

Образ жизни медицинских работников АПУ

Богачанская Наталья Николаевна

аспирант

*ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрова,
кафедра социологии медицины и экономики здравоохранения с курсом медицинского
страхования, Москва, Россия*

E-mail: bogachanskaya@mail.ru

Среди многих профессий занятых в отраслях, укрепляющих экономику государства, труд врачей имеет особое социальное значение и относится к сфере деятельности, которая, не принимая непосредственного участия в процессе производства, создает необходимые предпосылки для нормального и эффективного функционирования всех остальных сфер. Неслучайно одним из направлений социологии медицины является изучение профессиональных и личностных качеств современного медицинского работника, факторов формирующих личность врача, его образ жизни и отношение к своему здоровью.

Интерес к состоянию здоровья медицинских работников, посвятивших свою профессиональную жизнь вопросам профилактики и лечения заболеваний населения, вполне объясним. Врачи находятся в кругу, как своих собственных жизненных проблем, так и проблем своих пациентов, испытывая при этом двойную социально-психологическую нагрузку. Все это является одним из факторов, влияющих на здоровье медицинских работников и качество их жизни, которое, в свою очередь, непосредственно влияет на качество оказания медицинской помощи населению.

С целью комплексного изучения факторов влияющих на состояние здоровья и образ жизни врачей амбулаторно-поликлинических учреждений было проведено пилотажное медико-социологическое исследование, объектом которого выступили врачи-терапевты, врачи-специалисты и заведующие отделениями.

Условия труда и состояние здоровья медицинских работников, оказывают значительное влияние на конечный результат их деятельности, поэтому основное внимание в исследовании уделялось этим аспектам. В качестве неблагоприятных факторов, воздействующих на медицинских работников, участники опроса особенно выделили высокое нервно-психологическое напряжение и мышечное напряжение, вызванное рабочей позой. Характер рабочих поз врачей АПУ в значительной степени определяется нерациональной организацией рабочего места, неправильным подбором и размещением мебели.

Показатель удовлетворенности содержательными условиями труда состоит из мотивационных факторов: процесса выполняемой работы, перспектив профессионального и служебного роста, важности и ответственности выполняемой работы, надежности места работы, дающей уверенность в завтрашнем дне, возможности выполнять работу, уважаемую широким кругом людей, полезности работы. Самыми ценными составляющими в их работе врачи назвали помощь людям, возможности повышения профессионального роста и признание пациентами.

В качестве первоочередной меры, способной повысить эффективность труда и удовлетворенность работой медицинских работников большинство респондентов назвали исключение из обязанностей социальной и бумажной работы. Интересно, что вариант ответа «увеличение размера заработной платы» не занял лидирующую позицию, хотя за него по-прежнему высказалось большое количество участников опроса.

Самооценка физического и психологического состояния выступает в качестве реального показателя здоровья медицинских работников, которые являются наиболее образованными, с медицинской точки зрения пациентами. Только треть опрошенных

медицинских работников назвали свое здоровье хорошим. Две трети респондентов охарактеризовали его как удовлетворительное.

Было проанализировано поведение медицинских работников как пациентов. В случае плохого самочувствия только пятая часть опрошенных медицинских работников стараются сразу обратиться к врачу. Несмотря на то, что почти половина врачей признали наличие хронической патологии, 44,2% респондентов обращаются за медицинской помощью только при появлении серьезных симптомов, 18,3% опрошенных откладывают визит к врачу «до последнего», еще 18,3% предпочитают лечиться самостоятельно.

Несмотря на то, что именно врачи в силу своей профессии призваны бороться с вредными привычками, негативно влияющими на здоровье и создающими благоприятный фон для возникновения тех или иных заболеваний, пристрастие к курению признали 25,7% медицинских работников.

Для продуктивной работы и долгой активной жизнедеятельности большое значение имеет то, как человек восстанавливает свои силы. У подавляющего большинства медицинских работников нарушен режим дня, данное обстоятельство не может не сказаться негативным образом, как на здоровье самих врачей, так и на качестве предоставляемой ими медицинской помощи, а, следовательно, и здоровье их пациентов.

Как показал опрос, медицинские работники всем видам сохранения и укрепления здоровья предпочитают самые пассивные, то есть не требующие больших физических затрат, баню и массаж. Основная часть врачей, принявших участие в исследовании ведет малоподвижный образ жизни.

Медицинские работники амбулаторно-поликлинических учреждений в целом удовлетворены своим трудом, в качестве основных неблагоприятных факторов назвали высокое нервно-психологическое напряжение и рабочую позу. Создание благоприятных условий труда будет способствовать сохранению и улучшению показателей здоровья медицинских работников, и мотивировать их к повышению качества медицинской помощи.

Исследование показало, что образ жизни врачей не отвечает требованиям самосохранительного поведения, а ведь именно они в теоретическом отношении являются наиболее подготовленными к материализации установки на собственное здоровье. Отрицательно сказывается на состоянии здоровья медицинских работников сочетание гиподинамии с высоким уровнем нервно-эмоционального напряжения, которому сопутствует значительный темп работы. Существует значительный разрыв между знаниями врачей, как специалистов о необходимости соблюдать научные рекомендации по здоровому образу жизни и его практической реализацией в повседневной деятельности.

Список литературы:

1. Ефименко С. А. Социальный портрет современного участкового врача-терапевта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2004. – 24 с.
2. Решетников А. В. Социология медицины. – М., 2002.

Оценка системы муниципального здравоохранения жителями г. Череповца

Бойко Светлана Владимировна

Студент, 4 курс

Череповецкий государственный университет, факультет «Социология», Череповец, Россия

E-mail: b.v.svetlanka@mail.ru

Введение

В настоящее время Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как физическое и психологическое благополучие в целом. Современная социальная модель рассматривает здоровье как результат воздействия наиболее значимых факторов: образ жизни (вклад в состояние здоровья составляет 55%); состояние среды обитания (20%); наследственность (15%); уровень здравоохранения (10%). Изучению последнего фактора в данном списке отведена огромная роль в процессе реализации международного проекта «Здоровые города». Сегодня «Здоровые города» — это международное движение, объединившее 1800 городов из 55 стран. В 2006 году Череповец оказался в списке семи российских городов - официальных членов Европейской сети ВОЗ «Здоровые города».

Программа «Здоровый город» в Череповце реализуется при основной поддержке мэрии. Проект ставит перед собой задачу создания единого информационного пространства, где каждый мог бы найти ответы на вопросы по поводу собственного здоровья, окружающей среды, развития оздоровительных и медицинских технологий.

Методы

Отличительной чертой программы «Здоровый город» является ее постоянное социологическое сопровождение, которое предполагает целый комплекс исследовательских мероприятий, т.е. изучение, оценку и, как результат, координацию будущих действий в процессе эффективной реализации поставленных задач.

Целый блок вопросов, касающихся оценки жителями города системы муниципального здравоохранения, был задан череповчанам в ходе исследования, проводимого с 24 сентября по 8 октября 2007 года. Методология исследования – опрос по месту жительства, интервьюирование *face-to-face*. Генеральная совокупность – население города Череповца старше 18 лет, выборочная совокупность – случайная квотная по социально-демографическим признакам, репрезентативность выборки обоснована структурно и статистически. Суммарный объем реализуемой выборочной совокупности – 1184 человека. Погрешность не превышает 3,5%.

Результат

Спецификой мнений жителей Череповца является несовпадение ранжирования факторов с ВОЗ, наиболее отрицательно влияющих на состояние здоровья. Череповчане выделяют в первую очередь состояние окружающей среды (55%), вредные привычки (35%), качество медицинских услуг (33%) и отсутствие внимания к своему здоровью (29%). Интересно, что люди пенсионного возраста, считают «низкое» качество медицинских услуг основным фактором, отрицательно влияющим на состояние здоровья. Из приведенных данных видно, что общество показателю «уровня здравоохранения» придает большую значимость и видит в деятельности системы муниципального здравоохранения Череповца проблемы. Для их выявления нами были проанализированы оценки доступности, качества и личного отношения медицинского персонала к своим клиентам.

При оценке доступности медицинской помощи мнения респондентов разделились следующим образом:

- в поликлиниках: 51% - скорее доступна, 25% - скорее не доступна, 12% - полностью доступна, 6% - полностью недоступна и 6% затруднились ответить. Женщины медпомощь в поликлиниках считают более недоступной, чем мужчины. При корреляции относительно возраста были получены данные, что молодежи помощь в поликлиниках абсолютно доступна в отличие от лиц пожилого возраста, которые в процентном соотношении в два раза чаще отметили полную недоступность такого рода услуг;

- в больницах: 52% - скорее доступна, 20% - скорее недоступна, 11% - полностью доступна, 5% - полностью недоступна, 12% - затрудняюсь ответить. В принципе, ситуация идентичная с поликлиниками, с той лишь разницей, что доступность помощи в больницах отмечается чаще. Так же сохранилась тенденция того, что мужчины эту помощь считают более доступной, а горожане от 54 лет и старше чаще отмечают полную недоступность помощи в больницах города;

- в платных кабинетах: 31% - скорее доступна, 29% - полностью доступна, 19% - скорее недоступна, 9% - полностью недоступна, 12% - затрудняюсь ответить. Большую роль в высоком проценте положительных ответов сыграли молодые респонденты в возрасте от 18-29 лет и от 30-44, почти половина пенсионеров считают такую помощь «полностью недоступной».

Таким образом, анализируя блок вопросов об оценке доступности медицинской помощи в Череповце, можно сделать следующий вывод: горожане считают этот вид услуг «скорее доступным»; одинаково маленькие проценты относятся к двум крайним позициям «полностью доступны» и «недоступны». Кроме того, стоит обратить внимание на доступность платного лечения для лиц пожилого возраста, т.к. молодежь уже ориентирована на получение платной медицинской помощи, считая ее более качественной. Такой вывод был получен при анализе блока вопросов об оценке качества предоставляемых медицинских услуг:

- в поликлиниках: 51% - удовлетворительное, 23% - хорошее, 13% - плохое, 5% - очень плохое, 1% - очень хорошее, 7% - затрудняюсь ответить;

- в больницах: 51% - удовлетворительное, 23% - хорошее, 10% - плохое, 3% - очень плохое, 1% - очень хорошее, 12% - затрудняюсь ответить;

- в платных кабинетах: 39% - хорошее, 20% - удовлетворительное, 11% - очень хорошее, 2% - плохое, 1% - очень плохое, 27% - затрудняюсь ответить;

- бригадами скорой помощи: 36% - удовлетворительное, 27% - хорошее, 6% - плохое, 4% - очень хорошее, 3% - очень плохое, 24% - затрудняюсь ответить.

Итак, качеством медицинских услуг жители города в основном удовлетворены. Немаловажную роль в данном факте играет доброжелательное и внимательное отношение медицинских работников. Отношение к себе медперсонала череповчане оценили как «удовлетворительное» – 46%, «хорошее» – 33%, «плохое» – 9%, «очень плохое» 2%, «очень хорошее» – 1% и 9% затруднились с ответом. При этом, по показателю «очень хорошее» лидируют платные кабинеты (14%); по показателю «хорошее» - платные кабинеты (41%) и персонал скорой помощи (34%); «удовлетворительное» - поликлиники (46%) и больницы (44%); «плохое» - поликлиники (10%) и больницы (7%); «очень плохое» - больницы (3%).

Когда мы говорим о здоровом городе, то представляем себе современные спортивные комплексы, благоприятную экологическую ситуацию, и, безусловно, развитую систему здравоохранения. Череповцу в данной сфере есть над чем работать, а главное – для этого есть все возможности: наличие социально ориентированных промышленных предприятий, грамотное руководство города, сознательность общества. Именно благодаря их союзу в 2007 году городская целевая программа «Здоровый город» была продлена

до 2015 года. Теперь, в процессе последующей реализации программы, проблеме улучшения показателей муниципального здравоохранения в оценках жителей города будет уделяться повышенное внимание.

Литература:

1. Компьютерная база данных социологического исследования «Здоровый город», Череповец, 2007.
2. Профиль здоровья города Череповца, 2008.
3. Решетников А.В.(2006) Социология медицины. М.: ГЭОТАР-МЕДИЦИНА, 2006.

Отношение современной молодежи к проблеме аборт

Игумнова Ольга Александровна¹

студентка

Якутский государственный университет им. М.К. Аммосова, Якутск, Россия

E-mail: studentkayp05@mail.ru

Введение

В современной России уровень аборт продолжает сохраняться на достаточно высоком уровне. Впервые аборт в нашей стране были разрешены в 1920 году, при этом СССР стал первой в мире страной, легализовавшей эту операцию. В качестве оправдания детоубийства называлась экономическая разруха в стране. Затем в 1936-м году аборт запретили, а в 1955 году - снова узаконили. По данным российского Института демографических исследований в 2005 году в России было совершено 1,7 млн. аборт (на 145 млн. населения), что на 58% меньше цифр 1990 года, когда было сделано 4,1 млн. аборт (на 147 млн. человек). Теперь в свете новых задач в демографической политике, которые были обозначены Президентом страны, наступает новый этап в профилактике аборт.

О степени остроты проблемы аборт в России можно, в частности, судить по следующим данным: в 2006 г. прошло 1 млн. 425 тыс. родов, а аборт сделано чуть меньше - 1 млн. 400 тыс. Впервые за последние годы количество родов уже два года подряд превышает число аборт.. Мы традиционно занимаем первые строчки в мире, как по количеству аборт, так и по отрицательной динамике темпов их снижения [1]. И с этим нельзя мириться. Особенно, если знать, что из-за некачественно сделанных аборт в стране сохраняется высокая материнская смертность, многие женщины после насильственного прекращения беременности остаются бесплодными. Вместе с тем, специалисты уверены [2], что полный запрет на проведение аборт не принесет ожидаемого результата.

Последнее, на наш взгляд, обуславливает необходимость проведения активной государственной политики на федеральном и региональном уровнях, направленной на повышение информированности молодежи о проблемах, которые может вызвать нежелательная беременность и последующий за ней аборт. В свою очередь, для разработки эффективных мер необходимо обладать информацией об отношении современной молодежи к проблеме аборт. Все вышперечисленное обуславливает актуальность и практическую значимость исследования.

Методы

В качестве метода исследования было выбрано анкетирование, которое проводилось в октябре 2007 года, объектом исследования выступила молодежь г. Якутска, в возрасте от 17-25 лет. В исследовании приняли участие 72 человека, в том числе 57% - девушки. В качестве гипотез были выдвинуты следующие предположения, что современная молодежь не осознает того, насколько серьезным является сам факт совершения аборт; что женщины совершают аборт, прежде всего, из соображений материальной несостоятельности (боятся, что не смогут содержать будущего ребенка).

Результаты

¹ Автор выражает признательность профессору, д.с.н. Борисовой У.С. за помощь в подготовке тезисов.

Проведенный анализ показал, что молодежь г. Якутска по большей части осведомлена относительно проблемы аборт, и в целом озабочена ею. 33% опрошенных респондентов считают, что аборт – это «отказ от нежелательной беременности», 23,6% определяют его, как «принудительное действие в безвыходной ситуации» и лишь 18%, считают аборт «безнравственным поступком». Следует отметить, что лишь 9,8% девушек склоняются к последнему мнению, в то время как у юношей этот показатель выше и составляет 28%. Скорее всего, это обусловлено тем, что ответственность за родившегося ребенка в первую очередь ложится на женщину, поэтому мужчинам легче интерпретировать аборт, как «безнравственный поступок».

В последние годы резко меняется роль женщины в обществе, и если раньше было общепринятым, что женщина уделяет большое внимание семье и детям, то у современной женщины, по мнению респондентов, на первое место выходит карьера, так ответили 27,8% опрошенных. Свое отношение к женщинам, которые прерывают беременность, молодые люди выразили следующим образом: 45,8% относятся скорее отрицательно, несмотря на обстоятельства; 26,4%, скорее положительно, возможно, так сложились обстоятельства и 16,7% - отрицательно. При этом ответы девушек более жесткие, чем у юношей, так 53,7% , несмотря на обстоятельства, не смогли бы оправдать подобные действия, в то время как у юношей данный показатель составляет всего 35,5%, при этом 16,2% оправдывают данный поступок женщины. Эти данные свидетельствуют о том, что мужчины часто сами являются инициаторами аборта.

В качестве причин, которые способствуют прерыванию беременности респонденты указали следующее: «финансовая несостоятельность» (20,8%); «необходимость продолжать учебу» (11,8%); «молодость», «рано рожать детей» (10,8%); «страх перед родителями» (8,0%). Показательно то, что ответы: «против молодой человек», «посоветовали родители», «карьера», «не замужем», «не предохраняются» указали лишь от 4-5% опрошенных. Вместе с тем, 75% опрошенных знают, что аборт вреден для здоровья и может стать причиной бесплодия.

Результаты исследования показали, что из всей совокупности факторов влияющих на решение о прерывании беременности, на первое место выходит финансовая несостоятельность. Таким образом, подтверждается гипотеза о существовании материальной причины прерывания беременности, существенно ограничивающей возможности для увеличения показателя рождаемости.

Четверть опрошенных респондентов считает, что если аборт будут запрещены законом, то это будет способствовать улучшению ситуации в стране, численность населения будет расти. В основном, такого мнения придерживаются юноши (35,5%), в тоже время девушки (24,4%) считают, что это лишь приведет к ухудшению ситуации, так как будет способствовать нищете. По мнению большинства респондентов 48,6% в России недостаточно уделяется внимания проблеме абортов, 75% опрошенных ни разу не приходилось присутствовать на лекции, посвященной вреду абортов. При этом 52,8% опрошенных считают, что чаще всего совершают аборт девушки в возрасте 15-17 лет; 56,9% точно знают, что случаи прерывания беременности случались с их родными или близкими. В отношении близких людей 47,6% относятся к их поступку с пониманием и 31% отрицательно.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что меры государственной поддержки молодых матерей должны быть, прежде всего, направлены на финансовую помощь, увеличение социальных льгот и на профилактические мероприятия.

Литература

1. Папырин А. (2008) Чтобы абортов стало меньше // Медицинская газета. №12 от 20 февраля 2008.

2. Стародубов В.И.(2003) Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы // Медицина, 2003.

Самосохранительное поведение населения: социологический анализ

Ковалёва Александра Александровна
аспирантка 1-го курса

Санкт-Петербургский государственный университет, факультет социологии, Санкт-Петербург, Россия

E-mail: kovaleva-aleksa@yandex.ru

Актуальность социологического осмысления самосохранительного поведения обусловлена тем, что в настоящее время проблемы здоровья населения приобретают особую значимость. Проблема самосохранительного поведения заключена в несоответствии, порой резко выраженном противоречии между сознанием и поведением. Зачастую индивиды имеют потребность в здоровье, однако она не осмыслена применительно к конкретным обстоятельствам, то есть потребности индивида не реализуются в его поведении в сфере здоровья.

Самосохранительное поведение понимается как поведение, направленное на сохранение и поддержание здоровья, а также как совокупность сознательно совершаемых действий, детерминированных потребностью сохранения оптимальных параметров собственной жизнедеятельности. И.Б.Назарова считает, что «самосохранительное поведение – это не только своевременное обращение за квалифицированной помощью, но и определенный стиль жизни, предполагающий активные занятия физкультурой, отказ от курения и алкоголя, регулярные профилактические наблюдения» [2,с. 246]. Самосохранительное поведение включает в себя внимание к собственному здоровью, способность обеспечить индивидуальную профилактику его нарушений, сознательную ориентацию на здоровый образ жизни. Его характеризуют занятия физической культурой и спортом, отношение к алкоголю и курению, поведение в случае заболевания, обращение в медицинские учреждения за советами, в том числе профилактическими, уровень удовлетворенности состоянием своего здоровья, степень активности в поддержании здоровья.

С понятием самосохранительного поведения связано понятие культуры самосохранения. Культура самосохранения ставит здоровье на высочайший уровень в личностной структуре жизненных ценностей, определяет активность в отношении к здоровью; исключение из жизни факторов риска заболеваний через грамотность и информированность позволяет нейтрализовать генетическую предрасположенность к заболеваниям, снабжает человека навыками поддержания здоровья и максимальной продолжительности жизни [4, с. 84].

Эмпирическое исследование представлений населения о здоровье и здоровом образе жизни было проведено в 2007 году в г. Апатиты Мурманской области. Объектом исследования являлись жители г. Апатиты в возрасте от 18 лет, а также врачи различной специализации, имеющие стаж работы более 20 лет. В ходе исследования анализу подлежали представления населения в возрасте старше 18 лет, так как это та часть населения, у которой уже сложились определенные установки в сфере здоровья.

В результате конкретного социологического исследования были выявлены типы отношения жителей г. Апатиты к здоровью в зависимости от заинтересованности проблемами здоровья и поведением во время болезни: «внимательно относящиеся к здоровью», «невнимательно относящиеся к здоровью» и два промежуточных типа.

«Внимательных к своему здоровью» респондентов волнуют проблемы со здоровьем, и во время болезни или недомогания они обращаются к врачу. Среди мер, которые предпринимают респонденты с целью сохранения своего здоровья, выделяются воздержание от вредных привычек, прогулки на свежем воздухе и внимание к качеству питания. Здоровый образ жизни ассоциируется, прежде всего, с отсутствием вредных привычек. Большинство респондентов оценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное и считают свой образ жизни здоровым.

К типу «невнимательно относящихся к здоровью» принадлежат респонденты, которых не волнуют проблемы со здоровьем, и которые в период болезни ничего не делают, ждут, когда она пройдет сама (0,7 %). Были выделены промежуточные типы.

К первому промежуточному типу относятся респонденты, которых в некоторой степени волнуют проблемы со здоровьем и которые во время болезни или недомогания обращаются к альтернативным формам помощи (знахарям, родственникам, знакомым, в аптеку). Относительное большинство опрошенных оценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное, принимают витамины или биологически активные добавки, а также ведут активный образ жизни, при этом каждый второй основывается на личном опыте. Здоровый образ жизни ассоциируется, в первую очередь, с рациональным питанием, физическим тонусом и соблюдением режима дня.

Ко второму промежуточному типу относятся те респонденты, которых время от времени волнуют проблемы со здоровьем, но во время болезни они предпочитают лечиться самостоятельно. Эта группа самая многочисленная. При этом большинство оценивает состояние своего здоровья как удовлетворительное, каждый второй считает свой образ жизни здоровым. Среди мер, которые предпринимаются с целью сохранения своего здоровья, чаще отмечаются ведение активного образа жизни и прогулки на свежем воздухе, при этом в большинстве случаев респонденты основываются на личном опыте. Здоровый образ жизни ассоциируется в большей степени с отсутствием вредных привычек, сбалансированным питанием и занятиями спортом.

Сравнивая данные типы, можно сделать предположение о том, что существует связь между самооценкой состояния здоровья и отношением к здоровью, так как все респонденты, оценивающие состояние своего здоровья как «очень слабое», относятся к типу «внимательно относящихся к своему здоровью».

Следует отметить, что особую актуальность в настоящее время приобретают социологическое осмысление моделей самосохранительного поведения молодежи, так как для молодежи характерно наличие вредных привычек. Снижение качества жизни, хронические стрессы, отсутствие культуры здорового образа жизни, неопределенность личных перспектив приводят как к ухудшению физического здоровья подростков, так и к социальному неблагополучию, неготовности к вступлению в самостоятельную жизнь, отказу от традиционных социальных ценностей. Таким образом, здоровье молодого человека определяет уровень, на который он выйдет и как индивид, и как личность.

Литература

1. Дмитриева, Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы / Е.В. Дмитриева; – М.: Центр, 2002. – 224 с.

2. Журавлева И.В. Здоровье населения как междисциплинарная проблема. Становление социологии здоровья // Социология в России / Под редакцией В.А.Ядова. – М.: ИС РАН, 1998.- С. 484-489.
3. Назарова, И.Б. Субъективные и объективные оценки состояния здоровья населения / И.Б. Назарова// Социологический журнал.- 1998.- №3, 4.-С. 246-249
4. Шилова Л.С. Трансформация самосохранительного поведения / Л.С. Шилова // Социологические исследования. – 1999. – № 5. – С. 84–92.

Проблемы социализации детей-инвалидов и толерантного к ним отношения.

Левченко Елена Николаевна

студентка

Астраханский государственный университет, Астрахань, Россия

E-mail: gelyo@yandex.ru

По данным ООН, в мире насчитывается примерно 450 миллионов детей с нарушениями психического и физического развития. Более того, в нашей стране, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста числа детей-инвалидов. Инвалидность у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, что обусловлено нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками. И здесь толерантное отношение общества к таким людям играет главенствующую роль, так как оно способствует более скорому и лёгкому приспособлению, адаптации человека к социальной реальности, что служит, в конечном счете, наиболее возможным условием нормального функционирования всего общества.

Социальная политика в России, ориентированная на инвалидов, взрослых и детей, строится сегодня на основе медицинской модели инвалидности. Исходя из этой модели, инвалидность рассматривается, как недуг, заболевание, патология. Такая модель вольно или невольно ослабляет социальную позицию ребенка, имеющего инвалидность, ослабляет его социальную значимость, обособляя его от нормального здорового детского сообщества, усугубляет его неравный социальный статус, обрекая на признание своего неравенства, неконкурентоспособности по сравнению с другими детьми.

Следствием ориентации эту модель является изоляция ребенка с ограниченными возможностями от общества в специализированном учебном заведении, развитие у него пассивно-иждивенческих ориентаций.

Проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, это социальная проблема неравных возможностей. Общество, в свою очередь, не получая своевременной информации о жизни инвалидов, их проблемах и достижениях, теряет доброту и отзывчивость к людям с трудной судьбой. И как следствие, толерантность к инвалидам мала, нравственное здоровье общества ухудшается.

На самом деле главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в ограничении его мобильности, бедности контактов со сверстниками и

взрослыми, в ограниченности общения с природой, доступа к культурным ценностям, а иногда – и к профессиональному образованию. По нашему мнению, именно изоляция таких детей от общества, отсутствие контактов со здоровыми сверстниками лежит в корне нетолерантного отношения общества к таким людям, что влечёт за собой очень тяжёлое протекание процесса социализации у таких детей и огромные сложности в дальнейшей самореализации.

В ходе данной работы удалось посетить несколько организаций, занимающихся проблемами детской инвалидности. Это Астраханская организация детей-инвалидов и их родителей, реабилитационный центр «Русь», детский сад № 69 для детей с нарушениями опорно-двигательной системы (ОДС). Был проведён экспертный опрос работников этих учреждений.

Также было проведено анкетирование среди учащихся 5-11 классов гимназии №3. Результаты анкетирования показали, что подавляющее большинство учащихся гимназии №3 воспринимают детей-инвалидов как людей с ограниченными возможностями, и готовы оказывать им помощь и поддержку. Гимназисты считают, что главная задача государства создавать условия для самореализации и самообеспечения таких детей.

Во время изучения этого вопроса выяснилось, что детям-инвалидам оказывается помощь со стороны государства, общественных организаций и спонсоров, проводятся мероприятия, обеспечивается качественное лечение, но всё это происходит изолированно от общества здоровых детей. Но социализация ребёнка не сможет осуществиться в полной мере только в рамках специализированного учреждения без взаимодействия с остальным социумом. А общество не сможет воспринимать таких людей адекватно, относиться к ним доброжелательно и терпимо до тех пор, пока мир здоровых и мир больных людей будут отрезаны друг от друга.

Для сокращения дистанции в общении между больными и здоровыми детьми мы предлагаем начать сотрудничество между воспитательными и образовательными учреждениями для здоровых детей и такими же учреждениями для детей с ограниченными возможностями. А именно:

- оказание помощи общеобразовательными школами и учреждениями дополнительного образования в проведении совместных праздников и соревнований, тем самым, способствовать общению между здоровыми и больными детьми;

- проведение занятий в кружках и секциях, особенно по прикладному искусству, совместно.

- с целью воспитания в детях доброты и отзывчивости к людям с ограниченными возможностями проведение факультативных «уроки доброты», на которых рассказывать детям о людях с ограниченными возможностями, об их достижениях, об их положении в современном обществе, приглашают детей-инвалидов в гости в школу, давать задания нарисовать проекты школ, зданий, социальных объектов, приспособленных для инвалидов, написать письма больным детям своего города, провести конкурсы на лучшее сочинение на тему «Люди с ограниченными возможностями, кто они?», «Если мой друг инвалид...» и другие. Лучшие сочинения поощрить и опубликовать в местных газетах. Провести конкурс рисунков «Удобная школа» (возможность обучения инвалидов на колясках). Кроме того,

уже сейчас проводятся конкурсы и соревнования для детей-инвалидов в рамках специализированных учреждений, но результаты их нигде не публикуются. Однако активное освещение таких событий региональными СМИ, на наш взгляд, способствует более толерантному отношению общества к инвалидам, вызывает уважение к таким людям.

Рассматривается возможность в последствии перенять опыт западных стран и создавать школы совместного обучения.

На наш взгляд, реализация этих предложений будет способствовать сокращению дистанции между здоровыми детьми и детьми-инвалидами, что, в свою очередь, ускорит процесс социализации и интеграции в общество детей с ограниченными возможностями и сформирует у общества более толерантное отношение к таким детям.

Литература:

1. Панов А.М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями - эффективная форма социального обслуживания семьи и детей // Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. М., 1997.
2. Малофеев Н.Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России. (Результаты исследования, как основа для построения проблемы развития) // Дефектология. №4, 1997.
3. Цукерман И.В. Проблема социализации выпускников специальных школ для детей с нарушениями слуха // Дефектология. 1998. №1
4. Бондаренко Г.И. Социально-эстетическая реабилитация аномальных детей // Дефектология. 1998. №3.
5. «Декларация о правах инвалидов» от 9 декабря 1971г.
6. «Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей» от 30 сентября 1990г.
7. Федеральный закон от 24 ноября 1995г.
8. Областная целевая программа "Дети-инвалиды" на 2001-2005 гг. 2006-2010гг. г. Астрахани.

**Контент-анализ диссертационных исследований
по проблеме ВИЧ-инфекции и СПИДа в Российской Федерации
Павлов Сергей Владимирович, Пушкарева Кристина Валерьевна**

аспиранты

*ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава,
Москва, Россия*

E-mail: psergey-777@mail.ru, pkv79@bk.ru

Ни одна болезнь в истории человечества не привлекала к себе столь пристального внимания общественности и не стимулировала такого объема научных исследований, как ВИЧ/СПИД [1].

Целью данной работы являлся контент-анализ авторефератов диссертаций на соискание ученой степени кандидата/доктора медицинских наук по проблеме ВИЧ/СПИД в Российской Федерации за период 1990 – 2007 гг.².

В качестве объекта исследования были выбраны 97 диссертаций, среди которых 91 научная работа на соискание ученой степени кандидата медицинских наук и 6 – на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

Россия до 1996 года по интенсивности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции относилась к странам с низким уровнем развития эпидемии, что объясняет отсутствие с 1990 по 2001 гг. научных работ по данной тематике. Исключение составляет диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук В.В. Покровского (1990 год), которую по праву можно считать пионерской в данной области. Начиная с 2002 г., появляются первые диссертации по ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации, что связано со стремительными темпами развития заболевания.

В большинстве научных работ (62,0%) рассматривались клинико-эпидемиологические особенности ВИЧ/СПИДа в России, что является необходимым для последующей разработки диагностических комплексов, методов лечения, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на противодействие распространения ВИЧ-инфекции – эти темы в свою очередь были затронуты авторами в 29,2% диссертационных исследованиях. И только лишь в 8,8% научных работ ставилась цель изучения и решения социальных, психологических, этических и правовых проблем ВИЧ-инфицированных пациентов.

Основная часть диссертаций была представлена по специальностям: «Инфекционные болезни» (40), «Эпидемиология» (28) и «Фтизиатрия» (10). Кроме того, 34 исследования проводились по двум специальностям одновременно, что позволяет говорить о применении

² По материалам электронной базы данных «Российская медицина» Центральной научной медицинской библиотеки им. И.М. Сеченова (ЦНМБ).

комплексного подхода к изучению и решению проблем связанных с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в Российской Федерации.

Объекты исследований в диссертационных работах были представлены относительно однородными группами населения, разделенными по статусу в отношении ВИЧ-инфекции с учетом половозрастных особенностей, профессиональной деятельности и социальной стратификации.

В большинстве диссертационных работ (71,1%) таковыми выступали пациенты с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, большую часть из которых составляли наркоманы (22,3%) и беременные женщины (22,3%). Это продиктовано тем, что в настоящее время эпидемия ВИЧ/СПИДа в РФ сконцентрирована в среде потребителей инъекционных наркотиков и лиц, практикующих «незащищенные» половые контакты. Стремительными темпами возрастает и доля женщин среди ВИЧ-инфицированных, при этом около 90% из них находятся в детородном возрасте, что обуславливает высокий риск передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, как во время беременности, так и в родах [2].

Объектами исследований с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, так же являлись: осужденные (16,7%), дети (11,2%), подростки (5,5%), медицинские работники (5,5%), военнослужащие (5,5%), проститутки (5,5%) и мигранты (5,5%).

С целью изучения общественного мнения по проблеме ВИЧ/СПИДа в РФ в трети диссертационных работ (28,9%) объектами исследований выступали медицинские работники (33,4%), студенты-медики (33,4%), проститутки (16,6%) и сотрудники учреждений пенитенциарной системы (16,6%) с ВИЧ-серонегативным статусом.

Авторами диссертационных работ для изучения закономерностей клинического течения и развития эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИДу в стране, как правило, использовались эпидемиологические (21,2%), статистические (21,2%), параклинические (19,5%) и клинические (15,4%) методы исследования. Социологические методы исследования применялись лишь в 14,6% научных работ, что является на наш взгляд, недостаточным.

При рассмотрении сопутствующих ВИЧ-инфекции заболеваний, авторы отмечают рост сочетанной патологии представленной в виде коинфекции. В настоящее время установлена прямая зависимость между распространением наркомании и ростом заболеваемости гемоконтактными гепатитами. Одновременно ухудшается и эпидемическая ситуация по туберкулезу, что в значительной степени связано со стремительным нарастанием пандемии ВИЧ/СПИДа.

Важнейшим эпидемиологическим показателем являются пути передачи вируса иммунодефицита. Парентеральный путь передачи, как ведущий, рассматривался в большинстве научных работ (51,1%) – это обусловлено изучением лиц, употребляющих внутривенно наркотики. Рассмотрению роли полового и трансплацентарного (вертикального) путей передачи ВИЧ-инфекции посвящено 42,5% и 6,4% работ, соответственно. Если в 1996 году для эпидемии ВИЧ-инфекции наиболее характерным являлось распространение вируса иммунодефицита через кровь при инъекционном употреблении наркотических препаратов, то в настоящее время отмечается ежегодное увеличение числа случаев заражения ВИЧ/СПИДом в результате «незащищенных» половых контактов и случаев передачи вируса от матери к ребенку.

Таким образом, пандемия ВИЧ-инфекции и СПИДа в России, распространяющаяся стремительными темпами, являвшаяся ранее заболеванием определенных групп риска (наркоманы, гомосексуалисты, проститутки), на сегодняшний день становится угрозой для популяции в целом.

Проведенный контент-анализ позволяет сделать вывод о необходимости создания системы медико-социологического мониторинга ситуации по ВИЧ/СПИДу в России и проведения комплексного анализа медицинских, социальных, экономических, психологических, правовых и этических проблем ВИЧ/СПИДа с позиции социологии медицины, научной дисциплины, в рамках которой может быть осуществлено медико-социологическое осмысление роли ВИЧ-инфицированного пациента в современном российском обществе.

Литература

1. Волова Л.Ю. (2004) Клинико-эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфекции в условиях Крайнего Севера с учетом фактора миграции населения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург.
2. Орлова О.А. (2006) Эпидемиологическая характеристика вирусных инфекций у ВИЧ-инфицированных беременных и их новорожденных детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва.
3. Покровский В.В. (1990) Эпидемиология инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека – 1990: Автореф. дис. ... док. мед. наук. – Москва.
4. Решетников А.В. (2003) Медико-социологический мониторинг: Руководство. – М.: Медицина.

Распространенность поведенческих факторов риска заболеваний как основная причина преждевременной смертности населения
(на примере Вологодской области)

Рыжкова Надежда Васильевна
аспирантка

Ярославский государственный университет им. Демидова, кафедра социально-политических теорий, г. Ярославль, Россия

nivero@yandex.ru

Одной из острейших проблем демографических проблем России в целом, и Вологодской области в частности, является значительный уровень предотвратимой (преждевременной) смертности: каждый третий умерший в 2006 году находился в трудоспособном возрасте.

Традиционно предотвратимая смертность рассматривается как медицинская, демографическая проблема, социальная составляющая этой проблемы остается в стороне, хотя в России причины колоссальных масштабов преждевременной смертности являются в подавляющем большинстве социальными, а не генетическими (вырождение нации) и не эпидемиологическими (распространенность тяжелых инфекционных заболеваний, например, СПИДа). Причины данной проблемы также не могут быть целиком и полностью связаны с кризисным состоянием системы здравоохранения в 90-е годы. Для доказательства того, что преждевременная смертность является социально обусловленной проблемой, воспользуемся методом финансового макроанализа системы здравоохранения.

Суть финансового макроанализа сводится к сопоставлению совокупных затрат на предотвращение социальных потерь общества от заболеваемости населения, ее последствий в виде преждевременной смертности, с собственно величинами социальных потерь общества от этих болезней, выражаемых в потенциально потерянных годах жизни ППГЖ (число недожитых лет до 65 – средней продолжительности жизни жителей региона). Результаты такого сопоставления заносятся в матрицу эффективности (см. табл). С 2003 года по настоящее время на территории Вологодской области Департаментом Здравоохранения и Фондом ОМС проводятся финансовый макроанализ деятельности системы здравоохранения региона с целью её оценки. В данной работе мы конкретизируем эти цели и применим методологию макроанализа для определения основных причин высокого уровня предотвратимой смертности населения области.

Для надежности и достоверности результатов обобщим данные за 4-летний период и отнесем тот или иной класс заболеваний к определенной группе эффективности только в том случае, если они попадают в эту группу не менее 3 раз.

Таблица

Обобщенные данные макроанализа системы здравоохранения в Вологодской области за период 2003-2006 гг.

Затраты			
		<i>Высокие</i>	<i>Низкие</i>
		Социальные потери (ПГПЖ)	<i>Высокие</i>
<i>Низкие</i>	3. Избыток ресурсов – перераспределение ресурсов: - некоторые инфекционные и паразитарные болезни - психические расстройства и расстройства поведения		4. Реальная эффективность - болезни крови, кроветворных органов - болезни кожи - врожденные аномалии, хромосомные нарушения - болезни нервной системы и т.д.

Обратим внимание на первую группу заболеваний (болезни органов дыхания, органов пищеварения и системы кровообращения). За рассматриваемый 4-летний период деятельность системы здравоохранения в борьбе с этими классами болезней оказывается неэффективной: на профилактику, лечение и реабилитацию тратятся колоссальные средства, но при этом и социальные потери по этим классам оказываются самыми высокими. И причина здесь лежит не в медицинской плоскости (в настоящее время подавляющее большинство болезней и системы кровообращения, и органов дыхания и пищеварения являются излечимыми, а смертность, вызываемая ими, предотвратимой средствами современной российской медицины). Очевидно, что все три класса названных заболеваний объединяет одно: все они напрямую связаны с распространением так называемых поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний: курения, алкоголизма, неправильно питания, гиподинамии и т.д.

С целью проведения исследования по вопросам эпидемиологии основных неинфекционных заболеваний, традиционных и новых факторов риска среди трудоспособного населения Вологодской области и потребности в их профилактике в июне – августе 2007 года на базе 6 ЛПУ города Вологды Вологодским областным центром профилактики проводилось обследование населения «РОСЭПИД -2007». В ходе исследования опрошено 1485 человек на предмет их образа жизни, привычек питания, курения, приема алкоголя, кроме этого был проведен ряд клинических и лабораторных исследований для оценки состояния здоровья, выявлена предрасположенность респондентов к определенным заболеваниям.

Для данной работы актуальны лишь некоторые результаты проведенного исследования, а именно, выявленные в ходе опроса поведенческие факторы риска заболеваний органов дыхания, пищеварения и кровообращения.

Курение, основной поведенческий фактор риска развития болезней органов дыхания, является привычкой 26 % опрошенных (38,7 % выкуривают 20 и более сигарет в день. Только 16 % курильщиков всерьез осознают риск заболеть тяжелыми бронхо-легочными и хотели бы бросить курить, при этом больше половины желающих бросить курить уже испытывают серьезные проблемы со здоровьем (боль в грудной клетке, кашель по утрам, хронический бронхит).

Чрезмерное употребление алкоголя, вызывающее тяжелые болезни органов пищеварения, в первую очередь, печени, характерно приблизительно для 20 % опрошенных. 2 % вологжан употребляют алкоголь каждый день, 17 % - несколько раз в неделю, 25 % - несколько раз в месяц. При этом четко прослеживается следующая

тенденция: с увеличением частоты потребления алкоголя растет и крепость потребляемых напитков. На вопрос «Хотели бы Вы изменить свои привычки употребления алкоголя?» 80% вологжан ответили отрицательно. Среди тех, кто алкоголь употребляет ежедневно, 50% хотели изменить свои привычки употребления алкоголя, среди употребляющих 1-2 раза в неделю таковых оказалось уже 22%.

Страдают гиподинамией более трети вологжан. 33% населения г. Вологды проводят на работе сидя 6 и более часов. Только 10% опрошенных занимаются физическими упражнениями. Наиболее негативным моментом в сложившейся ситуации является то, что при очевидном вреде малоподвижного образа жизни более половины респондентов, не хотят увеличить свою физическую активность. При осознаваемом факте, что их питание не является правильным и наносит вред здоровью, 60% респондентов не хотят менять свои привычки питания.

Таким образом, работа врачей оказывается неэффективной в тех случаях, если пациентом оказывается человек, не желающий нести ответственность за свое здоровье. И как бы ни были высоки финансовые вливания в сферу здравоохранения, смертность населения существенно снизить не удастся, пока социальной нормой считается курение, употребление крепких спиртных напитков несколько раз в неделю, малоподвижный образ жизни и неправильное питание.

**Модели поведения молодёжи при наличии симптомов инфекций,
передаваемых половым путём³**

Сурмач Марина Юрьевна

Ассистент, кандидат медицинских наук

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

E-mail: marina_surmach@mail.ru

Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП) – одна из наиболее актуальных медико-социальных проблем репродуктивного здоровья молодёжи. Целью настоящего исследования являлось выделить основные модели поведения молодёжи по отношению к потреблению медицинской помощи при наличии клинических симптомов ИППП и оценить их распространённость. Были проанализированы данные анонимного раздаточного опроса 1500 женщин и 1560 мужчин 15-29 лет [1]. Выборка по территориальному и возрастному распределению соответствовала республиканской совокупности молодёжи.

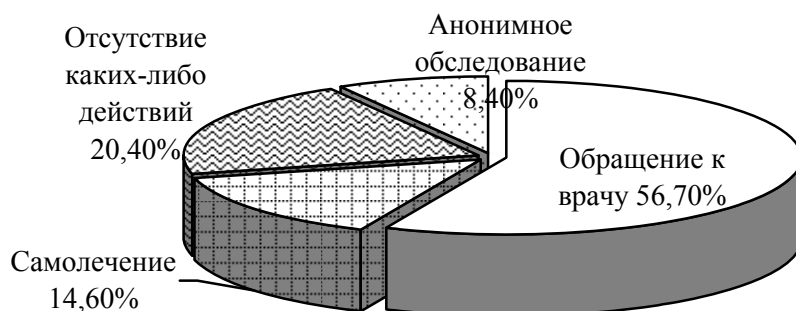
Наличие симптомов ИППП отмечали более трети опрошенных из числа молодых людей, имевших опыт половых отношений: $26,8 \pm 1,2$ на 100 мужчин, и $42,3 \pm 1,3$ на 100 женщин. Различия обусловлены гендерной особенностью клинического течения сексуально-трансмиссивных заболеваний (малосимптомность у мужчин).

Обратились за медицинской помощью 65,1% респондентов, отмечавших наличие симптомов ИППП: 60% мужчин и 68,3% женщин ($\chi^2=8,26$, $p=0,004$). Каждый четвёртый молодой мужчина, имеющий симптомы ИППП, не предпринимал никаких действий, каждый шестой опирался на опыт друзей и собственные представления о лечении, каждый десятый мужчина обращался только в кабинет анонимного обследования. Каждая шестая женщина 15-29 лет, имеющая клинические симптомы ИППП, не предпринимала никаких действий, каждая седьмая лечилась самостоятельно.

При обобщении стратегий поведения молодых людей при наличии клинических симптомов ИППП, получены следующие возможные модели поведения молодёжи как потребителя услуг медицинского назначения (рисунок 1):

- 1) адекватная (обращение к врачу для диагностики и лечения),
- 2) условно адекватная (анонимное обследование);
- 3) неадекватная (отсутствие каких-либо действий; самолечение и его варианты: помощь друзей, знакомых, опора на собственный опыт).

³ Тезисы доклада основаны на материалах исследований, проведенных в рамках гранта Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (грант Б07М-160).



Ранговый ряд поведенческих стратегий молодёжи при наличии клинических симптомов ИППП возглавляет занявшая первое место «консультация врача по диагностике и лечению». Её предпочитают (73,6% имеющих симптомы ИППП) женщины, ориентированные на рождение ребёнка ($\chi^2\text{Yates}=39,0$, $p<0,001$). На втором месте среди предпочитаемых поведенческих стратегий - отсутствие каких-либо действий. Чаще (25,9% имеющих симптомы ИППП) бездействие выбирают мужчины ($\chi^2\text{Yates}=9,8$, $p<0,001$). Третье место занимает самолечение. Чаще других групп молодёжи (20,8% имеющих симптомы ИППП) данную стратегию выбирают женщины, имеющие в анамнезе искусственное прерывание беременности ($\chi^2\text{Yates}=9,73$, $p<0,001$). Наименее предпочитаемой поведенческой стратегией молодёжи при наличии симптомов ИППП является анонимное обследование – особенно редко его выбирают женщины, настроенные на деторождение (3,1% имеющих симптомы ИППП), несколько чаще – мужчины (10,7% имеющих симптомы ИППП) и женщины с искусственным прерыванием беременности (10,6% имеющих симптомы ИППП).

Таким образом, в молодёжной среде распространены три основные модели поведения при наличии клинических симптомов ИППП. Рискованные формы поведения по отношению к потреблению медицинской помощи при наличии клинических симптомов ИППП, составляющие неадекватную модель поведения, наблюдаются более чем в 34% случаев наличия симптомов, чаще среди мужчин. Высокая распространённость неадекватного поведения по отношению к потреблению медицинской помощи приводит к негативным последствиям для репродуктивного здоровья молодёжи и в последующем затрудняет реализацию её репродуктивного потенциала.

Литература

1. Сурмач М.Ю. (2006) Методика изучения социологических аспектов медико-социальной проблемы репродуктивного здоровья молодёжи Беларуси // Социология, №1

**Качественные методы исследования в наркологии
(на примере выявления отношения беременных женщин к курению)**

Харькова Ольга Александровна⁴

аспирант

Северный государственный медицинский университет (г. Архангельск)

E-mail: okharkova.ispha@nsmu.ru, harkovaolga@yandex.ru

Введение

Никотиновая зависимость – заболевание, которое не имеет аналогов среди других болезней по своей распространенности и системности поражения, как самого курящего, так и лиц, подвергающихся пассивному курению. Определенный интерес представляет распространенность табакокурения в молодежной среде, так как именно этот возраст служит основой начала курения. Число регулярно курящих девочек с каждым годом увеличивается; наибольшее количество курящих женщин приходится именно на репродуктивный возраст.

Важным фактором здоровья беременной женщины и будущего ребенка является ее образ жизни, для обеспечения которого большое значение имеет организованная борьба с разнообразными факторами риска, включая курение табака. В последнее время во всем мире проведено множество медико-социальных исследований, развивших и углубивших представление о вредном влиянии активного и пассивного курения на течение и исход беременности. Однако, в развитии табакокурения принимают участие не только физиологические, но и социально-экономические и психологические факторы. Для разработки мероприятий, направленных на снижение курения женщин репродуктивного возраста в современных условиях, необходимо учитывать особенности отношения лиц женского пола к данному виду аддикции. В связи с этим возникла необходимость более детального изучения проблемы табакокурения среди беременных женщин.

Целью исследования явилось осуществление анализа субъективного опыта курения во время беременности на примере организации качественных методов исследования.

Методы

Исследование осуществлялось в роддомах г. Архангельска, где женщины находились либо на стационарном лечении, либо для подготовки к родоразрешению. Нами было проинтервьюировано шесть женщин, соответствующие выбранным критериям отбора: оптимальный репродуктивный возраст, третий триместр первой беременности, курящие ежедневно, со стажем курения 1 год и более. Метод сбора данных – полуструктурированное

⁴ Автор выражает признательность профессору, д.м.н. Соловьеву А.Г. за помощь в подготовке тезисов

интервью, длящееся 30-60 минут, анализ данных осуществлялся с использованием контент-анализа (Burnard, 1991).

Результаты

Наше исследование выявило, что беременные женщины начали курить в школьные годы и основными причинами были «*курение как атрибут взрослости*», «*курят все друзья*», «*любопытство*» и т.д. А.А. Александров и В.Ю. Александрова (1999) приводят примеры обсуждения каждой мотивировки курения. Например, «*быть взрослее*» - это довольно наивное утверждение, которое можно расшифровать: я хочу казаться взрослее в глазах своих сверстников (потому что на взрослых это не производит впечатления); «*Курят все друзья*» - в подростковом возрасте очень важно быть в компании, которая тебе нравится: порой человек может начать курить вопреки своему желанию, правда это иногда происходит из-за того, что некоторые люди просто не умеют отказывать; «*Любопытство*» - за такой мотивировкой может скрываться очень многое: пробующие курить из любопытства должны понимать, что одна проба повлечет за собой другую, потом третью и т.д., и совсем не заметно для себя человек станет настоящим курильщиком. Таким образом, мы видим, что приобщение к курению является, в основном, социально-психологическим аспектом.

Несмотря на то, что по данным зарубежной литературы выявлена взаимосвязь между материнскими чувствами и способностью отказа от табакокурения в пользу ребенка, наши результаты показали, что беременность не явилась сильной мотивацией к отказу от курения. Молодые беременные женщины пытались бросить курить, однако в силу влияния социальных (курящие компании, родственники, отец ребенка) и психологических (нервозность, раздражительность, стресс) факторов, они возвращались к курению: «*ругаюсь со своим мужем...начинаю нервничать и иду курить...*», «*...вновь могу закурить, когда кто-нибудь расстроит...*».

Исследование показало, что курение во время беременности связано с низким уровнем образования, статусом одиночества и тяжестью никотиновой зависимости. Значительная часть женщин ничего не знают о последствиях курения в период беременности. И только когда им сообщается о неблагоприятном прогнозе исхода беременности, они начинают задумываться о снижении интенсивности курения: «*на УЗИ сказали, что не хватает кислорода, поэтому буду меньше курить...*». Женщины хотят отказаться от курения табака, но нередко им необходима помощь специалиста, а куда обратиться они не знают: «*хочу бросить, но меня контролировать надо...не знаю, где оказывают такую помощь*».

Таким образом, качественные исследования, выполненные для глубинного изучения явления табакизма и отношения к данной проблеме среди беременных женщин, служат основанием обращения внимания на серьезность сложившейся ситуации с последующей разработкой превентивных мероприятий по отказу от курения при планировании и во время беременности.

Литература

1. Александров А.А., Александрова В.Ю.(1999) Профилактика курения: роль и место психолога // *Вопр. психологии.* - №4. – С. 35-37
2. Burnard Ph. (1991) A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today.* 11, 461-466

Алкоголизм в России, как угроза национальной безопасности

Шамсуев Магомед-Эми Хусейнович

*Салгириев Али Русланович*⁵

студент

ассистент

Чеченский государственный университет, Грозный, Россия

E-mail: 010585@mail.ru

Алкоголизм – злоупотребление алкоголем. Принято выделять бытовое пьянство (без знаков привыкания), хронический алкоголизм, алкогольные психозы (острые – белая горячка и хронические – алкогольный бред давности, Корсаковский психоз, хронический алкогольный галлюциноз).

Алкоголизм в развитых странах поражает около 7 % населения, в том числе среди мужчин старше 15 лет, таких 10 %, среди женщин – 1-3 %. Употребление алкоголя в России это массовидное явление. Число умерших от алкогольного отравления самостоятельно произведённым алкоголем в 2000 году увеличилось по сравнению с 1991 годом более в два раза. Число умерших за это время от передозировки алкоголя составляет 341 тыс. человек. Алкогольное отравление приводит к росту болезненности населения, иными словами, попросту инвалидизации. Согласно данным Госкомстата России за 2000 год в РФ было зафиксировано 22 979 смертельных случаев отравления алкоголем, а за 9 месяцев 2001 – 24 260 смертей по этой же причине.

По данным экспертов, годовой оборот водочной продукции составляет в России более 300 млн. декалитров. Если сегодняшние тенденции сохранятся, то, как считают учёные, через 20-25 лет в стране будут проживать лишь 100 млн. человек, а примерно к 2075 году – 50-55 млн. человек. Можно сказать, что алкогольная аутодеструкция – массовое, целенаправленно сформулированная патологическая потребность российского человека сегодня.

Особую тревогу вызывает наблюдающиеся во всём мире тенденции к омоложению этой болезни, возникновение её симптомов в подростково-юношеском возрасте. Во всех случаях детского алкоголизма отмечены расстройства психики, имевшие место до первого употребления алкоголя. Для всех наблюдавшихся детей характерны правонарушения, обычно кражи, в том числе спиртных напитков. Актуальность изучения раннего

⁵ Авторы выражает признательность профессору, д. филос. н. Акаеву В.Х. за помощь в подготовке тезисов

алкоголизма, особенно в подростковом возрасте несомненна, так как алкоголизм взрослых нередко берёт начало в подростковом возрасте. Одной из сложных задач при решении вопросов диагностики алкоголизма у подростков является определение «почвы», на котором развивается алкоголизация, и факторов, влияющих на развитие заболевания.

Большую роль в возникновении алкоголизма в детском и подростково-юношеском возрасте играет нарушение отношений с родителями, особенно отвержение со стороны матери, психологический климат в семье. Эти обстоятельства способствуют к делинквентности, так и злоупотреблению психо-активных (ПАВ) веществ. Наиболее широко алкоголизм распространен среди малообеспеченных слоёв населения. Многие исследователи считают, что 55-60 % школьников начинают пить пиво с 13 лет, около 40 % учащихся школ употребляют его регулярно, причём на виду у всех, в общественных местах. В итоге реалиями нашего общества стал подростковый, и даже детский алкоголизм.

Россия «моделирует» по потреблению алкоголя на душу населения, не считая выпитого пива. Каждый россиянин, считая младенцев и стариков, выпивает в год спиртных напитков при перерасчёте на чистый спирт 14 литров. Всемирная организация здравоохранения оценивает ситуацию как крайне опасную уже при 8 литрах потреблению на душу населения. Кроме того, на каждого жителя России приходится по 30 литров в год выпитого пива. Следует подчеркнуть, что существует «пивной» алкоголизм – тяжёлый, малоподдающийся лечению вариант алкоголизма.

Как отмечает в своих исследованиях психолог Т. Горобец, предвестником развития зависимости от алкоголя являются симптомокомплексы, которые с точки зрения клинических проявлений алкогольной зависимости не вписываются в картину заболевания. Тем не менее, именно психические состояния и паттерны поведения являются этиологическими факторами данной патологии (помимо средового влияния).

Одним из благоприятных признаков является яркость воспоминаний о знакомстве со спиртными напитками, т.е. следовая реакция о первом в жизни значимом употреблении алкоголя. Также играет роль, по-видимому, первая модель стимула - т.е. сама конфигурация следа, оставленного в первой системе в результате повторения раздражителя.

Следующим предвестником называют симптом обрушивания дозы. Это особое состояние, когда привычно выпивающий человек, увеличивая дозу, длительно чувствует себя немного охмелевшим. Продолжая выпивать, он вдруг осознает, что совершенно пьян. Интересы, переживания и стремления человека основываются на сформировавшихся патологически изменённых потребностях, ценностные ориентации разрушаются и на смену им приходят в качестве побудителя к деятельности и организатора социального поведения одна единственная – алкогольная. У таких больных отсутствует возможность опосредования сознательной целью, поэтому их потребности неуправляемы, т.е. они приобретают структуру влечений на психофизиологическом уровне, крайне обостряются процессы деградации личности.

Социальные институты должны взять на себя обязанность по реструктуризации патологических паттернов массовидного поведения – это и есть в основном позитивная рефлексия. Научение населения через средства массовой информации позитивной рефлексии есть условие успеха отрезвления социума.

Многие учёные отмечают, что российский социум стоит на пороге биологической катастрофы. Население по состоянию здоровья находится в критическом состоянии (в настоящее время, как считают эксперты ВОЗ, по показателю «Уровень здоровья нации» Россия занимает 69 место в мире), в том числе, это связано и с пьянством, так как коррелирующие с употреблением алкоголя заболевания дают очевидный рост (это

хронические инфекционные заболевания, легочные болезни, венерические заболевания, сердечно-сосудистые и т.д.).

Ситуация с алкоголизацией населения такова, что необходимо на наш взгляд, предпринять экстраординарные меры на государственном уровне по планомерной борьбе с пьянством и алкоголизмом. Самая главная составляющая борьбы с данным явлением – это пропаганда выгоды здорового образа жизни, привлечение к этой борьбе средств массовой информации независимо от их форм собственности. Школы вновь должны стать рупором основной идеи государства – абсолютной общественной ценности – здоровья. Необходимо внедрить в жизнь поддержку семьи как основного института формирования у подрастающего поколения просоциальных моделей поведения.

Литература

1. Горобец Т. (2003) Алкоголизм и безопасность социума // Безопасность Евразии. М., №1.
2. Гаврелюк В., Чимаров В. (2002) Социальное пространство здоровья и национальная безопасность // Безопасность Евразии. М., № 4.
3. Павленок П.Д. (2005) Теория, история и методология социальной работы. - М.:
4. Макаров В.В., Киселева Л.И. (1991) Наркология: Изд-во Краснояр-го у-та. Краснодар.
5. Егоров А.Ю. (2002) Возрастная наркология. СПб.

К вопросу актуальности пропаганды здорового образа жизни через средства массовой информации

Шаповалова Ольга Анатольевна

аспирант

ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрав, кафедра социологии медицины и экономики здравоохранения с курсом медицинского страхования, Москва, Россия

E-mail: oshapovalova@inbox.ru

Для современного российского общества актуальной задачей является сохранение и укрепление здоровья населения. Низкая продолжительность жизни, невысокие показатели рождаемости, увеличение сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, распространение ВИЧ-инфекции, гепатита и т.д., показывают необходимость вмешательства государства не только в процесс профилактики и лечения заболеваний, но и в механизм гигиенического воспитания и информированности о правилах ведения здорового образа жизни, о вреде для здоровья некоторых привычек, о методах оказания медицинской помощи и т.д. Без пропаганды здорового образа жизни, формирования ценностного отношения к здоровью, невозможно повысить уровень здоровья индивида. Так как здоровье зависит не только от качества медицинского обслуживания, но и в первую очередь, от осознания личностью ценности и значимости хорошего самочувствия и физической формы. Если в сознании индивида не заложена мотивация на укрепление здоровья, то при лечении возникших заболеваний усилия врачей могут оказаться напрасными. Такой индивид вероятней всего, не будет выполнять предписания и рекомендации медицинских специалистов, будет занимать пассивную позицию в лечении. В связи с этим, необходимо учитывать, что комплексные программы по укреплению здоровья населения не будут достаточно эффективными без привлечения такого механизма формирования общественного мнения, как средства массовой информации. Бесспорно, на формирование мировоззрения личности влияют такие социальные институты, как семья, образование, здравоохранение и др. И немаловажная роль в пропаганде здоровья, здорового образа жизни отводится СМИ.

Несмотря на то, что многие средства массовой информации уделяют внимание публикации материалов на медицинские темы, ценность этих данных остается невысокой. Это связано с отсутствием единого информационного поля, освещающего проблематику здоровья.

Многие журналы, газеты, телепрограммы, посвященные вопросам профилактики и лечению заболеваний, не выдерживают конкуренции на рынке информационных услуг. Для индивида более востребована информация, ориентированная не на ведение здорового образа жизни, а пассивное времяпрепровождение. Так, к примеру, средства массовой информации способствуют тому, что человек не занимается спортом, а смотрит футбол по телевидению, вживаясь в роль игрока, но при этом, не выполняя никаких физических нагрузок. Наиболее популярными темами в СМИ являются музыкальные обзоры, развлекательные телепрограммы, новости, кино, юмор и др. Здоровье в этом ряду занимает далеко не первую позицию. Из-за низких рейтингов программ и статей о здоровье снижается интерес рекламодателей к участию в данных проектах. Это приводит к закрытию медицинских изданий и уменьшению числа телепрограмм о здоровом образе жизни.

В связи с этим видится необходимость принятия участия государства в финансировании и курировании специализированных средств массовой информации, деятельность которых будет направлена на формирование ценностного отношения к здоровью. Общество нуждается в информации, знаниях о здоровье, поэтому необходимо разрабатывать и внедрять комплексные программы пропаганды здорового образа жизни посредством СМИ.

Литература

1. Брайтан Дж., Томпсон С. Основы воздействия СМИ.: Пер. с англ. – М.: Издательский дом «Вильямс», 2004.
2. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2002.
3. Шарков Ф. И. Истоки и парадигмы исследований социально коммуникации. // Социс. – 2001. - № 8. – С. 52.

Анализ самосохранительного поведения студенческой молодежи г. Минска
Шушунова Татьяна Николаевна

преподаватель

*Белорусский Государственный Педагогический Университет им. М.Танка, Минск,
Беларусь*

E-mail: Tatiana.shu-va@mail.ru

Введение

Изучение самосохранительного поведения молодежи достаточно новая и мало разработанная область, которая в РБ практически не представлена в научных статьях, за исключением такого структурного компонента данного типа поведения как здоровый образ жизни. Внимание к изучению самосохранительного поведения во многом обусловлено государственной социальной политикой страны, которая в качестве своей приоритетной цели ставит повышение уровня и качества жизни [2]. Учитывая тот факт, что интерес к здоровью нации является необходимым слагаемым уровня и качества жизни, важно уже сейчас вести работу по формированию у студенческой молодежи, как носителей интеллектуального потенциала общества, позитивного типа самосохранительного поведения.

Самосохранительное поведение, традиционно рассматривается как система действий и отношений, опосредующих здоровье и продолжительность жизни индивида [1]. Помимо здорового образа жизни, при изучении закономерностей возникновения и формирования индивидуальных моделей самосохранительного поведения, необходимо рассматривать и остальные составляющие его компоненты, к которым мы относим – желаемую продолжительность жизни, отношение к самоубийству, качество жизни. В связи с тем, что хотя в г. Минске регулярно реализуются многочисленные мероприятия, направленные на активизацию здорового образа жизни всего населения и особенно молодежи, вместе с тем, медико-демографические показатели, характеризующие состояние здоровья населения, продолжают вызывать опасения. Самыми значимыми в социальном плане заболеваниями выступают болезни системы кровообращения, находящиеся на первом

месте (55,9%), новообразования (13,1%) – на втором месте, и на третьем – травматизм (11,9%) [4]. Последний вид заболеваний занимает второе место в структуре первичной заболеваемости, и с 1994 по 2005 гг. возрос на 6,6%, являя собой не только медицинскую, но и важную социальную проблему. Следует признать, что большая доля заболеваний приходится на те виды, которые определяются образом жизни людей и поведением в отношении к своему здоровью.

Методы

В 2006г. автором было проведено исследование по теме: «Самосохранительное поведение студенческой молодежи г. Минска». Объектом данного исследования выступила студенческая молодежь. Для отбора респондентов использовалась квотная выборка, при построении которой соблюдались две квоты: образовательная ориентация и половая принадлежность. Это было обусловлено предположением, что самосохранительное поведение парней и девушек, а также студентов «техников» (представителей естественнонаучной ориентации) и «гуманитариев» может отличаться. Всего было опрошено 1200 студентов четырех минских вузов: Белорусский Государственный Университет, Белорусский Государственный Педагогический Университет им. М.Танка, Белорусский Национальный Технический Университет, Белорусский Государственный Технологический Университет. Условно «техниками» мы назвали студентов БНТУ и БГТУ, а «гуманитариями» – БГУ и БГПУ. В качестве метода сбора информации был выбран анкетный опрос.

Результаты

Анализ полученных результатов позволяет сделать следующие выводы.

1) Характеристики половая принадлежность и специфика профиля образования, обуславливающие распределение студентов, не являются социальными детерминантами на пути формирования самосохранительного поведения. Поскольку студенчество, как специфическая социально-демографическая группа, выражает себя как единое целое. Подтверждением служит сходство поведенческих образцов в отношении к своему здоровью (невнимание к медицинским предписаниям), в установках на продолжительность жизни (абстрактное желание дожить до 100 лет), в отношении к самоубийству и т.д. Следует отметить, что все вышеперечисленные ориентиры включены в общий процесс социализации студенческой молодежи, которая проходит с учетом преимущественно внешних факторов. Нежелание себя ограничивать, вредные привычки, которые разделяют большая часть респондентов можно рассмотреть как результат влияния молодежных стереотипов поведения, специфического социокультурного окружения, негласных норм и не декларируемых ценностей в молодежной среде.

2) Главная отличительная черта самосохранительного поведения студенческой молодежи г. Минска это его существование в режиме ожидания. Принимая во внимание тот факт, что многие черты позитивного самосохранительного поведения (отказ от курения, от употребления спиртных напитков, соблюдение режима питания и т.д.) препятствуют успешной социализации в молодежной среде, молодой человек вынужден выстраивать свою жизнь с помощью актуальных моделей поведения (не самосохранительных). Однако, выстроенная логика ценностных ориентаций студенческой молодежи, знания о возможности и правилах ведения здорового образа жизни, потребность в определенных жизненных качествах говорит о том, что формирующийся позитивный тип отложенного самосохранительного поведения выстроен как идеальная модель, которая ждет своей реализации.

3) Результаты исследования показали, что реальное отношение студенческой молодежи к своему здоровью имеет противоречивый характер. Абсолютизация какого-

нибудь компонента позитивного самосохранительного поведения влечет за собой игнорирование остальных. Например, регулярные физические упражнения сосуществуют с употреблением алкогольных напитков, или стремление питаться правильно с не соблюдением рекомендаций врачей. Это говорит о том, что этот компонент выбираются не для того, чтобы сохранить себя, свое здоровье, а для других целей, направленных на успешную социализацию в молодежной среде. Например, заниматься физическими упражнениями, питаться правильно, чтобы иметь красивое тело и нравиться другим. Стремление к подобным целям приводит к тому, что выбранный компонент здорового образа жизни может быть интровертирован в направлении к негативному самосохранительному поведению. Стремление иметь красивое тело ведет к ограничению употребления еды или к зависимости от медицинских препаратов, снижающих аппетит.

4) Для того чтобы вывести формирующийся тип самосохранительного поведения из режима ожидания, минуя неизбежные трудности процесса молодежной социализации, нужна выработка сильной мотивационной установки, на сознательный выбор позитивного самосохранительного поведения.

Используемая литература:

1. Журавлева И.В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания передающиеся половым путем /Социологические исследования.2000, № 5, с.66-74.
2. Интеллектуальные ресурсы Белорусского общества. Социологический анализ, под ред. Г.Н.Соколовой, Мин.2007. – 114 с.
3. Ивахненко Г.А. Здоровье московских студентов: анализ самосохранительного поведения // Социологические исследования, М.,2006,№ 7с.78–81.
4. Здоровье населения и окружающая среда г. Минска в 2006 году. Мин.2007. - 130с.
5. Решетников А.В. Современные социальные изменения в общественном здоровье и моделях медицины // Социология медицины, М.,2006,№1.с 3 -9

