

# МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ И РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ г. БЕЛГОРОДА

*Т.С. Нелень, Ю.И. Журавлев, Е.В. Сидорова*

Медицинский колледж БелГУ

Центр государственного санитарного надзора г. Белгорода

Стратегия медицинской ориентации и образования населения по вопросам здоровья и здорового образа жизни во многом определяет здоровье нации и продолжительность жизни в стране. Уровень медицинской грамотности является предпосылкой к восприятию профилактических программ по достижению успеха в повышении показателей здоровья людей.

Данные экспертов ВОЗ [5] свидетельствуют о низком уровне такого образования в России: только 50% опрошенных получают какую-либо информацию о здоровье и здоровом образе жизни. Между тем, с точки зрения ведущих отечественных и зарубежных ученых [3, 4, 6] поведение человека, его медицинская ориентация и образ жизни в современных условиях является основным фактором обусловленности здоровья. При этом многообразные социальные и природные условия в своей совокупности выступают в качестве объективных факторов, детерминирующих, в конечном счете, тот или иной образ жизни, т.е. действуют опосредованно через поведенческий или субъективный фактор. Среди элементов образа жизни наиболее значимыми считаются вредные привычки. Общеизвестно, что около 2/3 хронических неинфекционных заболеваний обусловлено курением, злоупотреблением алкоголем, нездоровыми стереотипами питания, малой физической активностью [1-4].

Негативные стороны образа жизни, в том числе пристрастие к курению и спиртным напиткам, переизбыток, недостаточная физическая активность в основном формируются в семье и, следовательно, она играет существенную роль в воспитании отношения всех ее членов к факторам, сохраняющим и нарушающим здоровье; через нее должно осуществляться формирование мотивации к поддержанию и укреплению здоровья.

## Цель работы

С целью выявления распространенности факторов риска и в первую очередь вредных привычек было проведено исследование медико-социальной ориентации работников промышленных предприятий г. Белгорода. В задачи исследования входило изучение отношения к своему здоровью, табакокурению, употреблению алкоголя и наркотиков, наличия гигиенических навыков, частоты посещения лечебно-профилактических учреждений, наличия навыков оказания первой доврачебной помощи себе и родственникам, отношения к медицинским рекомендациям, отношения к участию в оздоровлении образа жизни и окружающей среды и др.

## Материалы и методы

Исследование проводилось методом медико-социального анкетирования. Респондентам была предложена специально разработанная авторами оригинальная анкета, включающая 37 вопросов.

При составлении анкеты основное внимание уделялось самооценке здоровья, наличию вредных привычек, их количеству и оценке, связи с самочувствием и заболеваемостью, отношению к ним родных и близких. Изучались данные об информированности респондентов в медицинских вопросах. Выявлялась зависимость динамики здоровья от бытовых, экологических и социальных факторов.

Роль и влияние различных факторов и условий образа жизни изучались на статистически неравномерных репрезентативных группах. Одномоментное анонимное ан-

кетирование проводилось выборочным методом. Основными условиями анкетирования были гарантия полной анонимности, исключение возможности обсуждения ответов друг с другом, а также заполнение анкет по «первому побуждению», то есть отсутствие у анketируемых времени на обдумывание ответов.

Было изучено состояние здоровья и медико-социальная ориентация 367 студентов средних специальных учреждений г. Белгорода [2], 152 женщин – работниц Комбината асбесто-цементных изделий (КАЦИ) и 343 мужчин – работников объединения «Белгородский цемент». Всего в исследовании приняло участие 862 человека (рис 1).

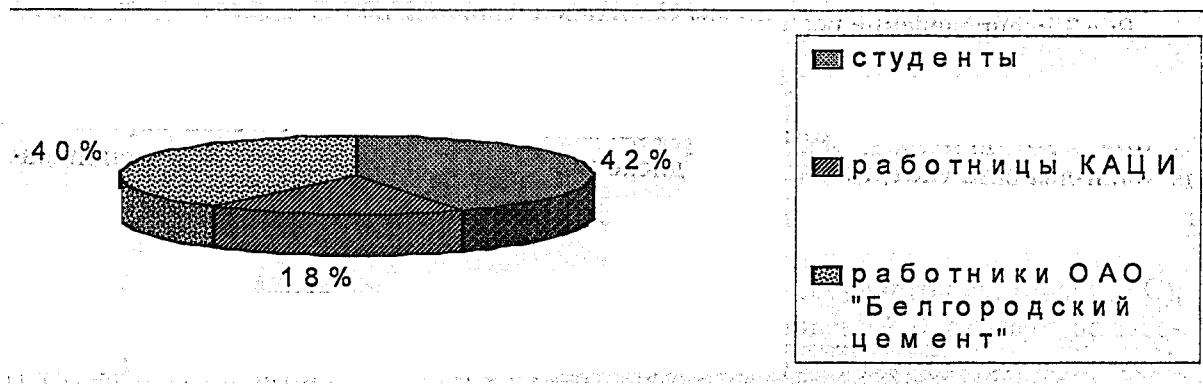


Рис.1 Характеристика группы респондентов по роду занятий

Респонденты различались по возрасту, полу и состоянию здоровья. Среди них было – 347 (40,3%) женщин, мужчин – 515 (59,7%). Одиноких – 143 (16,6%), проживающих в неполных семьях 212 (24,6%). Все респонденты – жители г. Белгорода. Распределение по возрастным группам представлено на рис. 2. Все респонденты были лицами трудоспособного возраста. Статистическая обработка материалов осуществлена на персональном компьютере «Пентиум IV» с использованием программы «Microsoft Excel».

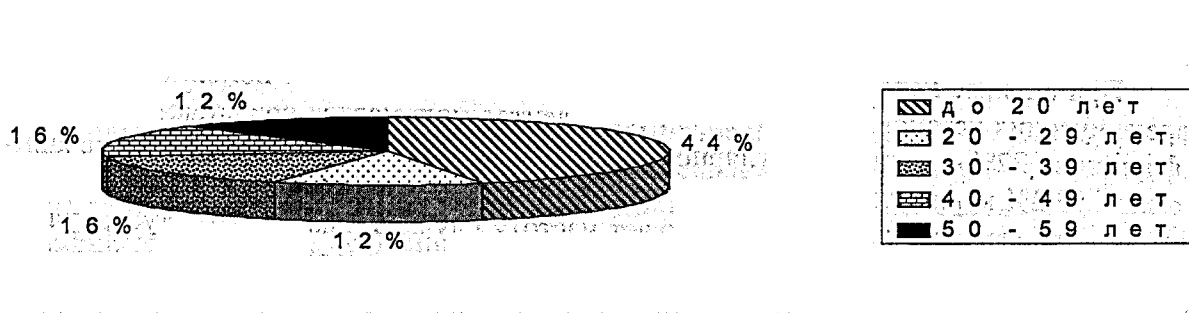


Рис.2 Распределение респондентов по возрасту

### Результаты и обсуждение

По данным результатов социологического опроса было выяснено, что уровень медико-социальной ориентации исследуемой группы следует оценивать как низкий и недостаточный.

Как выяснилось, только 18% всех опрошенных не имели вредных привычек, из них – более 1/3 (38,4%) – лица женского пола. Настораживает тот факт, что около половины обследованных (47,8%) имели несколько вредных привычек (рис. 3).

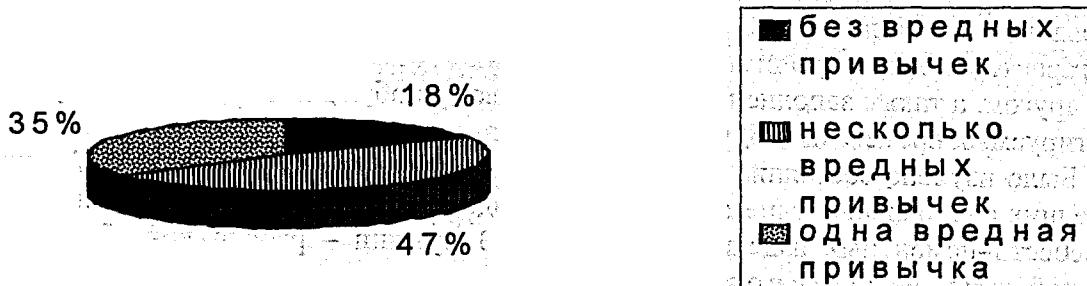


Рис.3 Распределение респондентов по числу вредных привычек

Изучение материала показало, что значительная часть респондентов (49%) курит, 42% – употребляют алкоголь. «Пробовали» наркотики (т.е., со слов опрашиваемых, один-два раза употребляли их на дискотеках, в компаниях друзей) 9% респондентов (рис.4).

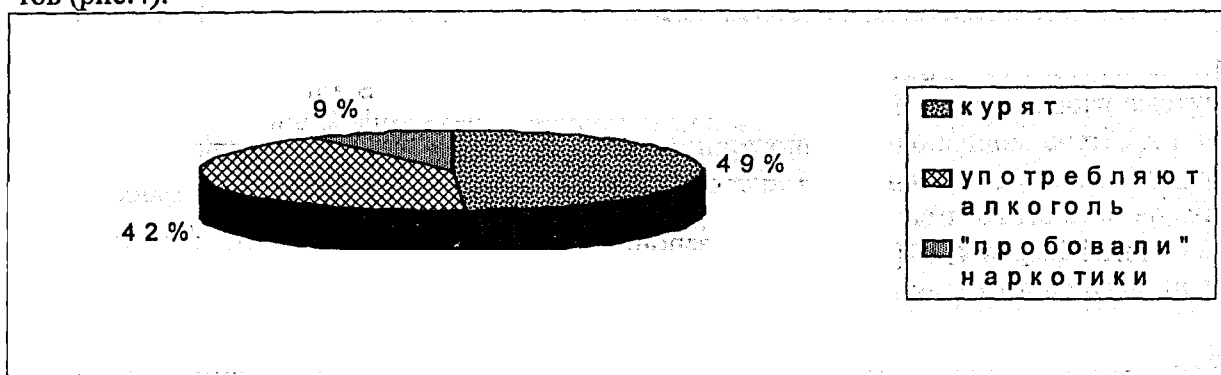


Рис.4 Распределение респондентов по характеру вредных привычек

Наличие вредных привычек преимущественно наблюдалось среди лиц мужского пола (50,5%).

Среди курящих преобладали мужчины в возрасте от 20 до 33 лет. у курящих родителей курят 40,0% детей, а 27,0% родителей не интересуются курят ли их дети.

При анализе источников, используемых респондентами для пополнения знаний о вреде курения установлено, что 54% респондентов пользуются средствами массовой информации, 22% – научно-популярной литературой, 16,3% – консультациями лечащего врача. 92,2% курящих респондентов знают, что курение способствует развитию хронических заболеваний легких, увеличивает частоту случаев рака легких, туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний. Однако, не смотря на то, что все курящие осведомлены о вредном влиянии никотина на организм, это не побуждает их отказаться от вредной привычки.

В семьях, где родители злоупотребляют приемом алкогольных напитков, 42,5% подростков принимает алкоголь, а 14,0% респондентов принимают алкоголь вместе с детьми. Почти четверть (24,0%) анкетированных взрослых принимают алкоголь после окончания рабочего дня с коллегами по работе.

При самооценке состояния своего здоровья около 70% опрошенных отметили у себя признаки хронических заболеваний, но в то же время три четверти (75,9%) из них считают, что не нуждаются в медицинской помощи. Самооценка состояния здоровья респондентами оказалась достаточно низкой – 41,6% респондентов указали на ухудшение своего здоровья. Среди факторов, повлиявших на ухудшение здоровья, указывались такие, как невнимание к своему здоровью (28,3%), неблагоприятная экологическая среда (25,0%), низкий уровень материального дохода семьи (18,0%), низкое качество

медицинских услуг в лечебно-профилактических учреждениях (11,0%), плохие жилищные условия (18,0%) (рис. 5). Большинство респондентов отмечают сочетанное действие неблагоприятных факторов на здоровье.

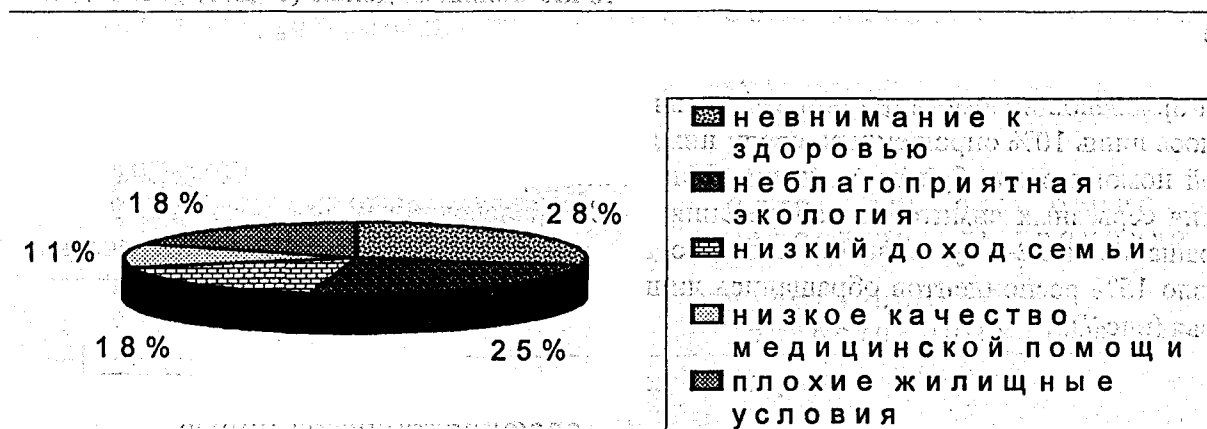


Рис. 5 Факторы, повлиявшие на ухудшение здоровья респондентов

При этом, 32,8% отмечают заболевания – сердечно-сосудистой системы (ССС), 32,4% – желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), 21,4% респондентов указывают на заболевания органов дыхательной системы (ОДС), 15,4% – заболевания периферической нервной системы (ПНС) (рис 6).

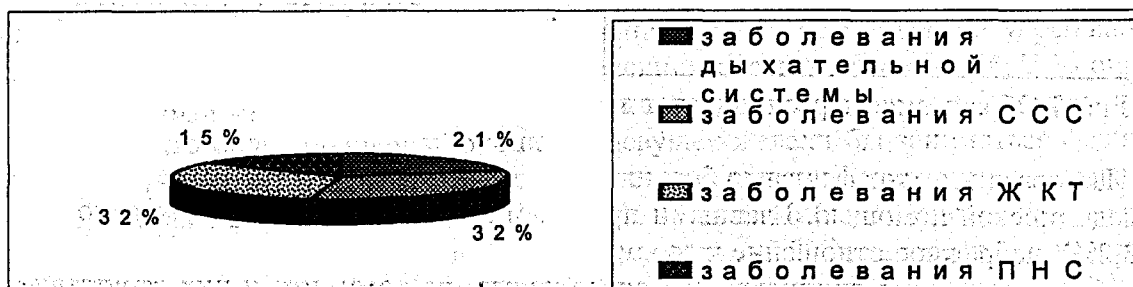


Рис.6 Распределение заболеваемости среди респондентов по нозологическим группам

Полученные результаты позволяют констатировать частичное несоответствие показателей, основывающихся на субъективных заключениях респондентов официальным данным об эпидемиологии неинфекционных заболеваний. Так, первое место по распространенности, по данным опроса, оказались не только заболевания ССС, но и заболевания ЖКТ, а на втором – заболевания органов дыхания. В то же время есть основания полагать, что хронические заболевания органов дыхания, с учетом числа курящих и наличия профессиональных факторов риска (асбестовая, цементная пыль и др.), имеются не менее чем у 60–70% опрошенных. Указали же на их наличие только 21,4%.

Полученные результаты позволяют сделать заключение, что лица, страдающие хроническими заболеваниями легких, особенно на доклинической фазе, долгое время не придают значения «малым» признакам, в первую очередь – утреннему кашлю.

Лишь третья часть опрошенных (31,7%) оценили состояние своего здоровья как удовлетворительное. По мнению респондентов на улучшение состояния их здоровья повлияли занятия физкультурой и спортом – (34,9%), лечение в стационарных условиях и санаториях – (23,3%), соблюдение диеты – (18,6%), отказ от вредных привычек (14,8%). Представляется позитивным тот факт, что большинство (68,3%) респондентов достигли улучшения своего здоровья путем собственного активного участия в процессе

оздоровления (повышения медицинской активности), и лишь небольшая их часть (23,3%) прибегла к помощи медработников. Можно полагать, что стабильное состояние здоровья в ряде случаев объясняется и достаточно большой долей (89,2%) респондентов, охваченных регулярными медицинскими осмотрами

Анализ медико-социальной ориентации анкетированных показал, что при отсутствии признаков недомогания или заболевания с профилактической целью к врачу обратилось лишь 10% опрошенных, среди них большинство (58%) – женщины. За медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения обращались в день появления серьезных симптомов заболевания 44,8% обследованных, треть из них (29,9%) обращались на 2-3 сутки заболевания, когда не помогали домашние средства лечения. Около 15% респондентов обращались лишь при серьезном ухудшении состояния здоровья (рис 7).

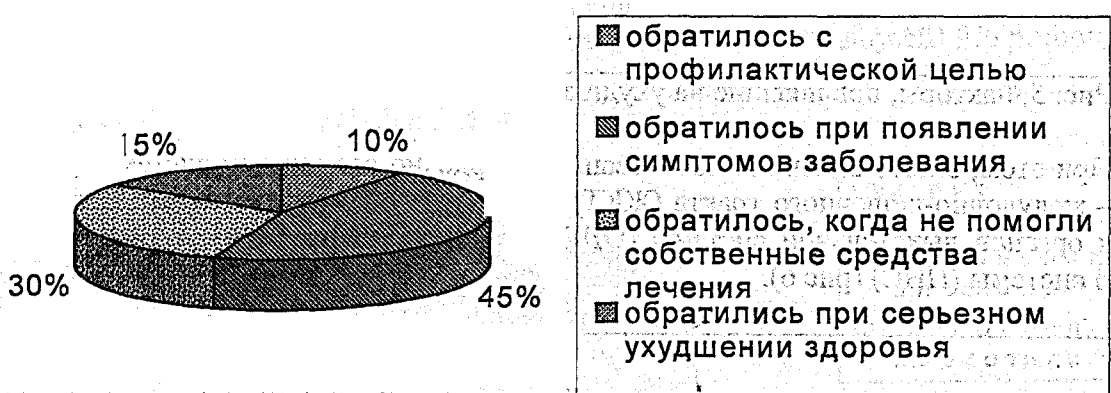


Рис. 7. Обращаемость респондентов за медицинской помощью

Настораживает тот факт, что большая доля опрошенных старается не обращаться за медицинской помощью. Главными причинами респонденты называли самолечение (43,2%), небрежное отношение к своему здоровью (11,2%). Около 10% респондентов не обращаются за медицинской помощью только по тому, что у них отсутствует доверительный контакт с медицинскими работниками. Треть анкетированных считают, что им не будет оказана достаточно квалифицированная медицинская помощь, а 38,2% – не устраивает длительное ожидание на прием к врачу.

На полное выполнение рекомендаций лечащего врача о ведении образа жизни по поводу своего заболевания указали 14,8% респондентов, частично выполняют рекомендации 41,2% опрошенных. Обращает на себя внимание, что лиц, не выполняющих рекомендации врача, оказалось довольно много – 36,6%. Среди причин невыполнения рекомендаций врачей анкетированные чаще всего называли недоступность лекарственных средств (9,7%) и лечебно-диагностических процедур (11,9%), объясняя это низким уровнем материального обеспечения (27,4%). 14,1% ссылаются на отсутствие времени на лечебные мероприятия. Обращает на себя внимание тот факт, что у 16,0% респондентов отсутствует желание выполнять рекомендации врача, а 21% вообще не считают необходимым их выполнять (рис 8). Эти высказывания объясняются низким авторитетом врача среди пациентов, что влечет за собой недоверие к его профессиональной компетентности.

Можно предположить, что отношение к здоровью зависит не только от самосознания каждого респондента, но и в большой степени от медико-социальной ориентации членов семьи, семейных традиций, социально-культурной активности и морально-психологического климата в семье. По данным исследований некоторых авторов [3] в настоящее время наблюдается тенденция снижения уровня медико-социальной ориентации по мере увеличения возраста юношей и девушек, формирования поведенческого стереотипа по отношению к своему здоровью, становления на самостоятельный жизненный путь.

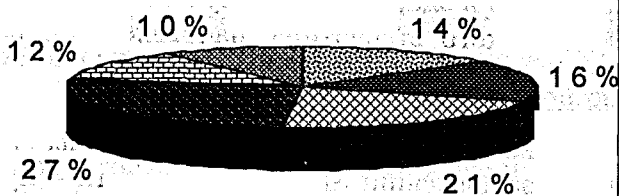
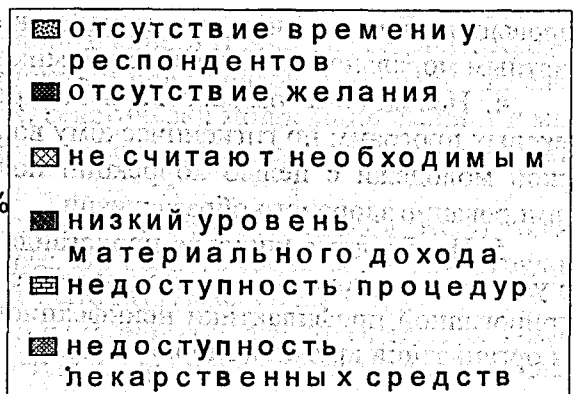


Рис. 8 Причины невыполнения рекомендаций врача

Физическая активность является неотъемлемой частью в сохранении и укреплении здоровья населения. На вопрос «Занимаетесь ли вы физической культурой или спортом?» лишь 20% опрошенных ответили утвердительно, половина не занимается вообще, треть занимается нерегулярно.

Настораживает тот факт, что работающие практически не занимаются физкультурой и спортом, на предприятиях не проводятся даже популярные ранее физкультурные паузы. Среди студенческой молодежи, если не учитывать занятия физической культурой по расписанию учебного заведения (62,9 % респондентов укрепляют свое здоровье только на занятиях); спортивные секции посещают только 24,75% опрошенных. Ранжируя причины, из-за которых анкетированные не занимаются физкультурой, выявлено, что более половины юношей и девушек желали бы заниматься физической активностью или спортом. Однако реализация этих желаний сдерживается различными факторам: «желаю, но ленюсь и не могу себя заставить» (34,2 %), отсутствие времени (34,2%), «не желаю, так как считаю себя здоровым» (3,8%), недостаток материальных средств (2,6 %), отсутствие условий для занятий физкультурой и спортом (1,9 %). Среди работающих женщин КАЦИ и мужчин ОАО «Белгородский цемент», желающих заниматься физкультурой и спортом, вообще не выявлено.

Установлено, что главным мотивом к регулярным занятиям физкультурой или спортом более чем у половины студентов (60,4%, из них 54,7 % лица женского пола %) является стремление лучше выглядеть, и только 6,1 % делают это для укрепления своего здоровья.

На вопрос «умеете ли Вы расслабляться, снимать стресс?» 49,7% анкетированных ответили утвердительно. Из них – путем курения это делают 20,1% респондентов, принимают алкоголь – 27,5%, принимают наркотики – 1,3%, слушают музыку – 37,0%, читают – 14,0%, общаются с друзьями – 42,9%, увеличивают физическую нагрузку – 8,9%, ходят на дискотеку – 14,3%. Четверть опрошенных комбинируют методы релаксации, сочетая здоровые и вредоносные.

Более половины (68,2 %) респондентов желали бы пополнить свои знания в области охраны, улучшения собственного и общественного здоровья, и только 2,8 % анкетированных считают, что имеют достаточно знаний по этому вопросу.

### Выводы

1. Анализ медико-социальной ориентации студентов средних специальных учебных заведений и рабочих промышленных предприятий г. Белгорода выявил низкий уровень медико-социальной активности населения.

2. Выявлена значительная распространенность среди населения таких факторов риска, как стрессовые ситуации, курение, злоупотребление алкогольными напитками, низкий уровень физической активности.

3. Среди учащейся молодежи и рабочих высок удельный вес лиц, имеющих хронические заболевания, ассоциированные с пренебрежительным отношением к своему здоровью, низким уровнем медицинской и социально-культурной активности, неблагоприятным морально-психологическим микроклиматом в семье и на работе.

4. Необходима разработка и внедрение в программу учебных заведений комплексных программ по гигиеническому воспитанию и здоровому образу жизни студенческой молодежи с целью коррекции поведенческого стереотипа, направленного на формирование здорового образа жизни.

5. Необходима широкая пропаганда и активное внедрение в практику Программы укрепления здоровья на рабочем месте в рамках Проекта ТАСИС и Программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний SINDI, в частности – путем организации кружков здоровья [8].

### Литература

1. Игнатов Н.Г., Сабурин Т.А. Подходы к использованию массовой информации в формировании навыков здорового образа жизни // Медицинская помощь. – 1996. – № 9. – С. 22-25.

2. Нелень Т.С. Медико-социальная ориентация студентов средних учебных заведений г. Белгорода. Материалы региональной научно-практической конференции «Вопросы медицинской науки, практики и подготовки кадров в Черноземье». – Белгород, 2001. – С. 44-47, 112.

3. Нестеренко Е.И. Формирование здорового образа жизни – важнейшая компонента интерактивного лечения // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2000. № 5. – С. 18-22.

4. Проблемы формирования здорового образа жизни у учащихся в общеобразовательных учреждениях // Гигиена и санитария. – 2000. – № 3. – С. 52-56.

5. Профилактика через первичное здравоохранение. Рекомендации для улучшения качества работы СИНДИ. ЕРБ ВОЗ, Копенгаген, 1995.

6. Розенфельд Л.Г., Кремлев С.Л., Тарасова И.С. Распространенность вредных привычек в семье и роль врача общей практики в их преодолении. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 1999. – № 3. – С. 10-12.

7. Сердюков А.Г. Медико-социальная характеристика образа жизни лиц, умерших в трудоспособном возрасте // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2000. – № 3. – С. 25-29.

8. Хагенмайер Э.-Г., Мюллер Б, Одерова И.С. и др. Кружки здоровья: новый подход к укреплению здоровья на рабочем месте в России. Программа укрепления здоровья на рабочем месте в г. Электросталь в рамках проекта ТАСИС //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – №1. – С. 3-9.

### КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РАСЧЕТА ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ И ДЕФИЦИТЕ МАССЫ ТЕЛА

*Т. С. Нелень, Э. В. Олейниц, Ю.И. Журавлев*  
Медицинский колледж БелГУ

Решение задач по организации рационального полноценного сбалансированного питания в нашей стране остается во многом проблематичным. В последние годы отмечается тенденция к сокращению продолжительность жизни людей, что уже привело к