

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%,

$p \leq 0,05$. Высокий уровень волевых свойств прогностически менее благоприятен, т.к. существует опасность увлечения индивидом волей в эгоцентрических целях (П.Мучински, 2005). Несмотря на традиционные представления о более выраженных волевых качествах у лиц мужского пола (А.Г.Маклаков, 2001), в нашем исследовании не отмечено достоверных гендерных различий в оценке рассматриваемых свойств, ($p > 0,05$). В этой связи представляет интерес мнение Goktere & Schneider (1989) о преобладании в ряде профессий лиц с фемининными гендерно-ролевыми характеристиками, подтверждение которого для рассматриваемого профессионального поля требует дальнейших исследований.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ УПРАВЛЕНИЙ РОСПОТРЕБНАДЗОРА

Занина М.Я.

*Ростовский государственный
медицинский университет
Ростов-на-Дону, Россия*

Изучение и оценка физического здоровья специалистов различных профессиональных групп является неотъемлемой частью гигиенической оценки их условий труда и комплексной оценки их состояния здоровья при расчете величины профессионального риска.

Гигиеническая характеристика физического здоровья специалистов Управлений Роспотребнадзора – мужчин и женщин – включала сравнительную оценку основных показателей их физического развития (по индексу массы тела – ИМТ), а также показателей состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) в покое – по показателям систолического, диастолического и пульсового артериального давления (АДс, АДд, АДп), частоты сердечных сокращений (ЧСС) и рассчитанным индексам Робинсона – «двойного произведения» ($ЧСС * АДс / 100$), вегетативного индекса Кердо (ВИ-Кердо) и минутного объема крови (МОК).

Результаты наших исследований подтверждают известные различия в интегральных параметрах физического развития мужчин и женщин Ростовской области: средняя длина тела мужчин достоверно больше длины тела женщин – $175,9 \pm 1,1$ см против $164,3 \pm 0,4$ см соответственно ($p < 0,05$). Подобных гендерных различий в показателях массы тела не наблюдается ($p > 0,05$), поэтому достоверные различия между мужчинами и женщинами в ИМТ в большей мере обусловлены различиями в длине тела: при одинаковой массе тела показатели ИМТ женщин достоверно выше ($27,7 \pm 0,3$ усл. ед. против $23,9 \pm 0,5$ усл. ед. у мужчин; $p < 0,05$).

Выявлялись также существенные различия в структурах распределения оценок ИМТ у мужчин и женщин. Так, в группе мужчин наибольшая доля обследованных представлена лицами со средними значениями ИМТ (46,0%), на 2-м месте – лица со значениями ИМТ выше средних (28,0%), на третьем – 12,0% мужчин со значениями ИМТ ниже средних. Среди женщин наибольшая доля обследованных представлена лицами с высокими значениями ИМТ (63,5%), второе место по представительности у женщин занимают лица со значениями ИМТ выше среднего (20,8%), а средние оценки ИМТ встречаются еще реже и стоят у них на 3-м месте (14,6%). Меньше всего во всех группах сравнения выявлялось лиц с оценками ИМТ низкими и ниже среднего, но среди мужчин их встречалось до 16,0%, а в группах женщин – лишь 1,1% ($p < 0,05$). Все это свидетельствует о более неблагоприятной оценке физического развития обследованных женщин за счет относительно повышенной у них массы тела.

Средние показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС) колебались от $67,3 \pm 1,0$ уд./мин в группе СУР-Ж до $83,4 \pm 2,7$ уд./мин в группе СУР-М ($p < 0,05$). Повышенным значениям ЧСС у мужчин сопутствовали относительно повышенные значения АДс и АДп ($p < 0,05$) – в сравнении с контингентом обследованных женщин. Среди мужчин несколько чаще встречались лица со средним уровнем АДс (80,4% против 68,1% у женщин), зато среди последних чаще, чем у мужчин (20,1% против 3,9%), встречались лица с признаками вегето-сосудистой дистонии (ВСД) по гипотоническому типу – с АДс менее 110 мм рт. ст. Частота артериальной гипертензии (при $АДс > 140$ мм рт. ст.) среди обследованных колебалась от 11,7% до 18,9%, но достоверных различий между группами не выявлялось ($p > 0,05$).

Оценки индекса Робинсона у мужчин свидетельствуют о том, что в функциональном состоянии их ССС превалируют низкие и ниже среднего значения, составляющие вместе 65,3%; напротив, в показателях индекса Робинсона у женщин достоверно доминируют высокие и выше среднего значения – до 68,9%. Таким образом, функциональное состояние ССС в женских группах является более экономичным, чем в группе мужчин, у которых превалируют градации с повышенной напряженностью регуляции ССС.

Средние значения вегетативного индекса Кердо и минутного объема крови (МОК) указывают на превалирование симпатической нервной системы в регуляции сердечно-сосудистой системы (ССС) организма у специалистов-мужчин и парасимпатической системы – в вегетативной регуляции в группах обследованных женщин. Об этом свидетельствуют положительные значения индекса Кердо у мужчин ($3,3 \pm 2,8$ усл. ед.) и отрицательные значения этого индекса у женщин ($-13,3 \pm 1,6$ усл. ед.; $p < 0,05$), а также повышенные средние значения МОК у мужчин ($3797,9 \pm$