкогольные напитки расположились в следующей последовательности: вино употребляли 45,1 % девушек, пиво — 24,9 %, шампанское и крепкие алкогольные напитки примерно поровну (13,8 % предпочитали шампанское, 16,2 % — водку или коньяк). Следует отметить, что в течение последней недели перед анкетированием употребляли алкоголь около половины респондентов, отметивших потребление алкоголя за последний месяц.

На вопрос: «Приходилось ли когда-нибудь принимать наркотические вещества?» — 8,5 % студенток отметили, что такие случаи были. Дальнейшие анализ и оценка результатов анкетирования проводились именно с этой группой, состоящей из 91 респондента. Наиболее распространенным наркотиком по частоте потребления является марихуана (56,3 % респондентов), 24,5 % — вдыхали летучие жидкости, растворители, клей «Момент». 12 человек

(13,1 %) принимали экстази, эфедрон или первитин, 21,8 % использовали лекарственные снотворные, транквилизаторы, насвай был популярен в 30,6 % случаев. В половине случаев отмечено потребление нескольких ПАВ. Никто из респондентов никогда не вводил внутривенно героин или экстракт маковой соломки, не применял метадон или кокаин.

Первая проба наркотического вещества произошла в возрасте $16,5 \pm 2,1$ лет, почти в половине случаев (40,0 %) это случилось в уличной компании, 17 % респондентов назвали дискотеку как частое место потребления ПАВ. В 10 % случаев это произошло на квартире у знакомого (распространителя) или дома (14,3 %), а в 16,5 % случаев респонденты не помнили, где это случилось. Из 91 признавшейся в наличии случая употребления наркотического вещества 71 на момент анкетирования отказалась принимать ПАВ, 20 — продолжали принимать наркотические вещества, 17 из них признались, что это бывает очень редко (от нескольких раз в месяц до 1–2 раза в год).

Следует отметить, что у более половины респондентов, принимавших когда-либо наркотические вещества, друзья (знакомые) курят марихуану, очень часто в окружении злоупотребляют алкоголем и курят табак.

Причинами начала употребления наркотиков большинство респондентов назвали желание получить приятные ощущения и повысить настроение. Влияние знакомых и друзей оказалось не столь весомым, однако такие факты встречались в 30 % случаев. Среди социальных факторов и обстоятельств, формирующих отношение к наркотикам и их потребление, основное влияние оказывают друзья (20,9 %), а личный опыт первого потребления и желание продолжать назывались в 25,3 % случаев. Демонстрация по телевидению и видео программ и фильмов, где явно и скрыто «пропагандируется» применение ПАВ в 30,0 % явилось весомым аргументом формирования желания попробовать наркотик. Характерно, что в 13,2 % случаев школа была названа как фактор, формирующий отношение к ПАВ и их потреблению.

В целом способствуют наркотизации общества широкое распространение и доступность наркотиков, и это отмечает большинство респондентов (в настоящее время приобрести наркотические вещества не составляет большого труда, считают 70 % респондентов), в случае необходимости можно приобрести наркотические вещества в лечебных учреждениях (36,3 %), у знакомых и друзей (29,7 %), а также у распространителей (30,8 %). И, по мнению 19,8 % респондентов, это можно сделать в течение нескольких часов, а для 27,7 % наркотические вещества можно достать в течение суток. Среди других факторов, способствующих наркотизации общества, большинство респондентов считают упадок морали и нравственности, распространение пьянства и алкоголизма, а также психологическую разобщенность людей в обществе. Очень редко среди данной группы респондентов в качестве факторов наркотизации назывались низкие доходы населения, экономические проблемы, расслоение общества по уровню доходов и проблемы взаимоотношений в школе, вузе.

Среди психологических факторов существенное влияние на начало потребления наркотиков оказывают неблагоприятные взаимоотношения в семье. Согласно опросам 15–18-летних подростков, проведенным в разных странах [5], семейный фактор рассматривается как один из определяющих в формировании мировоззрения подростка и его отношения к употреблению психоактивных веществ. Различия в ответах респондентов показывают, что семейные неурядицы с родителями (родственниками) могли повлиять на приобщения части опрошенных 17–20-летних студентов к употреблению наркотиков. По результатам нашего исследования, более 20 % респондентов отмечают безразличные и неудовлетворительные отношения с отцом и в 13 % — такие же отношения с матерью. Нередко (в 22,5 % случаев) родители не знают, где и с кем подростки проводят свободное время. В 60 % случаев респонденты отмечают частые конфликты с родителями по различным поводам, а употребление ПАВ является причиной таких конфликтов в 6,5 % случаев.

В то же время характерными чертами семьи, в которой воспитывались анкетированные, являются добросердечные отношения между родителями, внимание и забота и противоречащие этому частые ссоры, скандалы между родителями, хороший материальный достаток, наличие карманных денег и воспитание без отца, а также курение одного или обоих родителей.

При самооценке черт характера среди наиболее выраженных отмечались неуравновешенность, общительность, чувствительность, впечатлительность, эгоистичность, обидчивость, импульсивность, что нередко провоцирует конфликты с окружающими (в 10 % случаев из-за потребления ПАВ, 76 % — по другим поводам). В потасовках и драках из-за своих характерологических особенностей участвовали около трети респондентов, причиной такого поведения в 7 % случаев было употребление наркотических препаратов или алкоголя.

Прием ПАВ в 7 % провоцировал конфликты с правоохранительными органами, в 9 % случаев интимную связь, о которой потом респонденты жалели и 4 респондента указали на интимную связь без предохранения под действием наркотических средств. В то же время 40 % респондентов главной жизненной ценностью назвали семью, на втором месте была указана карьера — 20,8 %. Состояние алкогольного (наркотического) опьянения вместе с чувством обиды, озлобленности и мести может спровоцировать на необдуманный (противоправный) поступок, о чем заявили более половины обследованных.

Полученные данные могут быть полезны при проведении профилактических мероприятий по раннему выявлению подростков, склонных к началу употребления ПАВ, а также для разработки профилактических программ в общеобразовательных учебных заведениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отчет о наркопотреблении и незаконном обороте наркотиков в Республике Беларусь / В. В. Лелевич [и др.]. — Минск, 2006. — 46 с.
2. Некоторые аспекты распространения потребления наркотиков в молодежной среде / А. Г. Виницкая [и др.] // Здаровы лад жыцця. — 2004. — № 4. — С. 27–31.
3. Кошкина, Е. А. Основные тенденции распространенности наркологических расстройств в России в 2003–2004 годах / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова // Вопросы наркологии. — 2005. — № 3. — С. 57–67.
4. European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. Handbook for surveys on drug use among the general population. Final report. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon, EMCDDA, August 2002. — Режим доступа: <http://www.emcdda.eu.int>.
5. Роль семейного фактора в формировании здорового образа жизни подростков / Н. А. Должанская [и др.] // Вопросы наркологии. — 2003. — № 4. — С. 51–58.

УДК 378-057.175-055.2:316.6

САМООЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПЕДАГОГОВ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ (ЖЕНЩИНЫ В ВОЗРАСТЕ 45–60 ЛЕТ)

Шпаков А. И., Полубинская С. Е., Царь Н. Г., Прокопович В. К.,
Сухова А. П., Клещевска Э., Томулевич М., Клещевски Т.

Учреждение образования

«Гродненский государственный университет им. Янки Купалы»

г. Гродно, Республика Беларусь

Учреждение образования

«Высшая Школа косметологии и здравоохранения»

г. Белосток, Польша

Качество жизни является философской категорией, определяющей степень удовлетворения от жизнедеятельности в определенном возрасте. Качество жизни, связанное со здоровьем женщины, можно рассматривать как многоуровневое понятие, представляющее собой результат совместного действия факторов: физиологических, психологических и социальных, влияющих на здоровье. В связи с тем, что свыше 50 % педагогов высшей школы — это женщины в возрасте старше 45 лет, представляющие определенную социальную когорту, актуальным является изучение их качества жизни. Следует отметить, что около трети женщин, живущих в развитых странах, находятся в возрасте менопаузы, сопровождающейся симптомами дискомфорта, что влияет на физическое, психическое здоровье и качество жизни в целом. Необходимо принять во внимание этот фактор при рассмотрении общего состояния здоровья женщин в этом возрасте [1].

Цель работы: анализ самооценки отдельных аспектов физического и психического здоровья и качества жизни в целом женщин в возрасте 45–60 лет, педагогов вузов.

Материал и методы

Обследуемая группа респондентов представлена 308 женщинами (159 женщин из университета города Гродно, и 149 представительниц вузов Белостока). Ведущим критерием группы был возраст — от 45 до 60 лет (средний возраст 53,0 лет). Все обследуемые в обоих вузах были разделены на три примерно одинаковые по количеству (по 50 анкетированных) возрастные группы (45–49, 50–54 и 55–60 лет). Результаты, полученные в процессе проведения самооценки с помощью стандартной анкеты SF-36 индивидуальных уровней физического и психического здоровья, были сгруппированы по классической методике [2]:

Физическое здоровье:

1) отсутствие функциональных ограничений при выполнении обычной ежедневной деятельности (самообслуживание, перенос привычных тяжестей, передвижение на расстояние до 2 км, подъем на 3 этаж);

2) незначительные проблемы в осуществлении своей повседневной деятельности или ухудшение показателей, связанное с уменьшением выполнения поставленных планов;

3) отсутствие болевых симптомов или отсутствие ограничений при выполнении повседневной деятельности, при которой боль может ухудшить выполнение поставленных задач;

4) уровень субъективной оценки состояния здоровья в сравнении со сверстниками.

Психическое здоровье:

1. Уровень жизненной энергии, отсутствие чувства усталости, депрессии, психического выгорания.

2. Отсутствие ограничений в социальной деятельности, общении с подругами и близкими.

3. Отсутствие ограничений при выполнении повседневной деятельности из-за нарушений психического здоровья или невозможности выполнения запланированной работы.

4. Общая оценка психического здоровья (отсутствие тревоги и депрессии, преобладание чувства внутренней гармонии и счастья).

При определении балльной оценки по шкале первой составляющей здоровья установлено, что женщины-педагоги обладали невысоким уровнем физического здоровья. В группе из Гродно данный показатель был достоверно ниже — $59,2 \pm 6,31$ в сравнении с группой из Белостока — $61,4 \pm 6,25$ баллов ($p < 0,01$). Среднестатистический показатель физического здоровья для обеих групп — $60,3 \pm 7,34$ не отличался от аналогичных результатов, полученных в аналогичных и параллельных исследованиях в Тюмени, Красноярске, Бресте и Каунасе [3, 4].

Риск ухудшения физической составляющей здоровья среди гродненских женщин-педагогов был обусловлен большей повседневной профессиональной загруженностью (количество часов ежедневной педагогической нагрузки превышало 8), домашними заботами (уход за детьми, внуками и престарелыми родственниками), а также невысокой удовлетворенностью от своей профессиональной деятельности. Значительным оказался уровень стрессового воздействия окружения дома и на работе и редким выбор дома и семьи в качестве места физической и психологической разгрузки.

Среди женщин из обеих групп отмечаются некоторые отличия составляющих здоровья в зависимости от возраста. Наиболее устойчивыми характеристиками во всех выделенных возрастных группах были жизненная активность и социальное функционирование, которые у представителей гродненского вуза снижались к 55 годам и существенно возрастали в период 55–60 лет. Для гродненских женщин-педагогов в целом возраст 50–54 года характеризовался значительным ухудшением как физического, так и психического здоровья, а возрастные периоды 45–49 и 55–60 лет достоверно отличались в лучшую сторону. Для обследованных в Белостоке установлен примерно одинаковый уровень составляющих здоровья в возрасте 45–49 и 50–54 года, с некоторым ухудшением показателей в возрасте 55–60 лет. Данное явление можно объяснить различным началом пенсионного возраста (в Беларуси — 55 лет, в Польше — 60 лет), что нередко объясняется желанием заработать большую пенсию в последние годы перед ее наступлением и наличием тревоги в сочетании с угрозой потери привычного рабочего места.

Выводы

1. Возраст женщин-педагогов 45–60 лет является критическим с точки зрения ухудшения общего самочувствия и снижения физической и психической составляющих здоровья — основных критериев качества жизни, обусловленного состоянием здоровья.

2. Низкие показатели физического здоровья женщин из вуза Гродно обусловлены более продолжительным временем выполнения ежедневной педагогической нагрузки, значительным временем, затрачиваемым на уход за детьми, внуками, а также больными родителями или родственниками. Характерен высокий уровень стрессового воздействия окружения, а также невозможность полного физического и психического восстановления в домашней обстановке.

3. Возрастные периоды 50–55 лет для женщин-педагогов из Гродно и 55–60 лет для обследованных из Белостока являются периодами риска из-за ухудшения физического и психического здоровья. Предположительно это можно связать с климактерическими проявлениями, а также тревожностью, связанной с риском потерять работу и выходом на пенсию.

4. Забота о своем физическом и психическом здоровье, благополучные отношения с семьей и друзьями, удовлетворенность от работы и окружения — это основные факторы сознательного предупреждения и возможности избежать критической ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Адамчик, В. Ю.* Самооценка состояния здоровья и качество жизни педагогов высшей школы — женщин 45–60 лет / В. Ю. Адамчик // Актуальные проблемы эстетического здоровья: материалы I Международной научно-практической конференции (22 мая 2009 г., Гродно-Белосток) / отв. ред.: Д. Ф. Хворик, В. М. Цыркунов. — Гродно: ГрГМУ, 2009. — С. 17–18.
2. *Ware, J.* The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / J. Ware, C. Sherbourne // *Med Care*. — 1992 Jun; 30(6). — P. 473–483.
3. *Звягина, В. В.* Качество жизни педагогов юга Тюменской области / В. В. Звягина // *Успехи современного естествознания*. — 2007. — № 5. — С. 68–80.
4. Szpakow, A. Ocena wybranych aspektów jakości życia kobiet w wieku 45–60 lat — wykładowców uczelni wyższych z Grodna i Krasnojarska / A. Szpakow, L. Klimackaya // *Problemy Higieny i Epidemiologii*. — 2009, 90 (4). — P. 565–568.

УДК 614.2:316(09)

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ ПРИОРИТЕТОВ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Щавелева М. В., Глинская Т. Н.

Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Государственное учреждение

«Научно-исследовательский институт медицинской экспертизы и реабилитации»

г. Минск, Республика Беларусь

Понятие «система» предполагает наличие ряда элементов (подсистем), объединение которых приводит к тому, что данная совокупность начинает свою самореализацию на качественно новом уровне.

Для системы здравоохранения любой страны такими элементами являются: врачи (медицинские работники), пациенты, организация лекарственного обеспечения, организация финансового обеспечения, организация подготовки кадров, руководящие органы. Годом завершения формирования и началом совместного функционирования всех этих элементов в большинстве стран мира условно принято считать 1900 год, определенный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как год образования систем здравоохранения.

Как справедливо подчеркивают В. А. Алексеев и соавторы, сто лет назад видимая значимость систем здравоохранения в сохранении жизни человека была намного больше, чем в современных условиях: в первую очередь, усилия систем здравоохранения были сосредоточены на борьбе с инфекционными болезнями, уносящими миллионы человеческих жизней во всех странах. В этот период времени ведущую роль играли организационно-медицинские мероприятия, направленные на изоляцию больного. Это предусматривало экстенсивное развитие систем здравоохранения: увеличение количества коек, врачей и пр. Совокупность перечисленных мер на определенном этапе доказала свою эффективность: отмечены ликвидация или нивелирование уровня многих инфекционных заболеваний, что, в свою очередь, послужило толчком к значительному росту ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ).

С начала 60-х годов прошлого века произошло существенное изменение характера патологии — от эпидемического к неэпидемическому типу, когда решающую роль в заболеваемости и смертности стали играть неинфекционные заболевания. Именно тогда на первый план вышел не массовый пациент, а конкретный человек с конкретной патологией.

С другой стороны, в этот период времени (1964 г.) появляется теория человеческого капитала (ЧК). Ее автор, в последующем лауреат Нобелевской премии Г. Беккер утверждал, что человеческий фактор — жесткий экзаменатор экономической и социальной дееспособности общества, эффективности различных преобразований. Вводя в обиход понятие «ЧК», Г. Беккер апеллировал к имеющемуся у каждого человека запасу знаний, навыков и мотиваций (наличествующий потенциал). Таким образом, инвестициями в ЧК могут быть образование, охрана здоровья, накопление человеческого опыта и пр. Ясно, что формирование ЧК, подобно накоплению физического или финансового капитала, требует отвлечения средств от текущего потребления ради получения дополнительных доходов в будущем. В целом рентабельность человеческого капитала, как правило, выше, чем физического. По подсчетам Г. Беккера, инвестиции в человеческий капитал в США уже тогда приносили более высокую норму процента, чем инвестиции в ценные бумаги. Опыт таких стран, как Гонконг, Сингапур, Южная Корея подтверждает, что ставка на инвестиции в образование и здравоохранение явилась для них наиболее эффективной стратегией экономического развития.

Теория ЧК послужила основой для определения индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП) — сводного показателя, отражающего средний уровень достижений по важнейшим аспектам развития человека, которые обеспечиваются в рамках того или иного государства и измеряются следующими параметрами (согласованными с 1970 г. на международном уровне): 1) показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении; 2) доступность знаний, измеряемая уровнем грамотности взрослого населения и совокупным валовым контингентом учащихся начальных, средних и высших учебных заведений; 3) уровень жизни, измеряемый показателем ВВП на душу населения (в долларах США по паритету покупательной способности).

Таким образом, переориентация внимания систем здравоохранения с массового на конкретного пациента шла параллельно с абсолютным признанием обществом ценности конкретного человека.

Все это потребовало, в свою очередь, перестройки и других элементов систем здравоохранения: наиболее значимой стала ориентация на развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Так, по итогам Алма-Атинской конференции (1978 г.) было декларировано, что ПМСП является основой социального развития любого государства. Таллиннская хартия (2008) по итогам проведенной 25–27 июня 2008 г. конференции «Системы здравоохранения — здоровье — благосостояние» констатировала, что избранное направление на развитие ПМСП являлось абсолютно верным: «важнейшее значение ... имеет эффективная первичная медико-санитарная помощь, которая служит прочной платформой для ... работы, направленной на укрепление здоровья людей».

«Укрепление здоровья» (Оттавская хартия, 1986) — процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить контроль над факторами, определяющими здоровье, а также улучшить его. Концепция факторов риска наиболее значимой неэпидемической патологии диверсифицировала усилия общества, государств и систем здравоохранения, а также их отдельных элементов, направленных на преодоление таких факторов. Все это потребовало значительных изменений как в подготовке кадров, так и в характере финансирования самих систем. В свою очередь, это отразилось на требованиях, предъявляемых к лекарственному обеспечению и деятельности руководящих органов.

Таким образом, с момента официального признания становления систем здравоохранения каждый из элементов прошел через определенную стадию изменений, направленных на улучшение здоровья населения.

УДК 614.253.5:614.88:159.942

**ВЫРАЖЕННОСТЬ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ФЕЛЬДШЕРОВ,
РАБОТАЮЩИХ В СЛУЖБЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Щавелева М. В., Миронов Л. Л., Стасюкевич О. В.,
Шаранова О. А., Глинский В. Н.**

**Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»**

Учреждение здравоохранения

«Минская городская станция скорой медицинской помощи»

«Медицинский центр – МТЗ»

г. Минск, Республика Беларусь

Учреждение здравоохранения

«Жлобинская Центральная районная больница»

г. Жлобин, Республика Беларусь

Служба скорой медицинской помощи является значимым звеном в системе оказания медицинской помощи населению. Зачастую именно от деятельности СМП зависят выживаемость пациента, прогноз его дальнейшего лечения, предупреждение осложнений. Об объемах деятельности службы говорят следующие официальные цифры: в 2009 г. станциями (отделениями) скорой и неотложной медицинской помощи была оказана помощь 3259,0 тыс. больным (2008 г. — 3110,8 тыс.), объем деятельности службы только за прошедший год возрос на 4,7 %. Однако одной из важнейших проблем службы является кадровая. Данная проблема не замыкается только на вопросах укомплектованности. Важнейшей ее составляющей является социально-психологическая характеристика кадров, занятых в службе.

В этой связи нами было проведено исследование уровня эмоционального выгорания (ЭВ) фельдшерского персонала, работающего в службе скорой помощи. Мотивацией к проведению исследования именно среди этой части персонала послужил тот факт, что в республике в течение 2009 г. среди лиц, обслуженных бригадами СМП, 16,3 % обслужены линейными врачебными бригадами, 19,4 % — специализированными бригадами, 64,3 % — фельдшерскими бригадами.

Известно, что синдром эмоционального выгорания (СЭВ) — это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности. Понятие «СЭВ» введено в 70-е годы прошлого века для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с пациентами (клиентами) в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Это явление, прежде всего, характерно для представителей профессий типа «человек — человек», которые вынуждены постоянно общаться с другими людьми, причем не по собственному выбору.

Нами в течение 2010 г. проведено исследование степени выраженности СЭВ у фельдшеров, работающих на скорой помощи в г. Минске ($n = 30$) и в Жлобинской ЦРБ ($n = 43$). В качестве инструмента исследования был использован тест В. В. Бойко. Анкетирование проводилось на рабочих местах. Средний возраст фельдшеров, подвергнутых нами психологическому тестированию, — $40,35 \pm 1,32$ года ($n = 73$); при этом достоверных различий в возрасте между представителями Жлобинской ЦРБ и Минской ССМП не наблюдалось ($p > 0,05$). Общий медицинский стаж ($22,04 \pm 1,47$ года) и стаж работы на скорой помощи ($16,43 \pm 2,22$ лет) у фельдшеров Жлобинской ЦРБ был достоверно больше ($p < 0,05$), чем у фельдшеров Минской ССМП (соответственно, $16,43 \pm 2,22$ и $12,6 \pm 1,97$ года).

Примененный в исследовании тест В. В. Бойко отличается четким выделением трех основных стадий (фаз) развития СЭВ («напряжение», «резистенция», «истощение»), а также четырех основных симптомов для каждой из стадий (см. примечание к таблице 1).

Для фазы «напряжения» характерны следующие симптомы: переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, ощущение «загнанности в клетку»,

тревога и депрессия. Основные симптомы стадии «резистенции» — неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей. На стадии «истощения» симптоматика состоит из эмоционального дефицита, эмоциональной отстраненности, личностной отстраненности (деперсонализация является частым спутником серьезных депрессивных состояний), психосоматических и психовегетативных нарушений.

Для каждого из симптомов выделены три стадии его развития — не сложившийся симптом (менее 10 баллов), складывающийся (10–15 баллов), сложившийся (более 16 баллов по тесту). В свою очередь, каждая стадия (фаза) развития СЭВ в целом может оказаться не сформировавшейся, если по совокупности входящих в нее симптомов набрано менее 37 баллов, формирующейся (37–60 баллов) и сформировавшейся (более 60 баллов).

В целом выраженность СЭВ характеризуется следующими числовыми значениями: $131,76 \pm 7,16$ балла для общей совокупности тестируемых, однако он значительно менее выражен у фельдшеров, работающих на скорой помощи в Жлобинской ЦРБ ($p < 0,001$), по сравнению с фельдшерами, работающими на ССМП г. Минска ($112,02 \pm 7,29$ и $161,03 \pm 12,38$ балла соответственно).

Более информативными являются данные, характеризующие отдельные стадии СЭВ и представленные в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели СЭВ (в баллах) у фельдшеров, работающих на скорой помощи ($n = 73$ наблюдения)

Группы	Синдром «эмоционального выгорания»				
	фаза напряжения, симптомы, (M ± m)				суммарный показатель (M ± m)
	н1	н2*	н3	н4	
Общая (n = 73)	13,13 ± 1,05	6,72 ± 0,82	7,88 ± 0,95	7,54 ± 0,76	35,26 ± 2,53
Жлобин (n = 43)	11,93 ± 1,31	4,9 ± 0,78	6,88 ± 1,08	7,37 ± 0,99	31,09 ± 2,78
Минск (n = 30) (n = 43)	14,90 ± 1,73	9,41 ± 1,56	9,34 ± 1,71	7,79 ± 1,21	41,45 ± 4,57
Группы	фаза резистенции, симптомы, (M ± m)				суммарный показатель, (M ± m)*
	р1	р2	р3*	р4	
	Общая (n = 73)	16,38 ± 0,82	10,38 ± 0,87	11,21 ± 1,03	15,88 ± 0,98
Жлобин (n = 43)	14,91 ± 1,05	9,46 ± 1,07	8,53 ± 1,17	15,23 ± 1,35	48,14 ± 2,93
Минск (n = 30) (n = 43)	18,57 ± 1,25	11,72 ± 1,43	15,17 ± 1,63	16,86 ± 1,40	62,34 ± 3,74
Группы	фаза истощения, симптомы, (M ± m)				суммарный показатель, (M ± m)*
	и1*	и2*	и3*	и4	
	Общая (n = 73)	10,14 ± 0,96	12,22 ± 0,98	11,01 ± 1,16	9,26 ± 0,69
Жлобин (n = 43)	7,81 ± 0,95	8,53 ± 0,93	7,28 ± 1,11	9,16 ± 0,87	32,79 ± 2,85
Минск (n = 30) (n = 43)	13,59 ± 1,74	17,69 ± 1,5	16,55 ± 1,97	9,41 ± 1,15	57,24 ± 5,07

Примечания.

Симптомы «эмоционального выгорания»: н1 — «переживания психотравмирующих обстоятельств»; н2 — «неудовлетворенность собой»; н3 — «загнанность в клетку»; н4 — «тревоги и депрессии»; р1 — «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование»; р2 — «эмоционально-нравственная дезориентация»; р3 — «расширение сферы экономии эмоций»; р4 — «редукция профессиональных обязанностей»; и1 — «эмоциональный дефицит»; и2 — эмоциональная отстраненность; и3 — «личностная отстраненность или деперсонализация»; и4 — «психосоматические и психовегетативные нарушения».

* достоверность отличий в суммарном показателе для групп Жлобинской ЦРБ и ССМП г. Минска и Жлобинской ЦРБ при условии: $p < 0,05$ или $p < 0,01$ или $p < 0,001$

В целом у фельдшеров скорой помощи в стадии формирования находятся 2 фазы СЭВ: резистенции ($53,86 \pm 2,44$) и истощения ($42,64 \pm 2,99$). Следует отметить, что по имеющимся литературным данным [1–3], фаза «резистенции» довольно часто лидирует среди фаз СЭВ, так что полученные нами результаты не противоречат данным других авторов (по другим отраслям народного хозяйства и специальностям). При этом необходимо подчерк-

нать, что выраженность фазы истощения была обнаружена у лиц, работающих на Минской ССМП. Суммарный балльный показатель фазы истощения у фельдшеров Жлобинской ЦРБ ($32,79 \pm 2,85$) позволяет оценивать ее как несформировавшуюся. В силу этого различия показателей фазы истощения по выборочной совокупности фельдшеров Жлобинской ЦРБ и фельдшеров Минской ССМП являются высоко достоверными ($p < 0,001$).

Полученные нами данные выявили определенные закономерности в формировании СЭВ у фельдшеров ССМП, однако высокодостоверные межрегиональные различия требуют дальнейшего и более глубокого изучения сложившейся ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукьянов, В. В. Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04 – медицинская психология, 14.00.45 – наркология / В. В. Лукьянов. — СПб., 2007. — 52 с.
2. Кривенков, С. Г. Синдром эмоционального выгорания / С. Г. Кривенков, Ж. В. Волкова. — Режим доступа: <http://www.proatom.ru/modules.php?name=News&file=article&sid=529>; 22.06.2009 г.
3. Щавелева, М. В. Выраженность синдрома эмоционального выгорания у врачей-организаторов здравоохранения / М. В. Щавелева, Л. В. Шваб, И. А. Байкова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2009. — № 3. — С. 73–77.

Научное издание

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
К ПРОДВИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ**

**Материалы III Международной
научно-практической конференции
(Гомель, 21 октября 2010 года)**

Выпуск 3

**Редактор *Т. А. Соколова*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова***

Подписано в печать 15.10.2010
Формат 60×84¹/₈. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 16,04. Тираж 120 экз. Заказ № 290

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5

Репозиторий ГОМГМУ