

4. Чтецов В.П. Опыт объективной диагностики соматических типов на основе измерительных признаков у женщин [Текст]/ В.П. Чтецов, М.И. Уткина, И.Ю. Луговина// Вопросы антропологии. – 1979. - Вып. 60. - С. 3-14.

5. Чтецов В.П. Состав тела и конституции человека [Текст]/ В.П. Чтецов// Морфология человека. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. - С. 79-110.

**МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ
РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛОГО
НАСЕЛЕНИЯ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Ворошилова И.И., Ефанов В.Н.,
Пархоменко Р.С., Коньков А.Т.
*Сахалинский государственный университет
Южно-Сахалинск, Россия*

В настоящее время в большинстве экономически развитых странах и в России, сложилась ситуация, характеризующаяся увеличением в составе населения абсолютной численности и доли лиц пожилого и старческого возраста. Это приводит к ряду проблем экономического, социального и медицинского характера. Коренные изменения в обществе, экономике России в наибольшей мере затронули наиболее уязвимые в социальном и экономическом отношении группы населения, и в первую очередь пожилых и стариков. Несмотря на важность изучения проблемы старения, многие вопросы, остаются, не изученными. Развитие новой социальной ситуации в стране ведет к переоценке и изменению ценностей общества и пожилого человека в нем, переосмыслению жизни пожилыми людьми, что приобретает характер социальной адаптации. Возникла проблема продления жизни. В эволюции данная проблема появляется только у человека.

Целью работы является разработка мер быстро и эффективно повышения продолжительности жизни населения Сахалинской области, программы геропрофилактики. Предметом нашего исследования – является пожилое население Сахалинской области. В настоящее время 9,0% жителей Сахалинской области почти каждый одиннадцатый сахалинец находится в возрасте 65 лет и старше. При этом процесс демографического старения населения в большей степени характерен для женщин, которых в структуре населения среди лиц пожилого возраста более двух третей (69,5 %). Средний возраст жителей области составляет 36,9 года (в 2002 году – 35,5 лет), мужчин – соответственно 34,7 года (33,2), женщин – 39,0 (38,0 лет). Каждый шестой житель Сахалинской области (89,3 тыс. человек) – находится в пенсионном возрасте, в среднем по Российской Федерации – каждый пятый. Продолжительность жизни женщин увеличивается, достигая с 70,2 лет в 2000 году и до 71,2 лет в 2007 году.

В то же время у мужчин не отмечается, роста показателя ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ). Так в 2000 году продолжительность жизни мужчин составила 58,5 лет, а в 2007 году 58,4 года. Разница в ОПЖ по полу продолжает увеличиваться и с 12 лет в 2000 году она достигла 13 лет в 2007 году.

Острейшая гендерная проблема низкой продолжительности жизни мужчин регионально дифференцирована и по мнению Елизарова В.В. [5] в России сформировались устойчивые зоны сверхвысокой мужской смертности. Как следствие, сверхнизкое долголетие, обусловленное маргинализацией населения и худшими условиями жизни.

Поэтому региональные различия определяются распространенностью асоциального образа жизни и климатом. Если генетические особенности определяют потенциальную продолжительность жизни организма, то неблагоприятные условия среды и социальные факторы влияют на фактическую продолжительность жизни.

Нарушения, вследствие загрязнения окружающей среды могут нивелировать положительный эффект достижений современной медицины и способствовать дальнейшему сокращению продолжительности жизни людей [2].

Например, в Сахалинской области количество выбросов загрязняющих веществ от стационарных источников на 1 жителя в кг характеризуется тем, что в 2000 году они составили 170,5 кг, в 2005 году – 170, 1 кг, а в 2006 году возросли до 188,4 кг, в 2007 году – 191,9 кг. Количество твердых веществ, а в 2007 году возросло на 20 кг по сравнению с 2000 годом. Наибольший выброс оксида углерода определяется в 2000, 2001 и 2007. В эти же годы отмечается наиболее высокая смертность от сердечнососудистых заболеваний 74,5 % у женщин и 20,5% от онкологических заболеваний у мужчин в группе пожилые люди. Наибольшую долю в общем объеме выбросов загрязняющих веществ по Сахалинской области по-прежнему занимают твердые выбросы. Среди жидких и газообразных веществ – оксид углерода. Выбросы в атмосферу специфических вредных веществ составили в 2007 году 42,5 тыс. тонн. Основную долю из них составляет сажа, выбросы которой в атмосферу возросли с 2000 года в 15,5 раза. Выбросы в воздушный бассейн области формальдегида возросли по сравнению с 2000 года в 52 раза, метана – 16,6 раза, бензина – 5,4 раза, бензола – в 3,9 раза. Кроме природных факторов, негативно воздействующих на население, необходимо отметить и повышенную природную экстремальную чрезвычайную обстановку, которая постоянно прогнозируется на территории области. Например, в 2004 году в Сахалинской области было зарегистрировано – 41 чрезвычайное происшествие, 2005 – 24, 2006 – 31, 2007 – 25, 2008 – 13. Высока и смертность населения от внешних причин, которая имеет тенден-

цию к увеличению. В свою очередь возникновение чрезвычайных ситуаций, различного характера вызывают стрессы и как следствие появление острого и хронического посттравматического синдрома, в условиях которого приходится длительно проживать. В свою очередь частые стрессовые ситуации приводят к увеличению заболеваний, а также росту числа смертельных исходов и травматизма в результате наводнений, штормов и других неблагоприятных метеорологических ситуаций. При рассмотрении старения населения по категориям отметим, что инвалидность городского населения выше по сравнению с инвалидностью сельского.

Тревожит, что данный показатель не уменьшается, а продолжает расти, подтверждая положение о большем негативном воздействии на организм человека городской среды. Например, на 1 января 2000 года удельная часть инвалидов в общей численности населения составила 4 %. За пять лет (2000 – 2005 гг.) инвалидность населения возросла на четверть. В 2000 году впервые признано инвалидами 3135 человек, в 2005 году – 4690 человек, т. е. число инвалидов, возросло в 1,5 раза. Так, среди впервые признанных инвалидами растет число лиц в возрасте старше трудоспособного. Если в 2000 году они составляли 47,1% от всех лиц впервые признанных инвалидами, то в 2005 году – 61,6 %. Инвалидность городского населения выше инвалидности проживающих в сельской местности более в полтора раза. В 2005 году в сельской местности на каждые 10000 населения приходилось 53,9 инвалида, – в 1,8 раза меньше чем в городской местности. Инвалидность сельского населения с 2000 года остается, примерно, на одном уровне. В сравнении инвалидность городского населения растет более быстрыми темпами.

В 2005 году в городских условиях болезни системы кровообращения стали причиной инвалидности у 69% признанных инвалидами, против 53,2 % в сельской местности. Новообразования также становятся причиной инвалидности горожан 8%, против 7% у сельских жителей. В сельской местности причинами инвалидности чаще являются болезни костно-мышечной системы – 11,6 % (в городе 5,5%), болезни глаз и придаточного аппарата – 6,7% и 4,9 %, эндокринной системы – 4,9 % (2,0%), органов дыхания 4,6% (2,9 %), травмы всех локализаций – 3,7 % (в городе 2,6%).

Последовательность основных событий и переходных состояний организма от адаптивного напряжения в условиях длительного воздействия неблагоприятных абиотических, биотических и социальных факторов окружающей среды приводит к ускоренному старению [4].

На организм пожилого человека воздействует целый комплекс факторов, обладающих генотоксическим, онкологическим и геронтологическим патологическим воздействием. Много-

численные факторы действуют в комплексе, потенцируя неблагоприятное воздействие, приводя к развитию полиморбидной заболеваемости, преждевременному старению и ранней смертности через последовательную цепь нарушения долговременной адаптации. Суммируя результаты воздействия негативных внешних природных и внутренних факторов, можно говорить о формировании феномена преждевременного старения у населения Сахалинской области [3].

Тенденция увеличения доли пожилых и старых людей носит глобальный характер, что влечет за собой не только увеличение потребности в медико-социальной помощи, но и оказывает непосредственное влияние на медико-демографическую ситуацию. Высокие показатели заболеваемости и смертности во многом обусловлены увеличением абсолютной численности и удельного веса пожилого возраста в структуре населения. Для пожилых людей свойственны особые социальные проблемы, которые, прежде всего, связаны со здоровьем. Особенностью является то, что большинство пожилых и старых людей является инвалидами. В этой связи в области медико-социальной защиты населения должна быть сильной сторона государства. Оказание медицинской помощи пожилым и старым людям осуществляют учреждения здравоохранения. Основную нагрузку по оказанию медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста берет на себя система социальной защиты населения. В современных условиях важное место занимает интеграция деятельности медицинской и социальной помощи. Следовательно в программе реабилитации предусматривается решить следующие задачи.

1. Организовать индивидуальную диагностику пожилых лиц. Каждого пожилого пациента, находящегося на медико-социальном обслуживании необходимо диагностировать для распределения его в одну из трех групп по методике А. В. Подкорытова [6]: а) группа слабо выраженного медико-социального риска; б) группа выраженного медико-социального риска; в) группа высокого медико-социального риска.

2. Разработать для каждой группы перечень необходимых пациенту медико-социальных услуг, куда бы входили перечень клинических, психологических, социальных критериев и категорий жизнедеятельности, свидетельствующих о достижении результатов.

3. Сформировать банк данных. На основе банка данных разработать новую структуру организации внебольничных форм медико-социальной помощи, направленную на реабилитацию лиц пожилого и старческого возраста.

4. Организовать реабилитационное медико-социальное агентство (РМСА).

В состав агентства ввести мобильные врачебные бригады и осмотреть всех лиц, находящихся на социальном обслуживании более 3 лет.

Закрепить социальных работников за врачами и медицинскими сестрами по участковому принципу или ввести в состав социальных работников медицинских сестер по геронтологическому уходу.

5. Обеспечить отдых и лечение пожилых людей в летнее время в санаториях и домах отдыха южной части России с максимально комфортными условиями климата в течение 30 дней ежегодно.

6. Снизить смертность населения, обеспечивая географическую доступность государственных гарантий бесплатной медицинской помощи всем категориям пожилых людей.

7. Организовать работу по привлечению в качестве социальных работников пожилых людей, в том числе и для оказания разовой помощи нуждающимся лицам.

8. В рамках реабилитационного медико-социального агентства организовать работу телефона «Помощь старшему поколению», отвечающего на вопросы людей, оказавшихся в сложной жизненной ситуации по медицинским, социальным, правовым и психологическим проблемам. Привлекать к работе самих пожилых людей.

9. Обеспечить доступность здорового питания для пожилого населения.

10. Включить в образовательный процесс региональных учебных заведений различные обучающие программы [1], например, доводящие до сведения пожилого населения в доступной форме сведений о способах и методах оказания первой медицинской помощи при ЧС и неотложных состояниях.

11. Разработать и разместить в общественных местах плакаты с информацией об основных признаках и правилах профилактики различных заболеваний для всего населения. Надежность адаптивных механизмов в значительной мере определяется возможностью и сроками сохранения здоровья, поддержанием нормального функционирования организма в неадекватных условиях среды. Следовательно, поэтапное решение поставленных задач, будет способствовать оздоровлению пожилого населения, обучению рациональному поведению и увеличению продолжительности жизни.

При финансовой поддержке Министерства образования и науки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ворошилова И. И. Роль санитарно-гигиенического просвещения и обучения в реабилитации пожилых людей // *Фундаментальные исследования.* – 2008. – № 2. – С. 101–103.

2. Ворошилова И. И. Индикаторы и индексы в оценке качества жизни пожилых людей / Р.С. Пархоменко // *Известия высших учебных заведений Поволжский регион Медицинские науки.* – 2008. – № 4. – С.43–46.

3. Ворошилова И. И. Воздействие факторов окружающей среды на старение населения /

В.Н. Ефанов // *Клиническая геронтология.* – 2009. – №8–9. – С.115–116.

4. Гичев Ю. П. Загрязнение окружающей среды и экологическая обусловленность патологии человека: Аналитический обзор / ГПНТБ СО РАН. – Новосибирск, 2003–138 с.

5. Елизаров В. В. Демографическая политика в России: от размышлений к действию. Доклад ПРООН. – Москва. 2008. – 74 с.

6. Подкорытов А. В. Научное обоснование стратегии развития медико-социальной помощи и реабилитации лиц пожилого старческого возраста. Автореферат дисс...докт. мед. наук. – Москва, 2007. – 43 с.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ВРАЧА

Доника А.Д., Еремина М.В.
*Волгоградский государственный
медицинский университет
Волгоград, Россия*

Несмотря на многочисленность исследований в области оценки социальных и личностных свойств индивида, детерминирующих успешность его профессиональной реализации, работы, посвященные гендерным особенностям профессиональных компетенций, носят единичный и дискретный характер. Между тем для ряда профессий, преимущественно социономического типа, гендерная асимметрия имеет принципиальное значение. Профессионально значимыми личностными качествами врачей независимо от профиля деятельности являются эмоционально-волевые свойства (Б.А.Ясько, 2005). Как известно, воля – сознательная регуляция субъектом своей деятельности и поведения, обеспечивающая преодоления трудностей при достижении жизненных целей. Практический интерес в контексте формирования профессиональных компетенций на додипломной стадии образования представляет возможность дальнейшего развития волевой регуляции индивидом (путем преобразования произвольных психических процессов в произвольные, обретением человеком контроля над своими действиями, выработки эмоционально-волевых качеств и т.п.). В связи с этим мы проводили исследование эмоционально-волевых свойств студентов старших курсов, с паритетным соотношением юношей и девушек в исследуемой когорте по методике Р.С.Немова, позволяющей определить три уровня рассматриваемых свойств.

Согласно полученным результатам, у большинства исследуемых (77,2%, $p < 0,05$) отмечены показатели среднего уровня ($M \pm m = 19,7 \pm 0,23$), являющиеся наиболее оптимальными для рассматриваемого профессионального поля. Лица с высоким уровнем регистрируются чаще, чем с низким - 15,7% против 6,1%,