

Сетевой научный журнал

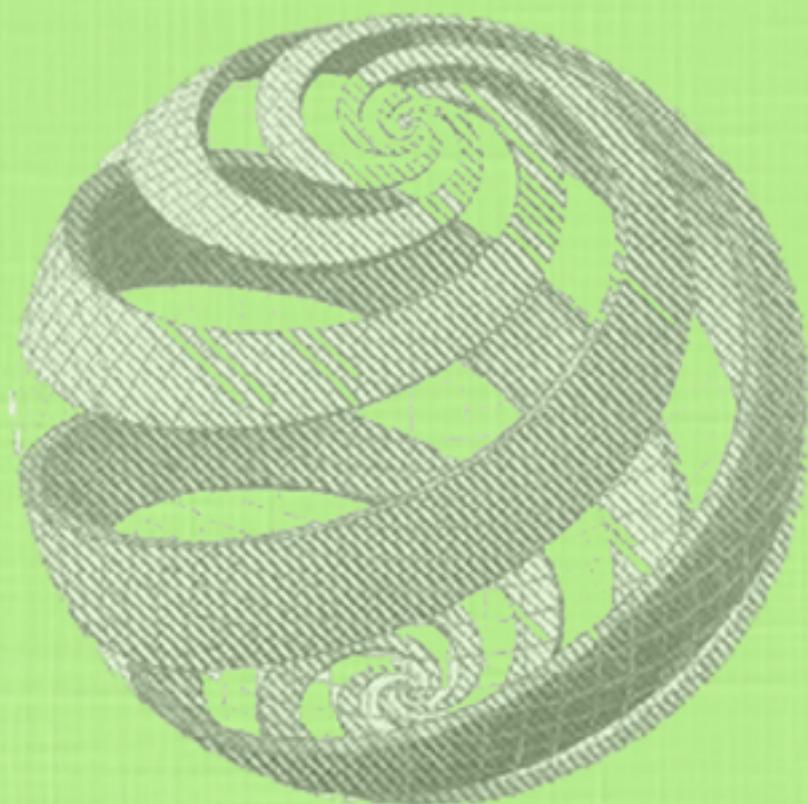
Научный результат

Том 1
№2 2015

Research result

Сетевой научный рецензируемый журнал
Online scholarly peer-reviewed journal

*Медицина и
Фармация*



ISSN 2313-8955



9 772313 895000

Сайт журнала:
<http://belsu-research-result.ru/>

НАУЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

СЕРИЯ
«МЕДИЦИНА. ФАРМАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации средства массовой информации
Эл. № ФС77-55674 от 28 октября 2013 г.

Включен в библиографическую базу данных
научных публикаций российских ученых РИНЦ

СЕТЕВОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2013 г., ежеквартально
ISSN 2313-8955



Том 1. №2(4), 2015

Учредитель:

ФГАОУ ВПО «Белгородский
государственный национальный
исследовательский университет»

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР СЕРИИ:

Ефремова О.А., доктор медицинских наук, профессор

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА СЕРИИ:

Новиков О.О., доктор фармацевтических наук, профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ СЕРИИ:

Камышникова Л.А., кандидат медицинских наук

РЕДАКТОР АНГЛИЙСКИХ ТЕКСТОВ СЕРИИ:

Ляшенко И.В., кандидат филологических наук, доцент

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

Чурносов М.И., доктор медицинских наук, профессор

Цимбалистов А.В., доктор медицинских наук, профессор

Журавлев Ю.И., кандидат медицинских наук, профессор

Должиков А.А., доктор медицинских наук, профессор

Ярош А.Л., кандидат медицинских наук, доцент

Олейник Н.В., доктор медицинских наук, профессор

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Куликовский В.Ф., доктор медицинских наук, профессор,
Россия

Жернакова Н.И., доктор медицинских наук, профессор,
Россия

Пахомов С.П., доктор медицинских наук, профессор, Россия

Спичак И.В., доктор фармацевтических наук, профессор,
Россия

Олейник Е.А., доктор медицинских наук, профессор, Россия

Кубешова Г., доктор медицинских наук, профессор, Чехия

Лесовой В.Н., доктор медицинских наук, профессор, Украина

Каменов Б., кандидат наук, профессор, Сербия

Павлов Ч.С., доктор медицинских наук профессор, Россия

Гармаш О.И., доктор медицинских наук, профессор, Украина

Настаушева Т.Л., доктор медицинских наук, профессор,
Россия

Гольцев А.Н., доктор медицинских наук, профессор, Украина

Гришин И.Н., доктор медицинских наук, профессор,
Республика Беларусь

Гостищев В.К., академик РАМН, профессор, Россия

RESEARCH RESULT

MEDICINE AND PHARMACY
SERIES

Mass media registration certificate
El. № FS 77-55674 of October 28, 2013

Included into bibliographic database of scientific publications of
Russian scientists registered in the Russian Science Citation Index

ONLINE SCHOLARLY PEER-REVIEWED JOURNAL

First published online: 2013.
Frequency of publications: quarterly
ISSN 2313-8955



Volume 1. № 2(4), 2015

Founded by:

Belgorod State University

EDITOR-IN-CHIEF OF A SERIES:

Olga A. Efremova, Doctor of Medicine sciences, Professor

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF A SERIES:

Oleg O. Novikov, Doctor of of pharmacysciences sciences,
Professor

EXECUTIVE SECRETARY:

Ludmila A. Kamyshnikova, Candidate of Medicine sciences

ENGLISH TEXT EDITOR:

Igor V. Lyashenko, Ph.D. in Philology, Associate Professor

MEMBERS OF AN EDITORIAL BOARD:

Mikhail I. Churnosov, Doctor of of medicine sciences, Professor

Aleksandr V. Tsimbalistov, Doctor of of medicine sciences,
Professor

Yuriy I. Zhuravlev, Candidate of of medicine sciences, Professor

Aleksandr A. Dolzhikov, Doctor of of medicine sciences,
Professor

Andrey L. Yarosh, Candidate of of medicine sciences, Docent

Natal'ya V. Oleynik, Doctor of of medicine sciences, Professor

EDITORIAL BOARD:

Vladimir F. Kulikovskiy, Doctor of medicine sciences,
Professor, Russia

Nina.I. Zhernakova, Doctor of of medicine sciences, Professor,
Russia

Sergey P. Pakhomov, Doctor of of medicine sciences,
Professor, Russia

Irina V. Spichak, Doctor of pharmacysciences, Professor, Russia

Elena A., Oleynik, Doctor of of medicine sciences, Professor, Russia

Ganna Kubeshova, Doctor of of medicine sciences, Professor,
Czech Republic

Vladimir N. Lesovo, Doctor of of medicine sciences, Professor,
Ukraine

Borislav Kamenov, Candidate of medicine sciences, Professor, Serbia

Chavdar S Pavlo, Doctor of of medicine sciences, Professor, Russia

Olga.I. Garmas, Doctor of of medicine sciences, Professor, Ukrain

Tat'yana L. Nastausheva, Doctor of of medicine sciences,
Professor, Russia

Anatoliy N. Gol'ce, Doctor of of medicine sciences, Professor Russia

Igor' N. Grishin, Doctor of of medicine sciences, Professor,
Republic of Belarus.

Viktor K. Gostishchev, Academician of R.A.M.S., Professor,
Russia

Колпина Л.В.

Опыт исследования
геронтологического эйджизма и его
преодоления в медицинских учреждениях
Белгородской области.....4

Татаровская Н.А.

Особенности coping стратегий
и качества жизни пациентов
с вибрационной болезнью.....12

Домбровская А.Ю.

Киберметрия типов адаптационного
поведения людей с ограниченными
возможностями здоровья
как направление исследований
в сфере социологии инвалидности21

Митин М.С.

Распространенность и выраженность
вегетативной дисфункции среди
молодых спортсменов.....30

Вангородская С.А.

Динамика смертности населения
региона по основным классам причин
(на материалах Белгородской
области).....39

Ходош э.м., Ефремова О.А.

Влияние сокращения больничных коек
на доступность и качество
медицинской помощи.....48

Камышникова Л.А., Макарян Б.С.

Оценка соблюдения принципов
здорового образа жизни в молодом
возрасте и оценка риска
кардиоваскулярной патологии
на примере студентов медицинского
института.....62

Готовкина М.С.

Организация паллиативной помощи
в современной России: социологический
анализ.....69

Kolpina L.V.

Experience of gerontological ageism
research and its overcoming in medical
institutions of Belgorod region.....4

Tatarovskaya N.A.

Features of coping strategies and patients
with vibration disease quality of life.....12

Dombrovskaya A.Yu.

Cybermetrics of types of adaptation
behaviour of physically disabled people
in the field of sociology of disability.....21

Mitin M.S.

Prevalence and intensity of autonomic
dysfunction among young athletes.....30

Vangorodskaya S.A.

Trends in mortality of the population
in the region by major causes (based on
materials of Belgorod region).....39

Hodosh E.M., Efremova O.A.

Effect of reducing beds on the accessibility
and quality of care.....48

Kamyshnikova L.A., Makaryan B.S.

Assessment of compliance with
the principles of a healthy lifestyle at
a young age and cardiovascular risk
assessment in the example of students
of the institute of medicine.....62

Gotovkina M.S.

Organization of palliative care in modern
Russia: sociological analysis.....69

УДК 316.014

*Колпина Л.В.***ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ
ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО
ЭЙДЖИЗМА И ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЯ
В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ¹****Колпина Лола Владимировна,***доцент, кандидат социологических наук, доцент*

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Белгородский государственный национальный
исследовательский университет» (НИУ «БелГУ»), ул. Победы, 85, Белгород, 308015. Россия

*E-mail: kolpina@bsu.edu.ru***А**ННОТАЦИЯ

В статье на основе анализа зарубежной и отечественной научной литературы систематизирована информация о явлении геронтологического эйджизма. Геронтологический эйджизм определяется как дискриминация, пренебрежительное отношение или, унижающие человеческое достоинство, практики, реализуемые на основе негативной возрастной стереотипизации, а также сами негативные возрастные стереотипы в отношении старших возрастных групп. На основе данных авторского экспертного опроса, характеризуются проявления и факторы эйджизма в учреждениях здравоохранения. Доказывается, что специализированная работа по предупреждению и преодолению эйджизма в учреждениях здравоохранения исследуемого региона не ведется. Среди мер по преодолению эйджизма в учреждениях здравоохранения наиболее эффективными экспертам видятся такие как: повышение геронтологической компетентности медицинских работников, проведение тренингов по взаимодействию с пожилыми пациентами, разработка системы диагностики качества обслуживания пожилых людей, разработка инструкций по обслуживанию пожилых пациентов и систематическое информирование персонала медицинских учреждений о проблеме эйджизма на планерках, совещаниях и т.п.

Ключевые слова: эйджизм, учреждения здравоохранения; экспертный опрос; пожилые люди, геронтостереотипы, дискриминация.

¹ Статья подготовлена при поддержке гранта РГНФ «Организационные механизмы преодоления эйджистских тенденций в обслуживании пожилых граждан учреждениями здравоохранения и социальной защиты: региональный аспект» (проект №14-03-00624). Рук. – Л.В. Колпина.

UDC 316.014

*Kolpina L.V.***EXPERIENCE
OF GERONTOLOGICAL AGEISM
RESEARCH AND ITS OVERCOMING
IN MEDICAL INSTITUTIONS
OF BELGOROD REGION**

Kolpina Lola Vladimirovna,
PhD in Sociology, Associate Professor
Belgorod State National Research University
85 Pobedy St., Belgorod, 308015, Russia
E-mail: kolpina@bsu.edu.ru61022

АБСТРАКТ

The information on the phenomenon of the gerontological ageism is systematized in the article on the basis of the analysis of foreign and domestic scientific literature. The gerontological ageism is defined as the practices of discrimination, negligence or humiliation of human dignity realized on the basis of negative age stereotypification, and also negative age stereotypes concerning the senior age groups. The manifestations and factors of the ageism in healthcare institutions are analyzed on the basis of data obtained as a result of an expert poll. It is proved that specialized work on ageism prevention and overcoming isn't conducted in healthcare institutions of the studied region. Among the measures for ageism overcoming in healthcare institutions the most effective measures for experts are: raising gerontological competence of medical staff, arranging trainings on interaction with elderly patients, the development of the system of diagnostics of quality of services provided to elderly people, the development of guidelines on elderly patients care, and systematic information of medical staff on the problem of ageism.

Keywords: ageism; healthcare institutions; expert poll; elderly people; gerontostereotypes; discrimination.

¹ Статья подготовлена при поддержке гранта РГНФ «Организационные механизмы преодоления эйджистских тенденций в обслуживании пожилых граждан учреждениями здравоохранения и социальной защиты: региональный аспект » (проект №14-03-00624). Рук. – Л.В. Колпина.

Введение. Актуальность исследуемой темы обусловлена тем фактом, что в отечественном научном дискурсе, в отличие от западного, проблема эйджизма в контексте деятельности учреждений здравоохранения практически не представлена, а эмпирические исследования отсутствуют вовсе. Геронтологический эйджизм представляет собой дискриминацию, пренебрежительное отношение или, унижающие человеческое достоинство, практики, реализуемые на основе негативной возрастной стереотипизации, а также сами негативные возрастные стереотипы в отношении старших возрастных групп. [5]

Между тем, предвзятое отношение к пожилым людям, дискриминация и стигматизация, которым они подвергаются, встречаются периодически в практическом здравоохранении. Иногда такое отношение принимает форму устойчивых негативных стереотипов, в других случаях оно находит свое отражение в законах... Нередко именно это становится первопричиной изоляции и социальной отчужденности пожилых людей, воспринимаемых непродуктивными и потому бесполезными членами общества. [1, с. 5] Лица преклонного возраста часто подвергаются воздействию множества процессов исключения их из жизни общества, что особенно пагубно сказывается на состоянии их здоровья, поскольку «большая доля потребностей в медико-санитарной помощи и затрат на нее приходится на последние несколько лет жизни [4]».

От возраста пациента может зависеть предоставление или отказ в предоставлении некоторых лекарств, обследований или видов лечения. Там, где медицинские услуги доступны, они могут не соответствовать конкретным потребностям пожилых людей или не включать специализированное геронтологическое обслуживание [1]. Пожилых людей крайне редко приглашают стать участниками клинических испытаний лекарств и новых способов лечения из-за распространенного убеждения, что они переносят терапию хуже, чем молодые. Между тем, Y. Conwell доказывает необоснованность такого подхода и его

стереотипность, поскольку не были выявлены существенные различия между молодыми и старшими пациентами в широком диапазоне переменных, отражающих переносимость терапии [См. по: 3].

Медицинским работникам, как и значительной части населения, полагают О.В. Краснова и А.Г. Лидерс, присущи негативные представления о престарелых людях, агрессивное отношение к ним, растущее по мере увеличения рабочего стажа, манипулирование пожилыми людьми [2]. Их считают депрессивными, дряхлыми, не подлежащими лечению. По отношению к ним часть врачей испытывает фрустрацию или неприязнь, вызванную физическими или когнитивными ограничениями пожилых людей. Врачи подходят к их лечению заранее уверенные в его бесперспективности [12]. П. Вильямс подчеркивает, что это явление может быть выражено в различных формах, включая стереотипы о способностях пожилых пациентов, оценочные суждения о качестве или ценности жизни этой категории населения, заблуждения об их желаниях при выборе тех или иных форм лечения [13]. Когда пожилые люди стереотипно воспринимаются как «вздорные» и «сварливые», то их обращения к медсестрам не принимаются теми всерьез, что существенно снижает качество ухода за пациентами [5]. Стереотип о старении, как состоянии непрерывного снижения физической и когнитивной функций, ведет в старших возрастных группах к предпочтению лечения заболеваний вместо их профилактики. Между тем, многие «обычные старческие» болезни, например, остеопороз, сахарный диабет, артериальная гипертония, могут иметь обратимый характер [8] и быть предупреждены с помощью превентивных мер [1].

Возрастные стереотипы врачей оказывают деструктивное влияние на постановку диагнозов и принятие решений относительно стратегии лечения пожилых пациентов. Так, различные исследования показывают, что при одинаковых симптомах врачи нередко приписывают пожилым людям более тяжелую степень заболеваний (и физиче-

скую, и психическую), чем молодым. Стратегия лечения при одинаковой симптоматике бывает также разная. Например, при депрессиях пожилым клиентам чаще предлагалось медикаментозное лечение и даже госпитализация, молодым – небольшие объемы лекарственной терапии и психотерапия [7; 9; 10]

К эйджистским проявлениям следует отнести явление «overaccommodation», основанное на стереотипном представлении людей, обслуживающих пожилых, о сниженных когнитивных и функциональных возможностях последних, проявляющемся в покровительственном языке, покровительственном или снисходительном поведении с пожилыми людьми, в специфических интонациях речи («детский лепет»), обращенной к ним, ее упрощенной структуре [11]. В конечном итоге, такое поведение в виде самосбывающегося пророчества, делает пожилых людей неуверенными, несамостоятельными, инфантилизирует их.

Цель, материалы и методы исследования. С целью восполнения недостатка отечественных исследований по данной теме, анализа степени актуализации проблемы эйджизма в учреждениях здравоохранения и практик его преодоления нами был осуществлен экспертный опрос (январь, 2015 года, N= 18 человек). В роли экспертов выступили руководители разного уровня в учреждениях здравоохранения Белгородской области (66,67%), ученые, специализирующиеся в области геронтологии (Москва и Белгород, 16,66%) и опытные медицинские работники со стажем работы более 10 лет (16,66%).

Обсуждение полученных результатов. Данные экспертного опроса подтвердили достаточно высокую значимость проблемы эйджизма в отечественных учреждениях здравоохранения. 18,75% опрошенных сообщили, что эта проблема является очень актуальной и 68,75% – достаточно актуальной. Лишь 12,5% высказались в пользу ее малой актуальности и ни один из экспертов не назвал ее неактуальной. Значительная часть экспертов учреждений здравоохранения (43,7%) считает, что

отношение медицинских работников к пожилым пациентам отличается в худшую сторону и только 12,5% – что в лучшую.

Результаты ответов на вопрос о проявлениях эйджизма в деятельности медицинских работников указывают на распространенность таких практик. 68,75% экспертов считают, что в учреждениях здравоохранения эйджизм проявляется в недостаточно внимательном или некорректном, грубом поведении медицинского персонала с пожилыми пациентами, 37,5% – в ошибках диагностики и лечения, основанных на стереотипном представлении об особенностях пожилого возраста, нуждах и потребностях пожилых людей, 25,0% – в отказе или минимизации обслуживания пожилых людей, 18,7% – в обмане (назначение необязательных процедур, прописывание дорогих лекарств и пр.) и запугивании (респонденты могли выбрать любое количество ответов из предложенных в анкете, потому сумма значений ответов превышает 100%).

Судя по ответам экспертов, эйджизм в учреждениях здравоохранения обусловлен преимущественно характеристиками медицинского персонала, такими как: недостаток знаний в области гериатрии, неразвитость психологических и морально-этических качеств работников (68,8%), что является отражением социокультурных стереотипов отношения к пожилым людям, принятых в обществе (43,8%). Следующей по значимости причиной эйджизма выступают стереотипы медицинского персонала о пожилых людях (о том, что положено в этом возрасте, а что нет, какие есть нужды у пожилых людей, а что для них не актуально, что – лучше, а что – хуже), о чем сообщили 37,5% опрошенных. Менее трети экспертов считают эйджизм в медицинских учреждениях продолжением государственного эйджизма – социальной политики, дискриминирующей права пожилых людей (31,3%) и следствием низкой престижности, высоких нагрузок и плохой оплаты труда работников, обслуживающих пожилых людей (31,25%). Каждый четвертый эксперт назвал в качестве причины эйджизма – организацию си-

стемы здравоохранения, затрудняющую качественное оказание медицинской помощи пожилым людям (например, официальные или неофициальные указания, ориентирующие на отказ или минимизацию медицинского обслуживания этой возрастной категории). Варианты ответа: «эйджизм заложен в ныне существующей системе организации здравоохранения и распространяется на все ее учреждения» и «эйджизм в конкретном медицинском учреждении это результат низкой организационной культуры, обусловленный соответствующим отношением к этой проблемы со стороны руководства» выбрали по 18,75%.

Эксперты дополнили предложенные в анкете варианты ответов. Один из них указал в качестве причины эйджизма на низкую культуру общества в целом. Было также отмечено, что негативное отношение к пожилым пациентам часто вызвано поведением самих больных и их родственников, их отношением к медицинским работникам и стремлением к конфликтам.

Из полученных данных мы видим, что первостепенное значение в возникновении эйджизма в учреждениях здравоохранения отводится личностным и социокультурным факторам (что взаимосвязано), включая уровень компетентности и морально-этические характеристики медицинского персонала. Институциональный фактор, в виде гласных и негласных указаний относительно возрастных барьеров в предоставлении услуг здравоохранения, играет второстепенную роль. Роль самих медицинских учреждений в иницировании эйджизма еще менее значима.

В вопросе относительно превенции эйджизма в учреждениях здравоохранения, вариант ответа «такая работа ведется систематически в профилактических целях» не выбрал ни один эксперт. Примечательно, что почти каждый пятый (18,75%) затруднился ответить на данный вопрос, что следует приравнять к отрицательным ответам на вопрос о реализуемых мероприятиях по превенции и преодолению эйджизма. Лишь 12,5% экспертов сообщили, что в учреждениях здра-

воохранения существуют специальные нормативные акты, внутренние документы, направленные на преодоление и профилактику эйджизма, тогда как 87,5% указали на их отсутствие. Логичным следствием минимизации работы по преодолению эйджизма в учреждениях здравоохранения является то, что, по мнению основной части экспертов (56,25%), сотрудники медицинских учреждений скорее не осведомлены, чем осведомлены о проблеме эйджизма и еще 18,75% категорически утверждают наличие такой неосведомленности.

Обращает на себя внимание тот факт, что в блоке вопросов, посвященных анализу мероприятий по преодолению эйджизма в учреждениях здравоохранения, значительно более высокая доля затруднившихся ответить, чем в других блоках. Так, на вопросы: а) ведется ли в лечебных учреждениях работа по предупреждению рисков ошибочной диагностики пожилых людей, обусловленных стереотипными представлениями медиков относительно пожилого возраста и б) осуществляется ли в конкретном медицинском учреждении систематическое отслеживание качества обслуживания пожилых пациентов, затруднились ответить по 25% экспертов. 18,8% респондентов не смогли ответить на вопрос, принимаются ли в большинстве медицинских учреждений меры по предупреждению эйджизма со стороны медицинского персонала. Все это свидетельствует в пользу минимизации и случайном характере работы по проблеме эйджизма в большинстве учреждений здравоохранения.

Среди мер по преодолению эйджизма в учреждениях здравоохранения, наиболее эффективными экспертам видятся такие как: повышение геронтологической компетентности медицинских работников, проведение тренингов по их эффективному взаимодействию с пожилыми пациентами (на что указали 56,25% экспертов) и разработка системы диагностики качества обслуживания пожилых людей (31,25%). По 25% экспертов считают, что эффективными мерами для профилактики эйджизма могут стать: а) разработка инструкций по обслуживанию пожилых па-

циентов и б) систематическое информирование персонала медицинских учреждений о проблеме эйджизма на планерках, совещаниях и т.п. Об эффективности остальных мер говорит лишь незначительная доля экспертов: 18,75% – об усилении контроля за диагностикой пожилых пациентов и назначении лечения; 12,5% – о необходимости организации мониторинга качества обслуживания пожилых людей; по 6,25% – о разработке внутренних документов – нормативов качества обслуживания пожилых пациентов и определение системы наказаний в случаях выявления эйджистских практик в деятельности медицинских работников.

Заключение. Геронтологический эйджизм в отечественных учреждениях здравоохранения представляет собой распространенную социальную практику. Более всего он проявляется в недостаточно внимательном или некорректном, грубом поведении медицинского персонала с пожилыми пациентами, ошибках диагностики и лечения, основанных на стереотипном представлении об особенностях пожилого возраста, нуждах и потребностях пожилых людей, в отказе или минимизации обслуживания пожилых людей.

Первостепенную роль в возникновении эйджизма в учреждениях здравоохранения эксперты отводят личностным факторам: недостаточной компетентности и мораль-

но-этической незрелости части медицинского персонала. Институциональный фактор, в виде гласных и негласных указаний относительно возрастных барьеров в предоставлении услуг здравоохранения, играет, по их мнению, второстепенную роль, как и значение самих медицинских учреждений в существовании эйджистских практик.

Целенаправленная работа по преодолению геронтологического эйджизма в учреждениях здравоохранения не ведется или ведется эпизодически в рамках других мероприятий. В большинстве из учреждений отсутствуют нормативные акты, внутренние документы, направленные на преодоление и профилактику эйджизма.

К наиболее эффективным мерам по преодолению геронтологического эйджизма в учреждениях здравоохранения следует отнести: повышение геронтологической компетентности медицинских работников и проведение с ними тренингов по взаимодействию с пожилыми пациентами, коррекция системы диагностики качества обслуживания пожилых людей с включением в нее показателей эйджизма, разработка инструкций по обслуживанию пожилых пациентов, обеспечивающих профилактику действия негативных геронтостереотипов; систематическое информирование персонала медицинских учреждений о проблеме эйджизма на планерках, совещаниях и т.п.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Доклад Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека // Основная сессия 2012 года. Женева, 23–27 июля 2012 года. URL: <http://www.unhcr.org/fileadmin/DAM/pau/age/wg5/Other-documents/E-2012-51-r.pdf> (дата обращения 18.11.2014)
2. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Психология старости и старения. Хрестоматия. М.: АКАДЕМА, 2003. – 416 с.
3. Микляева А. В. Возрастная дискриминация как социально-психологический феномен. Монография. СПб.: Речь, 2009. 160 с.
4. Отчет о шестьдесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ / Всемирная организация здравоохранения. Мальта, 2012. 115 с.
5. Butler R.N. Ageism: Another form of bigotry // *The Gerontologist*. 1969. Vol. 9. P. 243-246.
6. Courtney M., Tong S., Walsh A. Acute care nurses' attitudes towards older patients: a literature review // *International Journal of Nursing Practice*. 2000. № 6 (2). P. 62.
7. Ford C., Sbordone R. Attitudes of psychiatrists toward elderly patients // *American Journal of Psychiatry*. 1980. №137. P. 571–575.
8. Grant L. Effects of ageism on individual and health care providers' responses to healthy aging // *Health and Social Work*. 1996. № 21. P. 9–15.
9. Hillerbrand E., Shaw D. Age bias in a general hospital: Is there ageism in psychiatric consultation? // *Clinical Gerontologist*. 1990. № 2. P. 3-13
10. James J., Haley W. Age and health bias in practicing clinical psychologists // *Psychology and Aging*. 1995. 10(4). P. 610–616.
11. Kemper S. Elderspeak: Speech accommodations to older adults // *Aging and Cognition*. 1994. №1. P. 17–28.
12. Wilkinson J.A., Ferraro K.F. Thirty years of ageism research // T.D. Nelson (Ed.). *Ageism: Stereotyping and prejudice against older adults*. 2002.
13. Williams P. Age discrimination in the delivery of health care services to our elders // *Marquette law. Scholarly commons faculty. Publications*, 2009. P. 11. URL: <http://scholarship.law.marquette.edu/facpub/79/> (дата обращения 18.11.2014).

REFERENCES:

1. Report of the UN High Commissioner for Human Rights // Main Session, 2012. Geneva, July 23-27, 2012. URL: <http://www.unecce.org/fileadmin/DAM/pau/age/wg5/Other-documents/E-2012-51-r.pdf> (date of access: November 18, 2014).
2. Krasnova O.V., Lidars A.G. The Psychology of Old Age and Aging. Khrestomatiya. M.: ACADEMA, 2003. 416 p.
3. Miklyaeva A.V. Age Discrimination as a Social and Psychological Phenomenon. Monograph. Spb.: Rech, 2009. 160 p.
4. Report of the 64th Session of the WHO European Regional Committee / The WHO. Malta, 2012. 115 p.
5. Butler R.N. *Ageism: Another form of bigotry* // The Gerontologist. 1969. Vol. 9. Pp. 243-246.
6. Courtney M., Tong S., Walsh A. *Acute care nurses' attitudes towards older patients: a literature review* // International Journal of Nursing Practice. 2000. № 6 (2). P. 62.
7. Ford C., Sbordonne R. *Attitudes of psychiatrists toward elderly patients* // American Journal of Psychiatry. 1980. №137. Pp. 571-575.
8. Grant L. *Effects of ageism on individual and health care providers' responses to healthy aging* // Health and Social Work. 1996. № 21. Pp. 9-15.
9. Hillerbrand E., Shaw D. *Age bias in a general hospital: Is there ageism in psychiatric consultation?* // Clinical Gerontologist. 1990. № 2. Pp. 3-13
10. James J., Haley W. *Age and health bias in practicing clinical psychologists* // Psychology and Aging. 1995. 10(4). Pp. 610-616.
11. Kemper S. *Elderspeak: Speech accommodations to older adults* // Aging and Cognition. 1994. №1. Pp. 17-28.
12. Wilkinson J.A., Ferraro K.F. *Thirty years of ageism research* // T.D. Nelson (Ed.). Ageism: Stereotyping and prejudice against older adults. 2002.
13. Williams P. *Age discrimination in the delivery of health care services to our elders* // Marquette law. Scholarly commons faculty. Publications, 2009. P. 11. URL: <http://scholarship.law.marquette.edu/facpub/79/> (date of access: November 18, 2014).

УДК 616.057

Татаровская Н.А.

**ОСОБЕННОСТИ
КОПИНГ СТРАТЕГИЙ
И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
С ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ****Татаровская Наталья Алексеевна,**

очный аспирант кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
ул. Чапаевская д.89, г. Самара 443099, Россия
E-mail: TatarovskayaNA@yandex.ru

Аннотация

В статье приведены данные оценки психологического статуса пациентов вибрационной болезнью различной формы и степени выраженности. Всего в исследование включен 141 пациент с вибрационной болезнью от воздействия локальной и общей вибрации. Изучение психологического статуса проводилось с помощью копинг теста Лазаруса и опросника SF 36 на базе отделения профпатологии ГБУЗ СО «СМЧС №5 Кировского района». В результате исследования проанализированы и описаны основные копинг стратегии пациентов с вибрационной болезнью. Проведены межгрупповые сравнения параметров копинг теста. Для пациентов с вибрационной болезнью выявлены неадаптивные копинг стратегии: «конфронтация», «принятие ответственности», «бегство – избегание», «планирование». Кроме того, произведена оценка параметров качества жизни. Выявлено, что по всем исследуемым показателям качество жизни пациентов с вибрационной болезнью хуже, чем в группе контроля. Проанализированы показатели физического и психического компонента здоровья. Выявлено, что снижение параметров качества жизни обусловлено в основном за счет показателей, входящих в физический компонент здоровья.

Ключевые слова: вибрационная болезнь, локальная вибрация, общая вибрация, качество жизни, SF 36 опросник, копинг стратегии, копинг тест Лазариуса, психологический статус.

UDC 616.057

*Tatarovskaya N.A.***EXPERIENCE
OF GERONTOLOGICAL AGEISM
RESEARCH AND ITS OVERCOMING
IN MEDICAL INSTITUTIONS
OF BELGOROD REGION****Tatarovskaya Natalya Alekseevna,***Postgraduate Student, Department of Occupational Diseases and Clinical Pharmacology,**Samara State Medical University**89 Chapaeva St., Samara, 443099, Russia**E-mail: TatarovskayaNA@yandex.ru***А**BSTRAKT

The article discusses the assessment of the psychological status of patients with vibration disease of various forms and severity. The study involved 141 patients with vibration disease caused by exposure of local and general vibration. The study of the psychological status was carried out using the Lazarus coping test and the SF 36 questionnaire at the Department of Occupational Diseases of medical unit # 5 of Kirov District. The study analyzes and describes the main coping strategies of patients with vibration disease. There were conducted intergroup comparisons of the coping test parameters. The non-adaptive coping strategies were identified for patients with vibration disease: “the confrontation”, the “acceptance of responsibility”, “flight – avoidance”, “planning”. Besides, there was carried out the estimation of parameters of quality of life. The author has revealed that all observed indicators of the quality of life of patients with vibration disease were worse than in the control group. The performance of physical and mental health component was also analyzed. The author has revealed that the reduction of parameters of the quality of life was caused mainly by the indicators included in the physical health component.

Key words: vibration disease; local vibration; overall vibration; quality of life; SF 36 questionnaire; coping strategies; coping test Lazarus; psychological status.

Введение. Вибрационная болезнь занимает одно из ведущих мест среди заболеваний у работающих на предприятиях машиностроения, в металлургической, горнодобывающей, строительной промышленности, в различных отраслях сельского хозяйства [1 – 4].

Оценка психоэмоционального статуса в клинике профессиональных болезней в настоящее время приобретает все большее значение. Имеются данные, что возраст пациента и его психологический статус имеют большее значение при оценке трудоспособности [5]. Отмечается негативное влияние вибрации на когнитивные функции пациента [6]. Одной из задач, требующих когнитивных усилий, является совладание с жизненными трудностями: преодоление, или уменьшение отрицательных последствий – это целенаправленное социальное поведение или копинг стратегии [7]. При исследовании качества жизни у пациентов с вибрационной болезнью имеются данные, что раньше всего изменяются показатели у таких шкал, как «боль», «общее здоровье», «жизнеспособность», «социальное функционирование» [8]. Кроме того, низкие баллы по шкалам: «влияние физического состояния на ролевое функционирование», «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование» и «жизненная активность» указывают на повышенную утомляемость [9].

Цель исследования изучить особенности психологического статуса пациентов с вибрационной болезнью от различного вида вибрационного воздействия.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе областного центра профпатологии ГБУЗ СО «Самарская медико-санитарная часть №5 Кировского района». Всего в исследование включено 141 человек с вибрационной болезнью различной формы и степени выраженности. Все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от вида вибрационного воздействия и степени тяжести заболевания. В первую группу вошло 55 человек с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации. Во вторую группу вошли 82 человека с диагнозом вибрационная болезнь от воздействия общей вибрации. Группа контроля состояла из 60 человек, работающих на различных предприятиях и

учреждениях, не имеющих контакта с вибрацией.

Исследование копинг стратегий проводилось с помощью копинг теста Лазариуса. Данный тест предназначен для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности. Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга [10].

Исследование качества жизни проводилось с помощью опросника SF-36. Результаты интерпретировались следующим образом: чем выше сумма баллов, тем лучше качество жизни, кроме «обратных» показателей: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, ролевое функционирование, обусловленное психическим состоянием. Баллы по каждой шкале суммировались и рассчитывалось среднее значение и его ошибка.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0. Сравнения групп проводили по критериям t Стьюдента и Манна-Уитни-Вилкоксона. В работе приведены среднее арифметическое и его ошибка. Критическое значение уровня значимости принимали равным 0,05.

Полученные результаты

При исследовании особенностей поведения в трудных жизненных ситуациях с помощью копинг теста Лазариуса у пациентов с вибрационной болезнью выявлены следующие особенности. У пациентов с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации средний балл по шкале «конфронтация» составил $7,52 \pm 0,39$, что достоверно ($p=0,004$) выше, чем результат контрольной группы ($6,00 \pm 0,33$). У пациентов с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации средний балл по шкале «конфронтация» составил $12,47 \pm 0,32$, это достоверно ($p<0,001$) выше, чем в контрольной группе. При сравнении групп пациентов с вибрационной болезнью от воздействия локальной и общей вибрации между собой выявлено, что у пациентов с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации среднее значение по шкале «конфронтация» достоверно выше, чем у пациентов с локальной вибрацией. Таким образом, пациенты с вибрационной болезнью, имею-

щие превышение по показателю «конфронтация», обладают средним адаптационным потенциалом. Их поведение при решении проблем не всегда целенаправленное.

При анализе данных по шкале «дистанцирование» выявлено, что средний балл у пациентов с вибрационной болезнью от воздействия локальной ($9,70 \pm 0,37$) и общей вибрации ($9,62 \pm 0,30$) свидетельствует о пограничном состоянии адаптационного потенциала. Таким образом, для всех пациентов с вибрационной болезнью характерно занижение значимости трудноразрешимых ситуаций и обесценивание собственных переживаний.

По шкале «самоконтроль» получены следующие данные. В первой исследуемой группе средний балл по шкале «самоконтроль» составил $11,04 \pm 0,46$, что достоверно превышает значение данного показателя в контрольной группе ($p < 0,001$). При анализе данных у пациентов второй группы по шкале «самоконтроль» средний балл составил $12,49 \pm 0,39$, что также достоверно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,001$). Кроме того, достоверная разница получена между группами пациентов с вибрационной болезнью от локальной и общей вибрации. Таким образом, у пациентов с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации и общей вибрации наблюдается средний адаптивный потенциал.

При анализе данных по шкале «поиск социальной поддержки», выявлено, что у пациентов первой ($10,06 \pm 0,45$) и второй групп ($10,86 \pm 0,33$) средний балл недостоверно выше, чем в контрольной группе. Таким образом, по данной шкале наблюдается средний адаптационный потенциал, для пациентов характерно пограничное состояние, они способны использовать внешние ресурсы для решения своих проблем, однако в недостаточной степени, также для них характерны чрезмерные ожидания по отношению к окружающим.

При анализе шкалы «принятие ответственности» у больных с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации ($7,22 \pm 0,26$) и у пациентов с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации ($12,91 \pm 0,29$) средний балл достоверно выше, чем в контрольной группе. Таким образом, у пациентов исследуемых групп данная копинг стратегия имеет средний уровень на-

пряженности и свидетельствует о пограничном состоянии личности. Для них характерно склонность к чрезмерной самокритике и неудовлетворенность собой, что приводит к развитию депрессивных состояний.

При анализе ответов пациентов по шкале «бегство-избегание», выявлено, что в исследуемых группах сумма баллов достоверно ($p < 0,001$) выше, чем результат контрольной группы. Характер выявленных изменений по данной шкале позволяет сделать вывод, что для пациентов с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации и для пациентов с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации характерен пограничный уровень напряженности данной копинг стратегии.

При анализе шкалы «планирование» выявлено, что у пациентов с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации результат по данной шкале составил $11,91 \pm 0,41$ и достоверно ($p < 0,001$) отличался от результата контрольной группы. В группе пациентов с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации результат составил $13,00 \pm 0,28$, это достоверно выше чем результат, полученный в контрольной группе ($p < 0,001$) и достоверно больше, чем результат, полученный от пациентов с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации без разделения по степеням тяжести ($p = 0,023$). Таким образом, у пациентов с вибрационной болезнью воздействия локальной вибрации данная стратегия находится на пограничном уровне, у пациентов с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации наблюдается выраженная дезадаптация по данному показателю. Для пациентов характерна чрезмерная рациональность, отсутствие интуитивного подхода к решению проблемы.

При анализе ответов, полученных по шкале «положительная переоценка» у пациентов первой группы (результат $9,76 \pm 0,48$) и второй группы (результат $10,40 \pm 0,32$), средний балл не имел достоверной разницы с контрольной группой. Данная копинг стратегия имеет среднюю степень напряженности, следовательно, пациенты с вибрационной болезнью испытывают трудности в переосмыслении ситуации для личностного роста, у них наблюдается недооценка собственных возможностей в решении ситуации.

Таблица 1

Копинг стратегии пациентов вибрационной болезнью от воздействия локальной и общей вибрации

Table 1

Coping strategies of patients with vibration disease caused by local and general vibration

	Контроль-ная группа	Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации	Вибрационная болезнь от воздействия общей вибрации	р контр.-лок. вибр.	р контр.-общ. вибр.	р локаль-ная-общая
Конфронтация	6,00±0,33	7,52±0,39	12,47±0,32	0,004	<0,001	<0,001
Дистанционирование	8,65±0,41	9,70±0,37	9,62±0,30	0,062	0,054	0,856
Самоконтроль	8,07±0,29	11,04±0,46	12,49±0,39	<0,001	<0,001	0,019
Поиск социальной поддержки	9,73±0,38	10,06±0,45	10,86±0,33	0,584	0,028	0,142
Принятие ответственности	5,68±0,31	7,22±0,26	12,91±0,29	<0,001	<0,001	<0,001
Бегство-избегание	6,05±0,44	9,81±0,40	12,71±0,35	<0,001	<0,001	<0,001
Планирование	9,92±0,36	11,91±0,41	13,00±0,28	<0,001	<0,001	0,023
Положительная переоценка	10,98±0,42	9,81±0,48	10,40±0,32	0,069	0,262	0,301

р 0-1 достоверность различий между контрольной группой и пациентами с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации без разделения по степеням тяжести.

р 0-2 достоверность различий между контрольной группой и пациентами с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации без разделения по степеням тяжести.

р 1-2 достоверность различий между пациентами с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации без разделения по степеням тяжести и пациентами с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации без разделения по степеням тяжести.

При анализе показателей качества жизни выявлены следующие особенности. У больных с вибрационной болезнью от воздействия как локальной, так и общей вибрации наблюдается достоверное ($p < 0,001$) снижение среднего балла по всем шкалам опросника.

Так, у пациентов с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации по шкале «физическое функционирование» средний балл составляет $44,54 \pm 2,64$, что свидетель-

ствует об ограничении физического состояния пациента его заболеванием. Ограничение физической активности пациентов, входящих во вторую исследуемую группу еще больше (средний балл составляет $36,45 \pm 2,10$). По шкале «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» у пациентов первой и второй исследуемых групп средний балл составляет $11,57 \pm 2,78$ и $9,88 \pm 1,95$ соответственно, что свидетельствует об усилении влияния боли

на повседневную деятельность пациентов с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации. Результаты, полученные при анализе шкалы «интенсивность боли» свидетельствуют о более выраженном болевом синдроме и его влиянии на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома, у пациентов с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации $30,36 \pm 1,39$. Анализ оценки больными своего состояния здоровья и перспектив лечения в группе больных с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации низкая и составляет $35,54 \pm 1,48$ балла. У пациентов с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации средний балл по данной шкале еще ниже и составляет $33,7 \pm 1,29$ балла.

Жизненная активность пациентов находится ниже среднего уровня и свидетельствует об истощении сил и энергии пациентов. Так, в первой исследуемой группе средний балл по данной шкале составил $40,93 \pm 2,13$ балла, а во второй – $39,42 \pm 1,6$ балла. Социальное функционирование, обусловленное психическим состоянием, страдает меньше у пациентов первой группы, средний балл составляет $58,80 \pm 2,46$, чем у пациентов второй исследуемой группы ($56,58 \pm 2,20$). При оценке степени, влияния эмоционального

состояния на выполнение работы или другой повседневной деятельности, выявлено значительное снижение среднего балла как у пациентов с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации ($24,06 \pm 4,44$), так и у пациентов с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации ($22,85 \pm 3,03$). Средний балл по шкале «психическое здоровье» у пациентов первой и второй группы составляет $48,67 \pm 1,81$ и $49,77 \pm 1,63$ соответственно и занимает промежуточное значение, что свидетельствует об отсутствии тяжелых депрессий и тревоги.

В заключении рассчитывались показатели, характеризующие физический и психический компонент здоровья. Физический компонент здоровья был выше у пациентов с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации и составил $31,79 \pm 0,76$ баллов и $29,57 \pm 0,57$ у пациентов с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации. Психический компонент здоровья был приблизительно одинаков в двух исследуемых группах и составил $34,03 \pm 1,04$ в первой группе и $34,17 \pm 0,78$ во второй группе. При сравнении двух групп больных достоверная разница ($p < 0,05$) в показателях отмечалась по шкалам «физическое функционирование» и «физический компонент здоровья».

Таблица 2

Качество жизни пациентов с вибрационной болезнью

Table 2

The quality of life of patients with vibration disease

	Контроль- ная группа n=60	Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации n=55	Вибрационная болезнь от воз- действия об- щей вибрации n=86	p0-1	p0-2	p1-2
PF – физическое функционирование	$89,55 \pm 1,42$	$44,54 \pm 2,64$	$36,45 \pm 2,10$	$<0,001$	$<0,001$	$0,014$
RP – ролевое функционирование, обуславливающее физическое состояние	$75,83 \pm 3,76$	$11,57 \pm 2,78$	$9,88 \pm 1,95$	$<0,001$	$<0,001$	$0,797$
BP – интенсивность боли	$77,07 \pm 2,90$	$35,15 \pm 2,33$	$30,36 \pm 1,39$	$<0,001$	$<0,001$	$0,181$
GH – общее состояние здоровья	$67,52 \pm 2,05$	$35,54 \pm 1,48$	$33,70 \pm 1,29$	$<0,001$	$<0,001$	$0,226$

PH – физический компонент здоровья	52,17±0,81	31,79±0,76	29,57±0,57	<0,001	<0,001	0,030
VT – жизненная активность	64,83±1,82	40,93±2,13	39,42±1,60	<0,001	<0,001	0,479
SF– социальное функционирование	78,75±2,46	58,80±2,46	56,58±2,20	<0,001	<0,001	0,295
RE– ролевое функционирование, обусловленное психическим состоянием	77,17±3,76	24,06±4,44	22,85±3,03	<0,001	<0,001	0,837
MH – психическое здоровье	67,47±2,05	48,67±1,81	49,77±1,63	<0,001	<0,001	0,636
MH – психический компонент здоровья	47,87±1,07	34,03±1,04	34,17±0,78	<0,001	<0,001	0,920

р 1-2 достоверность различий между контрольной группой и больными с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации.

р 1-3 достоверность различий между контрольной группой и больными с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации.

р 2-3 достоверность различий между больными с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации и больными с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации.

Заключение

Для пациентов с вибрационной болезнью выявлены неадаптивные копинг стратегии: «конфронтация», «самоконтроль», «принятие ответственности», «бегство – избегание», «планирование». Преобладание неадаптивных стратегий свидетельствует о выраженной дезадаптации пациентов, склонности к депрессивным состояниям. Кроме того, выявлена динамика изменения перечисленных показателей в зависимости от вида вибрационного воздействия.

Под воздействием производственной вибрации происходит изменение всех показателей, характеризующих качество жизни, вне зависимости от вида производственной вибрации, что свидетельствует о значительном влиянии заболевания на физический и психический статус пациента. Выявлено, что качество жизни пациентов с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации хуже.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Сааркопель, Л.М. Здоровье рабочих горно-добывающей промышленности России – актуальная проблема медицины труда/ Л.М. Сааркопель, И.М. Коновалов// материалы научной конференции, посвященной 120 летию ФНЦ гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана. Здравсохранение Российской Федерации. 2011. №5. С.3
2. Бабанов, С.А. Вибрационная болезнь. Оптимизация диагностических и лечебных мероприятий: монография/ С.А. Бабанов, Н.В. Вакурова, Т.А. Азовскова.– Самара: ГБОУ ВПО СамГМУ: ООО «Офорт», 2012. 158 с
3. Косарев В.В., Бабанов С.А. Профессиональные болезни. Руководство для врачей. – М.: «Бином. Лаборатория знаний». 2011. 422 с.
4. Мухин Н.А., Косарев В.В., Бабанов С.А., Фомин В.В. Профессиональные болезни.– М.-«Гэотар-медиа». 2013. 496 с.
5. Edlund, M. Physical capacity and psychological mood in association with self-reported work ability in vibration-exposed patients with hand symptoms/ M .Edlund, L. Gerharrdsson, M. Hagberg// *Jornal of Occupational Medicine and Toxicology.*– 2012.– Volume 7, Issue 1, Article number22.
6. Ганович, Е.А. Дисфункция когнитивно-мнестической сферы при вибрационной болезни у горнорабочих Кузбасса/ Е.А. Ганович, В.А. Семенихин// *Медицина труда и промышленная экология.* 2011. №12. С. 43-48.
7. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010 – 294 с.
8. Сорокина Е.В. Качество жизни и хронический болевой синдром при вибрационной болезни: дис.... канд. мед. наук: 14.02.04/ Е.В. Сорокина.– 2013.
9. Сухова, А.В. Вопросы повышения качества жизни у больных с профессиональными заболеваниями/ А.В. Сухова, В.А. Кирьяков// *Санитарный врач.* 2011.№6. С.32-36.
10. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / *Журнал практического психолога.* М.: 2007. № 3. С. 93-112.

REFERENCES:

1. Saarkopel, L.M. Worker's Health in Mining Industry in Russia – the Challenge of Occupational Medicine/ L. M. Saarkopel, L. M. Konovalov// Materials of scientific conference devoted to the 120th anniversary of F. F. Erisman Federal Research Center of Hygiene. Health of The Russian Federation. 2011. No. 5. p. 3.
2. Babanov S.A. Vibration Disease. Optimization of Diagnostic and Therapeutic Measures: Monograph/ S. A. Babanov, N. V. Vakurova, T. A. Azovskov. Samara: Samara State Medical University: LLC "OFORT", 2012. 158 p.
3. Kosarev V.V., Babanov S. A. Occupational Diseases. A Guide for Physicians. M.-"Beanom. Laboratory of Knowledge". 2011. 422 p.
4. Mukhin N., Kosarev V.V., Babanov S.A., Fomin V.V. Occupational Diseases. M."GEO-TAR-media". 2013. 496 p.
5. Edlund, M. Physical capacity and psychological mood in association with self-reported work ability in vibration-exposed patients with hand symptoms/ M .Edlund, L. Gerhardsson, M. Hagberg// Journal of Occupational Medicine and Toxicology. 2012. Volume 7, Issue 1, Article number 22.
6. Ganovich, E.A. Cognitive Dysfunction of Mnestic Sphere in Vibration Disease in Miners of Kuzbass/ E. A. Hanovich, V.A Semnikhin// Occupational Medicine and Industrial Ecology. 2011. N. 12. Pp. 43-48.
7. Kryukova T.L. Psychology Coping Behavior in Different Periods of Life. Kostroma: Nekrasov KSU. 2010. 294 p.
8. Sorokin E.V. The Quality of Life and Chronic Pain Syndrome in Vibration Disease: Dis.: 14.02.04/ E. V. Sorokin. 2013.
9. Sukhov, A. V. Improving the Quality of Life in Patients with Occupational Diseases/ A. V. Sukhov, V. A. Kiryakov// Medical Inspector. 2011. №6. Pp. 32-36.
10. Kryukova T.L., Cuftack E.V. The Questionnaire of Coping Ways (adaptation techniques WCQ) / Journal of the Practical Psychologist. M.: 2007. N 3. Pp. 93-112.

УДК 316.74

Домбровская А.Ю.

**КИБЕРМЕТРИЯ ТИПОВ
АДАПТАЦИОННОГО ПОВЕДЕНИЯ
ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
КАК НАПРАВЛЕНИЕ
ИССЛЕДОВАНИЙ В СФЕРЕ
СОЦИОЛОГИИ ИНВАЛИДНОСТИ****Домбровская Анна Юрьевна,**

канд. социол. наук, зав. лаборатории «Социология Интернета»
Московский государственный гуманитарный университет им. М.А. Шолохова,
ул. Верхняя Радищевская 16/18, г. Москва, 109202, Россия
E-mail: an-doc@yandex.ru

АННОТАЦИЯ

В статье отражены основные результаты авторского киберметрического исследования маркеров адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья. В качестве методологической основы исследования обосновываются концепции и подходы к социальной адаптации инвалидов, существующие в рамках феноменологической парадигмы. Сообщения людей с инвалидностью в социальных медиа рассматриваются как маркеры социальной адаптации данной категории населения в виртуальном пространстве. Результаты киберметрического и контент-анализа сообщений инвалидов в социальных медиа отражают специфику восприятия адаптации людьми с ограниченными возможностями здоровья. Описаны основные адаптационные стратегии и схема разработки словарей данных типов для дальнейших киберметрических исследований данной предметной области. Особое место уделено проблеме методов сбора эмпирической информации в сфере социологии инвалидности и обоснованию киберметрии как значимого метода получения неспровоцированной информации в масштабе Big Data (больших данных). В заключении приводятся основные выводы, проблемы указанного направления исследования и возможные пути их решения.

Ключевые слова: инвалиды; адаптационная стратегия; киберадаптация, киберметрический анализ; социология инвалидности.

UDC 316.74

*Dombrovskaya A.Yu.***CYBERMETRICS OF TYPES
OF ADAPTATION BEHAVIOUR
OF PHYSICALLY DISABLED PEOPLE
IN THE FIELD OF SOCIOLOGY
OF DISABILITY****Dombrovskaya Anna Yurievna***Head of the Internet Sociology Laboratory*

Sholokhov Moscow State University for Humanities

16/18 Verkhnyaya Radishchevskaya St., Moscow, 109202, Russia

*E-mail: an-doc@yandex.ru***АБСТРАКТ**

The main results of the author's research into cyberadaptation of physically disabled people are presented in the article. The concepts and approaches to social adaptation of disabled people existing within a phenomenological paradigm are used as a methodological basis of the research. Messages of people with disabilities in the social media are considered as a marker of social adaptation of this category of the population in the virtual space. The results of the cybermetric and discourse analysis of the messages of disabled people in the social media reflect the specific character of perception associated with adaptation by physically disabled people. The author describes the main adaptation strategies and a scheme of development of glossaries of these types for further cybermetric researches. A particular emphasis is given to the problem of methods of collecting empirical information in the sphere of sociology of disability and to justification of cybermetrics as a significant method of obtaining unprovoked information on the scale of Big Data. The main conclusions, problems and possible ways of their decision are given in the conclusion.

Key words: disabled people; adaptation strategy; cyberadaptation; cybermetric analysis; disability sociology.

Введение

Социология инвалидности в последнее время развивается как динамичная отрасль социологического знания в рамках социологии медицины. Само появление этих отраслей в корпусе социологической науки свидетельствует об особом понимании социологами дисфункциональных состояний, болезни, инвалидности. В частности, социология инвалидности исходит из определения ограниченных возможностей здоровья (инвалидности) как био-психо-социального феномена. Такое понимание этого явления стало возможным благодаря трудам российских и зарубежных исследователей проблемы инвалидности. В частности, становлению социологии инвалидности способствовали исследования интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья и создание безбарьерной среды для их жизнедеятельности, а также идеи их социальной независимости, которые развиты в работах М.М. Айшервуд [1], Е.В. Воеводиной [2], Г.М. Иващенко [3], Л.М. Ким [3], Э.К. Наберушкиной [4], Е.Р. Ярской-Смирновой [5, 6] и др. За рубежом особая роль в развитии рассматриваемого направления исследований принадлежит теории дискриминируемого меньшинства, теории стигматизации и социальной эксклюзии людей с ограниченными возможностями здоровья (М.Р. Нариро-Реймонд [7], Ч. Олдмен [8], М. Оливер [9], С. Полидано [10] и мн. др.). Эти концепции и подходы создали фундамент для понимания адаптации инвалидов как процесса реализации различных видов социальной активности, обусловленного социальной средой и происходящего в условиях таких феноменов, как социальная стигматизация и стереотипизация людей с ограниченными возможностями здоровья.

Киберметрия адапционных типов как направление социологии инвалидности нацелена на поиск и анализ маркеров адапционных стратегий инвалидов, представленных в социальных медиа. Значимость этого метода наряду с традиционными методами сбора эмпирической информации объясняется возможностью оперировать с большими данными, а также объективным характером фактуальных сведений, полученных в усло-

виях неспровоцированной ситуации создания сообщений людьми с инвалидностью, а также здоровым большинством о людях с ограниченными возможностями здоровья.

Основная часть

Цель работы – разработать методику киберметрии адапционных стратегий инвалидов и апробировать ее с применением онлайн сервиса для мониторинга социальных сетей.

Материалы и методы исследования

Методами исследования служили:

- контент-анализ сообщений форума «Disability.ru» (сплошной анализ сообщений темы форума «Взаимодействие с обществом»);

- киберметрический анализ с применением онлайн сервиса для мониторинга социальных сетей IQBuzz (блоггостинги «ВКонтакте», «Twitter», «Facebook», глубина выгрузки 01.01.2013 – 01.01.2015, объем выгрузки – 50 031 сообщений).

Результаты исследования и их обсуждение

Эмпирической основой разработки инструментария контент-анализа и киберметрии адапционных стратегий служили результаты авторского исследования состояния, специфики и результативности процесса социальной адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья, полученных в ходе полуструктурированных интервью, проведенных в период с 2010 г. по 2012 г. в городах областного значения (региональных центрах) ЦФО: Туле, Калуге, Орле (выборочная совокупность репрезентативна по возрасту и полу людей с ограниченными возможностями здоровья в соответствии со статистическими данными и составила 1134 человека, предельная ошибка выборки – 5%).

Одним из результатов данного исследования служило выявление 4 стратегий социальной адаптации инвалидов. Данная типологизация осуществлена посредством кластерного анализа с помощью таблиц объединения (K-Means Cluster SPSS for Windows 17.0). Основа кластеризации – матричная структура индикаторов – включает объективные и субъективные показатели социальной адаптации

людей с ограниченными возможностями здоровья. Совмещение в исследовательской схеме объективных индикаторов, фиксируемых количественной стратегией анализа, и субъективных, интерпретируемых в ходе качественного анализа данных открытых вопросов, позволило увеличить эвристический потенциал типологизации и содержательно описать типы социальной адаптации изучаемой категории населения.

В соответствии с результатами кластеризации в параграфе охарактеризованы 4 типа социальной адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья: «абсолютная адаптация»; «субъективная адаптация», «субъективная дезадаптация», «дезадаптация». Исследование показало, что наиболее распространена дезадаптация как вид адаптационной стратегии, она характерна для 34% людей с ограниченными возможностями здоровья. Социально-демографические контуры данного типа – пожилые женщины, имеющие первую и вторую группы инвалидности. Данный тип характеризуется реверсивной экономической стратегией, социальной пассивностью и не использованием (или игнорированием) ресурсов социального компьютеринга в процессе социальной адаптации.

Субъективную дезадаптацию как тип социальной адаптации реализует 31% людей с ограниченными возможностями здоровья, для которых характерны защитная адаптационная стратегия в экономическом поведении, утилитарные установки в формировании социальных контактов. Социально-демографический портрет рассматриваемого типа социальной адаптации – мужчины и женщины предпенсионного и пожилого возраста, имеющие вторую и третью группы инвалидности.

Субъективной адаптации как типа социальной адаптации придерживаются 26% опрошенных людей с ограниченными возможностями здоровья, которые активно используют ресурсы киберадаптации (социальной инклюзии с помощью Интернета и других телекоммуникационных средств). Данный тип социальной адаптации характерен для людей обеих гендерных групп молодого и среднего возраста, имеющих инвалидность

по причине заболевания опорно-двигательного аппарата.

Наименее распространена «абсолютная адаптация» как вид социальной адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья, которая выявлена лишь у 9% изучаемой общности. Данный тип адаптационной стратегии характеризуется инновационным экономическим поведением: занятостью и самозанятостью; активностью во всех сферах общественной жизни; совмещением оффлайн и онлайн стратегий социальной адаптации. Этот тип социальной адаптации свойствен молодым людям, имеющим рабочие группы инвалидности.

Данные типы служили ориентиром поиска цифровых маркеров в социальных медиа, то есть словоупотреблений, указывающих на реализацию того или иного типа социальной адаптации инвалидов. С одной стороны, это будет служить контрольным методом для уточнения достоверности результатов традиционной стратегии исследования, с другой – позволит получить дополнительную информацию о способах самовыражения, самоидентификации и восприятия адаптации людьми с инвалидностью.

Анализ сообщений форума Disability.ru помимо указанных результатов кластерного анализа основывался на изучении предварительно выявленных концептов, включающих вербализируемые инвалидами личностные качества и способности, указывающие на позитивную социальную идентификацию; индивидуальные особенности, свидетельствующие о негативной социальной идентификации, а также общую оценку сообщения на предмет выраженной в нем позитивной или негативной самоидентификации.

Необходимо отметить, что сообщений, отнесенных нами к числу высказываний, указывающих на позитивную социальную идентификацию, оказалось менее трети от общего числа анализируемых сообщений темы форума (29%). В таблицу 1 помещены конкретные индивидуальные свойства и способности, идентифицируемые людьми с ограниченными возможностями здоровья как свои позитивные качества.

Таблица 1

Личностные качества и способности, вербализируемые людьми с ограниченными возможностями здоровья как собственные жизненные ресурсы в сообщениях интернет-форума Disability.ru (на 10 января 2014 г.)

Table 1

Personal qualities and abilities of people with disabilities in the Internet messages Disability.ru (January 10, 2014)

Качества и способности	Удельный вес, %
Умение не обращать никакого внимания на дискриминационное отношение со стороны окружающих	17
Умение приспособиться к любым жизненным условиям	15
Разумность, рассудительность, интеллект, мудрость	28
Доброта, отзывчивость, установка на взаимопомощь, доверие, терпимость	13
Целеустремленность, оптимизм, настойчивость в достижении желаемого	27
Итого	100%

Из таблицы 1 видно, что основную ставку в условиях ограниченных возможностей здоровья люди делают на развитие умственных способностей. Очевиден некий сублимационный механизм социальной адаптации: установка на повышение интеллектуальных качеств в условиях нетипичной внешности и ограничений здоровья.

Анализ представленного распределения позволил установить, что участники форума довольно высоко оценивают свой интеллектуальный потенциал и испытывают статусную поддержку от возможности продемонстрировать на форуме свои взгляды и рассуждения. Практически такую же высокую значимость для позитивной самоидентификации имеют для инвалидов качества целеустремленности, настойчивости и оптимизма. Подчеркнем, что эти качества декларировались людьми как индивидуальные приобретения в связи с получением инвалидности.

Особый практический смысл имеет для нашего исследования доля участников форума, указавших на умение игнорировать

дискриминационные проявления со стороны социального окружения. Эта почти пятая часть сообщений свидетельствует о серьезной проблеме социальной адаптации изучаемой общности — негативных внешних субъективных условиях, выражающихся в низком уровне культуры здорового большинства в обращении с людьми, имеющими ограничения здоровья и распространенности социальных стереотипов, заблуждений и дискриминационных представлений общества о таких людях. В этих условиях вполне понятна ставка людей с инвалидностью на декларируемое безразличие и умение не замечать неадекватное отношение к себе со стороны окружающих.

В число жизненно важных качеств позитивных самоидентификантов, согласно данным таблицы, входит умение приспособиться к любым условиям. Это и понятно, ведь сущностной характеристикой жизни в условиях ограниченных возможностей здоровья является адаптация к этому состоянию. И, наконец, еще одной значимой группой

качеств для лиц с позитивной самоидентификацией является доброта, отзывчивость, терпимость, установка на взаимопомощь и доверие. В этой части сообщений, репрезентирующих указание на перечисленные качества как жизненные ресурсы в условиях ограниченных возможностей здоровья, подчеркивается, что формирование способностей к сопереживанию, готовности оказать помощь ближнему и доверять людям связано именно с обретением статуса инвалида.

Все указанные вербализируемые в сообщениях форума качества и способности составляют семантическое ядро адаптантов и субъективных адаптантов, для которых характерна активная стратегии жизни в условиях ограничений здоровья и позитивная самоидентификация.

Исходя из этого, следует говорить о киберпространстве как о наиболее благоприятной адаптационной среде, создающей инвалидам условия для реализации различных форм виртуальной социальной активности и самопрезентации. С другой стороны, это может объясняться численным доминированием адаптантов и субъективных адаптантов в киберпространстве.

Еще одним свидетельством того, что глобальная сеть обладает более благоприятны-

ми условиями для самовыражения и самоидентификации инвалидов, служат результаты киберметрии. Исследование показало, что дискурс инвалидности в пространстве Рунета имеет иные черты в сравнении с таковыми пространства традиционных масс-медиа. Использование метода киберметрии социальных медиа с применением онлайн сервиса IQBuzz позволило осуществить выгрузку 50 031 русскоязычных сообщений с упоминанием людей с ограниченными возможностями здоровья, транслируемые в социальных сетях «ВКонтакте», «Facebook» и «Twitter» в течение периода с 1 января 2013 г. по 1 января 2015 г.

Использование киберметрии предполагало возможность автоматизированного анализа больших данных без формирования выборочной совокупности, а также изучение неспровоцированной информации, создаваемой людьми вне ситуации исследовательского вопроса, а потому более объективной, достоверной и искренней.

Согласно данным киберметрии 95% сообщений с упоминанием людей с инвалидностью имеют нейтральную тональность, т.е. свободно от дискриминационных терминов и неадекватных стереотипов об этих людях (рис. 1).

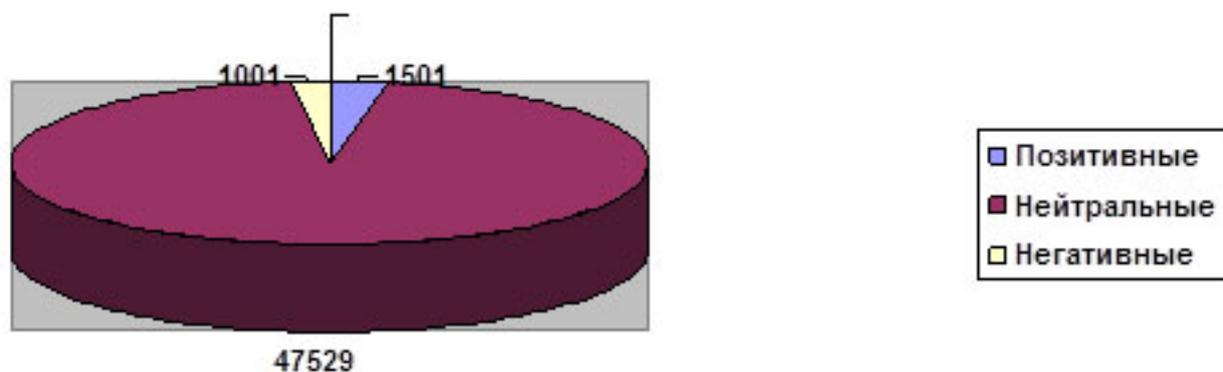


Рисунок 1. Тональность сообщений с упоминанием людей с инвалидностью в социальных сетях «ВКонтакте», «Facebook» и «Twitter» в течение периода с 1 января 2013 г. по 1 января 2015 г., в абс. величинах

Figure 1. The colour of messages mentioning people with disabilities in the social networks «VKontakte», «Facebook» and «Twitter» during the period from 1 January 2013 to January 1, 2015, abs. values

Согласно данным киберметрического исследования, виртуальное пространство Рунета является более психологически комфортной средой для адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья. Это можно объяснить тем, что киберпространство является более доступной для реализации социальной активности средой для изучаемой общности, и авторство определенной части сообщений принадлежит самим людям с инвалидностью.

Удельный вес сообщений по фазам (месяц) изучаемого периода показывает, что количественное распределение релевантных исследованию сообщений фактически константное и колеблется в пределах 4,1–4,7% в месяц от общего числа сообщений за два года. Это говорит об отсутствии в глобальном электронном пространстве эффекта так называемой «социальной ниши», которая отводится для людей с ограниченными возможностями в традиционных масс-медиа в специальный период (неделя инвалидов) и о том, что в социальных сетях представленность (репрезентация) людей с инвалидностью является равномерной и стабильной.

Таким образом, киберпространство социальных сетей служит альтернативной возможностью конструирования позитивного дискурса инвалидности и проявления социальной субъектности людям с ограниченными возможностями здоровья.

Заключение

Исследование показало перспективность и высокий эвристический потенциал комбинирования традиционных опросных методов социологического исследования и киберметрии адаптационных стратегий инвалидов. Именно киберметрия как метод, с помощью которого возможно получить неспровоцированную информацию от людей, имеющих зачастую социально-психологические барьеры в непосредственной коммуникации, способствует объективному пониманию субъективных смыслов, вкладываемых инвалидами в восприятие адаптации.

Основной перспективой данного исследования служит дальнейшая разработка и апробация словарей адаптационных стратегий инвалидов, позволяющая выявить удельный вес пользователей с инвалидностью, реализующих различные типа социальной адаптации, а также описать специфику их социальной активности и восприятие состояния ограниченных возможностей здоровья.

Поддержка (благодарности)

Исследование реализовано в рамках выполнения государственного задания Министерства образования и науки РФ «Выявление взаимосвязи развития политических систем и Интернет-коммуникации» ГЗ 2816 на 2014–2016 гг.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида: монография. М.: Моск. соц. ин-т, 1991. 122 с.
2. Воеводина Е.В. Стигматизация студентов-инвалидов и адаптационные стратегии российских вузов: монография. М.: ФИРО, 2012. 90 с.
3. Иващенко Г.М., Ким Е.Н. Об опыте работы по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями в московском городском клубе «Контакты-1». М.: Клуб «Контакты-1»; НИИ семьи, 1997. 69 с.
4. Наберушкина Э.К. Социальное пространство инвалидности: формирование доступной среды: монография. Саратов: Наука, 2009. 158 с.
5. Ярская-Смирнова Е.Р. Женщины и инвалидность: испытания на прочность / Е.Р. Ярская-Смирнова, Э.К. Наберушкина //Социологические исследования. 2009. № 5. С. 70-76.
6. Ярская-Смирнова Е.Р. Социальные изменения и мобилизация ресурсов: жизненные истории российских инвалидов // INTER, 2002. № 1. С.39-54.
7. Nario-Redmond M.R. Cultural stereotypes of disabled and non-disabled men and women: Consensus for global category representations and diagnostic domains / M.R. Nario-Redmond // Brit. j. of social psychology. Leicester, 2010. №3. P. 471-488.
8. Oldman Ch. Later life and the social model of disability: A comfortable partnership? // Ageing a. society. Cambridge, 2002. № 6.
9. Oliver M. Disability Politics: Understanding Our Past, Changing Our Future.. L.: Routledge, 1996.
10. Polidano C. Participation in and completion of vocational education and training for people with disability. Melbourne: Melbourne inst. of applied econ. a. social research, 2010. 28 p.

REFERENCES:

1. Ayshervud M. M. Full-fledged Life of the Disabled Person: Monograph. M.: MSHI, 1991. 122 p.
2. Voevodina E.V. Stigmatization of Disabled Students and Adaptation Strategy of the Russian Higher Education Institutions: Monograph. M.: FIRO. 2012. 90 p.
3. Ivashchenko G. M., Kim E.N. About Experience on Social Rehabilitation of Children with Limited Opportunities in Moscow City club "Kontakty-1". M.: Kontakty-1 club; Scientific research institute of a family, 1997. 69 p.
4. Naberushkina E.K. Social Space of Disability: Formation of the Available Environment: Monograph. Saratov: Science, 2009. 158 p.
5. Yarskaya-Smirnov E.R. Women and Disability: Tests for Durability //Sociological researches. 2009. No. 5. Pp. 70-76.
6. Yarskaya-Smirnova E.R. Social Changes and Mobilization of Resources: Vital Stories of the Russian Disabled People //INTER. 2002. No. 1. Pp. 39-54.
7. Nario-Redmond M.R. Cultural stereotypes of disabled and non-disabled men and women: Consensus for global category representations and diagnostic domains //Brit. j. of social psychology. Leicester, 2010. No. 3. Pp. 471-488.
8. Oldman Ch. Later life and the social model of disability: A comfortable partnership? // Ageing a. society. Cambridge, 2002. No. 6.
9. Oliver M. Disability Politics: Understanding Our Past, Changing Our Future. L.: Routledge, 1996.
10. Polidano C. Participation in and completion of vocational education and training for people with disability. Melbourne: Melbourne inst. of applied econ. social research, 2010. 28 p.

УДК 614.1

*Митин М.С.***РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
И ВЫРАЖЕННОСТЬ
ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ
СРЕДИ МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ****Митин Максим Сергеевич,***ассистент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии**Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (НИУ БелГУ),**ул. Победы, 85, Белгород, 308015, Россия**E-mail: mitin@bsu.edu.ru***Аннотация**

У спортсменов высокие физические нагрузки и особенности спортивного образа жизни обуславливают развитие дисфункции вегетативной нервной системы. С использованием различных методов диагностики изучена распространенность и степень выраженности вегетативной дисфункции у молодых профессиональных атлетов и студентов спортивного ВУЗа. Показано, что вегетативные расстройства своевременно не диагностируются, хотя широко распространены, что связано с недостаточной чувствительностью традиционных диагностических методов. При этом современная технология оценки variability сердечного ритма (программно-аппаратный комплекс «Омега-Спорт») обладает наибольшей чувствительностью выявления вегетативной дисфункции.

Ключевые слова: вегетативная дисфункция, донозологическая диагностика, variability ритма сердца, спортсмены.

UDC 614.1

*Mitin M.S.***PREVALENCE
AND INTENSITY OF AUTONOMIC
DYSFUNCTION
AMONG YOUNG ATHLETES****Mitin Maksim Sergeevich***Assistant Lecturer*

Department of Psychiatry, Addiction and Clinical Psychology

Belgorod State National Research University

85 Pobedy St., Belgorod, 308015, Russia

*E-mail: mitin@bsu.edu.ru***А**BSTRAKT

High physical activity and lifestyle factors lead to dysfunction of the autonomic nervous system in athletes. The author examines the prevalence and severity of autonomic dysfunction in young professional sportsmen with the use of different diagnostic methods. It is shown that vegetative disorders among athletes are widespread. This is due to insufficient sensitivity of the traditional diagnostic methods. It should be noted that the modern technology assessment of heart rate variability (hardware-software complex “Omega-Sport”) possesses the most sensitive detection of autonomic dysfunction.

Key words: autonomic dysfunction; preclinical diagnosis; heart rate variability; athletes.

Расстройства вегетативной нервной системы у спортсменов являются одним из самых частых признаков нарушения здоровья и являются проявлением формирования предпатологических (донозологических) состояний. Термин «донозологические состояния» впервые был предложен Р.М. Баевским и В.П. Казначеевым (Большая медицинская энциклопедия, 1978). Возможность достижения оптимального уровня жизнедеятельности организма и функционирования его систем при приспособлении к изменяющимся условиям среды обитания обеспечивается механизмами регуляции и управления. Одну из ключевых ролей здесь играет вегетативная нервная система. Вегетативная нервная система при сохранении гомеостаза организма обеспечивает физическую и психическую деятельность спортсмена [2]. Состояние вегетативной регуляции имеет большое значение для оценки здоровья атлета.

Современная спортивная деятельность обуславливает актуальность проблемы ранней диагностики и своевременной коррекции тех состояний у спортсменов, которые при их дальнейшем развитии неминуемо станут патологическими.

Изменения исходного уровня здоровья с формированием ранних дезадаптационных сдвигов могут быть определены как донозологическая стадия развития нарушений в состоянии важнейших систем организма, прежде всего нервной, сердечнососудистой и дыхательной. Именно в этот период времени желательно начинать коррекцию и профилактику с целью предотвращения углубления обозначенных процессов и их трансформации в различные нозологические формы.

Методы исследования вегетативных функций на данный момент не достаточно разработаны. Исследователи отмечают неоднозначность методологических подходов, отсутствие единых критериев оценки выявляемых нарушений, затруднения сопоставления результатов полученных разными методами [11]. В то же время отмечается важность именно ранней диагностики, в частности у молодых спортсменов [9].

В настоящее время большой популярностью при выявлении ранних изменений вегетативной регуляции у спортсменов облада-

ет метод оценки вариабельности сердечного ритма. Применяется он для выявления предстартовых изменений, определения функциональных возможностей атлетов (как компонент тренированности) и оценки восстановительного периода [6, 7, 8, 10].

Частота встречаемости вегетативных расстройств у спортсменов разными исследователями обозначена в достаточно широком диапазоне: от 6,2 до 36,5%. На протяжении последних двадцати пяти лет отмечена тенденция увеличения распространенности вегетативных нарушений у спортсменов, что связывают с ростом психофизических нагрузок, ухудшением экологии, а также с рядом негативных социальных явлений [3].

Среди основных причин формирования вегетативных расстройств у юных спортсменов можно выделить: 1) конституциональную предрасположенность, 2) гормональные перестройки периода пубертата, 3) хронический стресс от высоких физических и психических нагрузок, 4) невротические расстройства, 5) наличие различных соматических болезней: гипертонической и язвенной болезней, бронхиальной астмы, вертеброгенных заболеваний; 6) перенесенные травмы, 7) использование допингов, 8) нарушения биологических ритмов, 9) хроническое воздействие интоксикантов (алкоголь, табак и других) [2].

Все эти факторы значимо влияют на состояние системной регуляции и предъявляют к организму высокие требования в смысле его адаптационных возможностей. Лабильность вегетативной регуляции определяет функциональные резервы вегетативной нервной системы и других компартментов интегративно-регуляторной системы организма. Если предъявляемые требования превышают адаптационные возможности организма, то происходит поломка механизмов регуляции, что проявляется вегетативной дисфункцией. Если негативные факторы продолжают действовать, то появляются вегетативные расстройства, которые могут иметь разные клинические манифестации и формы. В то же время, вегетативные нарушения в качестве самостоятельных заболеваний выступают достаточно редко. Эти расстройства обычно вторичны и сопровождаются соматическими, психическими и другими болезнями [2].

Целью настоящего исследования являлось более полное выявление вегетативной дисфункции у молодых спортсменов на ранних стадиях и определение выраженности вегетативной дисфункции по уровню вегетативной регуляции.

Исходя из поставленной цели, в задачи исследования входило:

1) изучение диагностических возможностей ряда классических методов, которые используются для определения вегетативных изменений;

2) применение современной технологии оценки вариабельности кардиоритма с использованием программно-аппаратного комплекса (ПАК) «Омега-Спорт» [4, 5] для диагностики наличия вегетативной дисфункции;

3) оценка сравнительной эффективности классических методов и современной методологии диагностики вегетативных расстройств у молодых спортсменов на стадии их минимальной выраженности с учетом условий необходимости максимальной чувствительности используемых методов.

Материалы и методы. В первой серии клинических наблюдений обследовано 64 спортсмена мужского и женского пола в возрасте 13-19 лет. Уровень спортивного мастерства от I разряда до мастера спорта международного класса. Спортсмены представляли различные специализации единоборств, циклических, скоростно-силовых и игровых видов спорта.

Исследования проводили на учебно-спортивных базах училищ олимпийского резерва № 1 и № 2 в Санкт-Петербурге.

Во второй серии клинических наблюдений обследовано 216 студентов Санкт-Петербургского университета физической культуры им. П.Ф. Лесгафта мужского и женского пола в возрасте 16-20 лет, также представляющих различные спортивные специализации.

В процессе проведения клинических исследований и наблюдений использовали следующие методики:

1) для определения вегетативного тонуса применяли индекс Кердо (ИК) и показатель минутного объема крови (МОК), рассчитываемый по непрямому способу Лилье-Штрандера и Цандера, специальную таблицу, пред-

назначенную для исследования исходного вегетативного тонуса (Вейн А.М.);

2) для выявления признаков вегетативных нарушений и диагностики синдрома вегетативной дисфункции использовали вопросную методику и обследование по специальной схеме (Вейн А.М. и соавт., 2003);

3) для оценки вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности проводили тест с дозированной физической нагрузкой (20 приседаний за 30 секунд – проба Мартинэ) и электрокардиографическим контролем.

4) для оценки вегетативного гомеостаза была применена современная методология оценки ритмической деятельности сердца с использованием возможностей программного-аппаратного комплекса (ПАК) «Омега-Спорт» (Ярилов С.В., Поминов Е.А., 2007).

Применение ПАК «Омега-Спорт» (патент РФ на полезную модель №31943, приоритет от 13.11.2002) [5] позволяло вычислить классический индекс напряжения регуляторных систем – *индекс напряжения регуляторных систем* (ИН) (или индекс Р. М. Баевского). При оценке вариабельности сердечного ритма согласно принципиально новой технологии обработки ритмограмм (ПАК «Омега-Спорт») удалось рассчитать *показатель вегетативного гомеостаза* (ПВГ). Этот показатель рассчитывается из 50 основных индексов: вариационного, автокорреляционного, критериев спектрального анализа сердечного ритма и из данных количественной оценки хаосграммы. Все перечисленные индексы обнаружили математически однонаправленный характер изменений и соответствующим образом учитывались в расчете сводного индекса ПВГ (патент РФ на изобретение №2233616, приоритет от 13.11.2002). Показатель может использоваться как интегративный критерий состояния вегетативной нервной системы.

Оценка различий между статистическими распределениями (использовались средние величины) проводилась с помощью параметрического t-критерия. Статистическая (корреляционная) связь между изучаемыми признаками выявлялась с помощью коэффициента линейной корреляции Пирсона. Для качественных характеристик использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Полученные данные в ходе исследования были обработаны на персональном компьютере с помощью табличных процессоров и электронных таблиц (Excel). Также использовался статистический пакет программного продукта SPSS 12.0.

Результаты. Исходный вегетативный тонус у юных спортсменов в 38,6% случаев был представлен вегетативным равновесием (эйтонией), у 33,0% обследованных атлетов выявлялось преобладание симпатического типа регуляции, и в 28,4% случаев определялся парасимпатический тип регулирования.

Синдром вегетативной дисфункции (СВД) был выявлен у 24,5% юных спортсменов. С еще большей частотой были выявлены следующие симптомы вегетативной дисфункции: повышенная влажность ладоней и стоп (77%), колющие боли в области сердца (48%), ухудшение самочувствия при смене погоды (42%), частая смена настроения (33%), плохая переносимость теплых и душных помещений (30%), аллергические реакции (25,0%). С меньшей частотой встречались: нарушения сна (16%), нарушение аппетита (14%), частая раздражительность (14%), частые головокружения (10%), частые головные боли (5%), частое чувство тошноты (5%).

Диагностические возможности выявления вегетативной дисфункции применяемых подходов имели отличия.

Так, в ходе определения диагностически значимых показателей индекса Кердо выраженное преобладание парасимпатических влияний определили в 16,9% случаев, а выраженная симпатикотония была отмечена только у 1% обследованных.

При определении МОК, выраженная парасимпатикотония была отмечена у 14,8% спортсменов, а выраженная симпатикотония – у 13,6%.

Уточненная оценка, которая стала возможна посредством использования специальной таблицы, показала, что преобладание парасимпатических влияний встречается у 65,6% обследованных спортсменов, а симпатических – у 34,4%. Вероятно, эти методики позволяют диагностировать только вегетативные расстройства в форме выраженной симпатикотонии.

Для расширения диагностических воз-

можностей на этом этапе исследования были использованы опросные методики (опросник и схема для выявления вегетативных нарушений и расстройств). С применением опросника СВД диагностировали у 16,7% респондентов, и несколько больше с помощью обследования по специальной схеме – у 20,8% обследованных атлетов.

В ходе проведения пробы Мартинэ был изучен тип регуляции сердечнососудистой системы с оценкой показателей дозированной физической нагрузки, во время выполнения и после завершения пробы. Неблагоприятный по реакции на нагрузку (низкий уровень адаптации) тип определили у 8% обследованных спортсменов, а очень низкий – у 3% испытуемых.

Электрокардиографическое исследование у 19,4% обследованных спортсменов показало различные неблагоприятные отклонения в работе сердца: синусовую тахикардию (8,3%), неполную блокаду правой ножки пучка Гиса (6,3%), местные нарушения внутрижелудочковой проводимости (2,1%), нарушения реполяризации диффузного характера (1,4%), миграцию водителя ритма (0,7%), наличие единичных суправентрикулярных экстрасистол (0,7%). В 16,0% случаев была выявлена синусовая брадикардия.

Превышение нормальных показателей артериального давления в состоянии покоя было отмечено у 9,7% спортсменов.

В итоге, с помощью всей совокупности указанных выше методов выраженную вегетативную дисфункцию диагностировали у 24,3% молодых спортсменов.

Метод анализа ВРС с помощью ПАК «Омега-Спорт» позволил нам повысить частоту выявления вегетативной дисфункции.

Так, индекс напряжения регуляторных систем у обследованных спортсменов в покое в 25,4% случаев показал напряжение регуляторных систем (ИН 100–200 усл. ед.), а в 7,0% случаев выявил выраженное напряжение регуляторных систем (ИН > 200 усл. ед.).

Показатель вегетативного гомеостазиса в 32,4% случаев позволил диагностировать состояние перенапряжения на грани с недостаточностью адаптационных защитно-приспособительных механизмов. У 17,1% спортсменов указывал на состояние срыва механизмов адаптации (стадия истощения

механизмов регуляции с преобладанием неспецифических изменений) – фактически их неспособность обеспечивать оптимальную адекватную реакцию организма на воздействие факторов внешней и внутренней среды. Эта группа атлетов является группой риска по развитию состояний предшествующих патологическим и появлению различных нозологических форм. Что требует своевременного выявления причин (указаны выше) такого состояния и своевременного проведения профилактических и коррекционных мероприятий.

Оценка состояния вегетативного гомеостаза обследованных спортсменов по variability сердечного ритма с помощью ПАК «Омега-Спорт» позволила выделить несколько принципиально различающихся между собой групп обследованных. Эту оценку проводили по показателю вегетативного гомеостаза и индексу напряжения. В результате обследованные спортсмены были разделены на четыре группы по функциональной типу организации вегетативного гомеостаза (таблица).

Таблица

Вегетативный тонус юных спортсменов в зависимости от показателя вегетативного гомеостаза (ПВГ) и индекса вегетативного напряжения (ИН)

Table

Vegetative tone of young athletes depending on the vegetative homeostasis and vegetative stress index

Вегетативный тонус	ИН, у.е.	Группа 1 (ПВГ 100-80%) n=55	Группа 2 (ПВГ 79-60%) n=52	Группа 3 (ПВГ 59-40%) n=72	Группа 4 (ПВГ 39-0%) n=37
Выраженная симпатикотония	>500	-	-	-	5,4% (2)
Умеренная симпатикотония	>200	-	-	1,4% (1)	37,8% (14)
Вегетативное равновесие	51-199	3,6% (2)	80,8% (42)	97,2% (70)	56,8% (21)
Умеренная ваготония	<50	69,1% (38)	19,2% (10)	1,4% (1)	-
Выраженная ваготония	<25	27,3% (15)	-	-	-

Из представленных в таблице данных видно, что у спортсменов с высоким показателем вегетативного гомеостаза (группа 1) в 27,3 % наблюдений имеет место выраженная ваготония. Напротив, в группе с низким значением этого критерия (группа 4) выраженная симпатикотония наблюдается в 5,4 % случаев, а ваготония вообще не отмечается. Для групп 2 и 3 характерно наличие вегетативного равновесия или же слабовыраженных симпатикотонии или ваготонии.

Кроме того, данный подход позволяет более правильно оценить состояния вегетативного равновесия у спортсменов. Так только у 1,5% спортсменов с эйтонией (по ИН) было выявлено состояние нормы или удовлетво-

рительной регуляции (ПВГ 100-80%), у 31,1% атлетов – состояние функционального напряжения (ПВГ 79-60%), у 51,8% обследованных – состояние перенапряжения или состояние неудовлетворительной адаптации (ПВГ 59-40%) и у 15,6% спортсменов – состояние истощения регуляторных систем или срыв адаптации (ПВГ 39-0%).

Обсуждение результатов исследования. При расчете ВИК и МОК используются такие показатели, как частота сердечных сокращений (ЧСС) и величина диастолического артериального давления (АД). При определении типа регуляции сердечнососудистой системы (проба Мартинэ) также используется показатель ЧСС. Однако известно, что

частота пульса отражает лишь конечный эффект многочисленных регуляторных влияний на сердце и систему кровообращения, т.е. характеризует особенности уже сложившегося гомеостатического механизма. При этом одной и той же частоте пульса могут соответствовать различные комбинации активностей звеньев системы, управляющей вегетативным гомеостазом. Поэтому ЧСС не является гомеостатической переменной, а выполняет функцию регулирующего воздействия в системе барорефлекторной стабилизации АД. Обеспечивая постоянство АД при воздействии различных факторов, величина ЧСС способна изменяться в широких пределах. Отсюда стабилизация АД тем эффективнее, чем выше вариабельность сердечного ритма. Высокая вариабельность сердечного ритма обычно ассоциируется с низкой вариабельностью АД [1].

Существенными недостатками традиционных методов (ВИК, МОК, проба Мартинэ и другие методы, например, коэффициента Хильдебранта), а также клинических критериев вегетативных нарушений, отражающих суммарную активность ВНС, является то, что они не позволяют отделить эффекты, вызванные деятельностью симпатической и парасимпатической нервной системы. По современным представлениям активность этих частей вегетативной нервной системы не сводится к простому антагонизму, а имеет характер сложных реципрокных взаимодействий, варьирующих в зависимости от конкретного вида адаптивной деятельности организма [5].

На основании полученных нами данных можно предположить, что вопросная методика (схема для выявления синдрома вегетативной дисфункции) более чувствительна по сравнению с пробой Мартинэ, но оба подхода остаются в пределах выявления вегетативных расстройств на стадии вегетативной недостаточности.

Метод математического анализа вариабельности сердечного ритма – более эффективный метод изучения деятельности ВНС, который способен дифференцировать активность симпатического и парасимпатического

отделов и по своим возможностям значительно превосходит возможности традиционных функциональных проб.

Однако в настоящее время еще ведутся дискуссии и окончательно не решены вопросы, касающиеся правомерности корректного сопоставления результатов, полученных при использовании старых и новых методов. [1, 5, 7, 8].

Определение показателей ИН и ПВГ с помощью новой технологии с использованием ПАК «Омега-Спорт» позволяет: выявлять функциональные отклонения симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы и дифференцировать тонкие изменения вегетативной регуляции сердечного ритма (например, более правильно оценивать равновесные состояния).

Таким образом, наиболее богатыми диагностическими возможностями при оценке выраженности вегетативной дисфункции обладает современная технология приборной диагностики изменений вегетативной регуляции по параметрам вариабельности ритма сердца (ПАК «Омега-Спорт»). Эта технология оказалась и наиболее чувствительным методом диагностики – вегетативные расстройства были выявлены у 49,5% обследованных спортсменов.

Методика исследования вариабельности ритма сердца по сравнению с другими методами является более информативной, отражает состояние вегетативной регуляции и может использоваться для выявления вегетативной дисфункции на ранних сроках.

Выводы:

1) Среди молодых спортсменов вегетативные расстройства широко распространены.

2) При выявлении начальных (ранних) форм вегетативной дисфункции диагностические возможности классических (опросных) методик недостаточны.

Значительные перспективы ранней (донозологической) диагностики вегетативных нарушений связаны с технологиями, основанными на оценке качества системы регуляции (в частности вегетативной).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баевский Р.М. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов. – М. : Медицина, 2000. 295 с.
2. Бибилова Л.А. Системная медицина. Путь от проблем к решению / Л.А. Бибилова, С.В. Ярилов. – СПб.: НИИХ СПб ун-та, 2000. 154 с.
3. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение / под ред. А.М. Вейна. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. 752 с.
4. Иорданская Ф.А. Мониторинг и функциональная подготовленность высококвалифицированных спортсменов в процессе учебно-тренировочной работы и соревновательной деятельности: монография / Ф.А. Иорданская, М.С. Юдинцева. – М.: Советский спорт, 2006. 184 с.
5. Козлов В.К. Функциональная диагностика и коррекция донозологических состояний у спортсменов: традиционные и современные подходы / В.К. Козлов и др. // Материалы III Международного конгресса «Человек, спорт, здоровье». Итоговый отчет / под ред. В.К.Козлова. – СПб.: ООИС «Эдельвейс», 2007. С. 84-103.
6. Ярилов С.В. Аппаратно-программный комплекс «Омега-спорт»: принципы работы, диагностические и другие возможности использования в спорте / С.В. Ярилов // Материалы III Международного конгресса «Человек, спорт, здоровье». Итоговый отчет / под ред. В.К.Козлова. – СПб.: ООИС «Эдельвейс», 2007. С. 112-122.
7. Abad C.C. Cardiac autonomic control in high level Brazilian power and endurance track-and-field athletes / C.C. Abad [et al.] // Int. J. Sports Med. – 2014. – V. 35(9). P. 772-8.
8. Danieli A. Resting heart rate variability and heart rate recovery after submaximal exercise / A. Danieli [et al.] // Clin. Auton. Res. – 2014. – V. 24(2). P. 53-61.
9. D'Ascenzi F. Precompetitive assessment of heart rate variability in elite female athletes during play offs / F. D'Ascenzi [et al.] // Clin. Physiol. Funct. Imaging. – 2014. – V. 34(3). P. 230-6.
10. Koenig J. Heart rate variability and swimming / J. Koenig [et al.] // Sports Med. – 2014. – V. 44(10). P. 1377-91.
11. Morales J. Use of heart rate variability in monitoring stress and recovery in judo athletes / J. Morales [et al.] // Clin. Physiol. Funct. Imaging. – 2014. – V. 34(3). P. 230-6.
12. Silva V.P. Heart rate variability indexes as a marker of chronic adaptation in athletes: a systematic review / V.P. Silva [et al.] // Ann. Noninvasive Electrocardiol. – 2015. – V. 20(2). P. 108-18.

REFERENCES:

1. Baevskiy R.M. Heart Rate Variability: the Theoretical Aspects and Clinical Applications / R.M. Baevskiy, G.G. Ivanov. M. : Medicine, 2000. 295 p.
2. Bibikova L.A. Systemic Medicine. The path from Problem to Solution / L.A. Bibikova, S.V. Yarilov. SPb.: NIIKh SPb un-ta, 2000. 154 p.
3. Autonomic Disorders: Clinical Picture, Diagnostics, Treatment / ed. A.M. Wayne. M. : OOO "Medical News Agency", 2003. 752 p.
4. Iordanskaya F.A. Monitoring and Highly Functional Preparedness of Athletes in Training and Competitive Activity: Monograph / F.A. Iordanskaya, M.S. Yudintseva – M.: Soviet sports, 2006. 184 p.
5. Kozlov V.K. Functional Diagnostics and Correction of Prenosological States in Athletes: Traditional and Modern Approaches // Proceedings of the III International Congress "People, Sport and Health". Final Report / ed. V.K.Kozlova. SPb. : the NGO "Edelweiss", 2007, Pp. 84-103.
6. Yarilov S.V. Hardware-software Complex "Omega-Sport": Principles of Operation, Diagnostic, and other Uses in Sport // Proceedings of the III International Congress "People, Sport and Health". Final Report / ed. V.K.Kozlova. SPb. : the NGO "Edelweiss", 2007, Pp. 112-122.
7. Abad C.C. Cardiac Autonomic Control in High Level Brazilian Power and Endurance Track-and-field Athletes / C.C. Abad [et al.] // Int. J. Sports Med. 2014. – V. 35(9). Pp. 772-8.
8. Danieli A. Resting heart rate variability and heart rate recovery after submaximal exercise / A. Danieli [et al.] // Clin. Auton. Res. – 2014. – V. 24(2). Pp. 53-61.
9. D'Ascenzi F. Precompetitive assessment of heart rate variability in elite female athletes during play offs / F. D'Ascenzi [et al.] // Clin. Physiol. Funct. Imaging. – 2014. – V. 34(3). Pp. 230-6.
10. Koenig J. Heart rate variability and swimming / J. Koenig [et al.] // Sports Med. – 2014. – V. 44(10). Pp. 1377-91.
11. Morales J. Use of heart rate variability in monitoring stress and recovery in judo athletes / J. Morales [et al.] // Clin. Physiol. Funct. Imaging. – 2014. – V. 34(3). Pp. 230-6.
12. Silva V.P. Heart rate variability indexes as a marker of chronic adaptation in athletes: a systematic review /V.P. Silva [et al.] // Ann. Noninvasive Electrocardiol. – 2015. – V. 20(2). Pp. 108-18.

УДК 314.4

*Вангородская С.А.***ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ
НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА
ПО ОСНОВНЫМ КЛАССАМ
ПРИЧИН (НА МАТЕРИАЛАХ
БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ)****Вангородская Светлана Анатольевна**, доцент кафедры социальных технологий
НИУ «БелГУ», кандидат социологических наук, доцентФедеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (НИУ БелГУ), ул. Победы, 85, Белгород, 308015, Россия
E-mail: Vangorodskaya@bsu.edu.ru**Аннотация**

В статье рассматривается динамика показателей смертности населения Белгородской области по основным классам причин, выявленная на основе анализа материалов Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Белгородской области за 2000-2012 годы. Согласно результатам анализа, первые три места в структуре смертности населения Белгородской области занимают болезни системы кровообращения, новообразования и внешние причины смерти, на долю которых в 2012 году пришлось 55,4%, 15,3% и 10,2% смертей соответственно. Наибольший вклад в смертность от внешних причин вносят самоубийства и транспортные несчастные случаи, на которые в 2012 году в сумме пришлось 38,6 % от всех смертей. Результаты анализа показали, что коэффициенты смертности мужчин по многим причинам статистически значимо превышают аналогичные показатели женской смертности. Особое внимание уделено рассмотрению причин смертности населения трудоспособного возраста как основы социально-экономического потенциала региона. Сделан вывод о том, что изменения в структуре причин смертности были обусловлены как совокупностью экономических, политических, медико-социальных и экологических факторов, так и сложившимися под их влиянием условиями жизни и особенностями самосохранительного поведения населения региона.

Ключевые слова: структура причин смертности населения, коэффициенты смертности, гендерные особенности показателей смертности, смертность трудоспособного населения.

UDC 614.1

*Vangorodskaya S.A.****TRENDS IN MORTALITY OF THE
POPULATION IN THE REGION
BY MA-JOR CAUSES (BASED ON
MATERIALS OF BELGOROD REGION)*****Vangorodskaya Svetlana Anatolievna***PhD in Social Sciences, Associate Professor*

Belgorod State National Research University

85 Pobedy St., Belgorod, 308015, Russia

*E-mail: Vangorodskaya@bsu.edu.ru***А**БСТРАКТ

The article discusses the dynamics of mortality in Belgorod Region by major causes revealed on the basis of analysis of the materials of the Territorial Department of the Federal State Statistics Service in Belgorod Region in 2000-2012. According to the analysis, the first three places in the structure of mortality in Belgorod Region are taken by cardiovascular diseases, neoplasms, and external causes of death, accounting 55.4%, 15.3% and 10.2% of deaths in 2012 respectively. The largest contribution to mortality from external causes is made by suicide and transport accidents, accounting 38.6% of all deaths in 2012. The results showed that the mortality rates in men for many reasons are significantly higher than those in females. Particular attention was paid to the causes of death in the population of the working age as a basis for socio-economic potential of the region. It is concluded that the changes in the structure of causes of death were caused as a set of economic, political, medical and social, and environmental factors and their influence under the prevailing conditions of life and features of self-preservation behavior in the region.

Key words: structure of mortality; mortality rate; gender-specific mortality; working-age population mortality.

Несмотря на наметившуюся в последние годы положительную динамику развития демографической ситуации в Белгородской области (во многом, за счет увеличения показателей рождаемости и миграционного прироста населения), показатели смертности населения региона остаются крайне высокими. Основными причинами смерти населения Белгородской области в период с 2000 до 2012 года являлись болезни системы кровообращения, новообразования и внешние при-

чины смерти. Их доля в общей смертности населения увеличилась с 85,9% в 2000 г. до 90,1% в 2012 г. Первое место в структуре причин смертности (причем, с большим отрывом от остальных групп причин) принадлежит болезням системы кровообращения, доля которых, несмотря на развитие медицинских технологий и создание высокоэффективных лекарственных средств, увеличилась в общей смертности населения с 63% в 2000 г. до 68,4% в 2012 г.

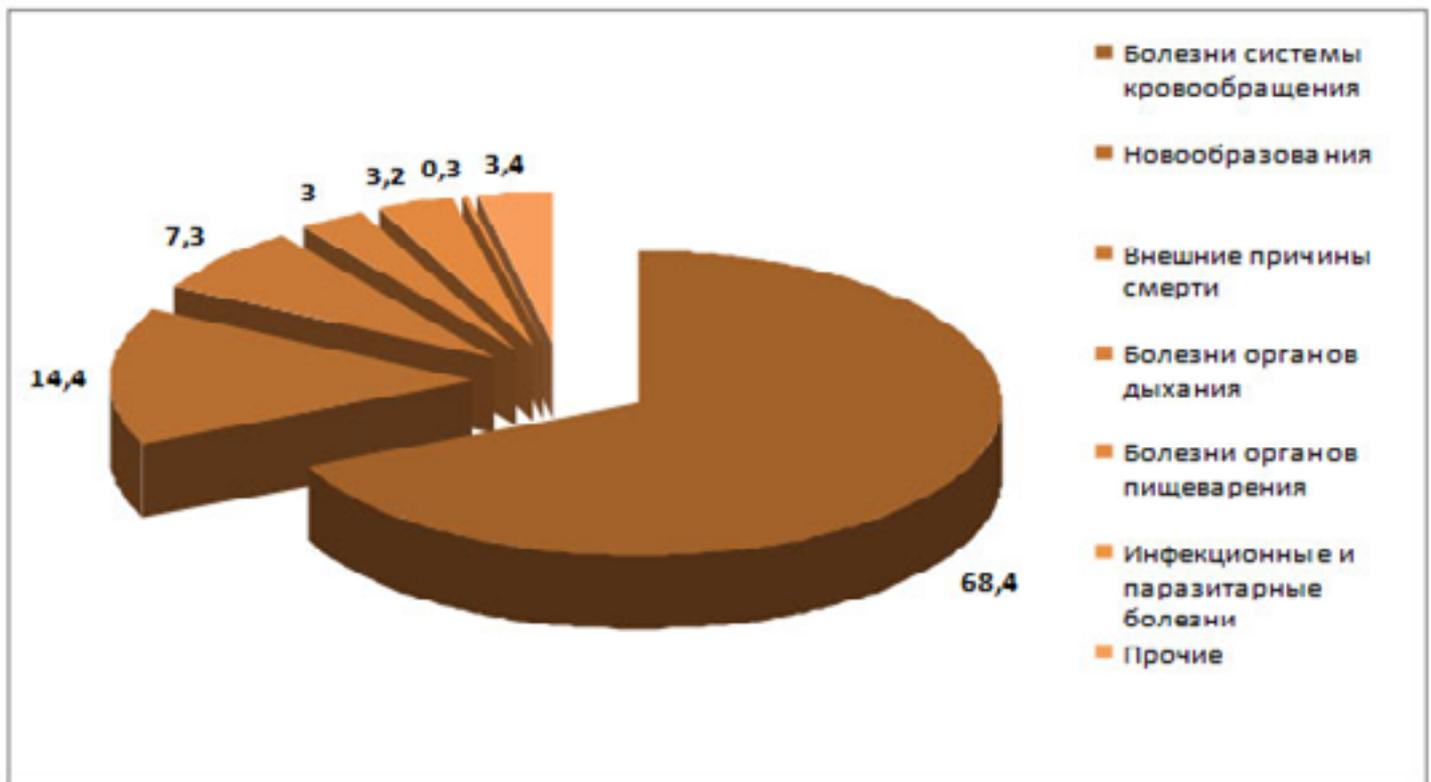


Рис. 1. Структура смертности населения Белгородской области по основным классам причин смерти (2012 г., %)

Figure 1. The structure of mortality in Belgorod Region by major causes of death (2012, %)

Средний возраст смерти по данным классам причин в Белгородской области в 2012 году составил соответственно 72,9, 65,88 и 45,82 года (при средних значениях по России – 70,85, 67,29 и 45,57 года).

Четвертое и пятое места в структуре причин смертности занимают болезни органов дыхания и органов пищеварения. Их сум-

марная доля в общей смертности населения Белгородской области увеличилась незначительно – с 5,6% в 2000 г. до 6,2% в 2012 году, а средний возраст смерти в 2012 году составил 65,63 и 57,87 года соответственно (при средних значениях по России – 64,67 и 58,33 года).

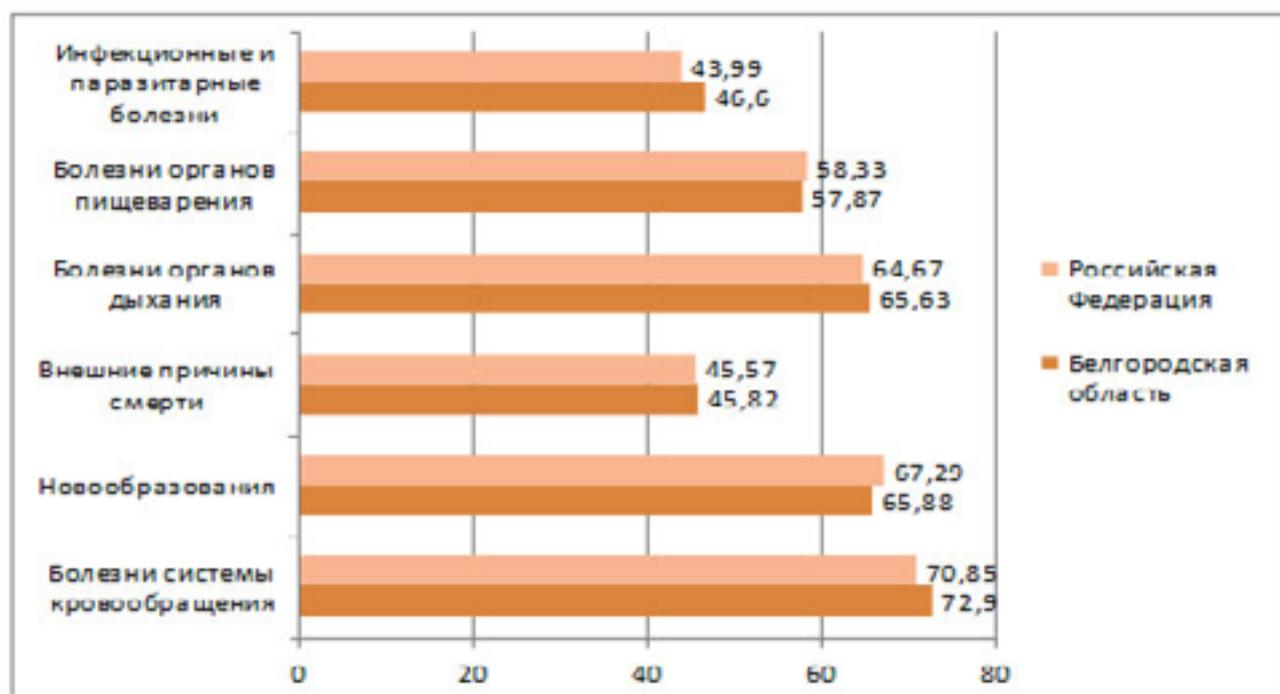


Рис. 2. Средний возраст смерти по основным классам причин в Белгородской области и в Российской Федерации (2012 г, лет)
Figure 2. The average age of death by major causes in Belgorod Region and in the Russian Federation (2012, years)

В динамике с 2000 по 2012 годы в структуре причин смертности населения Белгородской области увеличилась доля болезней системы кровообращения – на 5,4% (с 63% до 68,4% при стабильных 55,5% по Российской Федерации за тот же период), новообразований – на 2% (с 12,4% до 14,4%), болезней органов пищеварения – на 1,1% (с 2,1% до 3,2%),

уменьшилась доля смертей от внешних причин – на 3,2% (с 10,5% до 7,3%) и болезней органов дыхания – на 0,5% (с 3,5% до 3%). Сравнительные данные изменения структуры смертности населения Белгородской области и Российской Федерации в период с 2000 по 2012 годы представлены в таблице 1.

Таблица 1
Изменение структуры смертности населения Белгородской области и Российской Федерации по основным классам причин смерти с 2000 по 2012 годы (в % от общего числа смертей)

Table 1
Changes in the structure of mortality in Belgorod Region and in the Russian Federation by major causes of death from 2000 to 2012 (% of total deaths)

	2000 г.		2012 г.	
	Белгородская область	Российская Федерация	Белгородская область	Российская Федерация
Болезни системы кровообращения	63	55,3	68,4	55,4
Новообразования	12,4	13,4	14,4	15,3
Внешние причины смерти	10,5	14,3	7,3	10,2
Болезни органов дыхания	3,5	4,6	3	3,7
Болезни органов пищеварения	2,1	2,9	3,2	4,7
Инфекционные и паразитарные болезни	0,8	1,6	0,3	1,7
Прочие	7,7	3,5	3,4	6,6

Что касается смертности от внешних причин, то снижение показателей по данному классу причин одновременно выступает в качестве фактора, детерминирующего увеличение показателя ожидаемой продолжительности жизни, так как в последние два десятилетия внешние причины смерти были на первом или втором месте (после болезней системы кровообращения) по вкладу в ее изменение[5].

Наибольший вклад в смертность от внешних причин вносят самоубийства и транспортные несчастные случаи, на долю которых в 2012 году пришлось 38,6 % от всех смертей по данному классу причин (рис. 3). Необходи-

мо отметить, что подобная ситуация наблюдается и в развитых странах, где общий низкий уровень травматической смертности представлен «высокой значимостью двух причин – дорожно-транспортных происшествий и самоубийств, которыми она в основном и определяется»[1, 17-20].

При этом, если доля самоубийств в общем числе смертности от внешних причин за указанный период изменилась незначительно (уменьшившись за 2000-2012 гг. с 17,9% до 17%, т.е. на 0,9%), то процент смертности от всех видов транспортных несчастных случаев увеличился за тот же период с 13,8% до 21,6% от общего числа смертей по данному классу причин.

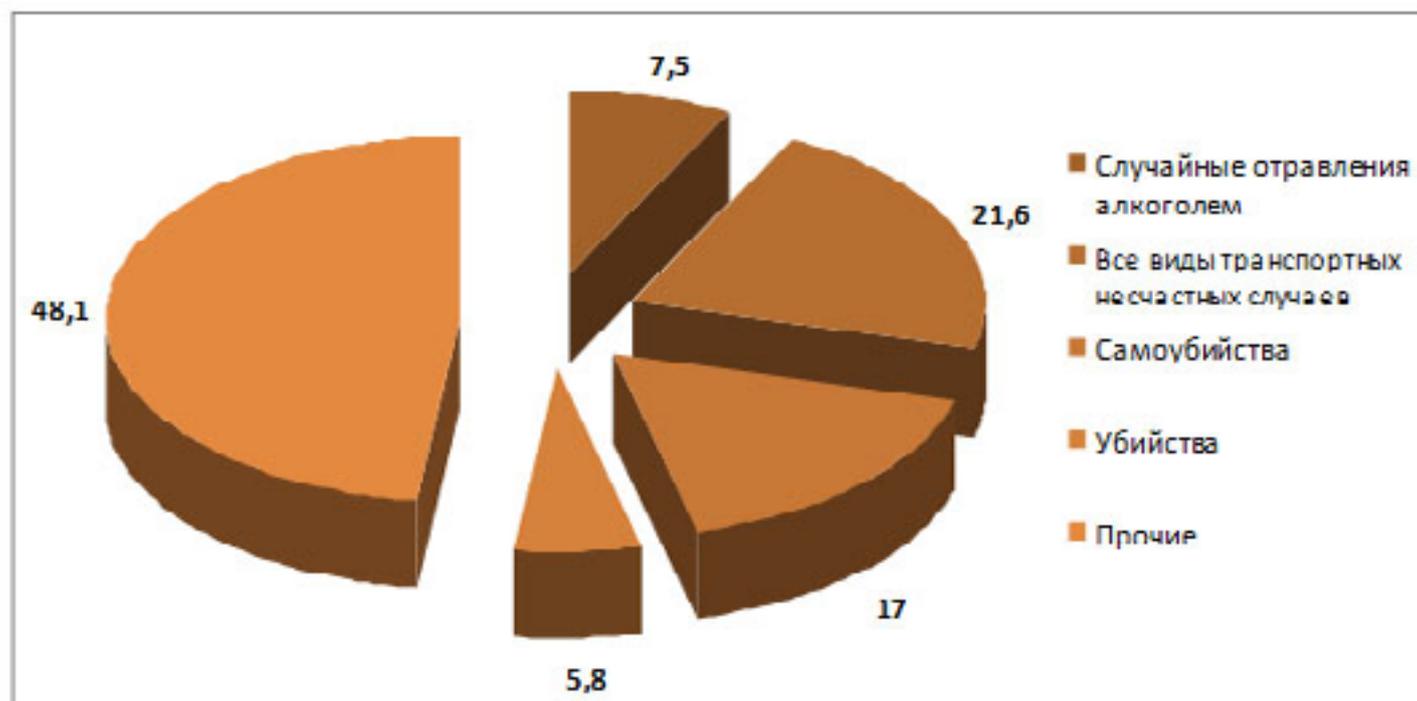


Рис. 3. Структура смертности населения Белгородской области от внешних причин (2012 г., % от общего числа смертей по данному классу причин)

Figure 3. The structure of mortality in Belgorod Region from external causes (2012, % of the total number of deaths for this class of causes)

Анализируя показатели смертности от самоубийств в Белгородской области, в частности, и в Российской Федерации в целом, необходимо отметить сохранение достаточно высокого значения данных показателей на протяжении всего рассматриваемого периода. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, предельно-критическим значением считается 20 самоубийств на 100 тыс. населения. В Белгородской области показатель смертно-

сти от самоубийств в 2000 году составил 29,3 на 100 тыс. человек населения (в РФ – 26,5 на 100 тыс. человек населения), а в 2012 году опустился до 17,3 на 100 тыс. человек населения (при общероссийском показателе 20,8 на 100 тыс. человек населения). При этом среднемировой показатель смертности от самоубийств в 2012 году был почти вдвое меньше и, согласно данным ВОЗ, составил 11,4 случая на 100 тыс. населения (15,0 для мужчин и 8,0 для женщин) [2].

В сентябре 2014 года Всемирная организация здравоохранения впервые опубликовала обширный доклад «Предотвращение самоубийств: глобальный императив» [3], в котором суициды были признаны не только социальной проблемой, но и проблемой здравоохранения, и перед мировым сообществом была поставлена задача глобального сокращения смертности на 10% к 2020 году, прежде всего, за счет комплекса профилактических мероприятий, к числу которых относятся: эпиднадзор, ограничение доступа к средствам совершения самоубийства, рекомендации средствам массовой информации, улучшение осведомленности общества, повышение квалификации работников здравоохранения, обучение полицейских и социальных работников.

Что касается смертности в результате дорожно-транспортных происшествий, то, несмотря на увеличение автотранспорта в области, систематическая профилактическая работа и повышение качества оказания медицинской помощи пострадавшим привели к тому, что за период с 2000 по 2012 годы смертность от данной группы причин осталась практически неизменной. За указанный период она сократилась на 0,97% и составила в 2012 году 22 случая на 100 тыс. человек населения. Анализ погибших в результате дорожно-транспортных происшествий за указанный период показал, что около 40% смертей приходится на время летних отпусков и школьных каникул (с июня по сентябрь) и связано с увеличением в этот период транспортного потока. Практически во всех случаях гибели пострадавших на месте дорожно-транспортных происшествий имели место тяжелые сочетанные травмы, несовместимые с жизнью, с повреждением нескольких областей тела и наступлением смерти до прибытия бригад скорой медицинской помощи.

Также нельзя оставить без внимания тот факт, что на долю внешних причин смерти населения, статистика по которым отслеживается федеральными и региональными статистическими органами, приходится

только половины случаев смерти по данному классу причин (в Белгородской области в 2012 году – 51,9%) [4, 198]. Таким образом, половина смертей населения приходится на случаи, не зафиксированные в общих статистических таблицах, и являющиеся результатом несчастных случаев, составляющих в общем числе смертей от внешних причин около 30% и вызванных воздействием дыма, огня, электрического тока, радиации, огнестрельного оружия и т.д.; утопления, осложнений терапевтического и хирургического вмешательства, отравления ядовитыми веществами, а также другими случайными и неутонченными несчастными случаями, причем доля последних в общем числе смертей от данного класса причин в среднем составляет порядка 10% [5].

Анализ **гендерных особенностей** смертности населения Белгородской области по основным классам причин, позволяет сделать вывод о том, что исходно коэффициенты смертности мужчин по многим причинам статистически значительно превышают аналогичные показатели женской смертности: от всех причин – в 1,2 раза (1521,8 и 1303,6 на 100 тыс. человек населения соответствующего пола в 2012 году), от новообразований – в 1,6 раза (253,7 и 158,9 на 100 тыс. человек населения), от внешних причин смерти – в 4,5 раза (175,6 и 39,1 на 100 тыс. человек населения), от болезней органов дыхания – в 2,6 раза (63,5 и 25,1 на 100 тыс. человек населения), от болезней органов пищеварения – в 2 раза (61,3 и 29,9 на 100 тыс. человек населения), от инфекционных и паразитарных болезней – в 4 раза (6,4 и 1,6 на 100 тыс. человек населения соответственно). Исключение составляет коэффициент смертности от болезней системы кровообращения, который в 2012 году у женщин был незначительно (в 1,1 раза) выше аналогичного показателя у мужчин (1010,1 и 902,7 на 100 тыс. человек населения соответственно). Гендерные различия коэффициентов смертности населения Белгородской области по основным классам причин представлены на рис.4.

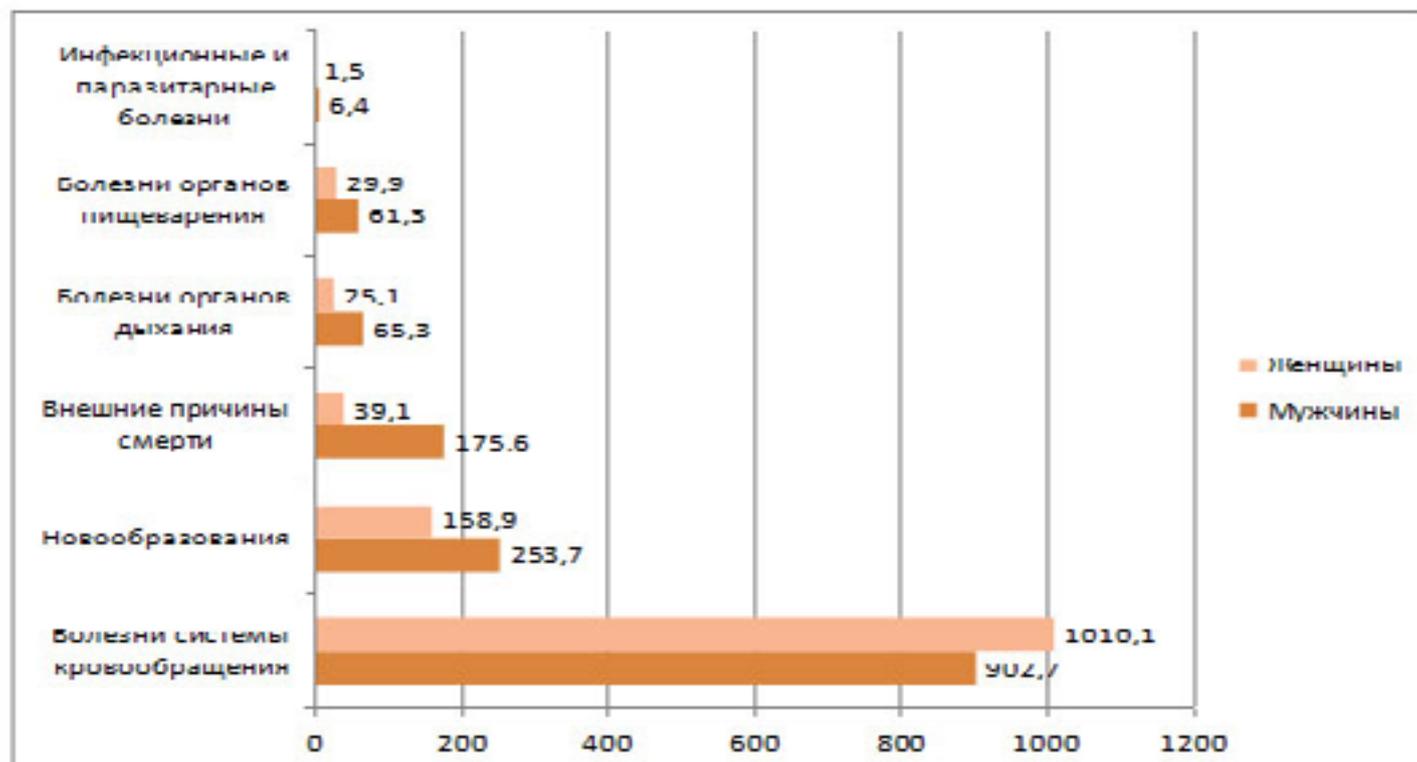


Рис. 4. Гендерные различия коэффициентов смертности населения Белгородской области по основным классам причин в 2012 г. (на 100 тыс. чел. населения)

Figure 4. Gender differences in mortality rates of the population of Belgorod Region by major causes in 2012 (per 100 thous. people)

Первые места в структуре смертности **трудоспособного населения** также занимают болезни системы кровообращения, внешние причины смерти (несчастные случаи, травмы, отравления) и новообразования. Так, из общего числа смертей лиц трудоспособного возраста в 2012 году 37,3 % пришлось на смертельные исходы от болезней системы кровообращения, 23,6 % – на внешние причины смерти и 19,9 % – на смертность от новообразований.

Коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения у населения трудоспособного возраста существенно ниже средних коэффициентов смертности от данного класса причин по Белгородской области. Так, например, если по области среднее значение данного коэффициента за 2012 год составляло 960,7 смертей на 100 тыс. человек населения, то применительно к трудоспособному населению этот коэффициент был равен 175,1, что, безусловно, является закономерным, учитывая тот факт, что средний возраст

смерти от данного класса причин в области в 2012 году был равен 77,1 года, то есть существенно больше верхней границы трудоспособного возраста.

В противоположность этому средний возраст смерти от внешних причин в 2012 году составил в среднем по области 47,5 года. Исходя из этого, вполне закономерным выглядит тот факт, что коэффициенты смертности населения трудоспособного возраста от внешних причин смерти, занимающих в структуре смертности данной категории населения второе место, превышают аналогичные показатели по области (в 2012 году значение данных коэффициентов для населения трудоспособного возраста и населения в целом были равны соответственно 122,9 и 102,0 умерших на 100 тыс. человек соответственно). Из общего числа умерших в трудоспособном возрасте от внешних причин существенную часть составляют мужчины (в 2010 году – 86 %, в 2011 году – в 2012 году – 86 %), которые чаще женщин становятся жертвами несчаст-

ных случаев, отравлений и травм (включая убийства и самоубийства).

В классе внешних причин смерти большинство составляет смертность от всех видов транспортных несчастных случаев (среди трудоспособных мужчин в 2012 году этот коэффициент составил 44,7 умерших на 100 тыс. человек, среди женщин – 11,8), а также смертность от самоубийств (в 2012 году смертность мужчин по данному классу причин более чем в 10 раз превысила женскую – 33,5 против 3,4 умерших на 100 тыс. человек населения трудоспособного возраста).

К классу внешних причин смерти относится также смертность от случайных отравлений алкоголем. В последние годы в области проводится активная политика, направленная на борьбу с суррогатами и сокращение доступности алкоголя в розничной торговле, следствием чего стало неуклонное сокращение коэффициентов смертности по данному классу причин (с 24,3 в 2004 до 10,2 смертельных исходов на 100 тыс. человек населения трудоспособного возраста в 2012 году). Вместе с тем, если сравнивать потери от данного класса причин среди мужчин и женщин, то становится очевидным, что здесь подавляющее число смертей приходится именно на трудоспособных мужчин. Так, например, в 2012 году от данного класса причин умерло в 8,4 раза больше мужчин, чем женщин (в 2004 году – 42,3 умерших на 100 тыс. чел.

мужчин против 6,3 женщин, в 2012 году – 17,7 против 2,2 соответственно).

Смертность от новообразований занимает третью позицию среди основных классов причин смерти населения в трудоспособном возрасте и составляет по данным за 2012 год среди мужчин 124,5 умерших на 100 тысяч, среди женщин – 59,4 смертельных случая на 100 тыс. населения трудоспособного возраста.

Таким образом, структура смертности населения Белгородской области по причинам смерти за исследуемый период претерпела определенные изменения. Эти изменения были обусловлены как совокупностью экономических, политических, медико-социальных и экологических факторов, так и сложившимися под их влиянием условиями жизни и особенностями самосохранительного поведения населения региона. Дальнейшее сокращение показателей смертности населения региона должно осуществляться за счет сужения регионального разброса смертности и улучшения ситуации в менее благополучных районах области, что, в свою очередь, будет во многом зависеть от целенаправленных и постоянных инвестиций в человеческий капитал, экономику и социальную сферу, от эффективности функционирования органов здравоохранения и успехов в развитии фундаментальной медицины.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антонова О.И. Региональная дифференциация смертности от внешних причин // Вопросы статистики. 2007. № 10. С. 17-21.
2. Маркина Н. Самоубийственный гендерный перекоc // Газета.Ру : сайт. 2014. 5 сентября. URL: http://www.gazeta.ru/science/2014/09/05_a_6204045.shtml (дата обращения: 23.09.2014).
3. Предотвращение самоубийств: глобальный императив // Всемирная организация здравоохранения : сайт. URL: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/ru/ (дата обращения: 23.09.2014).
4. Статистический ежегодник. Белгородская область. 2013: Стат. сб./ Белгородстат. Белгород, 2013. 612 с.
5. Юмагузин В., Кваша Е. Смертность от внешних причин смерти в России во второй половине 20 – начале 21 века // Демоскоп Weekly : Электронная версия бюллетеня «Население и общество». 2012. 10-31 декабря. № 535-536. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0535/analito7.php> (дата обращения: 12.06.2014).

REFERENCES:

1. Antonova O.I. Regional Differentiation of Mortality from External Causes // Questions of Statistics. 2007. № 10. Pp. 17-21.
2. Markina N. Suicidal Gender Bias // Gazeta.ru, 5 September 2014. URL: http://www.gazeta.ru/science/2014/09/05_a_6204045.shtml (date of access: September 23, 2014).
3. Preventing Suicide: a Global Imperative // The World Health Organization. URL: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/ru/ (date of access: September 23, 2014).
4. Statistical Yearbook. Belgorod Region. 2013: Stat. Sat / Belgorodstat. Belgorod, 2013. 612 p.
5. Yumaguzin V., Kvasha E. Mortality from External Causes of Death in Russia in the Second Half of the 20th – early 21st Century // Demoscope Weekly: The electronic version of the newsletter “The population and society.” 10-31 December 2012. № 535-536. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0535/analito7.php> (date of access: December 6, 2014).

УДК 614.21

*Ходош Э.М.,
Ефремова О.А.*

ВЛИЯНИЕ СОКРАЩЕНИЯ БОЛЬНИЧНЫХ КОЕК НА ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ходош Эдуард Михайлович, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии Харьковской медицинской академии
постдипломного образования,
Харьковская городская клиническая больница № 13, 61171, Украина, Харьков, ул. Корчагинцев, 58
E-mail: gen_khodosh@mail.ru

Ефремова Ольга Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор,
зав. кафедрой факультетской терапии медицинского института НИУ «БелГУ»
308015, г. Белгород, ул. Победы, 85, Россия

Аннотация

Для многих людей больницы стали олицетворением современной системы здравоохранения. Тем не менее, во многих странах роль больниц скорой помощи пересматривается — упор переносится на амбулаторную диагностику и лечение вместо длительного лечения в больнице. Это приводит к сокращению больничных коек. В разных странах их число заметно различается. Кроме того, больничная помощь относительно дорога, что служит экономическим стимулом для сокращения коечного фонда больниц. В связи с этим представляет большой интерес опыт стран, где произошло уменьшение коечного фонда, а также последствия такого сокращения для различных сторон.

В данной статье рассмотрены изменения коечного фонда в странах Европы за последние года и даны возможные объяснения этих изменений.

Ключевые слова: больничная койка, реформа, сокращение, здравоохранение, перепрофилирование.

UDC 614.21

*Hodosh E.M.,
Efremova O.A.*

***EFFECT OF REDUCING BEDS
ON THE ACCESSIBILITY
AND QUALITY OF CARE***

Hodosh Eduard Mikhaylovich, *PhD in Medicine, Associate Professor*
Department of Tuberculosis and Pulmonology of Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education,
Kharkiv City Clinical Hospital № 13
58 Korchagintsev St., Kharkiv, 61171, Ukraine
E-mail: gen_khodosh@mail.ru

Efremova Olga Alekseevna, *Doctor of Medical Sciences, Professor*
The Institute of Medicine, Belgorod State National Research University
85 Pobedy St., Belgorod, 308015, Russia

АBСТРАКТ

The hospital became the embodiment of the modern health care system for many people. However, in many countries the role of hospital emergency is being reviewed – the focus is being transferred to the outpatient diagnosis and treatment instead of the long-term in-patient care. This leads to a reduction in hospital beds. In different countries, their number is markedly different. In addition, hospital care is relatively expensive; it is an economic incentive to reduce hospital capacity. That is why we are interested in the experience of countries where there has been a decrease in the number of beds and the impact of such reductions on various parties. The article describes the changes in the number of beds in Europe in recent years and gives possible explanations for these changes.

Key words: hospital bed; reform; reduction; health care; profile re-orientation.

Реформы современного здравоохранения базируются на исторически и прогностически выверенных и вместе с тем прагматически обусловленных решениях и критериях. Достаточно вспомнить традиционную результативность здравоохранения, которая оценивается по социально-демографическим параметрам: заболеваемость, распространённость, смертность и др., а также медико-статистическим критериям: посещаемость, выполнение плана койко-дня и т.д. История отпустила этим показателям время для эволюционного развития. Правда, для их существования в системе Семашко Н.А. требовалась мобилизация государственных ресурсов и, прежде всего, индустриализация промышленности, интенсификация сельскохозяйственного производства, а также командно-административная система управления.

Тем не менее, на сегодняшний день, как и раньше, посещаемость и план койко-дня остаются основными экономическими показателями функционирования бюджетных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Как известно, понятие больничной койки не является однозначным, так как это не только единица мебели, состоящая на балансе того или иного ЛПУ. Понятие больничной койки, с точки зрения лечебно-диагностического процесса, рассматривается в контексте соответствующей инфраструктуры, которая включает административную и медицинскую службу, институт ухода, медикаменты и инженерно-технический персонал. Кроме того, существует множество различных типов больничных коек в зависимости от того, каким больным они предназначены. В целом, больничные койки включают, прежде всего, стационары в государственных и частных учреждениях общего профиля и специализированных больницах, а также реабилитационных центрах. Обычно учитываются «койки» для больных с острыми и хроническими заболеваниями [1].

В то же время, реабилитационная койка по поводу любой патологии значительно отличается от «койки» для больного с полиорганной недостаточностью, которому может потребоваться ИВЛ, инфузионная коррекция и т.д., а хирургическая койка не во всём равнозначна терапевтической. В некоторых

странах понимание осложняется еще и тем, что не все кровати, находящиеся в больнице, учитываются при подсчете коечного фонда. Это кровати для родственников больных (часто размещаемые в детских отделениях), кровати для здоровых новорожденных и койки для больных, поступающих в отделение хирургии одного дня. А куда относить койки дневного стационара в отечественных поликлиниках? Наконец, есть некоторые предметы мебели, которые не являются койками, но могут быть причислены к ним, например, кресла, в которых находится больной при проведении гемодиализа.

Так или иначе, но больничная койка, а вернее всё, что за ней кроется (организационного, лабораторного, клинического и т.д.), требует кропотливой, рациональной и трудоёмкой деятельности, основанной на стандартах, так как течение болезни может иметь положительный и отрицательный вектор, что, в свою очередь требует своевременного и адекватного ответа. То есть, больничная койка – это не отрасль экономики; это сплав творчества, бесконечного пути познания и способности осознать клиническую ситуацию и больного как биологически, так и социально.

Ясно, что ответы на поставленные вопросы можно дать только с учетом упомянутых выше и множества других позиций и лучше в историческом аспекте, что и последует далее. Так или иначе, но статистика, анализируемая Всемирной организацией здравоохранения, посвящённая сокращению больничных коек, показала, что с 1990 г. их число сократилось во многих странах мира. В абсолютных числах наибольшие сокращения коснулись тех стран, в которых в 1990 г. было наибольшее число коек. Это, прежде всего, республики бывшего Советского Союза, которые в 90-х гг. прошлого столетия столкнулись с наибольшими экономическими проблемами. Тем не менее, в процентном отношении существенные сокращения прошли в Финляндии и Швеции (на 47 и 45% коек соответственно).

В остальных странах Западной Европы число больничных коек сократилось на 10-20%. Разумеется, эти цифры отражают уменьшение количества коек односторонне, так как непонятно, произошло сокращение тех коек, которые были непрофильными (например,

хирургические койки, которые могут заполняться «консервативными» больными), или вообще из-за невыполненного плана койко-дня, или низкой оперативной активности, или из-за экономической несостоятельности здравоохранения. Тем не менее, в ряде стран, в частности в Нидерландах, число коек сократилось не намного, однако значительно снизилась занятость койки, то есть увеличился её оборот. Хотя данных о том, сопровождался ли увеличенный оборот койки увеличением штатного ресурса, не было представлено.

В Швеции и Финляндии значительная доля сокращений обуславливалась переводом определённой части здравоохранения в социальный сектор. В Швеции это было целью реформы (1992 г.), в результате, которой обязанности по уходу и лечению за многими хроническими больными были возложены на муниципалитеты [2]. Это привело к репрофилированию существующих стационаров и созданию новых, более удобных учреждений долговременной помощи внебольничного сектора. Однако репрофилирование больничных коек при дефиците кадров может принести больше вреда, чем пользы, считают некоторые эксперты. Усугубляется проблема сокращения и территориальным фактором: сокращение единственной в населённом пункте «неэффективной» поликлиники не делает доступнее качественную медицину. То есть, «...ни один оперативный план не может быть неизменным после первой встречи с главными силами противника» (Мольтке).

Таким образом, не вызывает никакого сомнения, что простое сравнение количества коек, даже, в одном стационаре и отдельно в каждой стране, без оперативного плана, не всегда является информативным, как это видно на примере Дании. Строительство новых домов для престарелых и инвалидов там было прекращено в 1987 г., так как в дальнейшем инвестиции направлялись на строительство жилья гостиничного типа для престарелых и инвалидов, а также на развитие социальной и сестринской помощи на дому [3]. В результате сокращение числа больничных коек в Дании не сопровождалось увеличением коек в медико-социальном секторе, поскольку помощь организовывалась иначе.

В Англии анализ преобразований стационарной помощи [4] выявил, что сокращение длительности госпитального периода сопровождалось значительным ростом числа коек в частных домах престарелых и инвалидов, из-за чего общее число коек немного выросло.

В Украине, напротив, сокращение числа коек не было запланировано, а произошло, по большей части, вследствие прекращения центрального финансирования множества сельских участковых больниц (СУБ), родильных домов и отделений (из-за снижения рождаемости), а также фтизиатрических коек. Три четверти СУБ недостаточно загруженных и способных оказывать лишь первичную медицинскую помощь были закрыты в период с 2000 г. по настоящее время. Правда, в дальнейшем многие из них были преобразованы в пункты первичной медицинской помощи, которые, по-прежнему, мало оборудованы, что не даёт возможности реализовать стандарты диагностики и лечения, то есть снижает доступность здравоохранения [5]. В этом смысле отечественное, всё ещё советское, здравоохранение работает «от противного», то есть, то или иное ЛПУ лидирует не за счет своего преимущества, а за счет слабости других ЛПУ.

Какую же роль в данном соотношении сил играет сокращение больничных коек? В Эстонии сокращение части коек произошло в результате закрытия плохо оснащенных небольших больниц, однако в данном случае это было результатом продуманной политики по введению в 1994 г. системы аккредитации, которую эти больницы не прошли. [6]. В Республике Молдова местные органы власти преобразовали многие небольшие больницы в учреждения первичной медицинской помощи [7].

В Албании толчком к переменам стала угроза развала системы здравоохранения во время повсеместных противостояний в стране в начале 90-х гг. В это время многие медицинские работники вынуждены были покинуть сельские районы, где они работали в маленьких полуразрушенных больницах [8]. Впоследствии, благодаря крупному займу Всемирного банка многие из этих больниц были преобразованы в учреждения первичной медицинской помощи, некоторые

закрыты. Однако с 1994 г. реформы в стране замедлились, в том числе из-за непрекращающихся споров о том, какие учреждения следует финансировать, а какие закрыть.

Каковы же результаты закрытия маленьких сельских больниц? Во всем мире существование маленьких сельских больниц остаётся под угрозой. В 1993 г. было прекращено финансирование 52 сельских больниц в провинции Саскачеван (Канада), в каждой из которых насчитывалось менее 8 коек [9]. Большинство этих больниц впоследствии было преобразовано в центры первичной медицинской помощи. Выражались опасения, что закрытие больниц отрицательно скажется на здоровье населения, но, судя по отзывам местных жителей, этого не произошло. Хотя некоторые населенные пункты столкнулись с определенными сложностями, другие приспособились достаточно хорошо. Успеха удалось достичь там, где сильное местное руководство поддерживало принятие инновационных решений и где создавались доступные службы альтернативной медицинской помощи. Авторы пришли к выводу, что очень маленькие больницы мало влияют на уровень медицинской помощи в сельских районах. Наилучшая организация медицинской помощи достигается через творческий подход к организации первичной помощи, создание качественных служб неотложной помощи и эффективное обсуждение предполагаемых и осуществляемых реформ с населением. Исследование, проведенное в США [10], напротив, выявило существенные отрицательные последствия сокращения сельских больниц. Возникла нехватка и текучка врачей, появились трудности в связи с утратой местных пунктов неотложной помощи, увеличилось расстояние до ближайшей больницы. По мнению медицинских работников, больше всего это сказалось на уязвимых группах населения — пожилых, инвалидах и малоимущих, причем эти группы были в неблагоприятных условиях даже там, где больницы продолжали работать. Отсутствие транспорта и тяготы поездок снижают доступ к медицинской помощи для уязвимых групп. Авторы пришли к выводу, что необходимо решать проблемы с транспортом не только там, где больницы закрылись, но и там, где сельские больни-

цы продолжают работать. Однако в исследовании, изучавшем потоки больных после закрытия и перепрофилирования сельских больниц в Техасе в 1985-1990 гг. [11], этих проблем обнаружено не было. В ряде случаев уменьшилось количество врачей и больничных коек, но в целом доступность больничной помощи снизилась незначительно. Как и в провинции Саскачеван, развитие альтернативных медицинских учреждений позволило сохранить доступ к медицинской помощи в отдаленных сельских районах. Учитывая статусную роль больниц и их вклад в местную экономику, ясно, что закрытие больниц сказывается не только на медицинском персонале и больных. В США проводился опрос мэров тех поселков, где между 1980 и 1988 гг. были закрыты (и больше не открывались) единственные больницы. Типичная больница располагала 31 койкой, в сутки было занято в среднем 12 коек, половина всех больных проживала не менее, чем в 32 километрах от другой больницы. Из 132 закрытых больниц полностью не использовались только 38%, большинство же было перепрофилировано в другие медицинские учреждения, такие как амбулатории, дома престарелых и инвалидов и пункты неотложной помощи. Более 75% мэров этих поселков высказали мнение, что доступ к медицинской помощи после закрытия больниц ухудшился, что в наибольшей степени пострадали пожилые и малоимущие. Более 90% мэров считали, что закрытие больниц нанесло чувствительный удар по местной экономике.

Общим в приведенных примерах явилось перепрофилирование больниц в другие медицинские службы, которые и стали основным видом медицинской помощи в сельских районах. Техасское исследование, изучавшее больницы, закрытые в период с 1985 по 1990 гг. [12], показало, что перепрофилирование больниц в альтернативные медицинские учреждения чаще происходило там, где местная экономика была более благополучной, и где до этого существовало меньше альтернативных медицинских служб. Государственные больницы реже перепрофилировались при закрытии, чем частные некоммерческие.

В России с 2000 по 2012 год число больниц сократилось на 42% — с 10,7 до 6,2 тыс., а по-

ликлиник на 23% – с 21,3 до 16,5 тыс. И, естественно, на 19% сократилось число больничных коек. Если в 2000 году на 10 тыс. человек в стране приходилось 115 коек, то в 2012 году их было уже – 93. Такие данные обнародовал Росстат в ежегодном статистическом сборнике «Здравоохранение в России».

В одной только Новосибирской области зарегистрировано 17,52 койки на 1 тыс. жителей, что сравнимо со Швейцарией – там 18,3 (Организации экономического сотрудничества и развития – ОЭСР). Впрочем, подобная статистика не делает качество российского здравоохранения лучше, чем оно есть. В Европе, с ее известными успехами в области амбулаторного лечения, нет смысла в большом количестве стационаров. В то же время в Украине, да и в России, зачастую, госпитализируются больные из-за несостоятельности участковой службы, и поэтому пациент имеет все шансы оказаться на раскладушке в коридоре, так как коек на всех не хватает [13].

В Украине зарегистрирована 81 койка на 10 тысяч населения. Сумская область опережала, имея 87 коек на 10 000 человек, и, чтобы не проводить сокращение мест для больных, проведено перепрофилирование излишка коек в хосписы. На сегодняшний день данная область имеет всего 30 таких койко-мест, притом, что в ней насчитывается около 13 тысяч лежачих одиноких больных.

Какое же коечное соотношение Украины с другими странами? Первое место в мире по количеству больничных коек на 10 тысяч жителей занимает Япония (139). Далее в этом списке следуют КНДР (132 койки) и Белоруссия (112 коек). По информации ВОЗ, на каждые 10 тысяч жителей РФ приходится 97 мест в стационарах. Согласно ОЭСР на 1 000 населения больничных коек в Германии – 9,2, Франции – 8,4, Великобритании – 4,1, США – 3,6 и в Швейцарии – 5,0 (2011). В 1991 г в Швейцарии количество коек на 1 000 населения составляло – 19,9.

Необходимость в определённом количестве больничных коек обусловлено и количеством населения стран. По состоянию на 1 августа 2014 года, в Украине проживало менее 43 млн. человек, сообщили в Госслужбе статистики. Более точно, – 42 млн. 981 тыс. 850 жителей без учета населения Крыма. Кроме

того, численность населения продолжает падать на фоне естественной убыли и военного конфликта в восточных регионах. Так, по состоянию на 1 июля 2014 г. по сравнению с августом 2013 года украинцев стало меньше на 132,2 тыс. человек. В Госстате рассказали, что за первое полугодие 2014 г. в Украине умерло 379 691 тыс. человек, а родилось 276 512 тыс. детей [14].

Следующий вопрос касается результатов реформ. Увенчались ли успехом реформы по сокращению числа больничных коек? Если нет, то почему? Ответ опять-таки неоднозначен. Некоторые страны Западной Европы перестарались в сокращении числа больничных коек, и теперь испытывают их нехватку. К примеру, Ирландия [15], Дания, Великобритания [16] и Австралия [17] столкнулись с растущими очередями на госпитализацию, что привело к увеличению числа коек. Правда, сегодняшнему здравоохранению Украины это не грозит, так как госпитализация в бюджетные стационары круглосуточная, невзирая на силы и средства отдельно взятого стационара и здравоохранения в целом.

В Соединённом королевстве ситуация осложняется и тем, что в каждой из четырех её частей (Англия, Шотландия, Уэльс и Северная Ирландия) существует свой подход к решению данной проблемы. Например, увеличению числа больничных коек препятствует новая система финансирования капитального строительства, так как возрастание затрат на строительство сопряжено с тем, что новые больницы оказываются меньше прежних [18].

Ещё одна существенная проблема функционирования больничной койки – надежды на повышение эффективности работы больниц, благодаря сохранению потока пациентов, что, в целом, не оправдалось. С такими трудностями Англия столкнулась при открытии новых корпусов для плановых операций. Кое-где преобразования оказались еще более труднодостижимы. Опыт Западной Европы показал, что труднее всего сокращать количество коек в тех больницах, которыми владеют одни организации, а управляют – другие. Можно ожидать, что отмечающееся во многих странах увеличение самостоятельности больниц препятствует преобразованиям, так

как интересы отдельного учреждения ставятся выше интересов системы здравоохранения той или иной страны.

Больше всего шансов на успех преобразований оказались во Франции [19] и Испании [20]. Вопросы здравоохранения в этих странах решались и решаются на уровне региона, т.е. принимаются во внимание все больницы и другие медицинские учреждения региона. Кроме того, преобразования там подкрепляются постоянными инвестициями в учреждения альтернативной медицинской помощи. В некоторых странах Центральной и Восточной Европы с исходно высоким уровнем больничной помощи снижение конечного фонда шло тяжело. К примеру, в Венгрии сократить число коек удалось лишь незначительно. В ряде больниц количество коек сокращали согласно предписанию сверху. Пытались экономически стимулировать этот процесс путем введения системы клинично-затратных групп. Кроме того, поощряли местные инициативы по созданию альтернатив больничной помощи и повышению ее эффективности [21]. В Польше до конца 90-х гг. число больничных коек почти не менялось. Сокращение 13 033 больничных коек в период с 1998 по 2000 гг. (5,6% от общего числа) частично нивелировалось увеличением на 5200 числа коек для хронических больных [22].

Опыт реструктуризации больничного сектора в Центральной и Восточной Европе [23] выявил ряд неверно решенных вопросов. Кое-где не учитывалась специфика страны, в которой проводились реформы. Не везде к реформам были привлечены все заинтересованные стороны. Кроме того, не подтвердились высокие ожидания от рыночных механизмов. Сказалась также недостаточная согласованность механизмов стимулирования с проводимой политикой, а также нехватка кадров для осуществления реформ.

Одним из основных показателей, отражающим уровень развития страны, является обеспечение населения врачами. Германия опередила страны Европейского Союза по количеству врачей, сообщает Евростат. В этой стране более 281 тыс. практикующих врачей. Италия и Франция немного отстают – у них около 215 и 214 тыс. работников медицинской отрасли. По данным ВОЗ число вра-

чей на 10 тыс. населения в среднем в Европе составляет 36, в странах Восточной Европы – 33,2. Средний показатель для стран СНГ – 37,2. В Украине показатель обеспеченности врачами составляет 26,5 на 10 тыс. населения, сообщает пресс-служба МОЗ Украины. Ещё плачевнее обеспеченность средним медицинским персоналом, который составляет отношение врач-медицинская сестра – 1:1, в то время как в мире это отношение представлено 1:3-5. Не развит у нас и институт ухода за стационарными больными.

Несмотря на важную роль больниц в системе здравоохранения, исследований по преобразованию больниц проводится очень мало, причем большинство из них исходит из Канады и США. Тому есть несколько причин. Во-первых, лишь в некоторых странах имеется заинтересованность финансирующих организаций в исследованиях в области здравоохранения. Во-вторых, эти исследования требуют налаженной системы сбора информации, в идеале на популяционном уровне. В Европе такой системой располагают лишь несколько стран (например, скандинавские страны). Множество исследований больничной помощи проведено в США, однако этот опыт во многом опирается на специфические особенности американской рыночной системы здравоохранения, не имеющей обязательного медицинского страхования и поэтому малоприменимой для Европы (разве что в таких узких областях, как влияние на медицинский персонал). В связи с этим наиболее важным источником информации для Европы служит Канада, где не только произошло значительное сокращение больничных коек, вследствие закрытия больниц, но и проведены подробные исследования этих преобразований. Перед тем как ответить на главный вопрос – какие уроки можно вынести из опыта стран, существенно сокративших число больничных коек, – будет полезным вкратце рассмотреть два вопроса, касающиеся потребности в больничных койках. Первое. Сколько вообще нужно коек в том или ином регионе? На него нет однозначного ответа. Сказать можно только то, что потребность в больничных койках зависит от множества факторов. На некоторые из них системе здравоохранения повлиять нелегко (например, на струк-

туру заболеваемости и социальные группы обслуживаемого населения) [24]. На другие факторы повлиять как бы легче, например, на эффективность диагностики и лечения [25] и предоставление альтернатив больничной помощи [26]. Существует множество моделей, пытающихся учесть эти многочисленные факторы [27, 28]. Эти модели могут быть полезными, однако требуют множества параметров, которые оказываются, зачастую, недоступными. Таким образом, учитывая сложность взаимосвязей, точное определение потребности в больничных койках остаётся крайне затруднительным.

Следующий немаловажный вопрос. Какими методами можно снизить потребность в больничных койках? Самый эффективный, порой фантастический, способ – это улучшить здоровье населения, что мало вероятно и не зависит только от здравоохранения. В краткосрочной же перспективе эффективными могут быть две основные группы мер: сокращение числа госпитализаций и ранняя выписка. Данные об эффективности различных мер проанализировали Хеншер и соавт. [29]. В целом, необоснованные госпитализации легче всего предупредить путем аудита, то есть создания учреждений медицинского контроля и других служб для направления больных в нужные учреждения и по объективным показаниям. Число плановых госпитализаций можно сократить, если обследовать больных и лечить некоторые заболевания амбулаторно. Еще более результативной является политика, направленная на раннюю выписку больных. Для этого требуются альтернативные лечебные учреждения, такие как дома престарелых и инвалидов и службы, осуществляющие лечение на дому. Однако авторы пришли к выводу, что большая часть мероприятий лишь дополняет больничную помощь, а не заменяет ее, общий объем работы при этом увеличивается. К тому же помощь на дому обходится не дешевле больничной помощи, а часто превосходит ее по стоимости. Кохрановский обзор эффективности планирования помощи при выписке [30] показал, что оно позволяет сократить длительность госпитализации, и может снижать частоту повторных госпитализаций. Хотя экономический анализ не выявил снижения

затрат на медицинскую помощь при таком планировании. В другом обзоре сравнивалось обычное стационарное лечение со схемами, сочетающими лечение в больнице с лечением на дому [31]. Сделан вывод, что хотя такие схемы и сокращают длительность госпитализации, но они продлевают общую продолжительность лечения и к экономии средств также не приводят. Все больше исследований посвящено стандартизованному лечению, которое применяется при распространённых заболеваниях и заключается в строгом выполнении стандарта. Такое лечение требует системной реорганизации и согласованной работы всех необходимых служб. Показано, что стандартизованное лечение сокращает сроки госпитализации и расходы.

Ещё одна важная проблема – влияет ли сокращение больничных коек на доступность и качество медицинской помощи? Ответ на этот вопрос изучался, в основном, в Канаде в Виннипеге (провинция Манитоба), то есть в том городе, где были предложены критерии антибактериальной терапии инфекционного обострения ХОБЛ («Виннипегские критерии»). Безусловно, и прежде всего, следует учитывать, что Канадская система здравоохранения финансируется государством, то есть имеет обязательное медицинское страхование, а медицинское обслуживание находится в ведомстве местных провинциальных властей, а не федерального правительства. Системы здравоохранения каждой провинции или территории связаны едиными принципами, которые устанавливаются на общегосударственном уровне. Так вот, с 1991 по 1993 гг. в Виннипеге было сокращено до 10% больничных коек. Исследование показало, что доступность больничной помощи не уменьшилась, так как увеличилось число амбулаторных операций и ранних выписок [32]. Качество медицинской помощи (оцениваемое по смертности в течение трёх месяцев после выписки из госпиталя), частота повторных госпитализаций (в течение 30 дней после выписки) и обращаемость к врачам (в течение 30 дней после выписки) не изменились. Не изменилось и состояние здоровья населения Виннипега, оцениваемое по преждевременной смертности. Контрольное исследование [33] было проведено в 1995-1996 гг. Оно под-

твердило сокращение стационарной помощи наряду с ростом амбулаторных операций, ранних выписок и заметным увеличением коечного фонда домов престарелых и инвалидов. Также увеличилось количество некоторых вмешательств, включая операции на сердце и удаление катаракты. Как и в первом исследовании, качество помощи (оцениваемое по смертности и частоте повторных госпитализаций) после сокращения коек не изменилось. В исследовании пристальное внимание было уделено двум уязвимым группам населения — пожилым и малоимущим. Показано, что доступность и качество помощи обеим группам остались прежними. В другом канадском исследовании [34] проанализировано влияние тридцатипроцентного сокращения коек в отделениях краткого пребывания на доступность помощи для пожилого населения Британской Колумбии. Анализировались две группы больных.

В первую входили те, кто был старше 65 лет в 1986 г., т.е. до значительного сокращения коечного фонда, во вторую — такие же больные в 1993 г., т.е. после сокращения. Общие изменения в оказании медицинской помощи были небольшими, что свидетельствует о том, что сокращение больничных услуг почти не отразилось на пожилых. Что касается полнообъемной длительной стационарной помощи, во второй группе больных стандартизованная по возрасту смертность была выше.

В Англии, напротив, долговременная программа сокращения числа коек серьезно отразилась на способности системы здравоохранения к неотложной госпитализации больных [35]. Наибольшие трудности возникали во время вспышек острых респираторных заболеваний, особенно зимой, в связи с чем появилось выражение «зимние перегрузки». В одном подробном исследовании, касавшемся английских госпиталей в середине 80-х гг. [36], было показано, что сокращение относительно небольшого числа терапевтических и хирургических коек незамедлительно привело к неспособности больниц принять больных с острыми заболеваниями. Одна из причин особой уязвимости Великобритании к таким трудностям заключается в давнем стремлении к повышению «эффективности»

больниц, трактуемой как занятость коек 90% и более (хотя математические модели показывают, что занятость коек свыше 85% значительно увеличивает риск периодической нехватки коек и неспособности госпитализировать больных с острыми заболеваниями) [37].

Учитывая значительную занятость больничных коек умирающими больными, возникает вопрос: не скажется ли сокращение коек на этой группе больных? Проведенное в 90-х гг. в Альберте (Канада) исследование [38] показало, что сокращение коек на 50% привело к сокращению смертей в больнице на 18,5% и уменьшению длительности последней госпитализации на 83,3%. Эти показатели частично уменьшились, когда число коек стало снова расти. Более половины больных, умерших во время своего последнего пребывания в больнице, получали только сестринский уход без каких-либо диагностических и лечебных вмешательств. Правда нет информации, были ли у них уже установлен диагноз, и вообще какой процент клинико-патологоанатомических расхождений. Тем не менее, авторы пришли к выводу, что доступность коек влияла только на частоту и среднюю продолжительность госпитализаций, а выбор лечения у тяжелобольных и умирающих от нее не зависел.

Актуален и другой вопрос: приводит ли сокращение стационарных коек к экономии средств? Проведенные в 80-х гг. в Великобритании исследования показали, что в связи с затратами на альтернативную помощь, экономия средств от сокращения коек составила лишь 20% от расчетной [39]. В нескольких североамериканских исследованиях раскрыто, что вопреки ожиданиям, сокращение коечного фонда больниц привело к повышению затрат на стационарное лечение одного больного. В одном случае это было результатом закрытия маленькой больницы, из-за чего больные стали лечиться в более дорогих больницах на базе учебных учреждений [40]. В другом случае, сокращение коек привело к снижению числа госпитализаций, однако средняя продолжительность пребывания в больнице выросла [41]. В результате затраты на лечение одного больного увеличились. Аналогичным образом в 80-х гг. в Калифор-

нии сокращение числа госпитализаций на 11% привело к повышению затрат на одного больного на 22% [42]. Эти исследования отражают важный факт: первые дни пребывания в больнице связаны с наибольшими затратами, а стоимость последующего пребывания в больнице обычно невелика. Поэтому ранняя выписка больных дает лишь небольшую экономию. При ранней выписке в больницах увеличивается доля только что поступивших и наиболее тяжелых больных, из-за этого нагрузка на персонал, связанная с оказанием помощи одному больному, возрастает.

А как же влияет сокращение коечного фонда на персонал? Множество данных указывает на то, что сокращение коечного фонда больницы отрицательно сказывается на оставшемся персонале, особенно переведенным на другие рабочие места [43]. Эти нежелательные последствия усиливаются плохой кадровой политикой и возрастающей производственной нагрузкой [44]. Однако при внимательном и объективном отношении к персоналу ротационные перестановки могут быть плодотворными. В этом случае сотрудники, переведенные на другую должность, получают больше удовлетворения от работы и испытывают меньшие перегрузки.

Выводы:

Хотя в 90-е гг. прошлого столетия число больничных коек сократилось во многих странах, международные сравнения проводить трудно из-за различий в методах подсчета. Кроме того, число коек — плохой показатель

возможностей системы здравоохранения, поскольку койка только тогда отражает эти возможности, когда подкреплена необходимым персоналом и оборудованием. Потребность страны в больничных койках зависит от множества условий, включая структуру заболеваемости и доступность альтернативных учреждений медицинской помощи.

Сегодня некоторые страны имеют избыток больничных коек, а другие, наоборот, восполняют нехватку, вызванную предшествующими сокращениями. Успешность сокращения коечного фонда зависит от исходного количества коек. Сокращение коек должно сочетаться с политикой, направленной на предупреждение ненужных госпитализаций, повышение эффективности стационарной помощи и содействие быстрой выписке. Для этого часто требуется развитие альтернативных медицинских служб, поэтому общие затраты на здравоохранение не уменьшаются. Сокращение больничного коечного фонда часто отрицательно сказывается на медицинском персонале. Популяризация реформ и понимание того, что сокращения приведут к росту нагрузки на работников, могут помочь в решении этих проблем.

В заключение следует также отметить, что опыт сокращения стационарных коек часто не оправдывал ожидания, а качество помощи, особенно её доступность, снижалось. Более того, обещанные экономические выгоды, так и не были достигнуты (Информационная сеть по вопросам здравоохранения Health Evidence Network, 2003 г.).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ходош, Э. М. Больница и больничная койка / Э. М. Ходош // Новости медицины и фармации. 2014. 3 (487): 22-24.
2. Hjortsberg C, Ghatnekar O. Health care systems in transition: Sweden. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems. – 2001 Режим доступа : http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_11, последнее обновление 5 июля 2003 – свободный.
3. Vallgarda S, Krasnik A, Vrangbsek K. Health care systems in transition: Denmark. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems. 2001 Режим доступа : http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_44, последнее обновление 5 июля 2003, свободный. – Загл. с экрана.
4. Hensher M, Edwards N. Hospital provision, activity, and productivity in England since the 1980s. / M. Hensher, N. Edwards // BMJ. 1999. 319: P. 911-914.
5. «Реформа здравоохранения: уроки «пилотирования» – отчет «CASE Украина» 2015 – Режим доступа : <http://www.the-medical-practice.com/news/case1>, свободный. – Загл. с экрана.
6. Jesse M. Health care systems in transition: Estonia. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000 – Режим доступа : http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_42, последнее обновление 5 июля 2003, свободный. – Загл. с экрана.
7. Cercone, J. The elements of health care system reform in Moldova / J. Cercone, J. Godhino // Eurohealth, 2001. 7 (3): 40-41.
8. Nuri, B. Restructuring hospitals in Albania. / B. Nuri // Eurohealth. 2001. 7 (3): 47-50.
9. Impact of rural hospital closures in Saskatchewan, Canada / L. Liu [et al.] Social Science & Medicine. 2001. 52: 1793-1804.
10. Reif SS, DesHarnais S, Bernard S. Community perceptions of the effects of rural hospital closure on access to care. The Journal of Rural Health. – 1999. 15: 202-209.
11. McKay, N.L. Access implications of rural hospital closures and conversions / N.L. McKay, J.A. Coventry // Hospital & Health Services Administration. 1995. 40: 227-246.
12. McKay, N.L. Rural hospital closures: determinants of conversion to an alternative health care facility / N.L. McKay, J.A. Coventry // Medical Care, 1993. 31: 130-140.
13. Здравоохранение: последние изменения 24.02.2014. Рубрика основана на материалах работы Александра Гражданкина и Сергея Кара-Мурзы «Белая книга России. Строительство, перестройка и реформы: 1950-2012 гг.» 2015 – Режим доступа : <http://centero.ru/whitebook/zdravookhranenie-poslednie-izmeneniya>, свободный. – Загл. с экрана.
14. Реформа с прицелом, мишень – человек. 07.07.2014. Сергей Кузбасский.
15. Department of Health and Children. Acute hospital bed capacity: a national review. Dublin, Stationery Office, 2002.
16. Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services [consultation document on the findings of The National Beds Inquiry]. London, Department of Health. 2000.
17. Cameron, P.A. Access block: problems and progress. The Medical Journal of Australia / P.A. Cameron. – 2003. 178: 99-100.
18. The private finance initiative: NHS capital expenditure and the private finance initiative – expansion or contraction? / D. Gaffney [et al.] // BMJ. 1999. 319: 48-51.
19. McKee, M., Healy J. Råorganisation des systèmes hospitaliers: leçons tirées de l'Europe de l'Ouest // Revue Médicale de l'Assurance Maladie. 2002. 33: 31-36.
20. Rico A, Sabes R, Wisbaum W. Health care systems in transition: Spain. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000 (<http://euro.who.int/observatory/>

- hits/20020524_13, последнее обновление 5 июля 2003).
21. Orosz, E. Hospitals in Hungary: the story of stalled reforms. *Eurohealth* / E. Orosz, I. Hollî. 2001. 7 (3): 22-25.
 22. Kozierekiewicz A., Karski J. Hospital sector reform in Poland. *Eurohealth* 2001. 7 (3): 32-35.
 23. Healy, J. Implementing hospital reform in central and eastern Europe / J. Healy, M. McKee // *Health Policy*, 2002. – № 61. – P. 1-19.
 24. McKee M et al. Pressures for change. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002: 36-58.
 25. Healy J, McKee M. Improving performance within the hospital. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002: 205-225.
 26. Hensher M, Edwards N. The hospital and the external environment: experience in the United Kingdom. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press. 2002: 83-99.
 27. Millard PH, McClean S, eds. *Modelling hospital resource use: a different approach to the planning and control of health care systems*. London, Royal Society of Medicine Press. 1994.
 28. Health service capacity modelling / P. Trye [et al.] // *Australian Health Review*. 2002. 25: 159-168.
 29. M. Hensher Better out than in? Alternatives to hospital care. *BMJ*. 1999. 319: 1127-1130.
 30. Parkes J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(2).
 31. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in patient hospital care (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(2).
 32. Roos N.P., Shapiro E. Using the information system to assess change: the impact of downsizing the acute sector. *Medical Care*. 1995. 33(12) 109-126.
 33. Brownell M.D., Roos N.P., Burchill C. Monitoring the impact of hospital downsizing on access to care and quality of care. *Medical Care*. 1999. 37(6): 135-150.
 34. Sheps S. B. Hospital downsizing and trends in health care use among elderly people in British Columbia // *Canadian Medical Association Journal*. 2000. 163: 397-401.
 35. Hanratty B., M. Robinson Coping with winter bed crises / B. Hanratty // *BMJ*. 1999. 319: 1511-1512.
 36. Petty, R., M. Gumpel Acute medical admissions: changes following a sudden reduction in bed numbers at Northwick Park Hospital // *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 1990. 24: 32-35.
 37. Bagust, A. Place M., J. W. Posnett Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model // *BMJ*. 1999. 319: 155-158.
 38. Wilson, D.M., Truman C.D. Does the availability of hospital beds affect utilization patterns? The case of end of life care // *Health Services Management Research*. 2001. 14: P. 229-239.
 39. Beech R., Larkinson J. Estimating the financial savings from maintaining the level of acute services with fewer hospital beds // *The International Journal of Health Planning and Management*. 1990. 5: 89-103.
 40. Shepard D.S. Estimating the effect of hospital closure on area wide inpatient hospital costs: a preliminary model and application // *Health Services Research*. 1983. 18: 513-549.
 41. Shanahan M, Brownell M.D., Roos N.P. The unintended and unexpected impact of downsizing: costly hospitals become more costly. *Medical Care*. 1999. 37(6 Suppl.): 123-134.
 42. Comparison of hospital costs in California, New York, and Canada / J. Zwanziger [et al.] // *Health Affairs*. 1993. 12: 130-139.
 43. Downsizing initiated job transfer of hospital nurses: how do the job transferees fare? / Stassen M. Armstrong // *Journal of Health and Human Services Administration*. 2001 23(4): 470-489.
 44. The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital based nurses / H. Davidson [et al.] // *Medical Care*. 1997. 35: 634-645.

REFERENCES:

1. Khodosh E.M., Hospital and Hospital Bed // *News of medicine and pharmacy*. 2014. 3 (487): 22-24.
2. Hjortsberg C, Ghatnekar O. Health care systems in transition: Sweden. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems. – 2001 Access: http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_11, last updated on July 5, 2003 – free.
3. Vallgarda S, Krasnik A, Vrangbsek K. Health care systems in transition: Denmark. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems. 2001 Access: http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_44, last updated on July 5, 2003, free. – Caps. screen.
4. Hensher M, Edwards N. Hospital provision, activity, and productivity in England since the 1980s. /M. Hensher, N. Edwards // *BMJ*. 1999. 319: R. 911-914.
5. The “Health Care Reform: Lessons” piloting “– report» CASE Ukraine “2015 – Access: <http://www.the-medical-practice.com/news/case1>.
6. Jesse M. Health care systems in transition: Estonia. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000 – Access: http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_42, last updated on July 5, 2003.
7. Cercone, J. The elements of health care system reform in Moldova / J. Cercone, J. Godhino // *Eurohealth*, 2001. 7 (3): 40-41.
8. Nuri, B. Restructuring hospitals in Albania. / B. Nuri // *Eurohealth*. 2001. 7 (3): 47-50.
9. Impact of rural hospital closures in Saskatchewan, Canada / L. Liu [et al.] *Social Science & Medicine*. 2001. 52: 1793-1804.
10. Reif SS, DesHarnais S, Bernard S. Community perceptions of the effects of rural hospital closure on access to care. *The Journal of Rural Health*. – 1999. 15: 202-209.
11. McKay, N.L. Access implications of rural hospital closures and conversions / NL McKay, J.A. Coventry // *Hospital & Health Services Administration*. 1995. 40: 227-246.
12. McKay, N.L. Rural hospital closures: determinants of conversion to an alternative health care facility / N.L. McKay, J.A. Coventry // *Medical Care*, 1993. 31: 130-140.
13. Health: recent changes 24.02.2014. Category based on the material and the work of Alexander Grazhdankina Sergei Kara-Murza “The White Book of Russia. Building, restructuring and reform: the 1950-2012 years. “2015 – Access: <http://centero.ru/white-book/zdravookhranenie-poslednie-izmeneniya>, free. – Caps. screen.
14. Reform with a view, a target – man. 07/07/2014. Sergei Kuzbass.
15. Department of Health and Children. Acute hospital bed capacity: a national review. Dublin, Stationery Office, 2002.
16. Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services [consultation document on the findings of The National Beds Inquiry]. London, Department of Health. 2000.
17. Cameron, P.A. Access block: problems and progress. *The Medical Journal of Australia* / P.A. Cameron.– 2003. 178: 99-100.
18. The private finance initiative: NHS capital expenditure and the private finance initiative – expansion or contraction? / D. Gaffney [et al.] // *BMJ*. 1999. 319: 48-51.
19. McKee, M., Healy J. Råorganisation des systèmes hospitaliers: leçons tirées de l’Europe de l’Ouest // *Revue Médicale de l’Assurance Maladie*. 2002. 33: 31-36.
20. Rico A, Sabes R, Wisbaum W. Health care systems in transition: Spain. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000 (http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_13, last updated on July 5, 2003).

21. Orosz, E. Hospitals in Hungary: the story of stalled reforms. *Eurohealth* / E. Orosz, I. Hollı. 2001, 7 (3): 22-25.
22. Kozierekiewicz A., Karski J. Hospital sector reform in Poland. *Eurohealth* 2001. 7 (3): 32-35.
23. Healy, J. Implementing hospital reform in central and eastern Europe / J. Healy, M. McKee // *Health Policy*, 2002. – № 61. – P. 1-19.
24. McKee M et al. Pressures for change. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002: 36-58.
25. Healy J, McKee M. Improving performance within the hospital. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002: 205-225.
26. Hensher M, Edwards N. The hospital and the external environment: experience in the United Kingdom. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press. 2002: 83-99.
27. Millard PH, McClean S, eds. *Modelling hospital resource use: a different approach to the planning and control of health care systems*. London, Royal Society of Medicine Press. 1994.
28. Health service capacity modelling / P. Trye [et al.] // *Australian Health Review*. 2002. 25: 159-168.
29. M. Hensher Better out than in? Alternatives to hospital care. *BMJ*. 1999. 319: 1127-1130.
30. Parkes J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003 (2).
31. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus inpatient hospital care (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003 (2).
32. Roos NP, Shapiro E. Using the information system to assess change: the impact of downsizing the acute sector. *Medical Care*. 1995. 33 (12) 109-126.
33. Brownell MD, Roos NP, Burchill C. Monitoring the impact of hospital downsizing on access to care and quality of care. *Medical Care*. 1999. 37 (6): 135-150.
34. Sheps SB Hospital downsizing and trends in health care use among elderly people in British Columbia // *Canadian Medical Association Journal*. 2000. 163: 397-401.
35. Hanratty B., M. Robinson Coping with winter bed crises / B. Hanratty // *BMJ*. 1999. 319: 1511-1512.
36. Petty, R., M. Gumpel Acute medical admissions: changes following a sudden reduction in bed numbers at Northwick Park Hospital // *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 1990. 24: 32-35.
37. Bagust, A. Place M., JW Posnett Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model // *BMJ*. 1999. 319: 155-158.
38. Wilson, D.M., Truman C.D. Does the availability of hospital beds affect utilization patterns? The case of end of life care // *Health Services Management Research*. 2001. 14: P. 229-239.
39. Beech R., Larkinson J. Estimating the financial savings from maintaining the level of acute services with fewer hospital beds // *The International Journal of Health Planning and Management*. 1990. 5: 89-103.
40. Shepard D.S. Estimating the effect of hospital closure on area wide inpatient hospital costs: a preliminary model and application // *Health Services Research*. 1983. 18: 513-549.
41. Shanahan M, Brownell M.D., Roos N.P. The unintended and unexpected impact of downsizing: costly hospitals become more costly. *Medical Care*. 1999. 37 (6 Suppl.): 123-134.
42. Comparison of hospital costs in California, New York, and Canada / J. Zwanziger [et al.] // *Health Affairs*. 1993. 12: 130-139.
43. Downsizing initiated job transfer of hospital nurses: how do the job transferees fare? / Stassen M. Armstrong // *Journal of Health and Human Services Administration*. 2001 23 (4): 470-489.
44. The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital based nurses / H. Davidson [et al.] // *Medical Care*. 1997. 35: 634-645.

УДК 613.6.01 614.23

*Камышникова Л.А.,
Макарян Б.С.*

**ОЦЕНКА СОБЛЮДЕНИЯ
ПРИНЦИПОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА
ЖИЗНИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ
И ОЦЕНКА РИСКА
КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ
НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА**

Камышникова Людмила Александровна, к.м.н., старший преподаватель кафедры факультетской терапии Медицинского института, НИУ «БелГУ»
308015, г. Белгород, ул. Победы, 85, Россия
E-mail: kamyshnikova@bsu.edu.ru

Макарян Борис Сангвелович, студент стоматологического факультета Медицинского института, НИУ «БелГУ»
308015, г. Белгород, ул. Победы, 85, Россия
E-mail: makpet_93@mail.ru

Аннотация

В статье приведены данные анализа соблюдения здорового образа жизни, а также оценка риска кардиоваскулярной патологии у 114 студентов Медицинского института в зависимости от гендерных особенностей и специализации. Исследование показало, что более 90% студентов медицинского института правильно оценивали свое здоровье. Выявлена слабая приверженность к принципам здорового образа жизни среди студентов. Сочетание 2 и более кардиоваскулярных факторов риска выявлено в 33,5% случаев, что свидетельствует о необходимости мер первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте. Студенты обладают знаниями о здоровом образе жизни, но не достаточно используют их в повседневной жизни.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, риск кардиоваскулярной патологии, студенты медицинского института.

UDC 613.6.01 614.23

*Kamyshnikova L.A.,
Makaryan B.S.*

**ASSESSMENT OF COMPLIANCE
WITH THE PRINCIPLES OF A HEALTHY
LIFESTYLE AT A YOUNG AGE
AND CARDIOVASCULAR RISK
ASSESSMENT IN THE EXAMPLE
OF STUDENTS OF THE INSTITUTE
OF MEDICINE**

Kamyshnikova Lyudmila Aleksandrovna, *PhD in Medicine, Senior Lecturer*
Department of Faculty Therapy, The Institute of Medicine
Belgorod State National Research University; 85 Pobedy St., Belgorod, 308015, Russia
E-mail: kamyshnikova@bsu.edu.ru

Makaryan Boris Sangvelovich, *Student, the Faculty of Dentistry*
Institute of Medicine

Belgorod State National Research University; 85 Pobeda St., Belgorod, 308025, Russia
E-mail: makpet_93@mail.ru

АННОТАЦИЯ

The article discusses the data analysis of compliance with a healthy lifestyle, as well as the assessment of cardiovascular risk in 114 medical students, depending on the gender and expertise. The study showed that more than 90% of students of the Institute of Medicine assessed their health correctly. There was detected a weak commitment to the principles of a healthy lifestyle among students. The combination of 2 or more cardiovascular risk factors was found in 33.5% of cases, highlighting the need for primary prevention of cardiovascular disease at a young age. Students have knowledge about healthy lifestyle, but not enough to use it in everyday life.

Keywords: healthy lifestyle; cardiovascular risk; medical students.

Введение Здоровье и здоровый образ жизни (ЗОЖ) одни из самых актуальных проблем современности. Однако эти понятия не имели и не имеют конкретного научного определения. Согласно Всемирной Организации Здравоохранения, здоровье человека является не только медико-биологической, но и социальной категорией, определяемой природой и характером общественных отношений [2, 5].

Наиболее актуальна тема здоровья для молодежи, так как она является основой и будущим общества. В студенческие годы происходит утрата стабильных социально-психологических ориентиров, изменяются ценности, а вместе с ними и представления об идеалах и нормах [4, 7]. Процессы, происходящие в современном обществе, ведут к возникновению противоречий между представлениями студенческой молодежи о здоровье и его месте в системе жизненных ценностей [8]. Эти явления повышают личную ответственность в отношении своего здоровья и здорового образа жизни, а также влияния окружающих факторов на развитие и самосохранение.

Охрана здоровья студентов является одной из важнейших задач общества и объектом внимания в сфере здравоохранения и образования. Ежегодно во всем мире ведутся разработки эффективных систем формирования здорового образа жизни и сохранения трудового потенциала молодого населения.

Исходя из патофизиологических особенностей развития многих заболеваний, первичная профилактика является актуальной и своевременной уже в молодом возрасте. Патологии сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, нервной и эндокринной систем, как и другие болезни непосредственно зависят от характеристик здорового образа жизни. При лечении данных заболеваний именно их подвергают коррекции: регулируют режим труда и отдыха, организацию питания, сна, двигательной активности, проводятся работы над профилактикой вредных привычек, психофизической регуляцией организма, культурой сексуального поведения и личной гигиены [3]. Исходя из этого, можно избежать развития многих заболеваний, ведя здоровый образ жизни и, в зависимости от предрасполагающих факторов, корректировать характеристики

под конкретного индивида. Исследования, посвященные месту здоровья в системе жизненных ценностей молодого поколения, анализу образа жизни молодежи, комплексным понятиям здоровье и здоровый образ жизни являются не только актуальными, но и необходимыми [1].

Особый интерес представляет охрана здоровья и трудового потенциала студентов медицинских вузов, ведь усвоение принципов здорового образа жизни важно не только для самосохранения учащихся, но и для профессиональной деятельности в дальнейшем [3, 6].

Цель исследования проанализировать соблюдения принципов здорового образа жизни у студентов Медицинского института в зависимости от гендерных особенностей и специализации, а также оценить риск кардиоваскулярной патологии у студентов.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Медицинского института, НИУ «БелГУ». Всего в исследование включено 114 студентов Медицинского института. Все студенты были разделены на 2 группы в зависимости от факультета. В первую группу вошло 68 человек – студенты факультета лечебного дела и педиатрии, во вторую группу студенты стоматологического факультета – 46 человек. Далее каждую из групп разделили на две подгруппы по полу: 38 девушек и 30 юношей факультета лечебного дела и педиатрии; 24 девушки и 22 юноши стоматологического факультета. Возраст опрашиваемых был от 20 до 23 лет. Средний индекс массы тела «индекс Кетле» исследуемых составил 21,4.

С помощью анонимного анкетирования у студентов оценивали мнения: о здоровом образе жизни и его значимость в системе ценностей; о состоянии своего здоровья; о причинах, вызывающих у них стресс; о том, что в них побуждает поддерживать физическую форму и об актуальных проблемах современной молодежи. Кроме того, производился опрос о приверженности к здоровому рациону и режиму питания, сна, занятию спортом и об оценке средней двигательной активности. Уточнялась наследственная предрасположенность к заболеваниям сердечно-сосудистой системы, знание своего артериального давления и уровня холестерина в крови, наличие вредных привычек.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0. Сравнения групп проводили по критериям t Стьюдента и Манна-Уитни-Вилкоксона. В работе приведены среднее арифметическое и его ошибка. Критическое значение уровня значимости принимали равным 0,05.

Результаты исследования. Анализ анкетного опроса показал, что выражение «Здоровый образ жизни» отражает у 100% студентов отказ от вредных привычек и соблюдения режима и рациона питания, по остальным пунктам мнения различались как среди факультетов, так и по гендерной принадлежности (таблица 1).

Таблица 1

Результаты анкетирования о понятии «Здоровый образ жизни»

Table 1

The results of a questionnaire survey on the concept of "healthy lifestyle"

Варианты ответов	Студенты факультета «Лечебное дело и педиатрия»		Студенты факультета «Стоматология»	
	Женский пол (%)	Мужской пол (%)	Женский пол (%)	Мужской пол (%)
Соблюдение режима дня	63,2	86,7	65,8	91
Соблюдение правил гигиены	86,8	93	97,5	86,3
Активная жизненная позиция	44,7	66,7	37,5	68,2
Отсутствие беспорядочной половой жизни	50	83,3	29	72,3
Занятия спортом, поддержание оптимальной физической формы	94,7	90	91,7	95,5

Сравнивая ответы на этот вопрос, видно, что у мужской половины более широкие представления о значении темы.

На вопрос, считают ли они необходимым придерживаться принципов здорового образа жизни, 23,7% студенток лечебного дела и 41,7% стоматологии ответили, что это важно, но не главное в жизни. Этого же мнения, в 26,7% у факультета лечебного дела и в 31,8% у стоматологов, придерживались представители мужского пола.

Сравнительный анализ между мнением о своем здоровье и вопросами, направленными на выяснение состояния здоровья, а именно: как часто болеют за год, был ли им поставлен диагноз хроническое течение болезни, как часто принимают лекарственные средства, имеются ли какие заболевания, наследственная предрасположенность и т.д., показал, что более 90% студентов медиков правильно расценивали свое здоровье. Так, 60,5% студенток факультета лечебного дела и 54,2% стоматологии считали, что у них хорошее состояние здоровья, 31,6% и 41,7% соответственно факультетам удовлетворительно, а остальные расценивали

как слабое. Опрошенные студенты медицинского института оценили свое здоровье как удовлетворительное в 40% с каждого факультета, остальные оценивали состояние здоровья как хорошее.

В ходе изучения наследственной предрасположенности студентов к заболеваниям сердечно-сосудистой системы выявлено, что 30,7% исследуемых студентов имеют наследственную предрасположенность, 10,5% из них отмечали боли в области груди. Уровень собственного артериального давления не знали 20% учащихся на факультете лечебное дело, 29% студенток и 22,3% студентов стоматологов. Все опрошенные независимо от пола и факультета в 100% случае не знали свой уровень холестерина в сыворотке крови. Данные свидетельствуют о необходимости мер первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в молодом возрасте для снижения кардиоваскулярного риска.

Исследуя рацион и режим питания было установлено, что по мнению студентов лишь 23% представителей мужского пола и 11,3% женского пола питались правильно. 60,5% представительниц лечебного дела и 54,2%

стоматологии ответили, что не всегда придерживаются рационального питания. Так же ответили 63,3% мужской половины факультета лечебного дела и 72,3% стоматологов. Ответ, питаюсь не правильно, дали 41,7% студенток и 22,7% студентов стоматологов, 31,6% студенток и 20% студентов лечебного дела. При изучении частоты употребления продуктов питания и приверженности вкусовых предпочтений студентов, оказалось, что более 60% исследуемых питались не рационально – «не правильно».

Здоровый образ жизни несовместим с вредными привычками. Употребление алкоголя, наркотических веществ, табака входит в число важнейших факторов риска многих заболеваний, негативно отражающихся на здоровье студентов. Несмотря на то, что 100% исследуемых на вопрос, что отражает содержание выражения «Здоровый образ жизни» ответили – отказ от вредных привычек, анализ анкетирования показал, что более 80% студентов употребляют алкогольные напитки, 30,7% курят, при этом «курили, но бросили» ответило 18% студенток и 21% студентов. На этом фоне наблюдается недостаточная эффективность пропаганды здорового образа жизни средствами массовой информации, преподавателями физического воспитания, медицинскими работниками.

Сочетание 2 и более кардиоваскулярных факторов риска выявлено в 33,5% случаев, наличие одного фактора риска у подавляющего большинства студентов, что свидетельствует о необходимости мер первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте.

Выявлена слабая приверженность к принципам здорового образа жизни. Необходимо снижение факторов модифицируемых риска ССЗ у студентов медицинского института, что говорит о необходимости внедрения государственных и социальных программ предупреждения болезней сердца и сосудов у молодежи.

Изучая режим двигательной активности респондентов, выяснили, что 29% студенток факультета лечебного дела и 25% – стоматологии регулярно занимаются спортом. Среди представителей мужского пола регулярно тренируются 20% лечебников и 36,4% стоматологов. Не регулярно спортом занимается 41% исследуемых из факультета лечебного дела, 50% студенток и 41% студентов стоматологов. Остальные представительницы женского пола, 40%

мужской половины лечебного дела и 22,7% стоматологии не занимаются спортом.

Также студенты оценили свою среднюю двигательную активность в день. Недостаток двигательной активности (ходьба менее 2,9 км в сутки) выявлен у 29% студенток лечебного дела и педиатрии и у 12% среди стоматологов, среди юношей в 10%.

Исследуя двигательную активность, был проведен опрос о возможных причинах, побуждающих участников анкетирования поддерживать свое физическое состояние.

Исходя из полученных данных, основная причина, побуждающая заниматься спортом, является поддержание «внешних» форм, а именно пропорции телосложения, красивая фигура. «Уверенно чувствовать себя среди других людей» – у 62% юношей. «Поддержание внешних форм» – у 68% студенток факультета лечебного дела и у 72,7% факультета стоматологии. Таким образом, по сравнению с женской половиной, мужчины расценивают крепкую физическую форму, как способ уверенно чувствовать себя в обществе и быть популярным в ней. «Стремление достигнуть высоких спортивных результатов» ответили менее 7% опрошенных. Возможно, такое положение вызвано ограниченными знаниями по физическому воспитанию.

На вопрос, часто ли вы подвергаетесь стрессам, положительно ответили 63% исследуемых, лишь 22,5% представительниц женского пола считают, что не подвергаются стрессам. По мнению остальных респондентов, они переносят стрессы время от времени. Во время анкетирования студенты отмечали причины, которые вызывают у них стресс (таблица 2).

Анализируя полученные результаты видно, что стрессы и стрессовые ситуации – неотъемлемая часть обучения в медицинском институте. Перегруженность, напряженный режим учебного труда – основные причины стресса у 71% девушек факультета лечебного дела и у 62,5 % факультета стоматологии. Кроме предложенных причин 31,6% анкетированных студентов отметили, что часто подвергаются стрессам при вождении автомобиля. Таким образом, среди причин стрессов доминируют проблемы с учебой, потом проблемы в семье, причем цифры достоверно выше у лиц женского пола. Все это может приводить к возникновению астенических состояний студентов.

Таблица 2

**Причины, вызывающие стресс у студентов медицинского института
НИУ «БелГУ»**

Table 2

Reasons of stress in the students of the Institute of Medicine

Причины	Студенты факультета «Лечебное дело и педиатрия»		Студенты факультета «Стоматология»	
	Женский пол(%)	Мужской пол(%)	Женский пол(%)	Мужской пол(%)
Финансовые трудности	42	33,3	25	22,7
Проблемы в коллективе	31,6	13,3	12,5	20,8
Проблемы в семье	68,4	56,7	45,8	31,8
Одиночество	34,2	13,3	29	18
Проблемы с учебой, напряженный режим учебного труда	71	46,7	62,5	54,5

На вопрос «Актуальные проблемы психологического и эмоционального здоровья молодежи» были получены следующие данные. По мнению женской половины респондентов это: депрессия – 90,3%, замкнутость – 72,5%, проблемы общения в семье и с ровесниками – 64,5%, склонность к суициду – 60,5%. По мнению мужской половины: развязность – 77%, проблемы общения в семье и с ровесниками – 57,1%, депрессия – 56,3%, склонность к насилию – 36,2%. Выявлено, что представительницы женского пола более широко расценивают причины развития нездоровых общественных отношений.

Анализ всей полученной информации о здоровом образе жизни свидетельствует о мозаичности структуры знаний студентов, их недостаточной упорядоченности и взаимосвязи. Студенты обладают знаниями о ЗОЖ, но не достаточно используют их в повседневной жизнедеятельности.

Сочетание 2 и более кардиоваскулярных факторов риска выявлено в 33,5% случаев, а наличие одного фактора риска у подавляющего большинства студентов, что свидетельствует о необходимости мер первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте. Выявлена слабая приверженность к принципам здорового образа жизни. Необходимо снижение факторов модифицируемых риска ССЗ у студентов медицинского института.

Выводы:

Исследование показало, что более 90% студентов медицинского института правильно оценивали свое здоровье.

Несмотря на то, что 100% исследуемых на вопрос, что отражает содержание выражения «Здоровый образ жизни», ответили – отказ от вредных привычек, анализ анкетирования показал, что более 80% студентов употребляют алкогольные напитки, 30,7% курят.

Оценивая причины, побуждающие заниматься спортом, было выявлено, что основной причиной является поддержание «внешних» форм, а именно пропорции телосложения, красивая фигура. По сравнению с женской половиной, мужчины расценивают крепкую физическую форму, как способ уверенно чувствовать себя в обществе и быть популярным в ней.

Сочетание двух и более кардиоваскулярных факторов риска выявлено в 33,5% случаев, а наличие одного фактора риска у подавляющего большинства студентов, что свидетельствует о необходимости мер первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в молодом возрасте.

Выявлена слабая приверженность к принципам здорового образа жизни. Необходимо снижение модифицируемых факторов риска ССЗ у студентов медицинского института.

Анализ всей полученной информации о здоровом образе жизни свидетельствует о мозаичности структуры знаний студентов, их недостаточной упорядоченности и взаимосвязи. Студенты обладают знаниями о ЗОЖ, но не достаточно используют их в повседневной жизнедеятельности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баклыкова А.В., Новокрещенова И.Г. Образ жизни студентов-медиков как фактор формирования здоровья // Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2011. 35: 51-57.
2. Глыбочко П.В. Бугаева И.О., Еругина М.В. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи // Саратовский научно-медицинский журнал. 2009. 5 (1): 9-11.
3. Радченко О.Р., Уразманов А.Р., Мусин Н.М. О подготовке медицинских кадров по программам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования основ здорового образа жизни // Фундаментальные исследования. 2014. 10: 1786-1789.
4. Шагина И. Р. Медико-социальный анализ влияния учебного процесса на состояние здоровья студентов медицинского вуза (по материалам Астраханской области): автореф. дис. ... канд. соц. наук. – Астрахань. 2010. 23 с.
5. Jopkiewicz A., Suliga E. Biomedical foundations of development and education // Radom-Kielce, WNITE-PIB Press. 2008. 200 p.
6. Lisicki T. Students of the first year of medical schools to the requirements of a healthy lifestyle // Gdańsk, AWFIS Press. 2006. 160 p.
7. Mannapur B, Dorle AS, Hiremath LD, Ghattargi CH, et al.: A study of psychological stress in undergraduate medical students at S. N. Medical college, Bagalkot, Karnataka // J Clin Diag research 2010. 4 (4): 2869-2874.
8. Tempski P., Bellodi P.L., Paro H.B., Enns S.C., Martins M.A., Schraiber L.B. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study // BMC Medical Education. 2012. Vol. 12. № 1: 106.

REFERENCES:

1. Baklykova A.V., Novokreshhenova I.G. The Lifestyle of Medical Students as a Factor of Health Development // Sborniki konferencij NIC Sociofera. 2011. 35: 51-57.
2. Glybochko P.V. Bugaeva I.O., Erugina M.V. A Healthy Lifestyle of Students // Saratov Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. 2009, 5 (1): 9-11.
3. Radchenko O.R., Urazmanov A.R., Musin N.M. About the Medical Training Program of Prevention of Noncommunicable Diseases and the Formation of Healthy Life-style // Fundamental'nye issledovaniya. 2014, 10: 1786-1789.
4. Shagina I.R. Medical and Social Analysis of the Impact of the Educational Process on the Health of Medical Students (on materials of the Astrakhan region): avtoref. dis. ... kand. soc. nauk. Astrahan', 2010.
5. Jopkiewicz A., Suliga E. Biomedical foundations of development and education // Radom-Kielce, WNITE-PIB Press. 2008, 200 p.
6. Lisicki T. Students of the first year of medical schools to the requirements of a healthy lifestyle // Gdańsk, AWFIS Press. 2006, 160 p.
7. Mannapur B, Dorle AS, Hiremath LD, Ghattargi CH, et al.: A study of psychological stress in undergraduate medical students at S. N. Medical college, Bagalkot, Karnataka // J Clin Diag research 2010; 4 (4): 2869-2874.
8. Tempski P., Bellodi P.L., Paro H.B., Enns S.C., Martins M.A., Schraiber L.B. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study // BMC Medical Education. 2012; Vol. 12. № 1: 106.

УДК 316.334:61

*Готовкина М.С.***ОРГАНИЗАЦИЯ
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ
В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ:
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

Готовкина Маргарита Сергеевна,
аспирантка кафедры социальных технологий НИУ БелГУ
г.Белгород, ул.Победы,85
E-mail: gotovkina.rita@yandex.ru

Аннотация

В современном мире происходит постоянный рост числа больных, страдающих неизлечимыми формами заболеваний в терминальной стадии развития. Данная тенденция актуализирует изучение паллиативной помощи, которая представляет собой специальное направление социально-медицинской помощи неизлечимо больным людям. Цель паллиативной помощи – обеспечение достойного уровня качества жизни таких больных и членов их семей. При организации паллиативной помощи важно учитывать, что качество жизни больного зависит не только от его физического состояния, но и определяется выраженностью психологических и духовных проблем. В этой связи особое внимание при организации паллиативной помощи должно быть уделено подготовке кадров для работы с incurable (неизлечимыми) больными. Особое значение в этом направлении имеет компетенция медицинского персонала в вопросах духовности и экзистенциальных проблем.

Ключевые слова: паллиативная помощь, incurable больные, качество жизни, экзистенциальные проблемы, духовность.

UDC 316.014

*Gotovkina M.S.***ORGANIZATION
OF PALLIATIVE CARE IN
MODERN RUSSIA:
SOCIOLOGICAL ANALYSIS**

Gotovkina Margaret Sergeevna,
Postgraduate Student, Department of Social Technologies
Belgorod State National Research University
85 Pobedy St., Belgorod, 308015, Russia
E-mail: gotovkina.rita@yandex.ru

АБСТРАКТ

In today's world, there is a constant increase in the number of patients suffering from incurable diseases in the terminal stage of development. This trend is essential to study palliative care, which is a special area of social and health care. The goal of palliative care is ensuring a decent level of quality of life in incurable patients and their families. In the process of organization of palliative care it is important to bear in mind that the quality of life depends not only on patient's physical condition, but is determined by the severity of the psychological and spiritual problems. In this regard, particular attention in the organization of palliative care should be given to training medical professionals for working with incurable patients. In this regard, particular emphasis should be given to the competence of medical professionals in the matters of spirituality and existential problems.

Keywords: palliative care; incurable patients; quality of life; existential issues; spirituality.

В начале XXI века человечество столкнулось с проблемой глобального старения населения. В развитых странах мира люди живут дольше, все большее их число преодолевает 65-летний рубеж и достигает преклонного возраста [3]. Одновременно растет число людей со злокачественными новообразованиями. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), количество ежегодно регистрируемых новых случаев онкологических заболеваний в мире возросло в 2014 году по сравнению с 2013 г. с 12,7 до 14,1 млн. случаев, смертность от онкологических заболеваний – с 7,6 до 8,2 млн. случаев. В России ежегодно умирают около 300 тыс. онкологических больных [4]. По прогнозам к 2030 г. эти показатели могут увеличиться примерно на 70% и составят 21,6 млн. человек [8].

Также, кроме увеличения численности людей с онкологическими заболеваниями, постоянно растет число больных, страдающих другими неизлечимыми заболеваниями. Одной из наиболее острых проблем в современном обществе является рост заболеваемости ВИЧ/СПИДом. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, число людей, живущих с ВИЧ, в Российской Федерации продолжает увеличиваться и по состоянию на конец 2014 года составляет 799 тыс. человек [7].

Совокупность вышеперечисленных тенденций приводит к постоянному увеличению группы лиц, которым необходима не просто медицинская, но специализированная социально-медицинская, или паллиативная, помощь.

По определению ВОЗ, паллиативная помощь – это направление медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни инкурабельных (неизлечимых) больных и членов их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли, других симптомов – физических, психологических и духовных [8].

Особенностью паллиативной помощи является то, что она, в отличие от лечебного процесса, не ставит перед собой целью выздоровление больного. Главная ее задача – поддержание достойного уровня качества жизни пациента. Термин «качество жизни» является

одним из базовых понятий паллиативной помощи. Однако данную категорию достаточно сложно измерить. Специалисты Европейской Ассоциации Паллиативной помощи считают, что качество жизни может быть определено только самим больным [11]. Безусловно, что эта характеристика содержит не только проблемы физического состояния, интенсивность болевого и иных симптомов, но и выраженность психологических проблем, количество и качество нерешенных социальных вопросов, возможность духовного умиротворения, принятия смерти как закономерного течения жизни и т.д. (рис. 1) [6].

В этой связи важнейшей составляющей процесса поддержания качества жизни больного является духовность – в частности, так она рассматривается в зарубежной практике оказания онкологической, гериатрической, паллиативной помощи. Во многих крупных медицинских центрах онкологической и паллиативной направленности духовенство, священники, капелланы и сестры милосердия представлены не как вспомогательный, а как основной персонал лечебного учреждения, который наравне с медиками и психологами оказывает соответствующую духовную помощь пациентам [9].

В Рекомендациях Совета Европы по организации паллиативной помощи (2009) приводится рекомендуемое штатное расписание стационарного отделения паллиативной помощи, где есть специальные должности штатного священника и координатора по организации духовной работы [11].

Специалистами Американского Центра паллиативной помощи для больных ВИЧ/СПИДом была разработана специальная методика оказания духовной помощи больным. Особенностью этой методики является определение специфики духовных страданий при этом заболевании, направленность на самопознание – как самого больного, так и специалиста, оказывающего духовную помощь. При этом важным критерием выступает духовное благополучие пациента. По данным социологического опроса, проведенного Центром среди 160 онкологических больных, религиозная вера существенно влияет на физиологические, психологические и социальные показатели качества жизни пациентов [10].



Рис.1. Основные проблемы терминального больного и членов его семьи
Fig.1. The main problems of the terminally ill and their families

В этой связи важнейшей составляющей процесса поддержания качества жизни больного является духовность – в частности, так она рассматривается в зарубежной практике оказания онкологической, гериатрической, паллиативной помощи. Во многих крупных медицинских центрах онкологической и паллиативной направленности духовенство, священники, капелланы и сестры милосердия представлены не как вспомогательный, а как основной персонал лечебного учреждения, который наравне с медиками и психологами оказывает соответствующую духовную помощь пациентам [9].

В Рекомендациях Совета Европы по организации паллиативной помощи (2009) приводится рекомендуемое штатное расписание стационарного отделения паллиативной помощи, где есть специальные должности штатного священника и координатора по организации духовной работы [11].

Специалистами Американского Центра паллиативной помощи для больных ВИЧ/СПИДом была разработана специальная методика оказания духовной помощи больным. Особенностью этой методики является определение специфики духовных страданий при этом заболевании, направленность на самопознание – как самого больного, так и специалиста, оказывающего духовную помощь. При

этом важным критерием выступает духовное благополучие пациента. По данным социологического опроса, проведенного Центром среди 160 онкологических больных, религиозная вера существенно влияет на физиологические, психологические и социальные показатели качества жизни пациентов [10].

Отечественные исследователи также говорят о необходимости духовного направления в паллиативной помощи. Г.А. Новиков полагает, что «боль и другие симптомы, не купируемые адекватной терапией, должны указать клиницисту на вероятность скрытых духовных или экзистенциальных проблем» [5].

В этой связи особенно важной проблемой в процессе подготовки специалистов в области паллиативной помощи является их личная компетенция в экзистенциальных вопросах духовности. В первую очередь, такой специалист конечно должен иметь высокие моральные качества, быть милосердным, терпеливым, честным и способным проявить сострадание к больному, а также проявлять абсолютную терпимость и доброжелательность. Важным критерием отбора персонала для работы с тяжелобольными людьми также является необходимость иметь специальную подготовку в вопросах смерти, духовности, жизни после смерти и т.д. Как отмечает А.В.

Гнездилов при выборе персонала для работы в хосписе, прежде всего, необходимо такое качество, как духовность. Зачастую она сочетается с религиозностью, хотя эта связь не всегда проявляется на поверхности [2].

В паллиативной помощи особое значение приобретает подготовка сестринского персонала, так как именно на медицинских сестер ложится основная нагрузка по уходу за указанной категорией больных. Чем тяжелее состояние пациента, тем важнее для него профессиональный сестринский уход. Общение и уход за больным требуют больших затрат времени, поэтому очень важно иметь достаточное количество персонала в отделениях паллиативной помощи.

Проблема подготовки кадров для паллиативной помощи является одной из наиболее трудноразрешимых проблем современного здравоохранения. Это относится как к врачебному, так и сестринскому персоналу. По оценке специалистов, подготовка медицинского персонала для работы с инкурабельными больными практически не осуществляется [8]. По замечанию Е.С. Введенской, «основными специалистами, оказывающими помощь больным в конце жизни (последние месяцы и дни) являются участковые терапевты и врачи общей практики, но они не имеют подготовки в области паллиативной помощи». Характерно, что обучение медицинских сестер паллиативной помощи не проводится на додипломном уровне, а это значит, что рядом с пациентами в терминальной стадии зачастую оказываются люди неподготовленные, не обладающие современными знаниями и специфическими навыками ухода за такими больными [1].

На основании анонимного анкетирования 200 медицинских сестер различного профи-

ля, проведенного О.И. Усенко, выявлено, что респонденты имели не только низкий уровень знаний по вопросам паллиативной помощи, но нередко затруднялись даже с пониманием и интерпретацией самого термина [6].

Совершенно очевидно, что для успешного оказания паллиативной помощи необходимо, во-первых, адекватное понимание смысла и содержания этого термина, а, во-вторых, соответствие социальных и психологических ожиданий получающих такую помощь (самого пациента, а также членов его семьи) с тем, что предлагают специалисты паллиативной помощи.

С целью определения уровней понимания термина «паллиативная помощь» и социально-психологических ожиданий, связанных с ней, а также для выяснения осведомленности населения об обеспечении паллиативной помощью, мы провели социологический опрос, направленный на выявление отношения общества к данной проблеме. Опрос был проведен в ноябре-декабре 2013 года. В исследовании приняли участие 624 респондента – жители г. Москвы, Санкт-Петербурга, а также Московской и Ленинградской областей. Выборка была сформирована посредством метода основного массива.

На основании анкетирования было установлено, что примерно каждый третий из числа опрошенных сталкивался с людьми, нуждающимися в паллиативной помощи (рис. 2). При этом значительная часть респондентов испытывала затруднения в интерпретации термина «паллиативная помощь», а сообщили, что знают о существовании паллиативной помощи как отдельного направления медицины, лишь 7,7% опрошенных.

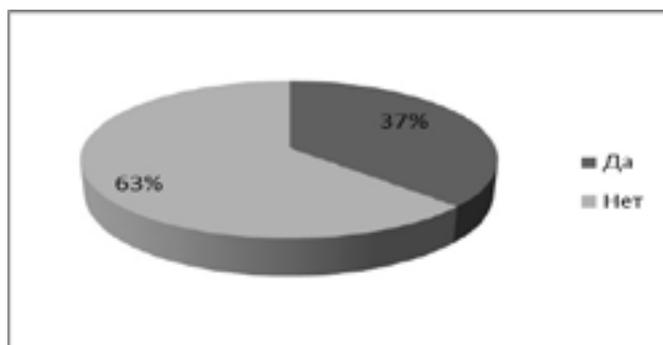


Рис.2. Распределение ответов респондентов на вопрос «Сталкивались ли Вы с оказанием помощи безнадежно больными людьми?» (в % от числа ответивших; n=624)

Fig.2. Distribution of answers to the question “Did you ever come across terminally ill people in need of assistance?” (% of respondents; n = 624)

Выше мы говорили о том, что немедицинские виды помощи и методы играют в паллиативной помощи не менее важную роль, чем сама медицина.

Необходимость комплексного подхода к реализации всех принципов паллиативной помощи, а не только обеспечения медицинской помощи, подтверждают и результаты проведенного нами социологического исследования.

В ноябре 2013 года было проведено социологическое исследование методом формализованного интервью в двух отделениях клинических больниц (г. Москва): онкологическом и отделении по уходу за больными. Выборка была целевая. Большинство опрошенных пациентов (71%) отметило, что духовная жизнь помогает им смотреть на свое состояние «с бóльшей легкостью». Около половины респондентов-больных (46%) стали задумываться о духовно-религиозных ценностях, оказавшись в отделении; 27% больных в связи с болезнью начали вести активную религиозную жизнь.

Значение духовной помощи и религиозной веры в жизни тяжело- и безнадежно больных обусловлено тем, что таким пациентам свойственны особые переживания и переоценка фундаментальных ценностей. В терминальный период человека как никогда интересуют вопросы смысла жизни и жизни после смерти. И только духовный ресурс может помочь справиться с безысходностью ситуации при смертельном заболевании. Поэтому духовная помощь в такой ситуации, по крайней мере, так же важна, как и медицинская.

Таким образом, становится очевидным, что религиозная вера с присущей ей системной ценностью оказывает умиротворяющее воздействие на пациентов с неизлечимыми заболеваниями. Несомненно, что опыт взаимодействия медицинских учреждений паллиативной помощи с представителями религиозных организаций (прежде всего священниками и сестрами милосердия РПЦ), недостаточно освоенный пока в современной России, требует всестороннего изучения и развития.

На основании вышесказанного можно сделать следующие выводы:

- паллиативная помощь представляет собой комплекс разноплановых мер, направленных на поддержание достойного уровня качества жизни инкурабельных больных и членов их семей;
- для профессиональной работы в системе паллиативной помощи специалист должен обладать высокими моральными качествами, а также владеть специфическими знаниями, иметь соответствующие представления и специальную подготовку в вопросах смерти, духовности, жизни после смерти и т.д.;
- внедрение в систему паллиативной помощи специалистов способных оказывать не только социально-медицинскую помощь, но и духовную помощь и поддержку необходимо современному обществу, так как в заключительный период жизни физиологические потребности индивида отступают на второй план, как правило, делая первостепенными духовные проблемы и переживания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Введенская Е.С. Наука и искусство облегчения страдания больного в последние дни жизни. URL: <http://www.lvrach.ru/2012/08/15435512/> (дата обращения: 19.10.2014).
2. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. URL: <http://gendocs.ru/v36017> (дата обращения: 06.05.2015).
3. Касаева Ж.Э. Социологический анализ медико-социальной работы с пожилыми людьми: Дис. ... канд. соц. наук. Волгоград, 2008. С.32.
4. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2014/09/09/2000-tatyana-yakovleva-provela-kruglyy-stol-pobeda-naracom-vyzov-hhi-veka-sotrudnichestvo-rossii-i-yaponii-v-razvitii-meditsinskih-tehnologiy> (дата обращения: 11.09.2014).
5. Палиативная помощь онкологическим больным/Учебное пособие под ред. проф. Г.А. Новикова. URL: <http://www.europadonna.by/index> (дата обращения: 23.12.2014).
6. Усенко О.И., Рябова Л.М. Хосписная и паллиативная помощь: от теории к практике. URL: <http://tanat.info/hospisnaja-pomosh-ot-teorii-k-praktike-07-09-2013.html> (дата обращения: 16.10.2014).
7. Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Справка: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2014 г. URL: <http://www.hivrussia.ru/stat/2012-3.shtml> (дата обращения: 13.12.2014).
8. Эккерт Н. В. Научное обоснование организационно-функциональной модели системы паллиативной помощи населению: Дис. ... д-ра. мед. наук. М., 2010. С. 31.
9. Яцкевич К.В. Духовность и медицина // Психология. 2010. № 20. С. 22–30.
10. Center for Palliative Care Education, University of Washington, 2004. URL: <http://depts.washington.edu/pallcare/> (дата обращения: 23.12.2011).
11. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. URL: <http://www.eapcspeaksrussian.eu> (дата обращения: 23.12.2011).

REFERENCES:

1. Vvedenskaya E.S. Science and Art to Facilitate the Patient's Suffering in the Last Days of Life. URL: <http://www.lvrach.ru/2012/08/15435512/> (date of access: 19.10.2014).
2. Gnezdilov A.V. Psychology and Psychotherapy Losses. URL: <http://gendocs.ru/v36017> (date of access: June 5, 2013).
3. Kasayeva J.E. Sociological Analysis of Medical and Social Work with Older People: Dis. ... Cand. soc. Sciences. Volgograd, 2008. P.32.
4. The official website of the Ministry of Health of the Russian Federation. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2014/09/09/2000-tatyana-yakovleva-provela-kruglyy-stol-pobeda-na-rakom-vyzov-hhi-veka-sotrudnichestvo-rossii-i-yaponii-v-razvitii-meditsinskih-tehnologiy> (date of access: November 11, 2014).
5. Palliative Care to Cancer Patients / Textbook ed. prof. G.A. Novikov. URL: <http://www.europadonna.by/index> (date of access: December 23, 2011).
6. Usenko O.I., Ryabov L.M. Hospice and Palliative Care: from Theory to Practice. URL: <http://tanat.info/hospisnaja-pomosh-ot-teorii-k-praktike-07-09-2013.html> (date of access: October 16, 2014).
7. The Federal Scientific and Methodological Center for Prevention and Control of AIDS. Background: HIV infection in the Russian Federation in 2014. URL: <http://www.hivrussia.ru/stat/2012-3.shtml> (date of access: December 13, 2014).
8. Eckert N.V. Scientific Substantiation of Organizational and Functional Model of Providing Palliative Care to Population: Dis. ... MD. M., 2010. P. 31.
9. Jackiewicz K.V. Spirituality and Medicine // Psychology. 2010. № 20. Pp. 22-30.
10. The Center for Palliative Care Education, University of Washington, 2004. URL: <http://depts.washington.edu/pallcare/> (date of access: December 23, 2011).
11. White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: part 1. URL: <http://www.eapcspeaksrussian.eu> (date of access: December 23, 2011).