

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**Республиканское унитарное предприятие
«Научно-практический центр гигиены»**

**ЗДОРОВЬЕ
И
ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА**

Сборник научных трудов

**Том 2
выпуск 25**

Минск

2015

определенный разрыв между фактическими данными и сообщениями о случаях заболеваний (0,5–1,0% в Республике Беларусь).

На основе разработанной методологии деятельности виртуального научного коллектива полученная эпидемиологическая картина может трактоваться как наличие скрывающейся под диагнозом астматического бронхита бронхиальной астмы. Следующим пунктом верификации диагноза должен явиться клинический этап с определением бронхиальной реактивности, оцениваемой функционально с помощью специальных тестов (спирометрия, кожные аллергические тесты и т. д.), что предполагается выполнить на следующем этапе исследования.

Заключение. Исследования с использованием методологии e-Science и новых коммуникационных технологий не только позволяют раздвинуть границы пространства и времени, но также расширить направления совместной научной деятельности и оптимизировать ее. Такого рода исследования позволяют прогнозировать события и их последствия, а также обеспечивают возможность профилактических мер для преодоления негативных тенденций. Деятельность виртуальных научных коллективов единомышленников может служить основой для разработки и реализации профилактических программ и оценки их эффективности на региональном и международном уровнях.

Уровень диагностики бронхиальной астмы в группе молодых взрослых в г. Гродно несколько ниже, чем среди сверстников из городов польского пограничья, а частота встречаемости характерных респираторных симптомов выше. Низкая распространенность заболевания в г. Гродно может быть связана с гиподиагностикой бронхиальной астмы. В случае если астматический бронхит имеет такие симптомы, как приступы удушья, эпизоды появления свистящих хрипов в груди в ночные часы, нельзя исключать вероятность недодиагностированной астмы.

Литература

1. Виртуальная лаборатория конечно-элементного моделирования / С.П. Копысов [и др.] // Вестн. Удмуртского ун-та. — 2010. — Т. 92, № 4. — С. 131–145.
2. Wujec, B. Coaching wielokulturowych zespołów wirtualnych / B. Wujec // Coaching — katalizator rozwoju organizacji / Wyd. New Dawn. — Warszawa, 2011. — 145 p.
3. Asher, M.I. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys / M.I. Asher, S. Montefort, B. Bjorksten // Lancet. — 2006. — Vol. 368. — 9537.
4. Zejda, J.E. Risk factors for asthma in school children – results of a seven-year follow-up / J.E. Zejda, M. Kowalska // Centr. Eur. J. Public Health. — 2003. — Vol. 11. — P. 154–159.
5. Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) / N. Pearce [et al.] // Thorax. — 2007. — Vol. 62. — P. 758–766.
6. Kudzyte, J. Time trends in the prevalence of asthma and allergy among 6-7-year-old children. Results from ISAAC phase I and III studies in Kaunas, Lithuania / J. Kudzyte, E. Griska, J. Bojarskas // Medicina (Kaunas). — 2008. — Vol. 44, № 12. — P. 944–952.
7. The low prevalence of allergic disease in Eastern Europe / M.S. Kramer [et al.] // Clin. & Experim. Allergy. — 2009. — Vol. 39, № 5. — P. 708–716.

ACTIVITIES OF VIRTUAL RESEARCH TEAMS (e-SCIENCE) TO STUDY PROBLEMS OF PREVENTIVE MEDICINE

Shpakov A.I.¹, Agievets O.V.², Kleshchevska E.³, Knas M.³, Huk-Wilczuk E.⁴

¹Educational Establishment "Yanka Kupala State University of Grodno", Grodno, Republic of Belarus;

²Educational Establishment «The Belarusian State Medical University», Minsk, Republic of Belarus;

³E. Schepanik State School of Higher Professional Education, Suwalki, Poland;

⁴Józef Pilsudski University of Physical Education in Warsaw, Faculty of Physical Education & Sport in Biala Podlaska, Poland

e-Science is an innovative form of scientific work, which involves the simultaneous research in scientific centers, distant from each other, but are in a network environment. Collaboration, exchange of experiences and information, common projects - all this can be successfully carried out on the platform e-Science. Consolidation of educational and scientific centers in the border towns can increase the effectiveness of research activities and increase their competitiveness in the market research. The article is an example of cooperation of virtual research teams from the universities of the border towns of Belarus and Poland on the issue of studying the prevalence of bronchial asthma and its characteristic respiratory symptoms in a group of young people aged 17–25 years.

Keywords: virtual research teams, preventive medicine, asthma.

Поступила 22.06.2015

К ВОПРОСУ О МОТИВАЦИИ ВРАЧЕЙ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Щавелева М.В.

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

Минск, Республика Беларусь

Реферат. Содействие здоровому образу жизни (ЗОЖ) — наиболее действенная стратегия решения целого ряда медико-демографических проблем. Однако не всегда действенность этой стратегии воспринимается населением и самим врачебным персоналом. В связи с этим был изучен ряд вопросов, характеризующих отношение и «ориентированность» на ЗОЖ врачей — той группы населения, которая в силу специфики полученного образования обладает наибольшим объемом знаний о факторах, определяющих здоровье, факторах риска здоровью и их значимости.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, фактор риска, здоровье, промежуточные биологические показатели организма, респонденты.

Введение. Одной из задач Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 гг., утвержденной Указом Президента Республики Беларусь от 11.08.2011 № 357 [1], является снижение уровня общей смертности населения, особенно по предотвратимым причинам, увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ). Занимая лидирующие позиции среди стран постсоветского пространства по показателям, характеризующим деятельность системы здравоохранения, а также состояние здоровья населения, республика уступает по многим показателям здоровья населения странам Западной Европы. Как «напряженные» и требующие принятия управленческих, организационных и прочих решений рассматриваются в нашей стране показатели общей смертности и смертности населения в трудоспособном возрасте. Поддержка развития здравоохранения со стороны государства, организационные преобразования в системе здравоохранения смогли дать ощутимый результат в отношении таких специальных показателей, как младенческая и материнская смертность, смертность детского населения [1, 2]. Однако целенаправленная работа по снижению показателей общей смертности населения, а также населения трудоспособного возраста не дает быстрой и желаемой отдачи.

По официальным статистическим данным, уровень общей смертности населения в 2010 и 2014 гг. составил соответственно 14,4 и 12,8 на 1000 жителей, а смертности в трудоспособном возрасте (2010 и 2013 гг.) — 5,51 и 4,52 на 1000 населения трудоспособного возраста [3, 4]. Несмотря на снижение вышеперечисленных показателей, их уровень значительно уступает уровню стран Западной Европы. Все вышеперечисленное актуализирует вопрос о факторах риска здоровья населения, в т. ч. связанных с образом жизни [1].

Содействие ЗОЖ — наиболее действенная стратегия предотвращения преждевременной смертности населения. В одном из последних докладов ВОЗ (2013), посвященном проблемам Европейского региона «Charting the way to well-being», в качестве индикаторов «движения государств к здоровью и благополучию» рассматриваются факторы, характеризующие образ жизни населения: уровни потребления табака лицами 15 лет и старше, потребления алкоголя, распространенность избыточного веса и ожирения и пр. [5].

Встает закономерный вопрос: насколько ориентировано население (отдельные его группы) на ЗОЖ. В связи с этим в рамках проекта Фонда фундаментальных исследований «Исследование здоровьесохраняющего поведения населения как фактор преодоления негативных демографических тенденций в Республике Беларусь» нами проводилось анкетирование населения, направленное на выявление «ориентированности» различных его групп на ЗОЖ.

Цель исследования — изучение ориентированности на ЗОЖ врачей — той группы населения, которая в силу специфики полученного образования обладает наибольшим объемом знаний о факторах, определяющих здоровье, факторах риска здоровью и их значимости. На фоне довольно большого количества работ, посвященных изучению некоторых аспектов здоровья врачебного персонала, воздействию на него различных факторов риска, вопросы «ориентированности» этой группы на ЗОЖ остаются «открытыми».

Материалы и методы. Инструмент исследования — анкета, прошедшая рецензирование в секторе социологии здоровья и человеческого развития ГНУ «Институт социологии НАН Беларуси», включающая 2 блока вопросов. Первый блок — основные вопросы, представленные набором «закрытых» (с множественным выбором) и «полузакрытых» вопросов. Среди них были вопросы, касающиеся удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью, а также оценки эффективности усилий со стороны системы здравоохранения и самого человека, направленных на улучшение здоровья. Наряду с этими респондентам задавались вопросы о здоровье и факторах, влияющих на него. Второй блок — вопросы, направленные на идентификацию половозрастных признаков и социального статуса опрашиваемых лиц (вопросы, традиционные для анамнестической и паспортной части любой анкеты).

Приведен анализ ответов 237 респондентов (средний возраст составил $40,2 \pm 0,73$ года), представляющих различные регионы республики, а также различные врачебные специальности. Среди опрошенных преобладали женщины (61,84%), что в целом соответствует сложившемуся половому распределению кадров в здравоохранении. В ряде случаев при анализе учитывали влияние возраста анкетированных на полученные от них ответы: группы «до 40 лет» ($n = 131$) и «старше 40» ($n = 106$).

Результаты и их обсуждение. При ответе на вопросы «Дайте, пожалуйста, оценку деятельности системы здравоохранения по сохранению и улучшению Вашего здоровья» и «Дайте, пожалуйста, оценку Вашим усилиям по сохранению и укреплению Вашего здоровья» по шкале пятибалльных оценок врачи выставляли достоверно больший средний балл деятельности системы здравоохранения, чем собственным усилиям ($p < 0,05$). В целом по критерию χ^2 количество отличных и положительных оценок, выставленных опрашиваемыми, было достоверно больше, чем собственным усилиям по сохранению и укреплению здоровья (таблица; $\chi^2 = 3,93$; $p < 0,05$).

Таблица — Распределение ответов врачей по оценке деятельности системы здравоохранения и собственных усилий в сохранении и улучшении здоровья опрашиваемых

Показатель	% отличных и положительных оценок	% удовлетворительных и неудовлетворительных оценок	Всего ответивших
Деятельность системы здравоохранения	32,5	67,5	227
Собственные усилия	23,15	76,85	223

Называя причины, оказывающие негативное влияние на здоровье (популяции и лично), респонденты в общем указывали на одни и те же, однако ранжировали их различным образом (для популяции и себя лично). Так, при характеристике причин, негативно влияющих на здоровье популяции, как наиболее значимые были указаны: вредные привычки (с частотой 73,43 на 100 опрошенных), психоэмоциональный стресс (69,57%); экологические условия (67,15%); малопод-

вижный образ жизни (56,52%); материальное положение человека (неудовлетворительное, 45,89%). Для врачей категории «старше 40 лет» более значимо было влияние таких факторов, как экологические условия и материальное положение.

На их собственное здоровье, по мнению опрошенных, больше всего влияют: психоэмоциональный стресс (61,84 ответа на 100 опрошенных); малоподвижный образ жизни (45,89%); экологические условия (36,23%); условия труда (24,16%); вредные привычки (20,77%). Для данного перечня характерно две особенности: фактор «материального положения» потерял свою значимость, влияние фактора вредных привычек хоть и признавалось, но значительно нивелировалось по сравнению с ситуацией, когда речь шла о здоровье популяции. При этом врачи «до 40 лет» более весомо оценивают влияние на собственное здоровье экологических условий (48,28 ответов на 100 опрошенных) и вредных привычек (25,0%); их старшие коллеги (врачи «старше 40 лет») даже не указали фактор наличия вредных привычек среди первых 5 приоритетных.

Более половины опрошенных (58,45%) указали на наличие у них хронических заболеваний. Однако, несмотря на это, в самооценке здоровья врачей преобладали позитивные ответы: большинство оценило состояние своего здоровья как «хорошее» (24,64%) и «скорее хорошее» (31,88%). Удовлетворительная оценка присутствовала в 39,61% ответов, неудовлетворительные оценки («плохое») отсутствовали. Естественно, что более молодые врачи значительно чаще оценивали свое здоровье как «хорошее» и «скорее хорошее» — 71,55% от данных ими ответов. Интересный факт — среди респондентов, указавших на наличие у них хронических заболеваний, были те, кто позитивно оценивал состояние своего здоровья (39,67%).

На вопрос «Как изменилось Ваше отношение к своему здоровью за последние 2–3 года?» 35,75% врачей ответили, что не изменилось; 54,11% — «стало более внимательным». Последние ответы преобладали в совокупности у лиц старшего возраста — 61,53 ответа на 100 опрошенных соответствующего возраста; однако достоверные различия в частоте подобных ответов с возрастной группой «до 40 лет» отсутствовали ($p > 0,05$).

По данным нашего опроса, 52,17% врачей никогда не курили: 50,86% в возрасте до 40 лет и 53,85% — в возрасте старше 40. Вместе с теми, кто «бросил» курить (вариант ответа «курил, но бросил»), доля некурящих на момент исследования составила 69,72%. Таким образом, доля курящих и куривших (в анамнезе) врачей составила 1/3 от общего числа респондентов. С учетом того, что врачи — это та группа населения, которая в силу специфики полученного образования обладает наибольшим объемом знаний о факторах, определяющих здоровье, факторах риска здоровью и их значимости, данный факт следует признать какстораживающий.

Среди опрошенных 51,69% оценивали свой вес как избыточный, чаще всего такую оценку давали женщины. Однако здесь не следует исключать и того, что наряду с «врачебным взглядом» на свой вес к его оценке привлекались и субъективные представления об идеальной женской фигуре.

Ответы на вопросы об облигатном количестве овощей и фруктов, которое надо съедать в течение дня, и их фактическом потреблении, присутствовали только в 92,7% анкет; при этом у большинства опрошенных они значительно варьировали (от 150 до 2000 г). У остальных респондентов данный вопрос вызвал затруднение. Одновременно следует отметить и то, что в летне-осенний период необходимое количество (с точки зрения личного определения) овощей и фруктов употребляло 98,0% опрошенных нами врачей; в зимний — 47,3%.

По данным С.А. Шальной и соавт. [6], до половины проанкетированных ими врачей не знают промежуточных биологических показателей своего организма, таких как уровень общего холестерина (46,31%) и глюкозы (30,12%). В ходе анкетирования, проведенного нами, получены аналогичные данные: уровень общего холестерина не знают 22,02% врачей, глюкозы — 16,51%. Еще 8,3% врачей столкнулись с трудностями при ответе на вопрос об уровне собственного артериального давления.

По нашему мнению, отсутствие базисных знаний о показателях функционирования своего организма — это одно из препятствий к осознанному здравосозиданию, целенаправленной работе по укреплению здоровья. Подобная ситуация отмечена в профессиональной врачебной среде. Можно предположить, если подобный опрос провести среди других групп населения, то количество отрицательных ответов значительно возрастет.

Четверть опрошенных (25,61%) считали, что уделяют достаточно внимания своему здоровью. Эти доли были одинаковыми в возрастных группах «до 40 лет» и «старше 40» — 25,86 и 25,27% соответственно. Гораздо больше врачей (62,81%) были критично настроены по отношению к себе и считали, что уделяют недостаточно внимания; остальные не определились в своих оценках. В возрастной группе «старше 40 лет» таких лиц было 67,03%; «до 40 лет» — 59,48%, ($p > 0,05$).

Критическое отношение к «собственному здравосозиданию» отмечалось как среди лиц, указавших на наличие у них хронических заболеваний (66,12%), так и в группе врачей, у которых отсутствовали хронические заболевания (53,49%). Однако среди лиц с хроническими заболеваниями данные ответы все же преобладали ($p < 0,05$).

Нас интересовали действия, которые сознательно предпринимались опрашиваемыми в течение последнего года для улучшения здоровья. Сразу укажем, что 7,03% врачей не видели в данных действиях никакой необходимости.

В целом наиболее часто врачи выбирали следующие ответы: увеличение физической активности — 64,25 на 100 проанкетированных; увеличение потребления овощей и фруктов (43,0%); осознанные попытки похудеть (40,10%). Далее по значимости следовали уменьшение потребления углеводов и жиров. На такие факторы, как отказ от курения и уменьшение потребления алкогольных напитков, опрашиваемые указывали с одинаковой частотой — 9,18 на 100 анкетированных. Однако врачи старшего возраста «бросали курить» в 3,5 раза чаще, чем их коллеги, которым еще не исполнилось 40 лет. Эти ответы звучали с частотой 15,39 и 4,31 на 100 человек соответствующего возраста. Также врачи старшего возраста в 2,2 раза чаще пытались уменьшить потребление алкоголя: 13,19% ответов; частота подобных ответов в группе «до 40 лет» — 6,03%.

Заключение. У опрошенных нами врачей при довольно позитивной самооценке здоровья присутствует критическое отношение к своему вкладу в «личное здравосозидание». На этом фоне врачами дается более высокая оценка деятельности системы здравоохранения по сохранению и укреплению их здоровья, чем собственным усилиям. У значитель-

ной части респондентов имеется мотивация по принятию конкретных мер на улучшение собственного здоровья. Вместе с тем отмечается довольно высокая распространенность такого поведенческого фактора риска, как курение; 8,3% врачей не имеют представления о своем артериальном давлении; от 16,51 до 22,02% — промежуточных биологических показателях своего организма, что является значимым препятствием к реализации мотивации по принятию конкретных решений и мер на улучшение собственного здоровья.

Литература

1. Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы: Указ Президента Республики Беларусь от 11.08.2011 № 357 (в ред. Указа от 12.09.2012 № 406) // КонсультантПлюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». — Минск, 1992–2015.
2. Здоровье Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее / В.И. Жарко [и др.]. — Минск: Минсктиппроект, 2012. — 320 с.
3. Итоги деятельности организаций здравоохранения за 2012, 2013 и 2014 годы: аналитическая справка М-ва здравоохран. Респ. Беларусь. — Минск, 2015. — 19 с.
4. Демографический ежегодник Республики Беларусь: стат. сб. — Минск: Нац. стат. комитет Респ. Беларусь. — Минск, 2014. — 412 с.
5. The European health report 2012 — Charting the way to well being: pre-publication copy [Electronic resource]. — Mode of access: <http://news.tut.by/health/338862>. — Date of access: 14.03.2013.
6. Здоровье российских врачей. Клинико-эпидемиологический анализ / С.А. Шальнова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 7 (6). — С. 27–32.

TO THE ISSUE OF MOTIVATING DOCTORS FOR HEALTHY WAY OF LIFE

Schaveleva M.V.

State Educational Institution “Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education”, Minsk, Republic of Belarus

Promoting healthy way of life is the most effective strategy for solving a number of medical and demographic problems. But the effectiveness of this strategy is not always perceived by the population and by the medical personnel too. Therefore, a number of issues characterizing the attitude and «orientation» for doctors promoting healthy way of life (these are doctors who received specific education and possess a comprehensive knowledge concerning the factors determining health, risk factors and their significance) has been studied.

Keywords: healthy way of life, risk factor, health, intermediate biological body indices, respondents.

Поступила 17.07.2015